Bevorderende factoren voor re-integratie op de werkvloer na burn-out en de rol van de huisarts

Saar Delaere en Koenraad Serruys, KU Leuven

Promotor: Professor Birgitte Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019-2022

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

INHOUDSTABEL

1. Inleiding
2. Methode
    2.1. Literatuurstudie
    2.2. Opzet bevraging
        2.2.1. Selectie van de kandidaten
        2.2.2. Steekproefgrootte
        2.2.3. Rekrutering
        2.2.4. Prospectief, kwantitatief onderdeel
        2.2.5. Prospectief, kwalitatief onderdeel
        2.2.6. Analyse
3. Resultaten
    3.1. Literatuurstudie
        3.1.1. Definitie en symptomen
        3.1.2. Epidemiologie
        3.1.3. Behandeling
    3.2. Veldstudie
        3.2.1. Achtergrondgegevens
        3.2.2. Toetsing diagnose burn-out
        3.2.3. Kwantitatief onderdeel
        3.2.4. Kwalitatief onderdeel
        3.2.5. Toevoegingen
4. Discussie
    4.1. Samenvatting van de resultaten getoetst aan de huidige inzichten
        4.1.1. Toetsing van de diagnose
        4.1.2. Duur van de arbeidsongeschiktheid
        4.1.3. Contact met adviserend geneesheer
        4.1.4. Contact met de werkgever
        4.1.5. Organisatiegerichte aanpak
        4.1.6. Onbegrip
        4.1.7. Huisarts als coördinator
    4.2. Sterktes en zwaktes
    4.3. Toekomstige onderzoeken
5. Besluit
6. Persoonlijke reflectie
7. Referenties
8. Bijlages
    8.1. Goedkeuring Ethisch Comité
    8.2. Vragenlijst patiënt
    8.3. Flyer om uit te hangen in de wachtzaal/te verspreiden via sociale media

DANKWOORD

De afgelopen drie jaar hebben we hard gewerkt aan onze masterproef. Deze periode, met hoogtes en logischerwijs ook enkele laagtes, kunnen we afsluiten met het inleveren van een werk waar we beiden tevreden over zijn.

Voor het tot stand brengen van onze masterproef, zijn we een groot woord van dank verschuldigd aan onze promotor, professor Schoenmakers. Zij heeft ondanks haar drukke agenda tijd gemaakt om ons te begeleiden en ons verder te helpen in het proces van het schrijven van deze thesis.
Ook de mensen die de tijd genomen hebben om onze vragenlijst aan te vullen, verdienen onze dankbaarheid. Dankzij hen is deze thesis geworden wat zij is, en hebben we meer inzicht kunnen verwerven in het onderzoeksdomein.

Verder zijn we Hilde Wylin zeer dankbaar want zij heeft met veel plezier en enthousiasme de statistische verwerking van ons cijfermateriaal op zich genomen.

Daarnaast willen we onze ouders, Ward, Hannah, Bert, Mauro, Mathias en Dominique bedanken voor de onvoorwaardelijke steun en het nalezen van onze masterproef op grammaticale en schrijffouten.

We wensen u alvast veel leesplezier toe.

ABSTRACT

Achtergrond

Burn-out is een toenemende oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid met als gevolg zowel een verminderd individueel mentaal welbevinden als een toenemende maatschappelijke kost. Vaak komen mensen met burn-outklachten als eerste bij de huisarts terecht. De verschillende betrokken actoren, de uiteenlopende mogelijke interventies en het beperkte tijdsvenster maken het voor een huisarts allesbehalve evident om een patiënt met burn-out zorgvuldig te begeleiden in het herstelproces en de daaraan gekoppelde re-integratie op de werkvloer.

Doel

In dit onderzoek wordt nagegaan wat het belang is van deze verschillende bevorderende factoren voor een succesvolle professionele re-integratie, alsook wat patiënten van hun huisarts verwachten bij de behandeling van burn-out.

Methode

Aan de hand van een grondige literatuurstudie werd een vragenlijst opgesteld bestaande uit vijf onderdelen, namelijk bevragen van sociodemografische gegevens, toetsen van de diagnose en inclusiecriteria, nagaan van al dan niet succesvolle re-integratie op de werkvloer, bevragen van bevorderende factoren en peilen naar de rol van de huisarts.

Resultaten

De vragenlijst werd ingevuld door 242 deelnemers waarvan 150 patiënten (61,98%) bij wie de diagnose burn-out werd bevestigd door een arts.

Voor de bevorderende factoren met een voordelig effect op werkhervatting binnen drie maanden vinden we enkel niet-significante resultaten. Voor de bevorderende factoren met een nadelig effect op werkhervatting binnen de vooropgestelde termijn noteren we een zeer duidelijk significant resultaat voor opvolging door de adviserende geneesheer ($p = 0.01$). Voor de overige factoren behorend binnen deze groep bekomen we niet-significante resultaten. Voor de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de huisarts vinden we dat de meerderheid van de patiënten uitleg verwacht over het ontstaansmechanisme van burn-out en de te verwachten evolutie (54,66%) en dat ze samen met de huisarts willen beslissen over de werkhervatting (71,33%). Daarnaast zien we dat een groot deel van de patiënten denkt dat van bij het begin een beleidsplan uitstippelen met hun huisarts het herstel en re-integratie op de werkvloer kan bevorderen (60,66%). De meeste deelnemers (64,00%) kijken tevreden terug op de begeleiding door de huisarts. Een groot deel van de participanten vond dat de huisarts geen coördinerende rol op zich heeft genomen (56,66%), hoewel een meerderheid van mening is dat dit het herstel en professionele re-integratie positief kan beïnvloeden (58,66%).

Conclusie

Er kan op basis van dit onderzoek geen sluitend antwoord gegeven worden op wat het relatieve belang is van de verschillende, onderzochte bevorderende factoren. Verder onderzoek is hiervoor nodig.

De verwachtingen van de patiënt met een burn-out ten opzichte van zijn huisarts in kader van het herstelproces en professionele re-integratie sluiten heel nauw aan bij het principe van 'shared decision making'. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste patiënten achteraf tevreden blijken te zijn over het handelen en de houding van hun huisarts. Echter wordt ook vastgesteld dat patiënten een coördinerende (f)actor missen tijdens het herstelproces en re-integratie op de werkvloer.

1. INLEIDING

Burn-out is een relevant probleem in de hedendaagse samenleving. Een studie van de FOD Volksgezondheid in België in 2010 schatte de prevalentie van burn-out op 0,8% van de beroepsactieve bevolking. (1) In absolute cijfers betekende dit dat ongeveer 19.000 werknemers in België op dat moment een burn-out hadden die klinisch gediagnosticeerd werd door een huisarts of arbeidsarts. Recentere cijfers van het RIZIV tonen aan dat het absolute aantal patiënten met burn-outklachten, waarvoor invaliditeit is erkend, in 2018 vastgesteld werd op 26.835 (werknemers en zelfstandigen). In 2020 is dit aantal nog gestegen tot 33.402. (2) De werkelijke prevalentie van burn-outklachten ligt waarschijnlijk nog een heel stuk hoger. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat patiënten pas na een jaar arbeidsongeschiktheid onder het statuut van invaliditeit terechtkomen, dus slechts een deel van de aan burn-out lijdende patiënten werden opgenomen in deze cijfers. Deze stijgende trend in aantal patiënten reflecteert zich logischerwijs ook in toenemende uitgaven voor invaliditeitsuitkeringen voor burn-out. (3)

Sinds 2009 tonen cijfers een toename in elk soort absenteïsme (zowel korte als lange termijn). Ongeveer een derde hiervan betreft arbeidsongeschiktheid die langer dan een jaar duurt. Psychische problemen en musculoskeletale aandoeningen zijn de hoofdoorzaken van arbeidsongeschiktheid. (4) Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit vormen een grote maatschappelijke last, zowel op vlak van mentaal welbevinden als op financieel vlak. De grootste uitdagingen hierin zijn vooral een succesvolle re-integratie op de arbeidsmarkt en het voorzien van preventieve maatregelen. (5)

Huisartsen zien een patiënt met burn-outklachten vaak als eerste alvorens deze bij andere zorgverleners terecht komt. Naast huisartsen zijn er tal van andere actoren die hierbij een rol spelen. Zo zijn er de andere medici zoals de arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer en daarnaast ook nog paramedici zoals de psycholoog, re-integratiecoach…
In de literatuur worden daarnaast verschillende factoren beschreven als mogelijk bevorderend voor een geslaagde professionele re-integratie. (1)
Bovendien tonen recente inzichten dat langdurig ziekteverzuim, namelijk langer dan 3 maanden, moet vermeden worden omdat dit de kans op een succesvolle werkhervatting vermindert en de kans op verlies van werk vergroot. (6)(7)(8)
De verschillende actoren, de uiteenlopende mogelijke interventies en het beperkte tijdsvenster maken het voor een huisarts allesbehalve evident om een patiënt met burn-out zorgvuldig te begeleiden in het herstelproces en de daaraan gekoppelde re-integratie op de werkvloer.

Daarom willen wij in dit onderzoek nagaan wat het belang is van deze verschillende bevorderende factoren voor een succesvolle professionele re-integratie. We willen ook nagaan welke verwachtingen patiënten hebben van hun huisarts bij de behandeling van burn-out. Het uiteindelijke doel is nagaan waar de huisarts het beste op kan focussen om de kans op succesvolle professionele re-integratie na burn-out te bevorderen.

2. METHODE

Dit onderzoek betreft een prospectief onderzoek met een kwantitatief en kwalitatief onderdeel.

2.1. Literatuurstudie

Als eerste stap werden de huidige richtlijnen rond burn-out opgezocht. Met de zoekterm burn-out vonden we 1 richtlijn geschreven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (7) en 1 richtlijn op EBPracticenet (9). In deze twee richtlijnen worden sociodemografische gegevens aangehaald die eventueel kunnen bijdragen aan het risicoprofiel van een patiënt om een burn-out te ontwikkelen. Daarnaast vonden we er ook de diagnostische criteria waaraan een patiënt moet voldoen om van een burn-out te spreken.
De reeds gekende bevorderende factoren voor re-integratie op de werkvloer werden uit een literatuurstudie op de databases van Pubmed en Cochrane gehaald. Deze factoren werden geïntegreerd in het vierde deel van de vragenlijst waarin we bij voorkeur dichotome resultaten willen bekomen.
Eerst zochten we op Pubmed aan de hand van de MeSH-termen "Burnout, professional" gecombineerd met "Return to work". Dit resulteerde in 8 artikels, waarvan er 3 artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. (10)(11)(12)
Daarna leverde een tweede zoektocht, aan de hand van de zoekterm "facilitators return to work after burnout ", 4 artikels op. Hiervan werden er 2 artikels (13)(14) behouden op basis van titel en abstract en via het sneeuwbaleffect werd er nog 1 extra artikel geselecteerd. (15)
Onder de zoekterm "rehabilitation after burnout return to work" werden er nog eens 11 artikels gevonden. Eén artikel werd reeds eerder opgenomen via een andere zoekterm. De overige artikels werden niet geselecteerd. Er werd echter via het sneeuwbaleffect nog 1 artikel extra opgenomen in het literatuuronderzoek. (16)
Als laatste stap zochten we op de Cochrane-database onder de zoektermen "burnout rehabilitation". Dit leverde 17 trials op waarvan er 3 dubbel werden teruggevonden, dus een totaal van 14 artikels. Hiervan werden op basis van titel en abstract 5 artikels geselecteerd. Van 3 artikels vonden we geen volledige tekst terug. Dit brengt het totaal op 2 artikels. (17)(18)
De stellingen, die de basis vormen voor het laatste deel van de vragenlijst, zijn gebaseerd op literatuur uit het eerder beschreven literatuuronderzoek met als aanvulling een eerder verschenen masterproef uit de databank met zoekmotor masterproeven. (19)

2.2. Opzet bevraging

2.2.1. Selectie van de kandidaten

We richten ons op inwoners van Vlaanderen met een arbeidsovereenkomst vanaf 18 jaar bij wie de diagnose van burn-out werd bevestigd door een arts. Bovendien moet de patiënt het Nederlands voldoende beheersen om de vragenlijst te begrijpen en adequaat in te kunnen vullen.

2.2.2. Steekproefgrootte

Op de website van RIZIV vinden we cijfers omtrent raming van het aantal mensen in invaliditeit door burn-out. (20) Er is tot op heden geen consensus over een valide meetinstrument om de diagnose van burn-out te stellen. Dit heeft als consequentie dat het momenteel niet mogelijk is volledige cijfers te geven over het voorkomen van burn-out. Daarom zijn de cijfers over het aantal personen in invaliditeit in het kader van de uitkeringsverzekering (stelsel loontrekkenden en zelfstandigen) omwille van burn-out een inschatting op basis van een aantal pathologiecodes die nauw aansluiten bij burn-out. De laatst beschikbare cijfers dateren van 2018. Toen bleken er zich 25.408 loontrekkenden en 1.427 zelfstandigen in deze situatie te bevinden. Dit maakt een totaal van 26.835 personen. Wij bekijken echter de situatie voor het Vlaams Gewest. Op 1 januari 2020 woonden er 6 629 143 mensen in het Vlaams Gewest. Er woont bijgevolg 57 % van de totale Belgische populatie in het Vlaams Gewest. Als we deze lijn doortrekken naar het aantal mensen in invaliditeit door burn-out, dan bekomen we een te bestuderen populatie van ongeveer 15.296 personen.
Als we de steekproefgrootte berekenen met een confidentie-interval van 5 en een confidentie-level van 95%, dan moeten we streven naar minstens 371 enquêtes. (21)

2.2.3. Rekrutering

De vragenlijst werd opgesteld met de software van Qualtrics. Om deze survey zo breed mogelijk te verspreiden onder de werkende populatie deelden we onze online survey via publieke, sociale media. Alsook vroegen we aan huisartsenpraktijken om een QR-code met verwijzing naar de vragenlijst op te hangen in de wachtzaal. Zowel de internetlink als de QR-code werden via Qualtrics aangemaakt.
Patiënten werden op geen enkele manier onder druk gezet om deel te nemen. Ook het voortijdig beëindigen van de vragenlijst had geen negatieve gevolgen.

Bij het openen van de link verschijnt vooreerst de tekst van de informatiebrief (zie annex), zodat de patiënt zijn geïnformeerde toestemming kan geven voor deelname aan de vragenlijst. Hierin wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek. Ook de mogelijke voordelen, risico's en nadelen verbonden aan de deelname en de mogelijke externe financiering van het onderzoek worden hierin besproken.(22) Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, gaat de afname van de vragenlijst van start.

2.2.4. Prospectief, kwantitatief onderdeel

Het kwantitatief onderdeel moet een antwoord bieden op de primaire onderzoeksvraag, zijnde: “welke factoren bevorderen een succesvolle re-integratie op de werkvloer na burn-out voor Vlaanderen?”. We beschouwen een re-integratie als succesvol als de patiënt het werk (mag ander werk zijn en/of onder gereduceerd regime) kan hervatten binnen de 3 maanden nadat de diagnose van burn-out werd gesteld. Indien mensen met burn-out binnen dit tijdsinterval terug aan het werk kunnen gaan, dan is de kans op een succesvolle re-integratie op de werkvloer 80%. Na een periode van 6 maanden arbeidsongeschiktheid daalt dit naar 45% en na één jaar zelfs naar 20%. (8)
Als bevorderende factoren onderzoeken we:

- Persoonsgerichte factoren
    - Opvolging voorzien door andere hulpverlener(s)
        - Psycholoog
        - Arbeidsgeneesheer
        - Re-integratiecoach
        - Adviserende geneesheer van het ziekenfonds
    - Inzicht verkregen in eigen manier van coping en de hiermee verbonden valkuilen
    - Extra lichaamsbeweging
    - Ontspanning onder de vorm van mindfulness, ademhalingstechnieken, relaxatietechnieken, …
- Omgevingsgerichte factoren
    - Het systeem van progressieve tewerkstelling
    - Ondersteunend contact met werkgever en collega's
    - Constructief overleg met werkgever inzake aanpassingen op het werk en de eventuele gevolgen hiervan

We onderzoeken deze factoren aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 4 onderdelen. Deze zijn het bevragen sociodemografische gegevens, het toetsen van de diagnose en inclusiecriteria, het nagaan van al dan niet succesvolle re-integratie op de werkvloer, en het bevragen van bevorderende factoren.

2.2.5. Prospectief, kwalitatief onderdeel

Het kwalitatief onderdeel moet een antwoord bieden op de secundaire onderzoeksvraag, namelijk: “welke is de rol die de huisarts kan spelen als het gaat over werkhervatting na burn-out?”. Hierin proberen we een verband te leggen tussen verantwoordelijkheden van de huisarts en een succesvolle re-integratie op de werkvloer na burn-out, en inzicht te verwerven in de opinies van patiënten over de impact van de huisarts op de werkhervatting na burn-out.
Dit gebeurt aan de hand van een vijfde onderdeel van de vragenlijst bestaande uit een cluster van telkens twee stellingen die worden getoetst aan de hand van een Likertschaal. In de eerste stelling van de cluster wordt aan de deelnemer gevraagd of hun huisarts al dan niet een bepaalde interventie toegepast heeft tijdens hun burn-out. In de tweede stelling van de cluster maakt de deelnemer een persoonlijke inschatting van de impact van dezelfde interventie op de re-integratie na burn-out op de werkvloer.

2.2.6. Analyse

Voor het eerste deel van het onderzoek, namelijk bepalen wat de rol is van de verschillende, reeds gekende bevorderende factoren voor re-integratie op de werkvloer na burn-out in Vlaanderen, voeren we een kwantitatief onderzoek. We onderzoeken 1 afhankelijke variabele (geslaagde of niet-geslaagde re-integratie op de werkvloer). Deze afhankelijk variabele is een categorische variabele. Daarnaast hebben we meerdere onafhankelijke, categorische, binaire variabelen (alle reeds gekende bevorderende factoren). Bijgevolg gebruiken we logistische regressie voor de data-analyse. (23) Concreet wordt er nagegaan via het programma R aan de hand van welke bevorderende factoren er kan voorspeld worden of de patiënt uiteindelijk een geslaagde arbeidsre-integratie zal doormaken.

Voor de secundaire onderzoeksvraag aan de hand van een Likert-schaal met 5 antwoordmogelijkheden bekomen we ordinale variabelen. Deze worden tot de groep van de kwalitatieve variabelen gerekend. Hieruit proberen we op basis van de Ground Theory Analyse van Glaser & Strauss enkele inzichten te krijgen om daaruit suggesties te formuleren voor toekomstig onderzoek.

3. RESULTATEN

3.1. Literatuurstudie

3.1.1. Definitie en symptomen

"In het dagelijkse leven en de media wordt het begrip burn-out vaak gebruikt als een algemene term voor onbehagen met betrekking tot het werk. In geneeskundige en psychologische zin is het begrip echter veel specifieker en kent het bovendien een grondige evolutie."

Bovenstaande paragraaf is afkomstig van het artikel 'The Measurement of Experienced Burn-out', een artikel van Maslach en Jackson uit 1981. Dit artikel was een van de eerste systematische onderzoeken naar burn-out. Bovendien legde dit artikel de basis voor de MBI (Maslach Burnout Inventory), wat lang de gouden standaard was als meetinstrument.

Opmerkelijk hierbij is dat, volgens de eerste omschrijvingen, burn-out vooral voorkwam bij personeel in de zorg- of sociale sector (individuals who do 'people-work' of some kind). De MBI was dan ook initieel enkel bedoeld voor werknemers in deze sector. In latere versies werd dit uitgebreid naar alle werknemers.
Deze MBI is enkel ontwikkeld voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden en niet als toepassing in de praktijk. Vandaar ook dat het geen geschikte tool is om te gebruiken in diagnostiek, screening, behandeling of re-integratie. (24)

Schaufeli, De Witte en Desart ontwikkelden recenter de BAT (Burnout Assessment Tool, versie 2.0 dateert van 2020) om tegemoet te komen aan de praktische problemen die de MBI stelt. (25) De Belgische Hoge Gezondheidsraad baseert zich voor de beschrijving van burn-out op de beschrijving in de BAT. Hun rapport, uitgebracht in 2017, gaf de volgende definitie. Burn-out is een multifactorieel proces dat voortvloeit uit een langdurige blootstelling (meer dan 6 maanden) in een arbeidssituatie aan een voortdurende stress, een gebrek een reciprociteit tussen de investering en wat daartegenover staat of een gebrek aan evenwicht tussen de verwachtingen en de reële werksituatie. De professionele uitputting veroorzaakt extreme vermoeidheid waarbij de normale rusttijd niet volstaat om te recupereren en die chronisch wordt. Deze uitputting kan ook een impact hebben op de controle van emoties en het cognitieve vermogen, wat dan weer kan leiden tot veranderingen in het gedrag en de attitudes (mentaal afstand nemen, gevoel van professionele onbekwaamheid). Die gemoedstoestand kan voor de werkende bovendien vaak lange tijd onopgemerkt blijven. (26)

De NHG-standaard 'Overspanning en burn-out' categoriseert burn-out als een bijzondere, ernstige vorm van overspanning (surmenage)(7). Hierbij is voldaan aan de volgende drie criteria:

- Er is sprake van overspanning
- De klachten zijn > 6 maanden geleden begonnen, waarbij beperkingen in het functioneren korter aanwezig kunnen zijn.
- Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Overspanning wordt volgens NHG gedefinieerd als:
Aanwezigheid van de volgende vier criteria:

- Spanningsklachten: ten minste drie van de volgende klachten: moeheid, gestoorde/onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel, concentratieproblemen/vergeetachtigheid;
- Controleverlies: gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid;
- Disfunctioneren: significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren;
- Bovengenoemde drie verschijnselen zijn niet uitsluitend het gevolg van een psychiatrische stoornis.

Ter aanvulling is het nog belangrijk om te weten dat burn-out geen officiële diagnose is in het handboek voor classificatie van psychische stoornissen van de American Psychiatric Association (DSM5) of de ICD-10 van de WGO.(26) De kenmerken van burn-out tonen wel een belangrijke overlap met de DSM5-term 'Aanpassingsstoornis'. In de huisartsenpraktijk wordt het gebruik van dit begrip echter ontraden door het NHG gezien deze diagnose culpabiliserend kan zijn voor de patiënt.

3.1.2. Epidemiologie

Over het voorkomen van burn-out in de eerste lijn zijn weinig cijfers terug te vinden. Een studie van de FOD Volksgezondheid in België in 2010 schat de prevalentie van burn-out op 0,8% van de beroepsactieve bevolking. (1)
Opvolgstudies om de prevalentie beter in kaart te brengen, konden geen recenter cijfer produceren wegens te lage graad van respons.

Waar wel duidelijke cijfers over bestaan, is het aantal mensen die langdurig arbeidsongeschikt zijn bevonden als gevolg van burn-out. In 2021 publiceerde het RIZIV de cijfers hieromtrent voor de jaren 2016-2020. In totaal waren er eind 2020 33.402 mensen op invaliditeit als gevolg van burn-out, waarvan 31.571 loontrekkenden en 1.831 zelfstandigen. Deze cijfers zijn een toename ten opzichte van 2016. (2)

3.1.3. Behandeling

Verschillende studies tonen aan dat 'gecombineerde interventies', dit wil zeggen zowel persoonsgericht als organisatiegericht, meer effectief zijn om deze werkgerelateerde aandoeningen aan te pakken. (5) (27) (7)
De NHG-standaard "Overspanning en burn-out" spreekt over een primaire arbeidsongeschiktheid aangevuld met ondersteunende maatregelen.
Volgens diezelfde standaard moet de behandeling gericht worden op het herstel van de balans tussen draaglast en draagkracht. Het volledige herstelproces wordt ingedeeld in een crisisfase (gem.3 weken), een probleem- en oplossingsfase (gem. 3-6 weken) en een toepassingsfase (gem. 6 weken). De fase waarin de patiënt zich bevindt, bepaalt de specifieke aanpak en doelstellingen.
Centraal in de behandeling staat dat de patiënt door de zorgverlener gestimuleerd wordt tot het aannemen van een actieve houding en dat er een zo concreet mogelijk begeleidingsplan wordt opgesteld.
Ook hier wordt nogmaals benadrukt dat langdurig verzuim, namelijk langer dan 3 maanden, de kans op succesvolle werkhervatting vermindert en ook de kans op verlies van werk vergroot. (6) (7)

3.2. Veldstudie

In totaal namen 242 mensen deel aan de online bevraging. Bij 150 van hen werd de diagnose gesteld door een arts; dit is het aantal waarmee de resultaten verwerkt worden.

3.2.1. Achtergrondgegevens

In onderstaande tabel worden de bevraagde sociodemografische gegevens samengevat. Wat hierbij vooral opvalt is de verdeling onder beide geslachten: 83,33% van de respondenten zijn van het vrouwelijke geslacht. In absolute aantallen komt dit overeen met 125 vrouwen tegenover 25 mannen.
Een volgende opmerkelijke bevinding is de geografische spreiding. We merken dat 51,33% van de respondenten afkomstig is uit West-Vlaanderen. De regio's Brussel, Halle-Vilvoorde; en Antwerpen tellen het minste vertegenwoordigers. Het gaat om respectievelijk 7,33% en 8,67% van het totale aantal responsen.

Afkomst			
	West-Vlaanderen	77	51,33%
	Oost-Vlaanderen	21	14,00%
	Brussel, Halle-Vilvoorde	11	7,33%
	Regio Leuven, Limburg	27	18,00%
	Antwerpen	13	8,67%
	NIET INGEVULD	1	0,67%
Geslacht			
	Man	25	16,67%
	Vrouw	125	83,33%
	NIET INGEVULD	0	0,00%
Leeftijd			
	<20 jaar	0	0,00%
	20-29 jaar	22	14,67%
	30-39 jaar	25	16,67%
	40-49 jaar	52	34,67%
	50-59 jaar	40	26,67%
	60-69 jaar	7	4,67%
	>69 jaar	1	0,67%
	NIET INGEVULD	0	0,00%
Familiale status			
	Alleenstaand	26	17,33%
	Alleenstaand met kinderen	13	8,67%
	Samenwonend met kinderen	81	54,00%
	Samenwonend zonder kinderen	27	18,00%
	Samenwonend met anderen	3	2,00%
	NIET INGEVULD	0	0,00%
Werksituatie			
	Lager onderwijs	1	0,67%
	Secundair onderwijs	28	18,67%
	Hoger niet-universitair onderwijs	74	49,33%
	Universitair onderwijs	47	31,33%
	NIET INGEVULD	0	0,00%
Statuut			
	Arbeider	7	4,67%
	Bediende hoger kader	56	37,33%
	Bediende lager kader	69	46,00%
	Zelfstandige	13	8,67%
	Uitzendkracht	0	0,00%
	Geen betaald werk	4	2,67%
	NIET INGEVULD	1	0,67%

Tabel 1: Achtergrondgegevens

3.2.2. Toetsing diagnose burn-out

Aan de deelnemers werd gevraagd om de ervaren klachten te specifiëren. Hun antwoorden werden afgetoetst met de eerder beschreven criteria, volgens de NHG-standaard, waaraan moet voldaan zijn om te spreken van burn-out. 2 deelnemers haakten af. 61 deelnemers voldeden niet aan de criteria, daartegenover voldeden de overige 87 deelnemers wel. Slechts 66 van hen hadden deze klachten minstens 6 maanden ervaren. Nog eens 30 deelnemers worden uitgesloten omwille van het gelijktijdig ervaren van een andere mentale aandoening (n=28) of een verslaving (n=2). Uiteindelijk blijken 36 deelnemers (24,00%) strikt gezien te voldoen aan de criteria volgens de NHG-standaard om te spreken over een burn-out.

Diagnose bevestigd door een arts			
	Ja	150	61,98%
	Nee	35	14,46%
	NIET INGEVULD	57	23,55%
Klachten			
	Voldoen WEL aan eerder beschreven criteria	87	58,00%
	Voldoen NIET aan eerder beschreven criteria	61	40,67%
	NIET INGEVULD	2	1,33%
Duur van de klachten			
	MINDER dan 6 maanden	21	24,14%
	MINSTENS 6 maanden	66	75,86%
Andere mentale aandoening			
	Ja	28	42,42%
	Nee	38	57,58%
Problemen met genotsmiddelen/verslaving			
	Ja	2	5,26%
	Nee	36	94,74%

Tabel 2: Toetsing diagnose burn-out

3.2.3. Kwantitatief onderdeel

Voor de interpretatie van de bevorderende factoren werden de deelnemers onderverdeeld in drie groepen, namelijk deelnemers die binnen de 3 maanden terug aan het werk waren (= groep 1), de deelnemers die ondertussen terug op het werk zijn mits een arbeidsonderbreking van minstens 3 maanden (= groep 2) en de deelnemers die nog niet terug aan het werk zijn en tegelijk al langer dan drie maanden thuis zijn (= groep 3).

Na selectie bestaat groep 1 uit 35 personen, groep 2 uit 86 personen en groep 3 uit 24 personen (zie tabel 4).

Aan de hand van de resultaten kunnen we de bevorderende factoren opdelen in factoren waarvoor we een voordelig effect op de werkhervatting vinden en factoren waarvoor we een nadelig effect op de werkhervatting vinden.

Voor de bevorderende factoren met een voordelig effect op werkhervatting binnen 3 maanden vinden we enkel een net niet-significant resultaat voor een overleg waarvoor het initiatief werd genomen door de huisarts (p = 0.09). Voor de overige factoren die onder deze categorie vallen, vinden we een niet-significant resultaat voor een ondersteunend contact met werkgever (p = 0.51) of met collega's (p = 0.99), een overleg geïnitieerd door de werkgever (p = 0.25), het idee dat dergelijk overleg met de werkplaats heeft geleid naar aanpassingen op de werkvloer (p = 0.41), opvolging door de arbeidsgeneesheer (p = 0.22) en meer aandacht besteden aan mindfulness… (p = 0.21).

Voor de bevorderende factoren met een nadelig effect op werkhervatting binnen de vooropgestelde termijn noteren we een zeer duidelijk significant resultaat voor opvolging door de adviserende geneesheer (p = 0.000321). Voor de opvolging door de psycholoog (p = 0.09) en het overleg waarbij patiënt het gevoel heeft dat er naar hem wordt geluisterd (p = 0.09) zien we een net niet-significant resultaat. Verder worden niet-significante resultaten bekomen we voor de overige factoren, met negatieve impact, namelijk het gebruikmaken van progressieve werkhervatting (p = 0.26), het overleg geïnitieerd door zichzelf (p = 0.40) of door de arbeidsgeneesheer (p = 0.43), opvolging door een re-integratiecoach (p = 0.99), meer aandacht besteden aan voeding (p = 0.95) of aan lichaamsbeweging (p = 0.28) en om af te sluiten het inzicht verkrijgen in eigen copingmechanismen (p = 0.66) (zie tabel 3).

		<3 maand arbeidsongeschikt		**>3 maand arbeidsongeschikt**	
Werkregime					
	Hetzelfde werk onder dezelfde werkgever	23	65,71%	33	38,37%
	Verschillend werk onder dezelfde werkgever	1	2,86%	12	13,95%
	Hetzelfde werk onder andere werkgever	7	20,00%	17	19,77%
	Verschillend werk onder andere werkgever	4	11,43%	24	27,91%

Tabel 3: Werkregime in functie van de duur van arbeidsongeschiktheid

		<3 maand arbeidsongeschiktheid						> 3 maand arbeidsongeschiktheid, terug aan het werk						>3 maand arbeidsongeschiktheid, niet aan het werk					
		JA		NEE		LEEG		JA		NEE		LEEG		JA		NEE		LEEG	
Progressieve tewerkstelling		7	20%	28	80%	0	0%	41	48%	44	51%	1	1%	17	74%	4	17%	2	9%
Ondersteunend contact met werkgever/leidinggevende		17	49%	16	46%	2	6%	45	52%	40	47%	1	1%	4	17%	18	78%	1	4%
Ondersteunend contact met collega's		20	57%	13	37%	2	6%	59	69%	25	29%	2	2%	9	39%	13	57%	1	4%
Overleg		17	49%	16	46%	2	6%	38	44%	46	53%	2	2%	4	17%	18	78%	1	4%
	Initiatief door uzelf	11	65%	6	35%	0	0%	28	74%	10	26%	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%
	Initiatief door uw huisarts	4	24%	13	76%	0	0%	3	8%	35	92%	0	0%	1	25%	3	75%	0	0%
	Initiatief door werkgever	11	64%	6	35%	0	0%	18	47%	20	53%	0	0%	1	25%	3	75%	0	0%
	Initiatief door arbeidsgeneesheer	1	6%	16	94%	0	0%	5	13%	33	87%	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%
	Gevoel dat er naar u geluisterd werd	14	82%	3	18%	0	0%	34	89%	3	8%	1	3%	2	50%	2	50%	0	0%
	Gezorgd voor veranderingen op werkvloer	11	65%	6	35%	0	0%	22	58%	15	39%	1	3%	0	0%	3	75%	1	25%
Opgevolgd door andere hulpverleners		21	60%	12	34%	2	6%	75	87%	9	10%	2	2%	20	87%	1	4%	2	9%
	Psycholoog	20	95%	1	5%	0	0%	67	89%	8	11%	0	0%	20	100%	0	0%	0	0%
	Arbeidsgeneesheer	7	33%	14	67%	0	0%	26	35%	49	65%	0	0%	7	35%	13	65%	0	0%
	Re-integratiecoach	0	0%	21	100%	0	0%	14	19%	61	81%	0	0%	4	20%	16	80%	0	0%
	Adviserend geneesheer	2	10%	19	90%	0	0%	45	60%	30	40%	0	0%	16	80%	4	20%	0	0%
Meer aandacht voor																			
	Yoga, mindfulness, ademhalingstechnieken	20	57%	13	37%	2	6%	56	65%	28	32%	2	2%	11	48%	10	43%	2	9%
	Gezonde voeding	18	51%	15	43%	2	6%	49	57%	35	41%	2	2%	10	43%	11	48%	2	9%
	Lichaamsbeweging	19	54%	14	40%	2	6%	58	67%	26	33%	2	2%	16	70%	5	22%	2	9%
Inzicht gekregen in copingmechanismen		25	71%	8	23%	2	6%	71	83%	12	14%	3	3%	17	74%	4	17%	2	9%

Tabel 4: Respons op de potentiële bevorderende factoren

	Log(odds)	Standaardafwijking	P-waarde
Progressief werken	-0,77	0,69	0,26
Ondersteunend contact werkgever	0,46	0,7	0,51
Ondersteunend contact collega's	0,01	0,59	0,99
Eigen initiatief	-0,51	0,66	0,4
Initiatief van de huisarts	2,03	1,2	0,09
Initiatief van de werkgever	0,93	0,8	0,25
Initiatief van de arbeidsgeneesheer	-1,16	1,46	0,43
Gevoel dat er geluisterd werd	-1,61	0,93	0,09
Aanpassingen op de werkvloer	0,76	0,93	0,41
Opvolging door psycholoog	-1,03	0,62	0,09
Opvolging door arbeidsgeneesheer	0,86	0,7	0,22
Opvolging door coach	-17,02	128,2	0,99
Opvolging door adviserend geneesheer	-3,15	0,88	0
Yoga, mindfulness, ademhalingsoefeningen	0,76	0,6	0,21
Gezonde voeding	-0,04	0,63	0,95
Lichaamsbeweging	-0,63	0,58	0,28
Copingmechanismen	-0,31	0,69	0,66

Tabel 5: Statistische verwerking potentieel bevorderende factoren

3.2.4. Kwalitatief onderdeel

Voor de resultaten van de stellingen werden ook de vragenlijsten gebruikt van de deelnemers bij wie de diagnose burn-out werd bevestigd door een arts (n=150).

Volgens 42,67% van de deelnemers (n=64) werd er samen met de huisarts een beleidsplan opgesteld met duidelijke doelstellingen. 60,67% van de deelnemers (n=91) is van mening dat dit een goede invloed kan hebben op het herstel na burn-out.
Aan 54,67% van de deelnemers (n=82) heeft de huisarts uitleg gegeven rond wat het ontstaansmechanisme is van burn-out en het te verwachten beloop. 72,67% van de deelnemers (n=109) beschouwt het krijgen van deze uitleg als nuttig voor het herstel. 38,67% van de patiënten (n=58) duidt zelfs aan met deze stelling helemaal akkoord te zijn.
Het moment van werkhervatting was volgens 71,67% (n=107) een gemeenschappelijke beslissing tussen huisarts en patiënt. Deze gemeenschappelijke beslissing is volgens 72% (n=108) van de deelnemers een gunstig element in het herstel van burn-out.
De stelling dat de huisarts een coördinerende rol speelde in het herstelproces, werd door 29,33% (n=44) bevestigd, waarbij slechts 15,33% (n=23) volledig akkoord was. Toch beschouwt 58,66% van de deelnemers (n=88) dit als een potentieel gunstig element in het herstel.

Uiteindelijk geeft 64% van de deelnemers (n=96) aan dat de huisarts voldaan heeft aan de verwachtingen van de patiënt; 35,33% (n=53) is hiermee zelfs volledig akkoord.
Indien dit het geval is, vindt 81,34% van de deelnemers (n=122) dit een bevorderende factor voor het herstel.

Samen met de huisarts heb ik vanaf het moment van diagnosestelling een beleidsplan opgesteld met duidelijke doelstellingen.			**Het opstellen van een beleidsplan met duidelijke doelstellingen van bij het begin heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.**		
Akkoord	11	7,33%	Akkoord	23	15,33%
Eerder akkoord	53	35,33%	Eerder akkoord	68	45,33%
Eerder niet akkoord	39	26,00%	Eerder niet akkoord	28	18,67%
Niet akkoord	35	23,33%	Niet akkoord	15	10,00%
Niet ingevuld	12	8,00%	Niet ingevuld	16	10,67%
Mijn huisarts heeft mij duidelijk uitgelegd wat het ontstaansmechanisme is van een burn-out en welke evolutie ik mocht verwachten.			**Inzicht in het ontstaansmechanisme en evolutie ervan heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.**		
Akkoord	41	27,33%	Akkoord	58	38,67%
Eerder akkoord	41	27,33%	Eerder akkoord	51	34,00%
Eerder niet akkoord	35	23,33%	Eerder niet akkoord	16	10,67%
Niet akkoord	18	12,00%	Niet akkoord	8	5,33%
Niet ingevuld	15	10,00%	Niet ingevuld	17	11,33%
Het moment van werkhervatting werd mij niet opgelegd door de huisarts, maar we hebben dit samen besproken en vastgelegd.			**Het in overleg vastleggen van het moment van werkhervatting heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.**		
Akkoord	72	48,00%	Akkoord	64	42,67%
Eerder akkoord	35	23,33%	Eerder akkoord	44	29,33%
Eerder niet akkoord	13	8,67%	Eerder niet akkoord	14	9,33%
Niet akkoord	14	9,33%	Niet akkoord	10	6,67%
Niet ingevuld	16	10,67%	Niet ingevuld	18	12,00%
Mijn huisarts heeft het herstelproces gecoördineerd. Hij/zij nam deel aan overleg tussen de verschillende betrokken partijen (vb. psycholoog, arbeidsgeneesheer, ziekenfonds...) en was dus telkens goed op de hoogte waardoor de zorg kon afgesteld worden op mijn noden.			**De huisarts als coördinator van het herstelproces heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.**		
Akkoord	23	15,33%	Akkoord	41	27,33%
Eerder akkoord	21	14,00%	Eerder akkoord	47	31,33%
Eerder niet akkoord	32	21,33%	Eerder niet akkoord	24	16,00%
Niet akkoord	53	35,33%	Niet akkoord	15	10,00%
Niet ingevuld	21	14,00%	Niet ingevuld	23	15,33%
De huisarts heeft voldaan aan mijn verwachtingen doorheen het ganse proces.			**Als de huisarts voldoet aan de verwachtingen van de patiënt dan heeft dit een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.**		
Akkoord	53	35,33%	Akkoord	79	52,67%
Eerder akkoord	43	28,67%	Eerder akkoord	43	28,67%
Eerder niet akkoord	24	16,00%	Eerder niet akkoord	5	3,33%
Niet akkoord	10	6,67%	Niet akkoord	2	1,33%
Niet ingevuld	20	13,33%	Niet ingevuld	21	14,00%

Tabel 6: Resultaten van de stellingen

3.2.5. Toevoegingen

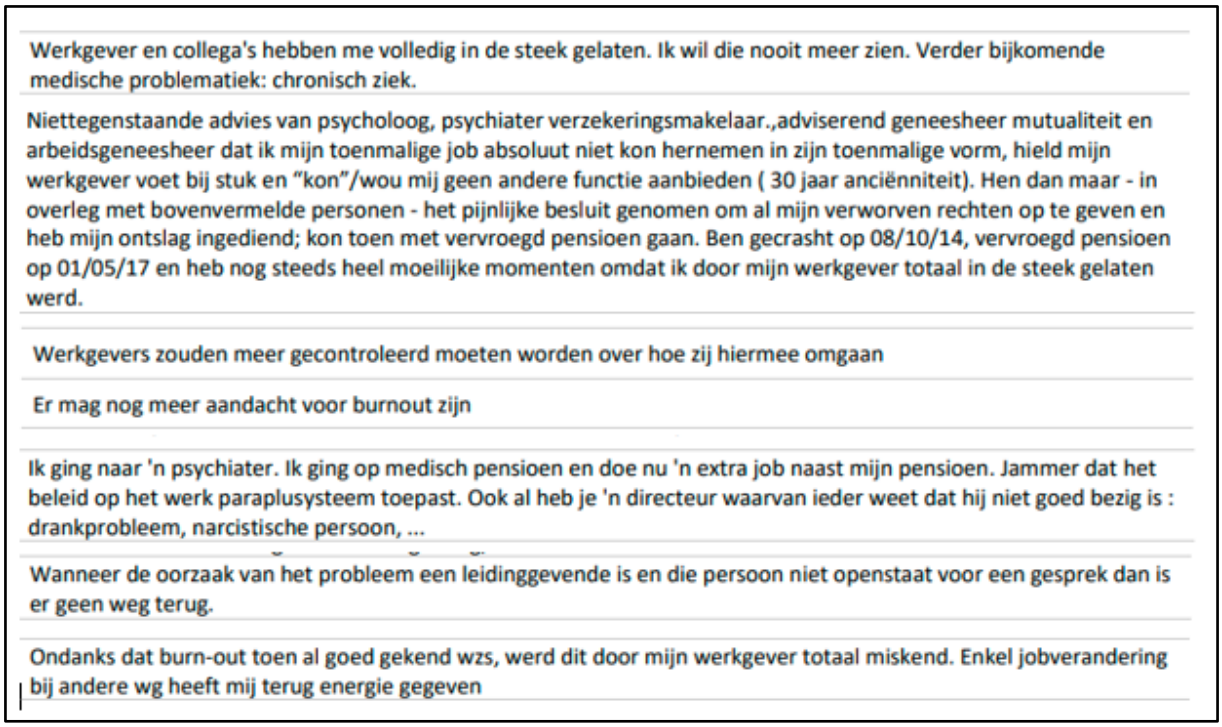
Tot slot werden aan de deelnemers mogelijke toevoegingen gevraagd.

Na analyse van de verschillende toevoegingen komen we tot de volgende bemerkingen.

Ten eerste zien we in veel gevallen dat de deelnemers aangeven dat hun huisarts de eerste was bij wie ze terechtgekomen zijn met hun klachten. Bijgevolg zien ze de huisarts als degene die de signalen van een burn-out heeft opgepikt en daarna het hele genezingsproces in gang heeft gezet. Velen schrijven de huisarts geen coördinerende rol toe over hun ziekte- en genezingsproces. Daartegenover merken we op dat deelnemers aangeven dat de arbeidsgeneesheer deze rol wel op zich heeft genomen. We merken ook dat veel patiënten zelf initiatief nemen en uitkomen bij een hele resem aan mogelijke, uiteenlopende interventies. Heel gemakkelijk lijken ze de weg te vinden naar de psycholoog. Bijkomend missen een groot deel van de patiënten een overkoepelend orgaan. Vaak zijn verschillende actoren betrokken in het proces rond een burn-out, maar deze fungeren voornamelijk losstaand van elkaar.

De begeleiding door arbeidsgeneesheer in Nederland (Nederlandse werkgever op dat moment) was cruciaal.
In mijn geval had ik goed contact met arbeidsgeneesheer, die misschien eerder de rol van huisarts in dit geval opgenomen heeft. Ik heb mezelf misschien meer naar hen dan naar huisarts opengesteld.
Bij de stellingen moest ik een standpunt innemen over het effect van de ondersteuning van de huisarts, ook op vlakken waar die ondersteuning er niet of weinig was. Ik heb telkens 'eerder akkoord' aangeduid, maar uiteraard is dit niet meer dan een inschatting van iets waarover ik niet uit persoonlijke ervaring kan oordelen.
Ik werd vooral begeleid door het team vd psychiatrische afdeling waar ik 6 weken verbleef onder noemer uitputtingsdepressie / burnout. Waarschijnlijk had coordinatie bij de huisarts een meerwaarde kunnen zijn. Loopbaancoaching op het eind van mijn herstel was zeer waardevol maar werd volledig door mijzelf geregeld en ook volledig buiten de werkgever om. Werkgever (ziekenhuis) kwam voor 0,0 tussen in die 11 maanden ziekte. Nooit navraag gedaan, niets aangeboden, als heel erge tekortkoming ervaren!
Twee zaken waren erg belangrijk in mijn herstel: 1/ langdurige psychologische ondersteuning en 2/ aanspreekpunt op het werk waarbij er geen taboes waren (mijn geval) directe leidinggevende. Huisdokter was v alles op de hoogte maar nam niet de lead om door te verwijzen naar psycholoog.. wat jammer is. Zonder aanspreekpunt op het werk had ik mijn job onmogelijk knn behouden.
Mijn huisarts heeft hier geen centrale rol in gespeeld.
Ik miste wel de coordinerende rol van een derde tussen alle partijen. Ik weet niet of dit de taak is van een huisarts maar het zou wel helpen in het re-integratie traject
Zelf rechtstreeks naar psychiater gestapt, meditatiecursus, loopbaanbegeleiding gevolgd
Begeleiding via psychologe burnout/stress coach vond ik een absolute meerwaarde in het herstelproces waar ik eerder debindruk had dat de huisarts medicatie ging voorschrijven had ik bij de coach meer een plan van aanpak ondervonden.... de meeste followup was dan ook bij de coach.
De kinesist heeft mij het meeste geholpen met voorstel om 2 boeken te lezen (Blijven ademen, Het no-nonsens meditatieboek. Daarbij heeft hij goeie oefeningen aangeleerd om rugklachten ten gevolge van stress te verhelpen. Ik ben al maandenlang in therapie bij hem. Accenpuntuur en cupping waren heilzaam. Dankzij de werknemersafgevaardigde, contact gehad met Liantis met arbeidspsychologe. Dit deed me ook deugd. Jammer dat sommige collega's na teamgesprek hun beloftes niet hielden. Daarna kon ik het niet meer waarmaken op mijn werk en moest in ziekteverlof gaan. Jammergenoeg, ik dacht het toch te overwinnen zonder ziekteverzuim.....helaas.
Ik stapte meteen naar IDWE om me te laten begeleiden. De huisarts stelde de diagnose.
Zeer complex en nood aan iemznd die zowel mentale, fysieke als emotionele kan samenbrengen

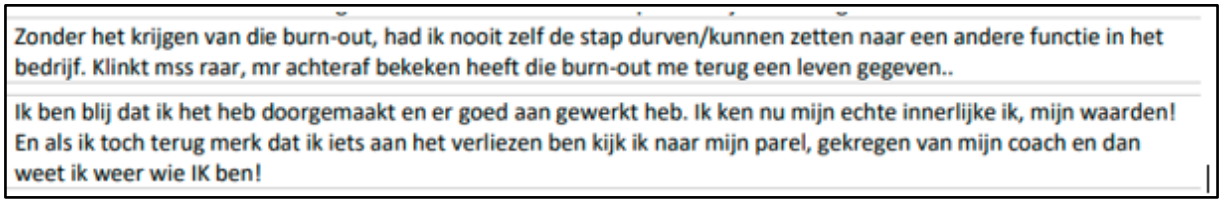
Ten tweede hebben veel deelnemers te kampen gehad met onbegrip op de werkvloer.



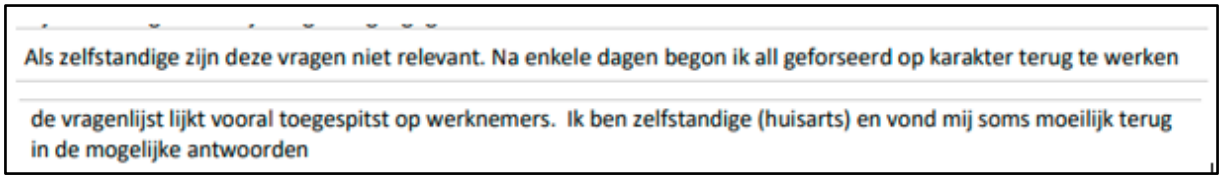
Ten derde wordt de kostprijs van dergelijke interventies ter sprake gebracht, alsook het wegvallen van een deel van de inkomsten in sommige gevallen.



Ten vierde zien we ook patiënten die positief terugkijken op het doormaken van een burn-out. Sommige patiënten zijn erin geslaagd, mits een ondersteunende en correcte aanpak, om hun burn-out om te zetten naar iets positiefs.



Tot slot wordt aangegeven dat de vragenlijst op een bepaalde manier is opgesteld waardoor het niet even gemakkelijk toe te passen is op een werknemer in vergelijking met iemand die werkt volgens het statuut van zelfstandige.



4. DISCUSSIE

4.1. Samenvatting van de resultaten getoetst aan de huidige inzichten

4.1.1. Toetsing van de diagnose

Een eerste opvallende bevinding is dat er een discrepantie bestaat tussen het aantal diagnosen van burn-out en het aantal patiënten dat ook effectief voldoet aan de criteria. Voor deze discrepantie vinden wij een aantal mogelijke oorzaken terug.
Burn-out is een begrip dat niet éénduidig is. In de volksmond wordt deze term vaak breder gebruikt dan in een medische context. Toch is het ook binnen de medische wereld geen eenvoudige term, aangezien de DSM-V, hét referentiewerk voor mentale aandoeningen, geen diagnose burn-out vermeldt. Het komt wel voor in de ICD-10 als een factor die de gezondheidsstatus van een patiënt kan beïnvloeden. (28) Dit kan een verklaring zijn waarom een groot deel van gediagnosticeerde patiënten die deelnamen aan ons onderzoek, niet voldoen aan de criteria voor burn-out zoals deze worden gesteld door het NHG. De heterogeniteit van het begrip bemoeilijkt verder onderzoek naar prevalentie, ontstaansmechanisme, preventie en behandeling. Dit is een beperking die ook de meeste andere artikels betreffende burn-out vermelden.
Burn-out kent een brede differentiaaldiagnose. (26) Aangezien er geen ziektespecifieke symptomen zijn, moet eerst een heel aantal inwendige, neurologische en psychiatrische aandoeningen worden uitgesloten. Deze omvatten onder andere hypothyroïdie, slaapstoornissen, angststoornissen en depressie. Het is mogelijk dat de patiënt burn-out rapporteert als zijnde de diagnose, maar dat er in feite onderliggende oorzaken zijn voor de gezondheidstoestand. Zowel vanuit het standpunt van de patiënt als van de zorgverlener kunnen hier misverstanden ontstaan. Het is dan ook belangrijk om als zorgverlener de term correct te gebruiken en toe te lichten aangezien het behandelplan en de behandelingsdoelen voor burn-out sterk verschillen van de andere aandoeningen in de differentiaaldiagnose. (29)

4.1.2. Duur van de arbeidsongeschiktheid

Uit de verzamelde gegevens halen we ook dat het merendeel van de patiënten langer dan 3 maand volledig arbeidsongeschikt is. Recente inzichten tonen nochtans aan dat een vroegtijdige re-integratie voordelig is voor de duurzaamheid van de werkhervatting. Zo schrijft Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven in zijn boek “Werken is genezen”, dat succesvolle re-integratie best al vroeg in het ziekteproces begint. Dit om vervreemding van de werkplek en sociaal isolement te vermijden. Redenen voor een meer langdurige arbeidsongeschiktheid zijn onder andere de perceptie (zowel bij artsen als bij patiënten) dat iemand volledig hersteld moet zijn om terug aan de slag te gaan. Dit blijkt niet te kloppen: een (deeltijdse) werkhervatting kan een deel van het herstel uitmaken, op voorwaarde dat de werkomstandigheden aangepast zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. De realiteit op vandaag is echter dat er vaak pas laattijdig aan re-integratie wordt gedacht. Artsen zijn in eerste instantie bezig met de fysieke integriteit van hun patiënt, terwijl werkgevers vooral op zoek gaan naar een oplossing voor de uitgevallen werknemer. Hierdoor verliest de patiënt bij het begin van de arbeidsongeschiktheid het contact met de werksituatie. Indien dit contact gedurende een lange tijd afwezig blijft, zal de angst voor een eventuele werkhervatting bij de patiënt toenemen, wat een negatieve impact zal hebben op de duur van de arbeidsongeschiktheid. (6)

4.1.3. Contact met de adviserend geneesheer

Voor de factor ‘Opvolging door de adviserend geneesheer’ zien we een duidelijk negatief cijfer naar vroegtijdige werkhervatting toe. Dit is enigszins te verklaren door het feit dat de adviserend geneesheer pas later bij het proces betrokken wordt. In het nieuwe KB betreffende de re-integratie van langdurig zieken wordt gesteld dat de adviserend geneesheer binnen de 2 maand na het begin van de arbeidsongeschiktheid de werknemer zal contacteren om de mogelijkheden in te schatten.

Een re-integratietraject kan opgestart worden op initiatief van de werknemer (eventueel in overleg met de behandelend arts), adviserend geneesheer of uiteindelijk ook de werkgever zelf. De uitvoering ervan is het werk van de arbeidsarts. Deze zal in overleg met de patiënt inschatten wat de mogelijkheden van de werknemer zijn en welke aanpassingen nodig zijn om de werknemer opnieuw te kunnen inschakelen. Op basis hiervan kan de werkgever een re-integratieplan opstellen. Dit bevat alle details in verband met aanpassingen, afspraken, geldigheidsduur,...

Indien er na een periode van enkele maanden arbeidsongeschiktheid geen plan is, zal de adviserend geneesheer initiatief nemen om in te schatten wat de mogelijkheden zijn voor de patiënt. Deze optie komt bij patiënten vaak over als een soort 'stok achter de deur'. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de werknemer idealiter zelf het initiatief neemt, eventueel in overleg met de behandelend arts. Dit proces wordt gefaciliteerd als het contact tussen de werknemer en de werkplaats vroeg in de arbeidsongeschiktheid onderhouden kan worden.

Kortom, de rol van de adviserend geneesheer wordt in bepaalde gevallen waarschijnlijk fout geïnterpreteerd als een toezichter om het werkverlet zo kort mogelijk te houden. Nochtans is het vooral zijn taak om na te gaan op welke wijze de werknemer terug duurzaam kan functioneren in de maatschappij.

4.1.4. Contact met de werkgever

Het gevoel hebben dat er geluisterd wordt tijdens een overleg met de werkgever lijkt in deze studie eerder een negatieve impact te hebben op een succesvolle terugkeer naar de werkvloer. Dit is een eerder opmerkelijke bevinding aangezien uit eerder onderzoek bleek dat luisteren en er als werkgever of leidinggevende zijn voor de werknemer vervreemding van het werk tegengaat. Deze vervreemding zorgt ervoor dat de loyaliteit en verantwoordelijkheid, die de werknemer had tegenover het werk, verdwijnt. (6) In deze studie werd weliswaar niet gevraagd wanneer het overleg met de werkgever plaatsvond. Als dit buiten de periode van 3 maanden valt, dan moeten we oppassen met de interpretatie dat het een negatieve impact heeft.

4.1.5. Organisatiegerichte aanpak

Het idee dat een overleg met de werkgever heeft geleid naar aanpassingen op de werkvloer lijkt te neigen naar een positieve impact op de werkhervatting. Uit eerder onderzoek is reeds gebleken dat een positieve verandering in burn-out na een persoonsgerichte interventie meestal 6 maanden duurt. Hiertegenover staat dat er bij een organisatiegerichte aanpak en nog vaker bij een gecombineerde aanpak na 1 jaar nog positieve veranderingen in burn-outsymptomen konden worden vastgesteld. (30) Daarenboven draagt een organisatiegerichte aanpak in geval van burn-out bij aan het verkorten van het werkverlet. (31) Ondanks deze inzichten zien we in deze studie dat de focus in veel gevallen meer op de persoonsgerichte aanpak wordt gelegd. In de literatuur beaamt men dat de aanpak vaak nog te weinig gericht is op de organisatie. Mogelijks valt dit te verklaren door het feit dat zorgverleners zich comfortabeler voelen bij het aanpakken van het individu en minder comfortabel bij het aanpakken van een organisatie. Bijkomend leeft het idee dat het een stuk makkelijker is om een individu te veranderen in vergelijking met het veranderen van een volledige organisatie. (32) (33) Tot slot is bekend dat werkgevers de neiging hebben om op korte termijn te denken en hierdoor vaak ondersteunende maatregelen nemen die beperkt zijn in de tijd. Zij zijn bovendien ook verantwoordelijk voor de kosten van de arbeidsgeneesheer en de ondersteunende maatregelen. Bijgevolg zijn ze dan ook zeer kieskeurig als het gaat over de terugkeer van langdurig zieken vb. enkel helpen van goede werknemers, niet helpen wanneer ze een goede vervanger hebben. (6)

4.1.6. Onbegrip

Uit deze studie blijkt dat een deel van de deelnemers onbegrip hebben ervaren tijdens het doormaken van een burn-out. Dit maakt dat patiënten bovenop de burn-out ook nog eens worden geconfronteerd met psycho-emotioneel disabilisme. In de literatuur wordt dit fenomeen beschreven als een beperking in wie een persoon kan zijn, veroorzaakt door kwetsende commentaren of stigmatiserende handelingen van anderen. (34) Dit maakt de weg naar herstel nog een bijkomend stuk lastiger.

4.1.7. De huisarts als coördinator

Daarnaast geven heel wat deelnemers aan dat de huisarts niet de coördinerende rol op zich heeft genomen, hoewel ze zelf inschatten dat dit toch een gunstig effect zou kunnen hebben op hun herstel en werkhervatting. Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven (KUL), vermeldt in zijn boek “Werken is genezen” dat de behandelende arts heel vaak op zichzelf handelt en dat er onderling te weinig communicatie plaatsvindt tussen de verschillende actoren. Ook de Hoge Gezondheidsraad (HGR) is van mening dat er zo snel mogelijk een nauwe samenwerking tot stand moet komen tussen de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg (arts, psychiater, psycholoog) en de werkomgeving (bedrijfsarts, adviserend geneesheer, preventieadviseur enz.). Een goede samenwerking tussen de zorgverleners is immers nodig om te garanderen dat de methodes die elke zorgverlener gebruikt coherent zijn. (26) In deze context werd op de vraag van het RIZIV door het Centrum Omgeving en Gezondheid van de KUL een zorgpad ontwikkeld om personen met een burn-out in het proces van terugkeer naar werk te ondersteunen. Dit zorgpad omvat zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte interventies. Het zou daarnaast ook alle actoren moeten betrekken in het proces en bijkomend de communicatie tussen de verschillende spelers faciliteren. Momenteel is er een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep aan de gang om het zorgpad burn-out in België te testen. (35)

4.2. Sterktes en zwaktes

4.2.1. Sterktes

Gezien de gevoelige aard van het onderwerp van onze masterproef hebben we veel aandacht besteed aan het zo laag mogelijk houden van de drempel om deel te nemen. We lieten de deelnemers namelijk anoniem deelnemen en de verspreiding van de enquête verliep voornamelijk via sociale media.

4.2.2. Zwaktes

Om een uitspraak te kunnen doen over Vlaanderen moesten er 371 enquêtes ingevuld worden, maar dit aantal werd niet gehaald. Hierdoor heeft onze studie te weinig power en kunnen we dus geen significante uitspraken doen over de Vlaamse bevolking.

Bovendien is het niet te achterhalen op welk moment tijdens het herstelproces van de deelnemers bepaalde interventies hebben plaatsgevonden. In het geval dat de introductie van een bepaalde factor pas plaatsvindt na drie maanden arbeidsongeschiktheid, kan dit een vertekend beeld geven over de invloed hiervan op het re-integratieproces.

Daarnaast merken we op dat we voor een groot deel West-Vlaamse deelnemers hebben gerekruteerd. Ook op vlak van leeftijd zien we geen representatieve verdeling in deze studie zoals we deze zien in Vlaanderen. De manier van rekruteren, namelijk via twee jonge West-Vlaamse HAIOs via sociale media, ligt vermoedelijk aan de basis hiervan. Volgens cijfers van het RIZIV is 70% van de patiënten met de diagnose burn-out op invaliditeit van het vrouwelijke geslacht met daartegenover slechts 30% van het mannelijke geslacht.(2) In deze studie zien we 83% vrouwelijke deelnemers en 17% mannelijke deelnemers.

Aanvullend gaven sommige deelnemers met een zelfstandig statuut aan dat zij zich moeilijker konden vinden in de antwoordmogelijkheden.

4.3. Toekomstige onderzoeken

In de toekomst lijkt het zinvol na te gaan of een studie met grotere power tot dezelfde inzichten komt of deze eerder zal ontkrachten. In deze studie werden voornamelijk patiënten gerekruteerd bij wie het hele burn-out proces grotendeels achter de rug was. Mogelijks kunnen er nog aanvullende inzichten bekomen worden door het langdurig volgen van patiënten met burn-out en dit proces aan te vangen vanaf het moment van diagnosestelling.

Hieraan toevoegend moet er zeker nagegaan worden hoe het stigma rond burn-out in de bredere samenleving kan aangepakt worden. Bovendien moet nagegaan worden hoe de samenwerking tussen de verschillende actoren in die mate op punt kan worden gesteld dat we tegemoet kunnen komen aan de vraag van patiënten naar een coördinerende factor tijdens zijn/haar herstelproces, alsook aan de vraag om ook het organisatiegerichte onderdeel niet uit het oog te verliezen.

5. BESLUIT

Op de vraag wat het belang is van de verschillende, onderzochte bevorderende factoren kan er op basis van dit onderzoek geen sluitend antwoord worden gegeven. We besluiten dat de huisarts zelf zijn/haar weg moet zoeken tussen de bevorderende factoren naargelang de patiënt die zich voor hem/haar zit.

De verwachtingen van de patiënt met een burn-out ten opzichte van zijn huisarts in kader van het herstelproces en professionele re-integratie sluit heel nauw aan bij het principe van 'shared decision making'. De patiënt verwacht uitleg over het ontstaansmechanisme en de verwachte evolutie wanneer de diagnose burn-out wordt vastgesteld. Bijkomend wenst de patiënt inspraak in het vastleggen van het moment van werkhervatting. Tot slot zou de patiënt graag samen met de huisarts van bij het begin een beleidsplan in grote lijnen uitzetten. Uit het onderzoek blijkt ook dat de meeste patiënten achteraf tevreden blijken te zijn over het handelen en de houding van hun huisarts. Daartegenover staat dat een groot deel van de deelnemers een gemis aan een coördinerende actor heeft ervaren tijdens het hele proces, ondanks dat zij van mening zijn dat zoiets zeker een positieve invloed zou hebben op hun herstel en re-integratie op de werkvloer.

6. PERSOONLIJKE REFLECTIE

Deze masterproef is het resultaat van drie jaar hard werken. Het is een werk waar ik tevreden over ben. Het proces zelf was bovendien zeer leerrijk. Mijn vorige thesis was een literatuuronderzoek; het schakelen naar een onderzoek met vragenlijsten was voor mij een hele aanpassing.

Over de samenwerking met mijn collega, Saar Delaere, kan ik heel positief zijn. We hebben in het volledige proces eigenlijk geen echte problemen gehad met samenwerken, wat ik achteraf gezien wel een echte prestatie vind. We zijn nochtans allebei mensen die goed weten wat ze willen; ik zou ons bij momenten zelfs koppig durven noemen. Toch hebben onze karakters niet gebotst, waar ik blij om ben.

Van bij het begin hadden we niet echt een duidelijke taakverdeling vastgelegd. Dit verliep voor een groot deel organisch, onder de vorm van brainstormsessies. Achteraf gezien heb ik bij deze sessies de rol van secretaris op mij genomen; ik zorgde ervoor dat de zaken die we besproken hadden in een gemeenschappelijk document terechtkwam waar we beide altijd aan konden. Hierin stonden ook de to-do's genoteerd waar we de komende weken aan zouden werken. Saar was meer de planner; zij hield de verschillende deadlines in het oog en zorgde ervoor dat we goed op schema zaten.

De promotor van deze thesis, professor Schoenmakers, heeft ons veel bijgebracht over de praktische aspecten van het voeren van een medisch-wetenschappelijk onderzoek. Bij het sturen van tussentijdse documenten kon zij heel snel (vaak binnen de 24 uur) maar toch ook heel bondig en adequaat een antwoord formuleren op onze moeilijkheden. Zij is voor ons een goede coach geweest die ons vaak heeft gewezen op fouten en tekortkomingen, maar ons ook op gepaste tijdstippen een duwtje in de rug kon geven.

Van bij de aanvang van onze samenwerking wisten we dat we een onderwerp wilden dat heel actueel was en waar er nog ruimte was voor verbetering in behandeling. Burn-out is een onderwerp dat momenteel brandend actueel is gezien de toename van de laatste jaren. Het is ook een enorme kost voor onze sociale zekerheid, gezien het aantal mensen die op invaliditeit staan door burn-out. Bovendien merkten we dat wijzelf en onze collega's nog niet konden zeggen wat nu precies de juiste manier van aanpakken was. Van in het begin hadden we al de indruk dat we burn-out als huisarts misschien op een te individualistische manier benaderen, terwijl dit toch ook voor een groot stuk het gevolg is van de (werk)omgeving. De NHG-standaard kon ons wel op weg zetten, maar bood niet voldoende achtergrond om een duidelijk antwoord op de hiaten in onze kennis te formuleren. Vandaar ons besluit om dit verder te gaan uitwerken.

De uitwerking van de methode van onze studie heeft ons misschien wel het meeste tijd gekost. We hebben lang nagedacht over hoe we nu het beste tot een antwoord konden komen op onze onderzoeksvragen. Dit is voor mij een leerzaam moment geweest over wat haalbaar en realistisch is bij onderzoeksvragen als die van ons.

Een tweede moeilijk punt was het verspreiden van onze vragenlijst. We rekenden uit aan de hand van de beschikbare prevalentiecijfers wat ongeveer ons aantal antwoorden moest zijn. Bij het begin van het uitsturen leek het alsof deze cijfers zeker haalbaar moesten zijn, maar na een maand minderden de antwoorden fel. Uiteindelijk werd duidelijk dat we het met een kleiner aantal zouden moeten doen, wat voor ons wel ontgoochelend was. Het heeft ervoor gezorgd dat we weinig sluitende uitspraken kunnen doen over wat nu precies de impact is van elke afzonderlijke bevorderende factor. Ik denk wel dat we met resultaten op een grotere schaal mooiere antwoorden zouden kunnen bieden op onze onderzoeksvraag. Toch vind ik dat de beschrijving van de bevorderende factoren gekoppeld aan de huidige beschikbare literatuur en studies, zoals

weergegeven in het onderdeel van de discussie, een mooi ‘voorlopig’ antwoord kan bieden op de onderzoeksvraag wat de huisarts kan doen om een duurzaam werkhervatten te bevorderen.

Kortom, enerzijds is het jammer dat we niet echt significante resultaten hebben kunnen bekomen, maar anderzijds heb ik wel het gevoel dat deze thesis nuttig kan zijn voor huisartsen die met burn-outpathologie in aanmerking komen. Ik heb bovendien het gevoel dat ik zelf ook meer te weten ben gekomen over het onderwerp, in die zin dat ik in de toekomst adequater zal zijn in de behandeling van burn-out. Ik weet nu beter waar ik op moet letten en ben veel vertrouwder met het onderwerp, niet in het minst door de vele gesprekken en discussies met de co-auteur van deze thesis.

Over het algemeen kan ik zeggen dat ik tevreden ben met dit werk. Het proces is vlot verlopen, we hebben allebei alles in het werk gesteld om een goed eindresultaat te bekomen. Dankzij het uitvoeren van onze methode heb ik bovendien een beter idee van wat het inhoudt om dit soort wetenschappelijk onderzoek te voeren.

7. REFERENTIES

1. Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P. & Braeckman L. Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking: samenvatting van het eindverslag. 2010;

2. Aantal personen in invaliditeit voor depressie of burnout. 2018;2018.

3. Uitgaven invaliditeitsuitkeringen voor burn-outs en depressies (in euro) 2016 2017 2018. 2018;2018.

4. Ziektebeelden _ Vlaanderen Intern [Internet]. Available from: https://overheid.vlaanderen.be/bedrijfsinformatie/ziektebeelden

5. Pijpker R, Vaandrager L, Veen EJ, Koelen MA. Combined interventions to reduce burnout complaints and promote return to work: A systematic review of effectiveness and mediators of change. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(1).

6. Godderis L. Werken is Genezen. 2017.

7. Van Avendonk M, Oeij S, Seeleman J, Starmans R, Terluin B, Wewerinke A WT. NHG-standaard: Overspanning en burn-out [Internet]. 2018. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out

8. Bij burn-out ga je best na drie maanden weer aan de slag _ Partena Professional [Internet]. Available from: https://www.partena-professional.be/nl/nieuws/bij-burn-out-ga-je-best-na-drie-maanden-weer-aan-de-slag

9. Burn-out ebpnet [Internet]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00918

10. Kärkkäinen R, Saaranen T, Räsänen K. Return-to-Work Coordinators ' Practices for Workers with Burnout. J Occup Rehabil [Internet]. 2019;29(3):493–502. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x

11. Health WE, Mj S, Mjpm V, Wb S, Cjm M, Ljp D, et al. Original article. 2010;34(1):23–32.

12. Vente W, Kamphuis JH, Blonk RWB, Emmelkamp PMG. Recovery of Work-Related Stress : Complaint Reduction and Work-Resumption are Relatively Independent Processes. J Occup Rehabil [Internet]. 2015;658–68. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s10926-015-9573-6

13. Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Åbjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout - a prospective controlled study. 2010;1–10.

14. Eskilsson T. Restoring confidence in return to work : A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. 2020;1–19.

15. Employee experience of workplace supervisor contact and support during long-term sickness absence - PubMed.

16. Netterstrøm B, Bech P. Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress . A non- randomized controlled study from a

stress clinic. BMC Public Health [Internet]. 2010;10(1):658. Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/658

17. Gavelin HM, Boraxbekk C, Stenlund T, Järvholm S, Neely AS, Malmberg H, et al. Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. 2015;3890.

18. Eskilsson T, Järvholm LS, Gavelin HM, Neely AS. Aerobic training for improved memory in patients with stress-related exhaustion : a randomized controlled trial. 2017;4–13.

19. Seys E. Wat verwachten patiënten met overspanning en burn-out van hun behandelaars in de eerste lijn ? 2017.

20. Dienst Uitkeringen R. Langdurige arbeidsongeschiktheid: cijfers invaliditeit door burn-out en depressie. 2019.

21. Sample Size Calculator [Internet]. 2012. Available from: https://www.surveysystem.com/sscalc.htm

22. Wetenschappen GB. Toelichting Bij Een Aanvraag Voor Een Prospectieve Studie Met Een (Semi-) Gestructureerd Interview. 2020;

23. Onderzoeksdesign [Internet]. Available from: https://www.ugent.be/pp/onderwijskunde/nl/onderwijs/masterproef/structuur/onderzoeksdesign.htm

24. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav. 1981;2(2):99–113.

25. Schaufeli W, Desart S. Burnout Assessment Tool. 2020;1–153.

26. Gezondheidsraad BURN-OUT EN WERK SEPTEMBER 2017 HGR NR 9339 Hoge Gezondheidsraad BURN-OUT EN WERK SEPTEMBER 2017 HGR NR 9339. 2017.

27. Ahola K, Toppinen-tanner S, Seppänen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout : Systematic review and meta - analysis. Burn Res [Internet]. 2017;4:1–11. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001

28. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the “Burnout Syndrome” A Distinct Illness? Front Public Heal. 2015;3(June):1–3.

29. Golonka K, Mojsa-Kaja J, Blukacz M, Gawłowska M, Marek T. Occupational burnout and its overlapping effect with depression and anxiety. Int J Occup Med Environ Health. 2019;32(2):229–44.

30. Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient education and counseling. 2010;78:184–90.

31. Norlund S, Reuterwall C, Höög J, Nordin M, Edlund C, Birgander SL. Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: Experiences from the REST-project. J Occup Rehabil. 2011;21(1):23–30.

32. Cooper, C. L., & Cartwright S. Healthy Mind; Healthy Organization— A Proactive Approach to Occupational Stress. Human Relations. 1994;47:455–471.

33. Boštjančič E, Koračin N. Returning to work after suffering from burnout syndrome: Perceived changes in personality, views, values, and behaviors connected with work. Psihologija. 2014;47(1):131–47.

34. Reeve D. PSYCHO-EMOTIONAL DISABLISM IN THE LIVES OF PEOPLE EXPERIENCING MENTAL DISTRESS Psycho-emotional disablism Psycho-emotional disablism and mental distress. Distress or Disabil Proc a Symp held Lancaster Disabil 15-16 Novemb 2011 [Internet]. 2012;24–9. Available from: http://donnareeve.co.uk/wp-content/uploads/2014/03/ReeveChapter2012a.pdf

35. Artsensyndicaten BV van. Zorgpad Burn-out [Internet]. Available from: https://www.absym-bvas.be/nl/huisartsen/zorgpad-burn-out

8. BIJLAGES

8.1. Goedkeuring Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP017123
Uw kenmerk: Masterproef studie: Beïnvloedende factoren voor re-integratie op de werkvloer na burn-out en de rol van de huisarts hierin **Leuven,** 23-02-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Koenraad Serruys, Saar Delaere

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 23-02-2021

(Goedkeuring) Het betreft een studie naar de reïntegratie in het arbeidsproces na burnout. De studie vindt plaats via een anonieme cross-sectionele vragenlijst (beoogd aantal deelnemer is 371). Respondenten worden gerecruteerd via de sociale media

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 09-02-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuven

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP017123
Your reference: Master's thesis study: Beïnvloedende factoren voor re-integratie op de werkvloer na burn-out en de rol van de huisarts hierin **Leuven,** 23-02-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Birgitte Schoenmakers
Dear Koenraad Serruys, Saar Delaere

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 23-02-2021

(Goedkeuring) Het betreft een studie naar de reïntegratie in het arbeidsproces na burnout. De studie vindt plaats via een anonieme cross-sectionele vragenlijst (beoogd aantal deelnemer is 371). Respondenten worden gerecruteerd via de sociale media

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the EducationalSupport Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 09-02-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent version of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

8.2. Vragenlijst patiënt

Online survey in kader van Masterproef rond burn-out
Geachte,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek.

Deze studie onderzoekt wat de bevorderende factoren zijn voor een succesvolle terugkeer na de werkvloer na een doorgemaakte burn-out. Meer specifiek zal er ook onderzocht worden wat de rol van de huisarts is bij dit proces.

Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u in uw beroepsleven met de problematiek van burn-out heeft gekampt. Aan deze studie zullen ongeveer 380 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen moet u een meerderjarige, werkende Vlaming zijn bij wie door een arts de diagnose burn-out werd vastgesteld.
Het invullen van deze vragenlijsten zal ongeveer 11 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Indien u deelneemt aan deze studie, is het belangrijk om te weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven;
- Uw deelname aan deze studie geen enkel gezondheidsrisico inhoudt;
- Uw deelname vrijwillig is. Er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang;
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, volledig anoniem zijn;
- Er geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. worden verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker Delaere Saar via e-mail (saar.delaere@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer +32 495 73 53 34 en de hoofdonderzoeker professor Schoenmakers Birgitte via het telefoonnummer +32 16 37 72 90 (werkuren) of via e-mail (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be).
Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de ombudsdienst in uw ziekenhuis op het telefoonnummer (016/34.48.18). Indien nodig kan de ombudsdienst u in contact brengen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Alvast bedankt voor uw deelname.

Dr. Koenraad Serruys en Dr. Saar Delaere

DEEL 1: Sociodemografische gegevens

1. Wat is uw geslacht?
   Man - vrouw
2. Wat is uw leeftijd?
   … jaar
3. Wat is uw familiale status?
   Alleenstaand – Alleenstaand met kinderen – Samenwonend met kinderen – Samenwonend zonder kinderen – Samenwonend met anderen (broers, zussen, vrienden, ouders)
4. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
   Lager onderwijs - Secundair onderwijs – Hoger niet universitair Onderwijs – Hoger universitair Onderwijs
5. Onder welk statuut was u aan de slag voor u de diagnose kreeg?

Arbeider – bediende hoger kader – bediende lager kader – zelfstandige – Uitzendkracht – Geen betaald werk

6. Wat is de postcode van de gemeente waar u woont?

…

DEEL 2: Toetsing diagnose en inclusiecriteria

7. Werd de diagnose van burn-out door een arts bevestigd?

Ja - Nee

8. Hoe lang bent u arbeidsongeschikt geweest?

Niet - < 3 maanden - 3-6 maanden - 6-12 maanden - meer dan een jaar

9. Hoe lang is het geleden dat bij u de diagnose burn-out werd vastgesteld?

< 3 maanden – 3-12 maanden – 1-2 jaar - >2 jaar

10. Duid aan van welke onderstaande klachten u last had:

Moeheid - gestoorde, onrustige slaap - prikkelbaarheid - niet tegen drukte/lawaai kunnen - labiliteit - piekeren - gejaagd gevoel - concentratieproblemen/vergeetachtigheid - frustratie - controleverlies - machteloosheid - verminderde zelfwaardering - verminderd competentiegevoel - neiging tot zich isoleren - attitudeverandering ten opzichte van anderen - agressiviteit - impulsiviteit

11. Hoe lang heeft u deze klachten ervaren?

Minder dan 3 maanden – 3-6 maanden – 6-12 maanden - meer dan 12 maanden

12. Was er op het moment van de diagnose sprake van andere psychiatrische aandoeningen (bijvoorbeeld depressie, angststoornis) ?

Ja - Nee

13. Was er op het moment van de diagnose sprake van problemen rond middelengebruik (bijvoorbeeld alcohol, drugs of medicatie)?

Ja - Nee

DEEL 3: Bepalen succesvolle/niet-succesvolle re-integratie op de werkvloer

14. Bent u ondertussen terug actief op de arbeidsmarkt?

Ja (zelfde type van werk en zelfde werkgever) - Ja (ander type van werk onder dezelfde werkgever) – Ja (zelfde type van werk onder een andere werkgever) – Ja (ander type van werk onder andere werkgever) – Nee

15. Indien ja op 14: Hebt u uw arbeidsactiviteiten verminderd? (bv. halftijds daar waar u vroeger voltijds werkte)

Ja – Nee

DEEL 4: Bevorderende factoren voor re-integratie op de werkvloer na burn-out

16. Heeft u gebruik gemaakt van het systeem van progressieve tewerkstelling?

Ja - Nee

17. Heeft u tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid ondersteunend contact (vb. vraag naar hoe het met u ging, men wenste u veel beterschap…) gehad met uw werkgever/uw leidinggevende?

Ja - Nee

18. Heeft u tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid ondersteunend contact (vb. vraag naar hoe het met u ging, men wenste u veel beterschap…) gehad met uw collega's?

Ja - Nee

19. Vond er een overleg plaats waarbij u en de werkgever de ervaren moeilijkheden en mogelijke oorzaken van de burn-out hebben besproken? Ja- Nee

- Zo ja:

- Nam uzelf hiervoor initiatief? Ja-Nee
- Nam de huisarts hiervoor initiatief? Ja-Nee
- Nam de werkgever hiervoor initiatief? Ja-Nee
- Nam de arbeidsgeneesheer hiervoor initiatief? Ja-Nee

- Had u het gevoel dat er naar u werd geluisterd?
  Ja - Nee
- Heeft dit geleid tot aanpassingen op de werkvloer?
  Ja - Nee

20. Werd u tijdens uw arbeidsongeschiktheid opgevolgd door andere zorgverleners (vb. psycholoog, arbeidsgeneesheer, coach, ...)? Ja-Nee

- Zo ja:
  - Werd u opgevolgd door een psycholoog? Ja – Nee
  - Werd u opgevolgd door de arbeidsgeneesheer? Ja – Nee
  - Werd u opgevolgd door een re-integratiecoach? Ja – Nee
  - Werd u opgevolgd door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds? Ja - Nee

21. Besteedt u nu meer aandacht aan lichaamsbeweging dan voorheen?
Ja - Nee

22. Besteedt u nu meer aandacht aan mindfullness, yoga, ademhalingsoefeningen, relaxatietechnieken,… dan voorheen?
Ja - Nee

23. Kreeg u tijdens het herstelproces inzicht in uw coping mechanismen (= de manier waarop iemand omgaat met problemen en gebeurtenissen, alsmede omgaat met hevige gedachten of gevoelens) en de bijhorende valkuilen?
Ja - Nee

DEEL 5: Rol van de huisarts bij re-integratie op de werkvloer na burn-out

24. Samen met de huisarts had ik vanaf het moment van diagnosestelling een beleidsplan opgesteld met duidelijke doelstellingen.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

Het opstellen van een beleidsplan met duidelijke doelstellingen van bij het begin heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

25. Mijn huisarts heeft mij duidelijk uitgelegd wat het ontstaansmechanisme is van een burn-out en welke evolutie ik mocht verwachten.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

Inzicht in het ontstaansmechanisme en evolutie ervan heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

26. Het moment van werkhervatting werd mij niet opgelegd door de huisarts, maar we hebben dit samen besproken en vastgelegd.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

Het in overleg vastleggen van het moment van werkhervatting heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.
Helemaal akkoord – Eerder akkoord –Eerder niet akkoord – Niet akkoord

26. Mijn huisarts heeft het herstelproces gecoördineerd. Hij/zij nam deel aan overleg tussen de verschillende betrokken partijen (vb. psycholoog, arbeidsgeneesheer, ziekenfonds…) en was dus telkens goed op de hoogte waardoor de zorg kon afgesteld worden op mijn noden.
Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

De huisarts als coördinator van het herstelproces heeft een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.

Helemaal akkoord - Eerder akkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

27. De huisarts heeft voldaan aan mijn verwachtingen doorheen het ganse proces.

Helemaal akkoord - Eerder akkkoord - Eerder niet akkoord - Niet akkoord

Als de huisarts voldoet aan de verwachtingen van de patiënt dan heeft dit een gunstig effect op het herstel van een burn-out en werkhervatting na burn-out.

Helemaal akkoord – Eerder akkoord – Eerder niet akkoord – Niet akkoord

8.3. Flyer om uit te hangen in de wachtzaal/te verspreiden via sociale media

