

# Achtergronden bij de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning

Arnold Romeijnders, Berend Terluin, januari 2005

## Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning (LESA Overspanning) bevat richtlijnen en afspraken over het beleid bij overspanning (surmenage) voor zowel bedrijfsartsen als huisartsen.<sup>1</sup>

Overspanning is een belangrijk probleem voor zowel patiënten, werknemers als bedrijven waarbij overspannen werknemers al vanaf enkele weken ziekteverzuim een hoog risico lopen op langdurig disfunctioneren, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (zie kader).<sup>2-6</sup> Terwijl overspanning regelmatig voorkomt bestaat er geen NHG-standaard over, en daarmee geen landelijk geautoriseerde uniforme werkwijze.

Terluin ontwierp in de tachtiger jaren een behandelmethodede die in de loop der jaren in samenwerking met Gill en vooral Van der Klink, en onder invloed van praktijkervaring, wetenschappelijk onderzoek en inzichten uit de gedragswetenschappen, evolueerde tot een landelijke 'best practice'.<sup>7-10</sup> Hoewel in de huisartsgeneeskundige literatuur weliswaar onderzoek is gedaan naar (validering van) het begrip overspanning heerst nog veel onduidelijkheid over de afbakening met diverse andere aandoeningen.<sup>4</sup> Om meer houvast te hebben bij het opstellen van richtlijnen, hebben Terluin e.a. op verzoek van het NHG een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de behandeling van overspanning.<sup>11</sup> Het onderzoek van Van der Klink e.a. vormde mede de basis van de, door de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in 2000 opgestelde richtlijn voor de behandeling van overspanning.<sup>12-13</sup> Op grond hiervan is in samenwerking met het NHG een eerste samenwerkingsdocument 'Psychische klachten en arbeid voor huisarts en bedrijfsarts' opgesteld en getest in een veldonderzoek.<sup>14-16</sup> Dit samenwerkingsdocument was sterk geënt op het bedrijfsgeneeskundige model en bevatte onvoldoende huisartsgeneeskundige achtergrond. De LESA Overspanning biedt slechts beperkt ruimte voor informatie over achtergronden van de werkwijze en beleidskeuzen. Aangezien er daarnaast geen Standaard overspanning bestaat zullen wij enkele voor huisartsen belangrijke aspecten in dit artikel nader toelichten. Achtereenvolgens worden besproken: de differentieel diagnostiek met aan overspanning verwante begrippen, de therapie en de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen.

## 1. De begrippen overspanning, surmenage en burnout

Terluin e.a. geven een overzicht van de in de literatuur gebruikte termen waarvan aanpassingsstoornissen (adjustment disorders), surmenage en burnout de meest bekende zijn.<sup>11</sup> Bij *overspanning* is in het oorspronkelijke concept sprake van een verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast. Hierbij wordt overspanning gezien als een gevolg van overbelasting van de draagkracht waarbij het voorschrijven van rust (en niet werken) plausibel is.

De term aanpassingsstoornis suggereert een tekortschietende individuele draagkracht met een abnormale aanpassing aan belastende (stresserende) levensomstandigheden. Onderzoek naar overspanning laat echter eerder een min of meer normale en invoelbare decompensatie zien bij een surplus aan 'stressoren'. Overspanning kan echter ook niet uitsluitend worden toegeschreven aan (te)veel stress omdat in een dergelijke situatie ook een adequate aanpassing verwacht mag worden. Basaal in het nieuwe concept van overspanning is het niet (meer) in staat zijn uitlokkende factoren dan wel de wijze van omgaan aan te passen naar een te hanteren niveau. Er is sprake van verlies van controle over de belastende omstandigheden, demoralisatie oftewel: een falende coping. Bij dit concept hoort een aanpak die erop gericht is de controle weer zo snel mogelijk te hervinden. In de LESA is gekozen voor de Nederlandse termen *overspanning* en *surmenage* (ICPC code: P78). *Surmenage* wordt, alleen in Nederland, vooral door huisartsen gebruikt en geeft iets minder helder de kern van de aandoening aan.

Bij het verzamelbegrip aanpassingsstoornis worden de begrippen geordend aan de hand van een glijdende schaal van ernst: spanningsklachten (zonder disfunctioneren), overspanning (met disfunctioneren) en burnout. Kenmerkend voor het begrip burnout zijn een lange voorgeschiedenis

met spanningsklachten, emotionele uitputting en verminderde competentie (sociaal disfunctioneren) met een negatieve houding ten opzichte van mensen in de werkomgeving. De LESA-werkgroep concludeerde dat de klinische beelden overspanning en burnout onvoldoende helder te onderscheiden zijn en het beleid identiek is: 'burnout' wordt daarom niet als apart begrip gehanteerd.<sup>1</sup>

Het onderscheid tussen overspanning en depressieve- of angststoornissen kan in de praktijk problemen opleveren als patiënten zich presenteren met een verhaal van stress, overbelasting en specifieke klachten.<sup>17</sup> Doorvragen naar symptomen van depressieve en angststoornissen moet hierbij de oplossing geven. Bij twijfel kan men gebruik maken van de 4DKL, een gevalideerde klachtenlijst die helpt bij het onderscheid tussen distress, depressie, angst en somatisatie (opvraagbaar via [www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp](http://www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp))<sup>18,19,20</sup> Met betrekking tot lichtere vormen van depressie die niet voldoen aan de DSM-IV-criteria voor een depressieve stoornis, zoals 'minor depression', is de differentiaal diagnostiek soms moeizaam. In de recent herziene NHG-Standaard Depressieve stoornis wordt de categorie milde depressie ('minor depression') niet meer onderscheiden omdat er geen goede onderbouwing voor diagnostiek en beleid voorhanden is. Het voorschrijven van antidepressiva wordt in deze situatie ontraden.<sup>19</sup> Het beleid bij lichte depressiviteit is in de praktijk in grote lijnen niet anders dan dat bij overspanning. Bij angststoornissen staan een meer aanhoudende angst, paniekaanvallen en ernstig vermijdingsgedrag op de voorgrond. Het onderscheiden van overspanning met lichtere angstklachten kan eveneens zeer moeizaam zijn. Hierbij geldt echter ook dat de behandeling in de praktijk in grote lijnen gelijk is.<sup>10</sup>

## 2. De Therapie

De therapie kenmerkt zich door een gestructureerde en activerende aanpak aan de hand van drie fasen. De focus van de aanpak ligt op het herstel van het privé en beroepsmatig functioneren. Hierdoor verdwijnen de klachten vrijwel altijd. Dit is tegenstelling tot het voorheen gebruikelijke concept volgens welke na vermindering van klachten het functioneren vanzelf zou herstellen (hetgeen in de praktijk vaak niet het geval is).

Achtereenvolgens is er een *crisisfase* met ontredde en controleverlies, een *probleem- en oplossingsfase* met het analyseren van de problemen en mogelijke oplossingen en een *toepassingsfase* met het uitvoeren van de oplossingen en herstel van functioneren. De eerste 2 fasen duren ongeveer 3 weken, de laatste 3-6 weken.

Een belangrijk verschil met eerdere behandelingen is dat er alleen in de eerste fase nog plaats is voor een korte periode van rust. De therapie beoogt dat de patiënt stapsgewijs weer 'controle' krijgt over zijn situatie door verbetering van het probleemoplossend vermogen in de werk- of privé-situatie en het functioneren.

De behandeling maakt door de in tijd omschreven faseringen een afwijkend ziektebeloop duidelijk zichtbaar en geeft handvatten voor interventies.

De onderdelen van de behandeling van overspanning zijn gebaseerd op principes van 1) cognitieve gedragstherapie, 2) stress-inoculatietherapie en 3) een stapsgewijze activerende- en tijdcontingente benadering.<sup>1,13,21,22</sup>

1) Het corrigeren van cognities en attributies van patiënten om een meer herstelbevorderende visie op de problemen te verkrijgen, komt uit de cognitieve gedragstherapie. De - bewuste of onbewuste - overtuiging dat rust noodzakelijk is en werk dient te worden vermeden om verdere schade aan de gezondheid te voorkomen, belemmert het herstel.

2) In de 'stress-inoculatietherapie' leert de patiënt met behulp van copingtechnieken beter met stress om te gaan. Dit werkt volgens drie fasen waarbij de patiënt achtereenvolgens educatie over stress(effecten) krijgt, gestimuleerd wordt vaardigheden te ontwikkelen om met stress om te gaan en gecoacht wordt bij het implementeren van deze vaardigheden in toenemend moeilijke (werk)omstandigheden.<sup>22</sup>

3) Bij de stapsgewijze activerende benadering worden fysieke en geestelijke activiteiten stap voor stap opgebouwd. Bij de 'tijdcontingente benadering' wordt voor het bereiken van de doelen een tijdschema vastgelegd dat wordt gevolgd ongeacht de wisselende klachten en omstandigheden.

De behandeling is enerzijds gebaseerd op onderzoek bij patiënten met overspanning en anderzijds op onderzoek bij angst- en depressieve stoornissen en bij diverse aandoeningen van het bewegingsapparaat.<sup>12,19,20,23-29</sup> Het sluit aan bij de huidige aanpak van (chronische) lage rugklachten, artrose, prikkelbare darmsyndroom en functionele- of onbegrepen klachten.<sup>23-29</sup> Ook bij deze, door

biomedische interventies onvoldoende behandelbare aandoeningen wordt gepoogd op een structurele wijze het disfunctioneren en de klachten te bestrijden met behulp van cognitief gedragsmatige behandelprincipes en een activerende benadering. Hierbij staat het stapsgewijze herstel van functioneren centraal, en worden (pijn)klachten meer in een symptomatisch perspectief en tijdscontingent bestreden. In de jaren '90 is duidelijk geworden dat bij chronische lage rugklachten een aanpak gericht op het functioneren veel effectiever is dan een 'curatieve' klachtenbestrijding in de hoop dat met het minderen van klachten, het functioneren vanzelf herstelt. Hulpmiddelen daarbij zijn het bestrijden van verkeerde cognities en attributies zoals het bestrijden van vermijdingsgedrag en vrees voor verergering, het stimuleren van het probleemoplossend vermogen en een activerende benadering. Daarnaast is er veel aandacht voor een pragmatische coaching met betrekking tot thema's van het actuele dagelijkse leven, het activeren, omgaan met de omgeving, opbouwen van sociale steun etc.<sup>23-29</sup>

Een van de eerste interventieonderzoeken met deze behandeling van overspanning in bedrijfsgezondheidszorg is effectief ten aanzien van het terugdringen van ziekteverzuim. Van der Klink e.a. vonden in de experimentele groep een reductie van het ziekteverzuim met 30%. De kans op terugval nam met eveneens 30% af.<sup>12</sup> Deze snellere werkhervatting ging niet gepaard met een vertraagd herstel van de klachten. Vermindering van ziekteverzuim is overigens niet alleen economische winst voor werknemer of -gever: bij langer ziekteverzuim vormt het snel toenemende risico op WAO geen aantrekkelijk perspectief. Minimaal ziekteverzuim en zo mogelijk deels blijven werken houdt de impact van de aandoening zo beperkt mogelijk: in het algemeen geldt dat hoe langer het ziekteverzuim duurt, des te moeilijker het is om terug te keren in het arbeidsproces. Mogelijk ook wordt een groot deel van de winst bewerkstelligd door de gestructureerde monitoring, in plaats van het tot nu toe gebruikelijke beleid van huis- en bedrijfsartsen (een niet-gestructureerde werkwijze, met meestal ondersteunende begeleiding, het afstand laten nemen van stressoren door rust, medicamenteuze ondersteuning en afwachten van spontaan herstel).

In het onderzoek van Van der Klink is de behandeling effectief. Een recent ander onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg van Van Nieuwenhuijsen ondersteunt de uitkomsten.<sup>30</sup> Daarnaast zijn vergelijkbare uitkomsten gevonden in onderzoek met een ergotherapeutische interventie bij patiënten met een werkgerelateerde depressie. Hier werd een effect vastgesteld op het functioneringsniveau zonder dat het klachtenbeloop zich onderscheidde van de poliklinische psychiatrische 'care as usual'.<sup>31</sup>

Hoewel de effectiviteit van de behandeling toegepast door huisartsen niet is onderzocht, zijn alle gebruikte elementen in de breedte onderbouwd, geaccepteerd (consensus) en ingevoerd. Om deze redenen wordt de behandeling aanbevolen. Op onderdelen is de therapie wellicht minder absoluut te nemen en kan op basis van een professionele inschatting en voorkeur van de individuele patiënt zo nodig enige variatie in het therapeutische arsenaal worden toegepast. Momenteel lopen er twee onderzoeken op basis van deze behandelmethodede van overspanning, met kortdurende interventies door een maatschappelijk werkende en door de huisarts.

### **3. Samenwerking**

De basis voor de LESA<sup>1</sup> wordt gevormd door de NVAB-richtlijn<sup>13</sup> en het systematische literatuuronderzoek van Terluin e.a.<sup>11</sup> Voor een goed begrip en doorzicht in de richtlijnen is het lezen van beide documenten noodzakelijk voor zowel huisartsen als bedrijfsartsen. Voor adequate samenwerking is het op de hoogte zijn en complementair benutten van elkaars kennis en kunde noodzakelijk. In de LESA zijn de door beide beroepsgroepen gebruikte verschillende termen zoveel mogelijk onder dezelfde noemer gebracht om de samenwerking zo eenvoudige mogelijk te maken. De richtlijnen hebben tot doel goede kwaliteit van zorg mogelijk te maken en begripsverwarring te voorkomen..

De huisarts is dossierhouder van de patiënt en kent de patiënt, diens omgeving en diens manieren om met klachten om te gaan, over een langere periode. De bedrijfsarts heeft specifieke kennis over arbeidsgerelateerde klachten, het functioneren van de werknemer in het bedrijf en bedrijfsspecifieke mogelijkheden om herstel te bevorderen. Daarnaast geeft de Wet Verbetering Poortwachter een wettelijk kader voor de verantwoordelijkheden van werknemers, werkgevers, arbodiensten en bedrijfsartsen, en voor de begeleiding en reïntegratieinspanningen in het eerste ziektejaar. De wet verlangt dat bedrijfsartsen de geldende richtlijnen uitvoeren en belast het UWV met toetsing daarvan.

Zo dienen werkgever en werknemer een probleemanalyse (bij 6 weken ziekteverzuim) en een reïntegratieplan (bij 13 weken) op te stellen. Met de acceptatie door alle landelijke beroepsorganisaties van de Leidraad van de commissie Donner ligt de primaire verantwoordelijkheid bij de werkgever en werknemer met een minder vrijblijvende rol voor de ondersteunende professionals. De in de LESA overspanning gemaakte afspraken voldoen aan de wettelijke kaders.<sup>32,33</sup>

Adequate uitvoering van de gemaakte afspraken zal in de praktijk lastig kunnen zijn door een aantal factoren. Zo zijn de organisatievormen van bedrijfsartsen en huisartsen nog heel verschillend: veldonderzoek wees uit dat regionale huisartsen en bedrijfsartsen (zeker in de grote steden) slechts zeer weinig gemeenschappelijke patiënten hebben. De overgrote meerderheid van bedrijfsartsen is in dienst bij een van de vijf grotere ARBO-diensten die een eigen regio-indeling hebben, ook ten aanzien van samenwerkingsvormen binnen bedrijven en transmurale activiteiten. De toegenomen mobiliteit van werknemers maakt dat zij 'van heinde en verre komen' en hun huisarts in het woongebied hebben. Waar traditionele samenwerking tussen eerste en tweede lijn vaak gebaseerd is op persoonlijke contacten tussen de hulpverleners zal de samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen eerder op wederzijds respect en commitment met elkaars specifieke kennis en werkwijzen gebaseerd moeten zijn.

Het denken over elkaar in stereotypen helpt daarbij niet en kan contraproductief voor de patiënt in kwestie zijn. Een verdeling van de aandacht rondom het klachtenpatroon (b.v. meer door huisartsen) en het disfunctioneren (b.v. meer door bedrijfsartsen) kan tijdelijk functioneel zijn maar herbergt een valkuil indien een van de artsen teveel aandacht richt op het klachtenpatroon. Kortdurende symptomatische medicatie bij slaapproblemen of angst kan effectief zijn maar lost op den duur niets op. Bij de behandeling van lage rugklachten, whiplash en prikkelbare darm is bekend dat het eenzijdig of langdurig richten op symptomatische medicatie het herstel van functioneren kan belemmeren. Herstel van functioneren kan wél effectief worden bewerkstelligd en gaat dan vaak vooraf aan reductie van de klachten. Daarmee ligt een geïntegreerde benadering van disfunctioneren en klachten voor de hand, en een complementair gebruik van kennis en kunde van huisarts en bedrijfsarts.

Er zijn geen betrouwbare incidentiecijfers van overspanning. De incidentie varieert in de bedrijfsartsenpraktijk van 2 tot - bij grofweg terugrekenen vanuit de WAO-instroom - 7 per 1000 werknemers per jaar.<sup>2,3</sup> In de huisartspraktijk variëren de cijfers tussen de 4 en 30 per 1000 patiënten per jaar.<sup>5,6</sup> In de recente tweede nationale studie bedraagt de incidentie voor de categorie neurasthenie/surmenage 4,8 per 1000 patiënten per jaar, en de prevalentie van 7,8 per 1000 patiënten.<sup>6</sup> Dit betekent dat de gemiddelde duur van een episode ongeveer 2 jaar is, waarbij er overigens geen gegevens zijn over de arbeidsparticipatie in dat traject. Neurasthenie/surmenage komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (de verhoudingen zijn respectievelijk 5,8 en 3,8 voor de incidentie en 9,4 en 6,2 voor de prevalentie). Er zijn aanwijzingen dat bij vrouwen een dubbele belasting van een gezin met kinderen naast een betaalde baan een risicofactor is voor overspanning.<sup>4</sup> Bij deze cijfers moet worden meegewogen dat het de vraag is in hoeverre in de praktijk de diagnose overspanning afdoende afgebakend is van andere psychische ziektebeelden. Men zou eerder een omgekeerde verhouding tussen cijfers van bedrijfs- en huisartsen verwachten. Alleen de cijfers uit de tweede nationale studie stroken met de klinische ervaring van de werkgroepleden. Navraag bij enkele grotere arbodiensten leverde geen betrouwbare cijfers op. Patiënten met overspanning lopen een hoog risico op blijvend disfunctioneren. De werkwijze van huisartsen lijkt in enkele onderzoeken uit '93 en '94 niet adequaat. Schröer vond in een populatie van 114 overspannen werknemers een gemiddeld ziekteverzuim van bijna 6 maanden en een instroom in de WAO van 20% van de werknemers die tenminste 4 weken verzuimden. De patiënten hadden gemiddeld ruim 5 contacten met de huisarts waarbij het accent lag op het voorschrijven van rust (69%) en psychofarmaca (74%), en niet op activering (6%) of leefregels (2%). Ook in ernstige gevallen met een afwijkend beloop werd meestal geen psychologische hulp ingeschakeld.<sup>2</sup> Terluin vond in een groep van 92 patiënten met overspanning een gemiddelde contactfrequentie tussen patiënt en huisarts van slechts bijna 2.<sup>4</sup>

## LITERATUUR

- 1 Romeijnders ACM, Van der Klink JJJ, Vriezen JA, Terluin B, Hulshof CTJ, Baart PC, Flikweert S, Van Vliet C. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Huisarts Wet* 2005; 48(1): 20-3.
- 2 Schröer CAP. Verzuim wegens overspanning. Een onderzoek naar de aard van overspanning, de hulpverlening en het verzuimbeloop [Dissertatie]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993.
- 3 Veerman TJ, Schoemaker CG, Cuelenaere B, Bijl RV. Psychische arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers. Commissie Arbeidsongeschiktheid. Doetinchem: Elsevier bedrijfsinformatie, maart 2001.
- 4 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Utrecht: Bedrijfsvereniging voor Detailhandel, Ambachten en Huisvrouwen (DETAM), 1994.
- 5 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. NIVEL: Utrecht, 1991.
- 6 Van Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.
- 7 Terluin B. De begeleiding van 'overspannen patiënten' door de huisarts. *De Papieren visite* 1984; 1(5): 18-23.
- 8 Terluin B, Gill K. Surmenage. *Practitioner (Nederlandse uitgave)* 1992; 9: 285-8.
- 9 Terluin B, Van der Klink JJJ. Surmenage. In: Van der Klink JJJ (red). *Psychische problemen en de werksituatie. Handboek voor een actieve sociaal-medische begeleiding*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA, 1993.
- 10 Van der Klink JJJ, Terluin B. Begeleiding en interventies bij overspanning in de eerste lijn. In: Hoogduin CAL, Schaap CPDR, Kladler AJ, Hoogduin WA (red). *Behandelingsstrategieën bij burnout*. Houten: Bohn, Stafleu Van Lochem, 1996.
- 11 Terluin B, Van Dijk DM, Van der Klink JJJ, Hulshof CTJ, Romeijnders ACM. De behandeling van overspanning. Een systematisch literatuuroverzicht. *Huisarts Wet* 2005; 48(1): 7-12.
- 12 Klink JJJ van der, Blonk RW, Schene AH, Dijk, FJ van. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2002; 60(6): 429,37.
- 13 NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) (2000). *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met Psychische Klachten. Richtlijn voor bedrijfsartsen [Redactie: JJJ van der Klink]*. Eindhoven: NVAB, januari 2000.
- 14 Van der Klink, JJJ (red.). *Eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid. Richtlijn voor huisartsen en bedrijfsartsen. Testversie*. Utrecht/Amsterdam: KNMG/SKB, maart 2000
- 15 Van der Klink JJJ. *Samenwerking psychische klachten en arbeid. Werkdocument voor huisartsen en bedrijfsartsen in de regio Kennemerland, Haarlemmermeer e.o.* Amsterdam/Haarlem: SKB/DHV Kennemerland, Haarlemmermeer e.o. september 2000.
- 16 Hulshof CTJ, Broersen JPJ, De Haan S. *Samenwerkingsrichtlijn eerstelijns handelen bij psychische klachten en arbeid Evaluatie van fase 2: Praktijktest*. Utrecht/Amsterdam: PARAG/SKB, 2002.
- 17 Terluin B. Welke syndromen schuilen achter de diagnose surmenage? Een clusteranalyse. *Huisarts Wet* 1996; 39: 358-65.
- 18 Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996; 39: 538-47.
- 19 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D, Van Gelderen MG, De Haan M, Van Weel-Baumgarten EM, Burgers JS, Boukes FS, Romeijnders ACM. *NHG-Standaard Depressieve stoornis (depressie) (eerste herziening)*. *Huisarts Wet* 2003; 46: 614-23. Website: <http://nhg-artsennet.nl>

- 20 Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, Starreveld JS, Grol MH. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2004; 47: 26-37. Website: <http://nhg-artsennet.nl>
- 21 Van der Klink JLL, Van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scand J Work Environ Health* 2003; 29; 6: 1-10.
- 22 Van der Klink, JLL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH. The benefits of interventions for work related stress. *Am J Public Health* 2001; 91: 270-6.
- 23 Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 1-13.
- 24 Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. Review. *Ann Int Med* 1999; 130:910-21.
- 25 Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functionale syndromes: one or many? Review. *Lancet* 1999; 354: 936-39.
- 26 Main CJ, De Amanda C, Williams C. Musculoskeletal pain. *ABC of psychological medicine. BMJ* 2002; 534-7.
- 27 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patiënt self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002 (19): 2469-754.
- 28 Löflander M B. Cognitive-behavioural treatment of chronic pain in primary care: a three-year follow-up. *Eur J Gen Practice* 2002; 151-8.
- 29 Vendrig AA, Van Akkerveeken PJ, Sanders RJ. Goede resultaten van een multidisciplinair en gedragsmatig programma voor chronische rugpijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144(12): 560-3.
  
- 30 Van Nieuwenhuijsen K. *Employees with common mental disorders: from diagnosis to return to work*[Diss]. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 2004.
  
- 31 Schene AH, Kikkert M, Swinkels JA, Koeter MWJ. *Behandeling van arbeidsgerelateerde depressie; resultaten van een gerandomiseerde kosten-effectiviteitsstudie. Amsterdam: AMC* 2000.
  
- 32 *Wet Verbetering Poortwachter.*
  
- 33 *Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen.*'s Gravenhage: CPA, november 2001.