KU LEUVEN

Burn-out: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische zorgcontext

Dr. Magali Vercammen, KULeuven

Mede-auteur: Dr. Astrid Deneffe, KULeuven

Promotor: Dr. Marc Van Nuland, KULeuven

Co-promotor: Dr. Nicole Dekker, UAntwerpen

Master in Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2015-2017

Dankwoord

Eerst en vooral wens ik iedereen te bedanken die geholpen hebben om mee deze thesis tot stand te brengen.

In de eerste plaats, verdient mede-auteur Astrid Deneffe deze eer gezien we een complementair duo waren in onze samenwerking. Deze thesis is tot stand gekomen door nauw samen te werken waarbij wij een synergetisch effect op elkaar hadden bij onze samenkomsten. We zijn ook een vriendschap rijker, wat een van de mooiste uitkomsten van deze thesis is.

Dank aan promotor Dr. Marc Van Nuland, co-promotor Dr. Nicole Dekker voor hun oprechte interesse, snelle antwoord en nauwe opvolging. Ook een bedanking gaat toe aan begeleiding van Dr. Nicolas Delvaux en Martine Goossens van EBMPracticeNet.

Verder was deze masterthesis niet mogelijk zonder een expertenpanel. Daarom verdienen ook Prof. Dr. Lutgart Braeckman, Dr. Eric 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 een bedanking.

Laatste maar niet de minste, wil ik nog mijn familie, vrienden en vriend bedanken voor hun morele steun en advies.

Abstract

Context: Burn-out is tegenwoordig een fel besproken fenomeen in de eerste lijn. Heden is er een Finse richtlijn voor burn-out beschikbaar in België via EBMPracticeNet opgesteld door de wetenschappelijke vereniging Duodecim. Echter heeft deze nood aan herziening en aanpassing aan de Belgische zorgcontext. Deze thesis omschrijft een onderdeel van de adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Burn-out'. Hier volgt de procedure en aanpassing van de richtlijn betreffende definitie, preventie en differentiaaldiagnose.

Onderzoeksvragen: 1. Wat zijn de criteria om te spreken van 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 differentiaaldiagnose voor burn-out? 4. Welke risicofactoren geven aanleiding tot herval van een burn-out?/ Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om herval van een burn-out te voorkomen? 5. Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden? 6. Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats? De eerste vier vragen worden in deze masterproef toegelicht. Vraag vier valt echter weg na de eerste fase van dit project. Vraag vijf en zes worden dieper besproken in de masterproef van Astrid Deneffe: 'Duodecim richtlijn Burn-out: Aanpassing naar de Belgische zorgcontext'.

Methodologie: Ter adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Burn-out' werd het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen' gevolgd. Er werd vertrokken vanuit de originele Engelstalige versie van de Finse Duodecim vereniging om de zes onderzoeksvragen op te stellen. Daarna volgde een zoektocht naar nieuwe evidence in de grote nationale en internationale databases. Twee richtlijnen werden geselecteerd na beoordeelding met behulp van AGREE II. Zij werden onderzocht op actualiteitswaarde, samenhang en toepasbaarheid. Aanvullende artikels werden ook geselecteerd vanwege de beperkte wetenschappelijke bewijskracht van het onderwerp. Elke aanbeveling kreeg een GRADE toegewezen. Vervolgens werd een Delphi-studie opgezet onder experten in burn-out in de vorm van een online survey. De gevonden evidence uit de literatuur werd voorgelegd alsook werd er consensus gezocht voor delen zonder duidelijke wetenschappelijke onderbouwing. Na twee rondes werd er over alle deelgebieden van burn-out consensus gevonden en kon een nieuwe definitieve richtlijn voorgesteld worden.

Resultaten: Alle aanbevelingen betreffende definitie, preventie en differentiaaldiagnose werden licht tot matig aangepast na de uitvoering van de Delphi-studie. Elke aanbeveling heeft echter zwakke kwaliteit van evidence. De drie kernsymptomen van burn-out zijn: gevoelens van uitgesproken vermoeidheid en uitputting, een cynische relatie ten opzichte van het werk en verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde. Verder dient men ook rekening te houden met de verschillen tussen stress, overspanning en burn-out, gelegen in een stress-continuüm. Ter preventie zijn cognitieve gedragstherapie, mentale en fysieke relaxatie alsook verandering van werkschema, mogelijke manieren om tot stressreductie te komen. Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden aan de hand van een lijst met cofactoren op persoonlijk, werk- of werkomgevingsgebied. De belangrijkste psychiatrische differentiaaldiagnoses voor burn-out zijn: depressie, problematisch alcohol- en middelenmisbruik, atypische depressie, stress stoornissen, gegeneraliseerde angststoornis, sociale angststoornis, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornis en aanpassingsstoornissen. Preventie bij iemand die reeds burn-out doorgemaakt had, werd niet verder uitgewerkt bij gebrek aan antwoord in de literatuur.

Conclusie: De Finse Duodecim richtlijn 'Burn-out' werd na literatuurstudie en Delphi-onderzoek aangepast aan de Belgische zorgcontext. Alle aanbevelingen hadden een zwakke kwaliteit van wetenschappelijke onderbouwing maar zijn wel gevalideerd op basis van expertconsensus volgens de Delphi-methode. Verder wetenschappelijk onderzoek is aan te raden voor alle deelaspecten van burn-out.

Inhoudstafel

Dankwoord 1
Abstract 2
Inhoudstafel 3
Inleiding 5
Materialen en methode 5
Fase 1: Screeningsfase 5
Stap 1: Scope van de aanbevelingen en PIPOH 6
Stap 2 en 3: Zoeken naar en screenen van relevante richtlijnen 7
Stap 4 Waarderen van geselecteerde richtlijnen 9
Stap 4.1 Evaluatie richtlijn met AGREE II 9
Stap 4.2 Inventarisatie inhoud aanbevelingen 9
Stap 4.3 Waarderen op actualiteitswaarde 10
Stap 4.4 Waarderen op samenhang 11
Stap 4.5 Waarderen op toepasbaarheid 11
Stap 5 Selectie aanbevelingen voor verdere adaptatie 12
Stap 6 Nazicht leescommissie 12
Fase 2 Adaptatiefase 13
GRADE 13
Fase 3 Implementatiefase 15
3.1 Delphi-methode 15
3.1.1 Doel 15
3.1.2 Achtergrond Delphi-design 15
3.1.3 Methodologie Delphi-studie 15
3.1.3.1 Steekproef met rekrutering experten 15
3.1.3.2 Vraagstelling met behulp van Likertschaal 16
3.1.3.3 Cutoffwaarden 16
3.1.3.4 Manier afname en verwerking 17
3.1.3.5 Opstellen enquêtes 17
3.1.3.5.1 Eerste ronde 17
3.1.3.5.2 Tweede ronde 19
3.1.3.5.3 Aantal rondes 19
3.1.4 Resultaten 19
3.1.4.1 De deelnemers 19

3.1.4.2 Antwoorden demografische vragen 20
3.1.4.3 Antwoorden eerste ronde, stellingen 1 tot en met 13 21
3.1.4.4 Antwoorden tweede ronde, stellingen 1 tot en met 3 24
3.1.5 Discussie 27
3.1.6 Besluit 30
3.1.7 Referenties 31
Bijlage 1: AGREE II van richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout' 33
Bijlage 2: AGREE II van richtlijn 'Mental Illness And Stress' 38
Bijlage 3: Ethische Commissie 43
Bijlage 4: Overzicht Vragen Eerste Ronde 45
Bijlage 5: Overzicht Vragen Tweede Ronde 56
Bijlage 6: Overzicht Resultaten Delphi Ronde 1 62
Bijlage 7: Overzicht Resultaten Delphi Ronde 2 76
Bijlage 8: Aangepaste Richtlijn 84
Bijlage 9: Richtlijn versie EBMPracticeNet 88

Overzicht figuren en tabellen

Figuur 1: Negendelige Likertschaal 16
Figuur 2: Ervaring deelnemers 20
Figuur 3: Gemiddeld aantal geziene patiënten per week 20

Tabel 1: Samenvattende tabel van GRADE[18] 14
Tabel 2: Cutoffwaarden voor consensus[22] 17
Tabel 3: Deelnemers Delphi-studie 20
Tabel 4: Mogelijke cofactoren die mee kunnen leiden tot burn-out 24

Inleiding

Burn-out is tegenwoordig een fel besproken fenomeen in de eerste lijn. Meerdere workshops van onder andere Domus Medica[1,2], ICHO[3]… trachten ons aan te leren hoe hiermee om te gaan. De populariteit en uitgebreidheid van dergelijke workshops geven indirect aan dat, ondanks dat dit als een psychische aandoening beschouwd wordt, dit geen gedocumenteerde materie is vanuit de DSM noch toegelicht wordt tijdens de opleiding. De grote vraag die volgt is: wat is nu burn-out en hoe kan dit benaderd worden vanuit de wetenschappelijke literatuur om dit te kunnen toepassen in de eigen praktijkvoering.
Om deze vraag te beantwoorden, hebben Astrid Deneffe en ik gekozen om een adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Burn-out'[4] uit te voeren.

Een Duodecim richtlijn is een praktijkrichtlijn ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze richtlijnen zijn internationaal geaccrediteerd en kunnen heden geraadpleegd worden via CEBAMlibrary, EBMPracticeNet[5] door Belgische zorgverleners. Meerdere richtlijnen hebben nog nood aan aanpassing aan de Belgische zorgcontext, waaronder de richtlijn 'Burn-out'[4]. Deze richtlijn is door de redactie van EBMPracticeNet geselecteerd om herzien en aangepast te worden op gestandaardiseerde wijze door huisartsen in opleiding[6].

Kortom, het doel van deze ManaMathesis is om de bestaande Duodecim richtlijn over burn-out te beoordelen en te herschrijven, waar nodig, naar de Belgische zorgcontext. Hiermee zou de huisarts, zijnde de eindgebruiker van deze richtlijn, zijn praktijkvoering kunnen verbeteren. De vragen waarvoor in deze thesis een antwoord gezocht werd, waren:
Wat zijn de criteria om te spreken van burn-out? Wat is de differentiaaldiagnose van burn-out en hoe maakt men het verschil met diagnoses die overlappende symptomatologie vertonen?
Zijn er specifieke manieren om preventiemaatregelen te treffen naar burn-out toe?

Materialen en methode

In dit onderzoek, was het doel om de Duodecim richtlijn 'Burn-out'[4] te herschrijven naar de huidige wetenschappelijke evidence en aan te passen aan de Belgische zorgcontext. Dit gebeurde systematisch aan de hand van het handboek 'Adaptatie Duodecim Richtlijnen'[6]. Dit handboek omschreef een adaptatie volgens drie fasen. Tijdens de eerste en tweede fase diende de huidige richtlijn gewaardeerd en aangepast te worden naar de Belgische zorgcontext.
In de derde fase moesten de aanpassingen voorgelegd worden aan 'peers' om zo tot een nieuwe geadapteerde versie te komen.

Alle stappen werden zorgvuldig uitgevoerd aan de hand van een standaard Excel bestand, ook wel 'de matrix' genaamd. Voor een volledig overzicht van de ingevulde matrix, kan u steeds een elektronische versie opvragen bij de auteur. De verschillende stappen worden hieronder overlopen.

Fase 1: Screeningsfase

De screening omvatte zes stappen waarbij er vooreerst gekeken werd naar de oorspronkelijke Finse richtlijn[4] in zijn laatste versie (6-6-2011, laatste revisie 19-6-2013). Deze is terug te vinden op www.ebm-guidelines.com. Eerst moest de scope bepaald worden van de aanbevelingen die gescreend en geadapteerd dienden te worden. Vervolgens werd er in een tweede stap gezocht naar relevante internationale en Belgische richtlijnen over dit onderwerp. Zij werden gescreend (stap 3) en gewaardeerd (stap 4) aan de hand van 'Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II' (AGREE II)-methode[7]. In de vijfde stap werd er een selectie gemaakt van de aanbevelingen die

geadapteerd konden en moesten worden op basis van de nieuwe beschikbare bewijsvoering. De zesde stap was het nazicht van de gehele matrix door de leescommissie.

Stap 1: Scope van de aanbevelingen en PIPOH

De eerste stap was bedoeld om na te gaan waar de richtlijn verbeterd moest worden. Er werd gezocht waar bewijskracht gemist werd en waar de huidige richtlijn niet overeen stemde met de Belgische zorgsituatie. Samen met mede-auteur Astrid Deneffe, werd beslist welke grote thema's van deze richtlijn nood hadden aan herziening. Er werd besloten om enerzijds naar risicofactoren en diagnose te kijken. Deze vragen werden door mezelf behandeld en verder uitgediept in dit werk. Anderzijds was er ook nood aan herwerking van het thema behandeling zowel op individueel niveau als op het werk. Voor de antwoorden op die vragen wordt er verwezen naar de thesis van mede-auteur Astrid Deneffe.

Klinische vragen werden opgesteld rond deze thema's en voorzien van een 'PIPOH'. Dit deed dienst als basis voor de adaptatie van de richtlijn. 'PIPOH' is een hulpmiddel bij de klinische vragen om vlotter evidence te zoeken in de literatuur. Dit acroniem staat voor 'Patient, Population, Intervention, Professionals, Outcome, Healthcare setting'.

Volgende klinische vragen werden geselecteerd, met bijhorende toelichting van de PIPOH:

1. <u>Wat zijn de criteria om te spreken van burn-out?</u>

P: Deze vraag was voor alle mogelijke personen.

I: De interventie werd gezien als tekenen en symptomen van burn-out.

P: De professionelen waren de eerstelijnsgezondheidsmedewerkers.

O: De outcome was vaststelling van burn-out.

H: De setting was de eerstelijnszorg.

2. <u>Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burn-out? Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burn-out te voorkomen?</u>

Deze twee vragen werden aanvankelijk samengenomen omdat de PIPOH hetzelfde omvatte.

P: Het ging bij beide over personen die geen burn-out hadden op dat moment.

I: De interventie werd gezien als factoren, al dan niet werkgerelateerd, die konden leiden tot burn-out.

P: /

O: De uitkomst was het ontstaan van een burn-out.

H: De setting kon zowel eerste- als tweedelijnszorg zijn.

3. <u>Wat is de psychiatrische differentiaaldiagnose voor burn-out?</u>

P: Deze vraag was van toepassing op personen met symptomen die gelijk(aardig) zijn aan burn-out.

I: Bij de interventie werd gezocht naar tekenen en symptomen van andere psychiatrische diagnoses.

P: De professionelen waren de eerstelijnsgezondheidsmedewerkers.

O: De uitkomst waren andere psychiatrische diagnoses.

H: De setting was de eerste lijn.

4. Welke risicofactoren geven aanleiding tot herval van een burn-out? Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om herval van een burn-out te voorkomen?
(enkel in fase 1 meegenomen)

Bij deze vragen hoorde ook eenzelfde PIPOH. Het ging voornamelijk over herval van burn-out.

P: De doelgroep bestond uit personen die reeds een burn-out doorgemaakt hadden.

I: Er werd gezocht naar (werk-)factoren die konden leiden naar herval burn-out.

P:/

O: De uitkomstmaat was herval burn-out.

H: De setting was ook hier, zowel de eerste-als tweedelijnszorg.

5. Wat zijn de individuele behandelmogelijkheden? (zie masterproef Astrid Deneffe)

P: Deze vraag had tot doelpopulatie personen met burn-out.

I: De interventie was individuele therapie.

P: De professionele doelgroep waren eerstelijnsgezondheidsmedewerkers.

O: Bij de uitkomst had men normaal dagelijks functioneren voor ogen.

H: De setting was de eerste lijn.

6. Wat zijn de interventiemogelijkheden op de werkplaats? (zie masterproef Astrid Deneffe)

P: Ook hier bestond de doelgroep uit personen met een burn-out.

I: Ditmaal was de interventie bedoeld op de werkplaats.

P: De professionelen waren eerstelijnsgezondheidsmedewerkers alsook bedrijfsartsen.

O: De uitkomstmaat was normaal dagelijks functioneren.

H: De eerstelijnszorg was ook hier de setting.

Stap 2 en 3: Zoeken naar en screenen van relevante richtlijnen

In november 2015 werd een zoektocht gestart naar mogelijke richtlijnen en belangrijke artikels in verband met burn-out. De criteria en zoektermen werden beperkt gehouden vanwege de gelimiteerde wetenschappelijke evidence rond burn-out. De inclusiecriteria die gehanteerd werden, waren: Engels- en Nederlandstalige informatie van bij voorkeur tot vijf jaar oud. Vanwege de beperkte zoekresultaten werd voor zeer relevante informatie de termijn op maximaal tien jaar gezet. Bij de zoektocht naar artikels werd daarenboven gezocht naar voornamelijk systematic reviews en meta-analyses.

Eerst en vooral werd het 'Handboek voor adaptatie Duodecim richtlijnen'[6] gevolgd. Deze oefening werd zowel door Astrid Deneffe als mezelf uitgevoerd. De meest voor de hand liggende databases werden nagekeken waaronder: GIN database, NGC (guideline.gov), NHS guideline finder (evidence.nhs.uk), TRIPdatabase en guidelinecentral. Nadien werd de zoektocht ook verdergezet op de Belgische EBM sites. Hierbij werden de zoektermen (cfr. infra) ingevuld op de sites van: KCE, HGR, minerva, farmaka, RIZIV, BCFI en FOD gezondheidszorg. Als laatste, werd ook de Nederlandse huisartsenrichtlijnsite NHG nagekeken.

Veelal werden de zoektermen 'burn-out', 'burn out', 'burnout', 'adjustment disorder', 'distress' en 'overspanning' gebruikt. Zo er veel zoekresultaten waren, werden de zoektermen uitgebreid met 'diagnosis', 'prevention' en 'therapy'.

In de matrix, die u kan opvragen bij de auteur, vindt u een gedetailleerde tabel met het overzicht van het aantal hits per zoektocht, per database en per zoekterm alsook of er relevante info gevonden werd.

De zoektocht in de GIN database leverde maar een beperkt aantal hits op voor elke zoekterm en geen relevante richtlijnen of artikels.

In de databank van guideline.gov waren er wel meerdere hits waarbij de guideline van de 'Work Loss Data Institute' teruggevonden werd over 'Mental Illness And Stress'[8]. Verder waren er geen relevante hits.

Op Evidence.nhs.uk waren er 650 hits bij de zoekterm 'burn-out' waardoor deze verfijnd werd naar 'diagnosis and burn-out', 'prevention and burn-out' en 'burn-out and therapy'. Guidelines werden hier niet teruggevonden maar wel de nieuwe versie van 'Preventing occupational stress in health care workers'[9] van Cochrane.

Via Tripdatabase werden geen nuttige guidelines gevonden maar wel 122 systematic reviews waarbij zes interessante artikels werden weerhouden. Nadien werden drie[10-12] hiervan effectief gebruikt voor de adaptatie van de richtlijn. Deze werden later onderworpen aan diepere analyse (zie p. 13).

De Databank van guidelinecentral gaf heel veel verschillende hits weer en toonde ook heel verschillende soorten bronnen. Bij toevoegen van de filter 'guideline summaries', werden er geen hits meer terug gevonden. Bij de zoektocht naar 'diagnosis of burn-out' en 'prevention of burn-out' werden er enkel primaire bronnen teruggevonden. Bijgevolg werd er geen enkele bron weerhouden voor verder nazicht.

De zoektocht op de KCE leverde enkele hits op waarbij ook één hit over burn-out bij huisartsen[13].

Zowel de zoekmachines van Minerva, Farmaka, RIZIV, BCFI en FOD volksgezondheid, gaven geen relevante hits.

Op NHG werd een richtlijn over burn-out teruggevonden opgenomen in de Nederlandse Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA)[14].

Uit de zoektocht waren er maar twee richtlijnen naar voren gekomen. Enerzijds was er de Nederlandse richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14] uit 2011. Anderzijds was er de Amerikaanse richtlijn van de Work Loss Data Institute, zijnde 'Mental Illness And Stress'[8]

uit 2013. De full text werd opgevraagd via de organisatie zelf en bevatte de recentste versie, vernieuwd op 12-2015. Beide werden onderworpen aan verder nazicht met behulp van AGREE II[7].

Stap 4 Waarderen van geselecteerde richtlijnen

De richtlijnen 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14] en 'Mental Illness And Stress'[8] werden elk nagekeken of ze actueel, consistent en toepasbaar in België waren en dit voor elke aanbeveling.

Stap 4.1 Evaluatie richtlijn met AGREE II

Beide richtlijnen werden onderworpen aan het AGREE II[7] instrument. Dit instrument tracht de richtlijn te beoordelen op verschillende vlakken: draagwijdte en doel, de belanghebbenden, de nauwgezetheid van de ontwikkeling van de richtlijn, de overzichtelijkheid, de toepasbaarheid en de onafhankelijkheid van de auteurs. Dit gebeurde afzonderlijk door zowel mede-auteur Astrid Deneffe als mezelf. Toetsing door mezelf van beide richtlijnen met behulp van AGREE II[7], wordt weergegeven in bijlage 1 en 2.

Vervolgens werden de onafhankelijke beoordelingen naast elkaar gelegd om mogelijke verschillen op te sporen en tot consensus te komen.

De beoordelingen bleken niet zo ver van elkaar te liggen. De richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14] werd door ons beiden als betere richtlijn beoordeeld. Deze richtlijn werd meegenomen naar de volgende stap. Hij scoorde voornamelijk minder goed op ontwikkeling en toepasbaarheid. Er heerste echter het vermoeden dat dit vooral toe te schrijven was aan het onderwerp zelf en zijn beperkte wetenschappelijk onderbouwing. Op de andere deelgebieden scoorde de richtlijn wel heel goed.

'Mental lllness And Stress'[8] werd op dezelfde vlakken minder goed bevonden als de andere richtlijn. Verder scoorde hij matig op draagwijdte en doel alsook belanghebbenden. Deze werd wel meegenomen gezien hij een deel van de vragen beantwoordde en er geen andere richtlijnen voorhanden waren.

Stap 4.2 Inventarisatie inhoud aanbevelingen

In beide richtlijnen werd voor elke klinische vraag een antwoord gezocht. Er werd nagegaan of er een aanbeveling paste bij de klinische vraag. Daarna werd hiervan de bewijsvoering en gegeven graad van aanbeveling nagekeken.

Deze stap werd ook uitgevoerd voor de huidige Duodecim richtlijn van burn-out[4]. Een zestal referenties waren opgegeven maar geen van allen had een 'Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation' (GRADE) meegekregen. Het viel ook op dat er maar één systematic review te bespeuren was en het verder artikels waren met minder sterke bewijsvoering. Het merendeel van de tekst leek op consensus gebaseerd maar nergens op de Duodecim site was duidelijk gemaakt hoe dit verlopen was.

In de richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14] werden niet alle klinische vragen beantwoord. Ze hadden echter wel boeiende antwoorden op de eerste klinische vraag met betrekking tot criteria voor burn-out alsook op klinische vragen 5 en 6, de individuele en werkplaatsgerelateerde behandelingsopties. Deels hadden zij antwoorden op basis van systematic reviews of gerandomiseerde, gecontroleerde dubbelblind studies, deels waren hun antwoorden een

eigen samenvatting van verschillende literatuur. Het leek op een soort consensus tussen de auteurs van de richtlijn. Echter werd er geen consensusprocedure beschreven.

In de richtlijn 'Mental Illness And Stress'[8] werden er geen aanbevelingen gevonden voor klinische vraag 1 en 4. Op vraag 3 werd een erg vaag, niet onderbouwd antwoord gegeven en ook klinische vraag 2 had geen hanteerbaar antwoord. Deze aanbevelingen waren wel grotendeels gebaseerd op systematic reviews, van matig tot hoge kwaliteit. Op de behandelingsopties werd uitgebreider geantwoord maar deze antwoorden waren gebaseerd op alle mogelijke soorten artikels van lage tot hoge kwaliteit.

Stap 4.3 Waarderen op actualiteitswaarde

De literatuurlijst van beide richtlijnen werd onder de loep genomen wat betreft publicatiedatum en actualiteitswaarde. Er werd voor elke klinische vraag verder gezocht naar huidige literatuur gezien de wetenschappelijke evidence van dit onderwerp hoe dan ook al erg beperkt was. Ook zijn beide gevonden richtlijnen niet meer zo recent.

Het was een moeizame zoektocht die in april en mei 2016 nog verder werd uitgebreid. Eerst werd Cochrane library nagekeken met de zoekterm 'burnout'. Zes systematic reviews werden gevonden maar deze waren allen reeds gevonden in de vorige zoektocht. Via Medline (Pubmed) werd ook de Mesh term 'Burnout, professional' nagekeken met subheadings: 'diagnosis', 'prevention and control' en 'epidemiology'. Hierbij werden respectievelijk 46, 134 en 75 hits vastgesteld. Echter werd hier geen nieuwe relevante informatie vergaard.

Het werk werd daarna verdeeld waarbij Astrid verder gezocht heeft via de journals van de big 5. Ikzelf heb verder gezocht naar de meest belangrijke tijdschriften per discipline, via ISI web of knowledge[15], die mogelijk relevant zouden kunnen zijn voor het onderwerp burn-out.

Zo kwamen de volgende journals voor de volgende drie disciplines naar voren:

In de publieke, omgevings-, en werkgerelateerde gezondheid kwamen volgende tijdschriften naar voren: Lancet Global Health, International Journal of Epidemiology, Environmental Health Perspectives, Epidemiologic Reviews en Annual Review Public Health.

Bij de belangrijkste tijdschriften over huisartsgeneeskunde zaten: Annals of Family Medicine, American Journal of Preventive Medecine en British Journal of General Practice.

Als laatste werden ook de belangrijkste psychiatrische tijdschriften nagegaan: Biology of Mood & Anxiety Disorders, JAMA Psychiatry, Molecular Psychiatry, Annual Review of Clinical Psychology en American Journal of Psychiatry.

Astrid had hiermee verder gewerkt op zoek naar belangrijke artikels voor de adaptatie van de richtlijn. Intussen werd door mezelf de zoektocht voortgezet op CDLH en de TRIPdatabase.

Via CDLH werden 27 resultaten gevonden waarbij drie interessantere artikels. Deze waren echter reeds teruggevonden bij de eerste zoeksessie in november en december.

Via de TRIPdatabase werden de PICO's, zijnde het acroniem voor 'Population, Intervention, Comparison en Outcome', van de verschillende klinische vragen mooi ingevuld in het zoeksysteem.

Deze gaven 23 tot 89 resultaten per vraag maar er werden geen nieuwere bronnen teruggevonden ten aanzien van de laatste zoektocht.

Bij het doorklikken op bronnen die vermeld werden bij de geciteerde artikels van de systematic reviews die vaker terugkeerden, werden er wel enkele extra artikels gevonden[16,17]. Echter werden de meesten niet weerhouden bij nader nazicht omdat ze reeds gevonden waren of omdat de evidence niet voldoende onderbouwd was.

Stap 4.4 Waarderen op samenhang

De samenhang van de aanbeveling werd nagegaan op drie niveaus. Ten eerste werd de zoekstrategie alsook de focus van de klinische vraag nagekeken. Vervolgens werd de samenhang tussen de bewijsvoering en de wijze waarop deze informatie samengevat en geïnterpreteerd werd door de auteurs in de richtlijn gecontroleerd. Ten slotte werd ook de samenhang tussen die interpretatie en de huidige aanbeveling geëvalueerd.

Bij de Nederlandse richtlijn ' Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14], viel het op dat de samenvatting en de aanbeveling steeds een stap verder weg gingen van de oorspronkelijke bronnen. Vermoedelijk zou dit fenomeen aanzien kunnen worden als een logisch gevolg van de beperkte wetenschappelijke evidence van het onderwerp. Daarenboven werd vastgesteld dat deze richtlijn deels eerder op basis van consensus leek opgesteld te zijn dan op wetenschappelijke onderbouwing. Echter was er geen duidelijke beschrijving van een consensusprocedure terug te vinden.

De tweede richtlijn, zijnde 'Mental Illness And Stress'[8] werd ook onderzocht op samenhang. De zoektermen en criteria waren vaak niet erg duidelijk opgegeven. De exacte gegevens per klinische vraag waren niet terug te vinden. Ook de opgevraagde full text versie bevatte deze informatie niet. Voor wat betreft de twee volgende stappen, zijnde samenvatting en formulering van de bewijsvoering, werd meestal wel een antwoord gevonden. De aanbevelingen van de tweede klinische vraag waren correct samenvat en nauwgezet geformuleerd. Bij de vijfde en zesde klinische vraag werd er soms iets te kort door de bocht gegaan bij de samenvatting en formulering. Het was namelijk opvallend dat er soms geen onderbouwing op de site terug te vinden was voor hun statements. Mogelijk kan een verklaring hiervoor worden teruggevonden in het feit dat dit ging over alternatieve behandelingsmogelijkheden waar niet steeds evidence over bestond. Dit impliceerde dat de tekst vermoedelijk ook, al dan niet gedeeltelijk, op basis van consensus was. Echter werd dergelijke informatie niet teruggevonden in hun methodologie.

Stap 4.5 Waarderen op toepasbaarheid

Van elke aanbeveling van beide richtlijnen werd nagegaan of deze toepasbaar was in de Belgische zorgcontext. Hierbij was het van belang om na te kijken of de doelgroep en de patiëntengroep ongeveer overeen kwamen. In de richtlijn diende ook nagekeken te worden of de auteurs rekening hielden met de voorkeuren en verwachtingen van de patiënten. Ten slotte was het ook belangrijk dat er geen culturele conflicten waren en dat men in de Belgische praktijk de nodige expertise, praktijkorganisatie, terugbetaling en ondersteuning aan de hand kon leggen om deze aanbevelingen uit te voeren.

De richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14] was een Nederlandse richtlijn. Gezien België een buurland is, kwamen meerdere demografische factoren vrij goed overeen. Enkel

stellingen over het ziekteverzuim waren niet van toepassing gezien in België hiervoor andere wetten gelden. Deze richtlijn was ook erg interessant gezien de Nederlandse zorgsituatie zich duidelijk al langer over dit fenomeen boog dan de Belgische.

De Amerikaanse richtlijn 'Mental Illness And Stress'[8] toonde ook grotendeels goede toepasbaarheid in Belgische context. Enkele dingen die moeilijker toepasbaar leken, waren bijvoorbeeld telefonisch onderhoud met de patiënt. Dat leek een goede aanbeveling voor een regio met grote geografische spreiding zoals de Verenigde Staten maar is minder zinvol voor een klein land zoals België.

Stap 5 Selectie aanbevelingen voor verdere adaptatie

Eerst en vooral werden de aanbevelingen uit de huidige Duodecim richtlijn[4] kritisch bekeken. Er werd nagegaan of deze kernboodschappen inhoudelijk sterk en voldoende onderbouwd waren. De antwoorden van de huidige richtlijn waren allen, niet voldoende informatief of duidelijk en waren weinig tot niet onderbouwd. Per aanbeveling werd nagekeken welk antwoord de Duodecim richtlijn bood en welke antwoorden er in de alternatieve richtlijnen of artikels te vinden was. Op basis daarvan werd besloten of adaptatie aan de orde was of niet.

Bij klinische vragen 1 en 2 leken de antwoorden min of meer wel correct maar was het wel wenselijk enkele aanpassingen door te voeren voor meer verduidelijking op basis van nieuwe evidence. Bij klinische vraag 1 leken de Nederlandse richtlijn[14] en het artikel van burn-out experte Maslach[16] de nodige aanvullingen te kunnen bieden.
Bij de tweede klinische vraag leek het mogelijk om de aanbeveling te vervolledigen met evidence uit drie artikels: één van de KCE[13], één uit de Lancet[17] en één van Kaschka[12]. Verder werd de tweede klinische vraag ook deels beantwoord op basis van een Cochrane review[9]. Dit was een vernieuwde versie van diegene waar reeds naar gerefereerd werd in de oorspronkelijke richtlijn 'Burn-out'[4]. De review werd nagekeken op eventuele inhoudelijke veranderingen.
Klinische vraag 3 was gevormd bij het begin van deze studie om de differentiaaldiagnose uit de oorspronkelijke richtlijn scherp te kunnen stellen. Hierover werd echter niet veel literatuur teruggevonden. Navraag in de Delphi-studie (zie p. 18 en verder) gebeurde echter wel om eventuele kleine veranderingen in de tekst te kunnen aanbrengen.
De vierde klinische vraag werd weggelaten na deze fase en werd bijgevolg ook in de implementatiefase niet meer bevraagd. Het gebrek aan duidelijke verwoording in de oorspronkelijke richtlijn en het gebrek aan betere informatie in de huidige wetenschappelijke literatuur waren hiertoe de aanleiding.

Stap 6 Nazicht leescommissie

Alle voorgaande stappen werden uitgevoerd in de matrix in Excel, dewelke opgevraagd kan worden bij de auteur of de mede-auteur Astrid Deneffe. Deze werd op het einde van het eerste jaar opleiding voorgelegd aan de leescommissie. Dit diende als tussentijdse controle op het werkproces en de geselecteerde inhoud. Enkel mineure aanpassingen waren nodig waardoor er snel kon voortgegaan worden naar de volgende fase.

Fase 2 Adaptatiefase

GRADE

Voor de nieuwe versie, werd er vertrokken van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[4]. In stap vijf werd er reeds vastgesteld dat het merendeel van de aanbevelingen van twijfelachtige kwaliteit waren en dat zij aanpassing vereiste. De richtlijnen waren reeds getoetst aan de hand van AGREE II[7]. De aanbevelingen uit de nieuwe bewijsvoering die eventueel als aanvulling gebruikt konden worden, werden eerst nog onderworpen aan GRADE[18]. De details hiervan zijn weer eens terug te vinden in de matrix.

GRADE[18] is een manier om aanbevelingen te waarderen naar sterkte alsook de kwaliteit van de achterliggende evidence via een uniform coderingssysteem. Het bestaat uit twee onderdelen: een cijfer dat de graad van aanbeveling weergeeft en een letter die de kwaliteit van de bewijskracht toont. De kwaliteit van de bewijskracht wordt opgesteld aan de hand van het studiedesign, downgraders en upgraders. Potentiële downgraders zijn: studiedesign, kwaliteit van de studies, precisie van de resultaten, consistentie van de resultaten, directheid: overeenkomst eigen PICO en PICO van de aanbeveling en publicatiebias. Potentiële upgraders van de aanbevelingen zijn ook gelinkt aan de resultaten, met name, effectgrootte, dosis-respons gradiënt en het uitsluiten van confounders[18,19].

Hieronder wordt kort voorgesteld wat de GRADE[18] codes juist omvatten. Zij worden weergegeven zoals in het handboek 'Adaptatie Duodecim richtlijnen'[6] en zoals zij ook toegelicht werden tijdens de begeleidingsmomenten van EBMPracticeNet (Tabel 1).

Eerst wordt de kwaliteit van het bewijs nagezien:

Letter A = HOOG: verder onderzoek zal het vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen.

Letter B = MATIG: verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op het vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen.

Letter C = LAAG: verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op het vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen.

Letter D = ZEER LAAG: eender welke schatting van het effect is zeer onzeker.

Het onderscheid tussen C en D wordt vaak niet gemaakt. Gezien de beperkte wetenschappelijke onderbouwing van dit onderwerp, werd dit onderscheid in dit proefschrift wel gemaakt.
Hierbij dient vermeld te worden dat 2D vaak ook verwoord wordt als 'Good Practice Point' (GPP).

Vervolgens wordt de graad van aanbeveling bepaald:

Cijfer '1' = STERKE aanbeveling: dit is gebaseerd op het beschikbare bewijs en hierbij zijn artsen erg zeker dat de voordelen de nadelen wel of net niet waard zijn.

Cijfer '2' = ZWAKKE aanbeveling: dit is gebaseerd op het beschikbare bewijs en hierbij kunnen artsen ofwel geloven dat:

- de voor- en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar
- een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen

Code	Graad van aanbeveling	Voordelen ten aanzien van nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge graad van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1B	Sterke aanbeveling, matige graad van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van bewijskracht		Observationele studies of casestudies.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidence beschikbaar komt.
2A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidence van observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige graad van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidence vanuit observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2C, 2D	Zwakke aanbeveling, lage (C) of zeer lage (D) graad van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen. Een evenwicht tussen beide is mogelijk.	Observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.

Tabel 1: Samenvattende tabel van GRADE[18]

Aan elke aanbeveling uit de nieuwe artikels die een antwoord bood op de klinische vragen, werd een GRADE toegekend. Alle aanbevelingen kregen GRADE 2C of 2D.

Er was, zoals verwacht, onvoldoende evidence om een gevalideerde nieuwe versie op te maken, zoals voorgeschreven staat in stap 7 van het handboek 'Adaptatie Duodecim richtlijnen'[6]. Dit had zijn repercussie naar de implementatiefase (cfr. infra).

Fase 3 Implementatiefase

In de vorige fases werd bevestigd dat het onderwerp burn-out wetenschappelijk nog niet vergevorderd was om de richtlijn te kunnen aanpassen op basis van enkel literatuur. De zoektocht leverde twee richtlijnen op die niet hoog scoorden op de AGREE II[7] methode. Daarenboven leidde de zoektocht naar secundaire en primaire bronnen enkel tot artikels met zwakke aanbevelingen en met matige tot zeer lage bewijsgraad.

Vanaf hier werd dan ook van het standaardpad afgeweken dat voorgelegd was in het handboek 'Adaptatie Duodecim richtlijnen'[6].

3.1 Delphi-methode

3.1.1 Doel

In overleg met promotor Dr. Marc Van Nuland en Dr. Nicolas Delvaux van EBMPracticeNet, werd gekozen om een Delphi-studie uit te voeren. Deze studie had als doel om met een panel experten in burn-out tot een betere en gevalideerde consensus te komen dan diegene die de oorspronkelijke richtlijn omvatte. Hierbij werd voor ogen gehouden, om in de eerste plaats, zo veel mogelijk wetenschappelijke evidence uit de literatuurstudie te bevragen. Daarenboven had deze procedure ook tot doel de tekst eventueel aan te vullen met de visies van de experten.

3.1.2 Achtergrond Delphi-design

De Delphi-methode is sinds de jaren 50 een gevalideerde manier om tot consensus te komen over eender welk onderwerp, in een expertengroep. Oorspronkelijk werd zij ontwikkeld door Research AND Development (RAND) corporation[20], een Amerikaanse denktank die voornamelijk bezig was met defensie en nationale veiligheid.

De Delphi-methode vraagt de opinies van experten via een serie van enquêtes, met minimum twee rondes. Daarbij is het erg belangrijk om de groep experten onafhankelijk van elkaar te laten antwoorden op de enquêtes. Tussen de verschillende rondes in, is het ook erg belangrijk dat zij onderling niet overleggen en dat de anonimiteit bewaard blijft. Meestal worden de antwoorden gepresenteerd met behulp van een schaal van bijvoorbeeld één tot en met negen waarbij één helemaal niet akkoord is, en negen helemaal wel akkoord. Dergelijke schaal, wordt ook wel een negenpunts Likertschaal genoemd. Na elke ronde, krijgen zij feedback van wat de andere kandidaten aangeduid hebben en worden eventuele extra opmerkingen bij de vragen, weergegeven. Op basis van de antwoorden kunnen de auteurs bij elke vraag bepalen of er consensus bereikt is, dit met vooraf vastgelegde voorwaarden. Per ronde, wordt er in het merendeel van de gevallen een convergentie van de antwoorden opgemerkt tot uiteindelijk consensus bereikt wordt.

3.1.3 Methodologie Delphi-studie

3.1.3.1 Steekproef met rekrutering experten

De zoektocht naar deelnemers gebeurde via 'snowballing'. Er werd gestart bij de eigen promotor Dr. Marc Van Nuland die enkele van zijn contacten aansprak om mee te doen met deze studie. Zij werden ook gevraagd of zij nog mailadressen hadden van mogelijke geïnteresseerde experten. Tegelijkertijd werden ook de auteurs van 'Help, Ik zit erdoor'[21] en KCE: 'Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak'[13] aangesproken.

Via Dr. Marc Van Nuland werden, Geert Pint, zijnde een collega in het ACHG, een professor in de arbeidspsychologie en Eric Boydens van Doctors 4 Doctors (D4D) aangesproken. Zij brachten elk nog een tiental mensen aan die eventueel ook in aanmerking kwamen om als expert deel te nemen aan deze studie. Uiteindelijk was er een lijst van ruim 100 personen met expertise in burn-out gevormd.

Om deze studie haalbaar te maken, werd gekozen om een steekproef van 10 à 15 experten uit te voeren[22]. Het belangrijkste idee hierbij was om voldoende respons te krijgen op relatief korte tijd, maar ook om tijdig convergentie tot consensus te kunnen creëren.

Er werd getracht om de belangrijkste groepen zorgverleners voor burn-out mee te nemen in de enquêtes. Bij een eerste mailing werden zeven huisartsen, vier arbeidsgeneeskundigen, één psychiater, drie arbeidspsychologen en drie klinische psychologen aangesproken. Er werd daarbij ook enigszins rekening gehouden met geslacht om ongeveer op een gelijke man-vrouw verdeling uit te komen. De bedoeling was om een tiental reacties te krijgen binnen één maand. Zo werd het mogelijk om daarna de analyse uit te voeren en tijdig een tweede, en eventueel nog derde, ronde te kunnen starten.

3.1.3.2 Vraagstelling met behulp van Likertschaal

Ter toetsing van de meningen van de experten, werden de vragen in de twee rondes gesteld met behulp van een negendelige Likertschaal. Hierbij stond één gelijk aan helemaal niet akkoord, vijf kwam overeen met onbeslist en een negen kon toegekend worden als ze helemaal wel akkoord waren. Hierdoor konden de scores onderverdeeld worden in drie grotere antwoordmogelijkheden met telkens de optie tot extra nuancering (Figuur 1). Per vraag, werd er ook steeds een vrij vak voorzien, zo de deelnemer wenste opmerkingen te geven.

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

Figuur 1: Negendelige Likertschaal

3.1.3.3 Cutoffwaarden

Voor de start van de Delphi-enquête werd vastgelegd dat, voor alle rondes gold dat[22] (Tabel 2):

Als eerste voorwaarde voor akkoord, de mediaan groter dan 7 of kleiner dan 3 diende te zijn.

Vervolgens moest er gekeken worden of 70% of meer van de deelnemers geantwoord hadden met scores in het interval van 7 tot en met 9 of 1 tot en met 3. Dan werd er gesproken over consensus en werd respectievelijk, een stelling weerhouden of afgewezen.

Zo dit niet bereikt werd, werd gekeken naar de intervallen 5 tot en met 9 en 1 tot en met 5.

De antwoorden dienden voor 80% of meer in de intervallen te liggen. Zo dit bereikt werd, kon er gesteld worden dat er een relatief akkoord was.

Indien de deelnemer zich had onthouden van het toekennen van een antwoord of onvoldoende expertise had aangeduid, werd dit niet meegeteld in het totaal aantal stemmen en de procentuele berekening.

Beoordeling stelling	Graad van akkoord in de groep	Voorwaarden voor weerhouden van stelling	
		Mediaan	**Verdeling scores in intervallen**
Weerhouden van stelling	Sterk akkoord	≥ 7	7-9
	Relatief akkoord	≥ 7	5-9
Afwijzen van stelling	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 2: Cutoffwaarden voor consensus[22]

3.1.3.4 Manier afname en verwerking

De opgestelde vragen werden voorgesteld aan de experten via de website 'Survey Monkey'. Er werd gekozen voor een online enquête om de anonimiteit te vrijwaren en om experten van verschillende kringen te kunnen bereiken zonder dat zij zich hiervoor moesten verplaatsen. Een gepersonaliseerde link werd aangemaakt die via mail rondgezonden werd aan de experten. Elk email-adres werd via 'Blind Carbon Copy' (BCC) verzonden om anonimiteit te behouden.

De eerste ronde vond plaats van 9 tot 30 november 2016. De tweede ronde werd georganiseerd tussen 12 en 31 december 2016.

Vervolgens werden de ingediende antwoorden verwerkt in Excel. De website 'Survey Monkey' was in staat om de antwoorden van de experten vlekkeloos om te zetten naar een Excel sheet. Daarna werd daar verder mee aan de slag gegaan. De functies van Excel werden hierbij maximaal benut om onder andere de mediaan, sommen en tellingen uit te voeren. Deze antwoordtabellen kunnen ook elektronisch opgevraagd worden bij de auteur.

3.1.3.5 Opstellen enquêtes

3.1.3.5.1 Eerste ronde

In bijlage 4 wordt de volledige ronde met alle vragen weergegeven zoals zij voorgesteld werden aan de experten. Om vlot de bespreking hieronder van de rondes te volgen, kan u best het bijlage boekje erbij nemen en naast dit proefschrift open leggen.

3.1.3.5.1.1Opbouw

De enquête bestond bij de eerste ronde uit twee delen. Eerst werd er gestart met de navraag van de demografische factoren. Het tweede gedeelte van de eerste ronde omvatte de ware stellingen rondom de vooropgestelde klinische vragen.

Bij de demografische factoren werden vooreerst geslacht en leeftijd nagevraagd. Vervolgens moest de huidige functie en het aantal jaren ervaring ingevuld worden. Daarna kon er aangeven worden via een open vak of er eventueel een bijkomende opleiding over burn-out werd gevolgd. Verder konden de respondenten opgeven hoeveel mensen per week met burn-out zij zagen en of zij conflicterende belangen hadden om deze studie uit te voeren.

Vervolgens werd er een voorbeeldvraag getoond om het principe van de enquête toe te lichten. Het doel hiervan was om aan te geven hoe de Likertschaal (Figuur 1) werkte en om te duiden dat men vrij was om eender welk opmerking te geven, in het vrije vak onder de waarderingsschaal.

Het tweede deel, was het grootste en bevatte 23 stellingen. Deze thesis bespreekt de eerste 13 stellingen voor klinische vraag 1 tot en met 3, zoals reeds aangehaald in vorige paragrafen. Voor de bespreking van de stellingen horende bij vragen 5 en 6, wordt naar de thesis van mede-auteur Astrid Deneffe verwezen. Stellingen 1 tot en met 6 hadden betrekking tot de eerste klinische vraag gaande over criteria en definitie van burn-out. De tweede klinische vraag over preventie, werd nagegaan in stelling 7 tot en met 11. Stellingen 12 en 13 draaiden rond de derde klinische vraag over differentiaaldiagnose.

Na de laatste stelling werden de contactgegevens en hun wens om de volgende rondes nog te ontvangen, nagevraagd.

3.1.3.5.1.2 Stellingen

Stelling 1 bevroeg de formulering van de definitie van burn-out zoals zij voorgesteld werd door Maslach[16].

De tweede stelling ging na wat de experten hun mening was over de consensustekst over het verband tussen stress en burn-out volgens de oorspronkelijke richtlijn.

Stelling 3 ging voort op het concept van stress en burn-out. De experten werden gevraagd of dit gezien kon worden als een spectrum waarin ook overspanning behoorde.

De vierde en vijfde stelling stelden de definities van overspanning en burn-out voor zoals zij opgesteld waren in de Nederlandse richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14]. Deze definities werden getoetst bij de experten op correctheid en volledigheid.

In de zesde stelling werden de vorige stellingen 2 tot en met 5 samengenomen en werd er gevraagd hoe deze paragraaf best aangepast kon worden.

In de paragraaf over epidemiologie van burn-out stond in de oorspronkelijke tekst dat dit op basis van persoonlijke, werkgerelateerde, en werkomgevingsafhankelijke factoren kon ontstaan. In stelling 7 werd er gezocht naar uitbreiding van deze zin met concretere voorbeelden. Uit de literatuur werden de meest relevante cofactoren gezocht en voorgesteld aan de experten of deze mee tot burn-out konden leiden.

In de stelling die daarop volgde, werd nagegaan of het nuttig en noodzakelijk zou zijn om dergelijke lijst met cofactoren toe te voegen aan de richtlijn.

In de negende stelling werd het nieuw besluit van een van de bronnen[9] uit de oorspronkelijke tekst voorgesteld. Hierbij moesten de experten aangeven of zij akkoord waren met de aanpassing of niet.

In de oorspronkelijke richtlijn werd een lijst met preventiemaatregelen weergegeven. Deze werd getoetst in stelling 10 aan de mening van de experten over de bruikbaarheid en het nut hiervan en of deze beter vervangen kon worden door een algemenere aanbeveling.

In de elfde stelling werd een generieke aanbeveling voorgesteld ter vervanging van de lijst met preventiemaatregelen uit de oorspronkelijke richtlijn.

Stelling 12 bevroeg de differentiaaldiagnose die reeds aanwezig was in de oorspronkelijke richtlijn op correctheid en volledigheid.

In de lijst van differentiaaldiagnoses werden ook klinische aanwijzingen vermeld. In de dertiende stelling werden correctheid, nut en noodzaak nagegaan.

3.1.3.5.2 Tweede ronde

De volledige tweede ronde is terug te vinden in bijlage 5.

3.1.3.5.2.1 Opbouw

Bij de tweede ronde waren het aantal stellingen gereduceerd naar zeven. De verdeling was hierbij drie voor klinische vraag 1 tot en met 3 en vier stellingen voor klinische vraag 5 en 6.

Bij deze ronde werden de vragen iets anders voorgesteld omdat het eindresultaat dichterbij gekomen was. Per rubriek, bijvoorbeeld definitie, werd de hele paragraaf getoond uit de oorspronkelijke richtlijn. Daarna stond er een korte toelichting van wat er in de vorige ronde reeds geconcludeerd werd. Vervolgens werd een alternatieve paragraaf getoond met nieuwe aanpassingen, rekening houdende met de commentaren van de vorige ronde. Vervolgens luidde de stelling steeds: 'Wat vindt u van de formulering van deze nieuwe paragraaf?'. Per stelling volgde een reeks van aanpassingen die uitgevoerd waren voor ronde twee. Daarbij konden de experten weer eens hun mening via de Likertschaal aanduidden en ook staven via het vrije vak.

3.1.3.5.2.2 Stellingen

De eerste stelling ging over de eerste klinische vraag, met betrekking tot de definitie en het ontstaansmechanisme van burn-out. Enerzijds werd in deze paragraaf het verband tussen stress, overspanning en burn-out besproken. Hieraan werd het woord stress-continuüm toegevoegd alsook een tijdsspanne. Anderzijds volgde de herformulering van de definitie van Maslach[16] om de nuances correct te benadrukken.

Vervolgens was er nog één stelling over preventie. Hierbij werd voornamelijk de nieuwe evidence van Cochrane[9] meer genuanceerd aan de man gebracht. Verder was er voor de paragraaf reeds consensus na de eerste ronde (cfr. infra).

Stelling 3 bevroeg kleine veranderingen in de differentiaaldiagnose en zijn klinische aanwijzingen.

3.1.3.5.3 Aantal rondes

De rondes bleven beperkt tot een tweetal vanwege snelle convergentie van de gegeven antwoorden van de experten.

3.1.4 Resultaten

3.1.4.1 De deelnemers

De eerste ronde werd na twee weken reeds beantwoord door drie arbeidsgeneesheren, één arbeidspsycholoog, één klinische psycholoog en drie huisartsen (Tabel 3). Toen werd er besloten een herinneringsmail te sturen naar diezelfde groep. Verder heeft D4D ook de link doorgestuurd om extra huisartsen te ronselen. Dit was enerzijds nodig om de eerste ronde met meer deelnemers te kunnen starten. Anderzijds, was de tweede belangrijke reden, om de groep huisartsen te vergroten in het totale aandeel van deelnemers, omdat zij de uiteindelijke doelgroep van de richtlijn waren. Uiteindelijk konden zes huisartsen geïncludeerd worden (Tabel 3).

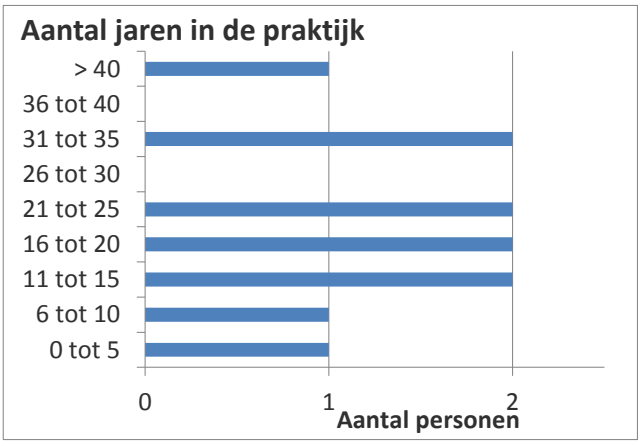
FUNCTIE	NAAM
Huisarts	1. Eric Boydens 2. Anja Deroost (ook burn-outcoach) 3. Peter Muylaert 4. Geert Pint 5. Tine Van Haegenborgh 6. Annelies Van Linden
Arbeidsgeneesheer	7. Lutgart Braeckman 8. Charlotte Lambreghts 9. Griet Swennen
Arbeidspyscholoog	10. Peter Vlerick (academisch)
Klinisch psycholoog	11. Roland Rogiers (net gepensioneerd)

Tabel 3: Deelnemers Delphi-studie

3.1.4.2 Antwoorden demografische vragen

Er was een mooie verdeling binnen de groep experten wat betreft het geslacht met zes vrouwen en vijf mannen.

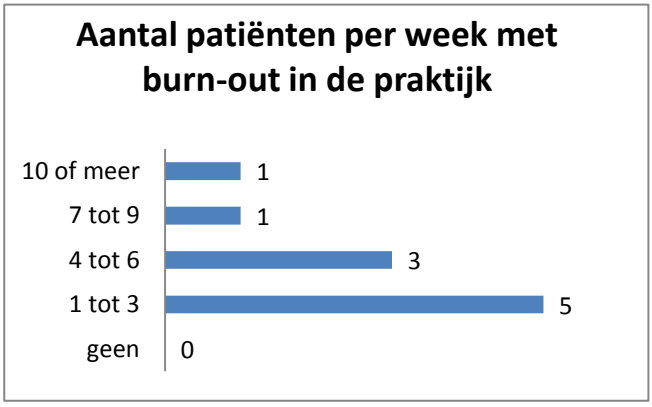
Geen enkele deelnemer was jonger dan 36 jaar. Vier deelnemers waren tussen de 36 en 45 jaar oud, nog eens vier deelnemers waren tussen 46 en 55 jaar oud. Drie experten waren ouder dan 56.



Figuur 2: Ervaring deelnemers

Er waren zes huisartsen waarvan één zich verder had bijgeschoold tot burn-out coach. Verder waren er drie arbeidsgeneesheren, één klinische psycholoog die net gepensioneerd was en één arbeidspsycholoog die zich op academisch vlak bezig hield met burn-out (Tabel 3).

Het aantal jaren in de praktijk per persoon lag zeer verspreid tussen nul en ruim 40 jaar (Figuur 2).



Figuur 3: Gemiddeld aantal geziene patiënten per week

Bijna de helft had een extra opleiding

gevolgd om burn-out te kunnen begeleiden. Vier van hen hadden onder andere de opleiding van The Human Link gevolgd. Twee van hen had zelf deze opleiding ontwikkeld. Twee experten hadden meerdere opleidingen gevolgd.

De experten werden gevraagd aan te geven hoeveel patiënten per week zij zagen met burn-out. Dit lag tussen één en tien personen per week (Figuur 3).

Allen gaven ze aan geen conflicterende belangen te hebben om deze studie uit te voeren.

3.1.4.3 Antwoorden eerste ronde, stellingen 1 tot en met 13

Het overzicht van de resultaten na de eerste ronde is terug te vinden in bijlage 6. Hieronder volgt de bespreking van de resultaten bij deze bijlage. In 3.1.4.3.14 wordt overlopen waarover inhoudelijk reeds consensus bereikt werd na deze ronde.

3.1.4.3.1 Stelling 1

Er was geen consensus of de oorspronkelijke tekst over de criteria van burn-out voldoende was of niet. Ook de mening over een alternatieve verwoording was verdeeld onder de experten. Bij de commentaren waren geen grote veranderingen op te merken. De meesten wensten om een combinatie te maken van de verwoording uit de oorspronkelijke en de alternatieve formulering. De stelling werd weerhouden voor een tweede ronde.

3.1.4.3.2 Stelling 2

Zowel over de correctheid als over de volledigheid van de oorspronkelijke tekst over stress en burn-out, konden de experten geen overeenstemming vinden. Er waren opmerkingen in verband met de duurtijd van de stresstoestand en de lineariteit richting burn-out. Enkelen benadrukten dat er eerder sprake zou zijn van een negatieve spiraal. Daarnaast vermeldden zij ook dat de oorspronkelijke tekst uit de richtlijn voornamelijk op de persoon zelf focuste en minder op het werk of zijn omgeving. Een andere verwoording diende voorgesteld te worden in de tweede ronde.

3.1.4.3.3 Stelling 3

In deze stelling was er geen eensgezindheid over stress en burn-out als deel van een spectrum. De experten toonden meer animo voor stress, overspanning en burn-out als deel van een spectrum. Hierover werd een relatieve consensus bereikt met ruim 88% van de antwoorden tussen 5 en 9 op de Likertschaal en een mediaan hoger dan 6. Bij de vrije opmerkingen kwam enkele keren stress-continuüm naar voren als alternatieve verwoording van spectrum. Ook vonden enkelen het belangrijk het tijdsaspect hierbij te benadrukken. Uit de resultaten van deze stelling, bleek dat de huidige formulering niet voldoende was maar dat er wel ruimte was voor een nieuw voorstel in de volgende ronde.

3.1.4.3.4 Stelling 4

De correctheid van de definitie van overspanning volgens de Nederlandse richtlijn[14] vond een relatief akkoord bij de experten doch over de volledigheid werd geen eenstemmigheid gevonden. Bij de opmerkingen werd enkele keren ‘punt 4’ aangehaald als struikelfactor. Of stelling 4 in ronde twee verder bevraagd ging worden, hing ook af van stelling 6 (cfr. infra).

3.1.4.3.5 Stelling 5

In de Nederlandse definitie werden drie punten aangehaald in verband met burn-out. Zij werden elk apart bevraagd in deze stelling en daarna werd gesteld dat ze alle drie aanwezig dienden te zijn om

van burn-out te spreken. Zowel over het eerste punt, de aanwezigheid van overspanning, als over het feit dat de drie punten tegelijk aanwezig dienden te zijn, werd geen consensus gevonden. Dat er minimum zes maanden klachten moesten zijn alsook vermoeidheid en uitputting, vond wel een relatief akkoord. Meerdere experten toonden echter in hun opmerkingen dat zij de definitie te nauw vonden qua inhoud en dat ook de tijdsspanne van zes maanden niet altijd aanwezig moest zijn. Voor de volgende ronde werd besloten de Nederlandse definitie niet te herwerken voor een tweede ronde. In de tweede ronde werd de herformulering van de definitie van Maslach[16] (cfr. stelling 1) verder uitgewerkt met de opmerkingen uit vorige stellingen indachtig.

3.1.4.3.6 Stelling 6

In deze stelling werd bevestigd dat er geen eensgezindheid was over de oorspronkelijke tekst van stress en burn-out als over het alternatief waarbij stress, overspanning en burn-out in een spectrum te vinden waren. Samen met de resultaten uit stelling 3 en 4 werd er gekozen om een herformulering rond stress, overspanning en burn-out als stresscontinuüm voor te stellen in de tweede ronde. Er was geen akkoord rond de toevoeging van de definitie rond overspanning. Een relatieve consensus werd wel gevonden voor de toevoeging van de definitie van burn-out. Echter gezien deze definitie terugviel op de definitie van overspanning en er heel wat inhoudelijke opmerkingen waren, werd gekozen om voornamelijk de definitie van Maslach verder uit te werken in de tweede ronde (cfr. stelling 1).

3.1.4.3.7 Stelling 7

Alle voorgestelde persoonlijke, werkgerelateerde, en werkomgevingsfactoren vonden absolute of relatieve consensus om deze te weerhouden. Er werd wel meermaals benadrukt door de experten dat het erg belangrijk was om deze factoren voor te stellen als factoren die eventueel mee aan de basis konden liggen voor burn-out maar dat de aanwezigheid van één van deze factoren an sich, geen probleem hoefde te vormen. Gezien meerdere experten ook de nadruk legden op voorzichtige formulering, werd ‘overschatting draagkracht’ aangepast naar ‘onevenwicht draaglast en draagkracht’ zonder nieuwe navraag bij de experten in de tweede ronde. Deze stelling werd niet hernomen in de tweede ronde.

3.1.4.3.8 Stelling 8

Een lijst, zoals voorgesteld in stelling 7, werd nuttig bevonden door de experten. Er was echter geen akkoord over de nood hieraan. Bij de opmerkingen werden dezelfde commentaren terug gevonden als in stelling 7. In de tweede Delphi-ronde werd dit niet hernomen, de lijst met mogelijke ontstaansfactoren werd toegevoegd aan de geadapteerde richtlijn.

3.1.4.3.9 Stelling 9

Er was een relatief akkoord dat de nieuwe evidence van Cochrane[9] niet zomaar overgenomen kon worden in de geadapteerde richtlijn. Er werd meermaals vastgesteld dat de nieuwe formulering niet voldoende duidelijk maakte dat er op verschillende gebieden ingespeeld kon worden bij burn-out. In de tweede Delphi-ronde werd een nieuw voorstel gedaan ter verwoording van de nieuwe bewijsvoering zonder inbreuk te doen aan de inhoud.

3.1.4.3.10 Stelling 10

De experten waren het eens dat de lijst met preventieve tips bruikbaar was om in de nieuwe versie van de richtlijn te laten staan. Er was echter geen eensgezindheid over het nut noch over het vervangen van de tekst door een generieke aanbeveling. Er werd besloten de lijst in de

geadapteerde richtlijn over te nemen. De aankondigende zin van de lijst: '*Burn-out kan voorkomen worden door*', werd voor de tweede ronde veranderd naar een genuanceerdere versie en opnieuw voorgelegd aan het expertenpanel.

3.1.4.3.11 Stelling 11

Over deze stelling was er geen consensus. Een generieke aanbeveling in plaats van de oorspronkelijke preventieve tips, werd als te mager beschouwd door de experten. Er werd gekozen om een herformulering van deze generieke aanbeveling aan te bieden in de tweede ronde naast het behouden van de preventieve tips.

3.1.4.3.12 Stelling 12

Er was relatieve consensus over de correctheid van de differentiaaldiagnose doch ze werd niet volledig bevonden. Enkele kleinere inhoudelijke opmerkingen werden gemaakt door de experten. De differentiaaldiagnose werd weerhouden maar in de tweede ronde werden nog kleine aanpassingen voorgelegd ter optimalisering en nuancering.

3.1.4.3.13 Stelling 13

Er was geen consensus of de klinische aanwijzingen correct of overbodig waren. Ze werden wel noodzakelijk bevonden door de experten. De beperkte commentaren gaven aan dat de aanwijzingen niet altijd duidelijk waren. In de tweede ronde werd de stelling hernomen om enkele nuances aan te brengen.

3.1.4.3.14 Samenvatting inhoud waarover consensus bereikt

Na de eerste ronde werd er nog niet veel consensus bereikt over de eerste 13 stellingen. Belangrijk was wel dat deze ronde heel wat opmerkingen had opgeleverd. Hierdoor werd het mogelijk om in de tweede ronde zeer gerichte aanpassingen en voorstellen aan te brengen.

Zo werd vastgesteld dat de definitie van burn-out voornamelijk diende te draaien rond de drie kernsymptomen volgens Maslach[16]: 'gevoelens van moeheid en uitputting, cynische relatie ten opzichte van het werk, verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde'. De Nederlandse definities van overspanning en burn-out werden verworpen. Wat wel overbleef uit de opmerkingen van de stellingen rond de Nederlandse definities, is dat de tijdsspanne van zes maanden wel interessant was om mee te nemen in de definitie. Ook bleken de specialisten interesse te hebben om stress, overspanning en burn-out als een continuüm te beschouwen.

Consensus werd bereikt over toevoeging van cofactoren die kunnen leiden tot burn-out (Tabel 4). Deze lijst zou eventueel kunnen helpen bij preventie van burn-out.

Persoonlijk	Werk	Werkomgeving
Perfectionisme	Werklast	Onduidelijkheid in de hiërarchie
Hoge verwachtingen	Fysiek uitputtend werk	Problemen met bazen
Nood aan erkenning	Cognitief belastend werk	Vage taakomschrijving
Zichzelf wegcijferen om anderen gunstig te stemmen	Emotionele betrokkenheid	Beperkte autonomie of controle

Gevoel van onvervangbaarheid	Administratieve overload	Slechte communicatie
Onevenwicht draagkracht en draaglast	Veel verantwoordelijkheid	Beperkte positieve feedback
Vermijdende en passieve copingstrategie		Slechte sfeer
Gebrek aan sociale ondersteuning thuis		Beperkte sociale ondersteuning
		Slechte organisatie of verandering in de organisatie
		Onduidelijkheid over doorgroeimogelijkheden/ promotie/ opslag

Tabel 4: Mogelijke cofactoren die mee kunnen leiden tot burn-out

Ook diende de lijst met preventieve tips uit de oorspronkelijke richtlijn behouden te worden, zijnde:

- 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.

De aankondiging voor deze lijst werd aangepast en voorgesteld aan de experten in de tweede ronde. Ook een nieuwe nuancering van de evidence van Cochrane[9], werd voorgesteld in de tweede ronde.

De differentiaaldiagnose werd weerhouden maar de klinische aanwijzingen werden nog aangepast voor de tweede ronde. De differentiaaldiagnose met aangepaste klinische aanwijzingen, vindt u onder 3.1.4.4.4.

3.1.4.4 Antwoorden tweede ronde, stellingen 1 tot en met 3

Bij de tweede ronde hebben 9 van de 11 oorspronkelijke deelnemers uit ronde één, terug deelgenomen. In bijlage 7 worden de resultaten van de tweede ronde weergegeven. De bespreking hiervan, vindt u hieronder terug.

3.1.4.4.1 Stelling 1

Volgende tekst met betrekking tot de definitie en het verwoorden van stress, overspanning en burn-out als één continuüm, werd voorgesteld:

‘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 zes 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’

Over alle deelvragen werd consensus bereikt. Echter was er niet overal unanimiteit. Twee deelnemers bleven bijvoorbeeld onbeslist over het toevoegen van een tijdsspanne van zes maanden. Eén expert deelde de mening niet om ‘*intense, overweldigende vermoeidheid*’ te vervangen door ‘*Gevoelens van moeheid en uitputting’.* Daarenboven merkten ook andere deelnemers op dat gevoelens van moeheid niet sterk genoeg verwoord werd. Er werd gekozen deze opmerkingen te bundelen en de tekst aan te passen. Deze werd niet meer voorgelegd in een derde ronde, gezien de minieme nuancering die reeds door vier experten gevraagd werd.

Het eindresultaat met betrekking tot de definitie luidde:

‘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 zes maanden, kan burn-out ontstaan.

De kernsymptomen van burn-out zijn:

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

3.1.4.4.2 Stelling 2

Nog één stelling over preventie volgde in deze tweede ronde. Hierbij werd voornamelijk de nieuwe bewijsvoering van Cochrane[9] meer genuanceerd aan de man gebracht. Verder was er voor de paragraaf reeds consensus na de eerste ronde (cfr. supra).

Volgende vragen werden gesteld:

‘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 aan de hand van de lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out’.* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.

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.’

Bij beide voorgelegde vragen werd consensus bereikt om de voorstellen te weerhouden ter adaptatie van de richtlijn.

De tekst voor de nieuwe richtlijn werd als volgt weerhouden:

'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 aan de hand van 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. '

3.1.4.4.3 Stelling 3

Stelling 3 bevroeg kleine veranderingen in de differentiaaldiagnose en zijn klinische aanwijzingen.

Deze stelling diende om de verwoording van de psychiatrische differentiaaldiagnose en zijn klinische aanwijzingen op punt te stellen. Volgend voorstel werd gedaan en ook weerhouden:

'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 suïcidegedachten 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)'

Allen waren het duidelijk eens 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*'. Het voorstel om '*ernstige depressie*' te veranderen naar '*depressie*' werd weerhouden. Bij de klinische aanwijzingen van depressie werd suïcidegedachten

toegevoegd. Ook hier waren de experten het unaniem mee eens. Bij problematisch alcohol- en middelenmisbruik werd de klinische aanwijzing veranderd van '*bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk*' naar '*alcoholgeur, via heteroanamnese*' vervangen. Hier werd er een relatief akkoord bereikt. Vervolgens werd bevraagd of de oorspronkelijke aanwijzingen van atypische depressie weerhouden konden worden in de nieuwe richtlijn. Er was consensus om deze zo te laten. Ook de korte toelichting bij stress stoornissen kende eensgezindheid om deze niet aan te passen. Bij gegeneraliseerde angst, sociale angst en somatisatiestoornis werden de klinische aanwijzingen deels veranderd en ook weerhouden. Bij persoonlijkheidsstoornissen en aanpassingsstoornissen werden geen aanpassingen gedaan tussen de haakjes. Ook hier was het merendeel van de deelnemers akkoord.

De volledige tekst werd weerhouden voor de definitieve versie van de nieuwe richtlijn. Enkel bij problematisch alcohol- en middelenmisbruik werden de huidige klinische aanwijzingen '*alcoholgeur, via heteroanamnese*' nog vervangen door '*alcoholgeur en (hetero)anamnese*'. Gezien de minieme aanpassing, werd hiervoor geen vraag voor een derde ronde opgesteld.

3.1.5 Discussie

In deze masterthesis werd de Finse Duodecim richtlijn 'Burn-out'[4] onder de loep genomen ter aanpassing naar de huidige zorgcontext te België. Dit gebeurde met behulp van het handboek 'Adaptatie Duodecim richtlijnen'[6]. Het bleek echter al snel dat deze richtlijn inhoudelijk niet sterk was en dat ook nieuwe literatuur slechts beperkt voorhanden was. Een belangrijke opmerking hierbij was dat de evidence na GRADE[18] een graad 2C of 2D (Good Practice Point) meekregen.

Vanaf de derde fase, beschreven in het handboek 'Adaptatie Duodecim richtlijnen'[6], werd er van het pad afgeweken. Er werd gekozen om een Delphi-procedure toe te passen met enkele experten in burn-out. Via twee online rondes werden er suggesties voor aanpassing van de richtlijn voorgelegd aan een panel van experten. Zij gaven elk anoniem hun mening over verschillende klinische aspecten van burn-out. De resultaten van de Delphi-studie over definitie, epidemiologie en differentiaaldiagnose werden in deze thesis besproken. Voor de overige klinische vragen wordt verwezen naar de masterproef van Astrid Deneffe.

De oorspronkelijke aanbevelingen onder deze rubrieken werden allen, waar mogelijk, aangepast aan de beschikbare literatuur en voorgelegd aan het expertenpanel. Zij hadden de opportuniteit om ook opmerkingen toe te voegen bij de voorgelegde stellingen en zo mee te bepalen wat in de volgende ronde voorgesteld werd. Af en toe werden er nieuwe aanpassingen geformuleerd om de samenhang van de ganse richtlijn te versterken.

Demografisch was er een gemengd expertenpanel op vlak van geslacht, leeftijd, beroep en ervaring. Dit was een belangrijke voorwaarde voor de start en deze werd aldus bereikt. De enige opmerking die gemaakt kan worden, is van methodologische aard. De experten werden gezocht aan de hand van 'snowballing', wat tot gevolg had dat enkele mensen waarschijnlijk een gelijkaardige achtergrond hadden. Tijdens het opstellen van onze steekproef werd hiermee wel rekening gehouden, maar vanwege iets te beperkte respons bij de huisartsengroep, werd er nog extra deelnemers gezocht en gevonden via D4D. Zo waren er uiteindelijk vier huisartsen die op directe en indirecte manier met D4D te maken hebben. Verder hadden ook enkelen dezelfde cursus gedaan van The Human Link. Wat deze opmerkingen terug nuanceert, is dat het een anonieme studie was waarbij alles gedaan werd om de deelnemers ook anoniem te houden. Bij elke mailing werd duidelijk

benadrukt dat een Delphi-studie absolute anonimiteit vereiste. Een korte toelichting werd bij elke mail toegevoegd over dat men niet aan anderen mocht doorgeven dat ze deelnamen en de mails werden ook via BCC verzonden.

In de oorspronkelijke aanbevelingen rond definitie en ontstaansmechanismen van burn-out werd een definitie teruggevonden die waarschijnlijk ook gebaseerd was op Maslach[16]. Bij de Delphi-procedure werden kleine nuances voorgesteld ter optimalisering van de definitie. Daarnaast werd er ook een alternatieve definitie voorgesteld, gehaald uit de Nederlandse richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'[14]. Deze werd niet weerhouden, tegen de eerste verwachtingen in. Bij het opstellen van deze enquête leek dit een mooie, nieuwe definitie, die erg bruikbaar was gezien hij meer handvaten leverde dan de klassieke drieledige van Maslach[16]. De experten vonden echter dat, om te beginnen, de definitie van overspanning wel ongeveer correct was maar verre van volledig. Daarenboven leunde de definitie van burn-out deels op die van overspanning waarbij gesteld werd dat er eerst overspanning aanwezig moest zijn voor burn-out ontstond. Hierover was er weliswaar geen consensus bij de experten. Sommigen misten ook de andere luiken van burn-out zoals zij wél bij Maslach[16] verwoord staan, met name cynisme en het werkaspect. Bij het dieper ontleden van de Nederlandse definities en het voorstellen van deze aan de experten, konden ze niet weerhouden worden voor deze richtlijn. Ze waren volgens de experten, enerzijds te uitgebreid waardoor de essentie verloren ging. Anderzijds misten ze in hun verwoording belangrijke deelaspecten van wat een burn-out betekende voor het expertenpanel. De nieuwe Nederlandse definitie werd daarom niet weerhouden.
Verder stond er in de oorspronkelijke richtlijn een tekst over stress en burn-out, vermoedelijk door de auteurs toegevoegd ter vervollediging van de richtlijn. Echter was er geen klaar oordeel van de experten over de correctheid en volledigheid van deze tekst na ronde één. Er werden suggesties gedaan om deze te vervolledigen met een uitleg over een stress-spectrum en de term overspanning. De aanpassingen bleken in de goede richting te gaan gezien er een relatieve consensus was over overspanning, gelegen tussen stress en burn-out in een spectrum. Dit leek in de eerste plaats ook wat contradictorisch gezien de deelnemers in de stelling over de Nederlandse richtlijn onbeslist waren over dat overspanning aanwezig diende te zijn voor er van burn-out gesproken kon worden. Mogelijks was dit te wijten aan het feit dat in de vorige stellingen het ging over een definitie, daar waar het in deze stelling ging over het ontstaansmechanisme.
Over het woord spectrum was er weliswaar geen eenstemmigheid. Enkele experten stelden een stress-continuüm voor in plaats van spectrum. Deze suggestie werd ingecalculeerd in de tweede ronde. De basistekst uit de oorspronkelijke richtlijn werd aangevuld met enkele extra zinnen over het continuüm, overspanning en ook de tijdspanne van zes maanden tot burn-out kan ontstaan. Deze aanpassingen werden weerhouden. Fascinerend was hoe bij de eerste stellingen van de eerste ronde naar boven kwam dat er enkelen waren die net in de opmerkingen vroegen naar de vermelding van een tijdsaspect. In diezelfde ronde, volgde in stelling 5, de Nederlandse definitie die stelde dat er eerst zes maanden overspanning diende te zijn, voor men van burn-out kon spreken. Net hier waren er enkelen die opmerkten van die tijdsspanne er juist wel uit te laten. Dit was waarschijnlijk te wijten eerder aan het getal zelf dan aan het feit dat zes maanden ook wel wil zeggen dat het al een tijdje bezig is. Vermoedelijk wilden sommigen van de experten zo benadrukken dat te scherpe lijnen trekken, ook gevaarlijk kan zijn.

De preventiemaatregelen in de oorspronkelijke richtlijn beperkten zich tot een stelling uit een Cochrane[23] review van 2006 naast een overzicht van mogelijke werkpunten voor de patiënt. In de nieuwe richtlijn werd een lijst toegevoegd met mogelijke factoren die mee kunnen leiden tot burn-out. Deze zou nuttig kunnen zijn om bij het consult te bepalen waar de gevarenzone zich bij die patiënt bevindt. Meerdere experten benadrukten zowel in de eerste als de tweede ronde, dat ook hier voorzichtig te werk moest gegaan worden. Zij vreesden dat de gebruiker van de richtlijn mogelijk de cofactoren niet gingen nuanceren binnen zijn context. Het belangrijkste was hier om de tekst zo genuanceerd mogelijk aan te brengen. De opmerkingen waren zeker terecht maar voelden soms ook bijna aan als een onderschatting van de eindgebruiker, waardoor er na de tweede ronde gekozen werd geen aanpassingen meer extra uit te voeren. Het toont echter wel de gevoeligheid aan die met het onderwerp gepaard gaat en de 'angst' om definities vast te leggen. Vermoedelijk hebben de meeste experten hun idee van burn-out naar hun eigen ervaring al aangepast en wordt het met de tijd alleen moeilijker om met meerdere mensen duidelijk te stellen wat dit nu net inhoudt. Des te meer reden is er om het wetenschappelijke werk hierrond te vergroten.
Naast de cofactorenlijst, werd de stelling van Cochrane[9] aangepast aan de nieuwere versie en voorzien van enige nuance nadat de experten oordeelden dat dit ontbrak in de nieuwe aanbeveling. De oorspronkelijke aanbeveling van de nieuwe versie van Cochrane[9] stelde 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,'* en kwam nogal hard over. Echter was het wel een correcte verwoording van de objectieve vaststelling dat er een gebrek was aan duidelijke cijfers en uitgebreid onderzoek. Het was wel te verwachten dat men niet akkoord zou gaan met deze stelling toen het voorstel in de eerste ronde gedaan werd. De meesten experten interpreteerden waarschijnlijk de inhoud van de stelling als ontkenning van andere behandelingen. Echter was het een objectieve vaststelling over het feit dat er maar enkele behandelingen echt kwalitatief onderzocht waren en dus ook wetenschappelijk aan te bevelen waren. Gezien deze semantische dubbelzinnigheid, werd er een genuanceerdere vertaling voorgelegd zonder inbreuk te doen aan de inhoud, dewelke wel weerhouden werd. Over het behouden van de lijst met tips over mogelijke werkpunten voor de patiënt waren de experten het eens.
In de literatuur werd er geen bijkomende evidence gevonden om de differentiaaldiagnose uit de oorspronkelijke richtlijn aan te passen. In de Delphi-procedure werd gevraagd of deze weerhouden kon worden in de geadapteerde versie alsook de bijhorende klinische aanwijzingen tussen haakjes. Tegen de verwachting in, vonden de experten het wel nodig enkele extra aanwijzingen aan te brengen naast de diagnoses ondanks dat zij inhoudelijk niet altijd sterk leken. Er werd gekozen om enkele aanpassingen door te voeren ter verduidelijking. Zo werd een zin toegevoegd die benadrukte dat de klinische aanwijzingen de mogelijke verschillen aanduiden met burn-out eerder dan de kern van de respectievelijke differentiaaldiagnoses zelf. Verder werden de klinische aanwijzingen zelf ook lichtelijk aangepast. Zo vonden de experts bijvoorbeeld consensus over de klinische aanwijzing bij problematisch alcohol- en middelenmisbruik van '*bijvoorbeeld terugkerende korte afwezigheden op het werk*' naar '*alcoholgeur, via heteroanamnese*'.

In bijlage 8 kan u de aangepaste, voorgestelde versie ter adaptatie terugvinden. In de negende bijlage vindt u de richtlijn in het formaat van EBMPracticeNet.

Erg belangrijk is dat er verder onderzoek gebeurt naar dit onderwerp, dat steeds meer en meer aandacht krijgt. De huidige wetenschappelijke literatuur is momenteel nog beperkt en van mindere tot slechte kwaliteit. Er bestaat namelijk nog steeds geen éénduidige definitie. Heden wordt meestal op Maslach[16] teruggevallen. Ook preventiemaatregelen en behandelingen worden nog niet systematisch vergeleken of in grote groepen toegepast en onderzocht. Hopelijk is er binnen enkele jaren, bij het herbekijken van deze richtlijn, meer bewijskracht om zich op te baseren.

3.1.6 Besluit

Deze masterthesis is het resultaat van enerzijds wetenschappelijk literatuurnazicht en anderzijds een Delphi-onderzoek onder experten ter adaptatie van de Finse Duodecim richtlijn 'Burn-out'[4]. Het doel was om deze aan te passen aan de Belgische zorgcontext om zo een handvat te zijn voor de huisartsen tijdens hun praktijkvoering via publicatie op de Belgische site EBMPracticeNet. De klinische vragen met betrekking tot definitie, preventie en differentiaaldiagnose werden in dit werk behandeld. Voor de klinische vragen met betrekking tot behandeling kan u een beroep doen op de thesis van Astrid Deneffe.

Gezien de beperkte graad van bewijskracht van de literatuur en het feit dat de richtlijn grotendeels gebaseerd is op expertopinie, zijn volgende aanbevelingen telkens suggesties (GRADE 2C) of 'Good Practice Points' (GRADE 2D).

De drie kernsymptomen van burn-out zijn: gevoelens van uitgesproken vermoeidheid en uitputting, een cynische relatie ten opzichte van het werk en verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde. Verder dient men ook rekening te houden met de nuances tussen stress, overspanning en burn-out. Zij bevinden zich samen in een stress-continuüm. Burn-out is hierbij 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 zes maanden, kan burn-out ontstaan.

Ter preventie zijn cognitieve gedragstherapie, alsook mentale en fysieke relaxatie mogelijke manieren om tot stressreductie te komen. Verder kan verandering van werkschema ook stress verminderen.
Andere preventieve maatregelen, zowel individueel als organisationeel, kunnen op maat van de patiënt aangeboden worden aan de hand van een lijst met factoren die kunnen leiden tot burn-out (Tabel 4).
Deze cofactoren kunnen zich situeren op persoonlijk vlak zoals bijvoorbeeld perfectionisme, hoge verwachtingen, gevoel van onvervangbaarheid. Anderzijds kan bij de patiënt ook werkfactoren gescreend worden zoals bijvoorbeeld werklast, cognitief belastend werk, emotionele betrokkenheid. Ook de werkomgevingsfactoren kunnen in rekening gebracht worden. Voorbeelden hiervan zijn onder andere: onduidelijkheid in de hiërarchie, een vage taakomschrijving, beperkte autonomie.
Enkele concrete tips om burn-out te voorkomen, kunnen met de patiënt overlopen worden en zijn bijvoorbeeld het verschil tussen werk en vrije tijd duidelijk te maken, het vermogen om het eigen werk vooraf te plannen, zijn/haar fysieke conditie te verzorgen.

De belangrijkste psychiatrische differentiaaldiagnoses voor burn-out om in het achterhoofd te houden zijn: depressie, problematisch alcohol- en middelenmisbruik, zogenaamde atypische

depressie, stress stoornissen, gegeneraliseerde angststoornis, sociale angststoornis, somatisatiestoornis, persoonlijkheidsstoornis en aanpassingsstoornissen.

Preventie bij iemand die reeds burn-out doorgemaakt had, werd uiteindelijk niet verder uitgewerkt bij gebrek aan enig antwoord in de literatuur.

Meer onderzoek over dit onderwerp is aan te raden gezien de beperkte wetenschappelijke literatuur die op dit moment voor handen is en ook de omvang van het fenomeen dezer dagen.

3.1.7 Referenties

1. 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 14 november 2015.
2. Domus medica. Coaching van burn-out in de huisartsenpraktijk. 2015. Beschikbaar via: http://domusmedica.be/vorming/vormingsaanbod/vorming-anderen/evenement/1072-coaching-van-burn-out-in-de-artsenpraktijk.html. Geraadpleegd 14 november 2015.
3. Thoen A. Callens J. Aanpak van burn-out en surmenage. 2015. Beschikbaar via: https://www.toetsplatform.be/courses/course/detail/id/153/menuid/1. Geraadpleegd 14 november 2015.
4. Rovasalo A. EBM guidelines, Burnout. Duodecim Medical Publication ltd online 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd maart 2017.
5. EBMPracticeNet. (2017). Wie zijn we. [Internet] Beschikbaar via: https://www.EBMPracticeNet.be/nl/Paginas/Wie-zijn-we.aspx. Geraadpleegd 1 April 2017.
6. 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.
7. Agreetrust. (2017). Introduction to AGREE II. [Internet] Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/introduction-to-agree-ii/. Geraadpleegd 1 April 2017.
8. Work Loss Data Institute. Mental illness & stress. Encinitas (C A): Work Loss Data Institute; 2015 Dec 17. Various p.
9. 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.
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. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int. 2011 Nov;108(46):781-7.
13. 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.

14. 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.
15. ISI web of knowledge. (2017). [Internet] Beschikbaar via: http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=LIST_SUMMARY_JOURNAL. Geraadpleegd 1 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. The GRADE working group. (2013). GRADE Handbook. [Internet] Beschikbaar via: http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2. Geraadpleegd 1 April 2017
19. CEBAM. Grading of recommendations. Onuitgegeven powerpoint gepresenteerd op begeleidingsmoment; Universiteit KULeuven; 2016.
20. RAND. (2017). Delphi Method. [Internet] Beschikbaar via: http://www.rand.org/topics/delphi-method.html. Geraadpleegd 1 April 2017.
21. 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.
22. Smets K, Peremans L. Rapport consensusprocedures toegepast in het kader van de ontwikkeling van een richtlijn. Universiteit Antwerpen; 2011.
23. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2006 Oct 18; (4): CD002892.

Bijlage 1: AGREE II van richtlijn 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'



AGREE II

A critical appraisal of:

Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout

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: Magali Vercammen

URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/27638

Guideline URL: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

Overall Assessment

Title: Een lijn in de eerste ljin bij overspanning en burnout

Overall quality of this guideline: 6/7
Guideline recommended for use? Yes.

Notes: Dit is doorgaans wel een goede guideline. Er zijn wel enkele gaten in de beschrijving van de totstandkoming en de implementatiemogelijkheden.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	20
2. Stakeholder Involvement	17
3. Rigour of Development	30
4. Clarity of Presentation	16
5. Applicability	9
6. Editorial Independence	14

---

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 7: Duidelijk en uitgebreid aangegeven.

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 7: Dit is duidelijk aangegeven in de inhoudstafel. De vragen zelf zijn doorgaans goed opgesteld. Deze bevatten een doelgroep, en stellen vraag naar bepaalde interventies en uitkomsten. De beschrijvingen zijn helder. Aan de hand van deze vragen zou men een richtlijn over dit onderwerp kunnen ontwikkelen.

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 6: Er is een specifieke rubriek voor doelgroep. Verder wordt dit ook, beperkter weliswaar, in andere rubrieken aangehaald zoals bij aanleiding.

---

2. Stakeholder Involvement

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

Rating: 6: De richtlijn is opgesteld door NHG (huisartsen), LVE (psychologen) en NVAB (arbeidsgeneesheren). Andere relevante groepen zoals werknemers, verzekeringsinstellingen enzovoort, werden aangesproken om onder andere klankgroep en focusgroep te zijn om de richtlijn na te lezen. Voor elk lid wordt uitgebreide informatie gegeven. Dit item is eenvoudig terug te vinden. Het is echter niet duidelijk of er een methodologische expert in de werkgroep is opgenomen.

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

Rating: 4: Via focusgroepen werd de richtlijn nagekeken voor de doelgroep. De uitkomst van wat deze focusgroepen er van vonden, is niet terug te vinden in de richtlijn. Ook hoe deze informatie de richtlijn al dan niet heeft aangepast, staat niet vermeld.

6. The target users of the guideline are clearly defined.

Rating: 7: De gebruikers van de richtlijn zijn in een aparte rubriek duidelijk omschreven en zijn ook relevant voor het onderwerp. Hoe men deze richtlijn best doorneemt, staat verder ook nog in een aparte rubriek beschreven.

---

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.

Rating: 5: Bij de onderzoeksvragen wordt telkens apart toegelicht wat de methodologie van de zoektocht was indien het een literatuurvraag was. Echter bij bijvoorbeeld methodologie wordt de zoekstrategie niet toegelicht. Dit is anderzijds ook niet zo storend gezien de bronnen wel aangehaald worden. Dit lijken ook de meest relevante bronnen voor de desbetreffende vraag. Bij diagnostiek is ook geen zoektocht beschreven naar de checklists die ze besproken hebben.

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

Rating: 2: Dit is niet duidelijk weergegeven.

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

Rating: 4: Er is geen aparte rubriek. Er wordt wel duidelijk onderscheid gemaakt tussen wanneer er bewijskracht is of niet. Dit gebeurt echter niet systematisch. Aanbevelingen vanuit de werkgroep staan ook als aanbeveling geformuleerd.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

Rating: 2: Er staat wel vermeld wie mee de richtlijn opgesteld heeft en dat deze ter autorisatie is voorgelegd. Hoe de richtlijn methodologisch tot stand gekomen is, is niet duidelijk.

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

Rating: 4: De aanbevelingen geven de mogelijke winst weer. Schade en risico's zijn weinig of niet beschreven maar zijn mogelijk niet aanwezig vanwege weinig toepassing in deze richtlijn.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

Rating: 5: Elke aanbeveling is vooraf gegaan door een samenvatting van de literatuur. Niet elke paragraaf heeft bewijstabellen.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

Rating: 3: Dit is inderdaad het geval. Doel, opzet en methode van deze externe beoordeling zijn niet beschreven. De referenten zijn wel beschreven. Deze zijn relevant. De manier waarop de desbetreffende informatie verwerkt werd, staat ook niet beschreven.

14. A procedure for updating the guideline is provided.

Rating: 5: Dit is beschreven en eenvoudig weer te vinden. De methodologie is hiervan niet beschreven. Of er aan de geldigheidsduur wordt gehouden of niet, is nog niet gekend.

---

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 5: De aanbevelingen zijn specifiek. Soms zijn exacte termijnen niet aangegeven waardoor aanbevelingen niet altijd ondubbelzinnig zijn. Dit is anderzijds niet zo verwonderlijk gezien het onderwerp.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 4: Zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze behandelingen worden overlopen en aangehaald. De populatie voor de verschillende opties wordt beschreven. Echter is het wel niet erg uitgebreid.

17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 7: De aanbevelingen zijn duidelijk aangegeven onderaan een rubriek in een blauwe kader.

---

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 2: Dit wordt niet vermeld. Dit is echter (grotendeels) niet van toepassing. Huisartsen, arbeidsgeneesheren en eerstelijnspsychologen zijn namelijk overal aanwezig.

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 4: Er is een implementatierubriek. Er is een patiëntenfolder voorzien en een verspreidings- en implementatieplan. De richtlijn is op verschillende websites voor de verschillende doelgroepen terug te vinden. Dit is weliswaar nog steeds vrij beperkt.

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 2: In de inleiding staat vermeld dat onder andere kosten zouden vermeld worden bij de overige overwegingen per klinische vraag. Bij deze paragrafen per rubriek wordt dit echter nergens vermeld. De relevantie is anderzijds ook wel niet groot gezien het voornamelijk over consultaties gaat en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 1: Numerieke toetsingscriteria zijn niet van toepassing (bijvoorbeeld lager dan 8%). Verder zijn er ook geen procesindicatoren of gedragsindicatoren opgelijst.

---

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 7: De financiering is vermeld alsook een verklaring dat ze onafhankelijk hiervan de richtlijn hebben opgesteld.

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 7: Hiervoor is een aparte rubriek voorzien.

Bijlage 2: AGREE II van richtlijn 'Mental Illness And Stress'



AGREE II

A critical appraisal of:

Mental Illness and 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: Magali Vercammen

URL of this appraisal: http://www.agreetrust.org/appraisal/27650

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: Er is weinig info over burnout terug de vinden in deze guideline. Daarboven komt dat deze niet erg goed scoort in meerdere rubrieken. Overleg met thesispartner om deze richtlijn mee te nemen of niet, is vereist.

Domain	Total
1. Scope and Purpose	15
2. Stakeholder Involvement	10
3. Rigour of Development	36
4. Clarity of Presentation	15
5. Applicability	11
6. Editorial Independence	13

---

1. Scope and Purpose

1. The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described.

Rating: 5: Het doel en de doelgroep zijn duidelijk beschreven en duidelijk terug te vinden vanwege het NGC format. De originele guideline op de Work Loss Data Institute site is echter erg onoverzichtelijk. De uitkomst staat niet beschreven.

2. The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described.

Rating: 4: Bij methode staan 13 klinische vragen geformuleerd. Dit was echter niet heel vlot terug te vinden in de richtlijn. Verder voldoet deze paragraaf wel aan de criteria.

3. The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described.

Rating: 6: Doelpopulatie en klinisch probleem zijn beschreven. Het is helder en beknopt beschreven en eenvoudig terug te vinden.

---

2. Stakeholder Involvement

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

Rating: 4: Er is een link naar de site van de werkgroep met alle leden van de editorial. Hier staan alle leden met naam, discipline, organisatie en rol beschreven. Het is wel niet duidelijk wie er aan de specifieke richtlijn meegewerkt heeft of niet.

5. The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.

Rating: 1: Er is enkel nazicht gebeurd door 'peers'. De beoogde doelgroep is niet aangesproken.

6. The target users of the guideline are clearly defined.

Rating: 5: De doelgroepen staan duidelijk opgelijst en zijn relevant. Hoe ze dit moeten gebruiken is iets beperkter aangegeven met behulp van de beschrijving van het doel: aanreiken van EBM voor assessment en behandeling.

---

3. Rigour of Development

7. Systematic methods were used to search for evidence.

Rating: 5: De methodologie en details staan in een bijlage. Echter is dit niet erg gemakkelijk te verkrijgen.

8. The criteria for selecting the evidence are clearly described.

Rating: 5: Dit is aanwezig in een aparte rubriek en heeft ook een bijlage voor meer detail. Dit is wel niet duidelijk aangegeven.

9. The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described.

Rating: 2: Er zijn geen sterke of limiterende factoren beschreven over de bewijskracht van het document.

10. The methods for formulating the recommendations are clearly described.

Rating: 3: Een algemeen document over hun werkwijze is aanwezig maar er wordt voor deze guideline specifiek, niet dieper op ingegaan.

11. The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations.

Rating: 6: Hiervoor is een duidelijke aparte rubriek aanwezig en nog extra vermelding in bijlage.

12. There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.

Rating: 5: Dit staat beschreven in het originele document.

13. The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.

Rating: 3: Details staan niet opgelijst.

14. A procedure for updating the guideline is provided.

Rating: 7: Er gebeurt jaarlijkse minimum één update. De meest recente versie is terug te vinden op de site.

---

4. Clarity of Presentation

15. The recommendations are specific and unambiguous.

Rating: 5: De aanbevelingen staan per onderwerp opgelijst. Ze zijn duidelijk weergegeven maar soms beperkt in hoeveelheid informatie.

16. The different options for management of the condition or health issue are clearly presented.

Rating: 5: Voor wie wat de beste optie is, zoals bijvoorbeel bij patiënten met stress, staat niet vermeld. Anderzijds lijkt dit logisch gezien het vaak afhankelijk is van patiënt tot patiënt.

17. Key recommendations are easily identifiable.

Rating: 5: Dit is vrij duidelijk aangegeven.

---

5. Applicability

18. The guideline describes facilitators and barriers to its application.

Rating: 3: Er is een rubriek waar 'qualifying statements' neergepend staan. Dit is echter vrij beknopt en niet specifiek.

19. The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice.

Rating: 3: Dit is vrij beperkt. De volgende implementation tools worden aangereikt via hun website: Mobile Device Resources Patient Resources Staff Training/Competency Material.

20. The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.

Rating: 2: Dit zou nagekeken zijn volgens hun Agree document maar is niet gedetailleerd terug te vinden.

21. The guideline presents monitoring and/or auditing criteria.

Rating: 3: Dit is een moeilijke rubriek voor dit onderwerp gezien gebrekkige relevantie. Er worden wel follow-up momenten besproken en tijdscriteria voor verwijzing vermeld. Hoe dit te meten is niet relevant voor het onderwerp.

---

6. Editorial Independence

22. The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.

Rating: 7: Dit staat duidelijk neergepend. De Work Loss Data Institute is een profit organisatie maar heeft geen bedrijf als opdrachtgever.

23. Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.

Rating: 6: De leden van de Work Loss Data Institute werken voor deze organisatie en hebben geen andere belangen.

Bijlage 3: Ethische Commissie

Aanvraag Ethische Commissie:

Burn-out: aanpassing van de Duodecim richtlijn aan de Belgische situatie.

Student(en): Magali Vercammen, Astrid Deneffe
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

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

Burn-out is tegenwoordig een fel besproken fenomeen in de eerste lijn. 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 burn-out 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 burn-out?
Welke risicofactoren geven aanleiding tot het ontstaan van een burn-out?
Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om burn-out te voorkomen?
Welke risicofactoren geven aanleiding tot herval van een burn-out?
Welke preventieve maatregelen kunnen gebruikt worden om herval van een burn-out te voorkomen?
Wat is de psychiatrische differentiaaldiagnose voor burn-out?

Methodologie:

Adaptatie van de huidige Duodecim richtlijn over burn-out 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 burn-out. 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 burn-out. 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.

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:/

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

Registratienummer: mp16605

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 "Burn-out: 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: - wordt praktijkverbeterend genoemd, maar het er is geen implementatieluik voorzien in de praktijk, of wel? - er zijn geen twee afzonderlijke outputs geformuleerd: dat is nochtans obligaat (welke haio doet wat?) - 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 4: Overzicht Vragen Eerste Ronde

Het vrije vak zal in deze bijlage weergegeven worden als ''.***

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:
    a. Huisarts
    b. Arbeidspsycholoog
    c. Klinisch psycholoog
    d. Arbeidsgeneesheer
    e. Psychiater
    f. 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 ga 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
1) intense, overweldigende vermoeidheid
2) cynische relatie ten opzichte van het werk
3) verminderd professioneel gevoel van eigenwaarde.

Voorstel alternatieve verwoording:

De drie kernpunten van burn-out zijn
1) overweldigende vermoeidheid
2) cynische relatie en onverschilligheid t.o.v. de job
3) 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?

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

De oorspronkelijke 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 de alternatieve tekst.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

***

Ga 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

***

Ga 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

***

Ga 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:

    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.

<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

***

Ga 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. supra)
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

***

Ga 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 in verband met de voorgaande paragraaf?

Per vraag werd een vak voor opmerkingen voorzien.

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

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

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

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

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

Ga 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

***

Ga 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

***

Ga 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 in verband met 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

Opmerkingen

***

Ga naar 'volgende stelling'

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

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.

<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

***

Ga 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?

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

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

***

Ga naar 'volgende stelling'

De differentiaaldiagnose 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 Duodecimrichtlijn 'vermoeidheid' <u>https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00787</u>

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

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

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

Opmerkingen

***

Ga naar ‘volgende stelling’

<u>Stelling 13:</u> Wat vindt u van de klinische aanwijzingen, genoteerd tussen haakjes, bij deze differentiaaldiagnose?

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 differentiaaldiagnose verduidelijkt wordt met klinische aanwijzingen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

Opmerkingen

***

Bijlage 5: Overzicht Vragen Tweede Ronde

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?

Per vraag werd een vak voor opmerkingen voorzien.

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 nieuwe richtlijn weerhouden worden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ik heb onvoldoende expertise om deze vraag te beantwoorden

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 aan de hand van 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.'

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 aan de hand van 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

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 Duodecim richtlijn '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 suïcidegedachten 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

Per vraag was een vak met opmerkingen voorzien worden.

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

Bijlage 6: Overzicht Resultaten Delphi Ronde 1

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 ten opzichte van 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 oorspronkelijke 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.
De vaak geassocieerde fysieke klachten (spierpijnen, hoofdpijn, gewrichtspijnen...) vind ik niet terug.
5. 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.
6. 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. 'stresscontinuum'
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 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. supra)
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.Te beperkt. Werkgerelateerd? Wat met cynisme en depersonalisatie?
2.maar gaan allemaal slechts over het eerste luik van burn-out, nl. 'intense vermoeiheid'; de definitie van burn-out beslaat 3 luiken
3. verlies in betekenis en zingeving ontbreekt
4. Eenvoudiger als definitie. Discussiepunt is tijdsduur van de klachten.
5. een burn-out is meer dan dat.
6. Cynisme en verminderde persoonlijke appreciatie van professionaliteit ontbreken in deze definitie
7. 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
8. Ik weet niet of er een strikte timing van 6 maanden noodzakelijk is. Voor sommigen zal reeds na een kortere periode kunnen gesproken worden van burn-out.

→*In de 2^{e} 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	11	0	0	11	0	7	We kijken naar Interval

anderen gunstig te stemmen							[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 niet 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 in plaats van de patiënt te pathologiseren !!!
5. afgaand op de instructie: "kunnen".

1.net als emotioneel te weinig betrokken zijn, verveling, weinig uitdaging, ...
2.kunnen mee leiden tot, maar zijn niet de oorzaak 'an sich' (afhankelijk van levensvisie, coping mechanismen,...)
3.Onevenwicht tss draagkracht en draaglast. Op elk van de punten "overload".
4.Voor mensen met emotionele betrokkenheid (verantwoordelijkheidszin) naar het werk toe kunnen al deze factoren bijdragen tot ontwikkeling van burn-out

1.kan leiden tot ... Honderden mogelijkheden zijn te bedenken. Het is het samenspel van verschillende factoren samen.
2.zeker belangrijke factoren
3.te kort aan gemeenschappelijk doel
4.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.
5.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 de risicofactor betreffende draagkracht 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 vnl 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 evidence, aangezien er consensus is dat de nieuwe evidence 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. Differentiaaldiagnose

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

- 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

	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 differentiaaldiagnose is correct.	11	0	0	11	0	7	We kijken naar Interval [5-9]: 100% en mediaan = 7, dus relatieve consensus
De differentiaaldiagnose 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 differentiaaldiagnose niet aangepast, aangezien er consensus is dat de huidige differentiaaldiagnose correct is.

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

- 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

	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 differentiaaldiagnose 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.

Bijlage 7: Overzicht Resultaten Delphi Ronde 2

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 ontstaan.'* Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	0	9	ja
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 mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	8	ja

Bijgevoegde commentaar

Stelling 1 a:
In deze formulering vanuit stresscontinuum 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 continuum.
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:
- gevoelens van moeheid en uitputting' vind ik niet sterk genoeg. Ik zou het vervangen door 'intense, overweldigende vermoeidheid, uitputting
- ik zou kiezen voor: ' Gevoelens van uitgesproken moeheid of uitputting'
- 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:
- liever 3 clusters in onderverdeling 1 persoonlijke factoren en context w-p/levensfase; 2 team (relationeel) én 3 organisatie (bvb chaotische werkomgeving)
- 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:
- als je persoonlijke waarden niet meer overeenkomen met de waarden van je bedrijf/werkomgeving... dat ga je nooit met preventie maatregelen kunnen benaderen...
- 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)
  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 suïcidegedachten 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

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	9	0	1	8	0	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 **g**. is beter in de aangepaste tekst dan in de oorspronkelijke tekst. Deze adaptatie mag in de nieuwe richtlijn weerhouden worden.	9	0	0	9	1	8	ja
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:
- Moeilijk om trefwoorden te geven
- korte afwezigheden (vnl na het weekend) mag voor mij behouden blijven.
- klinische tekens van gebruik (vb. alcoholgeur), aanwijzingen uit anamnese of heteroanamnese
Stelling 3 e:
- Ook moeilijk om goede voorbeelden te geven
- 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:
- Stress maak je zelf. 2 personen in eenzelfde werksituatie hebben niet evenveel stress
- zijn de duur van de stress (en/of de andere kenmerken van burn out) niet het belangrijkste differentiërende argument tussen 'stress' en 'burn out' ?
Stelling 3 g:
- Angst van uiteenlopende zaken, niet zozeer de hoeveelheid. Je kan erg bang zijn van vb spinnen zonder een gegeneraliseerde angststoornis te hebben.
- naast wat u al aangaf, is het time frame typisch voor gegeneraliseerde angst (6 maanden). 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 differentiaaldiagnose 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.

Bijlage 8: Aangepaste Richtlijn

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[3-5] 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'

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[2,8-10]. 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 9: Richtlijn versie EBMPracticeNet

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 evidence van goede kwaliteit voorhanden was (januari 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 evidence 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 evidence 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 differentiaaldiagnose 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.)

a. Depressie (in het bijzonder wanneer er suïcidegedachten aanwezig zijn, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens mee verbonden zijn)[7]
b. Problematisch alcohol- en middelenmisbruik (alcoholgeur, via (hetero)anamnese)[8]
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)

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 and Stress' en 'Eén Lijn in de Eerste Lijn bij Overspanning en Burnout'). 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 evidence 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.