

# TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Overspanning en burn-out (M110)

*Utrecht, November 2018*



nederlands huisartsen  
genootschap

# Inhoudsopgave

<b>1 Samenstelling werkgroep</b>	<b>3</b>
<b>2 Inleiding</b>	<b>4</b>
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Implementatie	4
2.8 Juridische status van richtlijnen	4
2.9 Delegeren van taken	5
2.10 Belangenverstrengeling	5
2.11 Financiering	5
<b>3 Methoden</b>	<b>6</b>
3.1 Ontwikkelproces	6
3.1.1 Doelmatigheid	6
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	6
3.3 Procedure voor herziening	6

# 1 Samenstelling werkgroep

<b>Wergroeplid</b>	<b>Affiliatie/instelling</b>
San Oeij	Bedrijfsarts, Rotterdam (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde)
Jan Seeleman	Praktijkondersteuner ggz, Almere (Landelijke Vereniging POH-GGZ)
Dr. Richard Starmans	Huisarts, Kaderarts ggz, Den Haag
Dr. Berend Terluin	Huisarts niet-praktiserend, Almere
Astrid Wewerinke	Huisarts, Amsterdam
Dr. Hèlen Woutersen-Koch	Wetenschappelijk medewerker NHG, arts
Dr. Tjerk Wiersma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts niet-praktiserend
Dr. Mariëlle van Avendonk	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts niet-praktiserend

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Prof. dr. Jako Burgers, huisarts, strategisch medisch adviseur
- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Marjolijn Hugenholtz, huisarts, medewerker afdeling Implementatie
- Léonie Langerak, secretaresse

## 2 Inleiding

### 2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt aanbevelingen te geven voor de huisarts voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met overspanning en burn-out en heeft als doel om de ziektelast als gevolg van overspanning en burn-out terug te dringen.

### 2.2 Afbakening van het onderwerp

Het vermoeden van overspanning of burn-out wordt in deze standaard als uitgangspunt genomen voor de diagnostiek en het beleid. Andere psychische klachten worden buiten beschouwing gelaten. Het begrip overspanning vertoont veel overeenkomsten met het begrip aanpassingsstoornis in het DSM-classificatiesysteem. Vanwege de grote overlap en het feit dat het begrip aanpassingsstoornis in de huisartsenpraktijk niet gebruikt wordt, is dit begrip niet meegenomen in de standaard.

### 2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in maart 2017. De werkgroep heeft in drie werkgroepvergaderingen een conceptstandaard opgesteld. De generieke module Psychische klachten en de zorgstandaard Aanpassingsstoornissen leverden hier de basis voor. Beide producten zijn op bureauniveau geïntegreerd tot een NHG-Standaard. Er werd niet gezocht naar nieuwe knelpunten en er werd evenmin nieuw literatuuronderzoek verricht. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (Tjerk Wiersma), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

### 2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen en praktijkondersteuners ggz die bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met overspanning en burn-out betrokken zijn.

### 2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De standaard is in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ) tot stand gekomen om ervoor te zorgen dat het beleid aansluit bij de bedrijfsartsen en praktijkondersteuners ggz. Van beide verenigingen zat een vertegenwoordiger in de werkgroep.

### 2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Patiëntenvertegenwoordigers namens de cliënten- en familieorganisatie MIND zijn bij de ontwikkeling van de generieke module Psychische klachten en de zorgstandaard Aanpassingsstoornissen betrokken geweest.

### 2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

### 2.8 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn

wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

#### *Inbreng van de patiënt*

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

#### *Afweging door de huisarts*

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het beschreven beleid rechtvaardigen. Dat verandert niets aan het uitgangspunt dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

### **2.9 Delegeren van taken**

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

### **2.10 Belangenverstremming**

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming ingevuld. Werkgroep lid B. Terluin meldde een belangenverstremming. Hij is copyrighthouder van de 4DKL. Hij ontvangt royalty's van diverse bedrijven voor het inbouwen van de 4DKL in softwareproducten. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

### **2.11 Financiering**

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.

## 3 Methoden

### 3.1 Ontwikkelproces

De ontwikkeling van deze standaard week af van de *Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden*. Bij de start van het traject heeft de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) knelpunten geïnventariseerd. De generieke module Psychische klachten en de zorgstandaard Aanpassingsstoornissen leverden de basis voor de NHG-Standaard. Beide producten zijn ontwikkeld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ met medewerking van het NHG. Zij zijn op bureauniveau geïntegreerd, voorgelegd aan de werkgroep en na de commentaarronde ontwikkeld tot deze NHG-Standaard.

#### 3.1.1 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. De werkgroep weegt kosten bij het proces van bewijs naar aanbeveling mee door hierover aannames te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

### 3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In januari 2018 werd de ontwerpstandaard voor commentaar op het Ledenforum van HAweb uitgezet. Er zijn geen commentaarformulieren retour ontvangen.

Wel werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: Domus Medica België, Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP), Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen, Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGZ), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en PsyHAG huisartsen adviesgroep geestelijke gezondheidszorg.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. De NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) heeft in maart 2018 de ontwerpstandaard beoordeeld. Op 2 mei 2018 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

### 3.3 Procedure voor herziening

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2023 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
Tel. 030 - 282 35 00  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

# Totstandkoming en methoden