

Burnout: literatuurstudie en fysiotherapeutisch behandelprotocol



Beroepsopdracht van:
Marjolein Augustus, Suzanne Flaton en Shinta Marte
Hogeschool van Amsterdam
Opleiding Fysiotherapie
Amsterdam 26 januari 2007

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Wat is burnout?	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Wat is burnout?.....	6
1.3 Hormonale processen in het lichaam	6
1.4 Conclusie.....	11
Hoofdstuk 2 Oorzaken van een burnout.	12
2.1 Inleiding	12
2.2 Burnout en psychische werkbelasting.....	13
2.3 Conclusie.....	14
Hoofdstuk 3 Gevolgen van burnout	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Persoonlijke gevolgen	15
3.3 Werkgerelateerde gevolgen	15
3.4 De WIA	17
3.5 Conclusie.....	20
Hoofdstuk 4 Verloop van burnout	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Verloop van burnout	21
4.3 Conclusie.....	22
Hoofdstuk 5 Diagnostiek	23
5.1 Inleiding	23
5.2 Diagnose	23
5.3 Differentiële diagnostiek: werkstress en overspannenheid	24
5.4 Differentiële diagnostiek: Chronisch vermoeidheidsyndroom (CVS), whiplash, contusio cerebri.....	24
5.5 Conclusie.....	24
Hoofdstuk 6 Behandelmethodes Burnout	25
6.1 Inleiding	25

6.2 Behandelmethoden	25
6.3 Mogelijke fysiotherapeutische interventies	27
6.4 Conclusie.....	28
Hoofdstuk 7 Preventie van burnout	29
7.1 Inleiding	29
7.2 Preventie	29
7.3 Verschillende vormen van preventie.....	32
Hoofdstuk 8 Fysiotherapeutisch behandelprotocol	34
8.1 Inleiding	34
8.2 Intake	34
8.3 Module 1: klachten en klachtenreductie	35
8.4 Module 2: cognitieve gedragstherapie.....	37
8.5 Module 3: fysieke training	39
8.6 Module 4: werk en werkhervatting	39
8.7 Terugvalpreventie	39
8.8 Eindevaluatie	40
Hoofdstuk 9 Conclusie.....	41
Hoofdstuk 10 Bronnenlijst.....	42
Bijlagen	45
Bijlage 1: Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK)	45
Bijlage 2: Borgschaal	47
Bijlage 3: Tampa schaal voor Kinesiofobie.....	48
Bijlage 4: Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)	49
Bijlage 5: borgschaal logboek.....	55
Bijlage 6: Åstrand Fietstest	57
Bijlage 7: Utrechtse Burnout Schaal (UBOS).....	58
Bijlage 8: Therapeutactiviteiten per gedragsvoorwaarde	61

Voorwoord

In deze scriptie vindt u informatie over burnout. De projectgroep, die bestaat uit, Marjolein Augustus, Suzanne Flaton en Shinta Marte, alle drie student fysiotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam, heeft deze scriptie gemaakt in opdracht van CIA (Contra-expertise en Inspanningsonderzoek naar Arbeidsbelastbaarheid). Omdat de fysiotherapeut steeds meer te maken krijgt met patiënten die een burnout hebben, vond de projectgroep het leuk om met dit onderwerp aan de slag te gaan en een behandelprotocol te ontwikkelen. Om een adequate behandeling te ontwikkelen is er eerst voldoende kennis nodig over het onderwerp. Daarom is er eerst een literatuurstudie gedaan waarin uitgelegd wordt wat burnout is, wat burnout met je lichaam doet, wat de oorzaken en gevolgen zijn van burnout, hoe een burnout verloopt, hoe de huisarts de diagnose 'burnout' stelt en wat de mogelijke behandelmethoden zijn.

Inleiding

De scriptie gaat over burnout met als hoofddoel het ontwikkelen van een fysiotherapeutisch behandelprotocol, waarin duidelijk naar voren komt welke behandeling de fysiotherapeut kan toepassen bij een patiënt met burnout.

De scriptie is opgebouwd uit 10 hoofdstukken en 8 bijlagen. Hieronder volgt de indeling van de hoofdstukken:

In *hoofdstuk 1* zal uitgelegd worden wat een burnout is en wat voor hormonale processen daarbij een rol spelen.

Hoofdstuk 2 zal ingaan op de oorzaken van een burnout, de prevalentie van werkgerelateerde burnout en de correlatie tussen burnout en psychische werkbelasting.

In *hoofdstuk 3* zal er uitgelegd worden wat de persoonlijke en werkgerelateerde gevolgen kunnen zijn van een burnout. Met daarbij de symptomen die voor die gevolgen zorgen.

Hoofdstuk 4 zal kort ingaan op het verloop van burnout.

Vervolgens zal *hoofdstuk 5* uitgebreid ingaan op de diagnostiek. Hoe wordt een burnout vastgesteld? En hoe differentieer je tussen een burnout, werkstress en overspannenheid? En hoe tussen een burnout en het chronisch vermoeidheidssyndroom, whiplash en contusio cerebri?

Hoofdstuk 6 zal uitwijden over de behandelmethoden en de mogelijke fysiotherapeutische interventies.

In *hoofdstuk 7* zal worden ingegaan op de preventie van een burnout.

En in *hoofdstuk 8* zal de projectgroep haar fysiotherapeutisch behandelprotocol presenteren.

Hoofdstuk 9 is de conclusie van deze scriptie.

In *hoofdstuk 10* staan alle gebruikte bronnen, op alfabetische volgorde.

Er wordt afgesloten met acht bijlagen.

Voor een goede leesbaarheid van het document is er gekozen om alleen gebruik te maken van de patiënt of hij of hem. Daar waar hij of hem staat kan ook zij of haar gelezen worden.

De projectgroep wens u veel leesplezier!

Hoofdstuk 1 Wat is burnout?

1.1 Inleiding

Om een goed behandelprotocol (zie hoofdstuk 8, blz. 34) op te stellen moet er eerst voldoende kennis zijn over wat burnout is en wat voor reacties het in het lichaam opwekt. Dit hoofdstuk gaat over de chemische en hormonale processen die zich in het lichaam afspelen als iemand aan een burnout leidt of een burnout aan het ontwikkelen is.

1.2 Wat is burnout?

Burnout (letterlijk: 'opbranden') is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid, dat vooral lijkt voor te komen bij mensen die beroepsmatig met andere mensen werken (Maslach e.a. 1986; Schaufeli e.a. 1998).

Burnout is een werkgerelateerd probleem (zie hoofdstuk 2, blz. 12), maar blijkt ook voor te komen bij mensen die na jaren van spanning en stress uitgeput raken, ongeacht het werk. Het gevoel 'opgebrand te zijn' blijkt ook voor te komen bij mensen met huwelijksproblemen, vrouwen of mannen die hun zieke echtgenoot verzorgen, bij overtrainde atleten etc. (Enzmann & Schaufeli, 1998). Dit wordt dan niet burnout, maar neurasthenie genoemd (Hoogduin, Schaap en Methorst 1996).

1.3 Hormonale processen in het lichaam

Langdurige stress kan uitmonden in burnout (voor symptomen zie §3.2 blz. 15). In ernstige gevallen raken lichaam en geest zo uitgeput dat werken en sociaal functioneren onmogelijk worden. (W.G. Burgerhout et al., 1995) Een gevolg hiervan is ook een beschadiging van het lichaam. De hormonenhuishouding en het immuunsysteem kunnen geheel van slag raken (www.burnin.nl). Dit wordt verder uitgelegd bij de functie van cortisol in deze paragraaf.

Er zijn twee aspecten van burnout die zich lenen voor een nadere bestudering vanuit een psychofysiologische optiek: het klachtenpatroon en het feit dat burnout een gevolg is van chronische stress. Wat betreft de klachten onderscheiden Schaufeli en Enzmann (1998) affectieve, cognitieve, lichamelijke, gedragsmatige en motivationele symptomen. Bij al deze categorieën van symptomen is duidelijk dat psychofysiologische processen (en ontregeling daarin) een rol spelen. Gevoelens als angst, somberheid en gespannenheid duiden op een toestand in het limbisch systeem waarvan de effecten in de rest van het lichaam merkbaar zijn. De cognitieve problemen die burnout patiënten melden, zoals moeite met de concentratie en geheugenstoornissen, duiden op de effecten van chronische stress op die hersendelen die bij deze functies betrokken zijn, waarbij in dit verband vooral aan de hippocampus (mediaal in de lobus temporalis gelegen structuur die van groot belang is voor het korte termijngeheugen. Cranenburgh 1997) kan worden gedacht. De psychosomatische klachten als slaapproblemen en vermoeidheid duiden op disregulaties van het lichamelijke arousal-systeem. De gedragsmatige en motivationele symptomen als hyperactiviteit, impulsiviteit en motivatieverlies hebben ongetwijfeld te maken met een verstoring van de balans tussen neurotransmitters (chemische stoffen die een rol spelen bij de impulsoverdracht in de eindsynapsen van het autonome zenuwstelsel en in die tussen de verschillende neuronen in het centrale zenuwstelsel. Jochems en Joosten 2006) en neuronmodulatoren (neuronmodulatie: Beïnvloeding van de prikkelbaarheid van zenuwcellen

door stoffen die buiten de synapsen worden gevormd, een fysiologische regulatie (Jochems en Joosten 2006) in het brein. Zoals noradrenaline, serotonine en dopamine (L.J.P. van Doornen 2000).

Het stressregelsysteem van het lichaam heeft onder normale omstandigheden een adaptieve functie. Het stelt het organisme in staat zich te mobiliseren om aan de eisen van de omgeving te voldoen. Bij een door de omgeving opgedrongen chronische adaptatie en mobilisatie kunnen deze systemen echter ontregeld raken. Vanuit deze kennis is het dus mogelijk burnout te beschouwen als een cluster van symptomen die duiden op een ontregeling van de stressfysiologische systemen in het lichaam (L.J.P. van Doornen 2000).

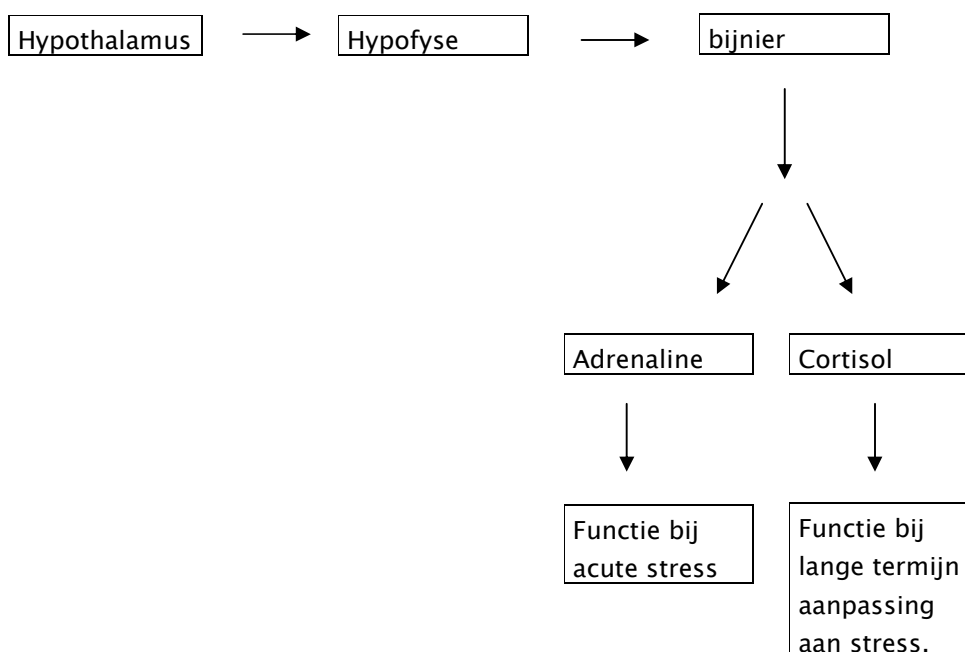
Hieronder zal in het kort de functie en werking van het stressregelsysteem, dat een centrale rol speelt bij de lange termijn aanpassing van een organisme aan stress, worden beschreven.

Het hypofyse-bijniersysteem

De functie van cortisol

Onderzoek naar de effecten van chronische stress richt zich hoofdzakelijk op de rol van de zogenaamde HPA-as (hypothalamic-pituitary-adrenal axis of hypothalamus, hypofyse, bijnier systeem in het Nederlands zie figuur 1 + 2), die het hormoon cortisol produceert. Cortisol is het hormoon van het stressregelsysteem dat een rol speelt bij de lange termijn aanpassingen aan stress (L.J.P. van Doornen 2000).

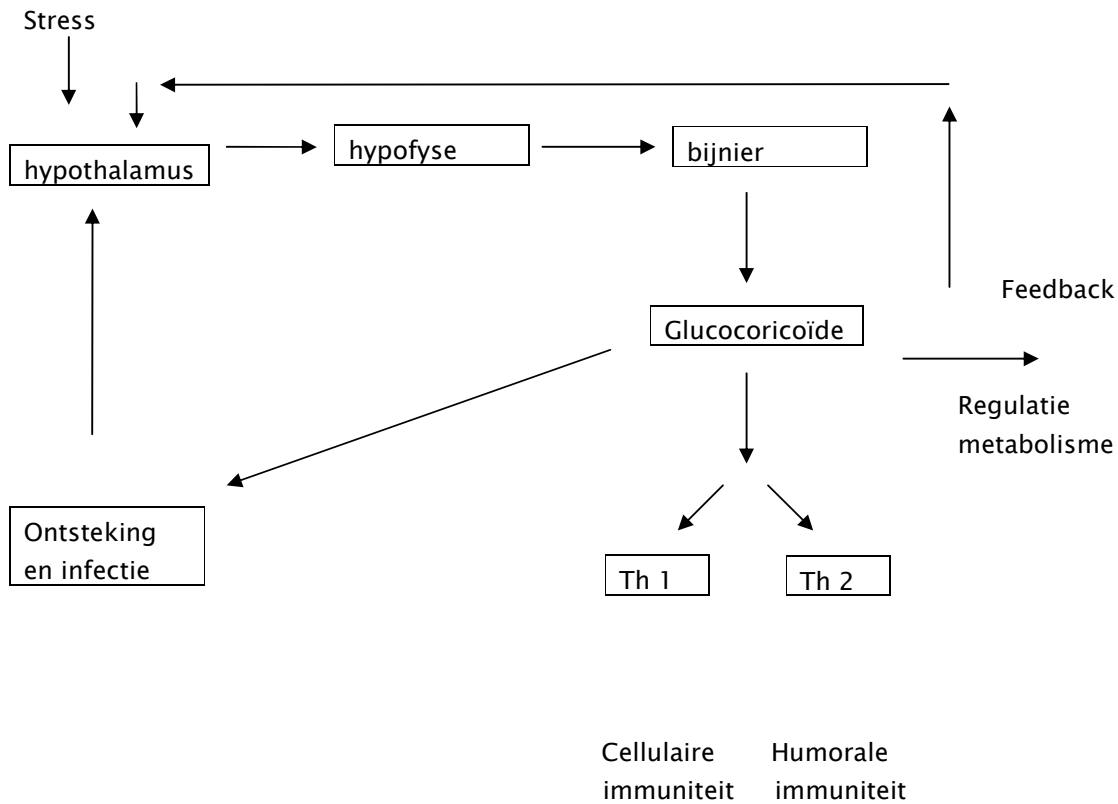
Figuur 1: *de HPA-as* (bron : hoorcollege Fibromyalgie 21-11-2006 en tekst uit Hoogduin, 2001).



De directe mobilisatie van het lichaam bij acute stress vindt plaats via het sympatische-adrenerge systeem. Dit is de alarmfase. Het centrale hormoon hiervan is adrenaline. Adrenaline is een metabool hormoon dat zorgt voor mobilisatie van brandstoffen (glucose en vetzuren) die bij een te ondernemen actie noodzakelijk zijn. Cortisol komt pas in tweede instantie vrij wanneer de stress langduriger en intenser is. De twee systemen werken samen op een complexe manier. Enerzijds werkt cortisol als katalysator op de werking van adrenaline, anderzijds heeft cortisol een dempende werking op de effecten van adrenaline. De katalyserende werking betreft de metabole functie van adrenaline. Het aanwezige basis niveau van cortisol in het bloed versterkt de acute reacties op stress zoals die door adrenaline worden veroorzaakt. De dempende werking vinden we terug in het immuunsysteem en de hersenen. Adrenaline mobiliseert het immuunsysteem. De functie van cortisol is te zorgen dat deze mobilisatie niet uit de hand loopt. Het tempert dus de ontstekingsreactie (W.G. Burgerhout et al., 1995). Het bekende ontstekingsremmende effect van corticosteroiden is daarvan een voorbeeld. Cortisol zorgt er echter ook voor dat, bij te grote concentratie in het lichaam veroorzaakt door bijvoorbeeld stress, de aanmaak van lymfocyten (specifieke immuunsysteem) en de productie van antilichamen tegen lichaamsvreemde stoffen wordt onderdrukt (W.G. Burgerhout et al., 1995). Sympathische activatie door stress leidt al binnen enkele seconden tot een verhoging van het glucosegebruik van de hersenen. Cortisolverhoging door stress remt de glucoseopname door de hersenen en voorkomt zo een te snelle uitputting en lokale tekorten (L.J.P. van Doornen 2000).

Als het lichaam door middel van de processen in de alarmfase niet in staat is om het gevaar af te wenden, dus de stress te verminderen, komt het in de afweefase. Bij voortdurende spanningen kan de afweefase lang voortduren. De bijnierfunctie blijft verhoogd en de bloedconcentraties cortisol en adrenaline zijn hoger dan normaal. Thyroxine en groeihormoon worden extra afgegeven waardoor het basale metabolisme wordt verhoogd. Groeihormoon en cortisol stimuleren in de perifere weefsels de verbranding van vetzuren zodat glucose gereserveerd wordt voor het zenuwstelsel. Intussen blijft het zenuwstelsel in een staat van verhoogde alertheid. Door de grote hoeveelheid cortisol is de concentratie lymfocyten duidelijk verlaagd. Daardoor is het lichaam vatbaarder voor infecties zie figuur 2. (W.G. Burgerhout et al., 1995).

Figuur 2: *Interactie HPA-as en immuunsysteem* (bron: hoorcollege Fibromyalgie, 21-11-2006).



Het verloop van stressresponse

De eerste stap van de stressreactie is het interpreteren van een beeld uit de omgeving of een geactiveerde voorstelling uit het geheugen, als potentieel relevant voor het organisme. Bij een interpretatie als potentieel bedreigend wordt het limbisch systeem geactiveerd en voornamelijk twee gebieden daarin: de hippocampus en de amygdala (een amandelvormige kern van neuronen. Het ligt diep in de temporaalkwab van de hersenen en maakt deel uit van het limbisch systeem www.wikipedia.org (zie figuur 3).

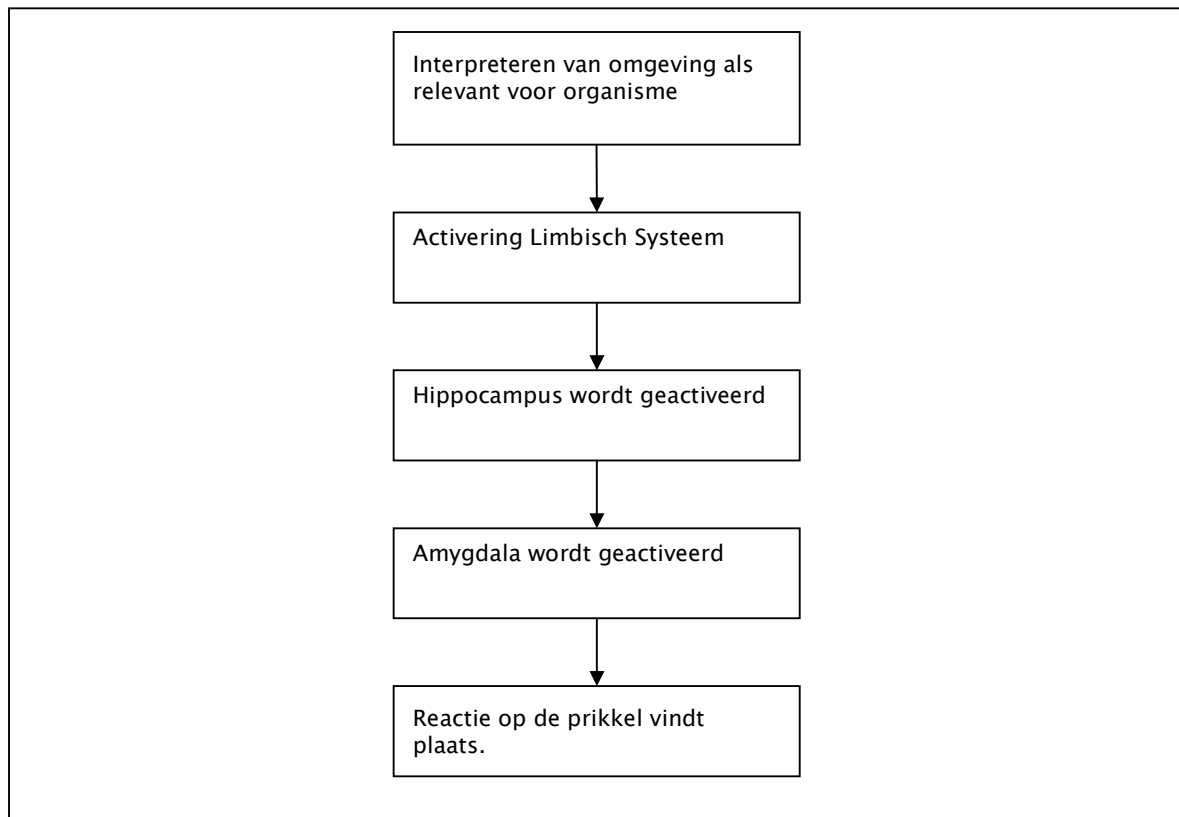
Figuur 3: *de amygdala* (bron: <http://en.wikipedia.org/wiki/Amygdala>).



De hippocampus bevat geheugeninhouden die feitelijke informatie bevatten over eerder meegemaakte situaties. De amygdala geeft emotionele kleuring aan de huidige beelden en bestuurt op grond daarvan onze acties (zie figuur 4). De amygdala heeft projecties naar de hersenstam en triggert daar onder andere de sympathicus, vooral via de locus coeruleus (een nucleus in de hersenstam verantwoordelijk voor fysiologische reacties op stress en paniek www.Wikipedia.org) De amygdala projecteert ook naar het centrale regelcentrum van de stressrespons, de hypothalamus (L.J.P. van Doornen 2000).

De PVN (paraventriculaire nucleus) van de hypothalamus bevat neuronen die CRF (corticotropic release factor) afscheiden. Deze neuronen projecteren ook naar centra in de hersenstam, onder andere de sympathische kernen die de activatie verzorgen van de autonome en endocriene stressreacties. Dit CRF bereikt ook, via bloedvaatjes, de hypofyse en de hypothalamus en stimuleert daar de afscheiding van ACTH (AdrenoCorticoTroop Hormoon). Via de bloedbaan stimuleert dit ACTH de bijnierschors tot het afscheiden van cortisol (L.J.P. van Doornen 2000).

Een feedback systeem zorgt ervoor dat de hoeveelheid cortisol binnen fysiologische grenzen blijft. Cortisolreceptoren bevinden zich overal in de hersenen maar vooral in de hippocampus, de hypofyse en de hypothalamus. Koppeling van cortisol aan deze receptoren remt de verdere aanmaak van cortisol op verschillende niveaus van het regelsysteem. Het CRF fungeert niet alleen als eerste stap in de aanmaak van cortisol maar heeft ook verder een cruciale rol in de hersenen bij de koppeling van emotionele, gedragsmatige en fysiologische componenten van stress. De hypothalamus kent weliswaar de grootste dichtheid van CRF-receptoren maar deze zijn ook aanwezig in andere genoemde hersengebieden (L.J.P. van Doornen 2000).

Figuur 4: *het verloop van stressresponse* (bron: tekst uit Hoogduin, 2001).

1.4 Conclusie

Door stress wordt het hormonaal systeem ontregeld. Er wordt te veel cortisol aangemaakt. Als de stress te lang aanhoudt, en er steeds te veel cortisol in het bloed zit, ontstaat een burnout. Door een teveel aan cortisol is ook het immuunsysteem aangedaan. Het zorgt er voor dat er minder lymfocyten aangemaakt worden, waardoor er een grotere kans is op (virus-)infecties.

Hoofdstuk 2 Oorzaken van een burnout.

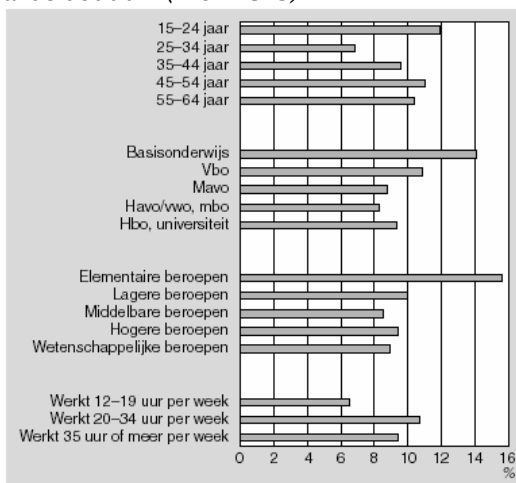
2.1 Inleiding

Na onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is een aantal gegevens over de prevalentie van burnout aangetoond. Zo is gebleken dat ongeveer één op de tien werkende Nederlanders last heeft van burnout klachten (www.cbs.nl). Dit betekent dat, bij een werkzame beroepsbevolking van 7 miljoen, er dus ongeveer 700 duizend mensen zijn die aan een burnout lijden. Dit aantal is in de afgelopen jaren niet erg gestegen en er is ook geen verschil tussen man en vrouw (www.cbs.nl).

Burnout zou wel variëren met de leeftijd. Zoals in figuur 5 te zien is melden werkenden in de leeftijd van 25–34 de minste klachten. De meeste klachten worden gemeld in de leeftijden 15–24 en 45–54 (www.cbs.nl).

Burnout blijkt ook samen te hangen met het opleiding- en het beroepsniveau (www.cbs.nl). Laagopgeleiden met alleen basisonderwijs melden ruim anderhalf keer zo vaak burnout klachten dan hoger opgeleiden (middelbare school of hoger). Van de mensen die werkzaam zijn in elementaire beroepen (kantoorhulpen, inpakkers etc.) kampt ruim 15 procent met burnout klachten, tegenover 9 procent van de mensen in de middelbare, hogere en wetenschappelijke beroepen. Er is dus verschil tussen basisonderwijs en VBO, MAVO, HAVO/VWO, MBO, HBO en universiteit en ook tussen de elementaire beroepen en de lagere, middelbare, hogere en wetenschappelijke beroepen. Het CBS vermeldt echter niet of deze verschillen ook significant zijn en dit dus echt een oorzaak van burnout genoemd kan worden.

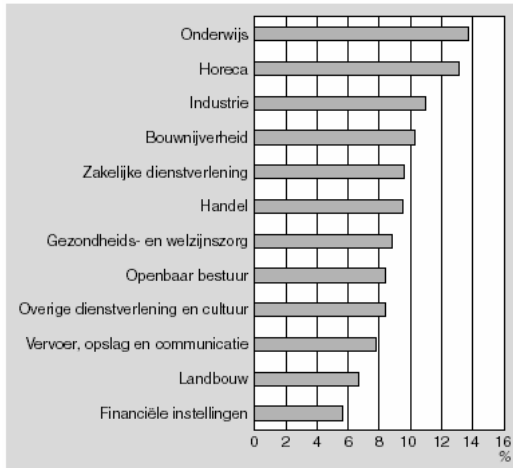
Figuur 5: *Personen met burnout naar leeftijd, opleidingsniveau, beroepsniveau en arbeidsduur. (Bron: CBS)*



De kans op een burnout hangt waarschijnlijk meer samen met het aantal uur dat iemand gemiddeld per week werkt (www.cbs.nl). Mensen met een volledige baan (35 uur per week of meer) of een grote deeltijdbaan (20–34 uur per week) hebben meer kans op een burnout dan mensen met een kleine deeltijdbaan (12–19 uur per week).

Burnout komt in sommige bedrijfsklassen meer voor dan in andere (zie figuur 6). Mensen die een baan hebben in het onderwijs en in de horeca spannen de kroon. Meer dan 13 procent van de mensen in deze klassen heeft last van burnout klachten. De landbouw en de financiële instellingen zijn de hekkensluiters. In deze klassen heeft minder dan 7 procent last van burnout.

Figuur 6: *Personen met burnout naar bedrijfsklassen. (Bron: CBS)*



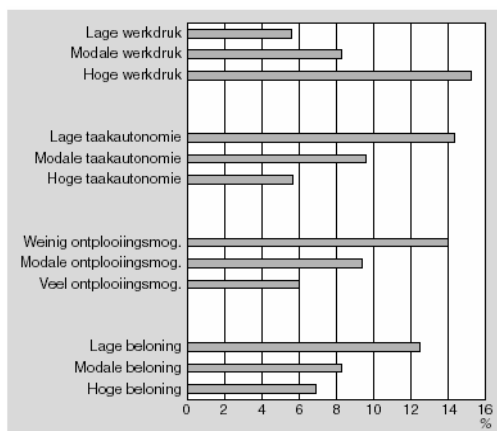
2.2 Burnout en psychische werkbelasting

In ditzelfde onderzoek werd ook de werkbelasting als oorzaak onderzocht. Naast de verschillende achtergrondkenmerken voor een vergrote kans op een burnout, lijkt de kans op een burnout sterk samen te hangen met de werkdruk (www.cbs.nl). Het verschil tussen mensen met een lage werkdruk (6% heeft burnoutklachten) en hoge werkdruk (ruim 15% met burnout klachten) is erg groot (zie figuur 7).

In figuur 7 is ook te zien dat mensen met een lage taakautonomie (nauwelijks zeggenschap over uitvoering en volgorde van de werkzaamheden en werktempo) vaker met burnout klachten kampen dan mensen die veel zeggenschap en verantwoordelijkheden hebben. Burnout hangt ook samen met de mogelijkheden die mensen hebben om zich te kunnen ontplooiën: hoe minder mogelijkheden, hoe meer burnout (www.cbs.nl). Ook de tevredenheid met de promotiekansen en beloning speelt een rol. Hoe lager de tevredenheid, hoe meer kans op een burnout. Kortom: hoe hoger de psychische werkbelasting, hoe groter de kans op een burnout.

Dit zal ook de reden zijn waarom vooral mensen in het onderwijs last krijgen van een burnout: hoge werkdruk en weinig zeggenschap en ontplooiingsmogelijkheden.

Figuur 7: *Personen met burnout naar werkdruk, taakautonomie, ontplooiingsmogelijkheden en beloningen. (Bron: CBS)*



Ook bij deze gegevens is niet vermeld dat de verschillen significant zijn en is het dus niet duidelijk of dit de oorzaak van burnout is. Een onderzoek gedaan door Taris, Schaufeli, Schreurs en Caljé (2000) toont echter ook overtuigend aan dat een te hoge psychische werkbelasting burnout veroorzaakt. Dit onderzoek is een longitudinale studie naar risicofactoren van burnout in het onderwijs.

2.3 Conclusie

Tot nu toe is er per afzonderlijk kenmerk nagegaan in hoeverre dat kenmerk verband hield met burnout. Elk verband kan echter beïnvloed worden door andere kenmerken, die samenhangen met zowel het betrokken kenmerk als burnout. Zo is het aannemelijk dat het verband tussen beroepsniveau en burnout wordt beïnvloed door taakautonomie en ontplooiingsmogelijkheden. In de elementaire en lagere beroepen hebben werkenden minder zeggenschap en minder ontplooiingsmogelijkheden dan in andere beroepen. De hoge burnout score in de elementaire en lagere beroepen kan waarschijnlijk voor een deel hieraan worden toegerekend.

Het CBS vermeldt dat het "het strikt genomen niet mogelijk is om aan te geven wat oorzaak is en wat gevolg, aangezien burn-out en psychische werkbelasting in het onderzoek op één tijdstip zijn gemeten. Er wordt echter in een andere studie (Taris, Schaufeli, Schreurs en Caljé, 2000) wel overtuigend aangetoond dat een te hoge psychische werkbelasting een burnout veroorzaakt.

Hoofdstuk 3 Gevolgen van burnout

3.1 Inleiding

Een burnout kan grote gevolgen hebben. In het volgende stuk zijn er twee soorten gevolgen uitgewerkt. De persoonlijke gevolgen en werkgerelateerde gevolgen.

3.2 Persoonlijke gevolgen

De persoonlijke gevolgen van een burnout vallen uiteen in drie categorieën (www.burnin.nl).

1. Fysieke en emotionele gevolgen

Burnout gaat gepaard met tal van fysieke en psychische gezondheidsklachten waaronder een afnemende geestelijke gesteldheid, een aantasting van het zelfbeeld en zelfvertrouwen, depressie, geïrriteerdheid, hulpeloosheid en angst. Lichamelijke klachten zijn ondermeer oververmoeidheid, hoofdpijn en maag- en darmklachten

De volgende symptomen kunnen in deze categorie ook voorkomen: (www.overspannen.nl en Hoogduin, Schaap en Methorst, 1996).

- Boosheid
- moeite met nee zeggen/ veel ja willen zeggen etc.
- frustratie en jezelf niet meer onder controle hebben
- Moeite met slapen
- Moeite met ontspannen
- Gevoel van 'opgebrand' zijn
- Gevoel van spanning
- Concentratie problemen
- Vermoeidheid
- Futloosheid
- Duizeligheid
- Rug-, nek- en spierpijn

2. Interpersoonlijke gevolgen

Mensen met burnout verminderen sociale contacten buiten het werk en zijn ook minder gemakkelijk in staat hun professionele rol buiten het werk van zich af te schudden. Het heeft een grote negatieve invloed op het persoonlijk leven.

3. Gevolgen op houding en gedrag

Mensen met een burnout kunnen een negatieve houding naar anderen ontwikkelen. Het kan zo zijn dat ze niet meer naar anderen willen luisteren.

3.3 Werkgerelateerde gevolgen

Onderzoek heeft aangetoond dat mensen niet alleen door prettige externe omstandigheden (zoals een prettige werkomgeving) positief worden gestimuleerd, maar ook door hun eigen optimale functioneren (Seligman & Csikzentmihalyi, 2000). Als een werknemer een burnout heeft, is zijn eigen functioneren niet optimaal waardoor hij zijn werk niet goed doet. De verliezen ten gevolge van fouten en verminderde kwaliteit van het werk zijn erg hoog (Christina Maslach & Michael P. Leiter, 1998).

De ziekte van een werknemer heeft financiële gevolgen. Er wordt veel geld opgeslokt door uitkeringen, ziektekosten, ziekteverzuim, en ziekteverlof. Het betreffende bedrijf krijgt te maken met verlies van productiviteit en misschien met extra loonkosten van invalkrachten, terwijl het salaris van de zieke werknemer moet worden doorbetaald (www.uvw.nl).

Nog niet lang geleden werd er bij psychische problemen meestal gezegd dat mensen maar eens goed uit moesten rusten en pas weer naar het werk moesten gaan als ze weer helemaal waren opgeknapt. De afgelopen jaren is de aanpak van verzuim om psychische redenen enorm veranderd. Er wordt van uit gegaan dat het vaak beter is om weer vrij snel aan de slag te gaan. Ook als men nog niet helemaal hersteld is (www.lva-nederland.nl). In Module 4 van het behandelprotocol (blz. 39) wordt verder ingegaan op de werkhervatting na een burnout. Er zijn een aantal richtlijnen en stappenplannen (richtlijn overspanning van LESA) ontwikkeld voor werknemers, werkgevers, bedrijfsartsen, huisartsen en psychologen. Ze zijn bedoeld om ervoor te zorgen dat mensen, die uitvallen door psychische problemen, niet onnodig lang thuis blijven zitten en in de WIA (zie § 3.4 blz. 17) belanden. Over het algemeen geldt namelijk dat hoe langer iemand ziek thuis zit, hoe moeilijker het wordt om weer aan de slag te gaan (www.lva-nederland.nl).

Op 16 januari 2007 is er in verschillende kranten een artikel gepubliceerd over de mogelijkheid tot het krijgen van een schadevergoeding van de werkgever als de werknemer een burnout heeft. Hieronder twee artikelen uit het Algemeen dagblad (www.ad.nl) en Trouw (www.trouw.nl):

Schadebedrag na burnout (Algemeen Dagblad, 16-01-2007).

Door OLOF VAN JOOLEN

HEERLEN – Mensen die door langdurig veel te hard werken met een burnout thuis komen te zitten, kunnen hun baas aansprakelijk stellen voor de schade. Deze mogelijkheid is ontstaan dankzij een vonnis van een kantonrechter.

De rechtbank in Heerlen kende onlangs als eerste een schadevergoeding toe aan een burnoutpatiënt. Albert van der Veer (51) uit Brunssum maakte acht jaar lang extreem lange weken als servicemonteur bij een broodfabriek. Zeven jaar geleden belandde hij in de ziektewet. Zijn advocaat, Thomas van den Beld, verwacht dat de man tonnen tegemoet kan zien. Over het schadebedrag wordt nog geprocedeerd.

Volgens hoogleraar arbeidsrecht Evert Verhulp van de Universiteit van Amsterdam biedt het vonnis goede aanknopingspunten voor andere burnoutpatiënten. In totaal zijn er volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek in ons land 700.000 mensen die lijden aan dit syndroom. Dat is tien procent van alle werkenden. De helft van de patiënten heeft ernstige tot zeer ernstige klachten.

”Wanneer je kunt aantonen dat er sprake is van langdurige overbelasting waarvan de werkgever redelijkerwijs kon verwachten dat het tot schade zou leiden, biedt dit vonnis goede mogelijkheden”, stelt Verhulp. “Het is opvallend dat de kantonrechter deze stap zet.

Tot nu toe konden werkgevers zich met succes beroepen op het argument dat mensen door privéomstandigheden een burn-out kregen. Vaak is dat verwijt overigens onterecht.”

Het Bureau Beroepsziekten van de FNV, dat de monteur juridische bijstand verleende, is blij met de uitspraak. Directeur Jan Warning denkt dat het vonnis goed van pas kan komen bij dertig andere zaken van burnoutpatiënten die het bureau heeft lopen. Ook hoopt hij dat het een afschrikwekkende werking heeft. “Het onderstreept de noodzaak van preventie bij werkgevers. Ze weten nu dat het ze hard in de portemonnee kan raken als ze werknemers te veel belasten.”

Rechter kent schadevergoeding toe na burnout (TROUW, 16-01-2007).

AMSTERDAM (ANP) – Werkgevers kunnen aansprakelijk worden gesteld voor de schade die een werknemer oploopt door een burn-out. Dat besliste de rechtbank in Heerlen, die onlangs een servicemonteur met een burn-out een schadevergoeding toekende. De hoogte van het bedrag moet nog worden vastgesteld.

Het Bureau Beroepsziekten van de vakcentrale FNV is blij met de uitspraak en ziet die als een waarschuwing voor werkgevers. Het ging in dit geval om een man die 's avonds en 's nachts kon worden opgeroepen en dan de volgende dag gewoon weer op zijn werk moest komen, aldus Jan Warning, directeur van het bureau. Volgens hem gaat de werkgever niet tegen de uitspraak in beroep en ligt er nu voor het eerst een definitief vonnis.

Het is niet voor het eerst dat een werkgever een schadevergoeding betaalt. Ruim vier jaar geleden betaalde een werkgever na bemiddeling door het Bureau Beroepsziekten 80.000 euro schadevergoeding aan een vrouw. Zij moest zo vaak overwerken dat zij instortte. “Dat was een schikking en nu ligt er een uitspraak van een rechter”, aldus Warning.

Werkgeversorganisatie VNO-NCW ziet de uitspraak als een op zich staand geval. Er lopen nog meer zaken en ook die worden individueel door de rechter getoetst, aldus een woordvoerder.

Deze artikelen laten zien wat burnout voor gevolgen kan hebben voor zowel de werknemer als werkgever.

De werkgever moet er voor zorgen dat de werknemers goed kunnen werken en dat de risico's op een burnout zo klein mogelijk worden gemaakt. Anders loopt de werkgever het risico dat hij een schadevergoeding moet gaan betalen als een werknemer met een burnout hem aanklaagt. Daarnaast moet hij de kosten voor een vervangende werknemer en ziektekosten betalen, die ontstaan doordat de werknemer in de WIA (zie § 3.4 blz. 17) terecht komt. De kosten kunnen dan flink oplopen.

3.4 De WIA

De WAO is sinds 2006 de WIA. De WIA, de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, vormt het sluitstuk van het nieuwe stelsel rond ziekte op het werk, arbeids(on)geschiktheid en reïntegratie en moet er mede toe bijdragen dat meer mensen aan het werk gaan. (www.werkenaarvermogen.nl).

De uitgangspunten van het stelsel zijn (www.werkenaarvermogen.nl):

- Werkgever en werknemer zijn samen verantwoordelijk voor een gezonde werkomgeving.
- Werkgever en werknemer moeten zich, meer nog dan voorheen, samen inspannen om bij langdurige ziekte terugkeer naar werk mogelijk te maken.
- De nadruk ligt op wat mensen kunnen, niet op wat ze niet meer kunnen. Werknemers die deels arbeidsgeschikt zijn, krijgen een uitkering. Hoe arbeids(on)geschikt iemand is, hangt af van wat hij of zij door ziekte of gebrek aan inkomen verliest.
- Werken, en dus ook weer of meer werken, moet lonend zijn.
- Wie geheel arbeidsongeschikt is en waarbij herstel niet waarschijnlijk is, krijgt een solide uitkering.
- De WIA is op 1 januari 2006 (formeel op 29-12-2005) in werking getreden.
- Wie een WAO-uitkering heeft, valt niet onder het nieuwe stelsel. WAO'ers onder de 50 jaar worden wel sinds 1 oktober 2004 strenger herkeurd.

De WIA is bedoeld voor werknemers die deels of geheel arbeidsongeschikt raken. Het streven is er vanzelfsprekend op gericht dat mensen gezond, veilig en plezierig aan het werk blijven. En dat begint met een gezonde werkomgeving en werksituatie (www.werkenaarvermogen.nl).

Dit is een eerste zorg voor werkgevers én werknemers. Daarbij kunnen ze ondersteuning krijgen van Arbo-diensten en andere instanties (zoals UWV). De afspraken en regels die hiervoor gelden, bestaan al langer (www.werkenaarvermogen.nl).

Er zijn in de WIA na de beoordeling twee mogelijkheden (zie figuur 8):

1. de WGA (werkherhvatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten)
2. de IVA (inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten)

Figuur 8: *de mogelijkheden van de WIA* (bron: www.werkenaarvermogen.nl).



WGA: werkherhvatting gedeeltelijke arbeidsongeschikten

De werknemer kan deels nog werken. Dan zorgt de regeling WGA ervoor dat de werknemer meer inkomen heeft naarmate hij inderdaad meer werkt. De WGA is dus bedoeld voor werknemers die deels arbeidsgeschikt worden verklaard met een loonverlies tussen de 35 en 80%. Ook werknemers die volledig arbeidsongeschikt zijn (loonverlies van meer dan 80%) maar die waarschijnlijk voldoende zullen herstellen, vallen onder de WGA (www.werkenaarvermogen.nl).

Eerst krijgt de werknemer een 'loongerelateerde' uitkering. Wie niet werkt krijgt 70% van het loon dat verdiend werd voordat men ziek werd (met een maximum). Wie wel werkt, krijgt bovenop het nieuwe loon een uitkering die 70% is van het bedrag dat men minder verdient in vergelijking met het vroegere loon (ook met een maximum). Deze 'loongerelateerde' uitkering duurt minimaal een half jaar en maximaal vijf jaar (NB: per 1 januari 2008 wordt dit minimaal drie maanden en maximaal 38 maanden). Hoe lang precies, hangt af van de leeftijd van de werknemer op het moment dat de uitkering begint. Om in aanmerking te komen voor deze loongerelateerde uitkering moet men in ieder geval minimaal 26 van de laatste 36 weken voordat men ziek werd, gewerkt hebben (de 'referte-eis') (www.werkenaarvermogen.nl).

De uitkering daarna hangt af van hoevéél de werknemer op dat moment verdient. Deze verdiensten worden tot het 65e levensjaar elke maand bekeken.

Wie na de 'loongerelateerde' uitkering minstens 50% van de resterende verdien capaciteit verdient, krijgt een loonaanvulling van 70% van het verschil tussen het oude loon (met een maximum) en het loon bij volledige benutting van de resterende verdien capaciteit.

Wie na de 'loongerelateerde' uitkering niet of minder dan 50% van de verdien capaciteit verdient, krijgt een uitkering ter hoogte van een bepaald percentage van het minimumloon. Dat percentage is afhankelijk van de arbeidsongeschiktheidsklasse waar men in zit. Deze uitkering is dus bijna altijd lager dan de 'loongerelateerde' uitkering (www.werkenaarvermogen.nl).

Als het gezinsinkomen in de WGA lager uitvalt dan het sociale minimum, is een toeslag van UWV mogelijk. Deze toeslag is ook afhankelijk van het inkomen van de partner (www.werkenaarvermogen.nl).

De IVA: inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten

Als de werknemer echt niet meer kan werken, geldt de regeling IVA. IVA is bedoelt voor werknemers die volledig arbeidsongeschikt worden verklaard (loonverlies van ten minste 80%) en waarbij geen of slechts geringe kans op herstel is. De IVA zorgt voor een solide uitkering voor werknemers die door ziekte of gebrek écht niet meer kunnen werken (www.werkenaarvermogen.nl).

Een volledig en duurzaam arbeidsongeschikte werknemer krijgt van UWV een uitkering van 75% van het laatste loon (met een maximum). Deze uitkering duurt, zolang de gezondheid niet verbetert, tot aan de 65e verjaardag (www.werkenaarvermogen.nl).

Als er nog een geringe kans is op herstel, komt men in de IVA maar wordt men jaarlijks herbeoordeeld. Door deze herbeoordeling kan men uit de IVA komen en gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt verklaard. In dat laatste geval komt men in de WIA-regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten (WGA). Men kan ook geheel arbeidsongeschikt worden (www.werkenaarvermogen.nl).

Zieke werknemers voor wie al eerder dan na twee jaar ziekte duidelijk is dat zij volledig arbeidsongeschikt zijn en dat er geen kans is op herstel, kunnen in aanmerking komen voor een verkorte wachttijd. Zij kunnen dan al na minimaal 13 en maximaal 78 weken een IVA-uitkering krijgen. In dat geval moeten zij de IVA-uitkering uiterlijk 68 weken na het begin

van de ziekte aanvragen. De werknemer moet dan een verklaring van de bedrijfsarts overleggen waaruit blijkt dat hij naar zijn mening volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Als de werknemer inderdaad volledig en duurzaam arbeidsongeschikt wordt verklaard, krijgt hij een IVA-uitkering. De loonbetaling loopt gewoon door gedurende de eerste twee ziektejaren. De uitkering wordt hierop in mindering gebracht (www.werkenaarvermogen.nl).

Als de werknemer bijna twee jaar ziek is en niet op korte termijn aan de slag kan gaan, kan de werknemer een WIA- uitkering aanvragen (www.werkenaarvermogen.nl).

3.5 Conclusie

De persoonlijke gevolgen en werkgerelateerde gevolgen zijn groot. De werknemer functioneert niet goed en de werkgever moet de hoge kosten voor ziektewet (WIA) en vervangers die dat met zich mee brengt betalen. Daarnaast kan de werknemer een schadevergoeding krijgen als hij zijn werkgever aanklaagt. Het is dus belangrijk dat de werkgever de risico's op een burnout voor zijn werknemers zo klein mogelijk maakt.

Hoofdstuk 4 Verloop van burnout

4.1 Inleiding

Het proces van toenemende stress en overspannenheid is onder te verdelen in negen fasen. De eerste drie fasen beschrijven het ziek worden, de volgende drie beschrijven het ziek zijn en het herstel geschiedt eveneens in drie stappen (A. van Lonkhuijzen 1999).

4.2 Verloop van burnout

Het ziek worden

Fase 1: de patiënt is zich nog niet bewust van een verstoord evenwicht. Wel is er een onderliggend gevoel dat de inspanning om voldoening te krijgen steeds groter wordt. Dit gevoel blijft voortdurend op de achtergrond aanwezig. Het verstoorde evenwicht uit zich in tegenzin om naar het werk te gaan, overgevoelig raken en eerder ruzie of conflicten krijgen. Het werk wordt meegenomen naar huis. Door dit alles raakt de thuissituatie ook gespannen. Het gevoel tegen de klok in te moeten werken ontstaat en tevens ontstaan er gevoelens van falen. De weerstand verminderd met als logisch gevolg dat er verkoudheden en griepjes optreden.

Fase 2: de patiënt wordt zich nu bewust van een groter wordende inspanning. Voldoening na het werk is er niet meer. Na de inspanning voelt de patiënt negatieve emoties. Het lichaam gaat reageren met negatieve prikkels. Voor het onprettige gevoel gaat de patiënt op zoek naar compensatie. Dit uit zich ook in het gedrag. De patiënt weet van geen ophouden meer en gaat steeds solistischer werken. Vermoeidheid wordt genegeerd. Van ontspanning is geen sprake meer en het gevoel van uitputting gaat de boventoon voeren. Dit wordt ook nog in de hand gewerkt door slecht slapen. Het handelen wordt ook krampachtiger. De patiënt kan moeilijk op onverwachte gebeurtenissen reageren of reageert rigide of met wrevel. Lichamelijk ontstaan er klachten zoals nek-, schouder- en hoofdpijn, maag- en rugklachten. De eetlust wordt mogelijk minder en de behoefte aan genotmiddelen groter. Ook de zin in vrijen kan overigens afnemen.

Fase 3: de patiënt reageert op de onprettige gevoelens met een soort verzet en vertoont verminderde betrokkenheid bij het werk en minder respect voor de omgeving. Het gevoel naar mensen verdwijnt, de patiënt toont vermijdend gedrag naar klanten en collega's, geeft anderen de schuld van fouten en is steeds meer afwezig, ook in lichamelijke zin (A. van Lonkhuijzen 1999).

De uitputtingsfasen

Fase 4: de patiënt knapt af, kan en wil niet meer werken en meldt zich ziek. Misschien wil de patiënt zelfs ontslag nemen en op zoek gaan naar ander werk. Het afhaken uit zich in enerzijds schuld- en schaamtegevoelens, de patiënt voldoet immers niet meer aan de verwachtingen van de omgeving, anderzijds in onverschilligheid en vermijdend gedrag. De patiënt sluit zich af en heeft last van algehele malaise. Met uiteenlopende klachten komt de patiënt bij de arts terecht.

Fase 5: Herstel blijft tegen verwachting uit. Het schuldgevoel hierover neemt toe. De patiënt blijft somber, wil alleen nog maar slapen en zoekt allerlei compensatie zonder daar voldoening uit te krijgen. Soms meldt de patiënt zich meerdere malen beter, ondanks dat de patiënt nog niet beter is. Dit kan voortkomen uit schaamte gevoel.

Fase 6: De balans wordt opgemaakt. "Heb ik wel de juiste baan of werkgever?" In deze fase

raakt de patiënt misschien in conflict met zichzelf en de omgeving, de patiënt is uit balans en weet niet meer welke weg in te slaan. Nog steeds voeren sombere gevoelens de boventoon (A. van Lonkhuijzen 1999).

De herstelperiode

Fase 7: de patiënt beseft dat hij ziek is en niet alleen maar moe. Hij gaat nu tijd steken in zelfzorg. Dit uit zich onder andere door prettige activiteiten te gaan ontplooiën en ondernemen. Hij gaat zichzelf onderzoeken en dingen doen die de levensenergie bevorderen in plaats van afbreken. Het gevoel van voldoening komt hierdoor weer terug. En herstel treedt langzaam in, er komt weer energie terug. In deze fase, mag de patiënt nog niets forceren, alles is gericht op het herstel!

Fase 8: de patiënt stelt een daad. Hij laat weten wanneer hij van plan is weer terug te keren op het werk of besluit afscheid te nemen van het werk. Misschien kiest de patiënt voor een andere werkgever of zelfs een ander beroep.

Fase 9: de patiënt moet weer wennen aan de nieuwe situatie. De werkomgeving reageert op de andere manier van werken. Wanneer de patiënt van beroep is veranderd kan deze het moeilijk krijgen. Het verlaten van het oude beroep kan gepaard gaan met gevoelens van rouw. Na hersteld te zijn, kan de angst voor een nieuwe burnout nog regelmatig de kop op steken (A. van Lonkhuijzen 1999).

Voor de taak die de werkgever heeft om te voorkomen dat er in zijn bedrijf burnout klachten ontstaan (zie hoofdstuk 7 preventie, blz. 29).

4.3 Conclusie

Het verloop van burnout is opgedeeld in fases. In de eerste fase is de patiënt zich nog niet bewust van zijn klachten, maar naar mate de patiënt verder doorstroomt naar de andere fases wordt de patiënt zich steeds bewuster van zijn aandoening. Uiteindelijk treedt er, na een lang proces van burnout, herstel op. De projectgroep heeft helaas niet kunnen vinden hoe veel tijd iedere fase in beslag neemt. Wel is bekend dat de ontstaansgeschiedenis van burnout vaak een lang beloop heeft (Hoogduin et al., 2001).

Hoofdstuk 5 Diagnostiek

5.1 Inleiding

Voor het diagnosticeren van burnout worden verschillende maatstaven gebruikt. De classificaties in dit hoofdstuk zijn uitgewerkt volgens de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; APA, 1994) en de ICD-10-classificatie (International Classification of Diseases), van de Wereldgezondheidsraad (WHO, 1992). In dit hoofdstuk wordt de diagnose en de differentiële diagnose besproken.

5.2 Diagnose

De arts stelt de diagnose. Het gebruikelijke classificatiesysteem van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; APA, 1994) is ontoereikend voor de diagnose (Hoogduin et al 1996). De klachten kunnen, wanneer de vermoeidheid als klacht domineert, geclassificeerd worden onder de rubriek ongedifferentieerde somatoforme stoornis, waarbij een, langer dan zes maanden durende, lichamelijke klacht het prominente symptoom is, bijvoorbeeld vermoeidheid (APA, 1994).

De ICD-10-classificatie (International Classification of Diseases), van de Wereldgezondheidsraad (WHO, 1992) biedt meer mogelijkheden (Hoogduin et al, 1996). Burnout wordt hierin vermeld zonder specifieke criteria, behoudens dat werkgerelateerde burnout (code Z.73.0) moet worden onderscheiden van neurasthenie (code F 48.0) door juist de relatie met werkomstandigheden.

Hoogduin, Schaap en Methorst (1996) hebben voorgesteld de diagnostische criteria van neurasthenie van toepassing te achten op burnout indien ook aan het onderscheidend kenmerk, namelijk arbeidsgerelateerd, wordt voldaan. Het klinisch beeld van burnout kan dan worden opgevat als werkgerelateerde neurasthenie (ICD-10) en dient aan de volgende criteria te voldoen:

1. persisterende lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid, blijkend uit snellere vermoeibaarheid na mentale inspanning dan voorheen, of uitputting na een relatief geringe lichamelijke inspanning.
2. ten minste twee van de volgende klachten:
 - spierpijn, rug-, nek en gewrichtspijn
 - duizeligheid
 - spanningshoofdpijn
 - slaapstoornissen
 - moeite met ontspannen
 - maag- of darmklachten
 - toegenomen prikkelbaarheid
3. twee van de volgende verschijnselen:
 - aanwezigheid van cynisme
 - gevoel geestelijk afgestompt te zijn
 - gevoel dat prestaties verminderd zijn
4. geen angst- of depressieve stoornis
5. de klachten zijn gerelateerd aan werkomstandigheden

5.3 Differentiële diagnostiek: werkstress en overspannenheid

Werkstress (zie fase 1 t/m 3, verloop blz. 21), overspannenheid (zie fase 4, verloop blz. 21) en burnout (zie fase 5 t/m 9, verloop blz. 22) zijn te beschouwen als behorend tot een continuüm aan symptomen, samenhangend met het werk (Keijsers e.a., 1997). Klachten kunnen zijn; oververmoeidheid, onrust, hoofdpijn, moeite met concentreren, vergeetachtigheid, dysforie, prikkelbaarheid en verhoogde irritatie. Bij werkstress is nog sprake van een hanteerbaar klachtenbeeld. Overspanning en burnout zijn dat punt al voorbij. Overspannenheid onderscheidt zich van burnout als zijnde een meer tijdelijke toestand met een redelijk gunstige prognose (Hoogduin et al 2001). Deze wordt ook vaak als adaptatiestoornis of surménage gediagnosticeerd. Burnout onderscheidt zich vooral door een chronisch beloop en een lange ontstaansgeschiedenis.

De adaptatiestoornis ontstaat binnen drie maanden als reactie op te identificeren stressoren. De klachten zijn ernstiger dan wat te verwachten valt in een dergelijke situatie en er is een afname van het sociaal en professioneel functioneren. Wanneer de stressor verdwenen is, mogen klachten niet langer dan zes maanden voortduren (Hoogduin et al 2001).

Als uit de analyse van de voorgeschiedenis duidelijk wordt dat de klachten zich in de loop van jaren hebben ontwikkeld, is het niet moeilijk burnout van de adaptatiestoornis te onderscheiden.

Afhankelijk van het klinisch beeld kunnen bij de adaptatiestoornis de volgende subtypen worden onderscheiden: met depressieve stemming, met angst, met gedragsproblemen of gemengde beelden. Deze variaties kunnen evenzeer bij burnout worden aangetroffen (Hoogduin et al 2001).

5.4 Differentiële diagnostiek: Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), whiplash, contusio cerebri

Centraal in de differentiële diagnostiek staat het probleem dat alle zogenaamde chronische fatigue-syndromen in bepaalde opzichten op elkaar lijken en dat er steeds geen goede medische verklaring voor handen is (Wessely, Hotopf & Sharpe 1997, p. 309). Afhankelijk van de meest invaliderende klacht kiest de onderzoeker vervolgens voor een diagnose. Ontstaan de klachten bijvoorbeeld na een virale infectie dan spreekt men over CVS, na een kop-staartbotsing met nek- en hoofdpijnklaarten over post-whiplash-syndroom, na een contusio cerebri over post-contusionaal (hoofdpijn-) syndroom, wanneer spierpijn prominent is over fibromyalgie en wanneer maag-darmklachten prominent zijn over geïrriteerd colon-syndroom, en wanneer werkstress een belangrijke ontstaansfactor lijkt te zijn wordt gekozen voor de diagnose burnout. In al deze situaties gaat het echter waarschijnlijk om hetzelfde atypische uitputtingssyndroom. Burnout onderscheidt zich door het in de definitie opgenomen criterium 'werkgerelateerd' (Hoogduin et al, 2001; WHO, 1992).

5.5 Conclusie

Er zijn verschillende classificaties die gebruikt kunnen worden om de diagnose burnout te stellen. De DSM-IV (APA, 1994) is ontoereikend voor een goede diagnose. De ICD-10-classificatie (WHO, 1992) biedt betere mogelijkheden (Hoogduin et al, 1996). Burnout is moeilijk te differentiëren van werkstress, overspannenheid (Keijsers e.a., 1997), Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), whiplash en contusio cerebri (Wessely, Hotopf & Sharpe 1997). Het is daarom voor een arts moeilijk om de juiste diagnose te stellen.

Hoofdstuk 6 Behandelmethodes Burnout

6.1 Inleiding

Er zijn verschillende behandelmethoden voor burnout. Deze behandelmogelijkheden worden ook door verschillende disciplines uitgevoerd. Bij de uitvoering van de behandeling wordt in dit hoofdstuk rekening gehouden met de verschillende complicaties die mogelijk kunnen optreden. De aard van de behandeling hangt af van de complicaties die optreden. Bij de afwezigheid van complicaties wordt de behandeling bepaald aan de hand van de symptomen van burnout. In dit hoofdstuk komen de complicaties en de symptomen van burnout aan de orde met de daarbij behorende interventies.

6.2 Behandelmethoden

Bij de behandeling van burnout is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen burnout mét of zonder complicaties (zie figuur 9 en 10). Patiënten die al langere tijd burnout- klachten hebben, kunnen daarbij andere stoornissen ontwikkelen. Daarvan zijn angststoornissen, depressieve stoornissen en hypochondrie de belangrijkste. Bij burnout zonder complicaties hangt het ervan af welke symptomen de meeste bezwaren opleveren. Afhankelijk daarvan volgt een rangorde van de te behandelen klachten. Vermoeidheidsklachten, worden behandeld met een cognitieve gedragstherapie. Gestructureerde activiteiten, rust en ontspanningen en wijziging van de cognities staan hierin centraal. De problemen zich te ontspannen worden verholpen met een relaxatietraining. Wanneer piekeren de belangrijkste klacht is, is exposure in vitro aangewezen. Hierbij leert de patiënt op gestructureerde wijze omgaan met de onderwerpen die zijn tobben veroorzaken en hij probeert op constructieve wijze oplossingen te vinden. (Hoogduin 2001)

Vrijwel alle patiënten met burnout hebben slaapstoornissen. Slaapstoornissen leiden ook weer tot gevoelens van uitputting en vermoeidheid, concentratiestoornissen, spanningsklachten, somatische klachten en piekeren. De behandeling van slaapstoornissen neemt bij burnout altijd een vooraanstaande plaats in. Dit geldt ook voor de dysforie, de verhoogde prikkelbaarheid. Het is een uitgesproken kenmerk van burnout. De dysforie heeft een verwoestende invloed op de kwaliteit van relaties, zowel op het werk als thuis. Een zelfcontroleprocedure wordt hier als strategie toegepast met als doelstelling de reacties passend bij dysforie – snauwen, woede, irritaties- onder controle te krijgen en andere mensen daarmee niet langer lastig te vallen. Een vermindering van deze uitingen leidt tot een verbetering van de relaties; dit leidt tot de mogelijkheid om gemakkelijker warmte, aandacht en affectie te tonen aan de patiënt met burnout en dat leidt weer tot ontspanning, rust en positieve gevoelens voor de patiënt, het geen een gunstige invloed heeft op het gehele ziektebeeld. (Keijser e.a. 1997)

Somatische stressverschijnselen kunnen worden benaderd met ontspanningstraining en eventuele 'cue conditioning'. Hierbij wordt de eerste aankondiging van de somatische verschijnselen als symptoom van stress geïdentificeerd en vervolgens wordt dit verschijnsel gebruikt als 'cue' voor een diepe spierontspanning. Diepe spierontspanning is incompatibel met spanningsgevoelens en de verschijnselen van stress. De sequentie van toenemende

spanning en somatische verschijnselen wordt hiermee doorbroken. Uit onderzoek is komen vast te staan dat een metaforische symptoomtransformatie met autohypnose of relaxatietraining een gunstig effect heeft op spierspanninghoofdpijn. Ook hier gaat het erom de spanningshoofdpijn als een signaal te zien van opgelopen spanning en de patiënt te leren met een bijzondere techniek de spanning te verminderen en af te doen vloeien. Duizeligheid blijkt goed beïnvloedbaar met de techniek van de zogenaamde 'applied tension' (Lowman 1994). De patiënt leert door spiercontractie de bloeddruk iets te verhogen waardoor het licht worden in het hoofd, het gevoel flauw te vallen, afneemt. Deze techniek is ontwikkeld bij patiënten met een zogenaamde bloedfobie. Deze patiënten vallen flauw wanneer ze met bloed of gewonde mensen worden geconfronteerd. Ook dan gaat het om een plotselinge daling van de bloeddruk, die met behulp van 'applied tension' goed te corrigeren blijkt. (Keijser e.a. 1999)

De behandeling van burnout met complicaties (zie figuur 9) wordt in grote mate bepaald door die complicaties. Angststoornissen, depressieve stoornissen en hypochondrie ontwikkelen zich nog wel eens in de loop der tijd bij patiënten met een burnout. Het is van belang, wanneer een dergelijke stoornis aanwezig is naast de behandeling van burnout, ook de specifieke behandeling in te stellen die voor de complicerende stoornis geïndiceerd is. Voor angststoornissen zijn er twee effectieve strategieën: de cognitieve gedragstherapie en antidepressiva, de zogenaamde selectieve serotonine- her- opnameremmers, zoals Prozac. Voor de depressieve stoornis zijn er drie effectieve strategieën: de cognitieve therapie, de interpersoonlijke psychotherapie en antidepressiva. Er zijn aanwijzingen dat de cognitieve gedragstherapie effectief is voor de hypochondrie; van ander benaderingen is de effectiviteit niet vastgesteld. (Keijser e.a. 1997)

Figuur 9: *behandeling van burnout met complicaties* (Bron: Prof. C.A.L Hoogduin, 2001).

Burnout MET complicaties	Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Angststoornissen 	Cognitieve gedragstherapie, antidepressiva, v.b. Prozac
<ul style="list-style-type: none"> • Depressieve stoornissen 	Cognitieve therapie, interpersoonlijke psychotherapie, antidepressiva
<ul style="list-style-type: none"> • Hypochondrie 	Cognitieve gedragstherapie

Figuur 10: *behandeling burnout zonder complicaties* (Bron: Prof. C.A.L Hoogduin, 2001).

Burnout ZONDER complicatie	Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Uitputtingstoestand of lichamelijke vermoeidheid 	Cognitieve gedragstherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Onvermogen zich te ontspannen 	Relaxatietraining
<ul style="list-style-type: none"> • Piekeren 	Exposure in vitro

• Slaapstoornissen	Slaaphygiënische maatregelen, relaxatietraining
• Dysforie, verhoogde prikkelbaarheid	
• Somatische stressverschijnselen, spierspanninghoofdpijn	Relaxatietraining, cue- conditioning, metafore symptoomtransformatie en autohypnose
• Duizeligheid	Applied tension

6.3 Mogelijke fysiotherapeutische interventies

De fysiotherapeutische behandeling van burnout wordt voornamelijk gegeven door een fysiotherapeut die werkt volgens de psychosomatiek. (kngf-nfp)

De psychosomatische fysiotherapie, is laagdrempelend en kan een belangrijke rol spelen bij a-specifieke klachten waaronder chronische pijn, chronische vermoeidheid, spanningsklachten en werkgerelateerde klachten (kngf-nfp).

Uit onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie en ontspanningstherapie effectieve therapieën zijn bij de behandeling van burnout.

In de artikelen 'The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints' (Van Rhenen, 2005) en 'The benefits of interventions for work-related stress' (van der Klink, 2001) is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij burnout. Uit het onderzoek van het laatst genoemde artikel blijkt dat ook ontspanningstherapie effectief is. Het artikel 'Exercise and the experience and appraisal of daily stressors: a naturalistic study' (Steptoe, 1998) geeft aan dat fysieke training een gunstig effect heeft op het verminderen van stress en stemmingswisselingen.

Daarom heeft de projectgroep ervoor gekozen een behandeling op te stellen met als hoofddoel cognitieve gedragstherapie, ontspanningstherapie en fysieke training (zie hoofdstuk 8, blz. 34).

De behandeldoelen van burnout bestaan uit (kngf-nfp; www.burnin.nl; Hoogduin et al. 2001):

- Door een logboek bij te houden volgens module 1 van het behandelprotocol (hoofdstuk 8, blz. 35) zal de patiënt inzicht krijgen in zijn klachten en ADL. Dit heeft hij nodig om aanpassingen te kunnen doen om uiteindelijk een goede balans te vinden in belasting en belastbaarheid.
- De patiënt weet, aan het eind van de behandeling, duidelijk wat de begrippen belasting en belastbaarheid inhouden en kan deze begrippen toepassen. Als een goede balans tussen deze twee gevonden is, zullen de klachten minder zijn (zie module 1: klachten en klachtenreductie in hoofdstuk 8, blz. 35).
- Aan het eind van de behandeling, kent de patiënt het verschil tussen spanning en ontspanning. Dit is belangrijk voor een goed stressmanagement. Het kennen van dit verschil wordt behaald door middel van ontspanningstherapie en

- ademhalingsoefeningen die in module 1 van het behandelprotocol gegeven wordt (hoofdstuk 8, blz. 35).
- De patiënt krijgt inzicht in zijn karakter en de invloed daarvan op zijn gedrag. “Fout” gedrag, dat leidt tot instandhouding van de stress en/of de klachten wordt afgeleerd door middel van cognitieve gedragstherapie volgens module 2 van het behandelprotocol (hoofdstuk 8, blz. 37). Om die therapie effectief te laten verlopen is het belangrijk dat de patiënt weet wat zijn foute gedrag is en waarom hij dat gedrag vertoont.
 - Opbouw van het algemeen uithoudingsvermogen en vergroting van de belastbaarheid. Dit door middel van fysieke training in de vorm van graded activity volgens module 3 van het behandelprotocol (hoofdstuk 8, blz. 39). De patiënt moet ook tijdens lichamelijke activiteiten een goede balans vinden tussen belasting en belastbaarheid.
 - De patiënt moet al deze doelen toe kunnen passen in zijn werk en ADL. Daarom wordt in module 4 van het behandelprotocol (hoofdstuk 8 blz. 39) de patiënt geleerd hoe hij dit kan doen en hoe hij kan voorkomen dat de klachten terug komen. Er wordt, samen met de fysiotherapeut, een goede planning gemaakt en er wordt besproken hoe een verstandige energie verdeling, verspreid over de dag, gehandhaafd kan worden.

Het complexe karakter van problematiek rond psychosomatische klachten vraagt veelal om een samenwerking met deskundigen zoals verwijzend arts of specialist, de psycholoog, de bedrijfsarts en andere disciplines. (www.burnin.nl).

De bovengenoemde interventies is de projectgroep het meest tegen gekomen bij het zoeken in de literatuur of op het Internet.

Een uitgebreider verslag over de fysiotherapeutische behandeling is te vinden in het fysiotherapeutisch protocol (hoofdstuk 8, blz. 34).

6.4 Conclusie

De behandeling van burnout hangt af van de aanwezige complicaties of symptomen. Bij alle complicaties wordt er gebruikt gemaakt van cognitieve gedragstherapie. Bij de symptomen wordt er veel gebruikt gemaakt van relaxatietraining, maar gedragstherapie komt ook aan de orde. De meest gebruikte therapieën bij het behandelen van burnout zijn de cognitieve gedragstherapie en relaxatie training. In het artikel; ‘the effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints’ is aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij burnout.

Hoofdstuk 7 Preventie van burnout

7.1 Inleiding

Actieve burnout preventie richt zich op de vroege signalen van psychische overbelasting (www.innersite.nl). In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de preventie van burnout binnen een bedrijf. Ook zal er uitgelegd worden wat voor verschillende vormen van preventie er zijn en wanneer deze gebruikt worden.

7.2 Preventie

Het voorkomen van stress binnen een bedrijf, afdeling of team is van groot belang. Hoewel een stresspreventie-traject voor elke situatie anders is, zijn er een aantal aspecten in elke situatie van belang (www.innersite.nl).

De volgende aspecten spelen een rol:

- Doel van de organisatie.
- Leiderschap van de organisatie.
- Binding binnen de organisatie.
- Samenstelling van een organisatie.

Er bestaan een heleboel verschillende preventie trainingen (voor zowel de individuele patiënt als een groepstraining), die over het algemeen gericht zijn op:

1. het leren herkennen van stress: deelnemers leren (de gevolgen van) stress en spanning in het lichaam te herkennen; zij leren ontspanningstechnieken en doen fysieke oefeningen om spanning te verminderen (zie ook module 1: klachten en klachtenreductie in hoofdstuk 8, blz. 35) Verder wordt er ook aandacht besteed aan timemanagement.
2. cognitieve factoren: deelnemers leren eigen irrationele gedachten en oude patronen te herkennen die stressbevorderend werken of het hanteren van stress in de weg staan. Met dat inzicht onderzoeken zij hoe zij meer effectieve en constructieve patronen en gedachten kunnen aanleren (zie ook module 2: cognitieve gedragstherapie in hoofdstuk 8, blz. 37).
3. interactieve aspecten: de deelnemers leren hoe ze de signalen uit de omgeving interpreteren en hoe ze hierop effectief kunnen reageren. Verder leren de deelnemers om hun eigen grenzen aan te geven. Hier gaat het om inzicht krijgen in het oefenen met gedrag zoals: sociale vaardigheid, assertiviteit en conflicthantering (zie terugvalpreventie in hoofdstuk 8, blz. 39)
4. omgevingsaspecten: de deelnemers krijgen inzicht in het leren omgaan met spanning. Ze krijgen inzicht in hoe ze tegen hun werk aan kijken, wat hun eigen normen en waarden zijn en hoe ze hun werk organiseren (www.avop.nl). Zie ook module 4: werk en werkhervatting in hoofdstuk 8, blz. 39).

Hieronder zullen twee documenten over de preventie van burnout en de mogelijke interventies die een werkgever zou kunnen gebruiken om burnout klachten bij zijn werknemers te voorkomen, vergeleken worden (eerst zullen beide teksten in hun geheel getoond worden, waarna de vergelijking beschreven zal worden in § 7.4). Er is gekozen om de visie op preventie volgens Hoogduin et al, 2001 te vergelijken met een advies van het adviesorgaan Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling van juli 2002. De projectgroep heeft

voor deze twee documenten gekozen, omdat ze beide een betrouwbare bron hebben. Uiteraard is er nog veel meer informatie te vinden, maar die wordt hier achterwege gelaten.

De visie op preventie volgens Hoogduin et al (2001)

De taak van de werkgever bij de preventie

Een belangrijk punt voor de werkgever is dat hij aandacht besteedt aan de individuele behoeften van de desbetreffende werknemers. Het beleid van de werkgever moet erop gericht zijn dat geen enkele werknemer of categorie van werknemers buiten de boot valt, ook niet als het gaat om oudere werknemers (Hoogduin et al, 2001).

Interventies die de werkgever zou kunnen gebruiken:

Werkconferenties

De werkgever zou werkconferenties kunnen organiseren. Werkconferenties zijn bijeenkomsten van bestaande groepen met als doelstelling tijdens die bijeenkomsten tezamen een zo goed mogelijk plan op te stellen om een bepaald vraagstuk aan te pakken. Werkconferenties kunnen zich op verschillende vraagstukken richten zoals verduidelijking van rollen en verwachtingen, specificeren van doeleinden, verbeteren van de communicatie door tot een betere overlegstructuur te komen, oplossen van conflicten, teambuilding en een goede invoering van veranderingen zonder onnodige spanningen en negatieve emoties. Werkconferenties zijn geslaagd als de betrokkenen verder zijn gekomen met de problematiek. Ze monden uit in een concrete taakverdeling, waarbij de betrokkenen zichzelf aanmelden voor de taken die hun het meest aanspreken, en een concreet tijdspad, waarop in vervolgsessies wordt teruggekomen. Werkconferenties kunnen op elk niveau van een organisatie worden gehouden (Hoogduin et al, 2001).

Coaching

Coaching houdt hierin dat de werkgever of leidinggevende die te maken krijgt met stressproblematiek zich in zijn organisatie of afdeling laat bijstaan door een externe deskundige en vervolgens zelf aan de gang gaat om de problemen op te lossen. De werkgever of leidinggevende blijft hierbij volledig verantwoordelijk voor de eigen ingrepen en beslissingen. De coach is een onafhankelijke gesprekspartner van buiten de organisatie. Het zich laten coachen is geen teken van zwakte, maar een kwestie van optimaal willen presteren en zich verder willen ontwikkelen (Hoogduin et al, 2001).

Bedrijfswelzijnsprogramma's

De werkgever kan bedrijfswelzijnsprogramma's, die afkomstig zijn uit Amerika, in zijn organisatie integreren. Deze programma's zijn bedoeld om het welbevinden en de gezondheid van alle werknemers van een organisatie te bevorderen. Zo kunnen de bedrijfswelzijnsprogramma's de belastbaarheid van de werknemers gunstig beïnvloeden en stress verminderen (Hoogduin et al, 2001).

Aanpassen van de hoeveelheid werk per werknemer

Hoewel werkdruk niet altijd een kwestie is van te veel werk, kan het voorkomen dat werknemers soms te veel werk hebben. Het kunnen bijstellen van de hoeveelheid werk is dan

noodzakelijk. De werkgever kan dan bijvoorbeeld extra personeel aannemen, eigen personeel laten bijspringen (eventueel na enige bijscholing), extra apparatuur of machines inzetten, minder opdrachten aannemen of werk uitbesteden (Hoogduin et al, 2001).

Functieherontwerp

Functieherontwerp is een functie zodanig aanpassen dat dit degene die haar vervult in staat stelt beter te werken, meer plezier te ervaren en de eigen mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen beter te benutten. Bij functieherontwerp kan er gedacht worden aan functieverbetering, functieverrijking, meer regelmogelijkheden, meer mogelijkheden voor sociale contacten en werken in autonome taakgroepen of zelfsturende teams. Hierbij is het uiteraard van belang de individuele werknemers direct te betrekken bij het herontwerp van de eigen functie en de besluitvorming daarover (Hoogduin et al, 2001).

Interventies in de loopbaan

Naast, of als alternatief voor, het herontwerpen van functie kan de werkgever bij de preventie of verminderen van burnout ook denken aan het wisselen van functie, dan wel werknemers zelf een nieuwe functie laten vormgeven om zo personen en functies beter op elkaar af te stemmen. Loopbaaninterventies beginnen al bij het selectiebeleid, waar een optimale aansluiting tussen de persoon enerzijds en de organisatie anderzijds belangrijk is. In het verdere loopbaanbeleid kan een organisatie ernaar streven werknemers hun talenten zo te laten ontwikkelen dat deze zowel optimaal aansluiten bij hun eigen behoeften en waarden als bij die van de organisatie (Hoogduin et al, 2001).

Opleiding en training

Er is een onderscheid tussen opleidingen en trainingen voor werkgevers/leidinggevende en voor de overige werknemers. De ervaren werkbelasting van medewerkers is in belangrijke mate afhankelijk van de wijze waarop zij leiding krijgen. Training in leidinggeven kan dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan burnout preventie. Het bewaken van het emotionele klimaat op een afdeling of in een organisatie is een van de belangrijkste taken van een leidinggevende. Leidinggevende moeten zich vooral scholen in sociale vaardigheden, stress- en burnout preventie tegengaan van stereotypering.

Bij training van individuele werknemers kan men denken aan algemene opleidingen en vakinhoudelijk training, alsook aan trainingen in persoonlijke effectiviteit of assertiviteit, het tegengaan van stereotypering en pesten, timemanagement, zelfmanagement, stressmanagement en ergonomische trainingen (Hoogduin et al, 2001).

Individuele begeleiding

Individuele begeleiding door een kundige professional met een therapeutische achtergrond is een optie als het gaat om psychosociale problemen die voortvloeien uit het werk. Een speciale vorm van individuele begeleiding kan plaatsvinden bij werkhervatting van iemand die langdurig ziek of arbeidsongeschikt is geweest. Vaak zien werknemers tegen werkhervatting op, zeker als het werk heeft bijgedragen aan het ziekteverzuim (Hoogduin et al, 2001).

Vertrouwenspersoon

In veel organisaties kunnen medewerkers een vertrouwenspersoon inschakelen, bijvoorbeeld in het geval van een onheuse behandeling door een leidinggevend of werkgever, of bij pesterijen en ongewenste intimidatie (Hoogduin et al, 2001).

De visie op preventie volgens het adviesorgaan: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling

Hieronder volgt een deel van het advies van het RMO dat in juli 2002 geschreven is. Voor het gehele advies, ga naar: <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/info/advies.php?id=36&s=9>

Werkgevers en werknemers moeten samen de strikte scheiding tussen werk en privé doorbreken. Daarbij gaat het zowel om onderscheid als om aansluiting tussen beide, er is behoefte aan een brug. De RMO beveelt aan open culturen – ‘veilige ruimtes’ – te bevorderen waarin aandacht kan zijn voor de noodzakelijke brug tussen werk en privé. ‘Veilige ruimtes’ kunnen op verschillende manieren vorm krijgen, afhankelijk van de aard en omvang van de organisatie. Men kan denken aan vertrouwenspersonen, inloopsprekuren, vormen van coaching en intervisie. Ook de introductie van ‘mental health checks’ verdient overweging.

De RMO richt zich met dit advies in hoofdzaak tot werkgevers en werknemers en hun organisaties. Maar ook de overheid heeft bij het tegengaan van burnout een belangrijke taak. In de eerste plaats kan deze als werkgever een voorbeeldfunctie vervullen. In de tweede plaats stelt de overheid de kaders waarbinnen publieke organisaties werken. De wet- en regelgeving zouden de balans tussen werk en privé moeten faciliteren, niet alleen in praktisch maar ook in inhoudelijk opzicht. Dat betekent dat de herwaardering van primaire werkprocessen ook bij de overheid als doel voorop moet staan.

Vergelijking van de twee documenten:

Beide stukken hebben het over:

- Vertrouwenspersoon
- Coaching
- Individuele begeleiding (Hoogduin) en inloopsprekuren (RMO)

Verschillen:

In het document van Hoogduin et al, 2001 praten ze over een welzijnsprogramma, dit is niet terug te vinden in het stuk van het RMO.

In het document van het RMO is te zien dat ook de rol van de overheid aangehaald wordt, terwijl deze mist in het stuk van Hoogduin.

Voor de conclusie van de vergelijking zie § 7.4 conclusie op blz. 33.

7.3 Verschillende vormen van preventie

Er zijn verschillende vormen van preventie. Welke vorm van preventie gebruikt wordt hangt af van het feit of de burnout moet worden voorkomen of al aanwezig is:

Primaire preventie:

Richt zich op een bedrijf of afdeling met als doel het voorkomen van burnout klachten, door de oorzaken weg te nemen. De preventie kan ook gericht zijn op een specifiek doel: bijvoorbeeld stressbeheersing of timemanagement. De rol van leidinggevenden in de primaire preventie is cruciaal. Een leidinggevende moet zijn medewerkers niet enkel taakgericht leiden, maar ook sociaal ondersteunen, m.a.w. een evenwicht trachten te vinden tussen procedure en sociale vaardigheid(www.brancherapporten.minvws.nl).

Secundaire preventie:

Richt zich op al aanwezige burnout klachten. Naast de activiteit genoemd onder primaire preventie, wordt er aandacht besteed aan werknemers die al klachten hebben (www.arboadvies.nl). Secundaire preventie heeft als doel burnout in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de burnout worden behandeld, zodat deze eerder hersteld of niet erger wordt (www.brancherapporten.minvws.nl).

7.4 Conclusie

Preventie van burnout is erg belangrijk. Om preventief te werk te gaan zijn er een heleboel verschillende trainingen om burnout klachten te voorkomen of te verminderen. De werkgever speelt een grote rol bij de preventie. Hij heeft de taak om ervoor te zorgen dat zijn werknemers met plezier aan het werk zijn, maar ook de overheid heeft een functie bij de preventie van burnout in bedrijven.

Uit de vergelijking tussen twee documenten over de preventie in een bedrijf blijkt dat een aantal zaken overeenkomen, zoals het inzetten van vertrouwenspersonen en choaching. Toch zijn er ook duidelijke verschillen tussen de twee documenten. Hoogduin geeft aan dat het ook goed is om welzijnsprogramma's te integreren op het werk. In het advies van het RMO wordt hier niet over gesproken, terwijl welzijnsprogramma's bij de preventie van burnout een belangrijke rol speelt. Fysieke training (zoals beschreven in module 3, blz. 39) past goed in een welzijnsprogramma want, er wordt veel gewerkt aan de fysieke gezondheid, wat de verhouding tussen belasting en belastbaarheid beïnvloed.

Opvallend is dat er in het document van het RMO ook aandacht besteed wordt aan de overheid. De projectgroep is van mening dat de overheid inderdaad een rol speelt bij het voorkomen van burnout. De overheid kan als werkgever een voorbeeld functie vervullen, maar ook de regels en wetten van de overheid hebben invloed op de werksituatie. In de WIA zijn bijvoorbeeld een aantal regels opgesteld waaraan de werkgever zich moet houden (zie § 3.3, blz. 15). Verder zijn er verschillende vormen van preventie te onderscheiden: primaire en secundaire preventie. De vorm van preventie die gekozen wordt, hangt af van of er al klachten zijn en zo ja, in welke fase (zie ook hoofdstuk 4 verloop, blz. 21) deze klachten zich bevinden.

Hoofdstuk 8 Fysiotherapeutisch behandelprotocol

8.1 Inleiding

In hoofdstuk 6 zijn de verschillende behandel mogelijkheden bij burnout reeds naar voren gekomen. In dit hoofdstuk worden de punten, die betrekking hebben op de fysiotherapeut uit hoofdstuk 6.3 (blz. 27) meegenomen. Om in kaart te brengen wat de fysiotherapeut precies doet bij de behandeling van burnout (zowel bij de individuele patiënt als in een groep), heeft de projectgroep een protocol opgesteld. In dit protocol komen ook andere disciplines aan bod. Vooral de psycholoog speelt een belangrijke rol bij de behandeling. De behandeling start met een uitgebreide intake. Vervolgens kan gekozen worden voor één of meer van de volgende modules:

1. klachten en klachtenreductie
2. cognitieve therapie
3. fysieke training
4. werk en werkhervatting.

Elke module bestaat uit vier sessies en belicht de burnout- problematiek uit een specifieke invalshoek. Elke module bevat ook een tussentijdse evaluatie, waarna oplossingen en specifieke vaardigheden worden geïntroduceerd. De sessies duren drie kwartier en vinden bij voorkeur één keer per week plaats.

Er is gekozen voor modules, omdat alleen op deze wijze optimaal tegemoet kan worden gekomen aan de talrijke individueel- psychologische, sociaal- psychologische en organisatorische factoren die een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling van burnout. De behandeling wordt afgesloten met terugvalpreventie en een evaluatie. (Schaap, Keijsers, Vossen, Boelaars en Hoogduin 1996). De modules staan onder elkaar, maar kunnen ook tegelijkertijd in de behandeling worden opgenomen.

8.2 Intake

In de intake wordt er gebruik gemaakt van specifieke vragenlijsten. Deze vragenlijsten geven de fysiotherapeut informatie over de patiënt en zijn klachten. Aan de hand van de intake kan de fysiotherapeut bepalen welke module onderdelen bij de patiënt passen. Op deze manier kan er patiënt gericht gewerkt worden. Er wordt gebruikt gemaakt van de volgende vragenlijsten:

- de patiënt specifieke klachten lijst (PSK- lijst, zie bijlage 1),
- de borgschaal (bijlage 2),
- de tampa schaal (bijlage 3) en
- de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL lijst, zie bijlage 4).

De PSK- lijst geeft de fysiotherapeut informatie over spanning, oververmoeidheid, hoofdpijn en andere klachten die in § 3.2 en in module 1 blz. 35 aan de orde zijn gekomen of komen. Omdat de klachten per patiënt verschillen, is het handig om de PSK- lijst te gebruiken. De belangrijkste klachten komen hierdoor aan het licht en kan er dus hulpvraaggericht gewerkt worden. Tevens zal er gewerkt worden met een logboek (bijlage 5), waarin de patiënt zijn inspanning per dag kan bijhouden. De moeite die deze inspanning kost wordt, ook in het logboek vastgesteld, met behulp van de borgschaal. Dit logboek is de leidraad voor de patiënt tijdens de gehele behandeling. Door dit logboek wordt de patiënt bewust van zijn

dagelijkse activiteiten, waardoor het makkelijker wordt voor de therapeut om klachten en problemen te ontdekken en daar oplossingen voor te vinden.

De tampa schaal en de 4DKL- lijst geven de fysiotherapeut informatie voor module 2.

Aangezien module 2 te maken heeft met cognitieve gedragsverandering, is het van belang de patiënt te toetsen op bewegingsangst, depressie, somatisatie etc. op deze manier kan er doelgericht gewerkt worden aan gedragsverandering.

De Åstrand fietstest (die als baseline gebruikt kan worden, zie bijlage 6) en de borgschaal geven de therapeut informatie voor module 3, waarin graded activity aan bod komt. In deze module vindt het fysieke deel van de behandeling plaats. Door middel van graded activity leert de patiënt stapsgewijs met de klachten omgaan. Voordat er gestart kan worden met graded activity wordt er een baseline meting gedaan. Deze baseline wordt door middel van de Åstrand fietstest opgesteld, waarbij de borgschaal als meetinstrument gebruikt kan worden.

In module 4 wordt er gebruikt gemaakt van timemanagement. Aan de hand van een logboek wordt gecontroleerd hoe de patiënt functioneert op het werk.

Aan het eind van de behandeling worden dit meetinstrument ook weer afgenomen om een eindevaluatie vast te kunnen leggen. Gedurende de behandeling is het van belang dat er continu een spanning- of klachtenregistratie (meet moment) plaats vindt, zodat zowel de ernst van de klachten als de verbetering, voortdurend kan worden gevolgd.

Naast de al genoemde meetinstrumenten zijn er nog burnout specifieke schalen die ook door de fysiotherapeut gebruikt kunnen worden. Deze schalen zijn de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS, Zie bijlage 7) en de Burnout Measure. Deze meetinstrumenten worden in multidisciplinaire setting gebruikt om vooruitgangen met de andere disciplines bespreekbaar te maken. De UBOS wordt gebruikt om burnout aan te tonen. Dit instrument weerspiegelt de algemeen geaccepteerde definitie van Burnout en wordt het meest gebruikt in wetenschappelijke artikelen (Schaufeli en Enzmann, 1998). Bij spanningsklachten, concentratieverlies, gevoelens van overbelasting en prikkelbaarheid, kan er gewerkt worden met de burnout Measure.

8.3 Module 1: klachten en klachtenreductie

In module 1 is de behandeling van de fysiotherapeut gericht op de klachten van de patiënt. De behandeling kan dus per klacht verschillen. De belangrijkste klachten behorend bij burnout zijn:

- vermoeidheidsklachten en snelle geestelijke en lichamelijke vermoeibaarheid,
- onvermogen zich te kunnen ontspannen,
- piekeren,
- slaapstoornissen,
- verhoogde prikkelbaarheid,
- hoofdpijnlachten en
- duizeligheid.
- (Hoogduin, 2001).

Klachten zoals piekeren, slaapstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid kunnen niet door de fysiotherapeut behandeld worden. Indirect kan de fysiotherapeutische behandeling wel invloed hebben op deze klachten, v.b. slaapstoornissen kunnen door middel van ontspanningsoefeningen (progressieve relaxatie) deels verholpen worden (Van Brunt, Riedel

& Lichstein, 1996). De psycholoog gaat dieper op deze klachten in. Andere klachten die wel door de fysiotherapeut behandeld worden zijn:

Vermoeidheidsklachten en snelle geestelijke en lichamelijke vermoeibaarheid

De fysiotherapeut kan aan deze klachten werken door middel van gedragsverandering en oefentherapie gevolgd door ontspanning. Er kan een fysiek trainingsprogramma worden opgesteld bestaande uit conditie verbeterende activiteiten (wandelen, fietsen, zwemmen, zie module 3 fysieke training blz. 39).

De patiënt moet in deze module een logboek bijhouden, waarin rust en activiteit op vaste momenten en de daarbij behorende vermoeidheid, spanning en eventuele optredende negatieve stemmingen worden vastgelegd. Met dit logboek komt het verband tussen spanning, vermoeidheid en slecht gedoceede inspanning komt duidelijk naar voren. Hierdoor kan er gewerkt worden aan gedragsverandering en kan met ook letten op voor- of achteruitgang van de patiënt (Hoogduin, 2001).

Onvermogen zich te kunnen ontspannen

Het is belangrijk dat er ontdekt wordt welke activiteiten of factoren een rol spelen bij spanning, daarom gebruikt de fysiotherapeut de PSK lijst (bijlage 1) om deze activiteiten vast te leggen. De meeste activiteiten die spanning veroorzaken zijn werkgerelateerd of ADL activiteiten zie § 3.2 en § 3.3. blz. 15 De fysiotherapeutische behandeling richt zich dus op de werkgerelateerde- en ADL activiteiten, door middel van ontspanningsoefeningen en ontspannende activiteiten (bijvoorbeeld sport, zie module 3 blz. 39) om de patiënt te leren ontspanning. Ontspanning verschilt per patiënt en er kunnen dus verschillende ontspanningsoefeningen of therapieën gebruikt worden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van:

1. progressieve relaxatie, zoals ontspanning volgens Jacobson,
2. suggestieve relaxatie, zoals de Schultz methode, Autogene training en ademhalingsoefeningen (Hoogduin, 2001).

Hoofdpijnlachten

In § 3.2 is naar voren gekomen dat er bij burnout sprake is van hoofdpijn. Het gaat hier in het bijzonder om spanningshoofdpijn. Er zijn diverse manieren om spanningshoofdpijn met ontspanningstechnieken te behandelen, voorbeeld yoga en acupunctuur (Hoogduin e.a. 1991). Omdat deze manieren niet vallen onder het fysiotherapeutische werkgebied, maakt de fysiotherapeut echter gebruik van de volgende manieren:

- Een training gericht op spierontspanning (zoals progressieve relaxatie)
- Een strategie gericht op directe beïnvloeding van de pijnsensatie met behulp van analgesiesuggesties.

Duizeligheid

In § 3.2 is naar voren gekomen dat er bij burnout sprake is van duizeligheid. Centraal bij deze klacht is een afgenomen lichamelijke conditie waarbij vaak een orthostatische hypotensie (verlaagde bloeddruk) een rol speelt. De patiënt klaagt bij het opstaan over een licht gevoel in het hoofd, maar ook tijdens activiteiten kan hij plotseling het gevoel krijgen dat hij flauw gaat vallen of zich niet lekker voelt. Applied Tension (AT; Öst, Fellenius & Sterner 1991. Zie ook hoofdstuk 6, blz. 25) is een effectieve techniek om deze klachten te

behandelen. Deze techniek bestaat uit een aantal keren, achter elkaar, gedurende 15–20 seconden aanspannen van de spieren waardoor de bloeddruk stijgt. De patiënt slaat de armen om zijn borst alsof hij het heel koud heeft, houdt zichzelf stevig vast en perst. Tevens wordt de patiënt geleerd om de eerste signalen van bloeddrukverlaging te herkennen en de Applied Tension toe te passen. Een tweede strategie gericht op langere termijn is conditieverbetering met behulp van duuractiviteiten zoals joggen, fietsen of zwemmen (zie ook module 3, blz. 39).

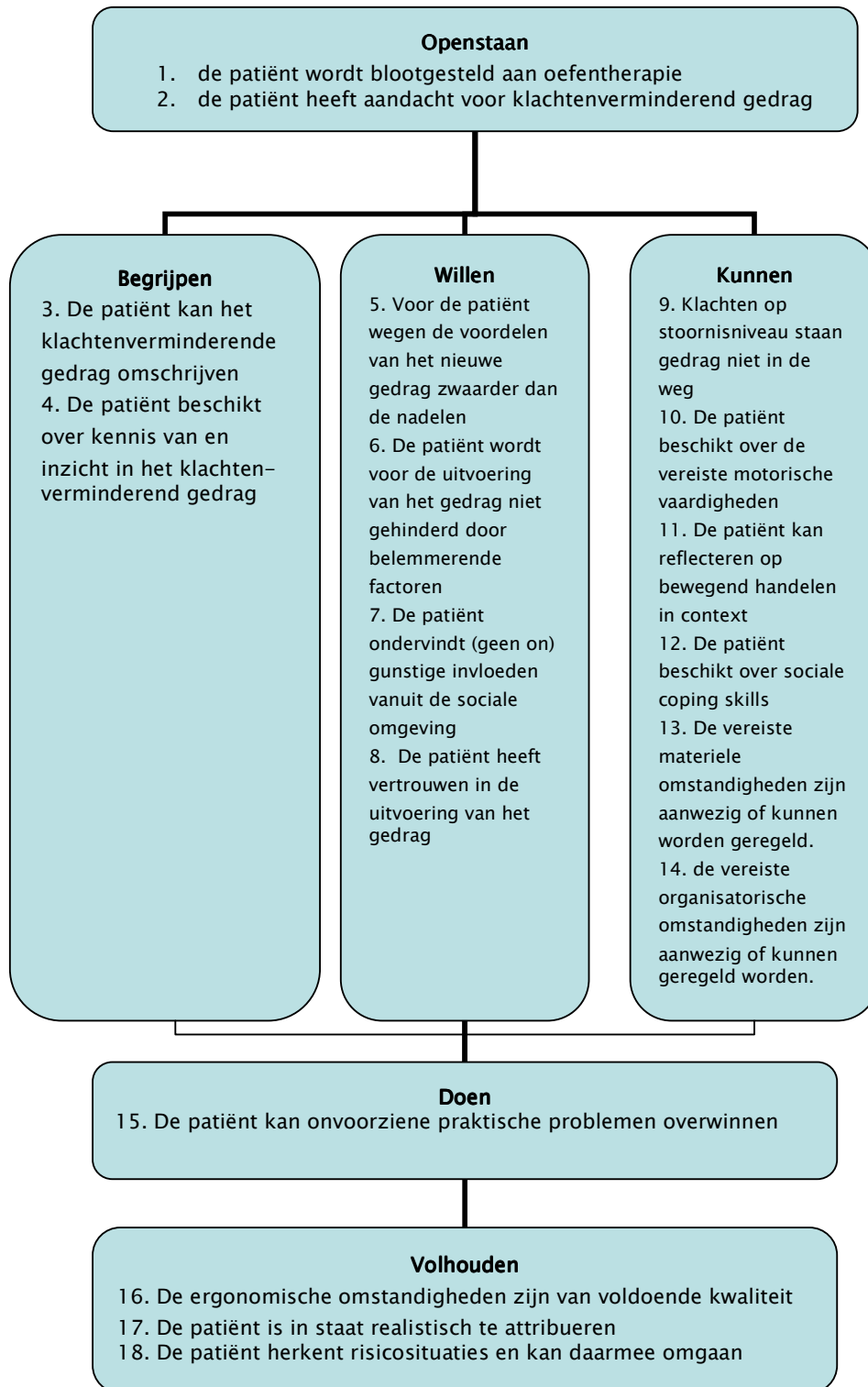
8.4 Module 2: cognitieve gedragstherapie

In hoofdstuk 6, blz. ? is naar voren gekomen dat er bij de behandeling van burnout veel gebruik wordt gemaakt van cognitieve gedragstherapie. De veronderstelling is dat een patiënt pas komt tot klachtenverminderend gedrag als hij ervoor openstaat, het gedrag begrijpt, bereid is het gedrag uit te voeren en in staat is het gedrag te vertonen. Het vijfde aspect heeft betrekking op de concrete uitvoering van het gedrag en het zesde aspect op gedragsbehoud en gewoontevorming. Dit is het model voor gedragsverandering door oefentherapie, bestaande uit 6 gedragsaspecten. Dit zes stappen model wordt gebruikt door de fysiotherapeut (Verhulst e.a. 1994), maar de ergotherapeut, de logopedist en de podotherapeut (Van der Burgt & Verhulst, 1996) maken er ook gebruik van.

Onder deze zes gedragsaspecten vallen achttien voorwaarden voor klachtenverminderend gedrag (zie figuur 11). Aan deze achttien voorwaarden moet worden voldaan, alvorens een patiënt komt tot gedragsverandering en gedragsbehoud. De 18 gedragsvoorwaarden worden als check– list gebruikt door de fysiotherapeut om de vooruitgang per gedragsaspect (6 gedragsaspecten) te kunnen controleren (zie bijlage 8). De therapeutische interventies die horen bij deze achttien gedragsvoorwaarden zijn in bijlage 8 opgenomen. (M.F.K. Balm, 2000)

De behandeling van de fysiotherapeut bestaat in deze module uit het verbeteren van spanningsklachten door middel van reflectie en coping. Tegelijkertijd vind er ook conditieverbetering plaats door middel van fysiotherapeutische oefentherapie. De fysiotherapeut probeert de patiënt inzicht te geven in het ontstaan van zijn klachten (informereren). Daarna gaat hij aan de slag met concrete oefeningen (begeleiden). Dit kan hij doen met een gedragsmatige aanpak: gewenst gedrag laten uitvoeren en belonen (graded activity zie module 3, blz. 39).
(M.F.K. Balm, 2000)

Figuur 11: *achttien gedragsvoorwaarden, verdeelt over de zes aspecten van gedragverandering* (bron: M.F.K. Balm, 2000).



8.5 Module 3: fysieke training

In § 6.3 is aangegeven dat fysieke training (graded activity) een fysiotherapeutisch behandeldoel is. In module 3 wordt hier dieper op ingegaan. Er wordt een baseline gesteld door middel van de Åstrand fietstest. Het is belangrijk dat de patiënt het evenwicht vindt tussen zijn belasting en belastbaarheid. De patiënt dient rustig te beginnen en eerder worden afgeremd dan aangespoord. Het trainingsprogramma begint dus erg licht, bijvoorbeeld 2 keer per dag een half uur rust nemen en 1 uur per dag fysiek trainen. De baselinemeting (zie § 8.2 intake, blz. 34) wordt als begin niveau van de training gebruikt. Het programma kan langzaam worden uitgebreid en toegepast op zowel de ADL - activiteiten als de werksituatie. Het is belangrijk dat de patiënt aanvoelt dat belasting, zowel op ADL niveau als op de werkplaats, mits gedoseerd, op langere termijn niet leidt tot een toename van vermoeidheidsklachten. Het afremmen moet ook op de ADL activiteiten en de werksituatie worden toegepast.

8.6 Module 4: werk en werkhervatting

Omdat in § 3.3 naar voren is gekomen dat burnout werkgerelateerde gevolgen heeft, is het belangrijk om het risicogedrag van de patiënt te bespreken. Van belang is hierbij ervoor te zorgen dat het klachtenniveau significant is teruggebracht en dat de patiënt inzicht heeft verkregen in eigen persoonskenmerken die zijn/ haar functioneren nadelig hebben beïnvloed. Bij burnout patiënten lijkt het in te bijzonder een probleem dat ze te vroeg weer zo volledig mogelijk aan de slag willen. Daarom is het verstandig dat de fysiotherapeut een timemanagement programma doorneemt met de patiënt. In dit programma leert de patiënt prioriteiten te stellen. Er wordt samen met de fysiotherapeut een goede planning vastgesteld en er wordt besproken hoe een verstandige energie verdeling, verspreid over de dag, gehandhaafd kan worden. Verder worden er pauzes, ontspannend werken en variatie in werkzaamheden opgenomen in dit programma. Dit programma kan toegepast worden op het werk, maar ook op het gebied van de ADL activiteiten. (Hoogduin 2001)

Verder worden de destructieve persoonlijke motieven, zoals nee durven zeggen, geen fouten durven maken etc, aangepakt door middel van cognitieve therapie. Hier zal de psycholoog dieper op in gaan dan de fysiotherapeut. Bij terugkeer in de werksituatie, maar vooral voordat deze heeft plaatsgevonden, moet er gezocht worden naar belastende omstandigheden. Hierbij speelt de werkgever ook een belangrijke rol (zorgt voor goede werkomstandigheden) zie hoofdstuk 7, blz. 29. Op basis van de belastende omstandigheden zal de patiënt getraind worden, zodat hij overbelastende signalen herkent en weet hoe hij daarmee om moet gaan. Als dit laatste niet het geval is, valt de patiënt in het terugvalpreventieprogramma (Hoogduin 2001).

8.7 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie is gericht op het voorkomen dat de patiënt terugvalt in zijn oude gewoontes, die geleid hebben tot een burnout.

Hierbij speelt het herkennen van de beginsymptomen een grote rol. De patiënt moet zich bewust zijn van zijn risicogedrag waardoor het makkelijker is om de symptomen te herkennen.

De fysiotherapeut leert de patiënt:

Analyseren, inventariseren en herkennen van de oorzaken van een terugval

Om de oorzaken van terugval te kunnen herkennen laat de fysiotherapeut de patiënt een aantal situaties omschrijven die volgens de patiënt een risico vormen voor het terugvallen. Deze situatie wordt dan met de fysiotherapeut besproken (als er gewerkt wordt met een groep, dan kunnen de situaties in de totale groep besproken worden). Vervolgens wordt er gebrainstormd over hoe de patiënt met deze risicosituaties om kan gaan.

Door deze oefening zal de patiënt in staat zijn om de oorzaken van een terugval te analyseren, inventariseren en herkennen. Ook kan de patiënt situaties en gebeurtenissen identificeren die een verhoogd risico op terugval kunnen veroorzaken.

Vaardigheden leren om in risicosituaties om te gaan met de problemen.

Deze interventie gaat in op de manier waarop de patiënt met deze situaties om gaat. Zo worden er algemene situaties geschetst door de fysiotherapeut, van mensen die moeite hebben met 'nee-zeggen'. Er wordt door de fysiotherapeut aangegeven dat 'nee-zeggen' niet altijd vraagt om een uitleg, waarom je nee zegt. (Deze interventie kan aangevuld worden met een rollenspel, als er gewerkt wordt met een groep). Door deze oefening ontwikkelt de patiënt vaardigheden om met de risicosituaties om te gaan. De fysiotherapeut heeft tijdens deze module een luisterende en sturende rol (schouten, 2002)

8.8 Eindevaluatie

Net als in de intake worden er tijdens de eindevaluatie een aantal vragenlijsten afgenomen (zie intake blz. 34). Op die manier kan worden nagegaan of de patiënt vooruitgang heeft geboekt. Daarnaast word de patiënt een aantal vragen gesteld over hoe de patiënt de therapie zelf heeft ervaren en of hij vindt dat het wel of niet heeft geholpen. Ook de spanning- en klachtenregistratie wordt met de patiënt besproken. Als de behandeling een goed effect heeft gehad, zal er een dalende lijn zijn in de ernst van de klachten in verhouding tot de spanning.

Hoofdstuk 9 Conclusie

Na deze literatuurstudie is duidelijk geworden welke omvang burnout de laatste jaren heeft ingenomen. Er zijn steeds meer regels en wetten die de werkgevers verplichten om maatregelen te nemen om de risico's van een burnout zo klein mogelijk te maken. Werknemers kunnen nu zelfs eens schadevergoeding krijgen als zij hun werkgever aanklagen omdat ze een burnout hebben. Deze schadevergoeding wordt alleen toegekend als blijkt dat burnout is ontstaan, specifiek door maatregelen die de werkgever genomen heeft.

Er zijn veel mogelijkheden voor de behandeling van burnout. Echter, niet al deze behandelmogelijkheden zijn even evidence based. Wel is er evidence voor cognitieve gedragstherapie en ontspanningstherapie bij burnout. Ook over de fysiotherapeutische behandeling van burnout is er weinig evidence based informatie te vinden. Wel is er duidelijk naar voren gekomen dat de fysiotherapeut vooral mogelijkheden heeft op het gebied van cognitieve gedragstherapie, ontspanningstherapie en fysieke training.

Door middel van een fysiotherapeutisch behandelprotocol is geprobeerd om een start te maken met literatuur waarin de rol van de fysiotherapeut duidelijk(er) naar voren komt. Hopelijk is dit een aanzet om meer onderzoek te doen naar burnout en de fysiotherapeutische behandeling daarbij.

Hoofdstuk 10 Bronnenlijst

Boeken, tijdschriften en artikelen:

- Balm, M.F.K. (2000). *Gezond bewegen kun je leren*. Gedragsverandering door ergo-fysio- en oefentherapeuten. Uitgeverij Lemma BV, Utrecht.
- Brunt, D.L. van, Riedel, B.W., & Lichstein, K.L. (1996). Insomnia. In: V.B. van Hasselt & M. Hersen (red.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. New York/Londen: Plenum Press.
- Christina Maslach en Michael P. Leiter (1998), *Burnout. Oorzaken, gevolgen, remedies*, Contact. Amsterdam/Antwerpen.
- Cranenburgh, B., van (1997), *neurowetenschappen een overzicht*. De tijdstroom bv., Utrecht.
- Doornen, L.J.P., van (2000). De fysiologie van werkstress. In W.B. Schaufeli, J.G.F. Hell & P.J.G. Scheurs (red.), *Meten van werkstress*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Freudenberger, H.J. (1991). Burnout: een maatschappelijk verschijnsel. In: H.M. van der Ploeg & J. Vis (red), *Burnout en werkstress*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Gerards, F.M. (1996). Health Counseling. *Een strategie voor het effectief begeleiden van gezondheidsadviezen*. Cursusmap post-HBO-onderwijs. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Hoogduin, C.A.L., e.a. (1991). *Metaforische imaginatietechniek met symptoomtransformatie bij chronische spanningshoofdpijn*. Directieve Therapie, 11, 224-232.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap C.P.D.R. & Methorst, G.J. (1996). Burnout: klinisch beeld en diagnostiek: In C.A.L. Hoogduin, C.P.D.R. Schaap, A.J. Kladler & W.A. Hoogduin (red.), *behandelstrategieën bij burnout* (pp. 33-41). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoogduin, C.A.L, Schaufeli, W.B., Schaap, C.P.D.R., Bakker, A.B. (2001). *Behandelstrategieën bij burnout*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- International Classification for Diseases. WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Geneve: WHO.
- Jochems, A.A.F., Joostens, F.W.M.G (2006). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Elsevier Gezondheidszorg, Doetinchem.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Vossen, C.J.C., Boelaars, V., & Minnen, A. van, (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met burnout: klachtenreductie, cognitieve therapie, werkhervatting, timemanagment, werkgerichte interventie en recidiefpreventie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klink, J.J., van der (2001). *The benefits of interventions for work-related stress*. American Journal of Public Health, Universiteit van Amsterdam.
- Korthagen, F.A.J (1998). *Leren reflecteren: naar een systematiek in het leren van je werk*. In : E. Fonderie-Tierie & J.A.P. Hendriksen (red.), *begeleiden van docenten* Baarn: Nelissen.

- Lonkhuijzen, A. van, met bijdragen van M. Hilkemeijer (1999). *Vademecum psychosociale informatie*. Utrecht : Korrelatie; NIZW.
- Maslach C, Jackson SE (1986). *Mbi: Maslach burnout inventory ; Manual research edition*. Palo Alto (CA): University of California, Consulting Psychologists press.
- Öst, L.G., Fellenius, J., & Sterner, U. (1991). *Applied tension, exposure in vivo, and tension only in the treatment of blood phobia*. Behaviour Research and Therapy, 29,6, 561–574.
- Rhenen, W. van, (2005). *The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints*. International Archives Occupational Environmental Health. Universiteit van Amsterdam.
- Schaap C.P.D.R, Keijsers G.P.J, Boelaars V, Vossen C. (1996). De behandeling van burnout. In: C.A.L. Hoogduin, C.P.R.D. Schaap, A.J. Kladler en W.A. Hoogduin (red.), *behandelingsstrategieën bij burnout* (pp 42–57). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schaufeli W.B., Enzmann D. (1998), *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Londen: Taylor & Francis.
- Schouten J. (2002). *Ik ben d'r ook nog, handleiding voor assertiviteitstraining*. Meppel: Uitgeverij Thema.
- Seligman M.E., Csikszentmihalyi M. (2000) *Positive psychology. An introduction*. Department of Psychology, California State University.
- Steptoe, A. e.a. (1998). *Exercise and the experience and appraisal of daily stressors: a naturalistic study*. Journal of Behavioral Medicine, Londen UK.
- Taris, T., Schaufeli, W.B., Schreurs P., Caljé, D. (2000) *Opgebrand in het onderwijs: stress, psychische vermoeidheid en ziekteverzuim onder leraren*. NWO/Samsom, Alphen aan de Rijn
- Terluin, B. (1994). *Overspanning onderbouwt*. Academisch proefschrift. Zeist: Kerkebosch.
- Terluin, B. (1998). *De vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartsenpraktijk*. De psycholoog, 33, 18–24.
- Wessely, S., Hotopf, M., & Sharpe, M. (1997). *Chronic fatigue and its syndromes*. Oxford: University Press.

Internet:

- <http://www.abvc.nl/zeegers/burnout.php>
- <http://www.ad.nl/binnenland/article993727.ece>
- <http://www.avop.nl/tstresshantering.htm>
- http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o73n206.html
- http://www.burnin.nl/?id=ken_bur_hor
- http://www.burnin.nl/?id=ken_bur
- <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/C14006BC-0F2A-42AD-8B35-D499CFEB522D/0/2005k3v4p18art.pdf>
- <http://www.datec.nl/4dki/>
- <http://www.fysiotherapiedaalmeer.nl/patientspecifiekeklachten.html>
- http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=11454&VolgNr=0
- <http://www.hetlaar.nu/>
- http://www.innersite.nl/html/burnout_-_preventie.html
- <http://www.lva-nederland.nl/basis1/wia/ziektemeldingwia.html>

- <http://www.kngf-nfp.nl/nfp/verwijzers.htm>
- http://www.kngf.nl/dossier_files/uploadFiles/RLParkinson_PRLencover_151206.pdf
(borgschaal).
- <http://www.psycholoog.net/?cat=9>
- <http://www.piebenga.com/Verloopburnout.htm>
- <http://www.psychischenwerk.nl/pw/>
- <http://www.thehumanlink.be/index.php?id=9,23,0,0,1,0>
- http://www.trouw.nl/laatstenieuws/In_gezondheid/article600956.ece/Rechter_kent_schadevergoeding_toe_na_burn-out
- http://www.uvw.nl/Werkgever/ziekte_en_zwangerschap/ziekte_voorkomen/financieel_gevolgen_van_ziekteverzuim.asp
- <http://www.werkenaarvermogen.nl/regelgeving.htm>
- http://www.werkenaarvermogen.nl/re_wga.htm
- http://www.werkenaarvermogen.nl/re_iva.htm
- <http://nl.wikipedia.org/wiki/Amygdala>
- http://en.wikipedia.org/wiki/Locus_ceruleus

Bijlagen

Bijlage 1: Patiënt Specifieke Klachtenlijst (PSK).

Beschrijving (www.fysiotherapiedaalmeer.nl):

Het meetinstrument Patiënt Specifiek Klachten is een manier om de functionele status van de individuele patiënt te bepalen. De patiënt selecteert de voor hem 3 tot 5 belangrijkste klachten op het gebied van fysieke activiteiten. Deze activiteiten moeten voor de patiënt persoonlijk relevant zijn, de patiënt moet hinder ervaren bij de uitvoering en uitvoering moet regelmatig plaatsvinden (per week). Bij algemene functionele status vragenlijsten zijn niet alle gevraagde items relevant voor een patiënt. Terwijl aan de andere kant relevante activiteiten niet zijn opgenomen in de vragenlijst. Het is daarom zinvol om de patiëntspecifieke functionele status samen met een algemenere ziektespecifieke lijst te combineren.

Patiënt instructie:

Selecteer de voor u belangrijkste klachten uit deze lijst. Belangrijke klachten zijn die activiteiten die u veel moeite kosten met uitvoeren, die u regelmatig moet doen en die u graag weer beter wil kunnen uitvoeren. Na selectie vindt er een rangschikking plaats van 1 t/m 5. De drie belangrijkste worden uiteindelijk gescoord.

Scoring:

Per activiteit wordt een 10 cm visuele analoge schaal (VAS) ingevuld. Aan de patiënt wordt gevraagd aan te geven hoeveel moeite het kost om de genoemde activiteit uit te voeren door een streepje te zetten op de lijn. Het linker uiteinde van de schaal is gedefinieerd als 'geen enkele moeite' en het rechter uiteinde betekent 'onmogelijk'. De totaalscore is de afstand (mm) van 0 tot aan het streepje van alle drie de activiteiten samen. Bij vervolgmetingen heeft de patiënt inzage in zijn vorige scores.

Lijst Patient Specifieke Klachten (Beurskens 1996):

Activiteiten en bewegingen waarbij u last kunt hebben van uw pijnklachten

Uw pijnklachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van chronische pijn verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen die u veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw pijn. Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week door uw pijn last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u die problemen aan te kruisen die **U HEEL BELANGRIJK VINDT** en die **U** het liefste zou **ZIEN VERANDEREN** in de **KOMENDE MAANDEN**.

- in bed liggen
- omdraaien in bed
- opstaan uit bed
- opstaan uit een stoel
- gaan zitten op een stoel

- lang achtereen zitten
- in/uit de auto stappen
- rijden in een auto of bus
- fietsen
- staan
- lang achtereen staan
- licht werk in en om het huis
- zwaar werk in en om het huis
- in huis lopen
- wandelen
- hardlopen
- het dragen van een voorwerp
- iets oprapen van de grond
- tillen
- op bezoek gaan bij familie, vrienden of kennissen
- uitgaan
- sexuele activiteiten
- uitvoeren van werk
- uitvoeren van hobby's
- uitvoeren van huishoudelijk werk
- sporten
- op reis gaan
- andere activiteiten

De 5 belangrijkste activiteiten zijn: 1...; 2...; 3...; 4...; 5....;

Van de 5 belangrijkste activiteiten worden de eerste 3 gescoord via een VAS schaal.

voorbeeld hoe in te vullen:

probleem: *wandelen*

Plaatst u het streepje **links** dan kost het wandelen u **weinig moeite**

geen enkele moeite ____/_____ *onmogelijk*

plaatst u het streepje **rechts** dan kost het wandelen u **veel moeite**

geen enkele moeite _____/_____ *onmogelijk*

Bijlage 2: Borgschaal

Score Inspanningsgevoel (www.kngf.nl):

6 heel erg licht (rust)

7

8

9 erg licht, bijvoorbeeld rustig lopen

10

11 betrekkelijk licht

12

13 matig zwaar, constant tempo

14

15 zwaar

16

17 erg zwaar

18

19 heel erg zwaar

20 uitputting

Bijlage 3: Tampa schaal voor Kinesiofobie

Miller, R.P., Kori, S.H. & Todd, D.D. (1991)

Geautoriseerde Nederlandse Vertaling

Vlaejen J.W.S., Kole-Snijders A.M.J., Crombez G., Boeren R.G.B. & Rotteveel A.M. (1995)

Uit: www.adfysio.nl

Geef van onderstaande beweringen door middel van een cijfer 1 en 4 aan in welke mate u het eens of oneens bent met deze bewering . De betekenis van de cijfers is als volgt;

1 = in hoge mate mee oneens

2 = enigszins mee oneens

3 = enigszins mee eens

4 = in hoge mate mee eens

1.	1.	Ik ben bang om bij het doen van lichaams oefeningen letsel op te lopen.	1	2	3	4
2.	2.	Als ik me over de pijn heen zou zetten, dan zou hij erger worden.	1	2	3	4
3.	3.	Mijn lichaam zegt me dat er iets gevaarlijk mis mee is.	1	2	3	4
4.	4.	Mijn pijn zou waarschijnlijk minder worden als ik lichaams oefeningen zou doen.	1	2	3	4
5.	5.	Mijn gezondheidstoestand wordt door anderen niet serieus genoeg genomen.	1	2	3	4
6.	6.	Door mijn pijnprobleem loopt mijn lichaam de rest van mijn leven gevaar.	1	2	3	4
7.	7.	Mijn pijn betekent dat er sprake is van letsel.	1	2	3	4
8.	8.	Als mijn pijn erger wordt door iets, betekent dat nog niet dat dat gevaarlijk is	1	2	3	4
9.	9.	Ik ben bang om per ongeluk letsel op te lopen.	1	2	3	4
10.	10.	De veiligste manier om te voorkomen dat mijn pijn erger wordt is gewoon oppassen dat ik geen onnodige bewegingen maak.	1	2	3	4
11.	11.	Ik had wellicht minder pijn als er niet iets gevaarlijks aan de hand zou zijn met mijn lichaam.	1	2	3	4
12.	12.	Hoewel ik pijn heb, zou ik er beter aan toe zijn als ik lichamelijke actief zou zijn.	1	2	3	4
13.	13.	Mijn pijn zegt me wanneer ik moet stoppen met lichaams oefeningen doen om geen letsel op te lopen.	1	2	3	4
14.	14.	Voor iemand in mijn toestand is het echt af te raden om lichamelijke actief te zijn.	1	2	3	4
15.	15.	Ik kan niet alles doen wat gewone mensen doen, omdat ik te gemakkelijk letsel ooploop.	1	2	3	4
16.	16.	Zelfs als ik ergens veel pijn door krijg, geloof ik niet dat dat gevaarlijk is.	1	2	3	4
17.	17.	Ik zou geen lichaams oefeningen hoeven te doen wanneer ik pijn heb.	1	2	3	4

Bijlage 4: Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)Doelgroep

Adolescenten (vanaf 15 jaar) en volwassenen, die de Nederlandse taal beheersen en niet manifest psychotisch of manisch zijn.

Doel

De 4DKL heeft als doel stresssymptomen te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De vragenlijst kan zowel worden gebruikt bij wetenschappelijk onderzoek als in de klinische praktijk. De meeste ervaring is tot nu toe opgedaan in de huisartsenpraktijk en in de bedrijfsgezondheidszorg. De vragenlijst is opgenomen in de richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische klachten (2000).

Beschrijving

De 4DKL meet vier dimensies van psychopathologie: Distress, Depressie, Angst en Somatisatie. De Distressschaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie). De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities. De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten.

De 4DKL bestaat uit 50 items, 16 items voor Distress, 6 items voor Depressie, 12 items voor Angst en 16 items voor Somatisatie. De vragen betreffen de periode van de afgelopen week en worden beantwoord op een 5-puntsschaal: "nee", "soms", "regelmatig", "vaak", "heel vaak" of "voortdurend".

De 4DKL is voortgekomen uit onderzoek naar psychosociale problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg. De meest voorkomende problematiek in deze setting is stressgerelateerd, te benoemen als spanningsklachten wanneer het sociaal functioneren nog redelijk intact is, of surmenage (overspanning) wanneer het sociaal functioneren is verstoord. Het klachtenpatroon van patiënten met spanningsklachten of surmenage wordt gekenmerkt door a-specifieke 'distress'-klachten. Deze klachten blijken goed te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. Met behulp van de 4DKL kan derhalve een goed onderscheid worden gemaakt tussen ongecompliceerde stressgerelateerde problematiek en psychiatrische stoornissen.

Score en normering

Bij individueel gebruik in de klinische praktijk kan gebruik worden gemaakt van normscores (decielen) van werknemers (n=3852) en van opeenvolgende huisartspatiënten van 15-65 jaar (n=2127). Van de huisartspatiënten zijn tevens aparte normen berekend voor patiënten met psychosociale klachten (n=665) en patiënten zonder klachten (n=1462). Ook zijn van alle normgroepen aparte normtabellen opgenomen voor mannen en vrouwen.

Onderzoek

De 4DKL heeft een hoge interne consistentie, variërend van .84 tot .94 en een hoge test-hertestcorrelatie, variërend van .89 tot .94.

De vragenlijst is vergeleken met bekende Nederlandse vragenlijsten als de Zung Self-Rating Depression Scale, de General Health Questionnaire (GHQ), de Maastrichtse Vragenlijst (MV) en de Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). In de eerste plaats bleek de 4DKL een logische samenhang met de overeenkomstige schalen van deze klachtenlijsten te vertonen. Daarnaast bleek de 4DKL ook depressieve cognities te meten, een onderdeel dat niet door de andere instrumenten wordt meegenomen.

De 4DKL is niet alleen beschikbaar voor psychologen en psychiaters, maar ook voor huisartsen, bedrijfsartsen en fysiotherapeuten.

De betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit van de 4DKL werden voldoende beoordeeld, de begripvaliditeit werd goed beoordeeld (Evers e.a., 2000).

Praktische bruikbaarheid

Afname

Schriftelijke of direct achter de computer. Individueel en groepsgewijs. De afnameduur is 5-10 minuten.

4DKL KLACHTENLIJST

Naam : datum: ... / ... /

Geslacht : man / vrouw nummer:

Geb. datum : / / Leeftijd: jaar praktijk:

Werkzaam : nee/ja, beroep / functie:

.....

Ziek gemeld : nee/ja, dd. / / WAO: nee/ja, sinds. / /

Intake klacht :

.....

:

.....

Diagnose :

.....

:

.....

Medicatie :

.....

:

.....

:

.....

Opmerkingen :

.....

:

.....

:

.....

4 DKL (1) vragen over laatste 7 dagen**Wilt u *alle* onderstaande vragen beantwoorden? Betekenis van de cijfers:****Het betreft een periode van de laatste *zeven* dagen.** 0 = nee

Omcirkelt u slechts één mogelijkheid als antwoord a.u.b. 1 = soms

2 = regelmatig

3 = vaak

4 = heel vaak, voortdurend

Hebt u de afgelopen week 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. overmatig 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?
 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 angstgevoelens?
 22. lusteloosheid?
 23. beven in gezelschap van andere mensen?
 24. angst- of paniekaanvallen?
- Voelt u zich de afgelopen week:**
25. gespannen?
 26. snel geïrriteerd?
 27. angstig?
- Hebt u de afgelopen week 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 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?

4 DKL (2) vragen over laatste 7 dagen

Wilt u *alle* onderstaande vragen beantwoorden? Betekenis van de cijfers:

Het betreft een periode van de laatste *zeven* dagen. 0 = nee

Omcirkelt u slechts één mogelijkheid als antwoord a.u.b. 1 = soms

2 = regelmatig

3 = vaak

4 = heel vaak, voortdurend

Hebt u de afgelopen week:

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

Bent u de afgelopen week:

41. snel emotioneel?
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn

- (b.v. 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 wel eens het gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?
46. Denkt u de afgelopen week wel eens "was ik maar dood"?
47. Schieten u de afgelopen week wel eens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen), die u hebt meegemaakt?
48. Moet u de afgelopen week wel eens 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?
51. Hebt u de afgelopen week misschien nog klachten en/of verschijnselen bij uzelf opgemerkt, die **niet** in de bovenstaande lijst voorkomen?
Zo ja, wilt u die dan hieronder vermelden?

.....

.....

.....

.....

52. Hoe lang geleden zijn uw huidige klachten begonnen?

.....

.....

.....

.....

- G minder dan een maand
- 1-3 maanden geleden
- 3-6 maanden geleden
- 6-12 maanden geleden
- 1-2 jaar geleden
- 2-5 jaar geleden
- langer dan 5 jaar geleden

Scoreformulier 4DKL klachtenlijst

Testnummer : Test: voor / tijdens / na Testdatum: / /

Patiënt : m / v Leeftijd: Werkt: nee / ja: beroep:

.

Indicatie :

.

Diagnose :

.

4DKL**Somatisatie Distress Depressie Angststoornis**

1 __ 17 __ 28 __ 18 __

2 __ 19 __ 30 __ 21 __

3 __ 20 __ 34 __ 24 __

5 __ 25 __ 35 __ 27 __

6 __ 26 __ 46 __ 40 __

7 __ 29 __ 42 __

8 __ 31 __ 43 __

9 __ 32 __ 44 __

10 __ 36 __ 45 __

11 __ 37 __ 49 __

12 __ 38 __ 50 __

13 __ 39 __

14 __ 41 __

15 __ 47 __

16 __ 48 __

__ + (2,3,4=2) __ + (2,3,4=2) __ + (2,3,4=2) __ + (2,3,4=2)

__ Somatisatie __ Distress __ Depressie __ Angst

1 geen somatisatie: < 10 1 geen distress < 10 1 geen depressie < 2 1 geen angststoornis < 8

2 matig verhoogd: > 10 2 matig verhoogd > 10 2 matig verhoogd > 2 2 matig verhoogd > 8

3 sterk verhoogd > 20 3 sterk verhoogd > 20 3 sterk verhoogd > 5 3 sterk verhoogd > 12

(scoren 4DK L: de cijfers 2,3 en 4 worden geteld als "2". Het cijfer "1" telt als "1" en "0" als "0")

Versie 3.07. Uitgave 2004: Stichting Flow , Alkmaar

Bijlage 5: borgschaal logboek

De cliënt kan met behulp van de Borgschaal een logboek bijhouden waarin de frequentie en mate van inspanning wordt genoteerd. Daarbij schrijft de cliënt niet alleen welke inspanning heeft plaats gevonden, maar ook de hoeveelheid moeite die de inspanning heeft gekost. Het gebruik van het borgschaal logboek vindt plaats in één van de eerste weken en in één van de laatste weken om een eventueel verschil te kunnen zien in dagindeling (gedragmatig), mogelijke afname van de moeite die het kost om bepaalde activiteiten te volbrengen (uithoudingsvermogen).

Logboek Borgschaal**MAAND:****LOGBOEK VAN:**

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Datum							
Nachtrust							
Oefeningen							
Aantal oefenperiodes							
Duur per oefenperiode							
Aantal rustpauzes							
Duur per rustpauze							
Totale oefenduur							
Borgscore (6-20)							
Bijzonderheden							

Gevoel na afloop							
Opmerkingen							

Bijlage 6: Åstrand Fietstest

Deze test geeft een schatting van de maximale zuurstofopname ($L \text{ min}^{-1}$), gebaseerd op de hartslag van de deelnemer bij een gegeven vermogen (W) of de submaximale zuurstofopname.

Voor deze test is nodig:

- * Fiets ergometer
- * hartslagmeter / stethoscoop
- * Metronoom
- * Stopwatch
- * Formulier waarop resultaten worden bijgehouden
- * Protocol fitheidstest

De beschrijving van deze fitheidstest wordt opgedeeld in de voorbereiding en de uitvoering.

De voorbereiding

- Het juiste startvermogen wordt bepaald. Op het formulier medische gegevens staan de keuzemogelijkheden aangegeven.
- De zadelhoogte wordt ingesteld, zodat de deelnemer met de bal van de voet op de trapper met een licht gebogen been zit. Een andere mogelijkheid is met de hak op de trapper en een gestrekt been.

De uitvoering

- Start de metronoom (100 slagen per minuut).
- Vraag de deelnemer te beginnen met fietsen op het juiste ritme (bij elke tik een voet onder aan).
- Wanneer de deelnemer het juiste ritme heeft gevonden, het startvermogen instellen.
- Wanneer de deelnemer nu weer het juiste ritme heeft gevonden, wordt de stopwatch gestart.
- Noteer de hartslag elke hele minuut, vanaf 2:00 minuten fietstijd.
- Stel zonodig (zie schema hieronder) het vermogen bij na de 3^e minuut.
- Na de 6^e minuut moet de deelnemer uitfietsen totdat de hartslag beneden de 100 slagen per minuut komt. Het vermogen wordt hiervoor op 0,5 N gezet. (www.ggd.nl)

Voor testresultaten zie <http://www.wielersportinfo.nl/astrandtest.htm>

Bijlage 7: Utrechtse Burnout Schaal (UBOS).Beschrijving

De Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) is de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory. Het instrument kwantificeert burnout, dit wordt gedefinieerd als werkgerelateerde psychische vermoeidheid. Er zijn drie versies van de UBOS verkrijgbaar:

- UBOS-C voor Contactuele beroepen (20 items),
- UBOS-L voor Leerkrachten (22 items) en
- UBOS-A voor Algemeen gebruik (15 items).

De UBOS bestaat uit drie schalen:

- Emotionele Uitputting (Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk)
- Mentale Distantie (Ik merk dat ik teveel afstand heb gekregen van mijn werk)
- Competentie (Ik vind dat ik mijn werk goed doe)

Scoring en normering

De items van de UBOS worden gescoord op een 4-punt schaal. Ruwe scores worden geïnterpreteerd met behulp van een vijfpuntsnormeringsschaal, lopend van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'. De schaalscores kunnen vergeleken worden met een criteriumscore voor burnout. Voor iedere versie van de UBOS is een algemene normgroep aanwezig bestaande uit werknemers (N=13076/1638/1111) en een normgroep van werknemers met burnoutklachten (N=77/147/100).

Onderzoek

De UBOS is een van de kernvragenlijsten in het PVA-onderzoeksprogramma. Dit onderzoek (o.a. Schaufeli e.a., 2001, Bakker e.a., 2002; Demerouti e.a., 2003) heeft de betrouwbaarheid en validiteit van de UBOS bevestigd. Daarnaast komt uit het PVA-onderzoek met de UBOS naar voren dat de UBOS differentieert tussen werknemers met en zonder burnout (Brenninkmeijer en Van Yperen, 2003). De UBOS is tevens gevoelig voor veranderingen en kan bijvoorbeeld worden ingezet bij de evaluatie van trainingsprogramma's (Van Dierendonck e.a., 1998).

Praktische bruikbaarheid

De UBOS kan op individueel niveau gebruikt worden in de Arbopraktijk om burnout vast te stellen en behandeling te evalueren. Op groepsniveau kan de UBOS gebruikt worden als indicator voor psychosociale risicofactoren in het werk.

Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)

De volgende uitspraken hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door steeds **het best passende cijfer** (van 0 tot 6) in te vullen.

	Sporadisch	Af en toe	Regelmatig	Dikwijls	Zeer dikwijls	Altijd
0	1	2	3	4	5	6
Nooit	Een paar keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week	Een paar keer per week	Dagelijks

1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

2. Ik twijfel aan het nut van mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

3. Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

4. Ik weet de problemen in mijn werk adequaat op te lossen.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

5. Ik voel me "opgebrand" door mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

6. Ik heb het gevoel dat ik met mijn werk een positieve bijdrage lever aan het functioneren van de organisatie.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

7. Ik merk dat ik teveel afstand heb gekregen van mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

8. Ik ben niet meer zo enthousiast als vroeger over mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

9. Ik vind dat ik mijn werk goed doe.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

10. Als ik op mijn werk iets afrond vrolijkt me dat op.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

11. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

12. Ik heb in deze baan veel waardevolle dingen bereikt.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

13. Ik wil gewoon mijn werk doen en verder niet worden lastig gevallen.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

14. Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en weer een werkdag voor me ligt

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

15. Ik ben cynischer geworden over de effecten van mijn werk.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

16. Op mijn werk blaak ik van zelfvertrouwen.

Nooit Sporadisch Af en toe Regelmatig Dikwijls Zeer dikwijls Altijd

Bijlage 8: Therapeutactiviteiten per gedragsvoorwaarde

Voorwaarde 1: de patiënt wordt blootgesteld aan oefentherapie

Gedrag kan alleen door oefentherapie veranderen als de patiënt aan oefentherapie wordt blootgesteld. Dit houdt in dat elke therapeut zelf verantwoordelijk is voor het werven van patiënten. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 2: de patiënt heeft aandacht voor klachtenverminderend gedrag

De eerste 2 gedragsvoorwaarden vallen onder het aspect openstaan. De doelen van dit aspect worden in de tweede voorwaarde behandeld. De doelen zijn :

Doel	Interventie
De patiënt:	De therapeut:
<ul style="list-style-type: none"> • stelt zich open voor informatie • is bereid met de therapeut van gedachten te wisselen • kan zich concentreren • voelt zich op zijn gemak en is rustig 	<ul style="list-style-type: none"> • bewaakt de therapeut – patiënt relatie, creëert gunstige omstandigheden in de praktijkruimte, sluit aan bij de lekenverklaring en de zelfzorg van de patiënt en reageert adequaat op bezwaren en emoties van de patiënt

Voorwaarde 3: de patiënt kan het klachtenverminderende gedrag omschrijven

Aan de voorwaarde van een adequate instructie is voldaan als de patiënt nauwkeurig weet wat, hoe, wanneer en hoe vaak iets gedaan moet worden. Bij voorkeur kan de patiënt de gedragsinstructie van de therapeut mondeling reproduceren. Verbalisatie van de gedragsinstructie is noodzakelijk voor de zelfinstructie en zelfcontrole van de patiënt buiten de praktijkruimte. De belangrijkste therapeut activiteiten zijn instrueren, demonstreren, ervaringen laten opdoen in de praktijkruimte, controleren en feedback geven. Klachtenverminderend gedrag dat de patiënt niet in het bijzijn van de therapeut in de praktijkruimte kan oefenen, dient de patiënt goed te kunnen omschrijven. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 4: de patiënt beschikt over kennis van en inzicht in het klachtenverminderende gedrag.

Om ervoor te zorgen dat de patiënt in de ADL activiteiten klachtenverminderend gedrag uitvoert, is het van belang dat de patiënt inzicht heeft in de achtergronden van het gedrag. Hierbij lijkt informeren de belangrijkste therapeutactiviteit. De therapeut laat de patiënt echter ook kennis en inzicht verwerven in bijvoorbeeld probleemoplossende gesprekken. De therapeut helpt de patiënt meer inzicht te verwerven in zijn probleem. Pas nadat de patiënt inzicht heeft verworven in zijn problematiek, is hij in staat zelf met mogelijke oplossingen te komen. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 3 en 4 vallen onder het aspect begrijpen. De doelen die bij dit aspect horen zijn:

Doel	Interventie
De patiënt kan aangeven:	De therapeut:
<ul style="list-style-type: none"> - welke klachtenverminderend gedrag de therapeut verlangt (inclusief reproductie van de gedragsinstructie van de therapeut) - waarom de therapeut dit gedrag van hem verlangt - hoe de handeling-, beweging- en gedragsgerichte diagnose luidt (en wat de relatie is tussen factoren) - aan welke voorwaarden hij moet voldoen om het gewenste klachtenverminderende gedrag te kunnen vertonen - aan welke voorwaarden hij moet voldoen om het gewenste gedrag vol te kunnen houden 	<ul style="list-style-type: none"> - stelt vragen, luistert en observeert - informeert, instrueert, demonstreert, laat ervaringen opdoen, adviseert, voert probleemoplossende gesprekken, controleert en geeft feedback

(M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 5: de voordelen van het nieuwe gedrag voor de patiënt wegen zwaarder dan de nadelen. In het kader van gedragsvoorwaarde 5 probeert de therapeut te bereiken dat het geïnstrueerde klachtenverminderende gedrag zoveel mogelijk positieve en zo min mogelijk negatieve consequenties voor de patiënt heeft. Daarom geeft de therapeut zijn instructies en adviezen zoveel mogelijk op maat. Maatwerk kan worden bevorderd door de patiënt in probleemoplossende gesprekken zelf gedragsalternatieven te laten bedenken. Bij zelfbedachte oplossingen is er doorgaans een gunstiger verhouding tussen voor- en nadelen. Bij maatwerk is er ook eerder sprake van een gunstige balans voor de patiënt tussen belasting en belastbaarheid. (M.F.K. Balm, 2000)

De therapeut kan ten behoeve van gedragsvoorwaarde 5 gebruik maken van een aantal health counseling technieken. Dit doet de therapeut doorgaans pas in de tweede instantie, bij een relatief hardnekkig gebrek aan bereidwilligheid van de patiënt. Mogelijke technieken zijn het door de patiënt laten invullen van voor- en nadelen matrices, het laten beschrijven van een ideale toekomst, imaginatie en rolomkering (Gerard, 1996)

Voorwaarde 6: de patiënt wordt niet gehinderd door belemmerende factoren
In het kader van gedragsvoorwaarde 6 richt de therapeut zijn aandacht op het weerleggen van de opvattingen van de patiënt die de voortgang van het gedragsveranderingsproces kunnen belemmeren. Hinderlijke opvattingen kunnen manifest worden tijdens gedachtewisseling tussen therapeut en patiënt over de visie van de patiënt op gezondheid en patiënt. Bewustwording en beïnvloeden spelen dus een grote rol op het inzicht van de patiënt in zijn klachten. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 7: de patiënt ondervindt (geen on-) gunstige invloeden vanuit de sociale omgeving

Ten aanzien van gedragsvoorwaarde 7 probeert de therapeut te bereiken dat de patiënt zo min mogelijk negatief wordt beïnvloed door de onjuiste informatie en voor klachtenverminderend gedrag zo min mogelijk gedemotiveerd raakt door negatieve reacties vanuit de omgeving. De essentie van deze gedragsvoorwaarde is dat de therapeut zich voortdurend realiseert dat de informatie en adviezen die hij aan de patiënt verstrekt hevige concurrentie ondervindt van informatie vanuit de sociale omgeving van de patiënt en de media. Als de therapeut constateert dat de patiënt niet of nauwelijks door zijn omgeving in zijn gedragsveranderingsproces wordt gesteund, kan hij dit proberen te compenseren met extra positieve feedback. Een meer kritische opstelling van de therapeut is geoorloofd als blijkt dat de patiënt juist veel sociale steun ondervindt. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 8: de patiënt heeft vertrouwen in de uitvoering van het gedrag

Het is van belang het zelfvertrouwen van de patiënt in de loop van de gehele behandeling positief te beïnvloeden. De eerste mogelijkheid daartoe is gelegen in het zorgvuldig in acht nemen van feedback. De kunst is een eerlijke inhoudelijke boodschap te verpakken in een voor de patiënt prettige vorm. Het is belangrijk om eerst aan te geven wat goed ging en pas in tweede instantie te noemen wat niet goed ging. Dit zodat de patiënt niet ontmoedigd wordt door beschadigd zelfvertrouwen. Om deze rede is het ook erg belangrijk dat er samen met de patiënt haalbare doel worden geformuleerd. (M.F.K. Balm, 2000)

De voorwaarden 5, 6, 7 en 8 vallen onder het aspect willen en de daarbij behorende doelen zijn:

Doel	Interventie
De patiënt geeft aan:	De therapeut:
<ul style="list-style-type: none"> - dat de voordelen van het klachtenverminderende gedrag zwaarder wegen dan de nadelen - niet teveel gehinderd te worden door belemmerende opvattingen - (geen on-) gunstige invloeden te ervaren vanuit de omgeving - voldoende vertrouwen te hebben in een succesvolle uitvoering van het klachtverminderende gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - stelt vragen, luistert en observeert - informeert, instrueert, demonstreert, laat ervaringen opdoen, adviseert, voert probleemoplossende gesprekken, controleert en geeft feedback - past health counseling technieken toe

(M.F.K. Balm, 2000)

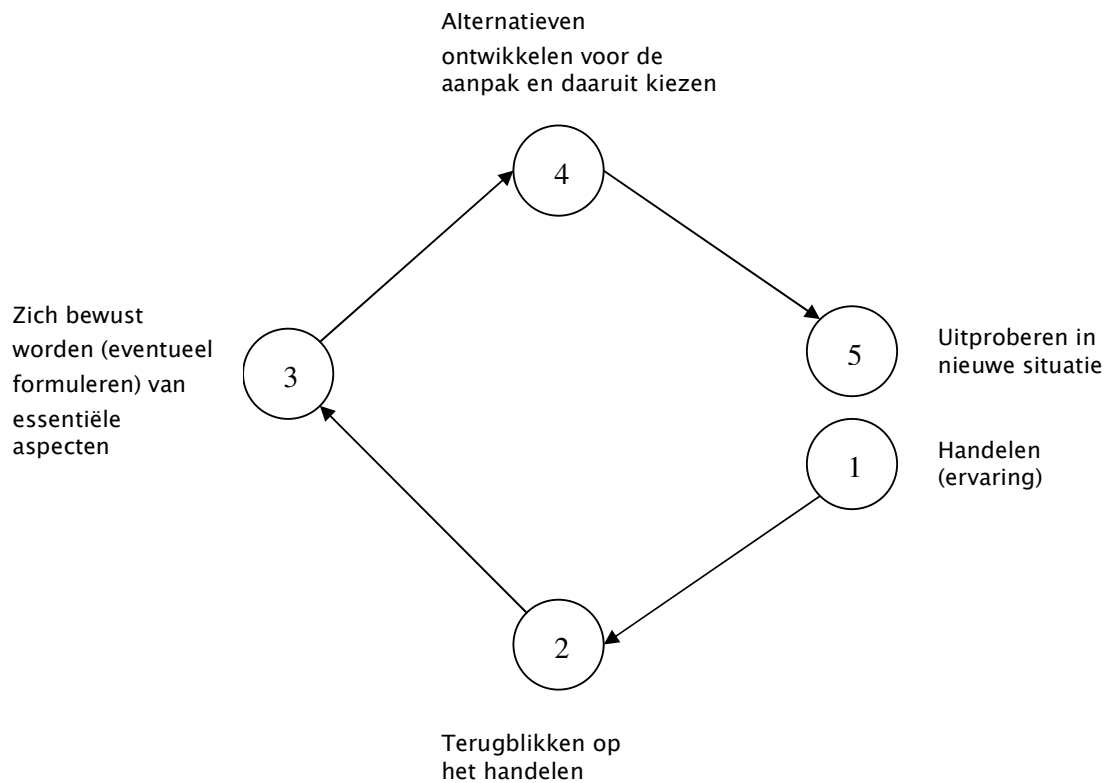
Voorwaarde 9: klachten op stoornisniveau staan het gedrag niet in de weg

De uitvoering van klachtenverminderend gedrag kan belemmerd worden door gezondheidsproblemen op stoornisniveau. Vooral pijnklachten en beperkte bewegingsmogelijkheden kunnen verhinderen dat de patiënt instructies en adviezen naar wens kan opvolgen. Therapeut en patiënt zijn in de behandeling steeds samen op zoek naar een acceptabel activiteitsniveau voor de patiënt. Dit bepaald vanuit het klachtgerichte ordeningsprincipe in hoge mate de opbouw van de behandeling.

Voorwaarde 10: de patiënt beschikt over de vereiste motorische vaardigheden
 Vanwege de oefentherapie die in voorwaarde 10 aan bod komt, verdient gedragsvoorwaarde 10 veel aandacht van therapeuten. Patiënten motorische vaardigheden aanleren is een complexe therapeutactiviteit die bijna alle algemene therapeutactiviteiten omvat. De therapeut informeert, demonstreert, instrueert en controleert. Ook laat hij de patiënt relevante ervaringen opdoen en hij geeft feedback. Alleen adviseren en het voeren van een probleemoplossend gesprek blijven buiten beschouwing. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 11: de patiënt kan reflecteren op bewegend handelen in context.
 De patiënt leren reflecteren is een vak apart. Niettemin streeft de therapeut ernaar de patiënt te leren systematisch terug te blikken op ervaringen. Om in het dagelijks leven op flexibele wijze klachtenverminderend gedrag te kunnen vertonen is het vereist dat de patiënt zich een analytische aanpak eigen maakt. Alleen op die manier kan de patiënt leren in het dagelijks leven zijn eigen therapeut te zijn. De patiënt dient uiteindelijk zelfstandig het reflexiemodel van Korthagen kunnen toepassen (Korthagen, 1998)

Figuur 9: *Spiraalmodel voor reflectie (Korthagen, 1998)*



Voorwaarde 12: de patiënt beschikt over sociale coping skills.
 Gedragsvoorwaarde 12 heeft betrekking op de vereiste sociale vaardigheden in risicosituaties. Het betreft het aanleren van vaardigheden ten behoeve van adequate sociale

coping responses. Om de patiënt in staat te stellen zich te verweren tegen negatieve sociale druk vanuit de omgeving kan de therapeut de patiënt twee sociale vaardigheden aanleren. Het gaat om twee assertieve reacties, te weten: 'opkomen voor je mening' en 'tegen de ander ingaan'.

Voorwaarde 13: de vereiste materiële omstandigheden zijn aanwezig of kunnen worden geregeld.

Lang niet altijd zijn de gewenste materiële omstandigheden voor het klachtenverminderende gedrag aanwezig. De therapeut kan de patiënt informeren over het aanschaffen van ergonomische hulpmiddelen of aanpassingen.

Voorwaarde 14: de vereiste organisatorische omstandigheden zijn aanwezig of kunnen geregeld worden.

De uitvoering van klachtenverminderend gedrag kan aanpassingen in het takenpakket en/of het activiteitenpatroon van de patiënt vergen. De therapeut probeert de patiënt veelal op basis van gezond verstand te ondersteunen bij dit type organisatorische aanpassingen. Daarnaast probeert de therapeut de patiënt vaak bewust of onbewust principes te leren op het gebied van time management (Kievit-Broeze & Ploegmaker, 1994). Dit gebeurt bijvoorbeeld op momenten dat de therapeut de patiënt probeert prioriteiten te leren stellen.

Voorwaarde 9 tot en met 14 vallen onder het aspect kunnen. Binnen dit aspect vinden de oefentherapeutische behandelzittingen plaats, met het accent op vaardigheden van de patiënt. De therapeut probeert vooral te bereiken dat de patiënt beschikt over de vereiste motorische en reflectieve vaardigheden. Eventueel probeert hij de patiënt enkele sociale vaardigheden aan te leren en ondersteunt hij de patiënt bij het organiseren van vereiste materiële en organisatorische omstandigheden. De doelen die bij dit aspect horen zijn:

Doel	Interventie
De patiënt:	De therapeut:
<ul style="list-style-type: none"> - is in staat in te spelen op problemen op stoornisniveau - beschikt over de vereiste motorische vaardigheden - kan reflecteren op het eigen handelen in context - beschikt over sociale vaardigheden om in te spelen op negatieve sociale druk - kan de voor de uitvoering van het nieuwe gedrag vereiste materiële omstandigheden regelen - kan de voor de uitvoering van de klachtverminderende gedrag noodzakelijke organisatorische omstandigheden regelen. 	<ul style="list-style-type: none"> - stelt vragen, luistert en observeert - informeert, instrueert, demonstreert, laat ervaringen opdoen, adviseert, voert probleemoplossende gesprekken, controleert en geeft feedback - leert de patiënt motorische vaardigheden aan, leert de patiënt reflecteren en leert de patiënt omgaan met sociale druk - past health counseling technieken toe

(M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 15: de patiënt kan onvoorziene praktische problemen overwinnen

Om de patiënt beter in staat te stellen op onvoorziene praktische problemen kan de therapeut aan de patiënt vragen welke praktische problemen volgens hem in de weg zouden kunnen staan. Zo wordt de patiënt zich meer bewust van mogelijke praktische complicaties. Een ander mogelijkheid is dat de therapeut vragen stelt over eerdere ervaringen met vergelijkbaar gedrag en de toen geconstateerde belemmeringen. Vanuit zijn deskundigheid kan de therapeut een opsomming geven van mogelijke barrières. Dit kan eventueel in de vorm van een vragenlijst met veelvoorkomende belemmeringen.

Voorwaarde 15 valt onder het aspect doen, waarvan de doelen zijn:

Doel	Interventie
De patiënt:	De therapeut:
– kan inspelen op onvoorziene praktische problemen	– stelt vragen, luistert en observeert – informeert, adviseert en voert probleemoplossende gesprekken

(M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 16: de ergonomische omstandigheden zijn van voldoende kwaliteit

De activiteiten van de therapeut ten aanzien van ergonomische omstandigheden in het kader van gedragsbehoud zijn in feite identiek aan die in het kader van het gedragsaspect kunnen. Het enige verschil is dat de aandacht bij gedragsbehoud niet uitgaat naar aan- of afwezigheid van voorzieningen, hulpmiddelen en afspraken, maar naar kwaliteit en continuïteit. De patiënt laat klachtenverminderend gedrag eerder versloffen wanneer er slecht provisorische materiele en/of organisatorische aanpassingen zijn aangebracht. Het belang dat de therapeut hecht aan kwalitatief hoogstaande ergonomische aanpassingen weerspiegelt ten dele zijn visie op de individuele mogelijkheden van de patiënt om gezond te bewegen. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 17: de patiënt is in staat realistisch te attribueren

De patiënt leren realistisch te attribueren doet de therapeut om twee redenen. De eerste reden heeft betrekking op het realistisch kunnen omgaan met fouten en tegenslagen. De tweede reden heeft te maken met het feit dat de patiënt alleen actief participeert in de behandeling als hij het gevoel heeft invloed te kunnen uitoefenen op het verloop van de klachten en het gedragsveranderingsproces. Om beide redenen probeert de therapeut inzicht te verwerven in de wijze waarop de patiënt attribueert. Zo nodig probeert hij de wijze van attribueren te beïnvloeden. (M.F.K. Balm, 2000)

Voorwaarde 18: de patiënt herkent risicosituaties en kan daarmee omgaan

De therapeut staat een aantal health counseling technieken van Gerards ter beschikking om de patiënt te leren risicosituaties te herkennen en daarmee om te gaan. Deze technieken hebben als doel dat therapeut en patiënt inzicht krijgen in risicosituaties voor de patiënt en zijn reacties daarop. Op basis hiervan kunnen gedragsalternatieven worden besproken.

(Gerard, 1996). Voorwaarden 16, 17 en 18 vallen onder het aspect volhouden, waarbij de volgende doelen horen:

Doel	Interventie
De patiënt:	De therapeut:
<ul style="list-style-type: none"> - kan sociale en materiële omstandigheden arrangeren die bevorderend zijn voor gedragsbehoud - kan realistisch attribueren in het gedrag veranderingsproces - herkent risicosituaties en kan daarmee omgaan 	<ul style="list-style-type: none"> - stelt vragen, luistert en observeert - informeert, instrueert, demonstreert, laat ervaringen opdoen, adviseert, voert probleemoplossende gesprekken, controleert en geeft feedback - past health counseling technieken toe

(M.F.K. Balm, 2000)