KU LEUVEN

Duodecim richtlijn burn-out: Aanpassing naar de Belgische zorgcontext

Dr. Astrid Deneffe: Huisarts in opleiding, KULeuven

Medeauteur: Dr. Magali Vercammen, Huisarts in opleiding, KULeuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, KULeuven
Co-Promotor: Dr. Nicole Dekker, UAntwerpen

ManaMa-thesis huisartsengeneeskunde
2015-2017

1. Abstract

Context

Burn-out is een actueel en prevalent probleem in de Belgische huisartsenpraktijk. Toch zijn er op heden geen goede evidence-based richtlijnen voor de Belgische huisarts. De Finse richtlijn van Duodecim is, in een vertaalde versie, wel beschikbaar voor de Belgische gezondheidsmedewerker op EMB*practice*Net. In deze thesis wordt een onderdeel van deze richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext en de huidige evidence.

Onderzoeksvragen

1.Wat zijn de criteria om te spreken over burn-out? 2. Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burn-out? / Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burn-out te voorkomen? 3. Wat is de psychiatrische differentieel diagnose voor burn-out? 4. Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden? 5. Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

De eerste 3 onderzoeksvragen worden uitgewerkt door medeauteur Magali Vercammen in haar thesis 'Burn-out: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische zorgcontext'. De twee laatste vragen worden in deze thesis besproken.

Methode

De ADAPTE methodologie werd gevolgd en toegepast op de Duodecim richtlijn burn-out. In de periode november 2015 tot mei 2016 werd een literatuuronderzoek ondernomen aan de hand van de vijf opgestelde klinische vragen. Er werd door beide auteurs afzonderlijk gezocht, eerst naar quaternaire bronnen, daarna ook naar secundaire en tertiaire. Er werd gezocht in grote internationale databases: G-I-N, Guideline.gov (NGC), Evidence.nhs.uk (NICE), Trip Database, GuidelineCentral, Medline, Cochrane en op de website van NHG. Verder werd nationaal gezocht naar publicaties via KCE, HGR, Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en FOD Volksgezondheid. Ten slotte werd ook via de websites van belangrijke medische tijdschriften, waaronder 'The big five', gezocht naar systematic reviews. Er werden twee richtlijnen weerhouden die via het AGREE II- instrument beoordeeld werden. Daarna werden hun aanbevelingen per klinische vraag geïnventariseerd en gescreend naar actualiteitswaarde, samenhang en toepasbaarheid. Na deze screeningsfase werd beslist welke oorspronkelijke aanbevelingen dienden aangepast te worden, hetzij aan de Belgische context, hetzij aan de nieuwe evidence uit de weerhouden bronnen. Nieuwe aanbevelingen werden opgesteld en er werd een GRADE aan toegekend. Aangezien de kwaliteit van evidence volgens GRADE heel zwak bleek, werd beslist af te wijken van de ADAPTE procedure en een consensusprocedure onder experten via de Delphi-methode te ondernemen. In twee rondes werd aan de hand van online websurveys de mening van elf experten verkregen omtrent de oorspronkelijke richtlijn en de vernieuwde voorgestelde aanbevelingen. De experten scoorden de vragen op een 9-punt Likertschaal en bleven anoniem voor de andere deelnemers gedurende heel het onderzoek. Na ronde één werden de resultaten teruggekoppeld naar de experten en werd op basis van mediaan en antwoordspreiding beslist of er consensus bereikt was. De vragen die geen consensus bereikten, werden aangepast aan de meningen van het expertpanel en terug voorgelegd aan dezelfde experten in de tweede ronde.

Resultaten

Het eindresultaat na de literatuurstudie en de consensusstudie waren aangepaste aanbevelingen die antwoord gaven op vijf klinische vragen, waarvan in deze thesis vraag 4 en 5 besproken worden. Bij de individuele behandeling van patiënten met burn-out zou psychotherapie en stressmanagement kunnen overwogen worden. Cognitieve gedragstherapie is hierbij het best bestudeerd. Verder is goed slapen belangrijk en moet onderliggende psychische problematiek prioritair behandeld worden. Doorverwijzing kan overwogen worden na twee tot vier maanden zo beterschap uitblijft. Burn-out is werkgerelateerd. Interventies gericht op de werkplek en groepsinterventies kunnen de werklast beïnvloeden. De Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk kan hierin een centrale rol vervullen.

Conclusie

Op basis van literatuuronderzoek en expert consensus werd de oorspronkelijke Duodecim richtlijn burn-out geadapteerd. Ze is bruikbaar voor de Belgische huisarts en zal in de toekomst te raadplegen zijn op EBM*Practice*Net. Indien de wetenschappelijke kennis in de toekomst uitbreidt, moet deze richtlijn aan de nieuwe inzichten worden geadapteerd.

2. Dankwoord

In eerste plaats wil ik mijn medeauteur Magali Vercammen ontzettend bedanken. Onze samenwerking tilde het niveau van deze thesis omhoog. De namiddagen hard werken waren altijd heel aangenaam en steunend, ik kijk er met een warm gevoel naar terug.

Ik wil mijn promotor Dr. Marc Van Nuland bedanken voor zijn bereikbaarheid, kritisch nazicht en positieve motivering. Daarnaast wil ik ook co-promotor Dr. Nicole Dekker bedanken voor haar hulp bij het uitwerken van de Delphi-studie. Ook mijn praktijkopleider Dr. Jan Verbakel, wil ik bedanken voor zijn kritische bedenkingen.

De leden van EBM*practice*Net wil ik bedanken voor de aangeboden structuur en de persoonlijke feedback op de overlegmomenten.

Zonder de medewerking van de burn-out experten aan de Delphi-studie, was deze ManaMathesis niet mogelijk geweest. Daarom mijn grote dank aan Prof. Dr. Lutgart Braeckman, Dr. Erik Boydens, Dr. Anja Deroost, Dr. Charlotte Lambreghts, Dr. Peter Muylaert, Dr. Geert Pint, Roland Rogiers, Dr. Griet Swennen, Dr. Annelies Van Linden, Dr. Tine Van Haegenborgh en Prof Peter Vlerick.

Verder wil ik ook mijn familie, vrienden en vriend bedanken voor hun steun nu en tijdens mijn hele opleiding.

Astrid Deneffe

23/04/2017

3. Inhoudstafel

1. Abstract 4
2. Dankwoord 5
3. Inhoudstafel 6
4. Inleiding 8
5. Doel 8
6. Methode 8
6.1 Screeningsfase 9
6.1.1 Definiëring van de klinische vragen 9
6.1.2 Zoeken naar relevante literatuur 9
6.1.3 Screening gevonden richtlijnen 10
6.1.4 Waardering van de geselecteerde richtlijnen 11
6.1.4.1 AGREE II evaluatie 11
6.1.4.2 Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen 13
6.1.4.3 Actualiteitswaarde van de aanbevelingen 13
6.1.4.4 Samenhang van de aanbevelingen 14
6.1.4.5 Toepasbaarheid van de aanbevelingen 15
6.1.4.6 Belgische EBM-informatie 15
6.1.5 Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 15
6.1.6 Nazicht door de leescommissie 16
6.2 Adaptatiefase met GRADING 16
6.3 Implementatiefase: Delphi-onderzoek 17
6.3.1 Definitie en doel 17
6.3.2 Rekrutering van deelnemers 17
6.3.3 Methodologie 18
6.3.3.1 Aantal rondes 18
6.3.3.2 Antwoordschaal en voorwaarde tot consensus 18
6.3.3.3 Manier van afname van vragenlijsten 19
6.3.3.4 Verwerking van gegevens 19
6.3.4 Ronde één 20
6.3.4.1 Deelnemers 20
6.3.4.2 De vragenlijst 21

6.3.4.3 De resultaten 21
6.3.5 Ronde twee 25
6.3.5.1 Deelnemers 25
6.3.5.2 De vragenlijst 25
6.3.5.3 De resultaten 25
6.3.6 Afronding Delphi - onderzoek 28
6.3.7 Rechtzetting na het Delphi-onderzoek 28
7. Discussie 29
8. Besluit 32
9. Referenties 33

Lijst met tabellen, figuren en grafieken

Tabel 1: Klinische vraag 4 en 5 met bijhorende PIPOH 9
Tabel 2: Zoekresultaten 10
Tabel 3: Agree II beoordeling Nederlandse richtlijn door beide auteurs afzonderlijk. 12
Tabel 4: Agree II beoordeling Amerikaanse richtlijn door beide auteurs afzonderlijk. 13
Tabel 5: Weerhouden bronnen 14
Tabel 6: Niveau van bewijskracht en sterkte van aanbeveling volgens de GRADE-methode(vertaalde versie)[19]. 16
Tabel 7: Overzicht consensusvoorwaarden[24] 19
Tabel 8: Deelnemende experten ronde één 21
Tabel 9: Delphi-ronde één – verdeling van stellingen over de domeinen 21
Tabel 10: Delphi-ronde twee – verdeling van stellingen over de domeinen 25
Tabel 11: Voorbeeld berekening interkwartielafstand voor vraag 1A van ronde één 30

Figuur 1: Negendelige Likerschaal 19

Grafiek 1: Antwoorden mannelijke en vrouwelijke deelnemers ronde één. 30

4. Inleiding

Duodecim is een Finse medische wetenschappelijke vereniging[1]. Eén van hun producten zijn de Duodecim richtlijnen, EBM (Evidence-Based Medecine)-richtlijnen voor de praktijk. Op EBM*Practice*Net[2], een belangrijk Belgisch EBM-elektronisch platform, zijn de vertaalde Duodecim richtlijnen gratis te raadplegen door eerstelijns gezondheidsmedewerkers.
De redactie van EBM*Practice*Net selecteerde Duodecim richtlijnen die herziening nodig hebben, hetzij omwille van de kwaliteit van inhoud, hetzij omwille van de toepasbaarheid in België. Het Duodecim project voor huisartsen in opleiding (HAIO's) bestaat er dan ook in één van deze geselecteerde richtlijnlijnen op een gestandaardiseerde manier aan te passen naar de actuele kennis en de Belgische situatie.

Ik koos voor dit type van ManaMa-thesis, enerzijds omdat ik als HAIO het nut van goede richtlijnen dagelijks ervaar, alsook het gebrek aan richtlijnen over bepaalde onderwerpen, of het besef dat veel richtlijnen reeds achterhaald zijn. Anderzijds leek het me een goede opportuniteit om het proces van richtlijnontwikkeling van naderbij te bestuderen en kritisch met EBM-informatie te leren omgaan.

Samen met Magali Vercammen (ook HAIO) stapte ik in het Duodecim project met de richtlijn 'burn-out'[3]. Burn-out is een prevalente problematiek in de huisartsenpraktijk[4]. Het onderwerp is ook zeer actueel en nauwelijks weg te denken uit de media of de alledaagse gespreksvoering. Toch is er geen gestandaardiseerde definitie en is burn-out geen DSM-diagnose, wat het onderwerp controversieel maakt. Er zijn weinig goede studies omtrent burn-out en bijgevolg weinig richtlijnen die huisartsen kunnen ondersteunen bij de begeleiding van zulke patiënten. Het leek ons dan ook een uitdaging juist deze richtlijn onder handen te nemen en te komen tot een richtlijn die een leidraad kan zijn voor de Belgische huisarts.

5. Doel

Het doel van deze duothesis voor HAIO's was het adapteren van de Duodecim richtlijn 'burn-out'[3], zodat deze wetenschappelijk accuraat is en toepasbaar in de huidige Belgische zorgcontext. In deze thesis wordt het deel over behandeling, zowel individueel als op het werk, uiteengezet. Voor de andere delen wordt verwezen naar de thesis van mijn medeauteur Magali Vercammen: 'Burn-out: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische zorgcontext'.

6. Methode

De gevolgde methodiek is onder te verdelen in drie grote fases: de screenings-, adaptatie- en implementatiefase. De te doorlopen stappen voor deze fases waren nauwgezet beschreven in het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen'[5], de handleiding voor HAIO's. Deze was gebaseerd op de 'Adapte Manual and Resource Kit'[6]. De doorlopen stappen werden nauwkeurig genoteerd in een Excel bestand, die we verder 'de matrix' noemen. Deze matrix is op te vragen bij de beide auteurs.

6.1 Screeningsfase

6.1.1 Definiëring van de klinische vragen

Als eerste stap werd de Duodecim richtlijn bestudeerd. Er werd vertrokken van de meest recente Engelstalige versie[7], deze dateerde van 6-6-2011 en werd het laatst nagekeken 19-6-2013. De Nederlandstalige versie, die het uitgangspunt vormt voor het adaptatieproces is van dezelfde datum en is een letterlijke vertaling[3]. De oorspronkelijke Finse richtlijn kreeg wel al een update - de nieuwe versie werd gepubliceerd 10-5-2016 - maar werd nog niet vertaald in het Nederlands of Engels[8]. De Duodecim richtlijn werd doorgenomen met de vraag wat je als huisarts zou willen weten als je een patiënt met een (vermoedelijke) burn-out diagnosticeert en wil behandelen. Enkele thema's van de richtlijn waren in deze context als behandelende huisarts belangrijk: diagnose, preventie en behandeling. Uiteindelijk werden vijf klinische vragen geformuleerd: twee over diagnose (vraag 1 en 3), één over preventie (vraag 2) en twee over behandeling (vraag 4 en 5). Initieel werd er nog een zesde klinische vraag opgesteld over preventie van recidief burn-out. Deze werd echter geschrapt, aangezien er hier tot op heden geen onderzoek naar gedaan is.

Klinische vraag 1: Wat zijn de criteria om te spreken over Burn-out?
Klinische vraag 2: Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burn-out? // Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burn-out te voorkomen?
Klinische vraag 3: Wat is de psychiatrische differentieel diagnose voor burn-out?
Klinische vraag 4: Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden?
Klinische vraag 5: Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

De klinische vragen werden opgesteld aan de hand van het PIPOH-model. Dit is een acroniem voor **P**atient population, **I**ntervention of interest, **P**rofessionals targeted by the guideline, **O**utcomes en **H**ealthcare setting and context.

Deze masterthesis behandelt klinische vraag 4 en 5. Voor vragen één tot en met drie wordt verwezen naar de thesis van medeauteur Magali Vercammen.

	Vraag 4: Wat zijn de individuele behandelingsmogelijkheden?	Vraag 5: Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?
Patiëntenpopulatie	Personen met burn-out	Personen met burn-out
Interventie	Individuele therapie	Interventies op de werkplek
Doel-beroepsgroep van de richtlijn	Eerstelijnsgezondheidsmedewerkers	Bedrijfsarts en andere eerstelijnsgezondheidsmedewerkers
Uitkomsten	Normaal dagelijks functioneren	Normaal dagelijks functioneren
Gezondheidszorg context	Eerste lijn	Eerste lijn

Tabel 1: Klinische vraag 4 en 5 met bijhorende PIPOH

6.1.2 Zoeken naar relevante literatuur

Om antwoorden te vinden op de klinische vragen, werd een literatuuronderzoek ondernomen. In de maanden november en december 2015 werd door beide auteurs afzonderlijk naar relevante internationale richtlijnen in volgende elektronische databases gezocht: G-I-N, Guideline.gov (NGC), Evidence.nhs.uk (NICE), Trip Database, Guideline Central en de website van het Nederlands huisartsen

genootschap (NHG). De zoektermen waren 'Burn-out', 'Burn out', 'Burn-out', 'Adjustment disorder' en 'Distress'.
Er werden maar twee richtlijnen gevonden. De eerste via NHG (https://www.nhg.org): 'Een lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'[9]. De tweede via NGC (http://www.guideline.gov): 'Mental illness and stress'[10]. Deze laatste is op heden niet meer online te raadplegen, maar staat in de lijst van gearchiveerde 'guideline summaries', wegens niet meer up-to-date.

Aangezien er maar twee richtlijnen weerhouden waren met de bovenstaande zoekstrategie, werd besloten ook secundaire bronnen, met name systematic reviews, te includeren. Er werd gezocht op dezelfde internationale databases met dezelfde zoektermen als hierboven. De inclusiecriteria waren datum (bij voorkeur minder dan vijf jaar oud), taal (Engelstalig of Nederlandstalig), doelgroep (huisartsen) en onderwerp (overeenstemmend met de klinische vragen).

Als tweede stap werd door de auteurs afzonderlijk naar relevante publicaties in de Belgische literatuur gezocht via KCE, HGR, Minerva, Farmaka , Riziv, Bcfi en FOD volksgezondheid. Volgende zoektermen werden gehanteerd: 'Burn-out', 'Burn out', 'Burn-out', 'Overspanning', 'Distress' en 'Adjustment Disorder'. Het aantal hits was ook hier erg laag, enkel het KCE-rapport: 'burn-out bij huisartsen'[11] werd weerhouden.

De uiteindelijke lijst van zoekresultaten wordt in tabel 2 weergegeven. De uitgebreide zoekstrategie werd genoteerd in de matrix en wordt deels weergegeven in bijlage 1, waar de weerhouden bronnen in het vet staan aangeduid.

Titel	Soort studie	Bron	Jaar van publicatie
Een lijn in de eerste ljin bij overspanning en burn-out[9]	Richtlijn	NHG	2011
Mental illness and stress[10]	Richtlijn	NGC	2013
Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak[11]	Rapport	KCE	2011
Preventing occupational stress in healthcare workers[12]	Cochrane database systematic review	NICE evidence search	2015
Burnout: a fashionable diagnosis[13]	Systematic review	Trip database	2011
Workplace interventions for people with common mental health problems[14]	BOHRF Systematic review	Trip database	2005 – update review 2010

Tabel 2: Zoekresultaten

6.1.3 Screening gevonden richtlijnen

Zoals hierboven beschreven, werden slechts twee richtlijnen gevonden, wat zorgde voor een minder kritische selectie. De eerste richtlijn van NHG[9] was namelijk van 2011, zodoende niet meer echt recent. De scope van de tweede richtlijn van NGC[10] was dan weer erg breed en niet specifiek burn-out. Toch werden beide richtlijnen geïncludeerd, aangezien ze antwoorden boden op de klinische vragen en er geen betere voorhanden waren.

6.1.4 Waardering van de geselecteerde richtlijnen

Als eerste werden de weerhouden richtlijnen d.m.v. het AGREE II instrument gescoord (stap 6.1.4.1). Daarna werden van zowel de Duodecim richtlijn als van de twee geselecteerde richtlijnen de kernaanbevelingen die antwoord gaven op de klinische vragen geïnventariseerd (stap 6.1.4.2). Elke kernaanbeveling werd vervolgens beoordeeld op actualiteitswaarde (stap 6.1.4.3), samenhang (stap 6.1.4.4) en toepasbaarheid in de Belgische zorgcontext (stap 6.1.4.5).

6.1.4.1 AGREE II evaluatie

Om de gevonden richtlijnen naar kwaliteit te beoordelen, werd gebruik gemaakt van het AGREE II instrument of het 'Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation instrument'[15]. Hierbij werden 23 items, verdeeld over 6 domeinen of dimensies van kwaliteit gescoord. Aan de hand van deze scores kon uiteindelijk een algemeen oordeel over de totale kwaliteit van de richtlijn gegeven worden en beslist worden of de richtlijn aanbevolen was voor het gebruik in de praktijk. Alvorens hiermee van start te gaan, werd nagegaan of de volledige versie van beide richtlijnen beschikbaar was. Voor de Nederlandstalige richtlijn was dit het geval, van de NGC richtlijn werd de 'full text versie' opgevraagd bij 'the Work Loss Data Institute'.
De evaluatie aan de hand van het AGREE-II instrument gebeurde afzonderlijk door beide auteurs. Daarna werd overleg gepleegd, voornamelijk over de items waar anders gescoord werd. Beide richtlijnen werden globaal aanbevolen, maar scoorden slecht op de domeinen 'methodologie' en 'toepassing'. De Amerikaanse richtlijn scoorde ook minder goed op het domein 'betrokkenheid van belanghebbenden', aangezien het niet duidelijk was wie juist de richtlijn opstelde en of de doelpopulatie betrokken werd bij de ontwikkeling.

In onderstaande tabellen zijn de scores per item van de twee auteurs weergegeven, in tabel 3 voor de Nederlands richtlijn: 'Een lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'[9], in tabel 4 voor de Amerikaanse richtlijn 'Mental illness and stress'[10]. De namen van de auteurs worden afgekort met de initialen AD (Astrid Deneffe) en MV (Magali Vercammen). De 'totaal score [x-y]' geeft de laagst mogelijke (x) en de hoogst mogelijke (y) score per domein weer om aan te geven hoe de score van de auteurs binnen deze extremen geïnterpreteerd kan worden. De volledige AGREE-II beoordelingen van auteur Astrid Deneffe zijn terug te vinden in bijlage 12.

Onderwerp en doel	**AD**	**MV**
Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven	7	7
De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven	7	7
De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	5	6
Totaal score [3-21]	**19**	**20**
Betrokkenheid van belanghebbenden		
De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen	7	6
Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan	5	4
De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd	6	7
Totaal score [3-21]	**18**	**17**
Methodologie		
Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	6	5
De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	2	5
De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven	5	4
De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven	2	2

Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	3	4
Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	5
De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld	4	3
Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld	5	5
Totaal score [7 – 56]	**33**	**30**
Helderheid en presentatie		
De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	6	5
De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld	3	4
De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen	7	7
Totaal score [3 – 21]	**16**	**16**
Toepassing		
De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	3	2
De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk	4	4
De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen	1	2
De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd	1	1
Totaal score [4- 28]	**9**	**9**
Onafhankelijkheid van opstellers		
De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn	6	7
Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken	7	7
Totaal score [2 -14]	**13**	**14**
Algemeen oordeel		
Beoordeel de algemene kwaliteit van de richtlijn [1-7]	**6**	**6**

Tabel 3: Agree II beoordeling Nederlandse richtlijn door beide auteurs afzonderlijk.

Onderwerp en doel	**AD**	**MV**
Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven	6	5
De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven	4	4
De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven	5	6
Totaal score [3 – 21]	**15**	**15**
Betrokkenheid van belanghebbenden		
De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen	4	4
Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan	2	1
De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd	5	5
Totaal score [3 – 21]	**11**	**10**
Methodologie		
Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	5	5
De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	4	5
De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven	1	2
De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven	2	3
Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	6
Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	5
De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld	3	3
Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld	6	7
Totaal score [7 – 56]	**32**	**36**
Helderheid en presentatie		

De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig	5	5
De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld	5	5
De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen	4	5
Totaal score [3 – 21]	**14**	**15**
Toepassing		
De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	2	3
De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk	2	3
De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen	1	2
De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd	2	3
Totaal score [4- 28]	**7**	**11**
Onafhankelijkheid van opstellers		
De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn	7	7
Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken	6	6
Totaal score [2 – 14]	**13**	**13**
Algemeen oordeel		
Beoordeel de algemene kwaliteit van de richtlijn [1-7]	**5**	**5**

Tabel 4: Agree II beoordeling Amerikaanse richtlijn door beide auteurs afzonderlijk.

6.1.4.2 Inventarisatie van de inhoud van de aanbevelingen

Bij het inventariseringsproces werden enkel de kernaanbevelingen die een antwoord boden op de geselecteerde klinische vragen weerhouden. Dit werd voor zowel de oorspronkelijke Duodecim richtlijn als voor de twee door ons geselecteerde richtlijnen gedaan. Van elke kernaanbeveling werd ook nagegaan of er in de richtlijn een graad van aanbeveling of een niveau van bewijskracht gegeven werd. Idealiter werd dit uitgedrukt in een 'GRADE' (zie verder p. 15). In de Duodecim en de twee geselecteerde richtlijnen werd er echter vaak geen uitspraak gedaan over de graad van aanbeveling of het niveau van bewijskracht. Als dit wel zo was, gebruikten de auteurs een andere methode dan GRADE. Alles werd genoteerd in de matrix.

6.1.4.3 Actualiteitswaarde van de aanbevelingen

De geïnventariseerde aanbevelingen van de verschillende richtlijnen werden nadien beoordeeld op actualiteitswaarde (courantheid). Hiervoor werd gekeken naar het bewijs waarop de aanbevelingen gebaseerd waren met extra aandacht voor de publicatiedata van de geciteerde literatuur. Zo werd nagekeken of er van bepaalde publicaties geen recentere versies bestonden. Daarna werd op een systematische wijze naar recentere literatuur gezocht, verschenen na de publicatiedatum van de richtlijn of na de uiterste datum van de zoekstrategie van de richtlijn.
Hiertoe werd een PICO per klinische vraag opgesteld, PICO is een acroniem voor Patient, Intervention, Comparison en Outcome. Het opzoekwerk werd onder de auteurs verdeeld. Eerst werd gezocht in de database van Cochrane (www.cochrane.org). De zoekterm 'burnout' werd gebruikt en resulteerde in zes zoekresultaten, waarvan er geen nieuwe relevante weerhouden werden.
Daarna werd in Medline gezocht via de MeSH-term 'Burnout, Professional'. Mede-auteur Magali Vercammen gebruikte volgende subheadings AND 'diagnosis', AND 'prevention and control' en AND 'epidemiology' om antwoorden te zoeken op klinische vraag 1 tot en met 3. Ikzelf zocht op subheading AND 'therapy', overeenstemmend met de PICO van klinische vraag 4 en 5, zijnde: P (people with burnout), I (individual intervention/organisational intervention), C (no intervention), O (better functioning in daily life). Voor klinische vraag 5 werd ook nog gezocht via dezelfde MeSH-term 'Burnout, Professional' met subheading 'organization and administration'. Er werd aan de MeSH-term ook 'AND Workplace' en 'AND MeSH Major Topic Workload' toegevoegd, aangezien 'workplace

intervention' geen resultaten opleverde. Verder werd de zoekstrategie verfijnd door het artikeltype te beperken tot review en de publicatiedatum te beperken tot maximaal tien jaar. Er werden 189 reviews gevonden bij de subheading 'therapy', één bij de subheading 'organization and administration', 40 bij 'workplace' en 15 bij 'Workload'. Geen enkele nieuwe review werd weerhouden, exclusie gebeurde voornamelijk op basis patiëntenpopulatie en interventie. Reviews die niet in het Nederlands of Engels geschreven waren, werden eveneens uitgesloten.
Naast de PICO-search werd verder gezocht naar relevante reviews via de websites van belangrijke medische tijdschriften. Er werd gezocht in 'the big five': JAMA, BMJ, The Lancet, NEJM en Annals of internal medicine. Er werd tevens op de websites van belangrijkste Psychiatrische tijdschriften, tijdschriften voor huisartsengeneeskunde en belangrijkste tijdschriften in het domein 'Public, envrironmental and occupational health' gezocht. De zoektocht vond plaats in april 2016 met de zoekterm 'burnout'.

Bovenstaand onderzoek werd ten slotte nog aangevuld met een geavanceerde zoekactie in MedLine. Er werd gezocht naar artikels met Maslach als auteur, aangezien zij dé autoriteit is op het gebied van burn-out en als eerste een definitie voorop stelde[16]. De publicatiedatum werd hier niet als inclusiecriterium meegenomen.

Dit zijn de bijkomende belangrijke weerhouden bronnen. De uitgebreide zoekstrategie kan bij de auteurs worden opgevraagd.

Titel	Soorts studie	Waar gevonden	Jaar van publicatie
Physician wellness: a missing quality indicator[17]	Systematic review	The Lancet	2009
Job burnout[16] (Maslach)	Systematic review	Medline	2001
Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults[18]	Systematic review	Trip database	2012

Tabel 5: Weerhouden bronnen

6.1.4.4 Samenhang van de aanbevelingen

Meerdere stappen worden doorlopen om uitgaande van een klinische vraag literatuur te selecteren en uiteindelijk aanbevelingen te formuleren. Er werd nagegaan of dit proces in de geselecteerde richtlijnen consistent gebeurde door drie cruciale stappen na te kijken. Ten eerste werd de zoekstrategie die men gebruikte om literatuur te selecteren in antwoord op elke klinische vraag nagekeken. Ten tweede werd de samenhang tussen de geselecteerde bronnen en de samenvatting en interpretatie van de auteurs beoordeeld. Ten derde werd de consistentie tussen de interpretatie van de literatuur en de uiteindelijke aanbevelingen onder de loep genomen.
Voor de NHG richtlijn[9] werd algemeen genomen de zoekstrategie relevant bevonden voor elke klinische vraag, al was deze niet systematisch, wat overigens ook niet de bedoeling was van de richtlijnontwikkelaars. De samenhang tussen de gevonden evidence, de interpretatie en de aanbevelingen ten slotte was minder consistent. Een mogelijke verklaring was dat deze richtlijn voornamelijk een consensustekst is. Zo lieten de auteurs in hun uiteindelijke aanbevelingen vaak nuanceringen weg of voegden ze er dingen aan toe, vermoedelijk om zo tot concrete aanbevelingen

voor de praktijk te komen. De manier die men hanteerde om tot consensus te komen stond echter niet beschreven.

De NGC richtlijn[10] gaf geen duidelijke zoekstrategie per klinische vraag, waardoor de eerste stap moeilijk te beoordelen was. Om de samenhang te beoordelen tussen de evidence en hun samenvatting, werd beroep gedaan op de 'procedure summary' in de opgevraagde full text versie van deze richtlijn (zie 6.1.4.1). Algemeen genomen was er consistentie tussen de evidence en de samenvatting. Gelijkaardig met de Nederlandse richtlijn echter, viel het in de aanbevelingen op dat deze weinig genuanceerd waren en subjectief getint. Vermoedelijk werd hier ook deels consensus gebaseerd gewerkt, hoewel dit niet beschreven stond.

Vermeld dient te worden dat er ook in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn geen vermelding van zoekstrategie is en bijgevolg geen beoordeling kan gedaan worden naar transparantie van de betreffende aanbevelingen.

6.1.4.5 Toepasbaarheid van de aanbevelingen

Een Amerikaanse en een Nederlandse richtlijn werden geselecteerd, de Duodecim richtlijn is van oorsprong Fins. De internationaliteit van de richtlijnen verklaarde de noodzaak van deze stap. Er werd nagegaan of de aanbevelingen in de verschillende richtlijnen ook in de Belgische context toepasbaar waren. Er werd vooral gekeken naar expertise, infrastructuur, terugbetaling en culturele verschillen. Voor de kernaanbevelingen werden geen grote problemen opgemerkt. Opvallend was wel het verschil tussen landen wat betreft wettelijke arbeidsongeschiktheid ten gevolge van burn-out. In Finland was burn-out geen diagnose die arbeidsongeschiktheid wettelijk gezien rechtvaardigde. Hoe dit geadapteerd werd naar de Belgische context wordt verder in de thesis besproken (zie p 22 vraag 16 en vraag 17).

6.1.4.6 Belgische EBM-informatie

In deze stap werd nagekeken welke aanbevelingen uit Belgische bronnen, in dit geval het KCE rapport[11], konden meegenomen worden in de adaptatie van de richtlijn. De conclusie was om enkele aanbevelingen mee te nemen die een antwoord gaven op klinische vraag twee i.v.m. preventie. Details hiervan zijn te lezen in de matrix en in de ManaMa-thesis van medeauteur Magali Vercammen.

6.1.5 Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

In deze concluderende stap werd besloten welke aanbevelingen van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[3] moesten geadapteerd worden. Hiertoe werden de oorspronkelijke aanbevelingen met de informatie uit de geselecteerde richtlijnen en ander EBM-materiaal vergeleken. Indien er besloten werd tot adaptatie van een bepaalde aanbeveling, werd ook aangegeven welke evidence hiervoor gebruikt zou worden.
Voor klinische vraag vier, individuele behandelingsmogelijkheden, was majeure adaptatie vereist. De twee richtlijnen en het bijkomend EBM-materiaal konden gebruikt worden voor adaptatie, dit wordt specifieker weergegeven in de tweede fase, de adaptatiefase. Ook moesten aanbevelingen omtrent arbeidsongeschiktheid aangepast worden naar de Belgische context. Klinische vraag vijf, interventies op de werkplek, behoefde geen adaptatie. Er werd namelijk geen literatuur weerhouden om de huidige aanbevelingen te weerleggen of te bekrachtigen. Alles werd in de matrix genoteerd.

6.1.6 Nazicht door de leescommissie

Al de gegevens van de voorgaande stappen werden systematisch vastgelegd in de matrix. In juli 2016 werd deze matrix voorgelegd aan de leescommissie van EBM*Practice*Net ter tussentijdse controle van de methodologie van de screeningsfase. Stap 6.1.4.2 en stap 6.1.4.3 waren volgens de leescommissie nog niet transparant genoeg, ook de door mij gedane AGREE beoordeling van de twee geselecteerde richtlijnen stond nog niet in het juiste format. De adaptatiefase werd aangevangen nadat de nodige aanpassingen gebeurd waren. Er werd aanbevolen tot mineure adaptatie.

6.2 Adaptatiefase met GRADING

De oorspronkelijke bedoeling van deze fase was een eerste versie van de geadapteerde richtlijn te verwezenlijken. Het werd echter tijdens de screeningsfase al duidelijk dat de literatuur, geselecteerd om de aanbevelingen te adapteren, geen grote bewijskracht had. Dat vermoeden werd bij het toekennen van een GRADE aan de nieuwe aanbevelingen bevestigd. GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze inzicht te krijgen in de kwaliteit van het achterliggend bewijs (= niveau van bewijskracht) uitgedrukt als A, B, C of D en de sterkte van aanbeveling, weergegeven met de cijfers 1 of 2[19]. Beide auteurs GRADEN eerst apart, waarna over de scores in discussie gegaan werd en uiteindelijk een consensus GRADE bekomen werd. De uiteindelijke GRADE per aanbeveling van de volledige richtlijn is terug te vinden in bijlage 10.

Aanbevolen weergaves van niveau van bewijskracht en sterkte van aanbevelingen		
Kwaliteit van evidence	Symbool	Letter (verschilt)
Hoog	⊕⊕⊕⊕	A
Matig	⊕⊕⊕◯	B
Laag	⊕⊕◯◯	C
Zeer laag	⊕◯◯◯	D
Sterkte van aanbeveling	Symbool	Getal
Sterk voor een interventie	↑↑	1
Zwak voor een interventie	↑?	2
Zwak tegen een interventie	↓?	2
Sterk tegen een interventie	↓↓	1

Tabel 6: *Niveau van bewijskracht en sterkte van aanbeveling volgens de GRADE-methode(vertaalde versie)[19].*

In stap vijf van de screeningsfase werd reeds beslist dat de aanbevelingen die antwoord gaven op klinische vraag 4 majeure adaptatie vereisten. De aanbevelingen die antwoord gaven op vraag 5 moesten niet geadapteerd worden bij gebrek aan bewijs.
De kernboodschap uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn die antwoord gaf op klinische vraag 4 'wat zijn de individuele behandelingsmogelijkheden?' werd als volgt aangepast.

Oorspronkelijke Duodecim aanbevling[3]:
'De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten. Goed slapen is essentieel[20]*. '*

Voorstel tot adaptatie met vermelding achterliggende literatuur en GRADE

'*Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën*
In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief[9,10,12,14] *(GRADE 2C).*
Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie,[10,12] *(GPP) mindfulness*[12,18]*(Grade 2C) en fysieke activiteit*[10]*(GPP).*
Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie[9,10]*(GPP). Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.'*
Goed slapen is belangrijk[20] *(Grade 2C).*

Het woord essentieel in de oorspronkelijke versie werd vervangen door belangrijk, aangezien dit bij het nalezen van de referentie[20] een juistere conclusie was.
Zoals de GRADE hierboven weergeeft, was de kwaliteit van bewijskracht zwak (letter C) tot zeer zwak (letter D). De graad van aanbeveling was voor alle aanbevelingen zwak (cijfer 2).
Daarom werd, in samenspraak met dokter Nicolas Delveaux (EBM*Practice*Net) en promotor dokter Marc Van Nuland, gekozen om de implementatiefase over een andere boeg te gooien en een Delphi-studie onder experten op te zetten om zo een gevalideerde consensus te bereiken.
Daarna pas kon de richtlijn geadapteerd worden.

6.3 Implementatiefase: Delphi-onderzoek

6.3.1 Definitie en doel

De Delphi-methode is een gestructureerde procedure om consensus te bereiken onder een groep experten. De techniek maakt gebruik van vragenlijsten, die door experten in meerdere rondes worden ingevuld. De methode gebruikt geen 'face-to-face' communicatie tussen experten, waardoor anonimiteit tussen de deelnemers bewaard blijft, ieders bijdrage evenwaardig gebruikt wordt en onderlinge beïnvloeding vermeden wordt[21]. Tussen de verschillende rondes worden de resultaten van de voorgaande ronde teruggekoppeld naar de experten, onder de vorm van zowel kwantitatieve (mediaan en spreiding van antwoorden) als kwalitatieve gegevens (vrije commentaren van de deelnemers)[22]. Deze feedback geeft de expert info over zijn positie in de groep en kan hem helpen bij het antwoorden in de volgende ronde(s). De bedoeling is om zo de ideeën gelijk te stemmen en tot consensus te komen onder de experten[23].

In deze thesis was het doel om aan de hand van het Delphi-onderzoek consensus te bereiken over een nieuwe geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn burn-out. Aan de hand van de literatuur werden mogelijke voorstellen tot adaptatie gedaan, die in meerdere rondes voorgelegd werden aan een groep van experten.

6.3.2 Rekrutering van deelnemers

Als eerste stap werd een groep experten op het domein van burn-out gezocht. Op voorhand werd de volgende samenstelling van de expertgroep verlangd.

1. Tussen de 10 à 15 experten in ronde één, bij voorkeur tussen 10 en 12[24].
2. Een mix van 'academische experten' en 'praktijk experten'. Hiermee werden enerzijds experten die onderzoeksmatig bezig waren met het onderwerp en anderzijds zorgverleners

die expert waren door praktijkervaring, beoogd. Vaak behoorden de experten tot beide groepen.

3. Experten van verschillende beroepsgroepen: huisartsen, arbeidsgeneeskundigen, klinische psychologen, arbeidspsychologen en psychiaters. Deze heterogene expertgroep leek aangewezen om verscheidene standpunten te belichten en al de belanghebbende beroepsgroepen te includeren[22]. Een overwicht aan huisartsen werd gewenst, aangezien de huisarts de eindgebruiker was van de richtlijn.
4. Experten uit verschillende (burn-out) organisaties en praktijken. Dit leek aangewezen om de anonimiteit onder de deelnemers gemakkelijker te bewaren en de kans op verschillende meningen te vergroten.
5. Enkel Vlaamse experten, maar wel geografisch verspreid.
6. Een evenwicht tussen mannelijke en vrouwelijke experten.

Om contactgegevens van mogelijke deelnemers te verzamelen werd op twee manieren te werk gegaan. Enerzijds werd 'de snowball-methode' toegepast. Hierbij werden enkele experten via e-mail gecontacteerd om te vragen of ze geïnteresseerd waren om mee te doen en werd hen gevraagd namen of e-mailadressen van andere experten door te geven. Ze konden ook de e-mail ter uitnodiging van het onderzoek doorsturen naar andere experten (bijlage 2: e-mail ter uitnodiging experten). Hierin was aangegeven de auteurs te contacteren bij interesse zodat de experten niet van elkaars mogelijke deelname op de hoogte waren. Promotor dokter Marc van Nuland kende enkele experten persoonlijk die hij aanschreef. Beide auteurs contacteerden enkele experten die ze als (co-)auteurs genoteerd hadden in het nationaal literatuuronderzoek. Anderzijds werden e-mailadressen van experten online opgezocht. Wederom werden (co-)auteurs van Belgische EBM-informatie over burn-out aangeschreven. E-mailadressen van experten verbonden aan een universiteit werden gemakkelijk online teruggevonden, alsook deze van experten werkzaam in bepaalde organisaties, zoals bijvoorbeeld Doctors4Doctors (D4D) of IDEWE.

6.3.3 Methodologie

Als tweede stap werd voor aanvang van de studie de methode en het verloop van het Delphi-onderzoek vastgelegd: aantal rondes, consensusvoorwaarden, manier van afname van de vragenlijsten en verwerking van de gegevens.

6.3.3.1 Aantal rondes

Er werd beslist bij voorkeur twee rondes te doen in het Delphi-onderzoek, met een zo minimaal mogelijke tijdspanne tussen de twee rondes. Indien er na twee rondes geen consensus zou zijn over een belangrijke topic in de richtlijn, kon het onderzoek tot drie rondes herleid worden.

6.3.3.2 Antwoordschaal en voorwaarde tot consensus

Er werd beslist 'de 9-punts Likertschaal' te gebruiken om de stellingen te quoteren, zowel in ronde één als in ronde twee. Hierbij gold dat de expert akkoord was met de stelling als hij antwoordde in het interval 7-9 en niet akkoord was als hij antwoordde met 1,2 of 3. Score 4,5 en 6 waren onbeslist, waarbij 4 en 6 wel een richting aangaven[24].
Onderstaande figuur geeft het antwoordsjabloon nauwkeurig weer met de interpretatie van de verschillende waardes erbij. Er werd ook beslist een extra mogelijkheid aan de expert te laten, nl. 'ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden'. Ook had de expert de mogelijkheid een vraag niet te beantwoorden. De twee laatste keuzes telden beide als blanco stem mee. Er werd beslist na elke vraag een vrij commentaarvak te voorzien.

'De stelling'	**1** Helemaal niet akoord	**2** **Niet akkoord**	**3** Eerder niet akkoord	**4** Onbeslist, eerder neigend naar niet	**5** **Onbeslist** neutraal	**6** Onbeslist, eerder neigend naar wel	**7** Eerder wel akkoord	**8** **Wel akkoord**	**9** Helemaal wel akkoord	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Figuur 1: *Negendelige Likerschaal*

De consensusvoorwaarden werden in overleg met co-promotor dokter Nicole Dekker vastgelegd, aangezien er in de literatuur verschillende methodes beschreven zijn, waarover geen unanimiteit bestaat[22]. De consensusvoorwaarden van het 'Rapport Consensusprocedures' werd gevolgd[24].

De mediaan van de antwoorden geeft de centrale richting van de mening van de experten weer. Voor consensus dat de stelling 'gepast was ', moest de mediaan dan ook 7 of meer zijn. Voor consensus dat de stelling 'ongepast was', moest de mediaan 3 of minder zijn. Dit was de eerste voorwaarde. De tweede voorwaarde, die samen met de eerste moest voldaan zijn voor consensus, hield verband met de antwoordspreiding. Zo het aantal deelnemers >10 was, was er pas consensus als >80% in het interval 7-9 respectievelijk 1-3 antwoordde. Indien het aantal deelnemers minder dan 10 was, moest dit percentage maar 70% zijn. In wat volgt spreken we in deze gevallen van 'absolute consensus'.

In overleg met dokter Nicole Dekker, werd ook het begrip 'relatieve consensus' ingevoerd. Hierbij bevonden 80% van de resultaten zich in het interval 5-9, respectievelijk 1-5 en werd de mediaanvoorwaarde behouden.

Volgende tabel geeft een overzicht.

Beoordeling stelling	**Graad van akkoord in de groep**	**Voorwaarden voor weerhouden van stelling**	
		Mediaan	**Verdeling scores in intervallen**
"gepast"	Sterk akkoord	≥ 7	7-9
	Relatief akkoord	≥ 7	5-9
"ongepast"	Sterk akkoord	≤ 3	1-3
	Relatief akkoord	≤ 3	1-5
"onbeslist"	Niet beslist	4 ≤ mediaan ≤ 6,5	1-9
	Afwezigheid van akkoord	Alle andere gevallen	

Tabel 7: Overzicht consensusvoorwaarden[24]

6.3.3.3 Manier van afname van vragenlijsten

Er werd gewerkt met online vragenlijsten, gemaakt met het online survey programma 'Survey Monkey'. De experten werden zowel voor ronde één als voor ronde twee per e-mail uitgenodigd en vonden in de e-mail, behalve uitleg over de opzet van de studie, ook de link naar de websurvey (bijlage 3 en bijlage 4: uitnodigingse-mails). In de e-mail werden alle contacten in BCC gezet (blind carbon copy), zodat de deelnemers niet konden zien welke andere experten werden uitgenodigd. Zowel in ronde één als ronde twee werden herinneringse-mails gestuurd. De deelnemers kregen steeds ongeveer 3 weken de tijd om de websurvey in te vullen.

6.3.3.4 Verwerking van gegevens

De gegevensverwerking gebeurde deels automatisch door de software van 'Survey Monkey'. Het produceerde automatisch per vraag basisgegevens en -grafieken die in een Excel bestand te

downloaden waren. Ook de vrije commentaren werden per vraag weergegeven. De demografische gegevens zoals leeftijd, beroepsgroep en geslacht werden automatisch verwerkt.
Via een eigen ontworpen Excel bestand voerden we verdere analyses uit, mede om te beslissen of consensus bereikt was of niet. Dit bestand kan bij de auteur opgevraagd worden. Na elke ronde werd ook een samenvatting van de resultaten gemaakt in een Word bestand dat diende als feedback naar de deelnemende experten. Het bevatte volgende info: aantal deelnemers, aantal experten die 'onvoldoende expertise' aanduidden, aantal experten die de vraag niet invulden, aantal antwoorden in het interval 1-3 en interval 7-9, de vrije commentaren van de experten en de info of er (relatieve) consensus bereikt was of niet (zie bijlage 5 en 6).

6.3.4 Ronde één

6.3.4.1 Deelnemers

De eerste ronde van de Delphi-studie werd uitgevoerd in november 2016. Er werden initieel 18 experten uitgenodigd: zeven huisartsen, vier arbeidsgeneeskundigen, drie arbeidspsychologen, drie klinisch psychologen en één psychiater. Van de 18 aangeschreven deelnemers, beantwoordden negen experten de vragenlijst. Dokter Erik Boydens van de organisatie D4D, stuurde de e-mail ter uitnodiging van ronde één (bijlage 3) door naar experten die hij ontmoette tijdens een intervisiegroep rond burn-out. Twee van zijn collega's bij D4D, dokter Tinne Van Haegenborgh en dokter Annelies Van Linden vulden zo ook de vragenlijst in.
Zo namen in totaal elf experten deel aan ronde één. In bijgevoegde tabel worden ze weergegeven. De laatste kolom geeft aan hoe de expert behalve beroepsmatig nog extra expertise en ervaring verworven heeft op het domein van burn-out. Tevens wordt de Belgische burn-out literatuur waaraan de expert meewerkte, vermeld.

	Beroep	**Extra expertise**
Dr. Erik Boydens	Huisarts	D4D, extern expert KCE rapport[11], medeauteur 'help ik zit er door'[25,26]
Dr. Anja Deroost	Huisarts	D4D
Dr. Peter Muylaert	Huisarts	Icho-opleiding 'aanpak van burn-out en surmenage'
Dr. Geert Pint	Huisarts	ACHG gesprekstrainer, huisarts met speciale belangstelling voor burn-out
Dr. Tine Van Haegenborgh	Huisarts	D4D
Dr. Annelies Van Linden	Huisarts	D4D
Prof. Dr. Lutgart Braeckman	Arbeidsgeneeskundige	Partner in 'onderzoek over burn-out in België'[4]; extern expert KCE rapport[11]; prof UGent departement volksgezondheid
Dr. Charlotte Lambreghts	Arbeidsgeneeskundige	Doctorandus KULeuven met volgend onderzoek: 'Pilootstudie: re-integratie bij Burn-out'[27], medeauteur 'Burn-out en bevlogenheid bij artsen in opleiding en specialisten'[28]
Dr. Griet Swennen	Arbeidsgeneeskundige	Geen

Prof Peter Vlerick	Arbeidspsycholoog	UGent onderzoekdomein 'werkstress en burn-out'; extern expert KCE rapport[11]
Roland Rogiers	Klinisch psycholoog	UGent, medeauteur 'help ik zit er door'[25,26]

Tabel 8: *Deelnemende experten ronde één*

6.3.4.2 De vragenlijst

Bij het begin van de eerste websurvey werden de experten bevraagd over enkele demografische factoren: geslacht, leeftijd, functie en aantal jaren praktijk in deze functie. Ook werd nagegaan of ze een extra opleiding over burn-out gevolgd hadden en hoeveel burn-out casussen per week ze zagen. Dit om een extra indicatie over de expertise van de deelnemer te krijgen. Ten slotte werd ook gevraagd of er conflicterende belangen waren ('conflicts of interest').

Daarna begon de vragenlijst rond de richtlijn burn-out, deze is te vinden in bijlage 7. Voor de start van de vragenlijst werd een voorbeeldvraag gegeven om (zoals beschreven onder 6.3.3.2) de 'Likertschaal' aan de deelnemers uit te leggen en een voorbeeld te geven van wat er in het 'commentaarvak' hoort.

De eerste ronde bestond uit 23 stellingen. De vragen hadden betrekking op de deeldomeinen definitie, preventie, differentiële diagnose, individuele behandeling en interventies op de werkplaats, overeenstemmend met de vijf klinische vragen. De stellingen waren meestal tweeledig opgebouwd. Eerst werd aan de experten gevraagd wat ze van de oorspronkelijke aanbeveling vonden, of ze de aanbeveling bijvoorbeeld correct of volledig vonden. Daarna werd vaak een nieuw voorstel tot adaptatie gesuggereerd, zo mogelijk gebaseerd op literatuur of wetmatigheden in de Belgische zorgcontext. Soms werd echter door de auteurs zelf nagedacht over hoe een bepaalde aanbeveling meer 'to the point' kon neergeschreven worden, zonder al te veel herhalingen of ballast.

De verdeling van de stellingen over de domeinen was als volgt:

Deeldomein	**Stellingen websurvey**
Definitie	1-6
Preventie	7-11
Differentiële diagnose	12-13
Individuele behandelingsmogelijkheden	14 – 21
Interventies op de werkplaats	22-23

Tabel 9: *Delphi-ronde één – verdeling van stellingen over de domeinen*

Aan het einde van de websurvey werd aan de deelnemer gevraagd zijn contactgegevens in te vullen: voornaam, naam, e-mailadres en telefoonnummer. Er werd ook gevraagd of hij de eindresultaten van onze studie wilde ontvangen. Zo was er geweten wie van de uitgenodigde experten deelgenomen had aan ronde één en op welk e-mailadres ze het beste konden bereikt worden voor ronde twee.

6.3.4.3 De resultaten

Er namen zes vrouwen en vijf mannen deel aan de studie. De gemiddelde leeftijd van de deelnemende experten was 50 jaar, met een spreiding van 37 tot 65 jaar. Eén deelnemer-expert was tijdens de studie net op pensioen. In totaal beantwoordden zes huisartsen, drie arbeidsgeneeskundigen, één arbeidspsycholoog en één klinisch psycholoog de eerste vragenlijst. Samenhangend met de gemiddelde leeftijd van 50 jaar, waren de meeste experten ervaren beroepsbeoefenaars, met een gemiddelde van 21 jaar praktijk. De helft van de experten had een bijkomende opleiding over burn-out gevolgd. Het aantal patiënten die de expert per week zag met burn-out lag tussen 1 en 10. Elke deelnemer verklaarde dat hij geen conflicterende belangen had.

De resultaten werden in het zelfontworpen Excel bestand verwerkt (zie 6.3.3.4). Zoals besproken onder 6.3.3.2 werd op basis van mediaan en spreiding van antwoorden bepaald of er al dan niet absolute - of relatieve consensus bereikt was voor stellingen. Er werd beslist dat 70% van de antwoorden in het interval 7-9 reeds voldoende was als tweede voorwaarde voor 'absolute consensus'. Deze beslissing werd genomen aangezien het aantal deelnemers maar juist boven de 10 lag. Bovendien werd er bij veel vragen door één of meerdere experten geantwoord met 'onvoldoende expertise' of werden er vragen onbeantwoord gelaten. Bij deze vragen lag het aantal deelnemers dan sowieso lager, aangezien zoals vroeger vermeld deze beide opties als blanco stem meetelden.

In deze thesis worden de vragen van de Delphi-studie besproken omtrent individuele behandelingsmogelijkheden (klinische vraag 4) en interventies op de werkplek (klinische vraag 5). Dit omvat meer bepaald vraag 14 t.e.m. 23 uit de online survey.
De andere vragen over definitie, preventie en differentiële diagnose worden behandeld door medeauteur Magali Vercammen.

Klinische vraag 4: Wat zijn de individuele behandelingsmogelijkheden?

In vraag 14 bereikten de experten geen consensus. Ze waren onbeslist of volgende stelling uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn correct was en ook onbeslist over de volledigheid ervan.

'De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten.'

In vraag 15 werd een alternatief voorstel gedaan om bovenstaand oorspronkelijk advies te vervangen, hieronder staat het genoteerd.

'Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën.
In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.'

Er werd akkoord bereikt onder de experten over het grootste deel van deze voorgestelde aanbeveling, die werd gebaseerd op de gevonden literatuur (zie adaptatiefase).

Enkel over de laatste regel omtrent het gebruik van Benzodiazepines was er geen consensus. De expert-groep was van oordeel dat ook alternatieve medicatie een mogelijke optie was. Ook was er de bezorgdheid omtrent kortstondig gebruik van benzodiazepines. In ronde twee werd er daarom een alternatief voorgesteld voor deze laatste regel, de rest van het nieuw voorstel kon het oude vervangen.

Vraag 16 van de online survey werd aangewend om volgende oorspronkelijke aanbeveling uit de Duodecim richtlijn te adapteren naar de Belgische context.

'Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.'

Er was relatieve consensus dat het bovenstaande advies inderdaad niet passend was in de Belgische context en weggelaten mocht worden in de geadapteerde versie.
In dezelfde vraag werd een alternatief voorgesteld om het oorspronkelijke advies te vervangen:

'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde ziekte.'

Het voorstel behaalde een absoluut akkoord onder de experten en kon dus meegenomen worden in de nieuwe richtlijn in plaats van de oorspronkelijk aanbeveling. Toch werd het nieuwe goedgekeurde voorstel nog aangepast na de Delphi-studie zoals te lezen is onder 6.3.7: 'Rechtzetting na Delphi-onderzoek.'

Bij de antwoordverwerking van vraag 17 werd een mediaan van 8 opgetekend, maar het percentage in het interval 7-9 of 5-9 was te laag voor (relatieve) consensus. In deze vraag werd geopperd dat volgend advies uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn niet passend was in de Belgische context en diende weggelaten te worden.

'Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.'

Er werd dus geen akkoord bereikt. In de commentaren van expertgroep kwam naar voor dat vooral de term psychische stoornis op weerwerk botste. De experten omschreven burn-out liever als 'energiestoornis', 'stressklacht' of 'een tijdelijke status'. Hiermee wilden ze benadrukken dat deze aanbeveling an sich ook foutief was. Er werd beslist om in ronde twee deze vraag in een andere verwoording te hernemen.

In vraag 18 werd er geen consensus bereikt, noch over het laten staan van de oorspronkelijke aanbeveling hieronder, noch over de ongepastheid ervan in een richtlijn over burn-out en bijgevolg het weglaten ervan in de nieuwe richtlijn.

'Psychische problemen zoals depressie, moeten actief worden behandeld.
Als een burn-out zich manifesteert als deel van een depressie of aanpassingsstoornis, dan wordt de nood aan behandeling en ziekteverzuim bepaald op basis van wat algemeen toepasbaar is in deze aandoeningen. '

Vraag 19 sloot aan bij vraag 18. Er werd een alternatieve aanbeveling voorgesteld om het oorspronkelijke advies, bevraagd in stelling 18, te vervangen.

'Indien er onderliggende psychische problemen, zoals bijvoorbeeld depressie, aanwezig zijn, moeten deze prioritair en actief behandeld worden.'

Het nieuwe voorstel werd wel met consensus onthaald. Dit zal de oorspronkelijke aanbeveling onder vraag 18 dus vervangen in de geadapteerde versie.

Er werd in stelling 20 onder het expertpanel consensus bereikt dat de volgende oorspronkelijke aanbeveling niet thuis hoort in deze richtlijn over burn-out en bijgevolg mag weggelaten worden in de geactualiseerde versie.

'Een ernstige toestand van depressie vereist vaak zelfs nog langer ziekteverzuim, omdat het langer duurt om de functionele capaciteit te herwinnen dan om de symptomen te doen verdwijnen.'

In vraag 21 werden de twee vetgedrukte delen uit volgende zin van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn omtrent verwijzing nagevraagd.

*'De patiënt moet worden doorverwezen voor **psychiatrische** evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is **binnen 1-2 maanden** of als de diagnose onzeker blijft.'*

Er werd overeengekomen dat 'psychiatrische' in de bovenstaande zin beter werd vervangen door 'psychodiagnostische'. Over de termijn waarna doorverwezen moest worden, werd in stelling 21 echter geen positieve consensus verkregen. De door ons gedane voorstellen in vraag 21 waren 1-2 maanden, 3-4 maanden, 5-6 maanden en 7-12 maanden. De twee laatste voorstellen werden wel als foutief beoordeeld, ze behaalden een negatieve consensus. De termijn van 1-2 maanden en 3-4 maanden haalden echter zeer gelijkwaardige scores. Over beide tijdsintervallen waren drie (andere) experten het eens (interval 7-9), de mediaan was echter laag: 3 voor interval 1-2 maanden en 4 voor interval 3-4 maanden. De experten vertelden in hun commentaren dat een snelle doorverwijzing vanuit eerste lijn toch noodzakelijk was. Aangezien 1-2 en 3-4 maanden ongeveer dezelfde overeenstemming haalden, maar geen consensus, werd in ronde twee de tijdspannen 2-3 maanden en 3-4 maanden voorgesteld.

Klinische vraag 5: Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

Vraag 22 ging over de vetgedrukte woorden in volgende aanbeveling, te lezen in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn.

*'Als de werklast objectief onredelijk is, moet het **arbeidsbescherming systeem** een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'*

Er was onder de experten een negatief akkoord in vraag 22; de term arbeidsbescherming systeem in de oorspronkelijke richtlijn was geen goede vertaling van 'labour protection system', de term die gebruikt wordt in de Engelstalige versie. Voor de twee andere voorgestelde alternatieven als vertaling zijnde: 'arbeidsgeneeskundige dienst' en 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' werd geen akkoord bereikt. Wel was duidelijk dat 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' beter bevonden werd dan 'arbeidsgeneeskundige dienst'. De mediaan was 6 voor 'arbeidsgeneeskundige dienst' en 7 voor 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk', het aantal experten die scoorden in het interval 7-9 was 3 respectievelijk 6.
Er werd gesuggereerd door de experten om deze diensten beide te vernoemen. Ook werd aangehaald dat de boven genoemde formulering met 'moet' relatiever was, de initiatieven van het 'labour protection system' moeten namelijk door de werkgever ondersteund worden om daadwerkelijk invloed te hebben. Er werd beslist in de tweede ronde 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' opnieuw voor te stellen, aangezien hier duidelijk meer akkoord over was en dit juister leek.

In de 23e vraag, de laatste vraag, werd de inhoud van de oorspronkelijke aanbevelingen omtrent interventies op de werkplek, goedgekeurd door de experten. Deze paragraaf kon dus ook behouden blijven in de nieuwe versie.

'De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek.
Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden, met inbegrip van groepsinterventies.
Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

6.3.5 Ronde twee

6.3.5.1 Deelnemers

De tweede ronde van de Delphi-studie ging door in december 2016, één maand na de eerste ronde. De elf deelnemende experten van ronde één werden andermaal per e-mail uitgenodigd (bijlage 4). Zoals beschreven hierboven worden in een Delphi-studie de resultaten teruggekoppeld naar de deelnemende experten. Daarom werd in bijlage een samenvatting van de resultaten en de commentaren van de eerste ronde toegevoegd (bijlage 5).

Bij de deadline voor het invullen van ronde twee, hadden negen van de elf experten uit ronde één ook de websurvey van ronde twee ingevuld.

6.3.5.2 De vragenlijst

De tweede ronde bestond uit zeven vragen. Over meerdere topics werd er in ronde één immers consensus bereikt.
Voor de start van de vragenlijst werd de deelnemer gevraagd uitleg te geven in het 'commentaarvak' indien hij het niet eens was met de stelling, m.a.w. indien hij 1 tem. 3 scoorde op de Likertschaal. Er werd namelijk verwacht dat er geen extra ronde meer zou komen en de experten het over de nieuwe stellingen eens zouden zijn. Deze waren dan ook geadapteerd op basis van de commentaren van de expertgroep verkregen in ronde één.
Naar analogie met ronde één konden de vragen opnieuw in de vijf deeldomeinen, overeenstemmend met de klinische vragen, gesitueerd worden.

De volledige vragenlijst is in bijlage 8 te vinden. De structuur zag er als volgt uit:

Deeldomein	**Stellingen websurvey**
Definitie	1
Preventie	2
Differentiële diagnose	3
Individuele behandelingsmogelijkheden	4-6
Interventies op de werkplaats	7

Tabel 10: *Delphi-ronde twee – verdeling van stellingen over de domeinen*

Anders dan in ronde één werden nu vragen gesteld over grotere delen (paragrafen) van de oorspronkelijke richtlijn. De vragen hadden eerder betrekking op de formulering van deze paragrafen en minder op de inhoud ervan. De vraagstelling was in die zin ook anders. Er werd niet naar de juistheid of volledigheid van adviezen gevraagd, maar er werd steeds gevraagd of ze het nieuw voorstel beter vonden dan het oorspronkelijke en of ze het dan ook goed vonden om het in de richtlijn als dusdanig aan te passen.

De expert moest zich niet identificeren na het invullen van de vragenronde, gezien het expertpanel reeds gekend was.

6.3.5.3 De resultaten

Naar analogie met ronde één, werden de resultaten van de nu negen deelnemers verwerkt in een Excel bestand. Ook de voorwaarden om tot (relatieve) consensus te komen waren identiek.

Wederom worden in deze thesis enkel de vragen besproken die te maken hebben met individuele behandeling en interventies op de werkplek. Dit zijn vraag 4 tot en met 7. De andere vragen over

definitie, preventie en differentiële diagnose worden behandeld door medeauteur Magali Vercammen.

Klinische vraag 4: Wat zijn de individuele behandelingsmogelijkheden?

In de 4e vraag van ronde twee werd een nieuw voorstel gedaan omtrent medicatiegebruik bij burn-out, aangepast aan de commentaren van de experten bij vraag 15 van ronde één.

'Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen.'

Deze aanbeveling werd voorgesteld ter vervanging van onderstaande, die in ronde één werd naar voor geschoven, maar geen consensus haalde (zie vraag 15 ronde één).

'Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.'

Er werd consensus bereikt dat het nieuw voorstel beter was en de suggestie uit ronde één mocht vervangen.
De paragraaf in verband met individuele behandeling zag er na de twee rondes dus als volgt uit.

'Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen.'

Twee experten uitten wel nog steeds hun bezorgdheid over de bovenstaande aanbeveling. Zij wilden liever geen aanbeveling over medicatie in de richtlijn. Enerzijds omdat zij vreesden voor (nog meer) foutief gebruik en overconsumptie, anderzijds omdat gebruik van medicatie de patiënt een foutief signaal zou kunnen geven dat andere niet-medicamenteuze interventies niet volwaardig zouden zijn en dat de patiënt zonder medicatie niet tot een oplossing zou komen.
Er werd beslist de zin toch te laten staan, aangezien er consensus over was en de zin reeds heel genuanceerd geformuleerd was.

In vraag 5 van ronde twee werd gevraagd of de **tweede aanbeveling** uit de oorspronkelijke Duodecim richtlijn, betreffende werkongeschiktheid ten gevolge van burn-out, in de nieuwe versie mocht weggelaten worden.

Aanbeveling één: *'Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.*
***Aanbeveling twee**: 'Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.'*

Na ronde één mocht immers de **eerste aanbeveling** hierboven na consensus vervangen worden door volgende zin.

'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening.'

Zoals in ronde één echter reeds vermeld, werd deze aanbeveling alsnog aangepast na de Delphi-studie, hiervoor wordt verwezen naar 6.3.7. Rechtzetting na Delphi-onderzoek.
Na ronde twee kwamen de experten ook tot akkoord dat de **tweede aanbeveling** mocht weggelaten worden in de nieuwe versie. Hierdoor zal in de nieuwe versie van de richtlijn veel ballast weggelaten worden en bovenstaand advies i.v.m. 'werkgerelateerde aandoening' de twee oorspronkelijke aanbevelingen vervangen.

In vraag 6 werd nogmaals gepeild naar de tijdspanne voor verwijzing indien beterschap uitblijft, aangezien hierover geen akkoord werd bereikt in de eerste ronde. Na ronde één werd er in volgend advies wel al een wijziging aangebracht, het woord 'psychodiagnostisch' werd namelijk goedgekeurd (zie vraag 21 ronde één).

*'De patiënt moet worden doorverwezen voor psychodiagnostische evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is **binnen 1-2 maanden** of als de diagnose onzeker blijft.'*

Ook na de tweede ronde kwamen de experten echter niet tot eenstemmigheid over de tijdspanne waarna verwezen dient te worden (in de aanbeveling in het vet weergegeven). Een tijdspanne meer dan 4 maanden was wel al uitgesloten na negatieve consensus in ronde één. Met beide rondes samen werden volgende intervallen tussen 1 en 4 maanden bevraagd: 1-2 maanden, 3-4 maanden, 2-3 maanden en 2-4 maanden. Duidelijk was dat de experten de grootste overeenstemming bereikten voor 2-4 maanden. De mediaan was 8 en de verdeling van antwoorden in het interval 5-9 was 78%. De beslissing viel dan ook om deze tijdspanne op te nemen in de nieuwe richtlijn. Het advies i.v.m. verwijzing werd na twee rondes het volgende:

'De patiënt moet worden doorverwezen voor psychodiagnostische evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is binnen 2-4 maanden of als de diagnose onzeker blijft.'

Klinische vraag 5: Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

Ten slotte werd in vraag 7 nogmaals de mening van het expertpanel gevraagd over het woord 'arbeidsbescherming systeem' als vertaling voor 'labour protection system' uit de Engelstalige versie van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn. In ronde één werden twee voorstellen als vertaling gegeven, waarbij 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' de voorkeur had, maar geen consensus haalde (zie vraag 22 ronde één). Nu werd nogmaals gevraagd om in de volgende oorspronkelijke aanbeveling van de Duodecim richtlijn het woord 'arbeidsbescherming systeem' te vervangen door 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk'.

'Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

Relatieve consensus werd bereikt, waardoor de vertaling 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' in de nieuwe richtlijn zal staan.

Toch voegden zes van de negen experten commentaren toe bij deze stelling. De grootste aanmerking was dat de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk enkel een adviserende functie heeft. Indien de werkgever niet ingaat op hun advies, zal het probleem niet opgelost geraken. Twee andere experten wilden graag de term 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk' laten staan, maar uitbreiden met 'en de arbeidsgeneesheer en de human resources afdeling'.
Er werd besloten de nuance van de experten mee te nemen en het oorspronkelijke woord 'moet' te vervangen door 'kan'. De nieuwe aanbeveling in de geadapteerde richtlijn zal dan ook de volgende zijn:

'Als de werklast objectief onredelijk is, kan de Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

6.3.6 Afronding Delphi - onderzoek

In maart 2017 kregen de deelnemende experten een laatste e-mail. Hierin vonden zij de samenvattende resultaten van ronde twee (bijlage 6), de vernieuwde geadapteerde versie van de Duodecim richtlijn (bijlage 9) en de aankondiging dat zij in de thesis zouden vernoemd worden. Indien zij dit niet wensten, werd gevraagd dit spoedig per e-mail te laten weten. Om tot de uiteindelijke nieuwe richtlijn te komen, werden nog enkele aanbevelingen van plaats veranderd zonder de stijl van de richtlijn te modificeren. Dit om hoofd- en nevenzaken duidelijker aan te geven en aanbevelingen rond dezelfde thema's samen te plaatsen. De richtlijn werd uiteindelijk ook nog neergeschreven in het formaat van EBM*practice*Net (bijlage 10).

6.3.7 Rechtzetting na het Delphi-onderzoek

Tijdens het uitschrijven van de Delphi-studie in deze ManaMa-thesis werden de bronnen die gebruikt waren om nieuwe aanbevelingen te formuleren opnieuw nagekeken. Zo gebeurde dit ook voor de volgende aanbeveling voorgesteld in vraag 16 van ronde één.

'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening.'

Mevrouw De block, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, deed in november 2016 inderdaad de aankondiging dat 'burn-out zou erkend worden als werkgerelateerde ziekte' [29]. In april 2017 werd het concrete wetsvoorstel online gezocht, zoals bijvoorbeeld op de website van het Federaal agentschap voor beroepsrisico's (Fedris). Aangezien er geen concreet wetsvoorstel gevonden werd, werd er telefonisch contact opgenomen met de administratieve dienst van het kabinet van minister De Block. Het telefoongesprek bevestigde het vermoeden dat het wetsvoorstel nog niet geschreven was en dus nog niet van kracht was (persoonlijke mededeling van administratieve dienst van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 10/4/2017).

De aanbeveling hierboven omtrent 'werkgerelateerde aandoening' moest dus uit de nieuwe versie van de richtlijn geschrapt worden. In overleg met promotor dr. Marc van Nuland werd de volgende genuanceerde aanbeveling voorgesteld:

'Sinds 2016 is de federale overheid van België van plan om burn-out officieel als werkgeralteerde aandoening te erkennen'.

Per e-mail werd aan de deelnemers het belang van deze late wijziging uitgelegd en hen gevraagd contact te nemen indien er toch bezwaren zouden zijn. Er werd geen weerstand opgetekend, waardoor de genuanceerde aanbeveling in de nieuwe versie van de richtlijn opgenomen werd.

7. Discussie

In deze thesis werd de Duodecim Richtlijn Burn-out[3] naar een nieuwe versie omgezet die aangepast is aan de Belgische zorgcontext en aan de recente wetenschappelijke evidence. In de thesis van medeauter Magali Vercammen worden de eerste drie klinische vragen uiteengezet. In deze ManaMa-thesis worden klinische vraag 4 en 5 besproken die betrekking hebben op individuele behandelingsmogelijkheden en interventiemogelijkheden op de werkplaats.

Na een grondig literatuuronderzoek werd geconcludeerd dat het EBM-materiaal voor adaptatie van klinische vraag 4 zeer pover was en voor vraag 5 zo goed als onbestaande. Dit was naar het verwachtingspatroon voor de start van de studie, al was de schaarsheid aan evidence toch teleurstellend voor dergelijk revalent en belangrijk probleem in de huisartsensetting. Aan alle aanbevelingen werd dan ook GRADE 2D of good practice point toegekend. Enige uitzondering waren cognitieve gedragstherapie en mindfulness als individuele behandelingsstrategieën, deze aanbevelingen kregen GRADE 2C. Het gebrek aan een algemeen aanvaarde definitie en diagnose van burn-out ligt hoogstwaarschijnlijk aan de oorsprong van de gebrekkige evidence. Moest dit er in de toekomst wel komen, zal het vermoedelijk toch gemakkelijker zijn resultaten van verschillende studies te vergelijken, aangezien de patiëntenpopulatie dan homogener zal zijn.

Door het lage niveau van bewijskracht, werd beslist de richtlijn niet enkel op basis van de beschikbare literatuur aan te passen. Er werd een gevalideerde consensusprocedure onder experten opgezet, onder de vorm van een Delphi-onderzoek.

De verkregen expertgroep was algemeen genomen bevredigend: een goede man-vrouw verhouding, een vertegenwoordiging van de vier eerstelijns beroepsgroepen, een geografische spreiding van experten in Vlaanderen, het gehoopte aantal deelnemers tussen 10 en 15, zowel academische – als praktijkexperten en werkzaamheid in verschillende organisaties.
Toch was het opmerkelijk dat vier van de zes huisarts-experten werkzaam waren in dezelfde organisatie D4D, wat een mogelijke bron van selectiebias kon zijn. Dit was voornamelijk te wijten aan een hoge responsgraad van deze huisartsen in vergelijking met andere huisartsen die werden aangeschreven. Naar bewaring van anonimiteit onder de deelnemers, leek dit echter geen probleem. De deelnemers werden steeds in BCC gezet en in elke e-mail gewaarschuwd dat anonimiteit tot aan de laatste stap van de consensusprocedure een voorwaarde voor een goed Delphi-onderzoek was. Wel was het mogelijk dat deze artsen meer gelijkgestemde meningen hadden wat betreft burn-out. Dit viel echter niet op bij het lezen van hun antwoorden. Er werd gepoogd dit ook statistisch na te kijken door berekening van de interkwartielafstand. Dit is het verschil tussen het derde en het eerste kwartiel en een maat voor spreiding. Zo werd er per vraag voor de vier D4D-experten, alsook voor de resterende zeven andere deelnemers, de interkwartielafstand berekend van hun scores op de Likerschaal. Daarna werd de interkwartielafstand per vraag van de groep D4D vergeleken met de groep van de zeven andere experten. Van de in totaal 80 vragen, was de interkwartielafstand van beide groepen vijf maal even groot. Van de resterende 75 vragen was voor 24 vragen de spreiding groter bij de D4D, voor de 51 andere vragen was de spreiding van antwoorden groter bij de zeven andere deelnemers. Deze resultaten zijn echter moeilijk te interpreteren aangezien de twee groepen in aantal van elkaar verschilden (vier D4D versus zeven andere deelnemers) en bij de D4D maar één beroepsgroep vertegenwoordigd was (huisartsen) en in de andere groep van de zeven niet D4D-experten ook andere beroepsgroepen aanwezig waren (psychologen, arbeidsgeneeskundigen en huisartsen). Mogelijks verklaart dit de grotere spreiding in antwoorden bij de zeven experten in vergelijking met de vier D4D-experten. Hieronder wordt één voorbeeld gegeven van vraag 1A, waar de groep niet D4D-experten een grotere spreiding van antwoorden hadden. Aangezien de voorwaarden om consensus te bereiken streng waren, werd toch beslist al hun antwoorden mee te laten tellen omdat ze waarschijnlijk geen invloed hadden op het eindresultaat.

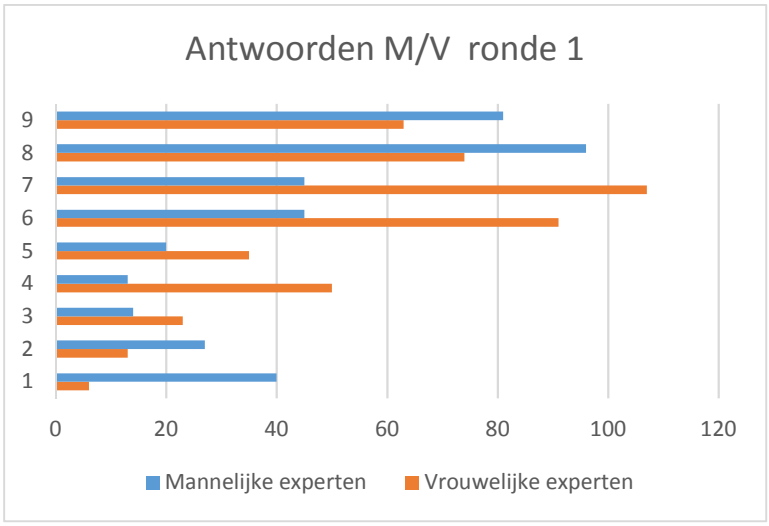
Vraag 1 A	D4D scores op Likertschaal: 4, 5, 6, 6			Niet D4D scores op Likertschaal: 2, 2, 3, 6, 7, 9, 9		
	D4D kwartiel 1 =4,5	D4D kwartiel 3 =6	D4D interkwartielafstand = 1,5	Niet D4D kwartiel 1 =2	Niet D4D kwartiel 3 = 9	Niet D4d interkwartielafstand = 7

Tabel 11: Voorbeeld berekening interkwartielafstand voor vraag 1A van ronde één

In de tweede ronde werden nog negen van de elf deelnemende experten van ronde één bereikt. Dit was een te verwachten afname in aantal deelnemers en had wellicht geen invloed op validiteit van de resultaten.

De Delphi-studie kon beperkt worden tot twee rondes zoals op voorhand verwacht. De uitnodiging via e-mail en verwerking via Survey Monkey verliep vlot. De Likertschaal werd op de juiste manier toegepast door de deelnemers.

Er werd een discrepantie tussen mannelijke en vrouwelijke experten qua manier van antwoorden opgemerkt. Onderstaande grafiek geeft voor de mannelijke deelnemers (blauwe kleur), en de vrouwelijke (oranje kleur), de som van het aantal keren ze respectievelijk 1 t.e.m. 9 antwoordden in ronde één. Opvallend is dat de mannelijke deelnemers extremer antwoordden op de Likertschaal i.v.m. de vrouwelijke experten. Door hen werd 3,4 en 5 het minst vaak geantwoord, 8 en 9 het frequentste. Daartegenover antwoorden de vrouwen minder extreem en vaker met onbesliste getallen op de Likertschaal. Ze antwoordden het vaakste met 6 (onbeslist) en 7 en het minst frequent met 1,2 en 3. Het is onmogelijk om uit dit klein onderzoek hierover conclusies te trekken. Al lijkt dit mijn inziens mogelijk sociologisch verklaard te kunnen worden, eventueel gedeeltelijk door het gender-verschil in 'Risk Preference' [30].



Grafiek 1: Antwoorden mannelijke en vrouwelijke deelnemers ronde één. Op de x-as wordt het totaal aantal keren dat een antwoord gegeven is weergegeven en op de y-as de getallen 1 t.e.m. 9 van de Likertschaal.

In de tweede ronde van het onderzoek werd er door alle deelnemers voornamelijk geantwoord met 7,8 en 9. Dit was logisch aangezien in de vernieuwde voorstellen reeds rekening gehouden was met de mening van de experten en de meeste inhoudelijke onderwerpen in ronde één reeds uitgeklaard waren. Mogelijks had de comparatieve vraagstelling van ronde twee ook invloed op de manier van antwoorden. Er werd namelijk gevraagd of het vernieuwde voorstel beter was dan het eerdere. Mogelijks is dit voor experten gemakkelijker te antwoorden dan de meer open vragen in ronde één. Alleszins antwoordden maar weinig experten met 4,5 of 6 op de Likertschaal, de onbesliste antwoorden. We konden in de analyse van de resultaten ook geen man-vrouw onderscheid maken, aangezien er in ronde twee niet werd gevraagd aan de deelnemers zich te identificeren.

Na het Delphi-onderzoek werd het einddoel van de studie bereikt. De Duodecim richtlijn burn-out[3] kon geadapteerd worden. De volledige nieuwe versie is te vinden in bijlage 9.

De aanbevelingen over individuele behandelingsmogelijkheden werden uitgebreid gewijzigd. De meest diepgaande wijziging was het schrappen van medicatie als behandelingsoptie bij burn-out. In de nieuwe versie staat te lezen dat medicatie enkel kortstondig voor symptoombestrijding kan overwogen worden. De behandelingsopties psychotherapie en stressmanagement werden verder uitgediept. Verder werd de noodzaak van goed slapen genuanceerd, in de nieuwe richtlijn staat te lezen dat dit belangrijk is ter vervanging van essentieel in de oorspronkelijke versie. De aanbevelingen over werkonbekwaamheid ten gevolge van burn-out werden integraal veranderd, aangezien de oorspronkelijke foutief waren in de Belgische context. Anders dan in Finland, is burn-out in België voldoende als diagnose voor arbeidsongeschiktheid. Bovendien deed de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in november 2016 de aankondiging burn-out te erkennen als werkgerelateerde ziekte[29]. Aangezien dit een nieuwe wending was anno 2016 werd er getracht dit in de nieuwe Duodecim richtlijn op te nemen. De volgende aanbeveling werd voorgesteld en door het expertpanel goedgekeurd: *'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening'.* Na de Delphi-studie werd er echter toch op de goedgekeurde aanbeveling teruggekomen. Het wetsvoorstel was anno april 2017 nog niet opgesteld en dus zeker nog niet van kracht. Hieruit bleek de toch wel grote discrepantie tussen wat er in de media wordt aangekondigd en de realiteit. Er werd gekozen de aanbeveling toch op te nemen in de Duodecim richtlijn, maar deze genuanceerder weer te geven: *'Sinds 2016 is de federale overheid van België van plan burn-out te erkennen als wergerelateerde aandoening'*. Burn-out erkennen als werkgerelateerde aandoening in de toekomst, zou een belangrijke stap zijn om het probleem op het werk aan te pakken. Het zou kunnen bijdragen tot betere preventieprogramma's en ondersteuning van mensen met burn-out, aangezien er dan mogelijks overheidsgeld voor zal vrijgemaakt worden[31]. Verder werden ook enkele aanbevelingen over depressie weggelaten in de vernieuwde richtlijn, aangezien ze niet in deze richtlijn thuishoorden. Wel staat er te lezen dat indien een onderliggende psychische aandoening aanwezig is, deze aandoening prioritair moet behandeld worden. Als nieuwe aanbeveling voor verwijzing staat genoteerd dat psychodiagnostische evaluatie na 2-4 maanden te overwegen is zo er geen beterschap is. In de oorspronkelijke richtlijn daarentegen werd psychiatrische verwijzing na 1-2 maanden aanbevolen. Wel bleef bovenstaande tijdspanne voor verwijzing, nu 2 tot 4 maanden, zelfs na twee rondes waarin veel mogelijkheden voorgelegd werden, zonder positieve consensus. De tijdspanne 2-4 maanden werd wel door het grootste deel van experten gedragen en beter bevonden dan de oorspronkelijke 1-2 maanden. Uit praktijkstandpunt is het wel begrijpelijk dat de termijn van verwijzing niet absoluut is en dus tot meer dispuut leidt. Vermoedelijk spelen immers naast het tijdsaspect vooral ernst van klachten, expertise en interesse van de arts, keuze van de patiënt en mogelijkheid voor snelle doorverwijzing in- of extern een rol.

Het adapteren van de aanbevelingen die antwoord gaven op klinische vraag vijf had minder voeten in de aarde. Inhoudelijk veranderde er niets. De term 'arbeidsbescherming systeem' werd vervangen door 'Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk', wat een betere vertaling bleek voor 'labour protection system'. Verder werd de invloed van deze dienst genuanceerd, aangezien uiteindelijk de werkgever beslist of hij de adviezen ook werkelijk implementeert.

Ten slotte werden de aanbevelingen in de paragraaf 'Behandeling' beter gestructureerd om een overzichtelijker geheel te vormen. Hiervoor werden aanbevelingen van plaats veranderd en witregels toegevoegd, zonder de oorspronkelijke structuur te veranderen.

Algemeen genomen was er tevredenheid over de nieuwe richtlijn. De vernieuwde aanbevelingen waren concreter, duidelijker gestructureerd en beter toepasbaar in België dan de voorgaande. Nog belangrijker was dat de methodologie, met inbegrip van de consensusprocedure, nu wel transparant

was. De nieuwe aanbevelingen bleven overwegend consensus gebaseerd. Hierdoor bleef er nog veel ruimte voor verbetering indien er in de toekomst kwaliteitsvolle studies zouden komen omtrent burn-out, aangezien de aanbevelingen dan eventueel meer evidence-based geadapteerd kunnen worden. Er werd daarom een driejaarlijkse literatuurstudie aangeraden en, zo de literatuur schaars blijft, om de vijf jaar een nieuwe consensusstudie.

8. Besluit

Deze thesis beschrijft het adaptatieproces en stelt de geadapteerde aanbevelingen voor van twee domeinen van de Duodecim-richtlijn 'Burn-out'[3]. Het betreft de aanbevelingen omtrent individuele behandelingsmogelijkheden en interventiemogelijkheden op de werkplaats. De domeinen definitie, differentiële diagnose en preventie werden behandeld door mijn medeauteur Magali Vercammen en zijn terug te vinden in haar ManaMa-thesis.

Het was nuttig en noodzakelijk de oorspronkelijke richtlijn aan te passen. De noodzaak bleek van drieledige aard: de richtlijn bleek niet altijd wetenschappelijk correct, was niet aangepast aan de Belgische context inzake Belgische wetgeving en was weinig gestructureerd weergegeven.

Het was noodzakelijk om van het standaardtraject af te wijken om de richtlijn te kunnen adapteren. De gevonden literatuur was namelijk te beperkt en van te lage kwaliteit. Daarom werd na het literatuuronderzoek een formeel consensusonderzoek via de Delphi-methode ondernomen. De bekomen aanbevelingen zijn dus overwegend consensus-gebaseerd en te beschouwen als 'good practice points'.

De behandeling van een burn-out patiënt is bij voorkeur individueel aangepast aan de patiënt. De behandelingsopties die overwogen kunnen worden zijn stressmanagement en psychotherapie. Stressmanagement kan onder de vorm van meditatie, fysieke activiteit of mindfulness. Cognitieve gedragstherapie is de meest bestudeerde vorm van psychotherapie voor behandeling van burn-out. Medicatie is niet geïndiceerd. Goed slapen lijkt belangrijk. De patiënt goed opvolgen en niet enkel arbeidsongeschikt verklaren lijkt aanbevolen, al kan tijdelijke werkonbekwaamheid noodzakelijk zijn bij burn-out. Verder behandelt men de eventueel onderliggende psychische aandoening prioritair. Indien er na twee tot vier maanden geen beterschap is kan men overwegen te verwijzen voor psychodiagnostische evaluatie.

Burn-out is werkgerelateerd. Interventies gericht op de werkplek en groepsinterventies kunnen daarom een belangrijke rol spelen in de behandeling. De dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk kan hierin een belangrijke taak vervullen.

Idealiter wordt het literatuuronderzoek van Burn-out om de drie jaar herhaald, gezien het actuele karkater van het onderwerp. Indien de literatuur beperkt blijft, wordt een vijfjaarlijks nieuw gevalideerd consensusonderzoek onder experten aangeraden. Een up-to-date Nederlandstalige richtlijn voor huisartsen lijkt onontbeerlijk gezien de prevalentie van burn-out in deze tijd.

9. Referenties

1. Duodecim.fi. (2017). Duodecim in Egnlish Duodecim. [Internet] Beschikbaar via: http://www.duodecim.fi/english/duodecim. Geraadpleegd 15 april 2017.
2. EBMPracticeNet. (2017). Wie zijn we. [Internet] Beschikbaar via: https://www.EBMPracticeNet.be/nl/Paginas/Wie-zijn-we.aspx. Geraadpleegd 11 april 2017.
3. Rovasalo A. Burn-out. Duodecim Medical Publication ltd online 2013. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918. Geraadpleegd 15 april 2017.
4. Hansez I, Decia J, Angenot A, Mairiaux P, Schippers N, Braeckman L et al. Onderzoek over Burn-out in België. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg; 2014. project HUA/P/VC/PSY6/N2.
5. N. Delvaux, S. Van de Velde, H. Philips, P. Van Royen, J. Vanschoenbeek, M. Goossens. Adaptatie Duodecim Richtlijnen: handboek voor HAIO's over de inhoudelijke en contextuele aanpassingen van Duodecim richtlijnen op EBMPracticeNet.be. Oktober 2015.
6. The ADAPTE collaboration. The ADAPTE process: resource Toolkit for Guideline Adaptation version 2.0. [Internet] G-I-N; 2009. Beschikbaar via http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf. Geraadpleegd 15 april 2017.
7. Rovasalo A. EBM guidelines, Burnout. Duodecim Medical Publication ltd online 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd maart 2017.
8. Rovasalo A. EBM guidelines, Työuupumus. Duodecim Medical Publication ltd online 2016. Beschikbaar via:http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00020&p_haku=Ty%C3%B6uupumus%20(burnout). Geraadpleegd 15 april 2017.
9. Verschuren CM, Nauta CM, Bastiaanssen MH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJ, et al. één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) [Internet]. 2011 Sep. Beschikbaar via: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf. Geraadpleegd december 2015.
10. Work Loss Data Institute. Mental illness & stress. Encinitas (C A): Work Loss Data Institute; 2015 Dec 17. Various p.
11. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2011. KCE Reports 165A.
12. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 Apr 7; (4). Beschikbaar via: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub5/full. Geraadpleegd januari 2017.
13. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011 Nov;108(46):781-7.
14. British Occupational Health Research Foundation. Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations [Internet]. 2005. Beschikbaar via: http://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf. Geraadpleegd december 2015.
15. Agreetrustorg. Agreetrustorg. [Internet]. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf. Geraadpleegd 11 april 2017.
16. Maslach et al. Job burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001.
17. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
18. de Vibe M, Bjørndal A, Tipton E, Hammerstrøm K, Kowalski K. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults. Campbell Systematic Reviews. 2012;8(3).

19. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook for grading quality of evidence and stenght of recommendations. [Internet] The GRADE Working Group; Oktober 2013. Beschikbaar via: http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html. Geraadpleegd 13 April 2017.
20. Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ, van Doornen LJ. Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout. Scand J Work Environ Health 2008 Feb;34(1):23-32.
21. McMillan SS, King M, Tully MP. How to use the nominal group and Delphi techniques. Int J Clin Pharm 2016 Jan; (38):655–662.
22. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. PLoS One. 2011; 6(6): e20476.
23. Sackman H. Delphi Assessment: Expert Opinion, Forecasting and Group Process. [Internet] Santa Monica: Rand; April 1974. Beschikbaar via: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2006/R1283.pdf. Geraadpleegd 16 april 2017.
24. Smets K, Peremans L. Rapport consensusprocedures toegepast in het kader van de ontwikkeling van een richtlijn. Universiteit Antwerpen; 2011.
25. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, Ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out – deel 1. Huisarts Nu 2012 maart; 41 (2):62-6.
26. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, Ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out – deel 2. Huisarts Nu 2012 mei-jun; 41 (3):134-40.
27. KULeuven. (2017) Onderzoeksportaal. [Internet]. Beschikbaar via: https://www.kuleuven.be/onderzoek/portaal/#/projecten/3M160050. Geraadpleegd 13 april 2017.
28. Vandenbroeck S., Lambreghts L., De Witte H., Vanhaecht K., Godderis L. (2017). Burn-out en bevlogenheid bij artsen in opleiding en specialisten. Tijdschrift voor Geneeskunde 2017; 73 (1), 9-16.
29. Pauwels T. De Zevende Dag [Televisie uitzending]. Brussel: Eén; 2016 november. Interview met Minister Maggi De Block. Beschikbaar via: http://deredactie.be/cm/vrtnieuws/binnenland/1.2829319. Geraadpleegd 13 apirl 2017.
30. Katherine Baldiga. Gender Differences in Willingness to Guess. Management science 2014 aug; 60 (2):434-448. Beschikbaar via: http:// dx.doi.org/10.1287/mnsc.2013.1776.
31. Godderis L. We moeten burn-out erkennen als werkgerelateerde aandoening. KULeuven blogt. Weblog. [Internet] Beschikbaar via: https://kuleuvenblogt.be/2016/12/20/we-moeten-burn-out-erkennen-als-werkgerelateerde-aandoening. Geraadpleegd 11 april 2017.

Bijlagen Duodecim richtlijn burn-out: Aanpassing naar de Belgische zorgcontext

Auteur: Dr. Astrid Deneffe, Huisarts in opleiding, KULeuven

Medeauteur: Dr. Magali Vercammen, Huisarts in opleiding, KULeuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, KULeuven
Co-Promotor: Dr. Nicole Dekker, UAntwerpen

ManaMa-thesis huisartsengeneeskunde
2015-2017

Bijlagenbundel Duodecim richtlijn burn-out: Aanpassing naar de Belgische zorgcontext

Inhoud

Bijlage 1: Uitgebreide zoekstrategie 5
Bijlage 2: E-mail uitnodiging Rekrutering van deelnemers voor het Delphi-onderzoek 7
Bijlage 3: E-mail uitnodiging deelname ronde één 8
Bijlage 4: E-mail uitnodiging deelname ronde twee 9
Bijlage 5: Samenvatting resultaten en commentaren ronde één ter terugkoppeling naar experten 10
Bijlage 6: Samenvatting resultaten en commentaren ronde twee ter informatie voor de experten 29
Bijlage 7: Vragenlijst ronde één (in het onderzoek via online websurvey) 40
Bijlage 8: Vragenlijst ronde twee (in het onderzoek via online websurvey) 59
Bijlage 9: Voorstel geadapteerde richtlijn burn-out 69
Bijlage 10: Richtlijn versie EBM*Practice*Net 73
Bijlage 11: Ethische commissie 79
Bijlage 12: AGREE beoordeling 81

Bijlage 1: Uitgebreide zoekstrategie

Geconsulteerde databanken	Zoektermen	Aantal hits	Commentaar (korte toelichting bij ruwe selectie)	Datum
G-I-N	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress	0 - 0 - 0 1 4	*Distress: 1 Nederlandse guideline over psychosocial distress bij kankerpatiënten en omgeving; te specifiek voor kanker	10/11/2015 & 9/12/15 & 20/12/15
Guideline.gov	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress	2 - 19 - 17 256 233	* Common mental health disorders. Identification and pathways to care. Dit is eerder over depressie en angst. * **Mental illness and stress van work loss data institute: niet zeer specifiek.** * andere gevonden guidelines voornamelijk over depressie en angst of irrelevante zaken	10/11/2015 & 9/12/15 & 20/12/15
Evidence.nhs.uk	burnout diagnosis and burnout prevention and burnout burnout and therapy	650 225 264 246	→nog verder uitdiepen van zoekterm (zie hieronder) →3 interessante bronnen →13tal mogelijke interessante bronnen →Guidance: reviews: 34 <u>Burnout and therapy:</u> * 1 guidance van 2009:Guidance for employers on promoting mental well-being through productive and healthy working conditions : ScHARR Public Health Evidence Report 3.1 *Systematic reviews - Effects of organisational-level interventions at work on employees' health: a systematic review - **Preventing occupational stress in healthcare workers** - Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers	10/11/2015 & 27/12/15 8/12/15 en 26/12/15
Trip Database	burnout burn out burn-out diagnosis of burnout prevention of burnout	117 -18635 372 11 18	→117 secundaire bronnen: geen relevante guidelines, noch evidence based synopses, verder 122 syst reviews →geen relevante artikels →reeds gevonden bronnen <u>Reviews:</u> - Occupational Exposures and Symptoms of Depression and Burnout - The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion - a systematic review. - **BOHRF: Workplace interventions for people with common mental health problems** - **Burnout: a fashionable diagnosis** - Organizational climate and burnout among home visitors: Testing mediating effects of empowerment	28/12/2015 & 01/01/16
KCE	burnout burn out burn-out overspanning	6-12-12 0	**1 hit over burn-out; bij de huisartsen, 2011**	10/11/2015 &20/12/15
HGR-CSS	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	1 - 24 - 3 11 40 2	enkel hit bij overspanning: studie ziekteverzuim federale ambtenaren 2012. Burn-out studiedag november 2013 over burn-out in het ziekenhuis.	10/11/2015 &28/12/15 8/12/15

Minerva	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	2 - 0 - 0 0 - 0 0	beiden irrelevant	10/11/2015 &20/12/15
Farmaka	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	6 x 0	geen hits	10/11/2015 &20/12/15
Riziv	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	1 - 1 - 0 3- 5 0	1 ppt over colloquium, geen sterke info; verder niet relevant	10/11/2015 &20/12/15
Bcfi	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	0 - 0 - 0 0-2 0	geen relevante hits	10/11/2015 &20/12/15
FOD Volksgezondheid	burnout burn out burn-out; burnout, redirected naar hgr	1 - 24- 3 85	geen relevante hits studiedag eind 2013: enkele hits over situatie bij Belgische werkpopulatie	20/12/2015 10/11/2015
NHG ipv artsennet	burnout burn out burn-out adjustment disorder distress overspanning	12-225 -8 3- 12-15	**1 die steeds terugkomt van werkgroep LESA 2011: interessante guideline**	10/11/2015 &20/12/15
guidelinecentral	burnout burn out burn-out zelfde voor guideline summaries diagnosis of burnout met medline/pubmed filter prevention of burn-out medline/pubmed filter	10125 -4229 590 0 113 106	→heel veel verschillende soorten bronnen →geen guideline summaries bij medline/pubmed filter interessante artikels, maar primaire bronnen…	10/11/2015 + opnieuw op 01/01/2016

Bijlage 2: E-mail uitnodiging Rekrutering van deelnemers voor het Delphi-onderzoek

Duodecim richtlijn burn-out: Adaptatie m.b.v. Delphi-onderzoek

Geachte

Wij zijn twee huisartsen in opleiding aan de KULeuven.

Vorig jaar zijn wij gestart met onze ManaMa-thesis: het Duodecimproject 'Burn-out'. Hierbij wordt de Duodecim-richtlijn van Burn-out* nagekeken en waar nodig aangepast.
Het doel is om een richtlijn te bekomen die overzichtelijk is en bruikbaar is in de Belgische zorgcontext.

Vorig jaar deden wij een literatuuronderzoek, dit jaar volgt de werkelijke adaptatie.

Gezien na ons literatuuronderzoek bleek dat de evidentie beperkt is, kunnen we de richtlijn niet adapteren op basis van literatuur alleen. Daarom willen we een zo wijd mogelijke consensus bereiken onder experts betreffende de meest pertinente thema's van de richtlijn. Hiervoor gaan we de Delphi-methode toepassen**.

Graag willen wij u, als burn-out expert, vragen om hieraan mee te werken.

De vragenlijsten worden via een online survey doorgemaild, waarbij de eerste ronde begin november zal doorgaan. Elke vragenlijst neemt ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag.

Bij interesse voor deelname, gelieve dit voor eind oktober door te geven via e-mail aan een van onderstaande adressen.

Astrid Deneffe (astrid.deneffe@student.kuleuven.be)
Magali Vercammen (magali.vercammen@student.kuleuven.be)

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Hopend op uw spoedige respons,

Dr. Astrid Deneffe (HAIO)

Dr. Magali Vercammen (HAIO)

Dr. Marc Van Nuland (promotor)

* **Duodecim-richtlijn**: Praktijkrichtlijnen ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze richtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd. Ze kunnen geraadpleegd worden via CEBAMlibrary/ EBMPracticeNet.

****Delphi-methode**: Dit is een gevalideerde manier om tot een consensus te komen. Experten moeten elk afzonderlijk stellingen beantwoorden in maximaal 3 rondes van telkens een 20-tal minuten. Na elke ronde wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de vorige ronde. Op deze manier zou na elke ronde de antwoorden van de verschillende experts steeds dichter bij elkaar moeten komen, tot consensus bereikt wordt.
Erg belangrijk is dat er voor en tussen de rondes niet onderling overlegd wordt en dat de anonimiteit van de deelnemende experts bewaard blijft.

Bijlage 3: E-mail uitnodiging deelname ronde één

Delphi-onderzoek*: Adaptatie Duodecim richtlijn burn-out**

Geachte

We hebben het genoegen u uit te nodigen voor de aanpassing van de Duodecim-richtlijn van burn-out, heden terug te vinden op EBMPracticeNet (www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918) of in bijlage. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Dr. Astrid Deneffe en Dr. Magali Vercammen onder begeleiding van Dr. Marc Van Nuland (promotor). Wij zijn twee huisartsen in opleiding aan de KULeuven en we zijn vorig jaar met dit project gestart i.k.v. onze ManaMa-thesis.

Bij gebrek aan wetenschappelijke literatuur, zijn we op zoek naar expertconsensus om deze richtlijn gevalideerd te kunnen veranderen.

Graag willen wij u, als burn-out expert, vragen om hieraan deel te nemen.

Er zal 2 of maximaal 3 rondes met vragen volgen waarbij elke vragenlijst neemt maximaal 20 minuten van uw tijd in beslag. De eerste vragenlijst vindt u terug op deze link:

https://nl.surveymonkey.com/r/Delphi-studie_Burn-out

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Hopend op uw spoedige respons,

Dr. Astrid Deneffe (astrid.deneffe@student.kuleuven.be, HAIO)
Dr. Magali Vercammen (magali.vercammen@student.kuleuven.be,HAIO)
Dr. Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be,Staflid ACHG - KU Leuven)

*Delphi-methode: Dit is een gevalideerde manier om tot een consensus te komen. Experten moeten elk afzonderlijk stellingen beantwoorden in maximaal 3 rondes van telkens een 20-tal minuten. Na elke ronde wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de vorige ronde. Op deze manier zou na elke ronde de antwoorden van de verschillende experts steeds dichter bij elkaar moeten komen, tot consensus bereikt wordt.
Erg belangrijk is dat er voor en tussen de rondes niet onderling overlegd wordt en dat de anonimiteit van de deelnemende experts bewaard blijft.

**Duodecim-richtlijn: Praktijkrichtlijnen ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze richtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd. Ze kunnen geraadpleegd worden via CEBAMlibrary/ EBMPracticeNet.

Bijlage 4: E-mail uitnodiging deelname ronde twee

Delphi-onderzoek*: Adaptatie Duodecim richtlijn burn-out**

Geachte

Wij willen u heel erg bedanken voor uw deelname aan de eerste ronde van ons Delphi-onderzoek omtrent de Duodecim-richtlijn Burn-out.

Na ronde één is er reeds consensus bereikt over het meerderdeel van de stellingen van ronde één.
In deze tweede ronde van het Delphi-onderzoek gaan we verder in op de stellingen waar nog geen consensus over is. We doen nieuwe suggesties ter adaptatie, rekening houdend met de commentaren van jullie, de expertgroep.

In bijlage vindt u een document, waarin per stelling van ronde één wordt weergegeven of er consensus bereikt is of niet en welke commentaren er gegeven zijn.

Graag willen wij u vragen ook aan de tweede ronde van het Delphi-onderzoek mee te doen via onderstaande link. Deze ronde bevat 7 vragen en neemt ongeveer 10 tot 15 minuten van uw tijd in beslag. De ronde wordt afgesloten 31 december 2016.

https://nl.surveymonkey.com/r/6JVNG6S

Hartelijk dank voor uw medewerking,

Hopend op uw spoedige respons,

Dr. Astrid Deneffe (astrid.deneffe@student.kuleuven.be, HAIO)

Dr. Magali Vercammen (magali.vercammen@student.kuleuven.be, HAIO)

Dr. Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be, Staflid ACHG- KU Leuven)

***Delphi-methode**: Dit is een gevalideerde manier om tot een consensus te komen. Experten moeten elk afzonderlijk stellingen beantwoorden in maximaal 3 rondes van telkens een 20-tal minuten. Na elke ronde wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de vorige ronde. Op deze manier zou na elke ronde de antwoorden van de verschillende experts steeds dichter bij elkaar moeten komen, tot consensus bereikt wordt.
Erg belangrijk is dat er voor en tussen de rondes niet onderling overlegd wordt en dat de anonimiteit van de deelnemende experts bewaard blijft.

****Duodecim-richtlijn**: Praktijkrichtlijnen ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze richtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd. Ze kunnen geraadpleegd worden via CEBAMlibrary/ EBMPracticeNet.

Bijlage 5: Samenvatting resultaten en commentaren ronde één ter terugkoppeling naar experten

1. Symptomatologie

De symptomen van burn-out staan als volgt beschreven in de niet-geadapteerde Duodecim richtlijn: Burn-out is geassocieerd met

- intense, overweldigende vermoeidheid
- cynische relatie ten opzichte van het werk
- verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde.

Een alternatieve verwoording:
De drie kernpunten van burn-out zijn

- overweldigende vermoeidheid
- cynische relatie en onverschilligheid t.o.v. de job
- gevoel van inefficiëntie en gebrek aan realisatie/ verwezenlijking

Stelling 1: Wat vindt u van de volgende stellingen in verband met de symptomatologie van burn-out?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De oorspronkelijk tekst is voldoende en mag blijven staan.	11	0	0	11	3	3	neen
De oorspronkelijke tekst kan beter vervangen worden door de alternatieve tekst.	11	0	0	11	1	5	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. 1/ intens mag weggelaten worden 2/ 'cynisch en/of onverschillig' 3/ verminderd gevoel van professionele bekwaamheid
2. 1/ uitputting die slepend is en zich niet herstelt 2/ niet ondersteunende context 3/ erosie van de ziel
3. De verwoording dient best zo concreet mogelijk te zijn.
4. Voor mij zit punt 3 van de alternatieve stelling sowieso vervat in punt 3 van de eerste stelling waardoor punt 3 van de eerste stelling sterker is dan punt 3 van de alternatieve stelling.
5. De vaak geassocieerde fysieke klachten (spierpijnen, hoofdpijn, gewrichtspijnen..) vind ik niet terug.
6. Bij punt 3 liever: uitdovende appreciatie van eigen professionele capaciteiten, omdat dat nadrukkelijker het schrijnende effect van burn-out schetst op het professionele welbevinden van de patiënt.
7. tijdsaspect meenemen in formulering en ik vind uitputting een meer adequate omschrijving dan vermoeidheid, gezien burn-out einde vormt van een continuüm.

→ In de 2e Delphironde zijn over dit thema nieuwe stellingen geformuleerd, aangezien er nog geen consensus bereikt is over symptomatologie en definitie van burn-out.

2. Definities

'Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Burn-out ontstaat wanneer aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt, en de toestand van stress verlengd wordt.'

Stelling 2: Wat vindt u van de vorige tekst in verband met stress en burn-out?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Deze tekst is correct.	11	0	0	11	3	5	neen
Deze tekst is volledig.	10	1	0	10	4	0	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Burn-out ontstaat als die laatste fase langer blijft bestaan en leidt tot gevoel v falen en niet meer voldoende energie kunnen opbrengen en cynisch worden tov werk en eigen functioneren.
2. burn-out heeft vooral ook met de duur van overmatige aanpassing en/of veranderingen te maken
3. ....de toestand van stress (maar ook de oorzaken..)
4. De toestand van stress wordt niet alleen verlengd. Het is een neerwaartse spiraal die vaak nav een een bepaalde gebeurtenis op het werk leidt tot een volledige instorting.
5. Stress maakt deel uit van het normale leven, de mens is DNA gewijs gemaakt voor stress. Voor de combinatie van een hoge chronische stress en een te snel repetitieve acute stress is onze hormoonhuishouding echter niet gewapend. Het stresssysteem faalt dan met burn-out symptomen tot gevolg
6. In deze tekst lijkt de volledige verantwoordelijkheid bij de patiënt te liggen, terwijl de werkomstandigheden een bijzonder grote rol spelen in deze energiestoornis

→In de 2e Delphironde wordt er hierover een nieuwe voorstel geformuleerd aangezien er nog geen consensus is.

Stelling 3: Wat vindt u van de volgende stellingen betreffende stress en burn-out?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Stress en burn-out bevinden zich in één spectrum.	11	0	0	11	1	7	neen
Overspanning bevindt zich in hetzelfde spectrum, gelegen tussen stress en burn-out.	10	1	1	9	0	6	We kijken naar Interval [5-9]: 88,88% en mediaan = 7, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:

1. Specificatie nodig: op werkvlak
2. 'stresscontinuüm'
3. hersteltijd is mogelijks verbindend patroon hier

4. continuüm met overloop
5. Perfectionisme (hoog verantwoordelijkheidsgevoel, hoge betrokkenheid, hoge standaarden, externe gerefereerdheid, bevestigingsdrang) als risicovolle persoonlijkheidsfactor om van stressvolle context te kunnen evolueren naar overspanning en burn-out

→In de 2e Delphironde wordt er een nieuw voorstel gedaan om het continuüm stress – overspanning- burn-out te verwoorden, aangezien er reeds consensus bereikt is dat overspanning zich tussen stress en burn-out bevindt.

Stelling 4: Wat vindt u van deze definitie van overspanning?

Definitie 'overspanning'
Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria:

1. Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
    a. moeheid
    b. gestoorde of onrustige slaap
    c. prikkelbaarheid
    d. niet tegen drukte/herrie kunnen
    e. emotionele labiliteit
    f. piekeren
    g. zich gejaagd voelen
    h. concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
2. Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
3. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
4. De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Deze definitie is correct	10	1	1	9	1	5	We kijken naar Interval [5-9]: 88,8% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Deze definitie is volledig	9	2	1	8	0	3	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. De link met psychiatrische stoornissen is niet bestaande. Oorzaak ligt in de aanwezigheid van constante hoge chronische stress en de snel repetitieve acute stress. Het menselijk systeem is hierop niet voorzien. Psychiatrisch pathologiseren van de patiënt brengt de hem niet aan een oplossing, zou in zekere zin zelfs iatrogene schade toebrengen. Het gaat om een kwetsbare persoonlijkheidsfactor, waarmee de burn-out patiënt nav zijn burn-out beter mee kan leren omgaan.
2. meestal "aanwijsbare" oorzaak
3. In het streven naar volledigheid wordt de definitie vaak te uitgebreid en te complex waardoor ze weer moeilijker te vatten is in onze manier van diagnose stelling.
4. punt 4 is 'moeilijk' geformuleerd

→In de 2e Delphironde wordt deze definitie niet geïncludeerd, aangezien er geen consensus is dat dit in de nieuwe versie moet toegevoegd worden (zie stelling 6)

Stelling 5: Wat vindt u van deze definitie van burn-out?

Definitie 'burn-out'

Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.

1. Er is sprake van overspanning (cfr infra)
2. De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.
3. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Punt 1. Is een voorwaarde om te spreken van burn-out	11	0	0	11	2	4	neen
Punt 2. Is een voorwaarde om te spreken van burn-out	10	0	0	11	2	7	We kijken naar Interval [5-9]: 81,1% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Punt 3. Is een voorwaarde om te spreken van burn-out	11	0	0	11	1	7	We kijken naar Interval [5-9]: 90,9% en mediaan = 8, dus relatieve consensus
Alle deze 3 punten moeten aanwezig zijn om tot de definitie van burn-out te komen	10	0	1	10	3	4	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Ik weet niet of er een strikte timing v 6 maanden noodzakelijk is. Voor sommigen zal reeds na een kortere periode kunnen gesproken worden van burn-out.
2. Te beperkt. Werkgerelateerd? Wat met cynisme en depersonalisatie?
3. maar gaan allemaal slechts over het eerste luik van burn-out, nl. 'intense vermoeidheid'; de definitie van burn-out beslaat 3 luiken
4. verlies in betekenis en zingeving ontbreekt
5. Eenvoudiger als definitie. Discussiepunt is tijdsduur van de klachten.
6. een burn-out is meer dan dat.
7. Cynisme en verminderde persoonlijke appreciatie van professionaliteit ontbreken in deze definitie
8. als je spreekt over burn-out moet er volgens mij per definitie sprake zijn van significante beperkingen in het beroepsmatig functioneren, als er enkel significante beperkingen zijn in het sociaal functioneren (cfr definitie overspanning) vind ik het zeer moeilijk om over burn-out te spreken
9. Ik weet niet of er een strikte timing v 6 maanden noodzakelijk is. Voor sommigen zal reeds na een kortere periode kunnen gesproken worden van burn-out.

→In de 2e Delphironde wordt deze definitie niet volledig meegenomen, omdat er geen consensus is over elke voorwaarde. De tijdslimiet van zes maanden wordt wel meegenomen naar de volgende ronde.

Stelling 6: Wat vindt van de volgende stellingen i.v.m. de voorgaande paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De huidige toelichting over stress en burn-out is voldoende voor in de geadapteerde richtlijn.	11	0	0	11	5	2	neen
De huidige tekst dient aangepast te worden met toelichting over het spectrum tussen stress en burn-out.	11	0	0	11	1	5	neen
De huidige tekst dient aangepast te worden met vermelding van overspanning als een deel van het spectrum van stress en burn-out.	11	0	0	11	1	4	neen
De huidige tekst dient aangevuld te worden met de nieuwe definitie van overspanning.	11	0	1	10	1	3	neen
De huidige tekst dient aangevuld te worden met de nieuwe definitie van burn-out.	11	0	0	11	1	7	We kijken naar Interval [5-9]: 81,1% en mediaan = 7, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:
Geen

→In de 2e Delphironde wordt er een nieuw voorstel tot adaptatie gedaan, rekening houdend met de opmerkingen uit voorgaande stellingen. .

3. Mogelijke beïnvloedbare factoren voor ontwikkeling burn-out

Stelling 7: Vindt u dat de volgende factoren mogelijk mee kunnen leiden tot burn-out?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Perfectionisme	11	0	0	11	0	8	ja
Hoge verwachtingen	11	0	0	11	0	9	ja
Nood aan erkenning	11	0	0	11	0	8	ja
Zichzelf wegcijferen om anderen gunstig te stemmen	11	0	0	11	0	7	We kijken naar Interval [5-9]: 90,9% en mediaan = 8, dus relatieve consensus

Gevoel van onvervangbaarheid	11	0	0	11	1	6	We kijken naar Interval [5-9]: 81,1% en mediaan = 8, dus relatieve consensus
Overschatting van draagkracht	11	0	0	11	1	7	We kijken naar Interval [5-9]: 90,9% en mediaan = 8, dus relatieve consensus
Vermijdende en passieve copingstrategie	11	0	0	11	0	6	We kijken naar Interval [5-9]: 100% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Gebrek aan sociale ondersteuning thuis	11	0	0	11	0	8	ja

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Werklast	11	0	0	11	0	9	ja
Fysiek uitputtend werk	11	0	0	11	1	6	We kijken naar Interval [5-9]: 90,9% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Cognitief belastend werk	11	0	0	11	0	7	We kijken naar Interval [5-9]: 100% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Emotionele betrokkenheid	11	0	0	11	0	9	ja
Administratieve overload	11	0	0	11	0	9	ja
Veel verantwoordelijkheid	11	0	0	11	2	8	ja

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Onduidelijkheid in de hiërarchie	11	0	0	11	0	10	ja
Problemen met bazen	11	0	0	11	1	9	ja
Vage taakomschrijving	11	0	0	11	0	10	ja
Beperkte autonomie of controle	11	0	0	11	0	11	Ja
Slechte communicatie	11	0	0	11	0	11	Ja
Beperkte positieve feedback	11	0	0	11	0	9	Ja
Slechte sfeer	11	0	0	11	0	10	Ja
Beperkte sociale ondersteuning	11	0	0	11	0	11	Ja

Slechte organisatie of verandering in de organisatie	11	0	0	11	0	10	Ja
Onduidelijkheid over doorgroeimogelijkheden/ promotie/ opslag	11	0	0	11	0	10	ja

Bijgevoegde commentaar:

1. Ik vind dit een risicovolle stelling, omdat deze zou kunnen suggereren dat dat 'verkeerde' gedragingen zijn. Voor sommige mensen zijn deze factoren net zeer positief…
2. kunnen mee leiden tot, maar zijn niet de oorzaak an sich
3. Al die factoren 'kunnen' meespelen, maar spelen daarom nt mee. Sociale ondersteuning thuis kan prima zijn en er kan toch een burn-out ontwikkelen. Onderschatting van de draagkracht, waardoor veel onzekerheid ontstaat, kan ook. Door overschatting brengt men zichzelf in het rood.
4. Noodzakelijk mee in de definitie van burn-out, maar graag ook het licht op het de-pathologiseren van dit gegeven. Perfectionisme, hoog verantwoordelijkheidsgevoel, hoge standaarden, hoge betrokkenheid zijn tegelijk een kwetsbaarheid én een kwaliteit. Burn-out patiënt emotioneel hygiënisch met deze persoonlijkheidsfactor leren omgaan ipv de patiënt te pathologiseren !!!!
5. afgaand op de instructie: "kunnen".
6. Net als emotioneel te weinig betrokken zijn, verveling, weinig uitdaging
7. kunnen mee leiden tot, maar zijn niet de oorzaak 'an sich' (afhankelijk van levensvisie, coping mechanismen,...)
8. Onevenwicht tussen draagkracht en draaglast. Op elk van de punten "overload".
9. Voor mensen met emotionele betrokkenheid (verantwoordelijkheidszin)naar het werk toe kunnen al deze factoren bijdragen tot ontwikkeling van burn-out
10. Kan leiden tot … Honderden mogelijkheden te bedenken. Het is het samenspel van verschillende factoren samen..
11. zeker belangrijke factoren
12. te kort aan gemeenschappelijk doel
13. Het is belangrijk om in te zien dat al deze factoren burn-out prone invloed hebben net op de werknemers die qua werkbetrokkenheid en arbeidsethos het hoogst scoren. Voor jobs worden mensen geselecteerd met hoge verantwoordelijkheidszin, hoge standaarden ed, dat vraagt om goede omkadering.
14. problemen met bazen is te vaag, ibid bij slechte sfeer, slechte communicatie

→In de 2e Delphironde wordt deze stelling niet hernomen, consensus is bereikt. Wel gaan we in de geadapteerde versie van de nieuwe richtlijn enkele risicofactoren genuanceerder weergeven, rekening houdend met de commentaren.

Stelling 8: Wat vindt u van de volgende stellingen met betrekking tot de paragraaf epidemiologie?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Het is nuttig om een lijst met mogelijke ontstaansfactoren, zoals in de vorige vraag, toe te voegen aan de huidige tekst.	11	0	1	10	1	7	ja

Het is noodzakelijk om een lijst met mogelijke ontstaansfactoren, zoals in de vorige vraag, toe te voegen aan de huidige tekst.	11	0	1	10	2	4	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Mits ze met de juiste inleiding wordt aangeboden. Factoren op zich zijn neutraal, de impact ervan kan verschillen van persoon tot persoon, van situatie tot situatie.
2. Duidelijk nadruk leggen op "mogelijk". Wat voor sommigen helpend is, is voor anderen een last...
3. een lijst toevoegen is vaak herkenbaarder voor hulpverlener en hulpvrager
4. Niet alleen toevoegen maar ook een consequentie aan koppelen: hoe ecologisch omgaan met high-standard arbeidskrachten: wat is de rol van het bedrijf, wat is de rol van de arbeidskracht en in deze: liever primair preventief dan curatief !!!
5. als er maar voldoende aandacht gegeven worden aan het concept interactie

→In de 2e Delphironde wordt dit niet hernomen, de lijst met mogelijke ontstaansfactoren wordt toegevoegd aan de geadapteerde richtlijn.

4. Preventiemaatregelen

Stelling 9: Wat vindt u van voorgaande paragraaf i.v.m. preventiemaatregelen?

Onder de preventiemaatregelen van de huidige richtlijn staat het volgende geschreven:

> 'Interventies gericht op individuen zijn mogelijks effectiever dan organisatorische interventies, maar de globale evidence is vrij zwak. '

Huidige evidence van dezelfde bron stelt het volgende:

> Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven matige stressreductie. Enkel verandering van werkschema kan stress verminderen, andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten.

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De nieuwe evidence mag weerhouden worden en in de plaats van de oorspronkelijke tekst genoteerd worden.	11	0	1	10	6	2	We kijken naar Interval [1-5]: 100% en mediaan = 3, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:

1. Is toch zeer afhankelijk van situatie. Als burn-out voornamelijk komt door conflicten en niet erkend worden ed, gaat een veranderd werkschema geen verandering brengen in welvoelen.
2. enkel verandering van werkschema is m.i. niet de gulden oplossing, wel verhogen van draagkracht, communicatie, enz...
3. simplistisch

4. Een combinatie van maatregelen kan helpen. Binnen het werk moet er meer veranderen dan alleen het werkschema.
5. Primair preventief rekening houden met de noden voor omkadering met high-standard werkkrachten en tegelijk deze mensen aan de slag laten gaan met de persoonlijke ecologie van hun standaarden (emotionele hygiëne) (ontwikkelingsgericht coachen van perfectionisme, in EBM-onderzoek KULeuven PPW prof Luyten)

→In de 2e Delphironde wordt een nieuw voorstel gedaan ter verwoording van de nieuwe evidentie, aangezien er consensus is dat de nieuwe evidentie zo niet mag weergegeven worden in de aangepaste richtlijn.

<u>Stelling 10</u>: Wat vindt u van de volgende stellingen i.v.m. de voorgaande preventiemaatregelen vermeld in de huidige richtlijn

Burn-out kan worden voorkomen door

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise.

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Voorgaande lijst met tips voor preventie is bruikbaar in de praktijk.	11	0	0	11	0	8	ja
Een lijst met tips voor preventie, zoals de voorgaande lijst, is nuttig voor de eindgebruiker van de richtlijn.	10	1	0	10	0	5	neen
Deze tips voor preventie worden best vervangen door een algemene aanbeveling.	11	0	1	10	2	2	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Kan beide? Algemene aanbeveling met dan 'sub-tips'?
2. concrete tips zijn handiger
3. Liever concrete tips dan algemene aanbeveling
4. Ook: appreciatie van hoge standaarden als een kwaliteit, die tegelijk risicofactor is, bewust mee omgaan

→In de 2e Delphironde wordt de lijst met tips behouden, wegens consensus. Deze wordt verwerkt in een nieuwe tekst, rekening houdend met de opmerkingen.

<u>Stelling 11</u>: Vindt u dat de volgende generieke aanbeveling i.v.m. preventie van burn-out de vorige lijst met tips kan vervangen

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Preventie van burn-out gebeurt door de oorzakelijke factoren per persoon te identificeren en aan te pakken.	11	0	0	11	5	5	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Door een klimaat te creëren waarin werkomgeving en werknemer in relatie staan met elkaar op een manier die beide kan versterken. Dat is voor elke situatie verschillend.
2. Akkoord, maar is wel zeer algemeen. Hier zijn dan bovenstaande tips wel noodzakelijk als aanvulling.
3. Individueel bevragen en behandelen is nodig, vervangt vorige lijst niet
4. Te vaag en te algemeen
5. Te vaag. Een checklist kan helpen bij de detectie.
6. Aanpakken, maar niet pathologiseren, wel positief connoteren en ontwikkelingsthema hierin onderzoeken
7. cfr vorige opmerking: met nadruk op interactie met werkomstandigheden
8. preventie gebeurt best op groeps- of organisatieniveau ipv op individueel niveau

→In de 2e Delphironde wordt een andere verwoording van deze aanbeveling voorgesteld, rekening houdend met de opmerkingen.

5. Differentiële diagnose

<u>Stelling 12:</u> Wat vindt u van deze differentiaal diagnose uit de huidige richtlijn van burn-out?

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (klinische aanwijzingen tussen haakjes)

- ernstige depressie (in het bijzonder wanneer er gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
- problematisch alcohol- en middelenmisbruik (bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk)
- zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
- stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
- gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid)
- sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties)
- somatisatiestoornis (meerdere somatische symptomen)
- persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)

- aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De differentiaal diagnose is correct.	11	0	0	11	0	7	We kijken naar Interval [5-9]: 100% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
De differentiaal diagnose is volledig.	11	0	0	11	1	3	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Vaak is er co-morbiditeit...
2. en het somatisch spoor als belangrijke factor? hersentumor, schildklierlijden, anemie, kanker, slaapapnoe...
3. Juist gedoseerd, welgeplaatst voldoende spaarzaam omgaan met het label 'psychiatrische aandoening'. Wat is de waarde van het etiket ' psychiatrische aandoening' als dit niet lijdt tot een duidelijke behandeling, als het enkel gaat om labeling????? Iatrogene schade!!!!
4. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd) - gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid) is een niet correcte omschrijving van GAS - sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties), geen correcte omschrijving van sociale angststoornis - persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig) en doen zich voor in alle relaties
5. depressie is in essentie een stemmingsstoornis terwijl burn-out in essentie een energiestoornis is

→In de 2e Delphironde wordt de huidige differentiële diagnose niet aangepast, aangezien er consensus is dat de huidige differentiële diagnose correct is.

Stelling 13: Wat vindt u van de klinische aanwijzingen, genoteerd tussen haakjes, bij deze differentiaal diagnose?

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (klinische aanwijzingen tussen haakjes)

- ernstige depressie (in het bijzonder wanneer er gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
- problematisch alcohol- en middelenmisbruik (bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk)
- zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
- stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
- gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid)
- sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties)
- somatisatiestoornis (meerdere somatische symptomen)
- persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)

- aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De huidige klinische aanwijzingen zijn correct.	10	1	0	10	1	3	neen
De huidige klinische aanwijzingen zijn overbodig.	10	1	1	9	3	1	neen
Het is in het algemeen noodzakelijk voor de eindgebruiker van de richtlijn dat de differentiaal diagnose verduidelijkt wordt met klinische aanwijzingen	10	1	0	10	0	7	ja

Bijgevoegde commentaar:

1. Klinische aanwijzingen zijn helpend, maar tegelijkertijd ook zeer beperkt.
2. de uitleg tussen haakjes zijn soms symptomen van nakende burn-out, maar geven eerder verwarring om een differentiële diagnose te stellen
3. zie vorige opmerkingen bij 23

→*In de 2e Delphironde worden nieuwe klinische aanwijzingen tussen haakjes gegeven, aangezien er een consensus is dat dit noodzakelijk is, maar geen consensus dat de klinische aanwijzingen correct zijn.*

6. Behandelingsmogelijkheden

Stelling 14: Wat vindt u van deze paragraaf m.b.t. individuele behandelingsmogelijkheden?

"De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten."

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Deze zin i.v.m. therapie is correct.	11	0	0	11	3	6	neen
Deze zin i.v.m. therapie is volledig.	11	0	0	11	4	1	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Leefstijl (valt dit mee onder stressmanagement?) Medicatie voor BO? Enkel ondersteunend in kader van neven-diagnoses?
2. aanpassingen organigram of andere zoals inschakelen arbeidspsycholoog e.d. zijn ook soms nodig
3. je hebt andere dingen nodig om te herstellen
4. Medicatie is enkel aan de orde voor verwikkelingen bij burn-out, coaching blijft uit het veld van de psychotherapie en plaatst mensen in hun kracht, aan de orde voor niet - verwikkelde burn-outs

→In de 2e Delphironde wordt deze stelling niet hernomen, consensus wordt namelijk bereikt in stelling 15

<u>Stelling 15:</u> Wat vindt u van volgende tekst ter vervanging van de paragraaf over individuele behandelingsmogelijkheden?

"Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie.

Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten."

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën.	10	1	0	10	1	8	ja
In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief.	11	0	0	11	2	6	We kijken naar Interval [5-9]: 81,8% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit.	11	0	0	11	0	9	ja
Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie.	11	0	1	10	0	9	ja
Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.	11	0	0	11	1	5	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Idem vorige opmerking: leefstijl? En wat met kine, vnl. relaxatie-kine? Wat met yoga?

2. CGT is vaak bestudeerd, maar het contact met de therapeut zelf eerder dan de therapievorm blijkt het belangrijkste. Benzo's worden best vermeden, liever eerder trazodone/melatonine/St.Janskruid/...
3. Graag dimensie rond het positieve effect van een crisis als burn-out : ..terug de regie van het leven op te nemen, maar nu in de gewenste richting
4. Medicatiegebruik hangt af van de andere technieken die de huisarts beheerst voor een niet-medicamenteuze aanpak.
5. Ontwikkelingsgericht coachen van perfectionisme is in EBM onderzoek
6. Benzodiazepine: er is onvoldoende onderzoek dat het ook lukt om dit kortstondig voor te schrijven binnen een behandeling die normaliter langdurend is.

→In de 2e Delphironde wordt enkel het laatste deel van het nieuwe voorstel in verband met individuele behandelingsmogelijkheden opnieuw bevraagd.

7. Werkonbekwaamheid

<u>Stelling 16:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. werkonbekwaamheid?

'Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.'

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Dit advies past niet in de Belgische zorgcontext en dient weggelaten te worden in de nieuwe richtlijn.	11	0	0	11	2	7	We kijken naar Interval [5-9]: 81,8% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
Dit advies wordt best veranderd naar volgende alternatieve tekst: 'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde ziekte.'	11	0	0	11	2	8	ja

Bijgevoegde commentaar:

1. Ik ken nieuwe wetgeving precies nog niet? Wat met alle verzekeringen waar BO geschrapt is (vb. gewaarborgd inkomen)?
2. ..en is het een gedeelde verantwoordelijkheid tussen werknemer en werkgever
3. Werkgerelateerde aandoening met noodzaak tot preventie op individueel en organisatieniveau. Werknemers in burn-out moeten langer betaald worden door werkgever: hogere motivatie van werknemer om effectief (en niet enkel op papier) met preventie aan de slag te gaan !!!! Cfr Nederlands systeem: arbeidsongeschiktheid wordt gedurende 2 jaar gedragen door de werkgever.

→In de 2e Delphironde wordt dit niet hernomen. Er is absolute consensus om de oorspronkelijke tekst te vervangen door 'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde ziekte.'

<u>Stelling 17:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. werkonbekwaamheid?

'Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.'

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Dit advies past niet in de Belgische zorgcontext en dient weggelaten te worden in de nieuwe richtlijn.	11	0	0	11	2	7	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Burn-out is geen ziekte, maar een tijdelijke status waarin men zich kan bevinden. Er is niet steeds een andere psychische stoornis aan de oorsprong en het doet er niet toe of dit niet relevant is voor de Belgische zorgcontext, het is gewoon fout, volgens mij.
2. het is een stressklacht, geen psychische 'stoornis'
3. het is niet alleen psychisch mijn stelling: burn-out is een uitwisselingsstoornis, tot het een stofwisselingsstoornis wordt in de hersenen (en het is NIET omdat 4.het nog niet in routine gemeten kan worden, dat het psychisch is de vraag is of we burn-out als een ziekte moeten beschouwen, dan wel een energiestoornis term ziekte dreigt een in wezen complex probleem te medicaliseren

→*In de 2e Delphironde wordt deze stelling opnieuw gevraagd en wordt een extra voorstel gedaan.*

8. Depressie en burn-out

<u>Stelling 18:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. behandeling?

'Psychische problemen zoals depressie, moeten actief worden behandeld.

Als een burn-out zich manifesteert als deel van een depressie of aanpassingsstoornis, dan wordt de nood aan behandeling en ziekteverzuim bepaald op basis van wat algemeen toepasbaar is in deze aandoeningen. '

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De huidige aanbeveling mag ongewijzigd blijven staan in de nieuwe richtlijn.	11	0	1	10	3	2	neen
Deze aanbeveling hoort niet thuis in de richtlijn burn-out en mag bijgevolg weggelaten worden in de nieuwe richtlijn.	10	1	1	9	0	2	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Depressie vermelden en bespreken als onderdeel van het stresscontinuüm is m.i. niet overbodig
2. hier weet ik het even niet
3. algemeen toepasbaar = we hebben onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor de tijd die nodig is om te herstellen en toe te werken naar re-integratie. opnieuw tewerkstellen: iedereen is het over eens liefst zo snel mogelijk, maar een te snelle re-integratie, kan zware claim leggen op herstel. opnieuw tewerkstellen hangt niet alleen af van de inschatting van de toestand van de patiënt, maar ook van de mate waarin de werksituatie effectief ziekmakend is en de mate waarin er bij de werkgever flexibiliteit en mogelijkheid is om de tewerkstelling aan te passen

→In de 2e Delphironde wordt deze stelling niet hernomen, aangezien er absolute consensus is over stelling 19, die een voorstel doet tot adaptatie van de paragraaf. Daarbij komt dat er een bijna-consensus was over stelling 18. De paragraaf wordt dus vervangen door de test onder stelling 19.

<u>Stelling 19:</u> Wat vindt u van volgende tekst ter aanpassing van deze paragraaf?

Alternatieve tekst: 'Indien er onderliggende psychische problemen, zoals bijvoorbeeld depressie, aanwezig zijn, moet deze prioritair en actief behandeld worden. '

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De huidige aanbeveling kan beter vervangen worden door de alternatieve tekst.	11	0	0	11	1	8	ja

Bijgevoegde commentaar:

1. Is dan de diagnose burn-out nog wel correct???
2. zeker nodig om goede testen te doen naar depressie en correct te behandelen; of de behandeling 'prioritair' is tov burn-out is de vraag en wat is 'actief' behandelen: psychotherapie en/of medicatie
3. alleen veronderstelt dit dat er een soort hiërarchie is in de co-morbiditeit

→In de 2e Delphironde wordt deze stelling weggelaten. Deze paragraaf wordt in de geadapteerde richtlijn aangepast.

<u>Stelling 20</u>: Wat vindt u van dit advies?

'Een ernstige toestand van depressie vereist vaak zelfs nog langer ziekteverzuim, omdat het langer duurt om de functionele capaciteit te herwinnen dan om de symptomen te doen verdwijnen.'

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Dit advies over depressie hoort niet thuis in de richtlijn	10	1	0	10	0	5	We kijken naar Interval [5-9]: 100% en mediaan

over burn-out en mag bijgevolg uit de richtlijn weggelaten worden.							= 7, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:

1. Niet altijd
2. Uit ervaring idd, het niet kunnen kiezen is hier bepalend
3. Uitkijken met te lang ziekteverzuim zonder andere dag invulling: vrijwilligerswerk aanmoedigen
4. Op basis van klinische ervaring (met dus beperkte wetenschappelijke waarde) is het mijns inziens niet de depressie die langer ziekteverzuim wettigt, omdat net daarin het reactiveren erg belangrijk is als onderdeel van de depressie. In mijn idee is het vaak andersom: zijn het de symptomen van burn-out die moeilijk te behandelen zijn

→*In de 2e Delphironde herhalen we deze stelling niet, aangezien relatieve consensus bereikt is.*

9. Doorverwijzing

<u>Stelling 21</u>: Wat vindt van volgende voorstellen i.v.m. de vetgedrukte woorden uit de vorige aanbeveling?

'De patiënt moet worden doorverwezen voor **psychiatrische** evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is **binnen 1-2 maanden** of als de diagnose onzeker blijft.'

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
In bovenstaande zin mag het woord '**psychiatrisch'** behouden worden.	11	0	0	11	6	2	We kijken naar Interval [1-5]: 81,8% en mediaan = 2, dus relatieve consensus
In bovenstaande zin kan men beter het woord '**psychiatrisch'** vervangen door '**psychodiagnostisch'**.	11	0	0	11	0	8	ja
In bovenstaande zin kan men beter het woord '**psychiatrisch'** weglaten en de zin als volgt aanpassen: De patiënt moet worden doorverwezen voor evaluatie bij een **psycholoog** als …	11	0	0	11	4	3	neen
In bovenstaande zin mag de tijdsspanne van **1-2 maanden** behouden worden.	11	0	0	11	5	3	neen
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **3-4 maanden**.	11	0	0	11	1	3	neen

In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **5-6 maanden**.	11	0	0	11	8	1	ja
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **7-12 maanden**	11	0	0	11	7	0	We kijken naar Interval [1-5]: 90,9 en mediaan = 2, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:

1. Als dit vanuit huisartsenstandpunt geschreven is, is "snelle" doorverwijzing toch wel noodzakelijk om andere diagnoses niet te missen.
2. Psychotherapeut in plaats van enkel psycholoog genoeg tijd nemen is belangrijk, maar op tijd bijsturen of doorverwijzen ook
3. In samenspraak met één van onze psychologen beslis ik of er advies van psychiater nodig is.
4. te lange tijdspanne voor verdergaand psyche-diagnostisch onderzoek doet mogelijks kostbare tijd verliezen en leiden tot meer chronificatie

→In de 2e Delphironde wordt psychiatrisch vervangen door psychodiagnostisch. De tijdspanne van 2-3 en 2-4 maanden wordt voorgesteld.

10. Behandelingsopties op de werkplaats

<u>Stelling 22</u>: Wat vindt u van de vertaling van 'labour protection system' in de huidige Nederlandstalige Duodecim richtlijn

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
'**Arbeidsbescherming systeem**' is een goede vertaling en mag behouden worden in de nieuwe richtlijn.	10	1	0	10	8	1	ja
'**Arbeidsgeneeskundige dienst**' is een betere vertaling en moet zo in de nieuwe richtlijn opgenomen worden.	11	0	0	11	3	3	Neen
'**Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk**' is een betere vertaling en moet zo in de nieuwe richtlijn opgenomen worden.	11	0	0	11	1	6	neen

Bijgevoegde commentaar:

1. Beide diensten tezamen (EN/OF) vermelden? Vaak werk je immers met beide samen...
2. Best gangbare termen gebruiken

3. Weet dat de bedrijfsarts wettelijk alleen een adviserende functie heeft en daardoor niks kan afdwingen bij de werkgever. Vaak zijn werkgevers en hun economische realiteit de grootste struikelblokken om dingen aangepast/veranderd te krijgen.

→In de 2e Delphironde stellen we voor om 'Arbeidsbescherming systeem' te vervangen door 'Dienst voor preventie en bescherming op het werk'.

<u>Stelling 23</u>: Wat vindt u van bovenstaande aanbevelingen i.v.m. de behandelingsmogelijkheden op het werk?

'De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek.

Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden, met inbegrip van groepsinterventies.

Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
'**De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek**', is een correcte aanbeveling.	11	0	0	11	1	8	Ja
'**Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden, met inbegrip van groepsinterventies**', is een correcte aanbeveling.	11	0	0	11	0	9	Ja
'**Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbeschermingssysteem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem**', is een correcte aanbeveling.	11	0	0	11	1	7	[7-9] 63,7%, We kijken naar Interval [5-9]: 81,8% en mediaan = 7, dus relatieve consensus

Bijgevoegde commentaar:

1. Inhoudelijk eerder wel OK, maar ongelukkig geformuleerd.
2. Dat is misschien wel allemaal waar, maar met de woorden "kan", "kunnen" is er nog geen enkele actie ondernomen. "moet het arbeidsbescherming systeem": zou fijn zijn als dit de realiteit was. Zie opmerking 32

→In de 2e Delphironde wordt deze stelling niet hernomen, consensus is bereikt.

Bijlage 6: Samenvatting resultaten en commentaren ronde twee ter informatie voor de experten

1. Definitie en ontstaansmechanisme van burn-out

'Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Burn-out ontstaat wanneer aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt, en de toestand van stress verlengd wordt.

Burn-out is geassocieerd met

- Intense, overweldigende vermoeidheid
- Cynische relatie ten opzichte van het werk
- Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde.'

Vanuit de eerste ronde is duidelijk geworden dat de huidige tekst aanpassing nodig heeft maar dat er nog geen eenduidigheid is over hoe. Er komt naar voren dat er best gesproken wordt over een continuüm, over de duur van klachten tot er van burn-out gesproken kan worden en dat ook het woord 'uitputting' krachtiger is dan enkel 'vermoeidheid'.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de huidige tekst:

'Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm. Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Als stress langer aanhoudt, kan overspanning ontstaan. Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt dan 6 maanden, kan burn-out ontstaan.

De kernsymptomen van burn-out zijn

- Gevoelens van moeheid en uitputting
- Cynische relatie ten opzichte van het werk
- Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde'

Stelling 1: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥70van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De nieuwe paragraaf is beter doordat volgende zin wordt toegevoegd: *'Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm'*. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	8	ja
De nieuwe paragraaf is beter doordat volgende zin wordt toegevoegd: '*Als stress langer aanhoudt, kan overspanning*	9	0	0	9	0	9	ja

ontstaan.' Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.							
De nieuwe paragraaf is beter doordat de tijdsduur wordt toegevoegd: 'Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt *dan 6 maanden*, kan burn-out ontstaan.' Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	7	ja
De nieuwe paragraaf is beter doordat 'Burn-out is geassocieerd met' vervangen wordt door '*De kernsymptomen van burn-out zijn'.* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	9	ja
De nieuwe paragraaf is beter doordat 'intense, overweldigende vermoeidheid' vervangen wordt door '*Gevoelens van moeheid en uitputting'.* Deze adaptatie 0mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	8	ja

Bijgevoegde commentaar:

Stelling 1 a:

In deze formulering vanuit stresscontinuüm lijkt het of overspanning te maken heeft met enkel de duurtijd en te weinig hersteltijd. Wat niet geïncludeerd is in deze benadering, is dat de oorzaak van overspanning meestal wél nog geduid kan worden, terwijl dit niet meer het geval is bij burn-out er daar vooral getwijfeld wordt aan de rol zelf (ben ik hier wel voor geschikt?) Deze meerlagigheid mogen we niet verliezen bij een lineaire voorstelling van stress continuüm.

Stelling 1 c:

Ik blijf twijfelen of we die 6 maanden zo arbitrair moeten houden. Het gaat over een aanhoudende overspanning, maar bij mensen met bv. reeds een burn-out in de voorgeschiedenis (die nog niet volledig gerecupereerd zijn) kan een kortere periode ook allicht tot burn-out leiden.

Stelling 1 e:

1. gevoelens van moeheid en uitputting' vind ik niet sterk genoeg. Ik zou het vervangen door 'intense, overweldigende vermoeidheid, uitputting
2. ik zou kiezen voor: ' Gevoelens van uitgesproken moeheid of uitputting'
3. misschien kan wel nog gesproken worden over 'extreme' moeheid?

→ Consensus is bereikt, alle nieuwe elementen worden weerhouden. Bij de kernsymptomen zal 'vermoeidheid' benadrukt worden en vervangen worden door 'uitgesproken vermoeidheid'.

2. Preventiemaatregelen

Onder de preventiemaatregelen van de huidige richtlijn staat het volgende geschreven:
Interventies gericht op individuen zijn mogelijks effectiever dan organisatorische interventies, maar de globale evidence is vrij zwak.*
Burn-out kan worden voorkomen door

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise. '

*Huidige evidence van dezelfde bron stelt het volgende:

> Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven matige stressreductie. Enkel verandering van werkschema kan stress verminderen,
> andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten.

In de vorige ronde was er consensus dat deze huidige evidence niet weerhouden kon worden in de nieuwe richtlijn. Hieronder volgt een voorstel om de nieuwe evidence genuanceerder weer te geven.

Er werd wel consensus bereikt om de bovenstaande lijst met preventiemaatregelen te behouden in de nieuwe richtlijn. Hierover volgen geen vragen meer.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de paragraaf preventie in de richtlijn:

'Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven stressreductie. Verder kan verandering van werkschema ook stress verminderen.

Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out (cfr. supra).
Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen:

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis

- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise.'

Stelling 2: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
In de nieuwe paragraaf over preventie is het beter om '*andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten'* te vervangen door '*Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out'*. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	8	1	0	8	0	8	ja
In de nieuwe paragraaf over preventie is het beter om 'Burn-out kan worden voorkomen door ' te vervangen door 'Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	8	ja

Bijgevoegde commentaar:

Stelling 2a:

1. liever 3 clusters in onderverdeling 1 persoonlijke factoren en context w-p/levensfase; 2 team (relationeel) én 3 organisatie (bv. chaotische werkomgeving)
2. de term 'werkschema' is niet duidelijk. Gaat het alleen over de werkplanning (inhoudelijk) of over het moment dat er gewerkt moet worden (ploegenwerk, onregelmatig uurrooster, volcontinu...). Beide kunnen een burn-out in de hand werken.

Stelling 2b:

1. als je persoonlijke waarden niet meer overeenkomen met de waarden van je bedrijf/werkomgeving... dat ga je nooit met preventie maatregelen kunnen benaderen...
2. de 5 punten volgend op 'een open werksfeer' mogen ook bij de tips opgenomen worden.
   → *Deze paragraaf wordt aangepast zoals voorgesteld, consensus is bereikt.*

3. Differentiaaldiagnose

Heden staat de differentiaaldiagnose van burn-out als volgt in de richtlijn:

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (klinische aanwijzingen tussen haakjes)

1. ernstige depressie (in het bijzonder wanneer er gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
2. problematisch alcohol- en middelenmisbruik (bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk)
3. zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
4. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
5. gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid)
6. sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties)
7. somatisatiestoornis (meerdere somatische symptomen)
8. persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
9. aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie 'vermoeidheid'
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787
In de eerste ronde is er consensus bereikt over dat de differentiaaldiagnose op zich wel correct is maar niet volledig. De klinische aanwijzingen daarentegen werden niet correct bevonden maar wel noodzakelijk voor de eindgebruiker van richtlijn.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de paragraaf differentiaaldiagnose in de richtlijn:

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn: (De klinische aanwijzingen tussen de haakjes geven symptomen aan die eerder voor de bijhorende diagnose pleiten en niet voor burn-out.)

1. Depressie (in het bijzonder wanneer er suïcidegedachten aanwezig zijn, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
2. problematisch alcohol- en middelenmisbruik (alcoholgeur, via heteroanamnese)
3. zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
4. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
5. gegeneraliseerde angststoornis (als de patiënt buitensporige angst en bezorgdheid kent, constante rusteloosheid)
6. sociale angststoornis (excessieve angst in bepaalde sociale situaties)
7. somatisatiestoornis (lichamelijke symptomen zonder duidelijke fysieke oorzaak)
8. persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
9. aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

Stelling 3: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
Het is beter om '(klinische aanwijzingen tussen haakjes) ' te vervangen door '(De klinische aanwijzingen tussen de haakjes geven symptomen aan die eerder voor de bijhorende diagnose pleiten en niet voor burn-out)'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	9	ja
Het is beter om bij differentiaaldiagnose **a**. 'ernstige depressie' te vervangen door 'depressie'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden	9	0	1	8	0	8	ja
De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **a**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	0	0	9	ja
De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **b**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	6	Relatieve consensus 88,8% in interval 5-9, mediaan 8.
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **c**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	2	7	1	5	Ja
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **d**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	8	ja
De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **e**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	2	7	ja
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **f**. is beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	1	8	0	8	ja
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **g**. is beter	9	0	0	9	1	8	ja

in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.							
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **h**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	8	ja
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **i**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	8	ja

Bijgevoegde commentaar:

Stelling 3 a:
Er zal altijd wel ergens een grijze zone blijven. Het feit dat men bij bepaalde symptomen ook aan andere diagnose moet denken is het belangrijkste.

stelling 3 b:
Bij ernstige depressie zouden zoveel symptomen moeten aanwezig zijn dat het verschil met burn-out meteen duidelijk is.

stelling 3 d:
1. Moeilijk om trefwoorden te geven
2. korte afwezigheden (vnl na het weekend) mag voor mij behouden blijven.
3. klinische tekens van gebruik (vb. alcoholgeur), aanwijzingen uit anamnese of heteroanamnese

Stelling 3 e:
1. Ook moeilijk om goede voorbeelden te geven
2. Ik twijfel aan de waarde van deze categorie, maw of deze categorie veel bijdraagt aan diagnosestelling. Belangrijker vind ik dat depressie leidt tot een continu gevoel over het grootste deel van de dag gedurende een langere periode

Stelling 3 f:
1. Stress maak je zelf. 2 personen in eenzelfde werksituatie hebben niet evenveel stress
2. zijn de duur van de stress (en/of de andere kenmerken ven burn-out) niet het belangrijkste differentiërende argument tussen 'stress' en 'burn-out'?

Stelling 3 g:
1. Angst van uiteenlopende zaken, niet zozeer de hoeveelheid. Je kan erg bang zijn van vb spinnen zonder een gegeneraliseerde angststoornis te hebben.
2. naast wat u al aangaf, is het time frame typisch voor gegeneraliseerde angst (6maanden). en het feit dat de angst zich over verschillende domeinen presenteert.

Stelling 3 i:
Somatisatie kan ook optreden bij aantoonbare lichamelijke pathologie maar waarbij de impact op het functioneren van de patiënt invasiever is dan normaliter verwacht mag worden

Stelling 3 k:
Ik ben niet zeker of ik de vraag goed begrepen heb

→ De commentaren in rekening gehouden, wordt bij differentiaal diagnose b: problematisch alcohol- en middelenmisbruik de huidige klinische aanwijzingen 'alcoholgeur, via heteroanamnese' vervangen door 'alcoholgeur en (hetero)anamnese'. Al de andere aanpassingen worden weerhouden zoals gesuggereerd.

4: Behandeling

Onder de behandelingsmogelijkheden van burn-out staat heden in de Duodecim richtlijn het volgende:

"De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten."
De volgende alternatieve tekst werd in de vorige ronde bevraagd:
'Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.'
Er was consensus over de eerste 4 zinnen van de alinea. Deze laatste zin heeft geen consensus:

'Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.'

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de laatste zin van deze paragraaf over individuele behandelingsmogelijkheden in de richtlijn:

'Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen.'

Stelling 4: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De aangepaste zin is beter dan de vorige suggestie en mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	2	7	ja

Bijgevoegde commentaar:

1. Gelijk welk medicijn men ook geeft, men induceert hiermee dat de "oplossing van het probleem" extern dient gevonden te worden en dat men niet uitgaat van de kracht van de patiënt om samen tot een oplossing te komen. Als trainer niet-medicamenteuze aanpak tracht ik steeds voldoende alternatieven aan te bieden. Bij zuivere burn-out lukt dit. Vaak zijn er onderliggende angststoornissen, persoonlijkheidsstoornis, depressie,...
2. medicatie plaatsen in de richtlijn zal enkel het al overmatige gebruik van deze medicatie voor situaties waarvoor ze niet opportuun zijn aanwakkeren, bovendien worden de benefits van relaxatie en stressmanagement door de patiënt niet voor volwaardig aanzien en boeten ze in impact en gepercipieerd belang
   → Consensus is bereikt, we weerhouden de aanpassing in deze paragraaf voor de geadapteerde richtlijn. We begrijpen de commentaren, maar we denken dat de bezorgdheid over medicatiegebruik reeds in de nieuwe verwoording van de paragraaf aanwezig is.

5: Werkonbekwaamheid

Volgend advies i.v.m. werkonbekwaamheid tgv. burn-out wordt in de huidige richtlijn gegeven

'Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.
Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.'

Na de eerste ronde is er consensus over de eerste alinea. Deze zal vervangen worden door volgende zin: 'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening.' Over de tweede alinea is tot op heden nog geen consensus. **We hebben twee mogelijke voorstellen om de tweede alinea aan te passen.**

Stelling 5: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De tweede alinea uit de paragraaf arbeidsongeschiktheid, wordt best weggelaten in de nieuwe richtlijn.	8	1	1	7	1	5	ja
De tweede alinea uit de paragraaf arbeidsongeschiktheid, wordt best vervangen door: 'In tegenstelling tot enkele andere Europese landen, is burn-out in België een geldige diagnose om iemand arbeidsongeschikt te verklaren.'	9	0	1	8	3	3	neen

Bijgevoegde commentaar:
geen

→ *De aanpassing zal zijn dat de tweede alinea wordt weggelaten, er komt ook geen toevoeging.*

6: Verwijzing

Volgende stelling bevindt zich in huidige richtlijn betreffende verwijzing.

'De patiënt moet worden doorverwezen voor psychiatrische evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is binnen 1-2 maanden of als de diagnose onzeker blijft.'
In deze zin wordt psychiatrisch vervangen naar psychodiagnostisch na bereiken van consensus in de vorige ronde. Over de termijn voor doorverwijzing is nog geen consensus bereikt na ronde één.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de termijn in deze paragraaf over verwijzing in de richtlijn:

'De patiënt moet worden doorverwezen voor psychodiagnostisch evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is binnen *** maanden of als de diagnose onzeker blijft.'

Stelling 6: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar *2-3 maanden*.	9	0	0	9	0	3	neen
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar *2-4 maanden*.	9	0	0	9	2	6	Neen. Mediaan 8; 77,7 % in interval 5-9.

Bijgevoegde commentaar:

1. maar is er sprake van conflict is een dringende afspraak/afstemming nodig tussen behandeld arts en arbeidsgeneesheer (thuis blijven helpt niet)
2. Ik benader deze patiënten multidisciplinair met ondersteuning van één van onze psychologen werkzaam binnen onze praktijk en in overleg met de arbeidsgeneeskundige dienst van de werknemer. Door onderling informatie uit te wisselen komen we sneller tot éénduidige diagnose en aanpak. Ik zou deze aanpak sterk aanbevelen aan de collega's.
3. Soms zal het zinnig zijn om vroeger te verwijzen. Dat kan mee te maken hebbende de wens van de patiënt of om klinische redenen. Is het niet zinvoller om een aantal criteria op te stellen waarbij verwijzing zinnig lijkt, eerder dan het tijdscriterium?
4. 4 maanden zonder enige evolutie is wel erg lang.

→ *Over de duur van klachten waarna verwijzing nodig is, is er geen consensus. In de vorige ronde werd duidelijk dat de tijdspanne voor verwijzing tussen 1 en 4 maanden moest liggen. Aangezien voor geen enkel interval (1-2 m, 3-4m, 2-3 m, 2-4m) consensus bereikt is, nemen we 2-4 maanden mee in de geadapteerde versie, aangezien er hier bijna consensus over is (mediaan 8; 78% in interval 5-9).*

7. Interventies op de werkplaats

De volgende stelling staat in de huidige richtlijn ivm interventies op de werkplaats.
'Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

Bij de eerste ronde was er consensus dat deze zin inhoudelijk correct is. De vertaling van labour protection system heeft nog geen consensus.

We stellen het volgende voor ter vertaling van de term 'labour protection system' in deze paragraaf over interventies op de werkplaats in de richtlijn:
'Als de werklast objectief onredelijk is, moet de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

Stelling 7: Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

	Totaal aantal antwoorden	Aantal ontbrekende antwoorden	Aantal antwoorden "onvoldoende expertise"	Aantal te verwerken antwoorden	Aantal antwoorden met score 1-3 en score 7-9		Consensus bereikt? (≥ 70% van antwoorden tussen 1-3 of 7-9?)
					Score 1-3	Score 7-9	
De vertaling '*Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk'* is beter dan '*arbeidsbescherming systeem'*. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden	9	0	0	9	1	5	Relatieve consensus. Mediaan 8; 88,8% tussen interval 5-9.

Bijgevoegde commentaar

1. het zoeken naar een oplossing van het probleem
2. de preventieadviseur arbeidsgeneesheer en de preventieadviseur psychologen van de externe diensten voor preventie op het werk hebben wettelijk gezien alleen een adviserende taak. Als de werkgever nt wenst in te gaan op hun advies hebben zij geen enkele mogelijkheid meer om welke rol dan ook te spelen. Als de werkgever daarentegen open staat voor advies kan zij een zeer belangrijke taak waarnemen. In die zin heb ik problemen met het woordje 'moet'.
3. verbeterde voorstel : '.... moet de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, arbeidsgeneesheer /of de Human Resources afdeling (of een combinatie van deze diensten) een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem'
4. Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk is maar één van de mogelijkheden. Ik zou er van maken '... dan moet de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk of de arbeidsgeneesheer of de Huma
   - De praktijk van deze diensten voor bescherming en preventie op het werk is dat de bedrijven die hierbij aangesloten zijn, 'broodheer' zijn van deze diensten. Enkel als bedrijven zélf de langdurige arbeidsongeschiktheden door burn-out van hun personeel (mee) zullen moeten bekostigen (dus langer dan 1 maand!!!) maken de preventiemaatregelen kans in bedrijven waar de preventiemaatregelen het meest noodzakelijk zijn. Anders blijven deze bedrijven in de niemandsland-zone van 'de preventie-wet opvolgen op papier, niet in praktijk . Deze arbeidsongeschiktheid dient dan uiteraard, net als nu, voorgeschreven door een onafhankelijk behandelend geneesheer,
5. Misschien kan er ook iets vermeld worden over wiens verantwoordelijkheid het is om die dienst te contacteren?

→ Relatieve consensus is bereikt. We willen wel rekening houden met de commentaren. We zouden de zin als volgt aanpassen: 'Als de werklast objectief onredelijk is, kan de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk een centrale rol spelen bij het zoeken naar een oplossing voor het probleem'.

Bijlage 7: Vragenlijst ronde één (in het onderzoek via online websurvey)

Geachte

Hartelijk dank voor uw deelname aan de Delphi-studie i.k.v. adaptatie van de Duodecim* richtlijn Burn-out. De huidige versie kan u terugvinden op volgende link:
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918 .

Graag willen we nog eerst uw aandacht vestigen op het feit dat de Delphi-methode een manier is om met experten tot consensus te komen. Experten moeten elk afzonderlijk stellingen beantwoorden in **maximaal 3 rondes van telkens een 15-tal minuten**. Na elke ronde wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de vorige ronde. Op deze manier zouden na elke ronde de antwoorden van de verschillende experts steeds dichter bij elkaar moeten komen, tot consensus bereikt wordt.

Erg belangrijk is dat er voor en tussen de rondes niet onderling overlegd wordt tussen de deelnemende experts en dat zij onderling hun anonimiteit bewaren gedurende het onderzoek.

***Duodecim-richtlijn**: Praktijkrichtlijnen ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze richtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd. Ze kunnen geraadpleegd worden via CEBAMlibrary/ EBMPracticeNet.

Stap 1: Demografische factoren:

---

1. Geslacht:
    a. Man
    b. Vrouw
2. Leeftijd:
    ***
3. Functie:
    1. Huisarts
    2. Arbeidspsycholoog
    3. Klinisch psycholoog
    4. Arbeidsgeneesheer
    5. Psychiater
    6. Andere ***
4. Aantal jaren praktijk in deze functie:
    ***
5. Heeft u een bijkomende opleiding over burn-out gevolgd? Zo ja, welke?
    ***
6. Hoeveel mensen met burn-out ziet u gemiddeld per week?
    ***
7. Zijn er conflicterende belangen? (conflicts of interest)
    ***

Voorbeeldvraag (komende uit KCE rapport nummer 165: 'Burn-out bij huisartsen')

Stelling 0: Wat vindt u van volgende maatregel om burn-out bij huisartsen te voorkomen of te verminderen?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De stelling bevindt zich hier.	**1** Helemaal niet akkoord	**2** **Niet akkoord**	**3** Eerder niet akkoord	**4** Onbeslist, eerder neigend naar niet	**5** **Onbeslist** neutraal	**6** Onbeslist, eerder neigend naar wel	**7** Eerder wel akkoord	**8** **Wel akkoord**	**9** Helemaal wel akkoord	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen: ***

bv. Ik ben akkoord maar vind dit vaag. Zelf vind ik vooral belangrijk dat in alle wachtdienstregio's van Vlaanderen de wachtposten in werking treden.

Stap 2: Start met de stellingen:

De symptomen van burn-out staan als volgt beschreven in de niet-geadapteerde Duodecim richtlijn:

Burn-out is geassocieerd met

- intense, overweldigende vermoeidheid
- cynische relatie ten opzichte van het werk
- verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde.

<u>Stelling 1:</u> Wat vindt u van de volgende stellingen in verband met de symptomatologie van burn-out?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De oorspronkelijk tekst is voldoende en mag blijven staan.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De oorspronkelijke tekst kan beter vervangen worden door onderstaande tekst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

De drie kernpunten van burn-out zijn

- overweldigende vermoeidheid
- cynische relatie en onverschilligheid t.o.v. de job
- gevoel van inefficiëntie en gebrek aan realisatie/ verwezenlijking

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Verdere toelichting van het begrip burn-out en het verschil met stress, wordt als volgt omschreven in de huidige Duodecim richtlijn:

'Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Burn-out ontstaat wanneer aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt, en de toestand van stress verlengd wordt.'

<u>Stelling 2:</u> Wat vindt u van de vorige tekst in verband met stress en burn-out?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Deze tekst is correct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Deze tekst is volledig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

<u>Stelling 3:</u> Wat vindt u van de volgende stellingen betreffende stress en burn-out?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Stress en burn-out bevinden zich in één spectrum.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Overspanning bevindt zich in hetzelfde spectrum, gelegen tussen stress en burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Hier volgt een definitie van overspanning:

Definitie 'overspanning'
Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria.

1. Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:

    b. moeheid
    c. gestoorde of onrustige slaap
    d. prikkelbaarheid
    e. niet tegen drukte/herrie kunnen
    f. emotionele labiliteit
    g. piekeren
    h. zich gejaagd voelen

i. concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.

2. Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.

3. Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

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

<u>Stelling 4:</u> Wat vindt u van deze definitie van overspanning?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Deze definitie is correct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Deze definitie is volledig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Hier volgt een alternatieve definitie van burn-out:

Definitie 'burn-out'
Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.

1. Er is sprake van overspanning (cfr infra)
2. De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.
3. Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

<u>Stelling 5:</u> Wat vindt u van deze definitie van burn-out?
waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Punt 1. is een voorwaarde om te spreken over burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Punt 2. is een voorwaarde om te spreken over burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Punt 3. is een voorwaarde om te spreken over burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Al deze drie punten moeten aanwezig zijn om tot de definitie van burn-out te komen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Nu volgt de bevraging van hoe men de ganse paragraaf over stress en burn-out best noteert in de aangepaste, vernieuwde richtlijn.

Verdere toelichting van het begrip burn-out en het verschil met stress, wordt als volgt omschreven in de huidige Duodecim richtlijn:

'Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Burn-out ontstaat wanneer aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt, en de toestand van stress verlengd wordt.'

<u>Stelling 6:</u> Wat vindt van de volgende stellingen i.v.m. de voorgaande paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige toelichting over stress en burn-out is voldoende voor in de geadapteerde richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

***

1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige tekst dient aangepast te worden met toelichting over het spectrum tussen stress en burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

***

1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige tekst dient aangepast te worden met vermelding van overspanning als een deel van het spectrum van stress en burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen
***

1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige tekst dient aangevuld te worden met de nieuwe definitie van overspanning.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen
***

1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige tekst dient aangevuld te worden met de nieuwe definitie van burn-out.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Heden staat er onder de paragraaf epidemiologie van de Duodecim richtlijn het volgende:

> 'Burn-out verschijnt niet van de ene dag op de andere. Het ontwikkelt zich daarentegen geleidelijk door de interactie tussen iemands persoonlijkheid, zijn werk en de werkomgeving.'

<u>Stelling 7:</u> Vindt u dat de volgende factoren mogelijk mee kunnen leiden tot burn-out?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

A: persoonlijke factoren:

Perfectionisme	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Hoge verwachtingen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Nood aan erkenning	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Zichzelf wegcijferen om anderen gunstig te stemmen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Gevoel van onvervangbaarheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Overschatting van draagkracht	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Vermijdende en passieve copingstrategie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Gebrek aan sociale ondersteuning thuis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

B. Werkfactoren:

Werklast	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Fysiek uitputtend werk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Cognitief belastend werk	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Emotionele betrokkenheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Administratieve overload	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Veel verantwoordelijkheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

C. Werkomgevingsfactoren:

Onduidelijkheid in de hiërarchie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Problemen met bazen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Vage taakomschrijving	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Beperkte autonomie of controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Slechte communicatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Beperkte positieve feedback	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Slechte sfeer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Beperkte sociale ondersteuning	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Slechte organisatie of verandering in de organisatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Onduidelijkheid over doorgroeimogelijkheden/ promotie/ opslag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Heden staat er onder de paragraaf epidemiologie van de Duodecim richtlijn het volgende:

'Burn-out verschijnt niet van de ene dag op de andere. Het ontwikkelt zich daarentegen geleidelijk door de interactie tussen iemands persoonlijkheid, zijn werk en de werkomgeving.'

<u>Stelling 8:</u> Wat vindt u van de volgende stellingen met betrekking tot de paragraaf epidemiologie?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Het is nuttig om een lijst met mogelijke ontstaansfactoren, zoals in de vorige vraag, toe te voegen aan de huidige tekst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Het is noodzakelijk om een lijst met mogelijke ontstaansfactoren, zoals in de vorige vraag, toe te voegen aan de huidige tekst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Onder de preventiemaatregelen van de huidige richtlijn staat het volgende geschreven:

> 'Interventies gericht op individuen zijn mogelijks effectiever dan organisatorische interventies, maar de globale evidence is vrij zwak. '

Huidige evidence van dezelfde bron stelt het volgende:

Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven matige stressreductie. Enkel verandering van werkschema kan stress verminderen, andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten.

<u>Stelling 9:</u> Wat vindt u van voorgaande paragraaf i.v.m. preventiemaatregelen?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De nieuwe evidence mag weerhouden worden en in de plaats van de oorspronkelijke tekst genoteerd worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
***	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Onder de preventiemaatregelen worden in de huidige richtlijn de volgende praktische tips aangehaald:

Burn-out kan worden voorkomen door

1. het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
2. de mogelijkheid om "nee" te zeggen
3. het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
4. zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
5. de eigen grenzen toe te geven
6. een goede relatie thuis
7. werkrelaties op het werk
8. een open werksfeer
9. consistente carrièreontwikkeling
10. een ondersteunende werkgever
11. duidelijke definities van de werkopdrachten
12. het eigen werk als zinvol ervaren
13. onderhouden van expertise.

<u>Stelling 10</u>: Wat vindt u van de volgende stellingen i.v.m. de voorgaande preventiemaatregelen vermeld in de huidige richtlijn?

Waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Voorgaande lijst met tips voor preventie is bruikbaar in de praktijk.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Een lijst met tips voor preventie, zoals de voorgaande lijst, is nuttig voor de eindgebruiker van de richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Deze tips voor preventie worden best vervangen door een algemene aanbeveling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

<u>Stelling 11</u>: Vindt u dat de volgende generieke aanbeveling i.v.m. preventie van burn-out de vorige lijst met tips kan vervangen?

Preventie van burn-out gebeurt door de oorzakelijke factoren per persoon te identificeren en aan te pakken.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

De differentiaal diagnose van burn-out wordt in de huidige richtlijn als volgt omschreven:

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (klinische aanwijzingen tussen haakjes)

a. ernstige depressie (in het bijzonder wanneer er gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
b. problematisch alcohol- en middelenmisbruik (bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk)
c. zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
d. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
e. gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid)

f. sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties)
g. somatisatiestoornis (meerdere somatische symptomen)
h. persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
i. aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'
https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

Stelling 12: Wat vindt u van deze differentiaal diagnose uit de huidige richtlijn van burn-out?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De differentiaal diagnose is correct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De differentiaal diagnose is volledig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Stelling 13: Wat vindt u van de klinische aanwijzingen, genoteerd tussen haakjes, bij deze differentiaal diagnose?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige klinische aanwijzingen zijn correct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De huidige klinische aanwijzingen zijn overbodig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Het is in het algemeen noodzakelijk voor de eindgebruiker van de richtlijn dat de differentiaal diagnose verduidelijkt wordt met klinische aanwijzingen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Onder de behandelingsmogelijkheden van burn-out staat heden in de Duodecim richtlijn het volgende:

"De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten."

Stelling 14: Wat vindt u van deze paragraaf m.b.t. individuele behandelingsmogelijkheden?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Deze zin i.v.m. therapie is correct.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Deze zin i.v.m. therapie is volledig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Nu volgt de bevraging van hoe men de voorgaande paragraaf over individuele behandeling best noteert in de aangepaste, vernieuwde richtlijn.

Onder de behandelingsmogelijkheden van burn-out staat heden in de Duodecim richtlijn het volgende:

"De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten."

Stelling 15: Wat vindt u van volgende tekst ter vervanging van de paragraaf over individuele behandelingsmogelijkheden?

"Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie.
Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten."

Gelieve per zin aan te geven of u akkoord bent met de verwoording of niet.

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Volgend advies i.v.m. werkonbekwaamheid ten gevolge van burn-out wordt in de huidige richtlijn gegeven:

> 'Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.'

<u>Stelling 16:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. werkonbekwaamheid?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Dit advies past niet in de Belgische zorgcontext en dient weggelaten te worden in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Dit advies wordt best veranderd naar volgende alternatieve tekst: 'Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde ziekte.'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Volgend advies i.v.m. werkonbekwaamheid ten gevolge van burn-out wordt in de huidige richtlijn gegeven:

> 'Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.'

<u>Stelling 17:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. werkonbekwaamheid?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Dit advies past niet in de Belgische zorgcontext en dient weggelaten te worden in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Onder behandeling van burn-out staat in de huidige versie van de richtlijn:

> 'Psychische problemen zoals depressie, moeten actief worden behandeld.
>
> Als een burn-out zich manifesteert als deel van een depressie of aanpassingsstoornis, dan wordt de nood aan behandeling en ziekteverzuim bepaald op basis van wat algemeen toepasbaar is in deze aandoeningen.

<u>Stelling 18:</u> Wat vindt u van vorig advies i.v.m. behandeling?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De huidige aanbeveling mag ongewijzigd blijven staan in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Deze aanbeveling hoort niet thuis in de richtlijn burn-out en mag bijgevolg weggelaten worden in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar volgende stelling

Nu volgt de bevraging van hoe men de voorgaande paragraaf over individuele behandeling best noteert in de aangepaste, vernieuwde richtlijn.

Onder behandeling van burn-out staat in de huidige versie van de richtlijn:

> ‘Psychische problemen zoals depressie, moeten actief worden behandeld.
>
> Als een burn-out zich manifesteert als deel van een depressie of aanpassingsstoornis, dan wordt de nood aan behandeling en ziekteverzuim bepaald op basis van wat algemeen toepasbaar is in deze aandoeningen.

<u>Stelling 19:</u> Wat vindt u van volgende tekst ter aanpassing van deze paragraaf?

Alternatieve tekst: ‘Indien er onderliggende psychische problemen, zoals bijvoorbeeld depressie, aanwezig zijn, moet deze prioritair en actief behandeld worden. ‘

De huidige aanbeveling kan beter vervangen worden door de alternatieve tekst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar ‘volgende stelling’

Volgende uitspraak over depressie wordt gemaakt in de huidige richtlijn over burn-out:

‘Een ernstige toestand van depressie vereist vaak zelfs nog langer ziekteverzuim, omdat het langer duurt om de functionele capaciteit te herwinnen dan om de symptomen te doen verdwijnen.’

<u>Stelling 20</u>: Wat vindt u van dit advies?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Dit advies over depressie hoort niet thuis in de richtlijn over burn-out en mag bijgevolg uit de richtlijn weggelaten worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar ‘volgende stelling’

Volgende stelling bevindt zich in de huidige richtlijn betreffende verwijzing:

> ‘De patiënt moet worden doorverwezen voor **psychiatrische** evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is **binnen 1-2 maanden** of als de diagnose onzeker blijft.’

<u>Stelling 21</u>: Wat vindt van volgende voorstellen i.v.m. de vetgedrukte woorden uit de vorige aanbeveling?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

In bovenstaande zin mag het woord '**psychiatrisch'** behouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter het woord '**psychiatrisch'** vervangen door '**psychodiagnostisch'**.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter het woord '**psychiatrisch'** weglaten en de zin als volgt aanpassen: De patiënt moet worden doorverwezen voor evaluatie bij een **psycholoog** als …	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin mag de tijdsspanne van **1-2 maanden** behouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **3-4 maanden**.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **5-6 maanden**.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar **7-12 maanden**.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

Onderstaande stelling staat als volgt in de huidige richtlijn met betrekking tot de werklast:

'Als de werklast objectief onredelijk is, moet het **arbeidsbescherming systeem** een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

<u>Stelling 22</u>: Wat vindt u van de vertaling van 'labour protection system' in de huidige Nederlandstalige Duodecim richtlijn?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

'**Arbeidsbescherming systeem**' is een goede vertaling en mag behouden worden in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
'**Arbeidsgeneeskundige dienst**' is een betere vertaling en moet zo in de nieuwe richtlijn opgenomen worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
'**Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk**' is een betere vertaling en moet zo in de nieuwe richtlijn opgenomen worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

De omschrijving van behandelingsmogelijkheden op de werkplaats in de huidige richtlijn is als volgt weergegeven:

'De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek.

Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden, met inbegrip van groepsinterventies.

Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

<u>Stelling 23</u>: Wat vindt u van bovenstaande aanbevelingen i.v.m. de behandelingsmogelijkheden op het werk?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

'**De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek**', is een correcte aanbeveling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

'**Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden, met inbegrip van groepsinterventies**', is een correcte aanbeveling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
'**Als de werklast objectief onredelijk is, moet het arbeidsbescherming systeem een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem**', is een correcte aanbeveling.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'voltooien survey'

Wij vragen nog uw contactgegevens door te geven om deelname aan een volgende ronde te garanderen. Men kan enkel uitgenodigd worden wanneer men aan de eerste ronde deelnam.

Via deze contactgegevens zullen we de tussentijdse resultaten meedelen, waarop voortgebouwd wordt in de volgende ronde.

Ook zullen we het eindresultaat meedelen na het afronden van dit project, indien u dit wenst.

☒ Ik hoef het eindresultaat niet per mail te ontvangen.

Uw antwoorden worden te allen tijde anoniem verwerkt en niet doorgegeven aan derden.

Naam: ***

Emailadres:***

Telefoonnummer:***

Bijlage 8: Vragenlijst ronde twee (in het onderzoek via online websurvey)

Geachte

Hartelijk dank voor uw deelname aan onze Delphi-studie over de adaptatie van de Duodecim richtlijn Burn-out. Welkom in de tweede ronde. Deze ronde gaat voort op de vragen waar nog geen consensus over bereikt is in de eerste ronde. De hoeveelheid vragen zijn ditmaal beperkt tot 7 stellingen. U zal opmerken dat de stellingen per paragraaf bevraagd zullen worden. Hiervoor is gekozen omdat de formulering op die manier in een groter kader geschetst en bevraagd kan worden.

Zo u het niet eens bent met de stelling, vragen we u ook zeker het vak voor opmerkingen in te vullen opdat we, zo nodig, nog een laatste verfijning kunnen doorvoeren.

Alvast bedankt voor uw medewerking

Mvg,

Astrid Deneffe en Magali Vercammen

---

1. Heden staat er in de richtlijn het volgende over de definitie en het ontstaansmechanisme van burn-out:

'Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Burn-out ontstaat wanneer aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt, en de toestand van stress verlengd wordt.

Burn-out is geassocieerd met

- Intense, overweldigende vermoeidheid
- Cynische relatie ten opzichte van het werk
- Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde.'

Vanuit de eerste ronde is duidelijk geworden dat de huidige tekst aanpassing nodig heeft maar dat er nog geen eenduidigheid is over hoe. Er komt naar voren dat er best gesproken wordt over een continuüm, over de duur van klachten tot er van burn-out gesproken kan worden en dat ook het woord 'uitputting' krachtiger is dan enkel 'vermoeidheid'.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de huidige tekst:

'Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm. Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. *Als stress langer aanhoudt, kan overspanning ontstaan.* Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt *dan 6 maanden*, kan burn-out ontstaan.

De kernsymptomen van burn-out zijn

- *Gevoelens van moeheid en uitputting*
- Cynische relatie ten opzichte van het werk
- Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde'

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De nieuwe paragraaf is beter doordat volgende zin wordt toegevoegd: *'Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm'*. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De nieuwe paragraaf is beter doordat volgende zin wordt toegevoegd: '*Als stress langer aanhoudt, kan overspanning ontstaan.'* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De nieuwe paragraaf is beter doordat de tijdsduur wordt toegevoegd: 'Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt *dan 6 maanden*, kan burn-out ontstaan.' Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De nieuwe paragraaf is beter doordat 'Burn-out is geassocieerd met' vervangen wordt door '*De kernsymptomen van burn-out zijn'.* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De nieuwe paragraaf is beter doordat 'intense, overweldigende vermoeidheid' vervangen wordt door '*Gevoelens van moeheid en uitputting'.* Deze adaptatie mag in de	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

nieuwe richtlijn weerhouden worden.										

Opmerkingen

Per deelvraag werd een opmerkingenveld voorzien

Knop naar 'volgende stelling'

2. Onder de preventiemaatregelen van de huidige richtlijn staat het volgende geschreven:

'Interventies gericht op individuen zijn mogelijks effectiever dan organisatorische interventies, maar de globale evidence is vrij zwak.*

Burn-out kan worden voorkomen door

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise. '

*Huidige evidence van dezelfde bron stelt het volgende:

Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven matige stressreductie. Enkel verandering van werkschema kan stress verminderen, *andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten.*

In de vorige ronde was er consensus dat deze huidige evidence niet weerhouden kon worden in de nieuwe richtlijn. Hieronder volgt een voorstel om de nieuwe evidence genuanceerder weer te geven.

Er werd wel consensus bereikt om de bovenstaande lijst met preventiemaatregelen te behouden in de nieuwe richtlijn. Hierover volgen geen vragen meer.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de paragraaf preventie in de richtlijn:

'Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven stressreductie. Verder kan verandering van werkschema ook stress verminderen.

Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out (cfr. supra).

Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen:

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise.'

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

In de nieuwe paragraaf over preventie is het beter om '*andere organisationele interventies hebben geen duidelijke effecten'* te vervangen door '*Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out'.* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In de nieuwe paragraaf over preventie is het beter om 'Burn-out kan worden voorkomen door ' te vervangen door 'Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

3. Heden staat de differentiaaldiagnose van burn-out als volgt in de richtlijn:

- 'Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (klinische aanwijzingen tussen haakjes)

    a. ernstige depressie (in het bijzonder wanneer er gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
    b. problematisch alcohol- en middelenmisbruik (bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk)
    c. zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
    d. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
    e. gegeneraliseerde angststoornis (zich zorgen maken over de prestaties, constante rusteloosheid)
    f. sociale angststoornis (vermoeidheid in sociale situaties)
    g. somatisatiestoornis (meerdere somatische symptomen)
    h. persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
    i. aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

- Somatische differentiaaldiagnostiek: zie 'vermoeidheid' https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787 '

In de eerste ronde is er consensus bereikt over dat de differentiaaldiagnose op zich wel correct is maar niet volledig. De klinische aanwijzingen daarentegen werden niet correct bevonden maar wel noodzakelijk voor de eindgebruiker van richtlijn.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de paragraaf differentiaaldiagnose in de richtlijn:

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn: (*De klinische aanwijzingen tussen de haakjes geven symptomen aan die eerder voor de bijhorende diagnose pleiten en niet voor burn-out.)*

    a. *Depressie* (in het bijzonder *wanneer er suicidegedachten aanwezig zijn*, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)
    b. problematisch alcohol- en middelenmisbruik (*alcoholgeur, via heteroanamnese*)
    c. zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
    d. stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
    e. gegeneraliseerde angststoornis (*als de patiënt buitensporige angst en bezorgdheid kent*, constante rusteloosheid)
    f. sociale angststoornis (*excessieve angst* in bepaalde sociale situaties)
    g. somatisatiestoornis (*lichamelijke symptomen zonder duidelijke fysieke oorzaak*)
    h. persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
    i. aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid' https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

Het is beter om '(klinische aanwijzingen tussen haakjes) ' te vervangen door '(De klinische aanwijzingen tussen de haakjes geven symptomen aan die eerder voor de bijhorende diagnose pleiten en niet voor burn-out)'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
Het is beter om bij differentiaaldiagnose **a**. 'ernstige depressie' te vervangen door 'depressie'. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **a**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **b**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **c**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **d**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

De klinische aanwijzingen bij differentiaaldiagnose **e**. zijn beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **f**. is beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **g**. is beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **h**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
De klinische aanwijzing bij differentiaaldiagnose **i**. mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Per deelvraag werd een opmerkingenveld voorzien

Knop naar 'volgende stelling'

---

4. Onder de behandelingsmogelijkheden van burn-out staat heden in de Duodecim richtlijn het volgende:

"De behandeling wordt individueel gepland en kan bijvoorbeeld, stress management, medicatie of psychotherapie omvatten."

De volgende alternatieve tekst werd in de vorige ronde bevraagd:

‘Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief. Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie, mindfulness en fysieke activiteit. Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.’

Er was consensus over de eerste 4 zinnen van de alinea. Deze laatste zin heeft geen consensus:
‘Enige uitzondering hierop is dat benzodiazepines eventueel kortstondig kunnen gebruikt worden ter symptoombestrijding zoals slaapproblemen en spanningsklachten.’

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de laatste zin van deze paragraaf over individuele behandelingsmogelijkheden in de richtlijn:
‘*Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen*.’

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De aangepaste zin is beter dan de vorige suggestie en mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar ‘volgende stelling’

---

5. Volgend advies i.v.m. werkonbekwaamheid ten gevolge van burn-out wordt in de huidige richtlijn gegeven:

‘Volgens de huidige classificatie van ziekten, is burn-out een symptoomdiagnose die geen compensatie vereist van de kant van de werkgever. De ziekteverzekering vereist dat het verlies van werkgeschiktheid een gevolg is van een ziekte.

Als de patiënt arbeidsongeschikt is als gevolg van een burn-out, kan zijn of haar toestand worden beschouwd als een ziekte, en de hoofddiagnose is een soort van psychische stoornis (bijvoorbeeld, een toestand van depressie, aanpassingsstoornis, somatoforme stoornis). Burn-out kan worden geregistreerd als een bijkomende diagnose.’

Na de eerste ronde is er consensus over de eerste alinea. Deze zal vervangen worden door volgende zin: ‘Sinds 2016 erkent de federale overheid van België burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening.’ Over de tweede alinea is tot op heden nog geen consensus. We hebben twee mogelijke voorstellen om de tweede alinea aan te passen.

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De tweede alinea uit de paragraaf arbeidsongeschiktheid, wordt best weggelaten in de nieuwe richtlijn.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

De tweede alinea uit de paragraaf arbeidsongeschiktheid, wordt best vervangen door: 'In tegenstelling tot enkele andere Europese landen, is burn-out in België een geldige diagnose om iemand arbeidsongeschikt te verklaren.'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

6. Volgende stelling bevindt zich in de huidige richtlijn betreffende verwijzing:

> 'De patiënt moet worden doorverwezen voor *psychiatrische* evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is *binnen 1-2 maanden* of als de diagnose onzeker blijft.'

In deze zin wordt psychiatrisch vervangen naar psychodiagnostisch na bereiken van consensus in de vorige ronde. Over de termijn voor doorverwijzing is nog geen consensus bereikt na ronde één.

We stellen het volgende voor ter aanpassing van de termijn in deze paragraaf over verwijzing in de richtlijn:
'De patiënt moet worden doorverwezen voor *psychodiagnostisch* evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is *binnen *** maanden* of als de diagnose onzeker blijft.'

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?
waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar *2-3 maanden*.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden
In bovenstaande zin kan men beter de tijdsspanne aanpassen naar *2-4 maanden*.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'volgende stelling'

7. Onderstaande stelling staat als volgt in de huidige richtlijn met betrekking tot de interventies op de werkplaats:

'Als de werklast objectief onredelijk is, moet het *arbeidsbescherming systeem* een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

Bij de eerste ronde was er consensus dat deze zin inhoudelijk correct is. De vertaling van *labour protection system* heeft nog geen consensus.

We stellen het volgende voor ter vertaling van de term 'labour protection system' in deze paragraaf over interventies op de werkplaats in de richtlijn:
'Als de werklast objectief onredelijk is, moet *de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk* een centrale rol spelen bij het oplossen van het probleem.'

Wat vindt u van de formulering van deze paragraaf?

waarbij 1 = helemaal niet akkoord en 9 = helemaal wel akkoord

De vertaling '*Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk'* is beter dan '*arbeidsbescherming systeem'*. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

Knop naar 'voltooien survey'

Burn-out

- Basisinformatie
- Epidemiologie
- Symptomen en diagnose
- Behandeling
- Preventie van burn-out
- Zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'

Basisinformatie

- Burn-out is geen ziekte, maar een syndroom. Het mag niet gemedicaliseerd worden.
- Depressie en burn-out overlappen elkaar (1). Burn-out kan een uitlokkende factor zijn in de ontwikkeling van depressie. Depressie wordt actief behandeld zoals in andere gevallen (zie 'depressie'). Vermoeidheid, meestal aanwezig bij burn-out en depressie, kan echter ook een symptoom zijn van een somatische ziekte(zie 'vermoeidheid').

Epidemiologie

Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm. Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Als stress langer aanhoudt, kan overspanning ontstaan. Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt dan 6 maanden, kan burn-out ontstaan (2).

Burn-out verschijnt niet van de ene dag op de andere. Het ontwikkelt zich daarentegen geleidelijk door de interactie tussen iemands persoonlijkheid, zijn werk en de werkomgeving.

Hieronder volgt een niet-exhaustieve (3, 4, 5) lijst van factoren die mogelijks mee kunnen leiden tot burn-out:

A. persoonlijke factoren:

- Perfectionisme
- Hoge verwachtingen
- Nood aan erkenning
- Zichzelf wegcijferen om anderen gunstig te stemmen
- Gevoel van onvervangbaarheid
- Onevenwicht in draagkracht en draaglast
- Coping strategie (bv. vermijdend of passief)
- Gebrek aan sociale steun thuis

B. werkfactoren:

- Werklast
- Fysiek uitputtend werk
- Cognitief belastend werk
- Emotionele betrokkenheid
- Administratieve overload
- Veel verantwoordelijkheid

C. Werkomgevingsfactoren:

- Onduidelijkheid in de hiërarchie
- Problemen met bazen
- Vage taakomschrijving
- Beperkte autonomie of controle
- Slechte communicatie
- Beperkte positieve feedback
- Slechte sfeer
- Beperkte sociale ondersteuning
- Slechte organisatie of verandering in de organisatie
- Onduidelijkheid over doorgroeimogelijkheden, promotie en opslag

Symptomen en diagnose

- De kernsymptomen van burn-out zijn (6):

    - Gevoelens van uitgesproken vermoeidheid en uitputting
    - Cynische relatie ten opzichte van het werk
    - Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde'

- Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn:
  (De klinische aanwijzingen tussen haakjes geven symptomen aan die eerder voor de respectievelijke diagnose pleiten en niet voor burn-out.)

    - Depressie (in het bijzonder wanneer er suïcidegedachten aanwezig zijn, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn) (1)
    - problematisch alcohol- en middelenmisbruik (alcoholgeur, via (hetero)anamnese) (7)
    - zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
    - stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
    - gegeneraliseerde angststoornis (als de patiënt buitensporige angst en bezorgdheid kent, constante rusteloosheid)
    - sociale angststoornis (excessieve angst in bepaalde sociale situaties)
    - somatisatiestoornis (lichamelijke symptomen zonder duidelijke fysieke oorzaak)
    - persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen zijn het hele volwassen leven aanwezig)
    - aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

- Somatische differentiaaldiagnostiek: zie Duodecim richtlijn 'vermoeidheid'
  https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787

Behandeling

- De oorzaken en gevolgen van burn-out worden individueel beoordeeld.
- Het is belangrijk om rekening te houden met de subjectieve ervaring van de patiënt en om zich vertrouwd te maken met zijn of haar levensomstandigheden.
- Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën. In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief (2,8,9,10). Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie (8,10) mindfulness (10,11) en fysieke activiteit (8). Bij de

individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen (2,8).
    - Het vereist meestal een paar dagen en nachten om het slaapritme van de patiënt te normaliseren.
    - Goed slapen is belangrijk (12).
    - Ernstige vermoeidheid die de functionele capaciteit belemmert bijvoorbeeld in associatie met een aanpassingsstoornis vereist een ziekteverlof van 2-3 weken.
- Ziekteverzuim is geen vervanging voor behandeling en follow-up. Maak regelmatig afspraken met de patiënt.
- Als de patiënt een burn-out heeft zonder psychiatrische of somatische ziekte en hij/zij heeft verlof nodig, dan is de oplossing niet een ziekteverzuim, maar vermindering van de werklast of andere regelingen van de werktaken. Houd rekening met alle verschillende vormen van dergelijke regelingen die mogelijk gemaakt zijn door de sociale zekerheid of door de werkgever.

- Sinds 2016 is de federale overheid van België van plan om burn-out officieel als werkgerelateerde aandoening te erkennen.
- Indien er onderliggende psychische problemen, zoals depressie, aanwezig zijn, moet deze prioritair en actief behandeld worden (1).
- De patiënt moet worden doorverwezen voor psychodiagnostisch evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is binnen 2-4 maanden of als de diagnose onzeker blijft (8).

- Als de werklast objectief onredelijk is, kan de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk een centrale rol spelen bij het zoeken naar een oplossing voor het probleem.
- De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek.
- Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden (13), met inbegrip van groepsinterventies (14).

Preventie van burn-out

Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven stressreductie. Verder kan verandering van werkschema ook stress verminderen (10).
Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out (cfr. supra).

Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen:

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise.

Supervisie van het werk kan burn-out voorkomen bij minstens het gezondheidszorgpersoneel en het onderwijzend personeel.

Referenties

1. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A et al. The relationship between job-related burn-out and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. J Affect Disord 2005 sep;88(1):55-62.
2. Verschuren CM, Nauta CM, Bastiaanssen MH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJ, et al. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) [Internet]. 2011 Sep. Beschikbaar via: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf. Geraadpleegd december 2015.
3. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011 Nov;108(46):781-7.
4. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A.
5. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
6. Maslach et al. Job burnout. Annu. Rev. Psychol. 2001.
7. Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. Addiction 2006 Oct;101(10):1438-43.
8. Work Loss Data Institute. Mental illness & stress. Encinitas (C A): Work Loss Data Institute; 2015 Dec 17. Various p.
9. British Occupational Health Research Foundation. Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations [Internet]. 2005. Beschikbaar via: http://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf. Geraadpleegd december 2015.
10. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev[Internet]. 2015 Apr 7; (4). Beschikbaar via: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub5/full. Geraadpleegd januari 2016.
11. de Vibe M, Bjørndal A, Tipton E, Hammerstrøm K, Kowalski K. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults. Campbell Systematic Reviews. 2012;8(3).
12. Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ, van Doornen LJ. Invloed van slapen op symptoom verbetering en terugkeer naar het werk in de klinische burn-out. Scand J Work Environ Health 2008 Feb;34(1):23-32.
13. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occup Environ Med 2006 May;63(5):335-42.
14. Salmela-Aro K, Näätänen P, Nurmi JE. De rol van werkgerelateerde persoonlijke projecten tijdens twee interventies burn-out: een longitudinale studie. Work Stress 2004;18:208-230.

Bijlage 10: Richtlijn versie EBM*Practice*Net

Introductie en achtergrond

Burn-out is tegenwoordig een fel besproken fenomeen in de eerste lijn. De oorspronkelijke Finse richtlijn voor burn-out was beschikbaar in België via EBMPracticeNet. Echter had deze nood aan herziening en aanpassing aan de Belgische zorgcontext. De richtlijn was beperkt onderbouwd en vermoedelijk ook deels op consensus gebaseerd. Er werd gestart met een zoektocht doorheen de wetenschappelijke literatuur, doch al snel bleek dat er weinig evidentie van goede kwaliteit voorhanden was (jan 2017). Om tot een betere en gevalideerde consensus te komen werd een Delphi-studie uitgevoerd onder experten in burn-out. Hierbij werd enerzijds zo veel mogelijk wetenschappelijke evidentie uit de literatuurstudie bevraagd. Anderzijds werd de tekst via deze studie ook gedeeltelijk aangevuld met de visies van de experten. Onderstaande kernboodschappen zijn het resultaat van deze procedure.

Doelgroep van de richtlijn

De richtlijn heeft de huisartsen in België als doelgroep.

Patiëntenpopulatie

De patiëntenpopulatie omvat personen die zich manifesteren met burn-out klachten op consultatie in de eerstelijnsgeneeskunde.

Klinische vragen: hun kernboodschap, toelichting en basis tot aanbeveling

Klinische vraag 1: Wat zijn de criteria om te spreken van burn-out?

Kernboodschap:

- De kernsymptomen van burn-out zijn[1] (Grade 2C):
    - Gevoelens van uitgesproken vermoeidheid en uitputting
    - Cynische relatie ten opzichte van het werk
    - Verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde'
- Stress, overspanning en burn-out bevinden zich in een stress continuüm. Burn-out is niet hetzelfde als stress op het werk. Stress ontstaat wanneer een persoon zich probeert aan te passen aan zijn werklast, en dit is niet volledig negatief. Als stress langer aanhoudt, kan overspanning ontstaan. Zo aanpassing alleen niet volstaat, een normalisatie niet bereikt wordt en de toestand van stress en overspanning langer duurt dan 6 maanden, kan burn-out ontstaan[2] (Good Practice Point (GPP)).

Toelichting:

Een vaste definitie van burn-out bestaat niet. De meest gebruikte is echter die van Maslach[1], waarop hier voort gegaan wordt.

De drie kernsymptomen die hier aangehaald worden, moeten allen aanwezig zijn. Deze kernsymptomen worden aangevuld met een tekst over het verschil tussen stress, overspanning en burn-out. Voor de gebruiker van de richtlijn, zou dit een hulp kunnen zijn om de patiënt te kunnen situeren in het stress continuüm.

Basis tot aanbeveling:

De evidentie wordt hier teruggebracht op de meest geciteerde definitie, met name die van Maslach[1]. Licht verschillende versies werden getoetst bij de Delphi-procedure om tot de meest accurate vorm te komen. Zo werd 'intense, overweldigende vermoeidheid' vervangen door 'gevoelens van uitgesproken vermoeidheid en uitputting'.

De oorspronkelijke tekst uit de Finse Duodecim richtlijn vermeldt het verschil tussen stress en burn-out. Het onderscheid tussen overspanning en burn-out wordt in 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[2] aangehaald. De termijn van zes maanden wordt ook door de Nederlandse richtlijn naar voor geschoven. In onze consensusprocedure worden de drie termen samengenomen als een stress continuüm.

Klinische vraag 2a: Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burn-out?

Kernboodschap:

Burn-out verschijnt niet van de ene dag op de andere. Het ontwikkelt zich daarentegen geleidelijk door de interactie tussen iemands persoonlijkheid, zijn werk en de werkomgeving.

Hieronder volgt een niet-exhaustieve[3-5] lijst van factoren die mogelijks mee kunnen leiden tot burn-out (GPP):

A. persoonlijke factoren:
- Perfectionisme
- Hoge verwachtingen
- Nood aan erkenning
- Zichzelf wegcijferen om anderen gunstig te stemmen
- Gevoel van onvervangbaarheid
- Onevenwicht in draagkracht en draaglast
- Coping strategie (bv. vermijdend of passief)
- Gebrek aan sociale steun thuis

B. werkfactoren:
- Werklast
- Fysiek uitputtend werk
- Cognitief belastend werk
- Emotionele betrokkenheid
- Administratieve overload
- Veel verantwoordelijkheid

C. Werkomgevingsfactoren:
- Onduidelijkheid in de hiërarchie
- Problemen met bazen
- Vage taakomschrijving
- Beperkte autonomie of controle
- Slechte communicatie
- Beperkte positieve feedback
- Slechte sfeer
- Beperkte sociale ondersteuning
- Slechte organisatie of verandering in de organisatie
- Onduidelijkheid over doorgroeimogelijkheden, promotie en opslag

Toelichting:

De eerste alinea geeft een korte beschrijving van de cofactoren die mee kunnen leiden tot burn-out. Deze lijst probeert de gebruiker van de richtlijn te voorzien van een tool om met de patiënt te overlopen. De bedoeling is om na te gaan waar mogelijke punten voor preventie zich situeren die dat eventueel aangepakt kunnen of moeten worden.

Basis tot aanbeveling:

De eerste zin gaat uit van de oorspronkelijke richtlijn. Deze werd aangevuld met een niet-exhaustieve lijst van mogelijke cofactoren voor het ontstaan van burn-out. Deze werd opgesteld met behulp van drie artikels die deze cofactoren ook beschreven[3-5]. Elke factor die hier terug te vinden is, werd voorgesteld en weerhouden tijdens de Delphi-procedure.

Klinische vraag 2b: Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burn-out te voorkomen?

Kernboodschap:

Cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie geven stressreductie. Verder kan verandering van werkschema ook stress verminderen[6] (Grade 2C).
Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden a.d.h.v. de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out (cfr. supra)(GPP).

Hieronder volgen enkele voorbeelden van concrete tips om burn-out te voorkomen (GPP):

- het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken
- de mogelijkheid om "nee" te zeggen
- het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen
- zijn/haar fysieke conditie te verzorgen
- de eigen grenzen toe te geven
- een goede relatie thuis
- werkrelaties op het werk
- een open werksfeer
- consistente carrièreontwikkeling
- een ondersteunende werkgever
- duidelijke definities van de werkopdrachten
- het eigen werk als zinvol ervaren
- onderhouden van expertise.

Supervisie van het werk kan burn-out voorkomen bij minstens het gezondheidszorgpersoneel en het onderwijzend personeel.

Toelichting:

De eerste alinea brengt de wetenschappelijke achtergrond wat betreft preventie rond burn-out naar voren. De kerngedachten van stressvermindering worden hier benadrukt. In de tweede alinea zijn er meer concrete voorbeelden waar er potentiële werkpunten kunnen schuilen voor de patiënt. De bedoeling is om deze na te gaan en met de patiënt te kijken waar verandering nodig en mogelijk is.

Basis tot aanbeveling:

De eerste paragraaf is een genuanceerdere verwoording van de systematic review van cochrane over ‘Preventing occupational stress in healthcare workers’ versie 2015[6]. Deze formulering is bekomen na consensus in de Delphi-procedure.

De oplijsting van enkele tips waren reeds voorheen in de oorspronkelijke richtlijn aanwezig. Zij hadden geen duidelijke bron. In de Delphi- studie werd deze lijst als bruikbaar bestempeld en opteerden de experten om deze lijst te houden in de geadapteerde richtlijn.

Klinische vraag 3: Wat is de psychiatrische differentieel diagnose voor burn-out?

Kernboodschap:

Veel voorkomende psychiatrische differentiaaldiagnoses zijn (GPP):

(De klinische aanwijzingen tussen de haakjes geven symptomen aan die eerder voor de bijhorende diagnose pleiten en niet voor burn-out.)

- Depressie (in het bijzonder wanneer er suïcidegedachten aanwezig zijn, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)[7]
- problematisch alcohol- en middelenmisbruik (alcoholgeur, via (hetero)anamnese)[8]
- zogenaamde atypische depressie (bijvoorbeeld emotioneel gekwetst worden op de werkplek leidt tot sterke stemmingswisselingen)
- stress stoornissen (een duidelijke externe uitlokkende factor moet worden geïdentificeerd)
- gegeneraliseerde angststoornis (als de patiënt buitensporige angst en bezorgdheid kent, constante rusteloosheid)
- sociale angststoornis (excessieve angst in bepaalde sociale situaties)
- somatisatiestoornis (lichamelijke symptomen zonder duidelijke fysieke oorzaak)
- persoonlijkheidsstoornis (het functioneren kan variëren, maar de problemen waren het hele volwassen leven aanwezig)
- aanpassingsstoornissen (identificeerbare externe stressfactor die onverwacht het functioneren verstoort)

Toelichting:

De lijst met differentiaaldiagnoses is niet exhaustief. De voornaamste gelijkaardige beelden worden hier opgesomd. De belangrijkste verschillen tussen burn-out en de vernoemde diagnoses worden benadrukt tussen haakjes. Dit zijn echter niet de enige symptomatologie van de desbetreffende diagnose.

Basis tot aanbeveling:

Deze lijst gaat grotendeels terug op de oorspronkelijke aanbeveling. Deze had geen gekende bronnen. Bij nazicht van de klinische aanwijzingen, werd duidelijk dat deze aanwijzingen geïnspireerd waren door de DSM criteria. Zowel de diagnoses als de klinische aanwijzingen werden getoetst aan expertopinie aan de hand van de Delphi-methode voor consensus.
Enkel kleine aanpassingen of toevoegingen zijn na consensus ingevoerd zoals bijvoorbeeld, 'ernstige depressie' wordt vervangen door 'depressie' met ook toevoeging van 'suïcidegedachten' bij de klinische aanwijzing van depressie.

Klinische vraag 4: Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden?

Kernboodschap:

Psychotherapie en stressmanagement zijn goede individuele therapieën (GPP).
In de wetenschappelijke literatuur komt cognitieve gedragstherapie naar voren als meest effectief [2,6,9,10] (GRADE 2C).
Stressmanagement kan ook behulpzaam zijn onder vorm van meditatie[6,9] (GPP) mindfulness[6,11] (GRADE 2C) en fysieke activiteit[9] (GPP).
Bij de individuele behandeling is er in principe geen indicatie voor het gebruik van medicatie. Uitzonderlijk kan men kortstondig medicamenteuze ondersteuning bieden voor slaap- en spanningsproblemen[2,9] (GPP).
Goed slapen is belangrijk[12] (GRADE 2C).

De patiënt moet worden doorverwezen voor psychodiagnostisch evaluatie als er geen noemenswaardige verbetering is binnen 2-4 maanden of als de diagnose onzeker blijft (GPP)[9].

Toelichting:

Er bestaat geen evidence-based behandeling die voor élke burn-out patiënt effectief is. Veel hangt af van de oorzaken die tot burn-out geleid hebben.
Stressmanagement en psychotherapie kan overwogen worden voor de behandeling op individueel niveau. Hoe dit juist wordt ingevuld, hangt af van de noden en de voorkeuren van de individuele patiënt.
Medicatie heeft geen plaats in de behandeling van burn-out, wat anders is dan in de oorspronkelijke richtlijn.

De huisarts werkt nu al vaak multidisciplinair samen rond de burn-out patiënt, waarbij reeds vanaf het begin meerdere gezondheidsmedewerkers betrokken zijn(vb. met een psycholoog in de praktijk). Indien dit niet het geval is, is het te overwegen om door te verwijzen naar een interne of externe psycholoog/psychiater/therapeut na 2-4 maanden, als beterschap uitblijft.

Basis tot aanbeveling:

Cognitieve gedragstherapie vinden we als individuele behandeling bij burn-out patiënten het frequentste terug in de literatuur [2,6,9,10]. Ook stressmanagement staat als belangrijke pijler beschreven [6,9,11]. Gelijkgestemde aanbevelingen over medicatiegebruik bij burn-out zijn terug te vinden in onze twee geselecteerde richtlijnen. ('Mental illness & stress' en 'Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out'). Met deze literatuur in achterhoofd herschreven we de oorspronkelijke paragraaf, waarin stressmanagement, psychotherapie en medicatie als evenwaardige alternatieven werden voorgesteld. Expertoordeel volgend, werd de zin over medicatie nog herschreven, waardoor het duidelijker werd dat dit zeker niet aanbevolen wordt bij Burn-out. 'Goed slapen is belangrijk' verving na het literatuuronderzoek het oorspronkelijke 'goed slapen is essentieel', aangezien dit de juiste aanbeveling was bij het nalezen van de bron[12].

De nood aan verwijzing vinden we terug in de Amerikaanse richtlijn van de Work Loss Data Institute[9]. Op basis van consensus werd de termijn van 2-4 maanden vastgelegd en werd de oorspronkelijke term 'psychiatrisch' vervangen door 'psychodiagnostisch'.

Klinische vraag 5: Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

Kernboodschap:

- Als de werklast objectief onredelijk is, kan de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk een centrale rol spelen bij het zoeken naar een oplossing voor het probleem. (GPP)
- De hoeveelheid en de belasting van werktaken kan worden beïnvloed door interventies gericht op de werkplek. (GPP)
- Als de arbeidsgeneeskundige diensten overtuigd zijn dat burn-out prevalent is op de betrokken arbeidsplaats, kunnen acties worden gepland om dit te beïnvloeden[13], met inbegrip van groepsinterventies[14]. (GPP)

Toelichting:

Burn-out is een werkgerelateerde ziekte. Interventies op de werkplaats lijken dan ook vanzelfsprekend belangrijk.

Elke werkgever moet een Dienst voor Preventie en Bescherming op het werk aanstellen. Belangrijk is dat deze dienst op de hoogte gebracht wordt indien een werknemer aan burn-out lijdt. Wie dit doet, kan best met de patiënt zelf besproken worden.
Indien de werklast heel hoog ligt, of burn-out prevalent is, kan deze dienst het probleem aankaarten aan de werkgever en de werkgever adviseren over mogelijke interventies.
Het is dan aan de werkgever deze adviezen daadwerkelijk in acht te nemen of in de wind te slaan. Hij is namelijk niet verplicht deze adviezen op te volgen.

Basis tot aanbeveling:

Literatuur over interventies op de werkplek bij burn-out is heel schaars en van lage kwaliteit. Aangezien er geen goede literatuur voorhanden was, hebben we aan de inhoud van de oorspronkelijke aanbeveling niets veranderd.

Wel hebben we met de Delphi-techniek de verwoording van de eerste aanbeveling aangepast. Zo werd 'labour protection system' oorspronkelijke vertaald als 'arbeidsbescherming systeem'. Expertconsensus werd bereikt dat 'Diens voor Preventie en Bescherming op het Werk' een betere vertaling is. Verder werd in dezelfde zin het woord 'moet' vervangen door 'kan'. Dit vonden de experten inhoudelijk correcter, omdat de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk enkel een adviserende functie heeft.

Planning voor updates

Een nieuwe literatuurupdate is aan te raden om de 3 jaar. Zolang wetenschappelijke evidentie beperkt blijft, wordt een herhaling van een Delphi-procedure na maximum 5 jaar geadviseerd.

Referenties

1. Maslach et al. Job burn-out. Annu. Rev. Psychol. 2001.
2. Verschuren CM, Nauta CM, Bastiaanssen MH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJ, et al. één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) [Internet]. 2011 Sep. Beschikbaar via: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf. Geraadpleegd december 2015.
3. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011 Nov;108(46):781-7.
4. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak - synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165A.
5. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009 Nov 14;374(9702):1714-21.
6. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev[Internet]. 2015 Apr 7; (4). Beschikbaar via: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub5/full. Geraadpleegd januari 2016.
7. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burn-out and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. J Affect Disord 2005 sep; 88 (1):55-62.
8. Ahola K, Honkonen T, Pirkola S, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E et al. Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population. Addiction 2006 Oct;101(10):1438-43.
9. Work Loss Data Institute. Mental illness & stress. Encinitas (C A): Work Loss Data Institute; 2015 Dec 17. Various p.
10. British Occupational Health Research Foundation. Workplace interventions for people with common mental health problems: Evidence review and recommendations [Internet]. 2005. Beschikbaar via: http://www.bohrf.org.uk/downloads/cmh_rev.pdf. Geraadpleegd december 2015.
11. de Vibe M, Bjørndal A, Tipton E, Hammerstrøm K, Kowalski K. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults. Campbell Systematic Reviews. 2012;8(3).
12. Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ, van Doornen LJ. Invloed van slapen op symptoom verbetering en terugkeer naar het werk in de klinische burn-out. Scand J Work Environ Health 2008 Feb;34(1):23-32.
13. Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. Occup Environ Med 2006 May;63(5):335-42.
14. Salmela-Aro K, Näätänen P, Nurmi JE. De rol van werkgerelateerde persoonlijke projecten tijdens twee interventies burn-out: een longitudinale studie. Work Stress 2004;18:208-230.

Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Dr. Astrid Deneffe: Huisarts in opleiding, KULeuven
Dr. Magali Vercammen, Huisarts in opleiding, KULeuven

Dr. Marc Van Nuland, promotor, verbonden aan het ACHG, KU Leuven
Dr. Nicole Dekker, co-promotor, verbonden aan CHA, UAntwerpen

Alle betrokken partijen hebben verklaard geen belangenconflicten te hebben.

Bijlage 11: Ethische commissie

Aanvraag ethische commissie:

Burnout: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische situatie.

Student(en): Magali Vercammen, Astrid Deneffe

Promotor: Marc Van Nuland (marc.vannuland@kuleuven.be - u0040434 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: monocentrisch

De opdrachtgever is: academisch (universiteit)

Het onderzoek is: praktijkverbeterend.

Achtergrond:
Deze ManaMathesis zal gaan over de herwerking van de bestaande Duodecim richtlijn over burnout, terug te vinden op EBMpracticeNet (1). Hij zal worden beoordeeld en herschreven, waar nodig, naar de Belgische zorgcontext.

Burnout is tegenwoordig een fel besproken fenomeen in de eerstelijn. Meerdere workshops van onder andere Domus Medica (2,3), ICHO(4)… trachten ons aan te leren hoe hiermee om te gaan. De populariteit en uitgebreidheid van dergelijke workshops geven indirect aan dat ondanks dit als een psychisch gegeven wordt beschouwd, dit geen aangeleerde materie is vanuit de DSM of toegelicht wordt tijdens de opleiding.

De vraag rijst wat dit nu net is en hoe dit kan benaderd worden vanuit de wetenschappelijke literatuur om dit te kunnen toepassen in de eigen praktijkvoering.

Vraagstelling:
Het doel van deze ManaMathesis is om de bestaande Duodecim richtlijn over burnout te beoordelen en te herschrijven, waar nodig, naar de Belgische zorgcontext.

Volgende klinische vragen werden opgesteld ter nazicht van de literatuur:
Wat zijn de criteria om te spreken van burnout?
Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burnout?
Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burnout te voorkomen?
Welke risicofactoren geven aanleiding tot herval van een burnout?
Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om herval van een burnout te voorkomen?
Wat is de psychiatrische differentieel diagnose voor burnout?
Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden?
Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats?

Methodologie:

Adaptatie van de huidige Duodecim richtlijn over burnout zal in drie fasen verlopen volgens het handboek ‘Adaptatie Duodecim Richtlijnen’ versie 4 oktober 2015. Het eerste jaar (2015-2016) bestond uit een screeningsfase naar waar de richtlijn nood had aan aanpassingen naar de Belgische zorgcontext en een literatuurstudie.

Dit jaar (2016-2017) bestaat uit de implementatiefase en adaptatiefase.

Gezien de beperkte literatuur over burn-out wordt er gekozen om een Delphi-studie uit te voeren met experten in het veld van burnout. Een Delphi-studie is een gevalideerde manier om tot een consensus te komen. Experten moeten elk afzonderlijk stellingen beantwoorden in maximaal 3 rondes van telkens een 20-tal minuten. Na elke ronde wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden van de vorige ronde. Op deze manier zou na elke ronde de antwoorden van de verschillende experts steeds dichter bij elkaar moeten komen, tot consensus bereikt wordt. Het is erg van belang dat er voor en tussen de rondes niet onderling overlegd wordt en dat de anonimiteit van de deelnemende experts bewaard blijft.
De experten zijn artsen of psychologen. Deze Delphi- studie zal gebeuren via websurvey.

Referenties:
1. Huidige praktijkrichtlijn rond burnout. Duodecim Medical Publications Ltd 2011. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918. Geraadpleegd 2016 6 november.
2. Domus medica. Lok-aanbod 2015. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/handleidingen-voor-lok-s/1161-lok-aanbod-domus-medica/file.html. Geraadpleegd 2015 14 november.
3. Domus medica. Coaching van burnout in de huisartsenpraktijk. 2015. Beschikbaar via: http://domusmedica.be/vorming/vormingsaanbod/vorming-anderen/evenement/1072-coaching-van-burn-out-in-de-artsenpraktijk.html. Geraadpleegd 2015 14 november.
4. Thoen A. Callens J. Aanpak van burnout en surmenage. 2015. Beschikbaar via: https://www.toetsplatform.be/courses/course/detail/id/153/menuid/1. Geraadpleegd 2015 14 november

Gunstig advies ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Burnout: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische situatie." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Burnout: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische situatie." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Enkele opmerkingen:
1/ wordt praktijkverbeterend genoemd, maar het er is geen implementatieluik voorzien in de praktijk, of wel?
2/ er zijn geen twee afzonderlijke outputs geformuleerd: dat is nochtans obligaat (welke haio doet wat?)
3/ is er evidentie dat Delphi via websurvey goed werkt?

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 12: AGREE beoordeling

Richtlijn één: Eén lijn in de eerste lijn bij overspanningen en burn-out Using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.
No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.
Appraiser: Astrid Deneffe
Date: 6 September 2016
Email: astriddeneffe@hotmail.com
URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/35179
Guideline URL: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

Overall Assessment

Title: Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout
Overall quality of this guideline: 6/7
Guideline recommended for use? Yes.
Notes:
Dit is een zeer duidelijke en praktische richtlijn. Echter de methodologie is niet altijd even sterk en ook de implementatie wordt niet duidelijk weergegeven.

Domain Total

1. Scope and Purpose 19
2. Stakeholder Involvement 18
3. Rigour of Development 33
4. Clarity of Presentation 16
5. Applicability 9
6. Editorial Independence 13

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.
Rating: 7
Duidelijk beschreven in paragraaf 1.1

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.
Rating: 7
De uitgangsvragen zijn duidelijk geformuleerd

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.
Rating: 5
De doelgroep is niet gespecificeerd naar leeftijd of ernst van klachten. Verder wel duidelijk.

2. Stakeholder Involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.

Rating: 7
Paragraaf 1.10 wordt een duidelijk overzicht gegeven.

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.
Rating: 5
Dit is wel nagegaan dmv focusgroepen. Er is echter geen beschrijving over hoe ze het materiaal verwerkt hebben.

6. The target users of the guideline are clearly defined.
Rating: 6
Duidelijk beschreven onder paragraaf 1.8

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.
Rating: 6
Bij elke uitgangsvraag wordt uitgelegd hoe literatuur bekomen is.

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.
Rating: 2
In- en exclusiecriteria worden niet duidelijk weergegeven.

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.
Rating: 5
Kwaliteit en relevantie van de studies worden besproken, maar er worden geen systematische methoden gebruikt.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.
Rating: 2
Dit wordt niet duidelijk weergegeven.

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.
Rating: 3
Er staat weinig over in. Ergens wordt er wel gesproken over 'kans op medicalisering' als harm. Er wordt echter zeker geen duidelijke balans weergegeven.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.
Rating: 6
Bij elke onderzoeksvraag apart, staat literatuur beschreven waarop de aanbeveling gebaseerd is.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.
Rating: 4
Referenten staan beschreven. Het is echter niet duidelijk hoe de informatie verwerkt is.

14. A procedure for updating the guideline is provided.
Rating: 5
Er is gepland zo nodig elk jaar een update te doen. Er is echter nog geen financiering en de methodologische aanpak staat niet beschreven.

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.
Rating: 6
De aanbevelingen worden duidelijk weergegeven.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.
Rating: 3
Meestal wordt er maar 1 keuzemogelijkheid weergegeven, echter dit heeft misschien ook deels te maken met het onderwerp.

17. Key recommendations are easily identifiable.
Rating: 7
Zeer duidelijke weergave.

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.
Rating: 3
Wordt weinig besproken.

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.
Rating: 4
De richtlijn verwijst naar digitale informatiebronnen en communicatiedocument tussen 3 partijen

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.
Rating: 1
Afwezig in richtlijn

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.
Rating: 1
Afwezig in richtlijn

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.
Rating: 6
Financiering door Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie; geen externe financiering.

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.
Rating: 7
Vermeld paragraaf 1.17

Richtlijn twee: Mental illness & stress using the AGREE II Instrument

Created with the AGREE II Online Guideline Appraisal Tool.
No endorsement of the content of this document by the AGREE Research Trust should be implied.
Appraiser: Astrid Deneffe
Date: 6 September 2016
Email: astriddeneffe@hotmail.com
URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/35186
Guideline URL: https://www.guideline.gov/content.aspx?id=47588

Overall Assessment

Title: Mental illness & stress
Overall quality of this guideline: 5/7
Guideline recommended for use? Yes with modifications.
Notes:
Deze richtlijn gaat niet specifiek over burnout. Deze richtlijn is ook niet erg praktisch/toepasbaar in de praktijk. Verder is de methodologie niet zo sterk.
Domain Total
1. Scope and Purpose 15
2. Stakeholder Involvement 11
3. Rigour of Development 32
4. Clarity of Presentation 14
5. Applicability 7
6. Editorial Independence 13

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.
Rating: 6
Duidelijk weergegeven in de inleiding.

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.
Rating: 4
Onderzoeksvragen zijn weergegeven, echter niet altijd duidelijk verwoord.

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.
Rating: 5
Staat vermeld in de inleiding

2. Stakeholder Involvement

4. The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups.
Rating: 4
Ontwikkeling door Work Loss data institute. Het is niet duidelijk wie juist welke functie had.

in de ontwikkeling van de richtlijn.

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.
Rating: 2
Niet vermeld
.
6. The target users of the guideline are clearly defined.
Rating: 5
In de inleiding wordt vermeld voor wie de richtlijn bedoeld is, er wordt wel niet verduidelijkt hoe ze de richtlijn beogen te gebruiken.

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.
Rating: 5
Staat beschreven bij methodes.

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.
Rating: 4
Inclusie-criteria staan in de appendix beschreven, exclusiecriteria niet terig te vinden.

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.
Rating: 1
Niet weergegeven.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.
Rating: 2
Niet beschreven.

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.
Rating: 5
Voordelen, schade en contra-indicaties staan beschreven. Er staat echter geen duidelijke balans weergegeven.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.
Rating: 6
In procedure summary duidelijk beschreven.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.
Rating: 3
Dit is gebeurd. Er staat niet weergegeven hoe de informatie verwerkt is.

14. A procedure for updating the guideline is provided.
Rating: 6
Jaarlijks wordt de richtlijn geupdate, staat beschreven hoe.

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.
Rating: 5
De aanbevelingen zijn duidelijk weergegeven. Soms is het wel vrij algemeen en weinig specifiek.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.
Rating: 5
Verschillende mogelijkheden worden weergegeven ('keuze afhankelijke van de voorkeur van de patiënt en ervaring van de hulpverlener')

17. Key recommendations are easily identifiable.
Rating: 4
Deze staan gegroepeerd, maar springen niet duidelijk in het oog.

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.
Rating: 2
Staat niet weergegeven in richtlijn.
19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.
Rating: 2
In bijlage summier beschreven, maar niet echt praktisch.
20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.
Rating: 1
Staat niet beschreven.
21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.
Rating: 2
Staat niet beschreven.

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.
Rating: 7
Duidelijk beschreven. Geld komt van mensen die de richtlijn kopen.
23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.
Rating: 6
Staat duidelijk beschreven.

Created online at www.agreetrust.org 6 September 2016