Wat verwachten patiënten met overspanning van hun huisarts?

Annelien Vanneste
Katholieke Universiteit Leuven

Promotor

Prof. Dirk Avonts, MD, PhD
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent
Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University

Copromotor

Dr. Tom Declercq
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent
Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2016

Voorwoord

"De enige plaats waar succes eerder komt dan werk, is het woordenboek."

Vidal Sassoon

Deze masterthesis vormt het sluitstuk van 9 jaar hard werken en het waarmaken van een droom: huisarts worden. Er zijn dan ook veel mensen die de voorbije 9 jaar op de één of andere manier belangrijk voor me waren en die ik wil bedanken.

Bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts en copromotor Dr. Tom Declercq, voor de bemoedigende woorden en tips die ze me gaven om deze masterthesis tot een goed einde te brengen.

Tijdens mijn opleiding tot huisarts heb ik het geluk gehad om in 2 schitterende praktijken terecht te komen. Dankjewel dokters Uyttersprot, Chris en Anne-Aurélie, om mijn eerste kleine stapjes naar het huisarts-worden in goede banen te leiden en me het vertrouwen te geven dat het huisarts-zijn me wel zou lukken. Dankjewel dokter Eva Bequé om die kleine stapjes groter te maken, om me verder te vormen tot huisarts en me te leren een goed evenwicht te bewaren tussen werk en privé. Dat kan bij mij wel eens van pas komen als ik binnen een aantal jaar zelf niet geïnterviewd wil worden voor een studie in verband met overspanning…

Ik wil de huisartsen van de Vesaliuskring Wetteren-Laarne-Wichelen bedanken om patiënten voor dit onderzoek aan te brengen. Uiteraard wil ik dan ook heel graag de patiënten, die meewerkten aan deze studie, bedanken. Zonder hen was er geen onderzoek en ik besef zeer goed dat het niet evident is om een interview te geven als je eigenlijk al overspannen bent. Toch heel erg bedankt voor jullie moeite en enthousiasme!

Dankjewel Famke, om me op mijn 18de te zeggen, toen ik helemaal niet wist wat ik wilde studeren: 'Annelien, jij zou een goede dokter zijn.' Door die woorden wist ik opeens heel goed wat ik wilde worden: huisarts.

Lieve vrienden, een nieuw tijdperk breekt aan; eindelijk zullen afspraken en feestjes niet meer verzet of uitgesteld moeten worden omwille van examens en thesisdeadlines. Bedankt om hier, zeker de laatste jaren waarin de meeste van jullie al werkten, altijd rekening mee te houden, me te steunen en te luisteren op de momenten dat ik mijn doktersopleiding even beu was. Uiteraard wil ik jullie ook bedanken voor alle gezellige, ontspannende momenten samen. Deze momenten geven energie en maken het leven bijzonder, dus wat mij betreft mogen er nog vele volgen!

Een ongelooflijk grote dankjewel gaat uit naar mijn ouders. Vroeger zei papa altijd dat hij het fijn zou vinden als één van zijn kinderen dokter zou worden. Wel, hier is ze dan! Zonder jullie onuitputtelijke steun zou ik nooit huisarts geworden zijn. Jullie hebben me van kleins af gesteund en gestimuleerd in alles wat ik deed en jullie waren (en zijn) er altijd als het moeilijk ging. Van jullie leerde ik wat het is om door te zetten en leerde ik ook om er voor mensen te zijn en voor mensen te zorgen. Bedankt voor alle kansen die ik kreeg om me te ontplooien, zowel op professioneel als persoonlijk vlak.

Ook mijn grootouders, mijn broers en schoonouders wil ik graag bedanken. Vanop de zijlijn hebben jullie altijd meegeleefd en gesupporterd. Jullie kenden mijn examenroosters even goed als ikzelf en jullie waren altijd benieuwd hoe examens of stages geweest waren.

Mijn belangrijkste steun en toeverlaat hou ik voor het laatst: liefste Jasper, dankjewel. In die 9 jaar ben ik niet alleen huisarts geworden, maar ook jouw vrouw en daar ben ik zeer gelukkig om. Dank je om er altijd te zijn voor mij, om mijn stressmomenten en frustraties op te vangen, me blij te maken en me aan het lachen te brengen, te zorgen dat er lekker eten op tafel stond als ik na een lange werkdag thuis kwam, me tips te geven over thesissen schrijven en me mee te nemen naar de squash en de salsales om mijn gedachten te verzetten. Je haalt het beste in me naar boven en maakt me gelukkig. Ik kijk in elk geval al uit naar de komende 9 jaar, samen met jou. Bedankt om zo geduldig te wachten tot deze drukke periode achter de rug was.

"It always seems impossible until it's done."

Nelson Mandela

Toelating tot bruikleen

De auteur geeft de toestemming deze masterproef voor consultatie beschikbaar te stellen en delen van de masterproef te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting de bron uitdrukkelijk te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze masterproef.

Annelien Vanneste

April 2016

Abstract

Huisarts in opleiding: Annelien Vanneste (annelien_vanneste@hotmail.com)
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, UGent
Copromotor: Dr. Tom Declercq, UGent

Probleemstelling

Overspanning is een belangrijk gezondheidsprobleem in onze samenleving, waarvoor de huisarts frequent geconsulteerd wordt. Daar overspanning een voorstadium van burn-out is, kan er, door de overspanningsklachten op tijd aan te pakken, een eventuele burn-out voorkomen worden. Om goede zorg te kunnen verlenen, is het belangrijk om de verwachtingen van de patiënt te kennen en hier zoveel mogelijk aan tegemoet te komen. Dit onderzoek wil peilen naar de verwachtingen die patiënten met overspanning van hun huisarts hebben, zowel op het vlak van behandeling, arbeidsongeschiktheid, medicatie, doorverwijzing en opvolging; met als bijkomend doel enkele tips voor de huisarts te formuleren, die mogelijk kunnen bijdragen tot betere zorg voor overspannen patiënten.

Methode

Uit het verkennend literatuuronderzoek werd een definitie van overspanning gehaald, waarop de inclusiecriteria voor het onderzoek werden gebaseerd. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) werd gekozen om de differentiaal diagnose met depressie, angst- en somatisatiestoornissen te maken. Het kwalitatief onderzoek gebeurde door middel van semi-gestructureerde interviews. Bij 10 patiënten met overspanning uit 5 verschillende huisartsenpraktijken werd gepolst wat hun verwachtingen waren toen ze voor de eerste keer met hun probleem naar de huisarts stapten. De interviews werden woordelijk uitgeschreven en nadien thematisch geanalyseerd.

Resultaten

De patiënten met overspanning uit dit onderzoek vinden het belangrijk dat de huisarts luistert, hun probleem erkent, hun klachten serieus neemt en onderzoekt of er lichamelijk iets aan de hand is. Hierbij is de vertrouwensband met de arts zeer belangrijk. Er wordt een objectieve kijk van de huisarts verwacht en de patiënten vinden het de taak van de arts om op elk moment van het ziekteproces in te schatten of er al dan niet bijkomende hulp nodig is, zoals medicatie of doorverwijzing naar een psycholoog. De vraag naar arbeidsongeschiktheid is één van de belangrijkste redenen waarvoor de overspannen patiënten een arts consulteren. Ze willen meestal geen medicatie of doorverwijzing. De behandeling die van de huisarts verwacht wordt is vaag, de meeste patiënten willen vooral wat advies om met hun probleem te leren omgaan, al weten ze niet of de huisarts dit kan bieden. Hoewel dit buiten het onderzoeksdomein viel, gaven patiënten spontaan aan dat ze de meerwaarde van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer niet inzien voor het oplossen van hun problematiek.

Discussie en conclusie

De resultaten uit het onderzoek komen overeen met wat in de literatuur gevonden werd: patiënten met overspanning verwachten van hun huisarts erkenning van hun probleem en ze willen de nodige rust voorgeschreven krijgen. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voor dat de meeste patiënten geen medicatie verwachten. Er moet dus zeker terughoudendheid zijn om dit voor deze problematiek voor te schrijven. Daarnaast is het belangrijk overspannen patiënten niet te veroordelen, bewust te zijn van het vertrouwen dat ze in hun arts hebben en een netwerk van hulpverleners, die rond deze problematiek werken, uit te bouwen. Voor toekomstig onderzoek is het opstellen van een officiële definitie van overspanning, die ook internationaal gebruikt kan worden, een must. Om overspanningsklachten sneller te kunnen detecteren, zou het nuttig zijn onderzoek te voeren naar wat de drempels zijn voor overspannen patiënten om hulp te zoeken bij de huisarts. Daarnaast kan onderzocht worden welke rol de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer bij deze aandoening kan vervullen en hoe de samenwerking met de huisarts kan verlopen.

Trefwoorden

Overspanning, verwachtingen, huisarts

Inhoud

Voorwoord I
Abstract III
Inhoud IV
1 Inleiding 1
2 Methode 3
2.1 Literatuuronderzoek 3
2.2 Kwalitatief onderzoek op basis van semigestructureerde interviews 4
2.2.1 Selectie van kandidaten 4
2.2.1.1 Criteria voor inclusie en exclusie 4
2.2.1.2 Rekrutering 5
2.2.2 Interview 5
2.2.3 Analyse van de resultaten 5
2.3 Informed consent en ethische goedkeuring 6
3 Resultaten 7
3.1 Literatuuronderzoek 7
3.1.1 Epidemiologie 7
3.1.2 Definitie en differentieel diagnose 7
3.1.3 Behandeling 9
3.1.4 Verwachtingen 9
3.2 Kwalitatief onderzoek 10
3.2.1 Beschrijving van de patiënten 10
3.2.2 De verwachtingen ven patiënten met overspanning 11
3.2.2.1 De verwachtingen van het eerste consult 12
3.2.2.2 Andere capaciteiten van de huisarts die overspannen patiënten belangrijk vinden 19
3.2.2.3 De verwachting van opvolging 20
3.2.2.4 Preventieadviseur-arbeidsgeneesheer 22
4 Discussie 23
4.1 Samenvatting van de resultaten 23
4.2 Sterktes en zwaktes 24
4.3 Vergelijking met de literatuur 25
4.4 Implicaties voor de praktijk: enkele tips voor collega-huisartsen 26
4.5 Toekomstig onderzoek 27
5 Conclusie 29
6 Referenties 30
7 Bijlagen 32
7.1 De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) 32
7.2 Ethische goedkeuring 36
7.2.1 Goedkeuring onderzoeksproject 36
7.2.2 Goedkeuring amendement 38
7.3 Vragenlijst semigestructureerd interview 39
7.4 Protocol 41
7.5 Protocol amendement 45
7.6 De verwachting van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer 50

1 Inleiding

“Haast. Ik moet niet vergeten te zwaaien als ik mezelf voorbijloop.”

Loesje

De media liegt er niet om:

‘Nee, we hebben de piek van burn-out nog niet bereikt’[1]

‘HET IS OFFICIEEL: BURN-OUT IS (DEELS) DE SCHULD VAN UW WERK. VANAF 2016 ZULLEN BURN-OUT EN DEPRESSIE WERKGERELATEERDE ZIEKTES ZIJN.’[2]

‘Vooral veertigers lopen een hoger risico op stress en burn-out op het werk en vrouwen zijn vatbaarder dan mannen. Maar meer nog dan leeftijd of geslacht zijn het vooral de jobeisen die maken dat mensen uitgeblust raken. Dat blijkt uit nieuwe studies. België scoort over het algemeen ook slecht in vergelijking met de rest van Europa.’[3]

Stress-gerelateerde klachten en burn-out komen steeds meer voor en vormen een groot gezondheidsprobleem in onze maatschappij. Mensen raken uitgeblust, dit door overmatige stress op het werk en op privé-vlak. Het heeft langdurig werkverlet tot gevolg, waardoor er een grote druk op de samenleving komt te liggen.

Als huisarts in opleiding (HAIO) valt het me op hoe frequent patiënten zich in de praktijk aanmelden met klachten van stress, overspanning en burn-out en hoe weinig opleiding we hier in verhouding over gekregen hebben. Voor ik aan dit onderzoek begon stelde ik de diagnose van overspanning intuïtief, net zoals veel van mijn collega-huisartsen [4].

Omwille van de grote maatschappelijke relevantie en omdat ik het boeiend vind om patiënten met stress-gerelateerde klachten te begeleiden, lijkt het me dan ook opportuun om rond dit onderwerp

onderzoek te voeren; enerzijds om mijn eigen kennis over dit onderwerp te vergroten, zodat ik deze patiënten meer evidence based en minder intuïtief kan helpen en anderzijds hoop ik na mijn onderzoek een aantal tips naar voor te kunnen schuiven voor mijn collega-huisartsen, zodat ook zij de zorg voor hun patiënten met overspanning kunnen verbeteren.

Ik heb er voor gekozen om onderzoek te voeren over patiënten met overspanning en niet over patiënten met burn-out, daar overspanning een voorstadium van burn-out is [5-7]. Als de overspanningsklachten te lang aanhouden kan dit tot een burn-out leiden. Dit heeft consequenties op maatschappelijk vlak: een patiënt met overspanning is meestal na enkele weken tot hoogstens een paar maand hersteld, terwijl een patiënt met burn-out maanden tot zelfs een jaar werkonbekwaam kan zijn [8-10]. Het lijkt me dan ook zinvol om een beter inzicht te krijgen hoe we de zorg voor patiënten met overspanning kunnen verbeteren, zodat een burn-out misschien voorkomen kan worden, wat minder zware gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, het bedrijfsleven en de maatschappij zal hebben.

Ik merkte op dat er, in de huisartsenpraktijken waar ik mijn HAIO-opleiding volg(de), naast psychosociale ondersteuning, vaak medicatie aan patiënten met overspanning werd voorgeschreven. Uit de literatuur weten we echter dat medicatie een beperkte plaats heeft in de behandeling van patiënten met deze klachten [11]. Mijn (beperkte) praktijkervaring leerde me inderdaad dat medicatie meestal niet nodig was om deze mensen te helpen.

Door deze verschillen in aanpak vroeg ik me af of deze patiënten van ons verwachten dat we medicatie voorschrijven voor deze problematiek en indien niet, wat er dan wel van ons verwacht wordt. Vanuit deze vragen kwam ik tot de onderzoeksvraag van mijn masterproef: ‘Wat verwachten patiënten met overspanning van hun huisarts?’.

2 Methode

"Als je honderd keer zegt dat je het druk hebt wordt het natuurlijk ook niet rustig."

Loesje

Het onderzoek startte met een verkennend literatuuronderzoek om enerzijds meer achtergrondinformatie over het onderwerp te verkrijgen en anderzijds om tot een definitie van overspanning te komen. Op basis van die definitie werden de inclusiecriteria voor de studiepopulatie opgesteld. Daarna werd kwalitatief onderzoek gevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews, die verwerkt werden door middel van thematische analyse.

2.1 Literatuuronderzoek

Om aan het literatuuronderzoek te kunnen beginnen, moest de term overspanning eerst vertaald worden in bruikbare zoektermen, gezien er geen Engelse equivalent in de internationale literatuur bestaat [11]. Om bruikbare Engelse synoniemen te vinden werden eerst enkele Nederlandstalige artikels over overspanning gelezen en werd dan bekeken welke internationale termen de auteurs gebruikten. Termen die het meest overlap hebben met overspanning zijn 'adjustment disorder' (aanpassingsstoornis), 'neurasthenia' en 'minor depression'. Daarna werd er gezocht in verschillende databanken: Medline, Cochrane Library, Minerva, NHG standaarden, Huisarts Nu, Huisarts en Wetenschap, Tijdschrift voor geneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)-richtlijnen en werden volgende zoektermen gebruikt: adjustment disorder, neurasthenia, burn(-)out, minor depression, occupational stress, expectations, treatment expectations, patient needs, overspanning, aanpassingsstoornis, neurasthenie, surmenage, verwachtingen en hulpvraag.

Oorspronkelijk werd er gezocht naar artikels tussen 2000 en 2016, doch door de beperkte literatuur werden relevantie publicaties van voor 2000 ook geïncludeerd.

Via e-mail werd er contact opgenomen met Berend Terluin. Hij is één van de belangrijkste onderzoekers naar overspanning en burn-out en heeft de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) ontworpen. Er werd hem gevraagd of hij op de hoogte was van onderzoek naar verwachtingen van patiënten met overspanning van hun huisarts, maar zijn antwoord hierop was negatief.

Uiteindelijk werden 28 artikels en 4 boeken overgehouden.

2.2 Kwalitatief onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews

Onderzoek op basis van semi-gestructureerde interviews bij verschillende respondenten behoort tot de fenomenologische strekking van kwalitatief onderzoek. Door middel van een interview worden ervaringen en meningen rond een bepaald concept bij verschillende mensen bevraagd. De onderzoeker beschrijft de thema's die de deelnemers van het onderzoek gemeenschappelijk hebben [12].

2.2.1 Selectie van kandidaten

Voor de selectie van de kandidaten werden eerst de inclusie- en exclusiecriteria opgesteld aan de hand van de definitie van overspanning. Voor de rekrutering van de patiënten werden de praktijken waar de onderzoeker de HAIO-opleiding volgde en de verschillende huisartsenpraktijken uit de Vesaliuskring Wetteren-Laarne-Wichelen aangesproken.

2.2.1.1 Criteria voor inclusie en exclusie

Een definitie die bruikbaar werd bevonden om de inclusie-en exclusiecriteria op te baseren, is deze van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA). Zij schuiven een aantal concrete criteria naar voor, waar aan voldaan moet worden om de diagnose van overspanning te stellen, namelijk [8-10]:

- er moeten ten minste 3 van volgende klachten aanwezig zijn: moeheid, gestoorde/onrustige slaap, prikkelbaar, niet tegen drukte kunnen, emotioneel labiel, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen/vergeetachtigheid;
- er moet een chronische stressor aanwezig zijn en de patiënt kan deze stressor(en) niet meer de baas, wat gevoelens van controleverlies/machteloosheid tot gevolg heeft;
- er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren;
- de symptomen zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis.

Deze 4 criteria vormden de basis voor de inclusiecriteria en deze werden aangevuld met volgende voorwaarden:

- patiënten hebben hun GMD-dossier in de praktijk;
- leeftijd: 18-65 jaar;
- zowel mannen als vrouwen;
- minder dan 6 maand bezig op moment van eerste aanmelding bij de huisarts;
- geen gekende psychiatrische problematiek, geen rouw, geen verslavingsproblematiek;
- geen extreme gebeurtenis in de voorbije week;
- geen gebruik van psychofarmaca op het moment van aanmelding;
- geen onderliggende somatische oorzaak.

Daarnaast moesten de patiënten, die voldeden aan de inclusiecriteria, de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) van Terluin [12-14] invullen (bijlage 7.1) om de differentieel diagnose met

depressie, angst en somatisatie te stellen. Er werd voor dit werkinstrument gekozen omdat deze vragenlijst goedgekeurd werd door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) om de diagnose van overspanning te stellen [10,13,14].

Een hoge distressscore (spanningsscore) in combinatie met een lage score voor angst en depressie zien we bij patiënten met overspanning. Patiënten met een angststoornis of een depressie kunnen ook hoog scoren op de distress-schaal, maar zullen daarnaast zeker hoog scoren op de angst- of depressieschaal. Patiënten met een hoge score op de somatisatieschaal kunnen zowel een verhoogde als een verlaagde distressscore hebben. De distressscore geeft aan hoeveel spanning (distress) de patiënt ervaart en hoeveel moeite hij heeft om te blijven functioneren. De distressscore is geassocieerd met werkstress, psychosociale problemen en stressvolle levensgebeurtenissen, en met de kans op ziekteverzuim. Hoe hoger de distressscore, hoe groter het lijden van de patiënt is, met grotere kans op sociaal disfunctioneren tot gevolg [13,14].

2.2.1.2 Rekrutering

In eerste instantie gebeurde de rekrutering van patiënten uit de 2 huisartsenpraktijken waar de onderzoeker de HAIO-opleiding volg(de). Gezien er uit deze 2 praktijken te weinig inclusies waren, werd het rekruteringsgebied uitgebreid tot alle huisartsen van de Vesaliuskring Wetteren-Laarne-Wichelen. Dit werd aangevraagd en goedgekeurd door de Ethische Commissie (bijlage 7.2.2).

De huisartsen werden geïnformeerd door middel van een korte mondelinge voorstelling van het onderzoek op de kringvergadering van 12 november 2015 en kregen daarna elektronisch het protocol van de studie toegestuurd. Er werd hen gevraagd om, indien ze een patiënt op consultatie zagen met nieuwe klachten van overspanning en die voldeed aan de inclusiecriteria van de studie, aan deze patiënt te vragen of deze wilde meewerken aan het onderzoek. Indien de patiënt hiermee instemde, bezorgde de huisarts de gegevens van deze patiënt aan de onderzoeker, waarna er door de onderzoeker telefonisch contact met de patiënt opgenomen werd. Er werd info over de opzet van de studie gegeven en de inclusiecriteria werden overlopen. Indien de patiënten voldeden aan de criteria en nog steeds wilden meewerken, werd hen de informatiebrief opgestuurd, samen met de informed consent en de vierdimensionale klachtenlijst. De patiënten vulden deze vragenlijst thuis in en stuurden die terug op. Indien er een verhoogde score voor overspanning was en geen onderliggende depressie, angst- of somatisatiestoornis, dus geen sterk verhoogde score voor deze items, werd er telefonisch contact met de patiënt opgenomen en werd een afspraak voor een semi-gestructureerd interview gemaakt.

2.2.2 Interview

Op basis van het literatuuronderzoek en overleg met promotor en copromotor werden de vragen voor het semi-gestructureerd interview opgesteld (bijlage 7.3). De registratie van de interviews gebeurde van september 2015 tot en met januari 2016. Met toestemming van de patiënt werd het interview opgenomen op een audiorecorder. De deelnemers werden één keer geïnterviewd, telkens door dezelfde onderzoeker, dr. Annelien Vanneste, in samenwerking met de huisartsen van de deelnemers, de copromotor en promotor.

2.2.3 Analyse van de resultaten

De interviews werden volledig uitgetypt, de neerschriften werden geanonimiseerd en ze werden geanalyseerd door middel van thematisch analyse: in de uitgetypte tekst werden de relevante uitspraken van de deelnemers aangeduid, waarna ze geordend werden volgens verschillende centrale thema's voor verder analyse.

2.3 Informed consent en ethische goedkeuring

Voor de start van het interview werd samen met de patiënt de informatiebrief en de informed consent overlopen en ondertekend (bijlage 7.4).

Op elk moment konden de patiënten hun deelname aan dit onderzoek stop zetten. Dit kon zowel voor, tijdens, als na het interview.

Het Ethisch Comité UZ Gent gaf op basis van het protocol van deze studie (bijlage 7.4) op 20 april 2015 gunstig advies voor dit onderzoeksproject (bijlage 7.2.1) en op 19 oktober 2015 werd de uitbreiding van de rekruteringsmodaliteiten (bijlage 7.5) goedgekeurd (bijlage 7.2.2).

Indien gewenst is er altijd de mogelijkheid om de uitgeschreven teksten bij de auteur op te vragen. Omwille van privacy van de patiënten werden de opnames vernietigd, zoals vermeld wordt in het protocol (bijlage 7.4) dat goedgekeurd werd door de Ethische Commissie (7.2.1).

3 Resultaten

"Vraag niet wat voor ziekte iemand heeft, maar liever wat voor iemand de ziekte heeft."

William Osler

Ter inleiding van de resultaten wordt een kort overzicht gegeven van de relevante bevindingen uit de literatuur. Daarna volgen de resultaten van het kwalitatief onderzoek.

3.1 Literatuuronderzoek

Ondanks dat overspanning zo'n frequent probleem is, is de literatuur erover eerder beperkt. Er is ook geen officiële internationale term voorhanden, wat literatuursearch moeilijk maakt. De belangrijkste bijdrage van het literatuuronderzoek was dan ook om een duidelijke definitie van overspanning te vinden en de belangrijkste differentieel diagnoses te bepalen. Daarnaast wordt ook nog kort ingegaan op de behandelstrategie van overspanning en wat er in de literatuur beschreven staat over verwachtingen die patiënten met overspanning van hun huisarts hebben.

3.1.1 Epidemiologie

Overspanning is een frequente klacht in de huisartsenpraktijk. De prevalentie is moeilijk te bepalen gezien er geen officiële definitie met duidelijke criteria bestaat. Daarnaast is er ook een onderschatting van het probleem daar niet iedereen met overspanning de huisarts raadpleegt. Uit onderzoek dat Securex in 2014 voerde blijkt dat 64% van de werknemers stress ervaart op het werk en bij 27% leidt dit effectief tot spanningsklachten [15]. Volgens onderzoek dat gevoerd werd op vraag van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO) zien de onderzoekers dat 1% van de doktersbezoeken in België gerelateerd zijn aan burn-out en dat tot 30% van de werknemers klaagt over een te hoge werkdruk of zelf aangeeft een burn-out te hebben [16].

3.1.2 Definitie en differentieel diagnose

Het concept overspanning werd in de jaren 70 als eerste door Christina Maslach geïntroduceerd in de psychologische literatuur [16]. Overspanning ligt op het continuüm tussen stress en burn-out. Het is een normale reactie op te veel stress, stress die ontstaat door overbelasting op verschillende gebieden:

dagelijkse verplichtingen, problemen of belangrijke levensgebeurtenissen [5-7]. Als een patiënt moeite heeft om met deze stresserende situatie(s) om te gaan, ontstaat er een onaangenaam gevoel van spanning. Er is een te grote psychosociale draaglast in verhouding tot de draagkracht. Echter als deze spanning blijft duren en de patiënt geen manier vindt om de stress te hanteren (falende coping) ontstaat er een gevoel van controleverlies. Hierdoor neemt de spanning nog meer toe, met sociaal disfunctioneren tot gevolg. De enige oplossing die deze patiënten met overspanning dan zien is afhaken, wat vaak als falen wordt ervaren [5,6,10].

De klachten waarmee de patiënt naar de huisarts komt kunnen zeer uiteenlopend zijn. De meest voorkomende zijn: vermoeidheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaar zijn, niet tegen drukte kunnen, zich emotioneel labiel voelen, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, pijnlijke en gespannen spieren, snel in tranen uitbarsten, anhedonie, interesseverlies, gehaast en ongeduldig gedrag, zich niet meer in staat voelen om problemen op te lossen, niet meer kunnen stoppen met werken en meer roken, drinken en snoepen [10].

Ondanks de hoge frequentie van deze problematiek bestaat er toch geen eenduidige begripsomschrijving. In de literatuur wordt overspanning beschreven als een subsyndromale stoornis. De stoornis is te licht om te voldoen aan de criteria voor een specifieke psychiatrische stoornis [11,17] en wordt daarom niet beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) [18]. Dus voor psychologen en psychiaters is overspanning geen diagnose, terwijl het voor huisartsen wel een frequent vastgesteld ziektebeeld is [4]. Gezien overspanning niet gezien wordt als een psychiatrische aandoening, heeft het weinig bestaansrecht in de arbeidsgerelateerde problematiek en wordt er ook niet veel onderzoek naar gedaan [17,19].

Ziektebeelden die het dichtst aanleunen tegen overspanning en wel in de DSM V voorkomen zijn ‘adjustment disorder’ (aanpassingsstoornis) en ‘minor depression’ (milde depressie). Andere termen die niet in de DSM V voorkomen, maar wel in de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) [20] zijn ‘neurasthenia’ (neurasthenie) en ‘burnout’. Deze termen worden soms als synoniem voor overspanning gebruikt, maar ondanks de gelijkenissen zijn er toch ook een aantal verschillen, waardoor ze niet als definitie voor overspanning gebruikt kunnen worden. De aanpassingsstoornis wordt omschreven als een overdreven, abnormale reactie op te veel aan stress, terwijl overspanning als een normale, begrijpelijke reactie op te veel aan stress gezien wordt [5,10,19,21]. Bij de aanpassingsstoornis komen de klachten voort uit veranderende externe prikkels, terwijl bij overspanning ook interne factoren tot een bron van stress kunnen leiden [22]. Minor depression heeft veel gelijkenissen met overspanning. Als de klachten allemaal tegelijk voorkomen en te hevig zijn, gaat het over een depressieve stoornis en niet meer over overspanning. Uiteindelijk hebben overspanning en mineure depressie wel hetzelfde behandelingsmodel [8,22]. Het verschil tussen neurasthenie en overspanning ligt in de duur van de klachten: door de ICD-10 wordt er voor neurasthenie een minimale duur van 3 maanden vooropgesteld. Overspanning duurt meestal maar enkele weken, hooguit 3 maanden [10,11]. Het verschil tussen overspanning en burn-out is ook niet gemakkelijk te maken, daar burn-out op een continuüm ligt met overspanning en de grens tussen beiden niet zo duidelijk is. Men spreekt van burn-out als de klachten langer dan 6 maanden duren en de klachten een ernstiger en langduriger beloop hebben, met als eindstadium vermoeidheid, emotionele uitputting, depersonalisatie (cynisme) en twijfelen aan eigen bekwaamheid [10,19].

Deze voorgaande 4 ziektebeelden komen dus wel voor in de DSM V of de ICD-10, maar vertonen toch verschillen met overspanning, zoals wij het kennen, en de criteria ervoor zijn rudimentair, waardoor ze minder bruikbaar werden bevonden om de inclusiecriteria voor het onderzoek op te baseren. Daarom werd er gekozen voor de definitie van de LESA (zie 2.2.1.1) [8,9].

Andere differentieel diagnoses waar aan gedacht moet worden en die grotere verschillen met overspanning vertonen dan de voorgaande ziektebeelden zijn angststoornissen, somatische aandoeningen, alcohol- of middelenmisbruik, somatisatiestoornissen, insomnia en CVS [10,23].

3.1.3 Behandeling

De behandeling die in de literatuur het meest beschreven wordt bestaat uit drie fasen. In de eerste fase, de crisisfase, ligt de focus vooral op rust [5,24]. Rust kan bekomen worden door het wegnemen van de stressbron(nen). Vaak gaat dit gepaard met arbeidsongeschiktheid omdat het, door het te kort aan energie en de concentratieproblemen, moeilijk is om behoorlijk aan het werk te blijven. Omdat volledige rust (niets doen) invaliderend werkt is het belangrijk de patiënt aan te sporen toch ook actief te zijn. Vooral routineuze activiteiten zijn hiervoor geschikt, zoals huishoudelijk werk, sport of een hobby [5,7-9,11,24-26].

In de tweede fase, de probleemoplossingsfase, kunnen de problemen besproken worden en kan er gezocht worden waarom de patiënt overspannen raakte. Dit vraagt inzicht en emotionele betrokkenheid die in de eerste fase ontbreken. Het is belangrijk dat de patiënt een andere copingstrategie dan vermijding aanleert en er systematisch mee aan de slag gaat in de praktijk. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt zelf op zoek gaat naar oplossingen. Als huisarts kan je mee denken, maar de patiënt moet zelf nieuwe strategieën bedenken om met zijn problemen om te gaan [5].

In de derde fase, de toepassingsfase, worden de oplossingen toegepast in het dagelijks leven van de patiënt. In deze fase wordt er naar werkhervatting toe gewerkt. Arbeidsongeschiktheid langer dan 3 maand moet vermeden worden. Hoe langer het verzuim, hoe moeilijker het wordt om de patiënt terug aan het werk te krijgen. Eventueel kan er geopteerd worden om gedeeltelijk terug aan het werk te gaan. Dit gebeurt dan in samenspraak met de werkgever en de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer [5].

Met deze gestructureerde aanpak herstellen patiënten met overspanning goed. Binnen 6 weken kan de helft van de patiënten weer normaal functioneren, binnen 3 maand is dit 75% en na een half jaar functioneert bijna iedereen weer normaal. Na 3 tot 4 weken moet er zeker verbetering merkbaar zijn [5]. Als de klachten blijven bestaan, ondanks begeleiding van de huisarts en/of preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, wordt er best doorgestuurd naar een psycholoog en eventueel naar de tweede lijn als er ook een vermoeden is van een psychiatrische problematiek [5,8,9].

Vaak functioneert de overspannen patiënt zowel thuis als op het werk moeilijk. Het kan dus zinvol zijn om zowel de huisarts als de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer bij de behandeling te betrekken, zodat er op beide domeinen ondersteuning geboden kan worden [8].

Voor medicatie is er weinig plaats bij patiënten met overspanning. De patiënt moet leren omgaan met zijn klachten in plaats van de klachten te bestrijden [9]. Het risico van medicatie is dat patiënten hun vooruitgang aan de medicatie zullen wijten en niet aan hun eigen kunnen [10]. Benzodiazepines kunnen eventueel kort (2 à 3 weken) gegeven worden om slaapproblemen te verhelpen [8,11,17,22,24]. Er moet wel de nodige aandacht voor afhankelijkheid bestaan [24]. Er is te weinig wetenschappelijk bewijs voor behandeling van overspanning met antidepressiva [10,11].

3.1.4 Verwachtingen

Onderzoek naar wat patiënten met overspanning van hun huisarts verwachten is beperkt. Naar wij weten is er nog geen enkele studie gebeurd die specifiek peilt naar de verwachtingen die overspannen patiënten van hun huisarts hebben.

Algemeen weten we dat de tevredenheid van de patiënten stijgt als de huisarts beter tegemoet komt aan de verwachtingen van de patiënt en er begrip getoond wordt voor de noden die de patiënt heeft [27,28]. Uit onderzoek naar hoe huisartsen het beste omgaan met psychosociale klachten in het algemeen (waaronder overspanning kan vallen) komt naar voor dat patiënten verwachten dat de

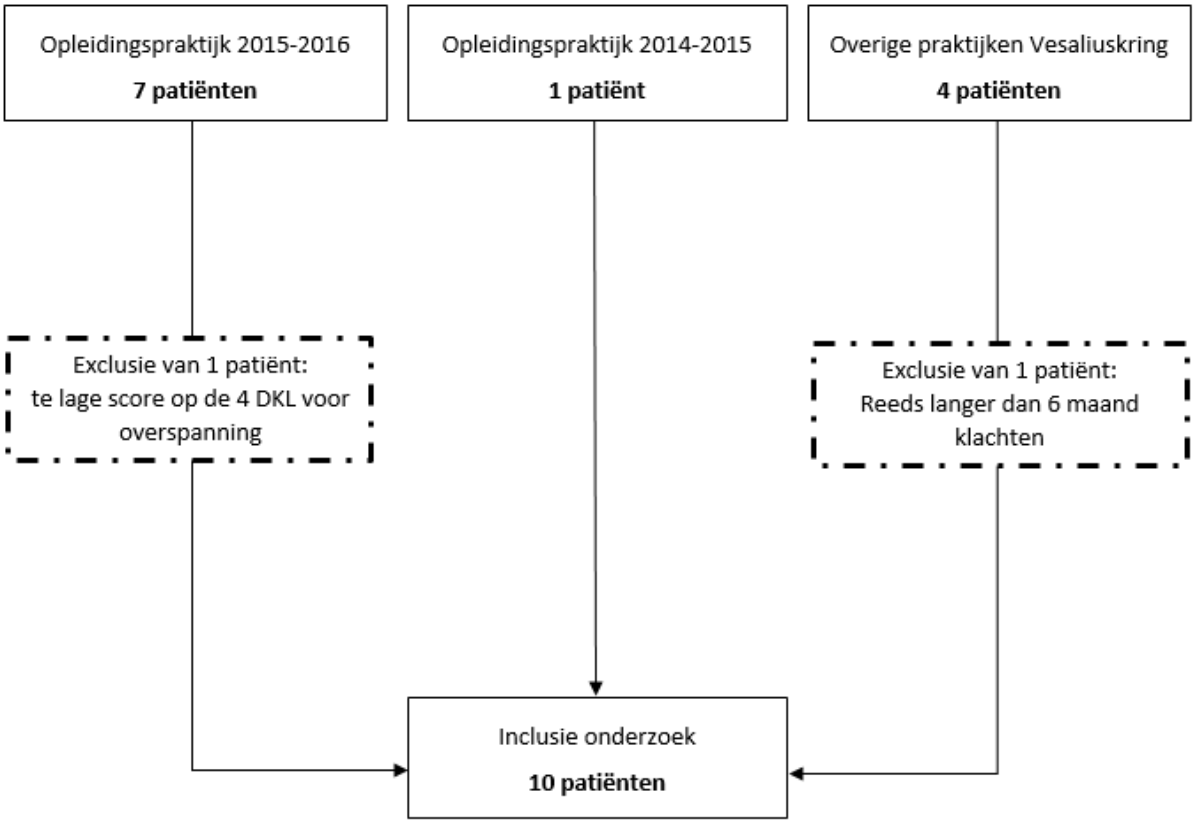
huisarts naar hun verhaal luistert en hen aanmoedigt om al hun gezondheidsproblemen en zorgen te vertellen. Zij verwachten ook dat de arts vriendelijk en empathisch is en zij willen serieus genomen worden [29-31]. Uit onderzoek dat Terluin in 1994 voerde bleek dat de hulpverwachtingen bij patiënten met overspanning zeer vaag waren. Er werd begrip, hulp en begeleiding in het algemeen verwacht, maar er waren geen concrete verwachtingen [22].

3.2 Kwalitatief onderzoek

De resultaten van het kwalitatief onderzoek omvatten de socio-demografische kenmerken van de respondenten en een samenvatting van de verkregen informatie rondom de vooropgestelde thema's, aangevuld met quotes van de deelnemers.

3.2.1 Beschrijving van de patiënten

In totaal werden 12 patiënten, komende uit 5 verschillende huisartsenpraktijken, gerekruteerd. Hiervan voldeden 10 patiënten aan de inclusiecriteria, waarvan 3 patiënten door de onderzoeker zelf werden geïncludeerd.



Uiteindelijk bestond de groep uit 9 vrouwen en 1 man. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 33 jaar en 43 jaar. 6 patiënten werden geïnterviewd nadat ze één keer bij de huisarts geweest waren en de diagnose dus net gesteld was. De 4 andere patiënten waren al 2 keer bij de huisarts geweest vooraleer het interview afgenomen werd. Aan allen werd gevraagd zich mentaal te verplaatsen naar het moment dat ze de eerste keer met hun klacht van overspanning bij de huisarts kwamen.

De scores op de 4DKL voor overspanning varieerden tussen 20 en 31. 2 patiënten hadden een matig verhoogde score voor overspanning (score 10-20), de overige 8 patiënten een sterk verhoogde score

(score >20). De scores voor depressie, angst en somatisatie varieerden respectievelijk tussen 0 en 4, 0 en 11 en 5 en 18. 7 patiënten hadden een matig verhoogde score voor depressie(score >2), geen enkele patiënt een sterk verhoogde score (score >5). Op de angstscore had 1 patiënt een matig verhoogde score (score >7), geen enkele patiënt een sterk verhoogde score (score >12). 9 patiënten hadden een matig verhoogde score voor somatisatie (score >10), niemand had een sterk verhoogde score (score >20).

Als belangrijkste mentale klachten kwamen volgende symptomen bij bijna iedereen voor: afwezig zijn en zich niet kunnen concentreren, moe zijn, slecht slapen, snel geïrriteerd zijn, overreageren, emotioneel zijn en geen rust vinden.

Opvallend was dat de patiënten ook veel lichamelijke klachten aanhaalden. De meest voorkomende waren hoofd-, nek- en rugpijn en algemene spierpijn. Enkele patiënten vermeldden ook een druk op de borst, hartkloppingen en buikpijn en 1 patiënt vermeldde tintelingen in de vingers.

De interviews werden afgenomen in het Nederlands. 9 van de 10 interviews werden bij de patiënt thuis afgenomen, 1 interview werd afgenomen in de praktijk waar de onderzoeker werkt. De interviews duurden 19 tot 80 minuten.

Geslacht	**N**	**Leeftijd (jaar)**	**N**
Man	1	30-35	4
Vrouw	9	36-40	2
		41-45	4
4DKL score Overspanning	**N**	**4DKL score somatisatie**	**N**
15-20	2	0-10	1
21-25	6	11-15	4
26-30	1	16-20	5
31-32	1	>20	0
4DKL score depressie	**N**	**4DKL score angst**	**N**
0-2	6	0-7	9
3-5	4	8-12	1
>5	0	>12	0

Samenvatting socio-demografische gegevens

3.2.2 De verwachtingen van patiënten met overspanning

Hierna volgen de resultaten die verkregen werden door de thematische analyse van de semi-gestructureerde interviews. In het eerste deel wordt er beschreven welke verwachtingen de patiënten met overspanning hadden toen ze voor de eerste keer met hun klachten naar de huisarts stapten. Daarna wordt een overzicht gegeven van welke capaciteiten de huisarts, volgens de respondenten, moet hebben voor de aanpak van hun probleem. In een derde deel wordt kort ingegaan op wat de patiënten verwachten van opvolging door de huisarts.

3.2.2.1 De verwachting van het eerste consult

Op de vraag met welke verwachtingen de patiënt voor de eerste keer naar de huisarts ging, werd zeer uiteenlopend geantwoord.

Luisterend oor

Iedereen haalde aan dat ze naar de huisarts stapten om hun verhaal te vertellen. De patiënten vonden het zeer belangrijk dat er geluisterd werd.

> *"Ik wou vooral een keer mijn verhaal vertellen. Van kijk, dit is wat ik voel en dat klopt niet. Ik verwacht misschien voor een stuk iemand die naar u luistert. Ik had dat [mijn klachten] kunnen vertellen en dat was eigenlijk wel een beetje ontladend." (P6)*

> *"Ik denk dat dat ook wel belangrijk is dat je tegen de huisarts iets kan zeggen. Een arts moet medisch een diagnose kunnen stellen, maar je moet ook de psyche, het verhaal, van de klant kunnen aanhoren. Ik denk als patiënt dat het belangrijk is dat je het gevoel hebt dat je gehoord wordt. Want als je je verhaal wilt doen en er wordt direct een briefje geschreven, dan ga je liever naar een andere dokter." (P9)*

Er werd wel herhaaldelijk aangegeven dat er niet verwacht wordt dat de arts een uur uittrekt om te luisteren. Ze vinden dit eerder de taak van een psycholoog.

> *"Ik zie de huisarts niet als iemand die gesprekken gaat aangaan, zoals een psycholoog die gaat aangaan. Je komt op een ander werkterrein, denk ik. Het kan wel hé, als de huisarts een uur uittrekt voor een patiënt, maar het heeft geen zin om dat één keer te doen, dan moet dat toch ergens een vervolg krijgen. Maar of dat dat de taak is van de huisarts?" (P1)*

> *"Natuurlijk, een huisarts is geen psycholoog in de zin van: een psycholoog pakt dan wel, wordt er ook voor betaald, zijn uur voor. Je kan niet volledig uw verhaal tijdens de bezoekuren aan de dokter doen. Ik zou dat ook niet verwachten." (P9)*

Aandacht voor lichamelijke klachten

Drie vierde van de patiënten vond het belangrijk dat er, naast aandacht voor de psychische klachten, ook aandacht gegeven werd aan hun lichamelijke klachten. Ze wilden zeker zijn dat er lichamelijk niets aan de hand was door bijvoorbeeld een bloedafname te laten doen. Er werd dan ook verwacht dat, als er lichamelijke klachten waren, deze behandeld werden.

> *"Ik denk dat ik bij de huisarts kwam met de lichamelijke klachten. Pijn in mijn buik, hoofdpijn, en zo met de rugklachten en dan heeft zij dat ook gekoppeld aan de situatie. […] Dan verwacht ik dat er misschien ergens iets, naar medicatie toe, kan zijn om bijvoorbeeld de buikpijn weg te nemen." (P1)*

> *"Vooral zo die nekklachten, dat was ook één van de belangrijkste redenen voor mij. Zo van ik wil er wel eens vanaf, want fysiek weegt dat, die slapeloosheid en die nekklachten." (P4)*

Als huisarts kan het snel duidelijk zijn dat de klachten waarmee de patiënt komt waarschijnlijk het gevolg zijn van overspanning, waardoor er te weinig aandacht kan gegeven worden aan de lichamelijke klachten. Het blijft voor de patiënten zeer belangrijk ook te benoemen dat er fysiek geen ernstige problemen zijn.

> *"Ik heb eigenlijk gedacht dat er iets [fysiek] aan de hand was. Ik wou ergens voor een stuk een keer aftasten van als je een baksteen op uw hart voelt, wat is dat? Heb ik dan hartkloppingen of heb ik een hoge bloeddruk of heb ik niets? En ik dacht ja, als er dan fysiek iets is, wil ik er wel op kunnen inspelen. Ze [de huisarts] heeft mijn bloed afgenomen, ze heeft geluisterd naar mijn*

hart, ze heeft mijn bloeddruk gemeten, maar ze heeft daar niets over gezegd. Dus, ik veronderstel dat die goed was, want anders zou ze zeggen van hij is te hoog of te laag, maar ze heeft dat niet vernoemd, dus voor een stuk heb ik zoiets van ja, ik weet eigenlijk niets meer en ik ga hier buiten en ik zal het morgen wel horen [als ik bel voor de bloeduitslagen]." (P6)

Arbeidsongeschiktheid

Rust is een belangrijk onderdeel in de behandeling van overspanning, zeker als de klachten werk gerelateerd zijn, is het goed om even uit de werkomgeving te kunnen stappen. Het merendeel van de patiënten kwam dan ook met de vraag naar arbeidsongeschiktheid.

> *"Ik ben naar huis gekomen van het werk, dus ik moest wel naar de dokter gaan, maar je weet wel dat je rust gaat nodig hebben." (P3)*

> *"Ik wou eigenlijk gewoon mijn klachten zeggen die ik had en dat ze mij inderdaad even die rust konden voorschrijven. Ik had gewoon efkes een time-out nodig." (P7)*

Wat de termijn van ongeschiktheid betreft kwam de huisarts ruimschoots tegemoet aan de verwachtingen van de patiënten. Alle patiënten die arbeidsongeschiktheid verwacht hadden, kregen meer dagen rust dan ze oorspronkelijk in gedachten hadden. De patiënten schrokken hier wel van en voelden zich er schuldig over, maar waren achteraf wel blij en zagen in dat de huisarts hierover een goede beslissing had gemaakt.

> *"Ik had gehoopt dat ik op 3 dagen al terug aan het werk zou zijn, maar ik besef nu ook wel dat dat niet realistisch was. Ik heb dat ook gezegd vanuit de reflex dat mijn werk zich ging opstapelen." (P3)*

> *"Ik schrok daar wel van dat ze me 14 dagen thuis gezet heeft. Ik dacht zo van efkes een week of zo, maar ze zei van, nee nee, je moet echt thuis [blijven], je moet echt rusten. En achteraf snap ik dat wel. Moest ik na een week terug gegaan zijn zou dat te vroeg voor mij geweest zijn." (P4)*

Een paar patiënten gaven aan dat ze het goed vonden of het goed zouden vinden als de huisarts geen termijn op de ongeschiktheid zou plakken. Voor sommige patiënten gaf het stress het gevoel te hebben dat ze na een bepaalde tijd weer fit moesten zijn.

> *"Ik heb toen gezegd tegen mijn huisdokter: "ik voel me zo gejaagd door het feit dat ik weet dat ik maar 14 dagen thuis zit." Want ik had eigenlijk nog niet de rust gevonden." (P9)*

Een minderheid van de patiënten verwachtte geen arbeidsongeschiktheid omdat de chronische stressor thuis lag en niet op het werk, of vond dat arbeidsongeschiktheid alleen maar zin heeft in combinatie met andere begeleiding, zoals een psycholoog.

> *"Ze [de huisarts] had ook gezegd van het eerste punt is thuisblijven, maar dat wil ik niet. Ik heb dat nodig. Ik werk niet fulltime hé. Dus ik heb dat wel nodig. Nu, de afspraak is ook als zij vindt dat ik echt wel moet stoppen, dan stop ik." (P8)*

> *"Nee, ik denk dat het misschien veel interessanter is om te blijven werken en ondertussen ook begeleid te worden. Als je thuis zit zonder dat er begeleiding is of wat dan ook, dan raak je toch niet verder." (P1)*

Eén patiënt was zelfstandige en gaf aan dat het gewoon niet mogelijk was om te stoppen met werken, ook al had ze dat gewild.

> *"Ik kan mij niet permitteren om er lang uit te zijn. En dan denk ik, dat is gemakkelijk als jij ergens op een werk zit en er zijn nog andere collega's die jouw job kunnen overnemen, terwijl als zelfstandige is dat niet evident om te zeggen: en nu ben ik 3 maanden weg. Ze [de huisarts] had*

dat misschien kunnen zeggen, maar ik zou het waarschijnlijk niet gedaan hebben. Want je bent zelfstandige dus dat gaat niet. Tenzij dat ze [de huisarts] zegt van jij moet echt wel stoppen." (P6)

Hulp en advies

Meer dan de helft van de patiënten kwam naar de huisarts om geholpen te worden en wilde advies krijgen.

> *"[Ik ging] toch om geholpen te worden. Ik wil vooruit in het leven, ik ben zo ingesteld en ik wil er van af. Ik wou een keer babbelen en mij laten inzien dat ik bepaalde dingen verkeerd aanpak, zoals mijn werk en zo, dat ik teveel doe, dat ik geen tijd meer heb voor mijn eigen." (P2)*

> *"Ook al mankeer je niets voor de rest, je wil toch iemand die een keer een advies geeft. Naar een ander ga je misschien sneller luisteren, denk ik." (P6)*

> *"Zo van, probeer dat eens anders te doen, zo kleine dagelijkse dingen. Tips geven. Meer praktische begeleiding dan gewoon praten." (P8)*

> *"Ik moet wel voor mezelf een hulpmiddel vinden om de knoop te kunnen doorhakken, omdat ik voor mezelf nog moet zoeken van hoe kan ik hier het gezonde evenwicht vinden? En daar ben ik nu op zoek naar. […] Je kan als dokter de patiënt ergens wel een leidraad geven van kijk, dat is met u gebeurd en dat is de reden dat je nu een burn-out hebt." (P9)*

Anderzijds wisten sommige patiënten niet goed wat ze konden of mochten verwachten van hun huisarts in verband met begeleiding. Ze vinden dat ze dit vooral zelf moeten doen.

> *"Ik weet dat eigenlijk niet of dat ik daar hulp zou mee kunnen krijgen." (P3)*

> *"Want uiteindelijk gaat het wel uit mij moeten komen, je kunt niet de verantwoordelijkheid op iemand anders schuiven, daar ben ik me bewust van. Je kan niet zeggen, de dokter, die gaat het oplossen, dat is niet zo." (P9)*

Het valt op dat enkele patiënten een arts zien als iemand die enkel lichamelijke klachten oplost. Sommigen wisten niet goed of ze bij de huisarts terecht konden met hun psychische klachten.

> *"Ik ben eigenlijk nog nooit bij de huisdokter geweest voor psychische problemen of begeleiding. Dat is eerder als je ziek bent, dan ga je naar de huisarts hé. Ik denk dat je daar [voor psychische problemen en begeleiding] dan eerder inderdaad naar een psycholoog of een psychiater voor moet gaan." (P7)*

Eén iemand vermeldde dat het nuttig zou zijn moest de huisarts een map liggen hebben met een stappenplan en een handleiding over overspanning en burn-out; info over de oorzaken, de symptomen, de mogelijke hulpmiddelen, organisaties die er mee bezig zijn…

> *"Dat ze [de huisartsen] een map kunnen meegeven, een stappenplan: dat kan [je doen]. Bestaat er daar hier in de omgeving een zelfhulpgroep voor? Mensen die met burn-out zitten? Bestaan er daar forums rond? Want nu hé, ik ben gewoon begonnen met de mutualiteit. Bij de CM heb ik ondertussen ook al iets gevonden: workshops die ze geven, leren ademhalen, ont-stress-sessies." (P9)*

Patiënten vermeldden ook hulpmiddelen die voor henzelf werken. Ze verwachtten niet dat de huisarts dit aanbrengt omdat het iets is dat de patiënt voor zichzelf moet vinden en de huisarts kan dit niet voor iedereen individueel aanbieden.

Boeken

> *"Ik ben wel iemand die vrij graag leest. Ik heb nu wel een boek besteld. Ik was heel toevallig aan het lezen 'ontketen je brein' over gejaagd leven. Interesses van mensen liggen zo verschillend. Wat voor iemand anders werkt of voor mij werkt, werkt niet per se voor iedereen." (P10)*

Body Awareness Therapy (BAT)

> *"Zo relaxatherapiedinges zo. Er zijn blijkbaar bepaalde kinesisten die dat ook zo'n beetje kunnen en je wel terugbetaald krijgt en daar had ze mij ook wel een briefje voor geschreven, maar dat was op mijn eigen aangeven." (P5)*

> *"Ze kan u naar de yoga ook sturen, dat is misschien ook een optie. Ik heb dat nog gedaan, ik vond dat zeer ontspannend." (P6)*

Sport

> *"Sport is een zeer goede afleiding, omdat je bezig bent en een keer je gedachten kunt verzetten." (P6)*

Medicatie

De minderheid van de patiënten verwachtte in het eerste consult dat er medicatie opgestart werd door de huisarts. Sommigen verwachtten dat er iets zou worden voorgeschreven indien er uit een bloedonderzoek bleek dat er tekorten waren. Eén iemand verwachtte specifiek medicatie voor de lichamelijke klachten. De andere patiënten die medicatie verwacht hadden, wilden iets om meer energie te krijgen of om beter te kunnen slapen.

Ondanks dat bepaalde patiënten medicatie verwacht hadden, waren ze wel bang om er afhankelijk van te worden en hadden ze angst om niet meer zonder te kunnen. Ze vermeldden ook schrik te hebben om er ooit mee te stoppen, omdat ze niet weten of ze zich goed zouden voelen zonder medicatie.

> *"Ik ben eigenlijk anti pillen hé. Ik ben altijd heel mijn leven zo een beetje anti al die dingen geweest, maar ik kan niet ontkennen dat het mij niet geholpen heeft. Maar ik probeer nu wel om er af te blijven, maar soms is het ook wel handig om te weten van als ik zoiets pak lig je binnen het half uur te slapen." (P5)*

> *"Ik heb schrik dat ik daar afhankelijk ga van worden. Ik zou dat jammer vinden moest dat niet echt nodig zijn. Ik zou misschien waarschijnlijk wel ooit schrik hebben om te stoppen omdat ik mij dan goed ga voelen. Dat gaat dubbel zijn omdat je er enerzijds vanaf wilt, en anderzijds dat je het niet zonder zou kunnen." (P8)*

Eén patiënt kreeg medicatie van de huisarts, maar had dit niet specifiek verwacht en vertrouwde erop dat de huisarts doet wat het beste voor de patiënt is, maar vond het ook belangrijk dat er inspraak mogelijk is.

> *"Ik ben niet binnen gestapt met het idee van ik moet hier medicatie krijgen en ik moet dit of ik moet dat. Ik weet wel dat dat het in orde komt. Hoe dan ook. Het vertrouwen is groot. Als de huisarts dan zegt, kom we gaan het zo of zo doen... Maar ik weet ook dat ik ergens de vrijheid heb van stel, ik pak dat [de medicatie] hier 2 dagen en ik voel mij zo hyperkinetisch worden of omgekeerd, ik zit hier hele dagen te slapen, dat ik dan zou bellen en zeggen van dat lukt hier echt niet en ik weet ook dat de huisarts daar voor open staat en dat dat geen arts is die zegt: "je moet dat pakken." Het is nog altijd in samenspraak hé. Het is niet omdat 'madame den doktoor' dat zegt, dat je dat blindelings moet volgen." (P4)*

Echter, de meerderheid van de patiënten verwachtte dat er geen medicatie opgestart werd. De huisarts kwam hier ook aan tegemoet. De redenen waarom ze liever geen medicatie nemen waren zeer uiteenlopend.

Patiënten hadden geen idee welke medicatie er zou kunnen helpen en of de medicatie ook effectief zou helpen als er iets voorgeschreven zou worden.

> *"Ik heb geen idee welke medicatie dat er zou voorgeschreven kunnen worden. Dus dat was zeker niet mijn plan om dat dan ook te krijgen." (P1)*

> *"Voor de rest weet ik niet of dat medicatie echt kan helpen." (P3)*

> *"Ik zou niet weten wat je kan nemen. Een spierontspanner, maar brengt dat op? Tijdelijk misschien." (P6)*

De helft van de patiënten die geen medicatie verwachtte, vond het op het moment van diagnose nog niet nodig om medicatie op te starten. Ze schatten hun situatie nog niet ernstig genoeg in om al iets te nemen.

> *"Ik ben ook zo één, ik denk dan: dat is niet nodig. Ik had ook het gevoel, als ik naar de huisarts ga, krijg ik ook misschien medicatie, maar ik zou ook niet geneigd zijn om ze te nemen. Ik zou me er te goed voor voelen." (P6)*

> *"Ik ben daar gewoon niet echt voorstander van. In het algemeen eigenlijk hoor, ik neem ook bijna geen medicatie. Dus als ik dat niet nodig heb zou ik dat liever niet… Ik denk uiteindelijk dat ik sterk genoeg ben om het ook wel zelf te doen." (P7)*

> *"Het is niet dat ik hier met diepe gedachten zit, dat ik mijn eigen iets ga aandoen. Dus ik pak voor mezelf de beslissing: geen medicatie." (P9)*

> *"Voor mij zou de stap naar medicijnen al vrij groot moeten zijn en dan zou de dokter echt écht écht moeten zeggen: "ja maar, het moet". Maar zelfs dan nog denk ik dat ik efkes zou proberen de boot af te houden." (P10)*

Verder vonden patiënten het ook beangstigend om medicatie te nemen. Enerzijds hadden ze angst om verslaafd te raken aan de medicatie en anderzijds was er ook de schrik dat de medicatie hen nog vermoeider zou maken en ze nog minder helder zouden kunnen denken.

> *"Ik denk dat je dat wel zou kunnen voorschrijven, maar ik ben daar eigenlijk niet zo voor, voor medicatie, omdat ik bang ben om er verslaafd aan te geraken." (P2)*

> *"Ik voel me nu al soms zo down, zo moe en ik denk dat met medicatie dat je daar zeker niet beter van wordt." (P2)*

> *"Ik wil dat [medicatie] ook niet. Ik heb nu misschien wel een overbelasting van mijn hersens, maar ik wil ook helder blijven. Ik heb enorm schrik om controle te verliezen." (P9)*

Patiënten hadden ook de angst dat de medicatie hun gevoelens zou verminderen en dat ze misschien door de medicatie in een toestand zouden komen waar ze niet meer uit zouden willen, waardoor ze levenslang de medicatie zouden moeten nemen. Er was de schrik dat de medicatie hun leven zou overnemen.

> *"Ik heb rap schrik als je medicatie neemt dat dat zo uw geest en uw gevoelens, dat dat heel uw gevoel lam legt en ik kan mij voorstellen dat dat in sommige situaties echt wel nodig is. Maar je moet opletten dat je nog wil terugkeren ook hé. Want op dat moment voor die patiënt is dat zo'n zalige toestand. Ik heb daar zo wel wat schrik allemaal van. Ik heb dat idee niet zo graag dat medicatie gaat bepalen hoe dat ik mij voel en hoe dat ik zou denken. Daar heb ik zo wat schrik voor. Maar ik vind dat een gezonde angst." (P4)*

"Omdat ik denk dat door medicatie te nemen dat dat u meer intolerant gaat maken. Door het feit dat je lam gelegd wordt door medicatie. Dus als je medicatie neemt zwak je iets af. […] Ik ga misschien geen angsten meer hebben, ik ga misschien rustiger worden, dat wel, die voordelen er van, maar dat gaat misschien ook op andere zaken afzwakken, ook de blije zaken, de prikkels van de blije zaken wegnemen, dus je gaat de prikkels van het negatieve wegnemen, maar de prikkels van het positieve gaan misschien, ik weet het niet hé, gaan misschien ook weggaan. […] Dan heb ik het gevoel van, door het feit dat ik de medicatie neem, hou ik mij wel medisch, technisch gezien in evenwicht, maar dan stel ik mij de vraag: ik kan dat toch niet heel mijn leven blijven pakken? Dat is geen oplossing op lange termijn. Ik kan geen pillen blijven nemen, want dan heb ik het gevoel dat ik mijn eigen niet meer ben." (P9)

Doorverwijzing

De minderheid van de patiënten kwam met de vraag om doorverwezen te worden naar een psycholoog. Zij zagen de huisarts als iemand die hun probleem inschat, hun lichamelijke klachten oplost en vervolgens direct doorverwijst naar derden.

"Voor mij is een huisarts iemand die op een kwartier tijd uw probleem moet kunnen inschatten, en daar eventueel medicatie moet voor geven of die u doorverwijst. […] Ik denk dat er sowieso wel iets moest gebeuren of dat ik ergens raad moest krijgen. Omdat ik het gevoel heb dat het [de situatie] niet veranderde. En dan is een huisarts die mij doorverwijst wel ergens een stap naar hoe ik het probleem kan aanpakken." (P1)

"Ik ben ook een beetje wanhopig beginnen zoeken naar een cognitief therapeute, dus de huisarts had mij ook een adres gegeven. Omdat ik gewoon aan mezelf wil werken, omdat ik ook wel zie dat ik altijd in dezelfde patronen herval. […] Het is niet dat ik daar nu alles van verwacht qua oplossing, maar ik denk wel…" (P5)

Eén patiënt was doorverwezen door de huisarts en had ook een naam gekregen van een psychologe, maar de huisarts was hier niet tegemoet gekomen aan de verwachtingen. De patiënt zei dat het nuttiger zou zijn als de huisarts een aantal namen kan doorgeven waaruit de patiënt zelf kan kiezen en beslissen wie er het beste bij hem/haar past. De patiënt verwachtte dat de huisarts een netwerk heeft en vanuit dat netwerk een geschikte psycholoog of hulpverlener kan aanraden.

"Dat zij toch al ergens een netwerk hebben of ergens al een beetje weten waar dat de instanties zitten die kunnen helpen. Het is natuurlijk een taak die er weer bijkomt voor de dokter om te zoeken. Zodat ze u beter ook kunnen doorverwijzen. De huisarts had bijvoorbeeld nu alleen een briefje van een psycholoog, die haar briefje bij hem achtergelaten had, maar met alle respect, maar ik ben nu 44 jaar en ik heb nu denk ik nood, als ik naar een psychologe zou gaan, aan iemand die ouder is dan mij. Omdat ik ook denk, die heeft al iets meegemaakt of die draagt al iets mee." (P9)

Een andere patiënt was door de fysiotherapeut doorverwezen naar een psycholoog, maar voelde zich er niet goed bij.

"Ik ging daar niet graag bij. Ik vond wel dat ik moest gaan om een keer te horen en te zien wat dat dat inhield. Het is dus echt mijn ding niet. Ik ben redelijk down to earth en ik heb de indruk dat zij het leven ook anders bekijken en analyseren en het een beetje te ver gaan zoeken. Ik ga over iets praten omdat ik een oplossing wil, niet om te gaan zoeken hoe dat het komt." (P8)

De meerderheid wilde niet doorverwezen worden naar een psycholoog, vooral omdat ze vonden dat hun situatie op dit moment nog niet erg genoeg was.

"Een psycholoog of zo om een keer mee te praten, maar nu is dat nog te vroeg, denk ik. […] Maar misschien als ik voel op termijn dat ik dat niet alleen ga kunnen oplossen, dat ik dan misschien toch nog wel hulp van een psycholoog of zo ga nodig hebben." (P3)

"Een psycholoog of een psychiater, ik denk niet dat dat aan de orde was. Moest ik al verder over mijn punt zijn, dat je niet meer terug kunt, denk ik dat dat dan misschien wel nuttig is. Misschien dat die u wat meer tips kan geven." (P6)

Een paar patiënten, die vroeger al bepaalde zaken hadden meegemaakt (zoals bijvoorbeeld een echtscheiding of een sterfgeval in de familie) wilden liever niet naar de psycholoog doorgestuurd worden omdat ze niet aan alles terug herinnerd wilden worden en alles niet nog eens wilden ophalen.

"Ik weet niet of dat zou helpen zelfs, in mijn situatie, ik heb zodanig veel al meegemaakt. Ik wil liever rusten dan dat ik er altijd weer aan herinnerd word. Ik verwerk dat liever op mijn eigen." (P2)

"Er zijn veel dingen allemaal gebeurd en eigenlijk ben ik nooit bij iemand geweest om daarover te praten. Ik laat mijn eigen toe om daar even bij stil te staan en dan heb ik zoiets van en nu moet je verder. […] Ik heb ook iets van, moest ik dat nu toch doen, ik zou aan de ene kant niet meer weten waar ik moet beginnen. Misschien dat dat wel eens goed zou zijn om een keer naar iemand te gaan, maar gaat dat dan ook stoppen? En uiteindelijk hé, je moet toch vooruit. Je hebt dat dan misschien een keer tegen iemand gezegd, maar er verandert niets hé." (P7)

Indien de patiënten, die niet verwacht hadden om doorverwezen te worden naar een psycholoog, uiteindelijk toch zouden verwezen worden, weten ze niet goed wat ze van een psycholoog moeten verwachten. Opnieuw kwam er naar boven dat ze wilden dat de psycholoog naar hen luistert, hen een objectieve kijk geeft op de situatie en hen ook tips geeft om met bepaalde karaktereigenschappen om te gaan.

"Ik ben perfectionistisch, misschien dat een psycholoog dat kan veranderen." (P3)

"Dat die ook gewoon luistert, maar die kijkt op een andere manier naar de situatie dan dat je daar zelf heel emotioneel bij betrokken bent hé. Dus dat die ook probeert om die andere visie te tonen, want uiteindelijk kijkt iedereen naar de realiteit en dat is wel mijn realiteit, maar op zich is dat misschien niet dé realiteit voor iemand anders." (P10)

Meerdere patiënten haalden aan dat de wachtlijsten om psychologische hulp te krijgen lang zijn.

"Dat is voor het eerst in mijn leven dat ik echt op zoek gegaan ben naar hulp en tot mijn grote verbazing heb ik mij gerealiseerd dat al die mensen overboekt zijn, blijkbaar, cognitieve therapeuten. Ik denk dat er structureel in de hulpverlening wel één en ander moet veranderen en ook qua terugbetaling en dergelijke." (P5)

Op de vraag of de patiënten andere doorverwijzingen, naast de psycholoog, verwachtten, vertelde de helft van de patiënten dat ze doorverwezen waren naar de kinesist of osteopaat en vond dit goed.

"Vanavond kijk [ik] er naar uit, naar de kinesist. […] Dat ik er vanaf raak, van die pijn in mijn schouders en mijn nek en mijn rug." (P2)

"Dat [de osteopaat] deed mij wel deugd, ook omdat dat dan terug míjn moment was. Osteopaten zijn ook anders, vind ik, dan kinesisten. Die gaan ook zo wat meer doorvragen, wat is uw historiek, hoe zit jij in elkaar, wie ben jij. […] Ik vind dat wel boeiend, zowel mentaal als fysiek." (P4)

Eén van de patiënten had ook al info en hulp gezocht op internet en had onder andere een zelfhulpwebsite gevonden en info over verschillende workshops. De patiënt had het een meerwaarde gevonden als de huisarts dit had aangeboden.

"Ik probeer wel via middelen die internet biedt of via externe firma's die iets aanbieden voor mensen met burn-out, of via de computer ergens al positieve tips [te zoeken]. Ik heb iets gevonden: 'Fit in het hoofd' of zoiets. Ik heb het nog niet gelezen, nog niet gedaan, maar het

kan allemaal maar positief zijn om u te leren tot uw bewustzijn te komen, om te weten waar ben je mee bezig, waar wil je naartoe gaan." (P9)

3.2.2.2 Andere capaciteiten van de huisarts die overspannen patiënten belangrijk vinden

Naast dingen die de huisarts kan doen (luisteren, arbeidsongeschiktheid voorschrijven, advies geven, doorverwijzen of medicatie voorschrijven) vermeldden de patiënten nog verschillende capaciteiten, waarvan ze vinden dat een huisarts die moet hebben, om hun probleem aan te pakken. Ze vertelden ook wat ze belangrijk vonden in de arts-patiënt relatie.

Diagnose stellen en erkenning van het probleem

De meeste patiënten wisten van zichzelf wel dat ze overspannen waren, maar voor sommige was het toch belangrijk dat de huisarts dit nog eens benoemde. Voor patiënten met overspanning is het niet gemakkelijk om toe te geven dat ze de controle over de situatie aan het verliezen zijn. Bijna de helft van de patiënten vertelde expliciet dat ze veel waarde hechten aan de erkenning die ze kregen van hun klachten. Ze vonden het belangrijk dat ze serieus genomen werden en het was dan ook een opluchting als de arts hieraan tegemoet kwam.

"In eerste instantie heb je niet altijd door dat het over een overspanning gaat. Als iemand anders het voor u zegt dan wordt het duidelijk. Ergens, bewust of onbewust, weet je wel van het gaat niet de goede kant uit. Maar door het feit dat de huisarts dat eigenlijk puzzelt voor u weet je wel van, inderdaad ja. Het feit ook dat ze het erkende was voor mij al zo van, oef. En het is ergens ook een verlichting hé, zo van iemand die het erkent gewoon. Ik denk dat dat zeer belangrijk is. Niet zozeer van we gaan het zo en zo en zo en die pillen en dat en dat, maar het feit dat ze het voor waarheid aanneemt." (P4)

"Dat ze een beetje empathisch kunnen zijn. Ze moeten u daar natuurlijk niet zitten beklagen of zo, maar dat ze het verstaan, dat ze het niet licht afwimpelen, dat ze u serieus nemen." (P7)

"Dat zij het nog een keer uitsprak. Ik denk dat ik nood had om met mijn neus op de feiten gedrukt te worden. Dat ik misschien in mijn onderbewustzijn het wel al voelde, maar dat dat nog eens moest bevestigd worden door iemand die daar in thuis is." (P8)

Objectieve kijk op de situatie

Een aantal patiënten vermeldden ook dat ze veel waarde hechtten aan de objectieve kijk van de arts. Ze verwachtten dan ook dat de arts een realistisch beeld van hun situatie gaf zodat ze wisten waar ze aan toe waren.

"Je weet wel dat je rust gaat nodig hebben. Ik had gehoopt dat ik vrij snel terug naar het werk zou kunnen gaan, maar ik heb dan te horen gekregen dat het misschien langer zou duren en ondertussen besef ik dat ook wel. Maar het is wel belangrijk dat er iemand dat u ook zegt en benoemt van kijk, dat gaat niet in 3 dagen over zijn. Ja, de dokter gaf me een realistisch beeld: dat gaat niet op 3 dagen over zijn. Ik denk dat ik dat ook wel nodig had om dat in te zien ergens. Het is wel goed dat er iemand op dat moment zegt van halt, dat komt niet goed." (P3)

"Ik denk vooral in de eerste plaats echt luisteren. En echt goed begrijpen waar dat het probleem juist zit en waar het vandaan komt en dan gewoon een objectieve mening geven." (P9)

"Misschien is het wel handig om dan iemand te zien die er dan helemaal buiten staat en dan heel objectief naar de situatie kan kijken." (P10)

Meer dan de helft van de patiënten zei dat ze het belangrijk vinden dat de huisarts hun situatie goed inschat en ook verwacht dat de arts zou aangeven als er een doorverwijzing of medicatie nodig zou zijn.

"Als het [medicatie] nodig is... De dokter is daar het beste geplaats in. Als er morgen gezegd wordt van, het is toch nodig van medicatie, dan ga ik dat doen. Maar ik kan dat zelf eigenlijk moeilijk inschatten of dat dat nodig gaat zijn." (P3)

"De capaciteit om te zeggen van, we zijn goed bezig of het gaat goed of het gaat beter ofwel kijk, ik zou u aanraden om verder te gaan. Dat zij voor u inschatten wat dat er nodig is. Ik weet niet of dat dat te veel gevraagd is hé. Ik weet niet of dat dat haalbaar is?" (P8)

Vertrouwenspersoon

Voor verschillende patiënten is de vertrouwensband met de huisarts zeer belangrijk. Ze vinden de unieke relatie die ze met hun huisarts hebben belangrijk.

"Zij kent mijn historiek ook, ze weet ook hoe dat ik in elkaar zit, voor een groot stuk toch. Je blijft toch naar uw vertrouwenspersoon gaan, zeker voor zo'n dingen hé. Ik denk dat vertrouwen enorm belangrijk is en dat is met wederzijds respect dat dat moet gebeuren." (P4)

"Ik vind het belangrijk dat ze mij een beetje aanvoelt. Bij mijn huisarts voel ik mij wel goed, ze komt al lang in ons gezin. […] Ik ga liever bij iemand vertrouwd. Het is gevoelsmatig, omdat het makkelijker is om mijn verhaal te doen en dat ik me geen nummer voel. Eén van de zovele. Ja, dat is wel heel erg belangrijk." (P8)

Door een goede vertrouwensband is het mogelijk om eerlijk te zijn tegen de huisarts, waardoor er betere zorg op maat van de patiënt gegeven kan worden.

"Het is echt belangrijk voor die dingen dat je eerlijk kunt zijn. Ik vind dat ook belangrijk dat je die dingen tegen de huisdokter kunt vertellen zoals jij ze voelt of zoals dat jij ze ervaart en dat kan ik wel goed en ik kan me voorstellen dat je dat niet bij alle artsen kunt. Maar ik krijg het vertrouwen van mijn huisarts, en je moet daar op een respectvolle manier ook mee om gaan hé. Als ik niet eerlijk ben, gaan we het niet tot een goed einde kunnen brengen. Dan mag die arts doen en laten wat hij wil, of schrijven wat hij wil, dat gaat niet lukken, en dan doe je uiteindelijk het meeste pijn aan uzelf hé." (P4)

Controlerende functie

De huisarts kan ook een controlerende functie hebben. Doordat er een extern iemand een advies geeft of de patiënt iets oplegt zal de patiënt hier misschien meer gehoor aan geven.

"*Voor uzelf uitmaken van kijk, ik moet om negen uur beginnen in plaats van half negen. Als iemand u zegt van kijk, je gaat uw uren moeten respecteren of je komt er niet. Naar een ander ga je misschien sneller luisteren, denk ik. Ik denk dat dat ook meespeelt. Dat is hetzelfde als dat je naar een diëtiste gaat en om de twee weken op uw weegschaal moet staan. Dan ga meer op uw eten letten omdat je gecontroleerd wordt. En als je niet meer gecontroleerd wordt, ja, dan laat je het zijn beloop of je denkt: ik los het [zelf] wel op." (P6)*

3.2.2.3 De verwachting van opvolging

Wat de opvolging betreft vonden de patiënten dat dit vanuit hunzelf moet komen. Opvolging moest er zeker zijn, maar de meeste vonden het hun eigen taak om een afspraak te maken en aan te geven of er nog opvolging nodig was. Sommigen vonden het wel goed dat de huisarts zelf een vervolgafspraak maakte of dat er duidelijk werd gezegd dat indien het slechter ging ze zeker moesten terugkomen, omdat ze zich bewust waren van het feit dat ze anders misschien te snel terug aan het werk zouden gaan.

"Ik vind het wel goed ook dat de huisarts zoals nu voor maandag al een afspraak vastgelegd heeft. Omdat ik weet dat ik dat uit mijn eigen niet zou doen." (P2)

"Stel dat het na 2 weken nu niet zou lukken, dan weet ik dat ik bij haar terecht kan en gaan we zoeken naar een andere oplossing." (P4)

"Ik vind dat de huisarts op voorhand wel kan zeggen of bij een eerste consultatie van kijk, dat en dat zou je moeten proberen. Geef dat, plak daar een termijn op van een week of 14 dagen en bel mij dan terug om eens te evalueren. Of al een vervolgafspraak geven." (P6)

Voor de patiënten die medicatie namen, lag de focus vooral op de opvolging hiervan en dat verwachtten ze ook van de arts.

"Ze *heeft zelf gezegd van, we gaan minderen met die dosis slaappillen, maar neem contact op als het toch nog niet zou gaan. […] Als hij [de psycholoog] adviseert dat er iets van medicatie nodig is, ga ik wel blijven beroep kunnen doen op haar [de huisarts], absoluut. Maar voor de rest, nu verwacht ik wel dat ik helemaal bij de therapeut terecht kan en verwacht ik niets verder van haar [de huisarts]." (P5)*

"Gewoon, dat ik om de 2 weken ga, en dat we zien wat dat de medicatie doet. En dat we bespreken wat dat de medicatie met mij doet, hoe dat ik er mij bij voel en dat ik daarin opgevolgd word." (P6)

Andere patiënten vonden het vooral belangrijk dat hun situatie door de huisarts opnieuw geëvalueerd werd bij een volgend consult en er gekeken werd of er al dan niet verbetering was. Zoals eerder al vermeld vonden ze het belangrijk dat er tijdig aan de alarmbel getrokken zou worden als er iets veranderd moest worden qua medicatie of doorverwijzing.

"Ze mag daar eens naar polsen ja, en dan zal ze wel aan mijn reactie aanvoelen van moet ik hier nog verder op doorgaan of is het OK zoals het nu loopt. Het heeft geen zin dat ik mijn verhaal doe bij de externe [psycholoog] en dan nog eens opnieuw mijn verhaal doe bij de huisarts. Dan is dat dubbel hé. Maar, ik denk dat een huisarts ergens wel mag inschatten van, is de situatie van toen nu verbeterd of in welke fase zit die? En dat kan kort bevraagd worden." (P1)

"Ik denk dat het wel aangewezen is om af en toe eens terug te komen. Het hangt ervan af hoe dat het evolueert. Voor de rest kan er niet zoveel gedaan worden. Het is ook belangrijk dat er contactmomenten zijn af en toe en dat het verder opgevolgd kan worden en dat er goed geluisterd wordt, denk ik. Hoe dat ik me voel en wat dat ik nog nodig heb, hoe dat het verder loopt en dat er ook tijdig aan de alarmbel getrokken wordt." (P3)

"Dat de huisarts misschien toch informeert van, welke stappen dat ik heb ondernomen. Als arts ook, dat je voor jezelf ook ergens een evaluatie bijhoudt in welk stadium is die hier binnen gekomen en tot waar is die persoon op heden gekomen?" (P9)

Wat de opvolging op lange termijn betreft wilden de patiënten, ook als ze al een tijdje hersteld zijn van het overspanningsprobleem, dat er gepolst zou worden hoe het met hen gaat.

"Stel nu dat ik denk op latere basis dat het weer goed gaat met mij, maar dat zij dan in bepaalde situaties als ik bij haar kom, voor de kinderen bijvoorbeeld, dat ze mij ook wel attent maakt van, ik voel weer dat het niet goed gaat. Ik ga niet rap voor mij, maar dat ze misschien wel vraagt van hoe is het?" (P6)

Een patiënt haalde ook aan dat het belangrijk is dat de arts bij een volgend consult weet wat er de vorige keer gezegd is. Daarom vond de patiënt het belangrijk om door één iemand opgevolgd te worden (als de artsen in een groepspraktijk werken).

“Maar wat ik dan wel zou verwachten: als je dan teruggaat dat ze wel mee zijn terug. Dat je niet alles opnieuw moet beginnen uitleggen. Ik denk dat het wel makkelijker is als je door 1 persoon opgevolgd wordt, want als je naar iemand overloopt, moet je het eigenlijk toch weer gaan uitleggen. Er kan wel iets geregistreerd staan of zo, maar ja…”(P7)

3.2.2.4 Preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en werkgever

Naast de hierboven beschreven data gaven de respondenten spontaan nog bijkomende info over de rol van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en hun werkgever. Daar het interessant leek om de mening van alle deelnemers hierover te kennen, werd dit in de volgende interviews ook actief bevraagd. Gezien dit onderwerp buiten het onderzoek valt worden de resultaten hiervan weergegeven in bijlage 7.6. Kort kan gezegd worden dat de meeste patiënten de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer niet als een meerwaarde zien voor de aanpak van hun probleem. De meesten wisten eigenlijk niet waarvoor ze bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer terecht kunnen. Daartegenover wordt er wel hulp en ondersteuning van de werkgever verwacht.

4 Discussie

“Nee, dokter, u vergist zich, ziek zijn kan ik mij niet permitteren.”

Loesje

Hierna volgt een samenvatting van de resultaten en de sterktes en de zwaktes van dit onderzoek. Daarna worden de onderzoeksresultaten vergeleken met de bestaande literatuur en worden enkele implicaties voor de praktijk en suggesties voor verder onderzoek gegeven.

4.1 Samenvatting van de resultaten

Uit de 10 interviews die werden afgenomen blijkt dat de patiënten met overspanning vooral verwachten dat de huisarts naar hen luistert. Ze vinden het belangrijk om enerzijds hun verhaal te kunnen doen en anderzijds willen ze ook erkenning van hun probleem en willen ze dat hun klachten serieus genomen worden en er begrip getoond wordt. Door de vertrouwensband die ze met hun huisarts hebben hechten ze veel waarde aan de objectieve kijk van de arts en hebben ze er ook het vertrouwen in dat de huisarts goed kan inschatten indien er al dan niet bijkomende hulp nodig is, zoals medicatie of een doorverwijzing naar een psycholoog. De meeste patiënten vinden hun situatie niet ernstig genoeg om al medicatie te nemen of doorverwezen te worden. Er is ook een duidelijk angst om afhankelijk te worden van medicatie. De patiënten die wel medicatie verwacht hadden, wilden dit om meer energie te krijgen, hun slaapproblemen op te lossen of om de lichamelijke klachten te verhelpen.

Begeleiding door de huisarts wordt niet echt verwacht. De patiënten willen vooral wat advies krijgen over hoe ze hun probleem kunnen aanpakken, maar in het algemeen blijven de respondenten hier vaag over en weten ze niet goed wat ze van begeleiding kunnen verwachten van de huisarts.

Uit de 4DKL vragenlijst blijkt dat de meerderheid van de patiënten ook veel somatische klachten heeft en uit de interviews komt naar voor dat ze het ook belangrijk vinden dat hier aandacht aan gegeven wordt. Enerzijds willen ze dat de lichamelijke klachten verholpen worden en anderzijds willen ze gerustgesteld worden dat er lichamelijk niets ernstig aan de hand is.

De huisarts komt ruimschoots tegemoet aan de verwachtingen omtrent arbeidsongeschiktheid. De patiënten hadden meestal wel een vraag naar rust, maar hadden een kortere termijn in gedachten dan dat de huisarts hen voorschreef. Achteraf waren ze, over de termijn die voorgeschreven werd, wel zeer tevreden en vonden dat de huisarts een goede inschatting van de situatie had gemaakt.

Wat de opvolging betreft vinden de patiënten dat zij hiervoor hun verantwoordelijkheid moeten opnemen, tenzij de arts de situatie ernstig inschat. Ze willen wel dat de arts een inschatting maakt van hun vorderingen en op tijd aan de alarmbel trekt indien er iets moet veranderen in de begeleiding of behandeling.

Aan de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer wordt helemaal niet gedacht voor deze klachten van overspanning. De respondenten weten niet wie dit is en waarvoor ze er terecht kunnen. Ze zien er geen meerwaarde in voor het oplossen van hun probleem. De werkgever daarentegen kan wel een rol spelen in het voorkomen van de overspanningsklachten door er meer aandacht aan te geven.

4.2 Sterktes en zwaktes

Eén van de belangrijkste zwaktes van deze studie is de beperkte onderzoekspopulatie. Door het beperkt aantal patiënten dreigt de onderzoeker de mening van enkelen te gaan veralgemenen, waardoor foutieve conclusies getrokken kunnen worden. Artsen die werden gevraagd om mee te werken aan de rekrutering voor dit onderzoek, vonden het moeilijk om aan patiënten met overspanning te vragen of ze geïnterviewd wilden worden. Ze vreesden dat het hun patiënten nog extra zou belasten.

De onderzoekspopulatie bestond voornamelijk uit vrouwen, wat de onderzoeksgroep op basis van geslacht niet heterogeen maakt. De patiënten kwamen wel uit 5 verschillende huisartsenpraktijken, waardoor er naar de verwachtingen van verschillende artsen getoetst kon worden. Het is wel mogelijk dat er enkel patiënten geselecteerd werden waarvan de artsen dachten dat ze toegankelijk waren voor een interview, dus het is mogelijk dat de resultaten gebaseerd zijn op de mening van een kleine range van patiënten.

Een deel van de patiënten werd geïncludeerd door de onderzoeker zelf of kwam uit de praktijk waar de onderzoeker werkzaam was. Dit kan ervoor zorgen dat de vragen van de onderzoeker en de antwoorden van de respondenten gekleurd zijn in functie van de arts-patiëntrelatie.

De patiënten werden zo snel mogelijk na de eerste aanmeldingsklacht van overspanning bij de huisarts geïnterviewd, dit om hun verwachtingen zo weinig mogelijk te laten beïnvloeden door de handelingen van de arts. In dat kader zou het beter zijn om de patiënten voor ze bij de huisarts komen te interviewen, maar dit is praktisch moeilijk te organiseren. Daartegenover hebben patiënten met overspanning in het begin vaak moeite met zich te concentreren en helder te denken, waardoor het moeilijk kan zijn om abstract te denken. In dat opzicht kan een interview in een latere fase van de behandeling misschien meer uitgebreide en meer beredeneerde antwoorden geven.

De afbakening met andere psychiatrische stoornissen en burn-out is moeilijk te maken. De antwoorden op de 4DKL vragenlijst tonen dat er duidelijk overlap is van symptomen met andere psychiatrische aandoeningen, zoals hier specifiek de depressieve stoornis, de angststoornis en de somatiforme stoornis. Dit toont dat deze problematiek niet zwart-wit is en overspanning op een continuüm met andere aandoeningen ligt en het dus niet evident is om een afgebakende onderzoekspopulatie samen te stellen. Het kan als een zwakte beschouwd worden dat 2 patiënten met een matig verhoogde score op de 4DKL toch geïncludeerd werden in de studie. Dit werd, in overleg, gedaan omdat de score bij beiden 20 was (quasi sterk-verhoogd) en ze duidelijk voldeden aan de criteria van overspanning.

Er was geen opvolging van de patiënten. Op het moment van inclusie werden de patiënten als overspannen gediagnosticeerd, maar de mogelijkheid bestaat dat deze patiënten toch evolueren naar een burn-out of een andere psychiatrische aandoening en dus buiten de inclusiecriteria zouden vallen.

Doordat er geen duidelijke definitie, met duidelijke criteria waaraan voldaan moet worden, van overspanning bestaat, was het opstellen van de inclusiecriteria geen sinecure. De inclusiecriteria

werden voornamelijk gebaseerd op de definitie van overspanning van de LESA [8,9]. Het is een definitie die in meerdere Nederlandstalige publicaties gebruikt en aanvaard wordt als de definitie van overspanning, maar die, net zoals de term overspanning zelf, in de internationale literatuur niet voorkomt. Het ontbreken van deze officiële definitie kan dus ook als een beperking van het onderzoek gezien worden.

Voor dit kwalitatief onderzoek werd voor een analyse van semi-gestructureerde interviews gekozen. Er werd voor gekozen om de patiënten individueel te interviewen om zo de individuele meningen van de patiënten te kennen, wat een brede waaier aan informatie opleverde.

De interviews werden geanalyseerd door 1 onderzoeker. Dit heeft als voordeel dat de gegevens op eenzelfde manier geanalyseerd werden, maar heeft tevens ook het nadeel dat de gegevens mogelijks subjectiever benaderd werden. Het is eigen aan kwalitatief onderzoek dat er een subjectieve inschatting gemaakt wordt van het belang van bepaalde thema's (selectiebias) [32].

De interviews werden vastgelegd door middel van een audio-recorder, waarmee enkel de mondelinge informatie opgenomen werd. Mimiek en gedrag hadden nochtans ook een bijdrage kunnen leveren.

4.3 Vergelijking met de literatuur

Patiënten met psychosociale klachten zien de huisarts als iemand waarbij ze hun verhaal kunnen doen, iemand die naar hen luistert, hen emotioneel steunt en hun probleem helpt verhelderen. Hierbij is de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zeer belangrijk [29-31]. Uit dit onderzoek blijkt ook duidelijk dat dat dit voornaamste reden is waarvoor patiënten met overspanning naar de huisarts stappen: ze willen gehoord worden en daarbij willen ze vooral dat hun klachten serieus worden genomen.

De behandeling van overspanning begint met de patiënt rust te geven door de chronische stressbron weg te nemen [8,9,26]. Uit het onderzoek blijkt dat dit ook één van de voornaamste redenen is waarom de patiënten op consultatie komen bij de huisarts, al kunnen ze niet goed inschatten dat de herstelperiode waarschijnlijk langer zal duren dan ze denken.

Uit onderzoek van Terluin bleek dat de verwachtingen van de overspannen patiënt laag en vaag zijn [22]. Dit komt voor een stuk ook terug in het onderzoek dat gevoerd werd. De patiënten verwachtten dat er geluisterd werd en ze de rust voorgeschreven kregen waar ze nood aan hadden, maar specifieke verwachtingen naar hulp van de huisarts blijven vaag. Ze vragen hoogstens wat advies om beter met hun probleem om te kunnen gaan.

Een belangrijke taak die de huisarts heeft in de opvolging van patiënten met overspanning is de voortgang van het traject te bewaken, te bekijken of de patiënt de stappen in het herstelproces heeft gezet volgens het te verwachten patroon en periodes waarin er niets gebeurt, probeert te voorkomen [9,26]. De huisarts kan patiënten met overspanning zeker in eigen beheer opvolgen [8,9,22], maar het is belangrijk op tijd door te sturen als ze vast komen te zitten met de patiënt of als het probleem toch gecompliceerder is dan oorspronkelijk gedacht [9,30]. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten dit ook verwachten. Ze hebben duidelijk veel vertrouwen in de huisarts. Ze verwachten dat de arts hen zal helpen, maar verwachten vooral dat de arts hen zal doorverwijzen of medicatie zal voorschrijven als de huisarts inschat dat dat nodig is.

Bij een langere periode van arbeidsongeschiktheid kan de huisarts of de patiënt beroep doen op de arbeidsgeneeskundige dienst. Deze kunnen overleg bewerkstelligen tussen de patiënt en de werkgever of kunnen bekijken of er aangepast werk mogelijk is [10,24]. Uit de literatuur komt dat hier niet vaak gebruik van gemaakt wordt [22] en dat komt ook zeer duidelijk naar voor uit het onderzoek: patiënten weten niet waarvoor ze bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer terecht kunnen en ze zouden er voor dit probleem niet naartoe stappen.

4.4 Implicaties voor de praktijk: enkele tips voor collega-huisartsen

Gezien de beperktheid van de studiepopulatie is het niet mogelijk om op basis van dit onderzoek veralgemenende conclusies te trekken. Toch worden hierna enkele tips geformuleerd, gebaseerd op de verkennende literatuurstudie en dit kwalitatief onderzoek, die mogelijk kunnen bijdragen tot betere zorg voor patiënten met overspanning.

De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) gebruiken

De 4DKL vragenlijst is een handige, compacte tool om de diagnose van overspanning en de differentieel diagnose met depressie, somatisatie- en angststoornissen te stellen. Eén van de patiënten was wel geschrokken van de vragen in verband met zelfmoord die in de vragenlijst (bijlage 7.1, vraag 33 en 46) voorkomen. Als arts staan we er misschien te weinig bij stil welk effect zo'n vragen op de patiënt hebben. Het lijkt dan ook aangewezen om bij het gebruik van deze vragenlijst de vragen goed te kaderen.

Probleem erkennen en niet veroordelen

Patiënten met overspanning gaan niet snel toegeven dat ze het moeilijk hebben en gaan niet snel met hun problemen naar de huisarts stappen. Ze zijn duidelijk op zoek naar iemand die hun problemen erkent, hen daarin begrijpt en niet veroordeeld. Een empathische houding als arts is hierbij dus zeer belangrijk en het effectief benoemen van de diagnose van overspanning kan de opluchting bij de patiënt vergroten. Hierbij is het toch belangrijk om ook voldoende aandacht te schenken aan de lichamelijk klachten, de patiënt gerust te stellen en deze klachten te kaderen binnen de diagnose van overspanning.

Bewust zijn van vertrouwen

De huisarts is een belangrijke vertrouwenspersoon voor de patiënt. Ze hechten zeer veel waarde aan zijn mening en verwachten dat de huisarts op tijd inschat als er een doorverwijzing of medicatie nodig is. Het is belangrijk bewust te zijn van het vertrouwen dat patiënten in hun huisarts hebben en hier respectvol mee om te gaan.

Voldoende arbeidsongeschiktheid schrijven

Voor patiënten was het een opluchting dat de huisarts hen voldoende lang thuis schreef. Ze schatten hun probleem zelf niet ernstig genoeg in. Het valt dan ook aan te bevelen patiënten langer thuis te schrijven dan ze zelf denken, tenminste als je als huisarts de klachten als reëel inschat. Het is daarbij raadzaam aan de patiënt te vermelden dat de arbeidsongeschiktheid verlengd kan worden om zo de stress, die gepaard gaat met het gevoel terug te moeten gaan werken, te verminderen.

Afwachten met medicatie

De aanleiding van dit onderzoek was de verbazing over het feit dat er vaak medicatie voorgeschreven werd aan patiënten met overspanning. Uit literatuuronderzoek blijkt dat dit niet nodig is voor deze problematiek en uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de patiënten dit niet verwacht, het ook niet wil en sommige de medicatie waarschijnlijk zelfs niet zouden nemen, ook als de arts dit hen zou aanraden. We kunnen hieruit besluiten dat het zeer belangrijk is om te toetsen naar wat de verwachtingen van de patiënt hieromtrent zijn en er toch terughoudendheid moet zijn voor het voorschrijven van medicatie voor deze problematiek.

Netwerk hebben

Zoals een patiënt aangaf kan het nuttig zijn een netwerk van hulpverleners of instanties, die werken rond deze problematiek, uit te bouwen, waaruit de patiënt zelf kan kiezen wat hem nuttig lijkt of

waarbij je samen met de patiënt kan overlopen wat er het beste bij de patiënt past. Het aanbieden van zelfhulpwebsites of zelfhulpgroepen kan in dit kader ook nuttig zijn.

Doorsturen naar kinesist

Doorverwijzing naar een kinesist of een osteopaat, vooral als er ook lichamelijke spanningsklachten zijn, wordt als zeer positief ervaren door de patiënten. De drempel voor een doorverwijzing mag dan ook laag gehouden worden.

Overkoepelend kan er gesteld worden dat er altijd geluisterd moet worden naar de verwachting van de patiënt. Daaruit kunnen we beter de noden van de patiënt begrijpen en kunnen we daar als arts zoveel mogelijk aan tegemoet proberen komen, waardoor er een goede arts-patiënt relatie opgebouwd wordt en de zorg verbeterd kan worden, met hopelijk ook resultaat op gezondheidsvlak.

4.5 Toekomstig onderzoek

Zoals reeds herhaaldelijk werd aangehaald stootte dit onderzoek op het probleem van de onduidelijke begripsomschrijving van overspanning en het niet voorkomen van deze term in de internationale literatuur. Het geeft in elk geval weer dat er meer onderzoek naar overspanning nodig is en een officiële definitie en duidelijke criteria hiervoor noodzakelijk zijn. Er is ook meer duidelijkheid nodig hoe de term ‘overspanning’ gezien kan worden tegenover internationale begrippen die deze problematiek omschrijven, en welke internationale term er het beste gebruikt kan worden om onderzoek te voeren.

Deze studie onderzocht de verwachtingen van de patiënt naar de huisarts toe. Het zou interessant zijn om een vergelijkend onderzoek te doen waarbij er tegelijk getoetst wordt naar de verwachtingen van de patiënt en naar de visie van de huisarts. Op deze manier worden beide partijen in dezelfde setting onderzocht. Zo kunnen de faciliterende factoren en de moeilijkheden in de zorg voor deze patiënten nog beter achterhaald worden. In het kader hiervan zou het ook interessant kunnen zijn om de patiënten te interviewen na hun episode van overspanning. Er kan onderzocht worden of de huisarts effectief heeft voldaan aan hun verwachtingen, wat er daarbij goed liep en waar verbetering mogelijk is in de zorg voor deze patiënten. Verder kan er ook nog dieper worden ingegaan op de communicatie van de huisarts, om werkpunten hierrond te exploreren.

Het valt op dat sommige patiënten de huisarts zien als iemand waar je vooral terecht kunt voor fysische problemen en minder voor psychische klachten, terwijl de huisarts wel belangrijke steun en hulp kan bieden aan patiënten met psychosociale problemen. Het lijkt dan ook opportuun om onjuiste visies over de huisarts en de drempels om met psychosociale problemen naar de huisarts te stappen te achterhalen, zodat daar beter op ingespeeld kan worden.

De rol van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, voor de aanpak van overspanningsproblemen, werd in dit onderzoek kort aangehaald. In de Vlaamse literatuur komt de samenwerking met de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer weinig aan bod en ook de meeste respondenten zien geen rol weggelegd voor de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer in hun behandelingsproces. In Nederland daarentegen bestaat er een aanbeveling (de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-out) om de samenwerking tussen de huisarts, de bedrijfsarts en de eerstelijnspsycholoog te verbeteren met als doel dat de patiënten op het juiste moment de juiste zorg krijgen en de continuïteit van zorg behouden blijft [8-10]. Het lijkt dan ook zeer zinvol om hier in Vlaanderen verder onderzoek naar te doen en de rol van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer in de behandeling van overspanning te vergroten. Onderzoek zou zich kunnen toespitsen hoe huisartsen tegenover samenwerking met de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer staan, hoe de communicatie

tussen huisarts en de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer nu verloopt en wat hieraan kan verbeteren. Daarnaast zou het ook interessant kunnen zijn verder te onderzoeken hoe patiënten tegenover de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer staan en hoe de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer beter bekend en bereikbaar kan zijn voor patiënten met overspanning. Hieruit kan misschien een aanbeveling voor de samenwerking tussen huisarts en preventieadviseur-arbeidsgeneesheer, zoals die in Nederland bestaat, ontworpen worden.

5 Conclusie

"Ga op in uw werk, ga er niet in onder."

Overspanning komt steeds frequenter voor in onze samenleving en vormt een reëel gezondheidsprobleem, dat kan leiden tot burn-out en dus ernstige gevolgen kan hebben voor de patiënt en de maatschappij. Daarom is het opportuun om de zorg voor deze patiënten te verbeteren. Om optimale zorg te kunnen verlenen en een goede arts-patiënt relatie op de bouwen, is het belangrijk rekening te houden met de verwachtingen van de patiënt.

Een patiënt met overspanning verwacht dat de huisarts luistert, het probleem erkent, de klachten serieus neemt en onderzoekt of er lichamelijk iets aan de hand is. Hierbij is de vertrouwensband met de arts zeer belangrijk. Er wordt een objectieve kijk van de huisarts verwacht en het is de arts zijn taak om op elk moment van het ziekteproces in te schatten of er al dan niet bijkomende hulp nodig is, zoals medicatie of doorverwijzing naar een psycholoog. De behandeling die van de huisarts verwacht wordt is vaag, de meeste patiënten willen vooral wat advies om met hun probleem te leren omgaan, al weten ze niet of de huisarts dit kan bieden. De vraag naar arbeidsongeschiktheid is één van de belangrijkste redenen waarom patiënten een arts voor dit probleem consulteren. Ze willen meestal geen medicatie of doorverwijzing.

Gezien overspanning en burn-out toenemen is het belangrijk dat er verder onderzoek naar deze aandoeningen gedaan wordt. Hierbij kan er onderzocht worden hoe de zorg voor deze patiënten door de huisarts verbeterd kan worden, maar ook wat de rol kan zijn van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en de samenwerking tussen beiden. Het kan ook interessant zijn na te gaan welke drempels patiënten ervaren om met hun psychosociale problemen naar de huisarts te stappen.

6 Referenties

"If we knew what it was we were doing, it would not be called research, would it?"

Albert Einstein

1. Berghmans E. 'Nee, we hebben de piek van burn-out nog niet bereikt.' De Standaard 2016. Beschikbaar via: http://www.standaard.be/cnt/dmf20160208_02116066. Geraadpleegd 2016 maart 5.

2. Vandekerckhove S. Het is officieel: burn-out is (deels) de schuld van uw werk. De Morgen 2015. Beschikbaar via: http://www.demorgen.be/lifestyle/het-is-officieel-burn-out-is-deels-de-schuld-van-uw-werk-b611d8b8/. Geraadpleegd 2016 maart 5.

3. Vermeersch B. Vooral veertigers lopen risico op stress en burn-out. De Redactie 2016. Beschikbaar via: http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2594117. Geraadpleegd 2016 maart 9.

4. Schmidt AJM. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton. Huisarts Wet 2001; 44: 283-7.

5. Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2015; 58: 212-6.

6. Verkuil B, van Emmerik A, Holtrop R. Een patient met stress en burnout in de huisartsenpraktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.

7. Verkuil B, van Emmerik A. Omgaan met stress en burnout. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.

8. Bastiaanssen M, Loo M, Terluin B, Vendrig A, Verschuren C, Vriezen J. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-out. Huisarts Wet 2011; 54: 11-6.

9. Romeijnders A, Terluin B. Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. Huisarts Wet 2005; 7: 371-371.

10. Verschuren CM, Terluin B, Loo MAJM, Vendrig AA, Bastiaanssen MHH, Vriezen JA, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out voor eerstelijns professionals 2011. Beschikbaar via: http://nvab.artsennet.nl/richtlijnen.htm. Geraadpleegd 2014 december 28.

11. Terluin B, van Dijk D, van der Klink J, Hulshof C, Romeijnders A. De behandeling van overspanning. Een systemisch literatuuroverzicht. Huisarts Wet 2005; 48: 7-12.

12. Creswell JW. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. California: SAGE Publications; 1997.

13. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39: 538-47.

14. Terluin B, Terluin M, Prince K, et al. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet 2008; 51: 251-5.

15. Securex. Te veel stress bij werknemers bezorgt ook werkgevers kopzorgen. Persbericht Securex 2014. Beschikbaar via: http://www.securex.be/export/sites/default/.content/download-gallery/nl/pressrelease/PR-140205-Stress-werk-NL.pdf. Geraadpleegd 2016 maart 9.

16. Finoulst M, Vankrunkelsven P, Braeckman L. Hoe wijd verspreid is burn-out? Tijdshr. Voor Geneeskunde 2015; 71: 123-5.

17. Casey P. Adjustment disorder: new developments. Curr Psychiatry Rep 2014; 16: 451-8.

18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) Beschikbaar via: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx . Geraadpleegd op 2015 februari 21.

19. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, ik zit erdoor!: de behandeling van surmenage en burn-out, deel 1. Huisarts Nu 2012; 41: 62-6.

20. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Beschikbaar via: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en. Geraadpleegd op 2015 februari 12.

21. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. The British Journal of Psychiatry 2012; 201: 137-42.

22. Schmidt AJM. De Psychologie van overspanning: theorie en praktijk. Amsterdam: Boom; 2000.

23. Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Lekenterm als diagnose: Achter 'overspanning' gaan vaak ernstige klachten schuil. Medisch Contact 2005; 60: 100-2.

24. 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: 134-40.

25. Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? Huisarts Wet 2002; 45: 112-3.

26. Schmidt AJM. Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. Huisarts Wet 2002; 45: 119-23.

27. De Lepeleire J, Keirse M. Aan weerszijden van de stethoscoop: over kwaliteit van zorg en communicatie. Leuven: Acco; 2011.

28. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcome: a literature review. Arch Fam Med 2000; 9: 1148-55.

29. Van den Brink-Muinen A, van Dulmen S, Jung HP, Bensing J. Communiceren huisartsen volgens de verwachtingen van hun patiënten? Huisarts Wet 2008; 51: 141-46.

30. Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. Huisarts Wet 2001; 12: 550-52.

31. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med 1998; 47: 1573-88.

32. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? Minerva 2015; 14: 24.

7 Bijlagen

7.1 De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL)

Aangezien er veel overlap is tussen de klachten van overspanning en klachten van andere psychische aandoeningen is het niet eenvoudig om een correcte diagnose te stellen. Om de diagnose van overspanning te maken dient er eerst een goede anamnese te gebeuren. Aanvullend op de anamnese kunnen vragenlijsten gebruikt worden, zeker bij twijfel over de diagnose [8,9]. Als screeningsinstrument en als ondersteuning voor de diagnosestelling van overspanning wordt in de NVAB-richtlijn (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) aanbevolen.

De 4DKL is auteursrechtelijk beschermd. Het copyright berust bij Dr. B. Terluin. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik, zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek [13,14].

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren? -	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen? -	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek? -	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug? -	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie? - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen? -	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn? -	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik? - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid? -	☐	☐	☐	☐	☐

12.	misselijkheid of een maag die 'van streek' is? - - -	☐	☐	☐	☐	☐

Hebt u <u>de afgelopen week</u> last van:

13.	pijn in de buik of maagstreek? - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
14.	tintelingen in de vingers? - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
15.	een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16.	pijn in de borst? -	☐	☐	☐	☐	☐
17.	neerslachtigheid? -	☐	☐	☐	☐	☐
18.	zomaar plotseling schrikken? - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
19.	piekeren? -	☐	☐	☐	☐	☐
20.	onrustig slapen? -	☐	☐	☐	☐	☐
21.	onbestemde angst-gevoelens? - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
22.	lusteloosheid? -	☐	☐	☐	☐	☐
23.	beven in gezelschap van andere mensen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
24.	angst- of paniek-aanvallen? - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

Voelt u zich <u>de afgelopen week</u>:

25.	gespannen? -	☐	☐	☐	☐	☐
26.	snel geïrriteerd? -	☐	☐	☐	☐	☐
27.	angstig? -	☐	☐	☐	☐	☐

		nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend

Hebt u <u>de afgelopen week</u> het gevoel:

28.	dat alles zinloos is? -	☐	☐	☐	☐	☐
29.	dat u tot niets meer kunt komen? - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
30.	dat het leven niet de moeite waard is? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
31.	dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

32.	dat u 't niet meer aankunt? - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
33.	dat het beter zou zijn als u maar dood was? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
34.	dat u nergens meer plezier in kunt hebben? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
35.	dat er geen uitweg is uit uw situatie? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
36.	dat u er niet meer tegenop kunt? - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
37.	dat u nergens meer zin in hebt? - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

Hebt u <u>de afgelopen week</u>:

38.	moeite met helder denken? - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
39.	moeite om in slaap te komen? - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
40.	angst om alleen het huis uit te gaan? - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

Bent u <u>de afgelopen week</u>:

41.	snel emotioneel? -	☐	☐	☐	☐	☐
42.	angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? - *(bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)*	☐	☐	☐	☐	☐
43.	bang om te reizen in bussen, treinen of trams? - - -	☐	☐	☐	☐	☐
44.	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
45.	Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
46.	Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -	☐	☐	☐	☐	☐
47.	Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
48.	Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

49.	Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
50.	Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

Interpretatie en bespreking van de 4DKL-scores

Scoren

Elke vraag van de 4DKL levert 0, 1 of 2 punten op: 0 punten voor een klacht die afwezig is, 1 punt voor een klacht die 'soms' aanwezig is en 2 punten voor een klacht die 'regelmatig' of vaker aanwezig is.

Elke 4DKL-schaal heeft twee afkappunten, die de scores verdelen in 'laag', 'matig verhoogd' of 'sterk verhoogd'. De tabel hieronder geeft een overzicht van de afkappunten en hun betekenis per schaal. Lage scores behoeven geen speciale aandacht; het gaat dan doorgaans om normale spanningen waarbij het functioneren van de patiënt niet in het geding is. Matig verhoogde scores zijn een signaal dat er iets aan de hand kan zijn. Het is aan te raden om dit signaal met de patiënt te bespreken en eventueel een vervolgconsult af te spreken. Bij een sterk verhoogde score is altijd actie nodig.

Schaal	**Laag**	**Matig verhoogd**	**Sterk verhoogd**
Distress	0-10: normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20: verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32: ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim); stressreductie is aangewezen
Depressie	0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5: mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12: relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
Angst	0-7: waarschijnlijk geen angststoornis	8-12: mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	13-24: relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
Somatisatie	0-10: relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20: mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32: grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

7.2 Ethische goedkeuring

7.2.1 Goedkeuring onderzoeksproject

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

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**
	2015/0447	27-apr-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Wat verwachten patiënten met 'overspanning' van hun huisarts?
(Mongma Annelien Vanneste)

Belgisch Registratienummer: B670201524592

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 19/04/2015 (ontv. dd. 20/04/2015) op opmerkingen EC dd. 14/04/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 19/04/2015
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2) dd. 19/04/2015
* Protocol (versie 2) dd. 19/04/2015
* Vier Dimensionale Klachtenlijst (4 DKL) + interpretatie en bespreking van de 4DKL-scores + literatuurlijst (versie 2) dd. 19/04/2015

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/04/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 19/04/2016, 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 20/04/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 19/04/2016, 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 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@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**
	2015/0447	27-apr-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0447

- *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)*

- *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
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

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

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

7.2.2 Goedkeuring amendement

Universitair Ziekenhuis Gent

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK
Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 60 26	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0447	02-nov-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies Amendement voor studie met als titel:
Wat verwachten patiënten met 'overspanning' van hun huisarts?
(Manama Annelien Vanneste)

Belgisch Registratienummer: B670201524592
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 15/10/2015 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Amendement op Protocol
  (versie 20/09/2015)
- Divers
  - Lijst artsen aangesloten bij de Vesaliuskring
  - Uitnodiging deelname artsen voor rekrutering patiënten (dd. 20/09/2015)
  - Specifieke richtlijnen voor artsen die willen meewerken.
- Amendement
  - Uitbreiding rekruterinsmodaliteiten

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 19/10/2015.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 20/10/2015.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. In dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

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

Ann Haenebalcke
09/332 22 86

7.3 Vragenlijst semi-gestructureerd interview

Inleiding

Ik ben Annelien Vanneste, huisarts in opleiding bij dokter Bequé in Laarne. Ik zit in mijn laatste jaar huisartsgeneeskunde. In het kader van mijn thesis doe ik onderzoek naar wat mensen met overspanning verwachten van hun huisarts. Eerst en vooral wil ik je bedanken om mee te werken. Ik wil ook nog eens zeggen dat het interview volledig anoniem wordt opgenomen. De interviews worden uitgeschreven, maar de gegevens en zeker de bandopnames zal niemand ooit te zien of te horen krijgen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik vind het belangrijk dat ik uw mening weet over de vragen die ik u ga stellen. Is dit goed voor u?

Vragenlijst

Inleidende vragen rond symptomatologie

- Bij u werd de diagnose van overspanning gesteld. Wat waren uw klachten?
- Wat waren uw lichamelijke klachten?
- Wat waren uw mentale klachten?
- Wat hadden deze klachten tot gevolg?
- Hoe kwamen deze klachten tot stand?

Algemene verwachtingen van de huisarts

- Met welke verwachting stapte u voor de eerste keer naar de huisarts?
- Kwam de huisarts tegemoet aan uw verwachting?
- Had u nog andere dingen verwacht?
- Welke capaciteiten verwacht u als u met dergelijk probleem bij de huisarts komt?
- Wat vindt u belangrijk als u met een klacht van overspanning naar de huisarts stapt?

Verwachtingen rond arbeidsongeschiktheid

- Werd er arbeidsongeschiktheid voorgeschreven?
- Zo ja, hoelang?
- Had u dit verwacht?
- Toen u voor de eerste keer naar de huisarts stapte met dit probleem, welke termijn van arbeidsongeschiktheid had u verwacht?
- Komt de huisarts tegemoet aan uw verwachtingen?

Verwachtingen rond medicatie

- Werd er medicatie voorgeschreven?
- Zo ja, welke?
- Had u dit verwacht? Wat verwacht u van de medicatie?
- Wat zijn de redenen dat u al dan niet wil dat er medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts?

Verwachtingen rond doorverwijzing/andere hulp

- Welke hulp zou voor u nog wenselijk zijn, naast de begeleiding die de huisarts u geeft?
- Naar wie zou u graag doorverwezen worden?
- Wat zijn de redenen dat u al dan niet doorverwezen wil worden?
- Wat je verwacht je van die doorverwijzing?
- Zijn er nog andere zaken die u kunnen helpen of andere zaken die de huisarts aangeboden heeft die u helpen?

Verwachting rond opvolging

- Wat verwacht u van opvolging door de huisarts?

Bijkomende vragen: Verwachtingen van de arbeidsgeneesheer

- Weet u waarvoor u bij de arbeidsgeneesheer terecht kan? *(Indien niet: Dit is een arts die bijvoorbeeld instaat voor de medische keuring, iemand die zorgt voor de gezondheid, veiligheid en het welzijn van de werknemers)*
- Weet u wie uw arbeidsgeneesheer is?
- Wat verwacht u van de arbeidsgeneesheer?
- Wat verwacht u van de huisarts en de samenwerking met de arbeidsgeneesheer?

Tot slot

Tot slot, zijn er nog dingen die u wil toevoegen? Hebt u nog vragen voor mij? Als u later nog iets wil toevoegen mag u me altijd contacteren.

Heel erg bedankt om mee te werken aan dit onderzoek.

7.4 Protocol

Omschrijving van het onderzoek

Stress, overspanning en burn-out zijn frequent voorkomende psychische klachten in de huisartsenpraktijk. Ondanks dat het vaak voorkomt, zijn deze begrippen slecht omschreven in de literatuur en een Vlaamse richtlijn voor diagnose en behandeling is nog niet voorhanden. Huisartsen stellen meestal intuïtief de diagnose. In de praktijk waar ik mijn HAIO-opleiding volg wordt er aan patiënten met overspanning, naast psychosociale ondersteuning, vaak ook medicatie gegeven. Uit de literatuur blijkt echter dat medicatie een beperkte plaats heeft in de aanpak van overspanning. Ik vroeg me dan ook af wat patiënten met overspanning eigenlijk verwachten van hun huisarts.

Zo kwam ik tot volgende onderzoeksvragen:

1. Vanuit de literatuur wil ik volgende vragen beantwoorden:

Wat is overspanning? Wat is het verschil met gewone stress, burn-out en lichte depressie? Wat zijn de aanbevelingen omtrent de aanpak van overspanning?

2. Op volgende vraag wil ik met mijn onderzoek een antwoord bieden:

Wat verwachten patiënten met overspanning qua diagnose, behandeling, opvolging, doorverwijzing, arbeidsongeschiktheid en genezing?

De patiënten zullen gerekruteerd worden door mijn collega's en mezelf. Patiënten met een aanmeldingsklacht van overspanning zullen gevraagd worden deel te nemen aan de studie.

De patiënten waarbij een arts overspanning vermoedt en die willen meewerken aan het onderzoek zullen informatie over de studie (bijlage 1) voorgelegd krijgen. Daarna zullen ze een informed consent (bijlage 2) voor akkoord moeten ondertekenen.

Verdere selectie van de studiepopulatie zal daarna tijdens een gesprek door mij gebeuren op basis van volgende inclusiecriteria:

- Patiënten hebben hun GMD-dossier in de praktijk
- Leeftijd: 18-65 jaar
- Zowel mannen als vrouwen
- Er moet een chronische stressor aanwezig zijn, deze kan zowel werk- als niet werk gerelateerd zijn[1].
- Ten minste drie van volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde/onrustige slaap, prikkelbaar, niet tegen drukte kunnen, emotioneel labiel, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen/vergeetachtig[2].
- Gevoelens van controleverlies/machteloosheid door het niet meer kunnen hanteren van de stressoren. De patiënt heeft het gevoel grip te verliezen[2].
- Minder dan 6 maand bezig[2].

en op basis van volgende exclusiecriteria:

- Geen gekende psychiatrische problematiek, geen rouw, geen verslavingsproblematiek
- Geen extreme gebeurtenis in de voorbije week
- Geen gebruik van psychofarmaca op dit moment

- Geen onderliggende somatische oorzaak

Indien patiënten voldoen aan deze criteria zal hen, om de differentieel diagnose met angst, depressie en somatisatie te stellen, de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) van Terluin voorgelegd worden. Indien er geen onderliggende depressie, angst- of somatisatiestoornis aanwezig is zullen deze patiënten geïncludeerd worden voor een kwalitatief onderzoek in de vorm van een individueel semi-gestructureerd interview. De interviews zullen geanonimiseerd opgenomen worden met een dictafoon en zullen enkel door mezelf beluisterd en uitgeschreven worden. Als het onderzoek afgerond is zullen alle gegevens verwijderd worden.

De steekproefgrootte zal beperkt zijn door de beschikbare tijd voor registraties en het patiëntaanbod in de opleidingspraktijk. Er zal gestreefd worden naar maximum 10 patiënten.

Dit is een niet-exhaustieve lijst van vragen die mogelijk gesteld kunnen worden tijdens het semi-gestructureerd interview:

- Weet u wat overspanning/burnout is? Wat is dit voor u? Heeft u dit? Gebeurt er psycho-educatie? Geven huisartsen een diagnose? Is hier nood aan? Wat zou er kunnen helpen in het stellen van de diagnose?
- Wat verwacht u van de huisarts? Wordt er voldoende gedaan door huisarts?
- Welke hulp zou voor u nog wenselijk zijn, naast de begeleiding die de huisarts u geeft? Waar zou u graag naar doorverwezen worden?
- Wat is voor u een goede termijn van arbeidsongeschiktheid? Komt de huisarts tegemoet aan je verwachtingen hieromtrent?
- Weet u waarvoor u bij de arbeidsgeneesheer terecht kan? Wat verwacht u van de arbeidsgeneesheer? Wat verwacht u van de huisarts en de samenwerking met de arbeidsgeneesheer?
- Wat verwacht u van medicatie? Verwacht u dat de huisarts medicatie voorschrijft? Als ik u zeg dat uit onderzoek gebleken is dat medicatie eigenlijk niet helpt tegen overspanning, wilt u het dan nog altijd?

Op basis van quotes zullen de gegevens anoniem verwerkt worden. De patiënten zullen ten allen tijde de studie kunnen verlaten en zullen de mogelijkheid hebben om na afloop van het onderzoek de resultaten in te kijken.

Literatuur:

[1] Schmidt AJM. Overspannen, depressief, burnout of chronisch vermoeid: een diagnostische grabbelton. Huisarts Wet 2001;44:283-7.

[2] Verschuren CM, Terluin B, Loo MAJM, Vendrig AA, Bastiaanssen MHH, Vriezen JA, et al. Multidisciplinaire Richtlijn Overspanning en Burn-out voor eerstelijns professionals; 2011. Beschikbaar via: http://nvab.artsennet.nl/richtlijnen.htm*. Geraadpleegd 2014 december 28.*

Bijlage 1: Informatiebrief voor patiënten

Beste deelnemer,

u werd door uw behandelend huisarts aangesproken om mee te werken aan een onderzoek rond overspanning, dat kadert in mijn opleiding huisartsgeneeskunde.

Vooreerst bedankt voor uw interesse in deze studie.

Overspanning is een veel voorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. Het is een teveel aan stress die niet meer gehanteerd kan worden en die op termijn tot een burn-out kan leiden.

Als huisarts in opleiding valt het me op hoe frequent deze problematiek in de praktijk voorkomt en hoe relatief weinig wij als huisartsen hiervan weten, vooral wat behandeling betreft. Aangezien we het belangrijk vinden om onze patiënten zorg op maat te bieden wil ik in het kader van mijn masterthesis onderzoeken wat patiënten met overspanning verwachten van hun huisarts.

Het onderzoek bestaat uit 2 delen en is volledig kosteloos:

1) Indien uw beslist om deel te nemen aan het onderzoek zal u een vragenlijst moeten invullen zodat ik met zekerheid de diagnose van overspanning kan stellen.

2) Als we de resultaten van de vragenlijst hebben en de diagnose van overspanning is bij u gesteld, zal u uitgenodigd worden voor een interview dat ongeveer 1 uur zal duren. Tijdens het interview zal ik dieper ingaan op de verwachtingen die u heeft naar uw huisarts toe omtrent uw klachten van overspanning.

De interviews zullen geanonimiseerd opgenomen worden met een dictafoon en zullen enkel door mezelf beluisterd en uitgeschreven worden. Als het onderzoek afgerond is zullen alle gegevens verwijderd worden. De gegevens van verschillende patiënten zullen verzameld en verwerkt worden. Het doel van de studie bestaat erin een conclusie te trekken uit alle gegevens en zo de zorg voor patiënten met overspanning te verbeteren.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. U zal op elk ogenblik de mogelijkheid hebben om de studie te verlaten.

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.

Deze studie werd goedgekeurd door de onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Ugent/UZ Gent. Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki (versie 2013) opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient U de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

De behandeling van uw klachten staat los van deze studie. Hiervoor moet u terug op consultatie bij uw behandelend arts.

Indien u akkoord bent om mee te werken aan het onderzoek, gelieve dan bijgevoegd formulier in te vullen, te tekenen en terug te bezorgen in de praktijk.

Indien u graag een samenvatting van de onderzoeksresultaten krijgt, gelieve dan uw email-adres op onderstaand formulier te noteren.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Dokter Annelien Vanneste, Huisarts in Opleiding (HAIO) bij Dr. Chris Uyttersprot/Dr. E. Bequé

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Ik ondergetekende, ..., verklaar hierbij dat ik, als deelnemer aan het onderzoek 'Wat verwachten patiënten met overspanning van hun huisarts?' in het kader van de masterthesis van dokter Annelien Vanneste, HAIO van Dr. C. Uyttersprot/Dr. E. Bequé, voor de opleiding huisartsgeneeskunde:

1) de informatiebrief heb gelezen. Deze geeft uitleg over de aard van de vragen, taken en opdrachten die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) ervan op de hoogte ben dat dit onderzoek volledig kosteloos is.

(4) ervan op de hoogte ben dat dit onderzoek geen behandeling van mijn klachten bevat en ik daarvoor op consultatie moet bij mijn behandelend arts.

(5) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(6) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(7) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .....(plaats) op ..... (datum)

Handtekening:

Ik, ondergetekende, ... bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze klinische studie, dat ik een kopie heb gegeven van het informatie en toestemmingsformulier dat door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgens de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Indien u graag een samenvatting van de onderzoeksresultaten krijgt, gelieve dan uw adres of email-adres hier te noteren:

……

7.5 Protocol amendement

Gezien ik tot nu toe in de praktijk van dokter Uyttersprot, waar ik vorig jaar mijn HAIO-opleiding volgde, en in mijn huidige opleidingspraktijk bij dokter Bequé nog geen patiënten kon includeren voor het onderzoek in kader van mijn masterthesis, zou ik de rekrutering van patiënten willen uitbreiden. Behalve de rekrutering blijft de structuur en de opzet van het onderzoek behouden.

Om mijn studiepopulatie uit te breiden zal ik de artsen van de huisartsenpraktijken uit de Vesalius Huisartsenkring Wetteren-Laarne-Wichelen (zie lijst met gegevens van de artsen in bijlage 1) vragen om mee te werken aan mijn onderzoek. Ik zal hen via e-mail uitleg geven over mijn onderzoek en hen vragen om mee te werken (bijlage 2). Op de kringvergadering van 12 november 2015 zal ik kort mijn onderzoek nog eens voorstellen en meer uitleg over mijn onderzoek geven indien nodig. Aan de artsen die willen mee werken zal ik het volledige protocol, de informatiebrief voor de patiënt, de informed consent en de specifieke richtlijnen (bijlage 3) opsturen. Ik zal hen vragen om, indien ze een patiënt met nieuwe klachten van overspanning die voldoen aan de inclusie-en exclusiecriteria op consultatie zien, aan deze patiënt te vragen of deze wil meewerken aan het onderzoek. Indien dit zo is zal ik vragen dat de arts de informatiebrief en de informed consent aan de patiënt voorlegt en mij de gegevens van de patiënt bezorgt. Ik zal daarna contact opnemen met de patiënt en nog eens de inclusie- en exclusiecriteria overlopen voordat ik de patiënt in de studie includeer. Het verdere verloop van het onderzoek blijft behouden.

De paragraaf in mijn oorspronkelijk protocol '*De patiënten zullen gerekruteerd worden door de collega's waar ik mijn HAIO-opleiding volg(de) en mezelf. Patiënten met een aanmeldingsklacht van overspanning zullen gevraagd worden deel te nemen aan de studie.'* zal vervangen worden door: '*De patiënten zullen gerekruteerd worden door de collega's waar ik mijn HAIO-opleiding volg(de), de artsen uit de Vesalius Huisartsenkring Wetteren-Laarne-Wichelen en mezelf. Patiënten met een aanmeldingsklacht van overspanning zullen gevraagd worden deel te nemen aan de studie.'*

Verder blijven de informatiebrief en de informed consent hetzelfde als in mijn oorspronkelijk protocol.

Bijlage 1: Artsen aangesloten bij de Vesaliuskring met RIZIV nummer en emailadres

Audenaert Tine	1/48480/27/004	audenaerttine@telenet.be
Babiychuk Yuliya	1/48220/93/004	babiychuk_yuliya@msn.com
Beque Eva	1/47504/33/004	eva.beque@telenet.be
Bogaert Johan	1/45306/97/004	jo@dokterbogaert.be
Bulte Hubert	1/42812/69/004	hubertbulte@hotmail.com
Capiau Luc	1/44055/87/004	luc.capiau@pandora.be
Coolsaet Sofie	1/47493/44/004	sofie@bieststraat.be
Cours Stella	1/43833/18/004	dr01038@pophost.mediring.be
De Clercq Heidi	1/36228/57/004	declercq.heidi@telenet.be
De Gelder Gerrit	1/46429/41/004	de.gelder@skynet.be
De Groote Willy	1/42155/47/004	degrootewilly@skynet.be
Deleu Karl	1/45914/71/004	karl.deleu@groepspraktijkkalken.be
De Prost Luc	1/44341/92/004	luc@deprost.be
De Raeve Herman	1/43684/70/004	herman.deraeve@belgacom.net
De Raeve Willem	1/47965/57/004	willem.deraeve@gmail.com
De Smet Alex	1/43030/45/004	alex.de.smet@groepspraktijkkalken.be
De Wilde Johan	1/44075/67/004	jdwwestrem@pandora.be
Dierickx Carl	1/45875/13/004	carl@dokterdierickx.be
Dierickx Filip	1/45237/69/004	fil-drx@skynet.be

Galmart Ann	1/46097/82/004	ann.galmart@skynet.be
Gobert Kathelijne	1/35120/01/004	kathelijnegobert@skynet.be
Goethals Kristian	1/42649/38/004	dr.kris.goethals@skynet.be
Hendrickx William	1/43811/40/004	william.hendrickx@myonline.be
Hoebeeck Liesbeth	1/98446/16/004	dr.hoebeeck@hotmail.be
Hullaert Wim	1/43291/75/004	whullaert@yahoo.com
Hyndrikx Philippe	1/45146/63/004	katrien.philippe@skynet.be
Ingelbinck Guy	1/44691/33/004	guy.ingelbinck@skynet.be
Laurier Gwenda	1/47250/93/004	gwenda.laurier@pandora.be
Marius Luc	1/43696/58/004	lucmarius@pandora.be
Maudens Frank	1/47200/46/004	frankmaudens@skynet.be
Maudens Paul	1/43905/43/003	paulmaudens@skynet.be
Portier Sofie	1/48081/38/004	sofieportier@huvemol.be
Rasschaert Firmin	1/42414/79/003	rasschaert@skynet,be
Rasschaert Isabelle	1/46995/57/004	isabelle.rasschaert1@telenet.be
Reynders Ines	1/59588/74/004	ireynders@gmail.com
Segers Bart	1/46295/78/004	segers.bart1@pandora.be
Strybol Ine	1/82015/54/006	ine.strybol@ugent.be
Taragola Hans	1/46379/91/004	dokter@taragola.com
Thienpont Leen	1/46745/16/004	thienpont.leen@groepspraktijkkalken.be
Truijens Joachim	1/73940/78/006	joachim.truijens@gmail.com
Van Damme Guy	1/45539/58/004	guy@doktervandamme.be
Vandemeulebroecke Daniël	1/43058/17/004	danyvdm@scarlet.be
Vandemoortele Eric	1/45154/55/004	eric.vandemoortele@skynet.be
Vandenberghe Hanne	1/48385/25/004	vandenberghehanneke@gmail.com
Van Den Eeckhout Luc	1/43335/31/004	luc.van.den.eeckhout@skynet.be
Van der Haegen Elisabeth	1/46449/21/004	evdhaegen@hotmail.com
Van der Meersche Eric	1/44355/78/004	ercivandermeersche@skynet.be
Van Hoecke Luc	1/44554/73/004	luc.van.hoecke@pandora.be
Van Hoecke Peter	1/47370/70/004	peter@bieststraat.be
Van Imschoot Karel	1/43170/02/004	vive@pandora.be
Vanneste Annelien	1/48863/32/006	annelien_vanneste@hotmail.be
Vanwalleghem Danny	1/46059/23/004	danny.vanwalleghem@telenet.be
Van Watermeulen Hilde	1/45878/10/004	van.watermeulen.hilde@groepspraktijkkalken.be
Venneman Myriam	1/44333/03/004	myriam@deprost.be
Verreyt Paul	1/44445/85/003	paul.verreyt@skynet.be
Verstraeten Marc	1/44800/21/004	marc.verstraeten@pandora.be

Bijlage 2: E-mail met uitleg over onderzoek

Geachte collega's,

Ik ben Annelien Vanneste, de HAIO van dokter Bequé. Voor mijn masterthesis doe ik onderzoek naar de verwachtingen van patiënten met overspanning naar hun huisarts toe. Ik wil hierbij vooral toetsen wat patiënten van ons verwachten qua behandeling, arbeidsongeschiktheid, doorverwijzing, medicatie… Dit zou ik doen door middel van een semi-gestructureerd interview.

Gezien ik tot nu toe nog geen patiënten kon includeren voor mijn studie zou ik willen vragen of er artsen willen mee werken aan mijn onderzoek.

Ik ben op zoek naar nieuw gediagnosticeerde patiënten met overspanning/surmenage. Praktisch zou ik van jullie vragen om, indien er zich een patiënt met klachten van overspanning aanmeldt, en er voldaan is aan de inclusie- en exclusiecriteria (zie hieronder), jullie de patiënt vragen of hij/zij wil meewerken aan mijn studie. Indien jullie patiënt wil meewerken zou ik vragen dat jullie aan hem/haar de informatiebrief en de informed consent en aan mij de contactgegevens van die patiënt willen bezorgen.

Ik zal daarna contact opnemen met de patiënt, hem/haar een korte vragenlijst laten invullen om daarna het interview af te nemen.

De behandeling van de patiënt laat ik volledig aan u over.

De inclusiecriteria:

- Leeftijd: 18-65 jaar
- Patiënt heeft het GMD in de praktijk
- Zowel mannen als vrouwen
- Er moet een chronische stressor aanwezig zijn, deze kan zowel werk- als niet werk gerelateerd zijn.
- Ten minste drie van volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde/onrustige slaap, prikkelbaar, niet tegen drukte kunnen, emotioneel labiel, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen/vergeetachtig.
- Gevoelens van controleverlies/machteloosheid door het niet meer kunnen hanteren van de stressoren. De patiënt heeft het gevoel grip te verliezen.
- De overspanning heeft impact op de patiënt zijn functioneren.
- Minder dan 6 maand bezig.

De exclusiecriteria:

- Gekende psychiatrische problematiek, geen rouw, geen verslavingsproblematiek
- Extreme gebeurtenis in de voorbije week
- Gebruik van psychofarmaca op het moment van diagnose
- Onderliggende somatische oorzaak

Indien u interesse hebt om mee te werken aan dit onderzoek of nog bijkomende vragen hebt, gelieve mij dit telefonisch of via e-mail te laten weten. Ik stuur u daarna het volledige protocol, de specifieke richtlijnen voor jullie, de informatiebrief voor de patiënt en de informed consent op.

De volgende kringvergadering zal ik kort mijn onderzoek nog eens voorstellen en zal er ook de mogelijkheid zijn om bijkomende vragen te stellen.

Alvast bedankt voor jullie medewerking!

Vriendelijke groeten,

Annelien Vanneste
HAIO Dr. Eva Bequé
Molenstraat 47 bus 2
9270 Laarne
0470 99 74 72
annelien_vanneste@hotmail.com

Bijlage 3: specifieke richtlijnen voor artsen die willen meewerken.

Geachte collega's,

Alvast bedankt voor uw interesse in mijn studie!

Hierbij stuur ik jullie het volledige protocol, de informatiebrief voor de patiënt en de informed consent. Gelieve deze formulieren eens door te nemen en indien u nog vragen hebt me te contacteren.

Zoals ik in vorige e-mail al zei ben ik op zoek naar patiënten met overspanning met volgende inclusie- en exclusiecriteria:

De inclusiecriteria:

- Leeftijd: 18-65 jaar
- Patiënt heeft het GMD in de praktijk
- Zowel mannen als vrouwen
- Er moet een chronische stressor aanwezig zijn, deze kan zowel werk- als niet werk gerelateerd zijn.
- Ten minste drie van volgende klachten zijn aanwezig: moeheid, gestoorde/onrustige slaap, prikkelbaar, niet tegen drukte kunnen, emotioneel labiel, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen/vergeetachtig.
- Gevoelens van controleverlies/machteloosheid door het niet meer kunnen hanteren van de stressoren. De patiënt heeft het gevoel grip te verliezen.
- De overspanning heeft impact op de patiënt zijn functioneren.
- Minder dan 6 maand bezig.

De exclusiecriteria:

- Geen gekende psychiatrische problematiek, geen rouw, geen verslavingsproblematiek
- Geen extreme gebeurtenis in de voorbije week
- Geen gebruik van psychofarmaca op het moment van diagnose
- Geen onderliggende somatische oorzaak

Wat verwacht ik concreet van u:

1. Als een patiënt met overspanning, die voldoet aan de criteria, zich aanmeldt, zou ik u vragen aan deze patiënt de opzet en het verloop van de studie uit te leggen:
    - Gezien overspanning een frequente aanmeldingsklacht is bij de huisarts, maar er nog niet veel onderzoek rond gebeurd is, ben ik geïnteresseerd in wat patiënten met overspanning van hun huisarts verwachten. Ik wil hierbij vooral toetsen wat patiënten van ons verwachten qua behandeling, arbeidsongeschiktheid, doorverwijzing, medicatie…
    - Als de patiënt wil meewerken zal er gevraagd worden hiervoor de informatiebrief te lezen en de informed consent in te vullen.
    - Daarna zal ik contact met de patiënt opnemen en zal de patiënt nog een korte vragenlijst (de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL-vragenlijst), zie bijlage) om te differentiëren tussen overspanning, depressie, angststoornis of een somatoforme stoornis, moeten invullen om de diagnose van overspanning effectief vast te stellen. Indien ik uit de vragenlijst vast stel dat het een patiënt met een depressieve stoornis of en angststoornis betreft zal de patiënt niet geïncludeerd worden in de studie.
    - Indien de vragenlijst ook de diagnose van overspanning bevestigd zal er nog een interview van een half uur tot een uur volgen.

- De studie is volledig kosteloos voor de patiënt.

2. U geeft de informatiebrief en de informed consent mee met de patiënt en zegt dat ik hem/haar zal contacteren.
3. U bezorgt mij de contactgegeven van de patiënt.

De behandeling van de patiënt laat ik volledig aan u over.
Indien ik na het invullen van de vragenlijst een andere diagnose dan overspanning vast stel, zal ik u daarvan op de hoogte brengen.

Indien u nog vragen hebt, aarzel niet om me te contacteren.

Vriendelijke groeten,

Annelien Vanneste
HAIO Dr. Eva Bequé
Molenstraat 47 bus 2
9270 Laarne
0470 99 74 72
annelien_vanneste@hotmail.com

7.6 De verwachting van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer en de werkgever

Behalve één patiënt had er niemand gedacht om met de klachten van overspanning naar de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer te stappen. De patiënten wisten ook niet of ze daar voor dit probleem terecht konden en hoe de arbeidsgeneesheer hen zou kunnen helpen.

> *"Nee, ik heb er niet aan gedacht. Ik zie die bijna nooit. Ik zou ook niet weten dat ik nu daar bij terecht kan." (P7)*

Ook op de vraag of de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer een meerwaarde kan zijn voor het aanpakken van dit probleem antwoordden de meeste patiënten negatief. Enerzijds omdat ze niet wisten waarvoor ze er terecht kunnen, maar er werden ook andere redenen aangehaald.

De vertrouwensband met een arts is toch belangrijk voor velen.

> *"Dat is elk jaar iemand anders, je hebt daar totaal geen band mee." (P4)*

> *"Ik zou daar misschien toch niet naartoe gaan. Gewoon, ik heb daar geen… Ik ga liever bij iemand vertrouwd." (P8)*

> *"Ik vind dat [naar een arbeidsgeneesheer stappen] vrij moeilijk, omdat zij toch ook gewoon betrokken partij zijn. Alhoewel dat zij ook wel hun beroepscode hebben die ze moeten naleven natuurlijk hé. Maar ik denk dat die stap zo wat moeilijker is om te zetten, omdat die toch vrij betrokken zijn bij het bedrijf zelf. Maar misschien is dat ook niet slecht hé, misschien kan dat ook zijn voordeel hebben, want ja, je hebt er die het bedrijf kennen hé, maar het is zeker niet de stap die ik zelf nu zou gezet hebben." (P10)*

Eén patiënt vond dat de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer zich vooral richt op de fysieke klachten en weinig aandacht heeft voor psychische en werk gerelateerde problematiek.

> *"Bij wijze van spreken zouden ze u fysiek binnenste buiten keren, maar als jij iets zou aanhalen van psychische problemen, allé, werk gerelateerd. […] Je voelt gewoon dat ze daar zelf niet dieper op in gaan. Je moet het zelf aangeven, terwijl als het dan van fysieke aard is dat je zegt van, kan je een keer naar dit kijken of kan je eens naar dat kijken, zullen ze dat wel doen en zullen ze dat wel opvolgen, maar als het psychisch is, wordt daar moeilijker over gepraat bij ons." (P4)*

Eén patiënt had er wel al aan gedacht om naar de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer te stappen om de werksituatie aan te kaarten en verwachtte eventueel bemiddeling met de werkgever.

> *"Ik denk dat het misschien ook niet slecht zou zijn van de werksituatie daar toch nog een keer aan te kaarten. Te meer omdat er ook al een andere collega geweest is en dat toen ook gezegd is dat er misschien algemeen eens iets moet aan gebeuren. […] Ik denk ook wel als ik terug naar het werk ga gaan en er gaat niets veranderen aan de situatie daar, dat ik dat niet lang ga volhouden. […] Dus misschien dat hij kan bemiddelen." (P3)*

De bemiddelende functie werd ook door andere patiënten ingezien.

> *"Dat kan hé, bemiddeling, dat kan bijvoorbeeld als er problemen zijn met de baas dat zij dan bemiddelen. Dat zij bemiddelen tussen jou en de werkgever dan. Maar ja, dat is voor mij niet het geval. Dat is zeker niet bij mij opgekomen om daar te rade te gaan." (P10)*

Eventueel zou er wel naar de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer gestapt worden als de patiënt niet akkoord is met wat er door de huisarts beslist is omtrent arbeidsongeschiktheid.

> *"Moest het zijn zoals ik me nu op het moment voel en dat de huisarts bijvoorbeeld zou zeggen: ik zie u bereid om te werken. Dan zou ik misschien wel zeggen: ik voel me echt niet goed, ik ga*

daarmee verder. Dat die [de arbeidsgeneesheer] me ook nog eens zou checken of er nog iets aan te doen is. En helpen om me beter te maken. Maar ik denk, ik weet niet of die daartoe bereid zijn, dat weet ik niet." (P2)

Het is dan ook belangrijk dat er overlegd wordt tussen de arbeidsgeneesheer en de huisarts en ze op dezelfde lijn zitten.

"Dat je alle twee bij dezelfde conclusie zit […] en dat je daarin overeen komt van wat we ermee gaan doen, met het werk." (P2)

In tegenstelling tot de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer werd er van de werkgever wel veel verwacht, vooral dat er aandacht voor het probleem is en dat er begrip getoond wordt.

"Ik denk dat bij ons op het werk soms wel wat meer ondersteuning op zijn plaats zou zijn. Maar ik weet ook dat dat bijna niet haalbaar is om dat te verwachten. Maar ik vind dat ik daar toch wat in de steek gelaten ben geweest. Ik denk dat er voor sommige dingen meer openheid zou moeten zijn." (P4)

"Dat hij [de werkgever] er begrip voor heeft. Meer kan je eigenlijk niet vragen hé." (P7)

Bij één patiënt waren er al stappen ondernomen en was job trajectbegeleiding voorgesteld. De patiënt stond hier echter niet voor te springen en verwachtte eerder dat de werkgever het probleem op de werkvloer zou oplossen.

"Eigenlijk verwacht ik wel van mijn werkgever, als je je 20 jaar gegeven hebt, dat ze eigenlijk uw sterke punten uit u moeten halen. Door het feit dat dat beleid veranderd is moeten we 2 jobs tegelijk doen. Dus ik vind als je betrokken medewerkers wilt blijven hebben, die hun job goed doen, moeten ze hun job opsplitsen. Dus ik vind sowieso moet de werkgever dat kunnen erkennen. Ik heb een gesprek gehad met de HRN-verantwoordelijke. Weet je wat dat ze voorstelden: dat ik aan job trajectbegeleiding doe. Dat wil zeggen: de input komt weer van mij. Ze laten u kijken van wat wil je, wat doe je, zit je goed? [Ze] kijken naar jobs die je wél liggen." (P9)