Determinanten bij het bepalen van arbeidsongeschiktheid bij burn-out

Hendrik Vercruysse (UGent)

Sophie De Decker (UGent)

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis (KU Leuven)

Co-promotor: dr. Jonas Steel (KU Leuven)

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2024

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.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 3
Abstract 5
Dankwoord 6
1. Inleiding 7
1.1. Aanleiding en achtergrond 7
1.2. Burn-out 8
1.2.1 Definitie 8
1.2.2. Behandeling 9
1.3. Duur van de arbeidsongeschiktheid en zijn determinanten 10
1.3.1. Duur van de arbeidsongeschiktheid 10
1.3.2. Determinanten van arbeidsongeschiktheid bij burn-out 10
1.3.3 Hypothese van determinanten van arbeidsongeschiktheid bij burn-out 13
1.4. Onderzoeksvraag 15
1.5. Wat brengt deze masterproef bij? 15
2. Methodologie 16
2.1. Methodologie van de literatuurstudie 16
2.2. Methodologie van het experimenteel onderzoek 17
2.2.1. Inleiding 17
2.2.2. Vignettenmethode 17
2.2.3. LOK-vergaderingen 18
2.2.4. Dataverwerking 20
3. Resultaten 21
3.1. Responsgraad 21
3.2. Karakteristieken van de respondenten 21
3.3 Resultaten vignettenonderzoek 21
3.4. Aanvullende vragen/resultaten 23
4. Discussie 25
5. Besluit 27
Bijlagen 28
Bijlage 1: Richtlijnen omtrent burn-out 28
Bijlage 2: Slides met vignetten (3 voorbeelden) 29
Bijlage 3: Feedback van de huisartsen 30

Bijlage 4: Ethisch comité: goedkeuring 33
Referenties 35

Abstract

HAIO: Dr. Sophie De Decker en Dr. Hendrik Vercruysse
Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis
Co-promotor: dr. Jonas Steel
Praktijkopleiders: Dr. Ive Van Cauwenbergh, Dr. Dirk Vandevyver, Dr. Ilse Decraemer en Dr. Valérie Van den Berghe

Context: Burn-out is een veel voorkomende aandoening die regelmatig leidt tot langdurige arbeidsongeschiktheid. Er is echter weinig gekend over de factoren waarmee huisartsen rekening houden om de arbeidsongeschiktheidsduur van een patiënt met burn-out te bepalen. Ook over de duur van die arbeidsongeschiktheid is er geen eenduidige richtlijn.

Onderzoeksvraag: Welke determinanten brengen artsen in rekening bij het bepalen van de ziekteduur bij burn-out en hoe beïnvloeden deze de ziekteduur? Daarnaast wordt er ook onderzocht welke determinanten zwaarder doorwegen dan andere en welke termijnen van arbeidsongeschiktheidsduur gehanteerd worden.

Methode: Er werd gebruikgemaakt van een vignettenmethode. Er werden 16 vignetten gemaakt waarin vier determinanten verwerkt zaten. Dit waren: ernst van de burn-out, jobvoldoening, werksfeer en coping. Deze determinanten hadden elk twee gradaties. De deelnemende huisartsen dienden de arbeidsongeschiktheidsduur op twee momenten te bepalen: op moment 1, wanneer de diagnose burn-out duidelijk was en op moment 2, wanneer de patiënt terugkwam zonder beterschap. Deze vignetten werden op zeven verschillende LOK-vergaderingen aan huisartsen voorgelegd. Er konden 83 huisartsen geïncludeerd worden. De resultaten werden geanalyseerd door middel van een linear mixed effect model (LMEM).

Resultaten: De gemiddelde voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur op moment 1 en 2 zijn respectievelijk 1,94 weken en 2,67 weken. Volgens het geschatte linear mixed effect model is de ernst van de burn-out de belangrijkste van de vier onderzochte determinanten. Respectievelijk leiden een ernstige burn-out, een slechte werksfeer en een slechte jobvoldoening tot een 1.21, 0.24 en 0.75 weken langere arbeidsongeschiktheid over de totaal voorgeschreven periode (na 2 consulten). De impact van coping is afhankelijk van de andere determinanten. Zo zal in geval van een ernstige burn-out, een passieve copingstijl leiden tot 0.36 weken meer arbeidsongeschiktheid. Indien de patiënt zijn jobvoldoening en werksfeer als slecht percipieert, zal een passieve copingstijl leiden tot respectievelijk 0.33 en 0.37 weken minder arbeidsongeschiktheid. Ten slotte gaven de artsen op de LOK-vergadering aan dat ze met veel meer factoren rekening houden dan de 4 opgenomen determinanten die in het model werden opgenomen. Zo houdt bijvoorbeeld 74% van de huisartsen rekening met de eerdere vragen naar arbeidsongeschiktheid van de patiënt en 61% met het type werk.

Conclusie: Het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij burn-out is complex. Volgende determinanten hebben een significante impact op de voorgeschreven duur: ernst, jobvoldoening, werksfeer en coping. Artsen hebben de neiging om bij een burn-out getrapt voor te schrijven en niet te starten met direct een lange duur van arbeidsongeschiktheid. Bij de start van het beleid wordt vooral rekening gehouden met de ernst van de burn-out.

Dankwoord

Tijdens onze driejarige opleiding tot huisarts werkten we aan deze masterproef over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij burn-out. We grepen dit thema aan omdat we beiden als startende huisartsen-in-opleiding al merkten hoe complex dit was. Deze masterproef was voor ons beiden een heel leerrijke ervaring. Het was zeker een uitdaging, maar het heeft ons beiden uiteindelijk veel voldoening geschonken.

We willen in de eerste plaats graag onze promotor, Prof. Dr. Lode Godderis, van harte bedanken. We werden door hem op een gestructureerde en positieve manier begeleid, wat maakte dat we deze thesis succesvol hebben kunnen afronden. Dit zorgde er mede voor dat het schrijven van deze thesis een positieve ervaring werd voor ons.

Graag willen we ook onze dank uitdrukken voor onze co-promotor, Dr. Jonas Steel. Zonder hem was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Door zijn uitstekende begeleiding van de statistiek, zijn we er in geslaagd een linear mixed effect model te schatten van onze data. Dit is voor huisartsen geavanceerde statistiek, die niet tot de standaard kennis behoort.

We zijn ook dankbaar voor de uitleg en steun van onze praktijkopleiders en collega's, die ons gedurende de afgelopen 3 jaar mee hebben gevormd tot de huisartsen die we nu zijn. Ze waren steeds bereid om te antwoorden op onze vele vragen, voor overleg en persoonlijke steun.

Verder willen we graag onze partners, familie en vrienden bedanken. Zij stonden altijd voor ons klaar, om te luisteren, soms ook advies te geven en ons verder aan te moedigen wanneer we minder vooruitgang boekten.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en achtergrond

Burn-out is een veel voorkomend probleem waarbij de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is. In 2020 stonden 33402 Belgen op invaliditeit omwille van burn-out (1). Het is een thema dat in de belangstelling staat in de eerste lijn en dat tegenwoordig niet meer uit de media weg te slaan is. De maatschappij evolueert continu en veel mensen voelen een stijgende druk op hun schouders. Tegelijkertijd is er ook de laatste jaren meer aandacht voor welzijn op het werk. Mentale problemen worden meer bespreekbaar en er is groeiende aandacht voor een goede 'work-life balance'. Toch blijft praten over 'het moeilijk hebben op het werk' niet gemakkelijk. De huisarts speelt hierin dan ook een essentiële rol om mentale problemen bespreekbaar te maken en adequaat te behandelen gezien hij een laagdrempelig aanspreekpunt is.

In deze thesis wordt de focus gelegd op een essentieel deel van het beleid bij burn-out, namelijk het bepalen van de arbeidsongeschiktheid (2). Even afstand nemen van het werk, zichzelf rust gunnen en intussen werken aan activering en dagstructurering is een vaak toegepaste strategie. Verschillende artikels en richtlijnen beschrijven dat arbeidsongeschiktheid deel kan uitmaken van de therapie, maar er is geen consensus over een concrete duur van de periode die de huisarts op hun opeenvolgende attesten moeten voorschrijven (2-4). In de literatuur is hierover weinig te vinden en wanneer dit wel aangehaald wordt, blijft het advies eerder vaag omschreven. Er zijn variaties te vinden in de aanvangstermijn van twee tot twaalf weken (2-4). Elke strategie van aanpak heeft natuurlijk zijn voor- en nadelen. De ideale aanpak ligt vermoedelijk ergens op het brede spectrum tussen deze uitersten. Een kortere ongeschiktheid geeft de mogelijkheid het effect van een rustperiode te evalueren en zo beter het onderscheid te maken met de minder ernstige diagnose 'overspanning'. Meteen een langere periode voorschrijven schept dan weer meer duidelijkheid voor de werkgever en het geeft ook meer rust aan de patiënt omdat het telkens moeten verlengen demotiverend kan werken voor iemand die perfectionistisch is ingesteld. Iemand met burn-out is nu niet zelden meerdere maanden afwezig op het werk. Dit onderzoek tracht te vinden welke determinanten huisartsen gebruiken om de ongeschiktheidsduur te bepalen en op welke manier er arbeidsongeschiktheid wordt geschreven bij de eerste 2 consultaties. Een duidelijkere aanpak en begeleiding in dit traject kan de totale arbeidsongeschiktheidsduur verkorten, waardoor re-integratie ook danig bevorderd wordt.

Dit alles maakt het ziektebriefje bij burn-out een interessant onderwerp om te onderzoeken.

1.2. Burn-out

1.2.1 Definitie

De stoornis 'burn-out' is opgenomen in de International Classification of Disease 11 (ICD-11) als een werkgerelateerde aandoening. De WHO (ICD-11-classificatie) gebruikt ongeveer dezelfde definitie als de NHG-standaard. Deze definities omschrijven burn-out als een syndroom van overspanning, waarbij disfunctioneren, moeheid en controleverlies op de voorgrond staan. De NHG-standaard voegt daar ook een duur langer dan zes maanden aan toe. De ICD-11 definitie benoemt het als absoluut werkgerelateerd (slecht gemanagede stress van de patiënt door de werkomgeving), waar dit voor de NHG-standaard niet per se zo hoeft te zijn. Bij beide geldt de definitie dat een angststoornis en stemmingsstoornis moet zijn uitgesloten (4, 5).

Onderscheid met overspanning

Het NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap) heeft een richtlijn ontwikkeld die handig toepasbaar is voor de huisarts om een onderscheid te maken met overspanning, wat in de praktijk niet altijd makkelijk is. Een burn-out wordt hierbij gedefinieerd als een periode van ernstige overspanning die meer dan 6 maanden duurt en waarbij mentale moeheid en uitputting op de voorgrond staan. De volgende symptomen passen bij een burn-out: vermoeidheid, uitputting, controleverlies, disfunctioneren, gejaagdheid, piekeren, labiliteit, concentratieproblemen, vergeetachtigheid, prikkelbaarheid, gestoorde en onrustige slaap en intolerantie voor drukte/lawaai.

Een burn-out is meestal, maar niet altijd, werkgerelateerd volgens NHG. In deze thesis zal wel worden gefocust op de werkgerelateerde burn-out (4).

Tabel 1: Differentiaaldiagnose tussen burn-out en overspanning

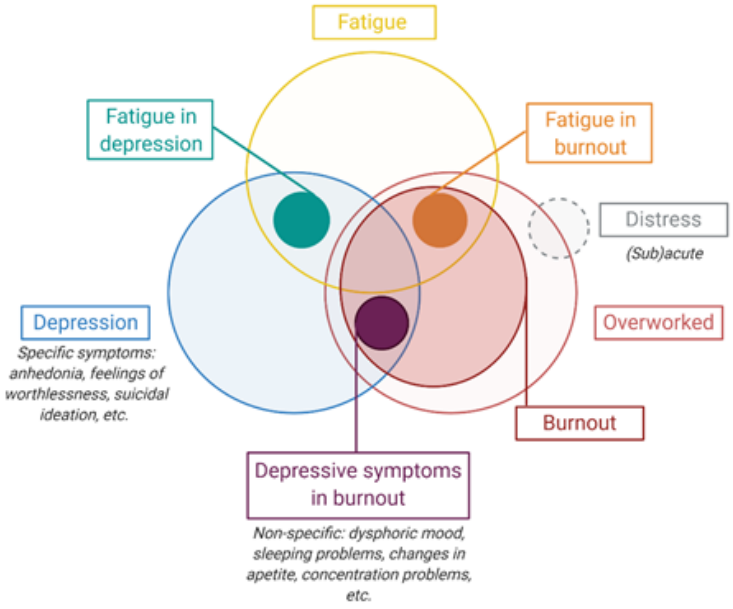
Burn-out	**Overspanning**
Spanningsklachten (moeheid, onrustige slaap, prikkelbaarheid, intolerantie voor lawaai/drukte, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel, concentratieproblemen en vergeetachtigheid)	
Controleverlies	
Disfunctioneren (cognitief en emotioneel)	
> 6 maanden aanwezig	< 6 maanden kan ook
Moeheid en uitputting prominent	
Vaker werkgerelateerd	

Differentiatie van andere psychiatrische problematiek

Een onderscheid maken tussen burn-out en andere psychische aandoeningen is niet eenvoudig, maar als psychische aandoening, maar het leunt wel aan bij de aanpassingsstoornis. De GGZ-standaarden wijzen zoals hierboven reeds beschreven op het belang om na te gaan dat de klachten niet uitsluitend door een andere psychische aandoening kunnen worden verklaard, zoals een angststoornis of depressie (6).

Het is dus essentieel in een burn-out consult om ook eventuele angstgevoelens, interesseverlies en/of een sombere stemming te bevragen (6, 7)
Een hulpmiddel hierbij is de 4DKL-vragenlijst, waarmee de arts beter kan onderscheiden welke psychisch element het meest op de voorgrond speelt: depressie, angst, somatisatie of distress (8). Andere handige tools voor een correcte burn-outdiagnose zijn: de Burn-out assessment tool (BAT) en de Utrechts burn-outschaal (UBOS-A) (9, 10). Onderstaande figuur illustreert de overlap tussen de verschillende psychische aandoeningen (11).

Figuur 1: Burn-out en overlap met vermoeidheid en andere psychische aandoeningen



1.2.2. Behandeling

In deze thesis wordt arbeidsongeschiktheid als een fundamenteel deel van de burn-outbehandeling belicht. Daarnaast zijn er ook andere aspecten van de therapie die - vaak simultaan - ingezet kunnen worden. Ten eerste is er psycho-educatie waarbij het terug in evenwicht brengen van energiegevers en -vreters centraal staat. De patiënt moet tot besef komen dat de overmaat aan stress die slecht wordt opgevangen, ongezond is.. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van het KOP-model. Waarbij de klachten worden gezien als de omstandigheden vermenigvuldigd met de persoonlijke stijl. Zo kan de patiënt inzicht krijgen in zijn klachtenpatroon en zijn stressoren en stijl waar nodig leren aanpassen. Andere behandelingen die geadviseerd worden zijn beweging, mindfulness en op cognitieve gedragstherapie. Actief blijven is hierbij alleszins een essentieel aspect. Voor een burn-out is een medicamenteuze behandeling niet geïndiceerd (3, 12).

De patiënt doorloopt volgens NHG meestal drie fasen. De crisisfase, de probleem- en oplossingsfase en de toepassingsfase. In de crisisfase dient er weer rust te worden gebracht en dus wordt de patiënt indien nodig tijdelijk arbeidsonbekwaam geschreven (4). Sommige richtlijnen vermelden een duur van ongeschiktheid tot zelfs 12 weken (2, 4).

1.3. Duur van de arbeidsongeschiktheid en zijn determinanten

1.3.1. Duur van de arbeidsongeschiktheid

Over de duur van de periode waarin patiënten best thuisblijven van hun werk bij een burn-out is er nog geen consensus. Er zijn verschillende visies terug te vinden. In de NHG-standaard bijvoorbeeld adviseert men bijvoorbeeld om de patiënten zo beperkt mogelijk arbeidsongeschikt te schrijven. Ze geven wel aan dat dit in de eerste crisisfase nodig kan zijn. Domus Medica stelt een arbeidsongeschiktheidsperiode voor van minimaal twee weken, gaande tot twaalf weken bij een ernstige burn-out.

Een korte samenvatting met verschillende strategieën in het bepalen van de arbeidsongeschiktheid kan men vinden in onderstaande tabel 2.

Tabel 2: Aanpak van de arbeidsongeschiktheid bij burn-out

Bron	**Aanpak voor arbeidsongeschiktheid**
Navraag bij collega's in de praktijk	Getrapte aanpak naargelang ernst van klacht. Initieel 1 week, met mogelijkheid tot verlenging: naar 2 weken, 1 maand en 3 maanden.
NHG-standaard Surmenage en burn-out	Men adviseert de patiënt niet afwezig te zijn of toch gedeeltelijk te blijven participeren.
Huisarts Nu Mei-juni 2012 (tijdschrift van Domus Medica)	Minimaal 2 weken. Bij ernstige burn-out: periode van 6 tot 12 weken om tot rust te komen en nieuwe copingstrategieën te leren.
Hoge gezondheidsraad België	2 tot 3 maanden.

1.3.2. Determinanten van arbeidsongeschiktheid bij burn-out

1.3.2.1. Determinanten gevonden in de literatuur

In de uitgevoerde literatuurstudie werd er gezocht naar mogelijke determinanten die de arbeidsongeschiktheidsduur van een burn-out beïnvloeden. Deze werden niet gevonden. Er werd onder meer gezocht via pubmed en google scholar (zie 2.1. voor de methodologie van dit literatuuronderzoek). Enkel de richtlijn van Domus Medica gebruikt duidelijk de ernst van de burn-out als criterium om in te schatten dat een langere periode van rust nodig is (2).

Er is wel literatuur te vinden over andere interessante determinanten, namelijk de risicofactoren om een burn-out te ontwikkelen, de prognostische factoren voor de terugkeer naar het werk, determinanten van langdurig ziekteverzuim in het algemeen en tenslotte de kenmerken van een burn-out op zich.

A. Risicofactoren voor burn-out

Wat betreft het risico van een patiënt om een burn-out te ontwikkelen, bestaan er zowel risicofactoren als beschermende factoren. Deze zou een arts kunnen helpen om de nood aan arbeidsongeschiktheid mee te bepalen. Ze kunnen ingedeeld worden in patiëntgerelateerde en werkgerelateerde factoren (3). Een voorbeeld van een patiëntgerelateerde factor is extraversie: een persoon die snel vertelt wat er aan de hand is, zal sneller geholpen kunnen worden en minder kans hebben op een burn-out dan een introvert persoon (13).
Een gebrekkige relatie met de leidinggevende is dan weer een voorbeeld van een werkgerelateerde risicofactor voor burn-out. Een ander voorbeeld is het hebben van zeer weinig autonomie in de job, dat ook de kans op het ontwikkelen van een burn-out vergroot. (14-16).

B. Prognostische factoren voor werkhervatting bij burn-out en determinanten van algemeen langdurig werkverzuim

Gezien ze grotendeels overlappen, worden de prognostische factoren voor de terugkeer naar het werk en de determinanten van langdurig werkverzuim in het algemeen hier samen besproken.
Een eerste bekend fenomeen is dat de kans op werkhervatting steeds kleiner wordt naarmate de arbeidsongeschiktheid langer duurt. Zo heeft een patiënt waarbij het ziekteverzuim langer dan zes maanden aansleept een lagere kans op hervatting van het werk dan een ziekteverzuimduur van minder dan zes maand (17).

Voor andere pathologieën dan burn-out, bijvoorbeeld lage rugpijn, werden deze factoren gelinkt aan ziekteverzuim reeds uitgebreid onderzocht en gecategoriseerd. Ten eerste zijn de werkomstandigheden van essentieel belang, zowel de fysieke en mentale belasting als de jobtevredenheid en het gevoel van controle. Patiëntgebonden factoren zijn het ziekte-inzicht van de patiënt (en idee over de aandoening), het effect van het werken op de klachten, de culturele waarden en normen. Arts-gerelateerde factoren, zoals het behoud van een goede arts-patiëntrelatie en het afstemmen van het beleid met collega's zijn ook elementen die meespelen. Ten slotte zijn er ook de economische belangen, zoals financiële vergoeding, en ook de culturele waarden en normen van de patiënt die een rol spelen (18).

Verder is er een recent artikel uit 2022 dat aantoont dat het werk starten bij een nieuwe werkgever na een burn-out, het liefst onder goede supervisie van een leidinggevende de kans op een goede herstart vergroot. De ernst van de klachten speelt ook een rol en indien er nog resterende klachten zijn, is de kans ook kleiner op een succesvolle werkhervatting (19)

Ook het sociaal netwerk van de patiënt en perceptie van diens eigen situatie heeft een noemenswaardige invloed. Hoe meer de patiënt gesteund wordt door zijn netwerk, hoe groter de kans dat de patiënt terugkeert naar het werk. Ook een positief gevoel van eigenwaarde en capaciteit beïnvloedt de werkhervatting gunstig. Er is aangetoond dat als de patiënt zelf een negatieve perceptie heeft over de mogelijkheden van werkhervatting, dit de hervatting negatief beïnvloedt (20).

Tenslotte toont een Finse review aan dat mannen een grotere kans hebben om het werk te hervatten dan vrouwen bij een burn-out. Een eerder vermijdende copingstijl, 'covert coping' genoemd in de literatuur, heeft dan eerder een negatieve associatie met werkhervatting. Dit zijn de patiënten die hun klachten eerder intern gaan beleven en niet gaan uiten naar anderen toe. Verder is er nog een artikel beschikbaar dat 14 psychosociale factoren beschrijft, die gerelateerd zijn aan langdurig werkverzuim, enkele voorbeelden hiervan zijn: schrik voor de reacties van de collega's, leer-en ontwikkelingsmogelijkheden op het werk en jobvoldoening (21).

Uit de verschillende artikelen en reviews kan men een niet-limitatieve lijst extraheren van factoren die de werkhervatting bemoeilijken en zo bijdragen aan een langduriger werkverzuim (17-22).

- **Werkgerelateerde factoren:** weinig steun van de leidinggevende en collega's, angst voor reacties bij terugkeer, weinig autonomie, veel werkuren, onmogelijkheid van deeltijds werk, werkdruk en -belasting, weinig ontwikkelingsmogelijkheden, weinig jobvoldoening. Starten bij een nieuwe werkgever is een bevorderende factor.

- **Patiëntgerelateerde factoren**: weinig zelfzekerheid, financiële druk, resterende burn-outsymptomen, probleemgerichte copingstrategie, verkeerd ziekte-inzicht, onvoldoende slaap, aanwezigheid van andere pathologie, toewijding aan het werk, duur van afwezigheid, stresserende life-events, culturele waarden en normen. De impact van geslacht is niet eenduidig.

- **Artsgerelateerde factoren:** vlotheid van samenwerking met de arbeidsarts bij het optimaliseren van werkhervatting, de arts-patiëntrelatie, ervaring van de arts met burn-out.

C. Factoren als kenmerken van burn-out

Een laatste vorm van factoren die in de literatuur worden beschreven, zijn de kenmerken van burn-out als pathologie op zich. Voor die beschrijvende kenmerken van een burn-out verwijzen we enerzijds naar de hoger beschreven definities van de WHO en NHG (zie tabel 1 in 1.2.1) en naar de screeningstools voor burn-out (4, 5).

Zo hanteert de Burn-out assessment tool de volgende elementen voor de inschatting van de aanwezigheid van een burn-out (9):

- Uitputting
- Cognitieve ontregeling
- Emotionele ontregeling
- Mentale distantie
- Psychosomatische klachten
- Psychische spanningsklachten

1.3.2.2. Verwachte determinanten volgens de onderzoekers

Vooraleer het literatuuronderzoek werd aangevangen, werden volgende determinanten opgelijst door de onderzoekers, huisartsen-in-opleiding:

- Ernst
    - Duur van de klachten.
    - Uitgebreidheid van de klachten (zowel somatisch als psychisch).
    - Intensiteit van de klachten.
- Werksituatie
    - Structurele problemen zoals het type werk, een tegenwerkende werkgever, inkomstenverlies, reacties van collega's, angst voor mogelijk ontslag. Dit in tegenstelling tot een steunende en stabiele situatie.
- Wens van de patiënt
    - Wil de patiënt thuis of aan het werk blijven?
- Omgevingsfactoren
    - Belastende sociale situatie (huishouden, mening van familie, beperkte sociale steun,...).
- Ziektegedrag
    - De frequentie waaraan en de klachten waarmee de patiënt in het verleden consulteerde.

Aanvullend werd er een oriënterend gesprek uitgevoerd bij collega-huisartsen in de praktijken waar men werkzaam was om nog hypotheses te genereren. Volgende bijkomende factoren werden daarbij genoemd:

- Eventuele angst van de patiënt om de job te verliezen.
- De copingstrategie en draagkracht van de patiënt.
- Het type werk (zelfstandig, sociaal, bureaujob,...).
- Duidelijkheid voor werkgever (om bijvoorbeeld een vervangend werknemer te zoeken).

1.3.3 Hypothese van determinanten van arbeidsongeschiktheid bij burn-out

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er veel onderzoek werd gedaan naar arbeidsongeschiktheid in het algemeen en bij andere pathologieën, maar niet specifiek toegespitst op burn-out. In tabel 3 werden de determinanten opgelijst die relevant kunnen zijn bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheid bij burn-out in het bijzonder.

Tabel 3: Voorgestelde determinanten om arbeidsongeschiktheidsduur te bepalen bij burn-out, gebaseerd op de literatuur.

Overkoepelend	**Determinant**	**Subdeterminant**
Werkgerelateerd	Type werk	Mate van autonomie
		Ontwikkelingsmogelijkheden
		Mogelijkheid tot deeltijds werken
	Werksfeer	Stijl van leidinggevende Collega's
	Jobvoldoening	Gevoel van controle
		Gevoel van eigen capaciteit
	Workload	
Patiëntgerelateerd	Ernst van burn-out symptomen (cfr BAT)	Psychosomatische klachten
		Psychische spanningsklachten
		Uitputting
		Mentale distantie
		Cognitieve ontregeling
		Emotionele ontregeling
	Coping en persoonlijkheid van de patiënt	
	Wens van de patiënt zelf	
	Leeftijd en geslacht	
	Voorgeschiedenis en co-morbiditeiten	
Artsgerelateerd	Arts-patiëntrelatie	
	Ervaring	Eerdere ervaringen met burn-out en arbeidsongeschiktheid
		Kennis over de patiënt
Economisch, sociaal en cultureel	Financieel	Angst om werk te verliezen
		Angst voor vermindering van inkomen
	Sociaal netwerk	Zorg voor derden
		Steunend of belastend netwerk

1.4. Onderzoeksvraag

Welke determinanten brengen artsen in rekening bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur bij burn-out? Op welke manier en in welke mate beïnvloeden deze de duur?
Welke termijnen van ongeschiktheid worden hierbij gehanteerd?

1.5. Wat brengt deze masterproef bij?

Deze masterproef probeert de kennis te vergroten over de aanpak van het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid, meer bepaald bij burn-out. Hiermee zou men jonge artsen handvaten kunnen geven om de patiënt een correcte duur van arbeidsongeschiktheid voor te schrijven. Het zou een meerwaarde kunnen betekenen in de opleiding geneeskunde om dit onderwerp meer aan bod te brengen. Meer ervaren artsen kunnen aan de hand van het voorschrijfgedrag van anderen ook reflecteren over hun eigen aanpak.
Daarnaast hopen we een aanvulling te zijn op onderzoeken en protocols zoals het arbeidsre-integratietraject van het RIZIV waarbij er patiënten geïncludeerd worden om in een drie maanden durend re-integratietraject deel te nemen (23).

2. Methodologie

Ons onderzoek is tweeledig, met in eerste instantie een uitgebreid literatuuronderzoek over het onderwerp en vervolgens een vignettenonderzoek en enquête bij huisartsen actief in het werkveld.

2.1. Methodologie van de literatuurstudie

De literatuurstudie werd uitgevoerd van begin februari tot juni 2022. Eerst werd er wetenschappelijke literatuur gelezen over burn-out zelf en vervolgens werd er nagegaan welke determinanten een rol spelen bij het schrijven van een afwezigheidsattest in het algemeen. Daarnaast werd er opgezocht wat er reeds werd gepubliceerd over arbeidsongeschiktheid specifiek bij burn-out alleen. Welke determinanten komen daarbij naar voor?
Onze zoekstrategie omvatte achtereenvolgens de bestaande richtlijnen, systematische reviews en artikelen.

De eerste stap was de huidige richtlijnen doornemen. Eerst is er gekeken wat de definitie van de WHO voor burn-out is, wat we terugvonden in de uitleg van de WHO en ICD-11. Verder werd er een grote samenvattende richtlijn gevonden uit Nederland, de GGZ-standaard aanpassingsstoornis (inclusief overspanning en burn-out). De NHG-richtlijn is gedeeltelijk gebaseerd op de GGZ-richtlijn en de NVAB-richtlijn is ook gemaakt in samenwerking met NHG. De hoge gezondheidsraad van België heeft ook een richtlijn gepubliceerd rond burn-out. Verder is er een korte richtlijn gevonden van domus medica over burn-out. Via Ebpracticenet werd er ook een Finse richtlijn gevonden toegepast op de Belgische zorgcontext, namelijk de duodecimrichtlijn.

Daarnaast werden ook artikelen van wetenschappelijke instanties doorgenomen, zoals die van RIZIV, FOD Volksgezondheid, Idewe, Huisarts En Wetenschap en Huisarts Nu. Een overzicht van deze geraadpleegde richtlijnen kan men vinden in bijlage 1.

Verder werd er gezocht naar artikelen die specifiek als onderwerp hadden ‘determinanten van arbeidsongeschiktheidsduur bij burn-out’, deze werden niet gevonden. Wel relatief veel artikelen over ‘return to work’ en langdurig ziekteverzuim in het algemeen. Volgende termen werden gebruikt: ‘burnout’, ‘return to work’, ‘adjustment disorder’, ‘determinants’, ‘sick leave’, ‘sickness absence’ en ‘absenteeism’. Er werd gebruikgemaakt van Pubmed, Embase en Google Scholar.

Er werden eveneens drie screeningstools gevonden voor burn-out (9, 10, 24):

- Burn-out assessment tool (BAT)
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS)

2.2. Methodologie van het experimenteel onderzoek

2.2.1. Inleiding

De tweede stap was het experimenteel onderzoek, waarbij we het voorschrijfgedrag betreffende arbeidsongeschiktheid bij burn-out onderzochten bij huisartsen in het werkveld.
Onze onderzoeksvraag hierbij is tweeledig. Ten eerste wordt de duur van arbeidsongeschiktheid nagegaan en ten tweede de determinanten die hierbij bepalend zijn.

Op 20 december 2022 verleende de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven een gunstig advies voor de studie (cfr. bijlage 4 en 5).

2.2.2. Vignettenmethode

Het vignettenonderzoek is een methode om resultaten te genereren die voortkomen uit het buikgevoel van de respondent. De respondent geeft antwoorden op levensechte scenario's, deze worden dan later geanalyseerd. Zo kan men onrechtstreeks kijken wat de (huis)arts het belangrijkste vindt, zonder het letterlijk te bevragen. Daarnaast kan men ook meer nuances vinden, maar dan op een kwantitatieve manier. Er worden meerdere vignetten gepresenteerd die telkens met 1 determinant verschillen van de andere.

Er werden telkens 16 casussen (vignetten) gepresenteerd aan de huisartsen, waarin 4 determinanten, bepaald door het voorgaand literatuuronderzoek, vervat zitten.

De volgende determinanten werden geïncludeerd en onderzocht:

- Ernst van de burn-out
- Jobvoldoening
- Werksfeer
- Copingstrategie van de patiënt (actief/passief)

Er werd gekozen voor 2 determinanten die vermoedelijk een grote rol spelen op de duur (coping en ernst) en 2 determinanten die beïnvloedbaar zijn (jobvoldoening en werksfeer) (21).

Elk vignet wordt voor de rest zo generiek en eenduidig mogelijk opgesteld om zo weinig mogelijk onnodig beïnvloedende factoren te hebben. Het betreft telkens een vrouwelijke patiënt van 35 jaar en van Kaukasische origine (met een traditionele nederlandstalige naam). Om het voor de respondenten toch enigszins luchtig te houden was het beroep telkens bediende in een fabriek van verschillende zoetigheden. In bijlage 2 kan men 3 slides uit de gebruikte presentatie tijdens de LOK-vergaderingen vinden. Het vignet van Sandra bijvoorbeeld wordt gekenmerkt door een goede werksfeer, milde burn-out, niet-productieve coping en slechte jobvoldoening. Men kan hierbij zeker opmerken dat de vignetten steeds droog zijn.

Bij elke casus moeten de artsen de arbeidsongeschiktheid (in aantal weken) noteren die ze voorschrijven wanneer ze de patiënt voor het eerst zien op consultatie. Vervolgens vragen we hen ook de arbeidsongeschiktheid te noteren wanneer de patiënt zich na die periode opnieuw presenteert zonder enige beterschap.

Er werd voor deze tweeledige vraag gekozen, omdat we tijdens een rondvraag bij collega's merkten dat zij vaak standaard een proefperiode van een tweetal weken schrijven om het effect van een korte rustperiode in te schatten.

Om het interactief en interessant te maken voor de artsen zelf, werden de resultaten, na het afronden van de volledige bevraging, anoniem voorgesteld aan de artsen. Nadien werd er ook een discussie op gang gebracht om feedback en aanvullende bemerkingen te verzamelen. Deze duurde meestal een uur.

2.2.3. LOK-vergaderingen

Een lokale kwaliteitsgroep (= LOK-groep) is een groep van gezondheidsmedewerkers die samenkomen om bij te leren en te discussiëren over thema's uit het werkveld. Voor deze masterproef deden we onze bevraging binnen de beroepsgroep van huisartsen. Er moeten elk kalenderjaar minstens vier vergaderingen gehouden worden. Om een geaccrediteerd arts te zijn dient men lid te zijn van zo'n LOK-groep. De arts ontvangt accreditatiepunten bij deelname aan de vergaderingen.
Voor onze thesis kozen we de bevraging te organiseren via zulke LOK-vergaderingen, omdat we zo veel huisartsen konden bereiken en omdat artsen dan ook meer gemotiveerd zijn de hele bevraging te doorlopen zonder af te haken. De vragenlijst invullen alleen duurt namelijk minstens 15 minuten. Daarmee vermeden we ook dat enkel artsen met een bijzondere interesse voor burn-out zouden deelnemen aan onze studie.

Aangezien het voor de deelnemende artsen ook een interessante avond dient te zijn, werd er interactief gewerkt. We stelden een mail op die enkele dagen voordien werd verstuurd door de LOK-verantwoordelijke, waarin een klein woordje uitleg werd gegeven en er werd de deelnemers gevraagd om een smartphone of laptop mee te brengen.

Het verloop van de LOK-sessie georganiseerd in het kader van de masterproef verliep als volgt.

Aan het begin stelden we onszelf en de doelstelling van de avond voor, met vervolgens een kleine inleiding over het thema burn-out. Hierbij wordt er bewust nog geen toelichting gegeven over prognostische factoren en de determinanten van burn-out. Zo werd de kans op beïnvloeding van de resultaten beperkt gehouden. Alleen de verschillende definities van burn-out werden kort toegelicht en we legden ook het doel van ons onderzoek uit.

In een eerste stap werd er gepeild naar de karakteristieken van de respondenten zelf. Dit was een korte bevraging. Volgende zaken werden bevraagd : leeftijd en geslacht, stedelijke of landelijke setting en al dan niet nog actief op het werkveld.

Nadien werd het eigenlijke vignettenonderzoek aangevangen. De 4 determinanten kregen telkens 2 'waarden', waardoor we 16 vignetten kregen. Een vignet is een korte patiëntencasus die de huisartsen moesten beoordelen (zie ook bijlage 2). Deze worden willekeurig na elkaar gepresenteerd. Per vignet werd er aan de artsen gevraagd:

1. Schrijft u deze patiënt arbeidsongeschikt en zo ja, hoe lang?
2. De patiënt komt na deze periode opnieuw bij u en het gaat nog niet beter. Hoe lang schrijft u hem/haar/hun nu ongeschikt?

Voor de latere statistische verwerking lieten we hen antwoorden in 'aantal weken'. Ook nul is een valide antwoord en 1-6 dagen lieten we invullen als '0,5'. Ze mochten er telkens van uit gaan dat het om een burn-out ging en dat andere psychiatrische pathologie uitgesloten waren.

Wanneer de 16 vignetten waren ingevuld legden we hen nadien ook enkele stellingen voor, waarbij ze moesten aangeven in welke mate ze met de 4 andere factoren rekening hielden: leeftijd, geslacht, eerdere vragen van de patiënt naar arbeidsongeschiktheid en het type beroep.

Vervolgens lieten we de artsen enkele determinanten ingeven in de online enquête die zij belangrijk achten in de evaluatie van de nodige arbeidsongeschiktheid voor een patiënt met burn-out. Dit om nog niet onderzochte factoren te vinden.

Nadat de vragenlijsten ingevuld waren, werd er enige terugkoppeling gegeven aan de aanwezige artsen. We lieten de anonieme resultaten van enkele vignetten projecteren, zodat de artsen hun voorschrijfgedrag konden vergelijken met die van anderen, wat een interessante discussie op gang bracht.

Tabel 4: Verloop van een LOK-sessie

Verloop van LOK-sessie	
Timing	**Uitleg**
5 min	Intro
5 min	Opfrissing burn-out
20 min	Vignettenonderzoek, invullen van de enquête
10 min	Extra uitleg over burn-out en arbeidsongeschiktheid
5 min	Presentatie en bespreking van de resultaten van enkele casussen
15 à 60 min	Discussie in de groep over arbeidsongeschiktheid en burn-out in het algemeen

De totale duur van de LOK-sessie werd geschat op ongeveer 1u20, maar was in realiteit vaak 1u50, gezien de artsen vrij sterk geïnteresseerd waren in het onderwerp en vooral de discussie vrij veel tijd innam.

De LOK-vergaderingen gingen allemaal door in Oost-Vlaanderen, gezien de LOK-verantwoordelijken werden gevonden vanuit het eigen netwerk van de onderzoekers (beiden werkzaam in provincie Oost-Vlaanderen). Om een voldoende grote steekproef te hebben, was de doelstelling om 50 deelnemende artsen te bereiken. We rekenden op zo'n 8 à 10 artsen per avond. De bevragingen werden uiteindelijk uitgevoerd op 7 LOK-vergaderingen (i.e. lokale kwaliteitsgroepen), waarbij er in totaal 98 artsen de bevraging invulden:

- 15 maart 2023: Stekene
- 13 april 2023: Baasrode
- 24 mei 2023: Zele
- 27 juni 2023 Aalst
- 20 september 2023: Lokeren
- 25 september 2023: Gent
- 20 oktober 2023: Sint-Amandsberg (Gent)

2.2.4. Dataverwerking

2.2.4.1. In- en exclusiecriteria

Alleen afgestudeerde huisartsen die nog actief waren op het werkveld mochten deelnemen aan deze studie.
Er werd getracht een goede variatie in het profiel van de respondenten te bereiken door zowel in landelijke als meer verstedelijkte gebieden LOK-vergaderingen te houden.

2.2.4.2. Statistiek

De data werden verzameld en verwerkt via Qualtrics, waaruit de resultaten konden geëxtraheerd worden naar SPSS (statistische software). Er werd begonnen met beschrijvende statistiek. Er werden lineaire mixed effect-modellen (LMEM) gebruikt om het effect van de determinanten op de arbeidsongeschiktheidsduur te schatten. De impact van de vier determinanten zijn hierbij de fixed effects. Het verschil in inschatting tussen de arts-respondenten onderling werd geselecteerd als random effect. Met het random effect werd getracht te corrigeren voor de verschillen tussen de huisartsen onderling in het voorschrijfgedrag. Het betreft een intercept en slope random effect.
Er werd getest op normaliteit. De residuen waren volgens de testen niet normaal verdeeld, doch visueel volgden ze bij benadering vrij goed de normale verdeling. Gezien lineaire mixed effects-modellen vrij robuust zijn tegenover afwijkingen van de normaliteit, zeker bij grote datasets (in dit geval 83 respondenten met 1323 antwoorden), werd er besloten om toch verder te werken met LMEM-modellen (25, 26). Ook aan de overige assumpties voor het uitvoeren van een lineaire regressie, werd voldaan.
Er werd een basismodel met de vier determinanten gemaakt, waarmee de impact van deze factoren op de arbeidsongeschiktheidsduur kon berekend worden. Vervolgens werd een tweede model gemaakt waarbij ook de interacties tussen de determinanten onderling in rekening werden gebracht. Enkel die interacties die relevant zijn en een noemenswaardig effect hebben werden hierin behouden.

2.2.4.3. Aanvullende gesprekken

De gekozen methode van aanpak impliceert dat we beperkt zijn in aantal factoren die we kunnen onderzoeken. We selecteerden niet meer dan 4 determinanten voor de vignetten. De discussie die achteraf op gang kwam tijdens de LOK-vergaderingen bracht aanvullende factoren in kaart. Hierbij werd ook aan de artsen gevraagd of men de gekozen determinanten zinvol vond en welke andere factoren zij nog in rekening brachten bij het bepalen van de duur van ongeschiktheid. Er werd ook gevraagd aan de huisartsen welke moeilijkheden zij ondervonden om die te bepalen.
Hierbij werden aanvullende kwalitatieve data bekomen, die voor de volledigheid aan deze thesis toegevoegd zijn in de vorm van een bijlage. Dit kan men vinden onder bijlage 3: feedback van de huisartsen.

3. Resultaten

3.1. Responsgraad

In totaal waren er 98 ingevulde vragenlijsten , waarvan er uiteindelijk 83 konden worden geïncludeerd.
Er waren namelijk 10 niet-volledig ingevulde vragenlijsten, 4 artsen die niet meer actief waren in het werkveld en ook 1 huisarts in opleiding. In overeenkomst met de vooraf opgestelde criteria werden deze responsen geëxcludeerd.
Vervolgens werden ook de outliers verwijderd. Hierbij werd gekeken naar antwoorden die niet realistisch leken, in het bijzonder in vergelijking met de overige antwoorden van diezelfde respondent. Zo werd elke mogelijke outlier individueel geëvalueerd en verwijderd. Indien er een antwoord was dat absoluut niet in lijn lag van de andere antwoorden zonder mogelijke verklaring, werd het niet geïncludeerd. Zo waren er in totaal 5 outliers die verwijderd werden.

3.2. Karakteristieken van de respondenten

Voorafgaand aan het eigenlijke vignettenonderzoek, werden enkele vragen aan de artsen over zichzelf en hun werkomgeving gesteld.
In totaal werden 83 respondenten geïncludeerd in de studie. De leeftijd van de artsen varieerde van 27 tot 72 jaar, met een gemiddelde van 42 jaar.
Er namen meer vrouwen dan mannen deel aan de studie, namelijk 50 vrouwen en 33 mannen, respectievelijk 60,2% en 39,8%. Bij de vraag 'Wat is uw geslacht?' werd, naast 'man' en 'vrouw', ook de optie 'andere' aangeboden, doch deze werd nooit aangeduid.
Aangezien alle artsen die niet actief zijn in het werkveld geëxcludeerd werden, zijn alle 83 respondenten wel actief aan het werk als huisarts.
De werkregio's zijn vrij gelijkmatig verdeeld tussen eerder landelijk en stedelijk, respectievelijk 51,8% en 48,2%. Dit komt neer op 43 huisartsen in landelijke en 40 huisartsen in stedelijke omgeving.

3.3 Resultaten vignettenonderzoek

De eerste onderzoeksvraag betrof de gehanteerde strategie van huisartsen om patiënten die zich aanmelden met burn-out klachten arbeidsongeschikt te schrijven. Zo werd er gekeken of de huisartsen meteen een lange periode voorschreven of toch kozen om telkens te starten met een korte periode. Gemiddeld werd er op het eerste consult 1,94 weken geschreven. Er werden daarbij minimaal 0 en maximaal 8 weken geschreven.
Tijdens het opvolgconsult, wanneer er geen beterschap was van de klachten, werd gemiddeld met 2,67 weken verlengd. Hierbij varieerde de duur van 0 tot en met 12 weken. Wanneer we de totale ongeschiktheidsduur (de twee voorschriften samen) bekijken, werden de patiënten met burn-out gemiddeld 4,62 weken arbeidsongeschikt geschreven. De langst voorgeschreven duur was in totaal 20 weken.

Om het effect van de vier gekozen determinanten op de voorgeschreven arbeidsduur te bepalen, werd een linear mixed effect model (LMEM) geschat. Hierbij werd telkens de totale periode, voorgeschreven over de twee eerste consulten, gebruikt als afhankelijke variabele. Hieruit bleek dat alle vier de determinanten een statistisch significant effect uitoefenen op de totale arbeidsongeschiktheidsduur.

Tabel 5: Effecten van de determinanten op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur (in weken) bij burn-out na twee consultaties.

Determinant	**Baseline model (aantal weken)**	**Model met interacties (aantal weken)**
Intercept/referentiecasus[1]	3,60	3,51
Ernstige burn-out	+ 1,22* [1,05;1,38]	+ 1,04* [0,81;1,26]
Weinig jobvoldoening	+ 0,24* [0,08;0,40]	+ 0,41* [0,18;0,63]
Slechte werksfeer	+ 0,75* [0,59;0,91]	+ 0,94* [0,71;1,16]
Slechte/passieve copingstrategie	- 0,17* [-0,33;-0,00]	- 0,00 [-0,32;0,32]
Ernstig * slechte coping	-	+ 0,36* [0,04;0,69]
Weinig jobvoldoening * slechte coping	-	- 0,33* [-0,65;-0,01]
Slechte werksfeer * slechte coping	-	- 0,37* [-0,69;-0,04]

*: statistisch significant (p<0,05)

1: milde burn-out, goede jobvoldoening, goede werksfeer, goede copingstijl

[;]: 95%-betrouwbaarheidsinterval

Interacties zonder noemenswaardig effect of klinische relevantie werden niet opgenomen in het model.

Wanneer het gaat om een milde burn-out met een goede werksfeer, goede jobvoldoening en een actieve copingstrategie van de patiënt, voorspelt het basismodel (i.e. met de vier determinanten) een arbeidsongeschiktheidsduur van 3,60 weken. Dit is de referentiecasus.

Een patiënt met ernstige burn-out zal volgens het basismodel 1,22 weken meer voorgeschreven krijgen in vergelijking met een patiënt met een milde burn-out. Dit verschil is statistisch significant (p<0,001).

Zo wordt er ook, wanneer de patiënt nog weinig voldoening haalt uit zijn/haar job, terwijl de andere determinanten onveranderd blijven, zo'n 0,24 weken langer voorgeschreven, dan wanneer de patiënt wel een goede jobvoldoening heeft (p=0,004).

Bij een slechte werksfeer wordt de patiënt 0,75 weken langer thuis geschreven in vergelijking met dezelfde situatie met een goede sfeer op de werkvloer (p<0,001).

Ook de coping van de patiënt heeft een significante impact op de voorgeschreven duur. Wanneer de patiënt een actieve copingstijl heeft, met andere woorden al oplossingsgericht nadenkt en bereid is om de situatie aan te pakken, zal dit resulteren in een langere ongeschiktheidsduur van 0,17 weken ten opzichte van dezelfde situatie met een passieve copingstrategie (p=0,046).

De casus die gemiddeld de langste arbeidsongeschiktheidsduur kreeg was die waarbij het ging om een patiënt met ernstige burn-outklachten, weinig jobvoldoening, een slechte werksfeer, maar wel met een actieve copingstrategie. Hierbij werd gemiddeld 6,40 weken voorgeschreven, wat neerkomt op ongeveer anderhalve maand. De casus waarbij dan weer de kortste periode werd voorgeschreven, was hiervan volledig het tegenovergestelde, namelijk die met milde klachten, een goede jobvoldoening en werksfeer, maar wel een passieve copingstijl. Deze casus kreeg gemiddeld 3,30 weken.

Het tweede regressiemodel genereert de resultaten qua interacties tussen de determinanten. De interacties met het grootste effect en de meeste klinische relevantie werden opgenomen in het model. Hierbij ziet men vooral voor coping een belangrijk effect op de arbeidsongeschiktheidsduur in samenspel met de andere factoren.
Het algemene effect van een passieve copingsstijl is niet langer significant in het model met interacties.
Wel heeft de copingstijl van de patiënt bij de ernstige burn-outs nog een significant additioneel effect. Wanneer bij een patiënt met een ernstige burn-out er ook een passieve copingsstijl is, resulteert dit in een toename van 0,36 weken arbeidsongeschiktheid.
Bij patiënten zonder veel jobvoldoening zal de arts 0,33 weken minder voorschrijven als het gaat om iemand met een passieve copingstijl. Bij patiënten met een slechte sfeer op het werk, zal de arts 0,37 weken minder voorschrijven bij een passieve copingsstijl.

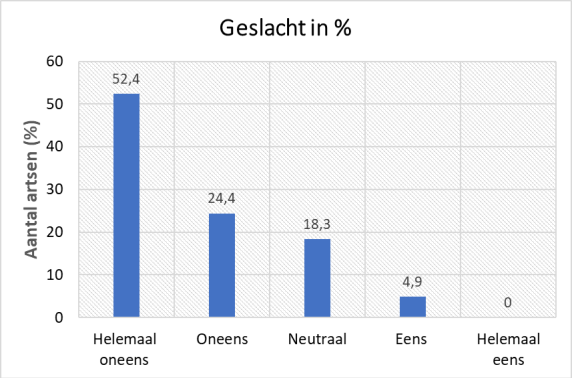
3.4. Aanvullende vragen/resultaten

Na het vignettenonderzoek werden er aan de artsen nog vier vragen in de online vragenlijst gesteld, waarmee eventuele bijkomende determinanten in kaart werden gebracht. Meer bepaald werden hen enkele stellingen voorgeschoteld, waarbij ze moesten reageren met ‘helemaal eens’, ‘eens’, ‘neutraal’, ‘oneens’ of ‘helemaal oneens’. Ten slotte werd er ook via de enquête gevraagd of ze nog enkele determinanten konden noemen die ze in de praktijk in rekening brengen.

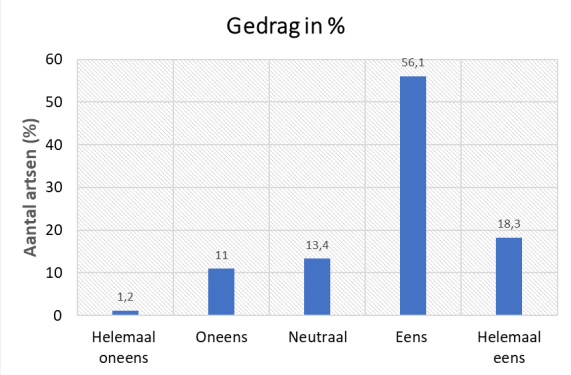
De deelnemende huisartsen rapporteerden dat het geslacht van de patiënt niet doorwoog in hun voorschrijfgedrag. Slechts 5% van de artsen vond dit bepalend. Verder weerhouden we dat de eerdere (on)terechte vragen naar arbeidsongeschiktheid wel een rol speelde in het voorschrijfgedrag bij burn-out. Ongeveer 75% van de artsen hield hier rekening mee, 12% van de artsen hield hier geen rekening mee. Het type werk speelde voor de meerderheid van de huisartsen ook een rol in het al dan niet thuis schrijven van een patiënt: 61% bracht dit in rekening. Over de leeftijd van de patiënt waren de meningen van de huisartsen meer verdeeld. De leeftijd zou bij 34% van de huisartsen geen rol spelen in de bepaling van de arbeidsongeschiktheid, terwijl dit bij 38% van de huisartsen wel zo was.

De resultaten zijn hieronder grafisch weergegeven.

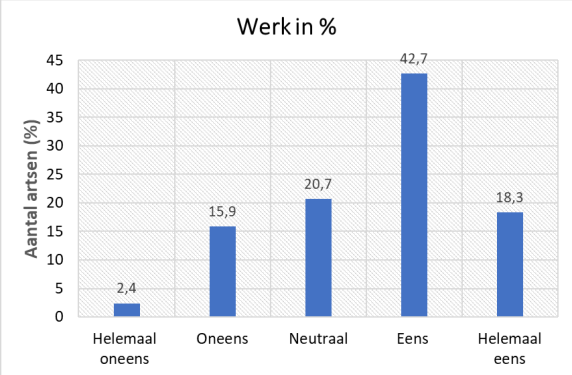
Grafiek 1. Houdt u rekening met het geslacht van de patiënt met burn-out?



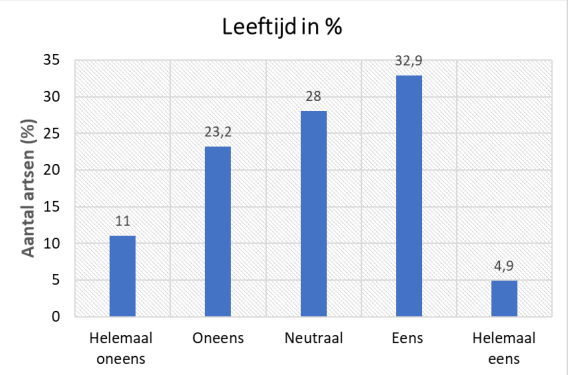
Grafiek 2. Houdt u rekening met het eerdere vragen naar arbeidsongeschiktheid van de patiënt met burn-out?



Grafiek 3. Houdt u rekening met het type werk van de patiënt met burn-out?



Grafiek 4. Houdt u rekening met de leeftijd van de patiënt met burn-out?



De artsen hadden op het einde van de enquête de mogelijkheid om zelf nog determinanten toe te voegen die ze gebruikten in hun klinische praktijk. Dit bracht een waaier aan factoren naar voren. Deze werden mede besproken in de mondelinge discussie aan het einde van de LOK-vergaderingen. Ze konden dan spontaan hun determinanten toelichten en indien nodig duiden ten opzichte van hun deelnemende collega's. Gezien de uitgebreidheid van deze responsen en aangezien dit een aanvulling is op ons hoofdonderzoek, worden deze resultaten weergegeven in bijlage 3.

4. Discussie

In dit onderzoek werd de invloed van vier determinanten op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur onderzocht, namelijk de ernst van de burn-out, de werksfeer, de jobvoldoening en de copingstijl van de patiënt. Al deze vier determinanten bleken een significant effect uit te oefenen, meer bepaald tijdens de eerste twee consulten bij de huisarts. Een ernstige burn-out, een slechte werksfeer en een lage jobvoldoening hebben een verlengend effect op de arbeidsongeschiktheid. Een passieve copingstijl heeft een verkortend effect, maar dan vooral bij patiënten met een milde burn-out, bij een slechte werksfeer en bij patiënten die weinig jobvoldoening ervaren. De determinant met het grootste impact op de duur van arbeidsongeschiktheid, is de ernst, namelijk 1,22 weken langer in geval van een meer ernstige burn-out.

De gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur die werd voorgeschreven tijdens het eerste consult was 1,94 weken, met een zeer beperkte spreiding. Dit is opvallend overeenkomstig met onze hypothese dat de meeste artsen starten met een korte periode van twee weken. Uit gesprekken met huisartsen voor de start van het onderzoek kwam namelijk vaak naar voor dat ze die termijn vaak gebruiken om te testen welk effect een korte periode rust heeft op de klachten. De evaluatie hiervan helpt hen bij de inschatting van de burn-out. In totaal werd er na twee consultaties gemiddeld 4,62 weken voorgeschreven, met wel een maximum van 20 weken, maar met ook hier een relatief beperkte spreiding.

Er is variatie in het voorschrijfgedrag merkbaar, maar de meeste artsen hanteren relatief korte periodes van arbeidsongeschiktheid tijdens de eerste twee consultaties. Of dit de ideale aanpak is, is bediscussieerbaar. Enerzijds geeft het de arts meer mogelijkheden om de situatie in te schatten, maar anderzijds kan het de - vaak perfectionistische - burn-outpatiënt soms stress geven telkens de ‘deadline te missen’. Er is weinig tot geen literatuur voorhanden om de bekomen resultaten mee te vergelijken.

Zoals eerder vermeld, heeft de ernst van de burn-out het grootste effect op de arbeidsongeschiktheid.
De werkgerelateerde factoren zoals de jobvoldoening en de werksfeer hebben eveneens een statistisch significant effect op de voorgeschreven duur van arbeidsongeschiktheid, onafhankelijk van de andere determinanten. Indien de patiënt nog weinig voldoening haalt uit de job en/of de sfeer op het werk is slecht, dan zal zijn arbeidsongeschiktheid langer zijn. In de praktijk gaat dit echter over kleine verschillen, namelijk minder dan een week verschil na 2 attesten van arbeidsongeschiktheid (0,24 en 0,75 weken respectievelijk). Dit is mogelijk te verklaren doordat deze factoren eerder later in het traject aan belang winnen. Initieel zal de focus vermoedelijk eerder liggen op de ernst van de ziekte op zich, met de weerslag op de patiënt zelf. Wanneer er later wordt gedacht aan werkhervatting en het heropnemen van de dagelijkse rollen en functies, gaat de focus meer verschuiven naar de werkgerelateerde aspecten. Aangezien we in deze studie enkel de eerste twee consulten onderzochten en niet de langdurige opvolging en begeleiding, is de impact van werksfeer en jobvoldoening daardoor mogelijk minder prominent.

De copingstijl van de patiënt heeft, zonder rekening te houden met de andere determinanten, een significante, maar in vergelijking met de andere determinanten, eerder kleine impact op de arbeidsongeschiktheidsduur. Een mogelijke verklaring is hiervoor de ruime interpretatie van coping. Dit wordt weerspiegeld door het feit dat het algemene effect van coping vrijwel volledig wordt opgenomen in de interacties. Zo is er een extra effect van een slechte coping bij een ernstige burn-out. De coping kan passief zijn door de persoonlijkheid van de patiënt (weinig ondernemend, weinig oplossingsgericht) of als gevolg van de burn-out op zich. Bij een ernstige burn-out kan de patiënt zodanig teneergeslagen zijn dat hij of zij niet meer constructief en oplossingsgericht kan denken. Als vaste huisarts is er meestal het voordeel dat de patiënt al langer gekend is en dat men weet wat het gewoonlijke gedrag en de coping in het verleden was.

Een negatieve werksfeer of een slechte jobvoldoening zijn factoren waarbij de arts vaak een langere duur van arbeidsongeschiktheid zal schrijven. Wanneer hierbij echter een passieve copingstijl wordt toegevoegd zal de ongeschiktheidsperiode wat verkorten. Dit zou kunnen worden geïnterpreteerd als de huisarts die de patiënt ziet 'berusten' in zijn situatie en weinig gemotiveerd is om die aan te pakken.

Een eerste limiet van dit onderzoek is dat de onderzoeksstrategie: namelijk het werken via LOK-vergaderingen, tot gevolg had dat enkel huisartsen uit Oost-Vlaanderen werden ondervraagd, die via het netwerk van de onderzoekers bereikt werden. Er kan bovendien ook worden uitgegaan van een zekere mate van selectiebias, gezien er mogelijks vooral artsen deelnamen aan de LOK-vergadering die een bepaalde visie over of interesse in burn-out hadden. Ondanks deze limieten kunnen we stellen dat de sterkte van dit onderzoek het aantal geïncludeerde huisartsen is, namelijk 83. Deze 83 huisartsen hebben allen de enquête volledig ingevuld.

Het is eveneens belangrijk te vermelden dat er slechts vier determinanten methodologisch gezien konden worden geïncludeerd in deze studie. Hierdoor konden andere mogelijks belangrijke determinanten niet onderzocht worden. Verder werd er ook geen andere info toegevoegd aan de vignetten buiten de 4 geselecteerde determinanten, waardoor er soms belangrijke info voor de huisartsen kan ontbreken. De bevraagde huisartsen hebben achteraf meegedeeld dat men ook rekening houdt met beïnvloedende factoren uit de privé situatie (zoals het hebben van een huilbaby, ook een belaste mantelzorger zijn,…) en bijvoorbeeld de voorgeschiedenis van de patiënt. Ook allerlei praktische overwegingen dienen vaak te worden gemaakt (zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van psychologische hulp, de bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer). Het kwam vaak naar voren uit de gesprekken met de deelnemende huisartsen dat deze elementen een grote invloed uitoefenen op hun voorschrijfgedrag. Deze mondelinge feedback van de huisartsen kan men vinden in bijlage 3. Hoe sterk deze determinanten doorwegen ten opzichte van onze vier vooraf geselecteerde determinanten blijft echter onbepaald. Er zijn dus ongetwijfeld nog veel meer determinanten, waarvan het interessant kan zijn om deze verder te onderzoeken.

Tot slot kunnen we geen uitspraken doen over de arbeidsongeschiktheidsduur na bijvoorbeeld een 3-tal maanden. Dit komt omdat de bevraging maar ging over de eerste 2 consultaties. Burn-out is echter vaak een pathologie van langere duur met intensieve begeleiding door de huisarts. In dit onderzoek werd er enkel gefocust op de initiële aanpak en niet op de langere termijn.

Dit onderzoek heeft aangetoond hoe artsen de arbeidsongeschiktheid van een burn-out in de beginfase aanpakken. Dit is een aanvulling op de literatuur waarbij men meestal kijkt naar factoren gerelateerd aan return-to-work. Deze factoren worden vaak retrospectief onderzocht, terwijl dit onderzoek bekijkt hoe huisartsen het burn-outbeleid aanvangen in de eerste fase. Met deze studie hopen we vooral enkele handvaten aan te reiken aan startende huisartsen en een reflectie te bieden aan huisartsen met reeds een rugzak aan ervaring.
Hoe het beleid voortgezet wordt op de langere termijn en na hoeveel weken burn-outpatiënten uiteindelijk voldoende hersteld worden geacht voor werkhervatting, zijn punten voor verder onderzoek in de toekomst. Ook gaven de artsen nog vele andere factoren aan, waarvan de impact op de arbeidsongeschiktheid nog verder kan worden onderzocht.

5. Besluit

Dit vignettenonderzoek toont aan dat de vier onderzochte determinanten een significante invloed hebben op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur. Een ernstige burn-out, een lage jobvoldoening en een negatieve werksfeer zijn factoren die vaak zorgen voor een langere duur van arbeidsongeschiktheid. Vooral de ernst van de symptomen weegt bij de eerste twee attesten het meest door. Het effect van coping dient vooral te worden bekeken in samenhang met de andere factoren. Bij een ernstige burn-out zorgt een passieve copingstijl voor een langere arbeidsongeschiktheidsduur. Bij een slechte werksfeer en lage jobvoldoening zorgt een passieve copingstijl eerder voor een kortere duur van arbeidsongeschiktheid. De vragen naar arbeidsongeschiktheid van de patiënt in kwestie in het verleden en het type werk worden eveneens vaak in rekening gebracht.

Artsen hebben doorgaans de neiging om bij een burn-out getrapt te werk te gaan met een tweetal weken rust als 'proefperiode' en niet meteen te starten met een lange arbeidsongeschiktheidsduur.
Burn-out is een complexe pathologie, waarbij elke situatie in zijn totaliteit dient te worden ingeschat.
Dit onderzoek heeft zo enkele determinanten van de arbeidsongeschiktheidsduur in rekening gebracht, maar gezien de complexiteit van de materie, zijn er ongetwijfeld nog andere factoren.

Ten slotte werd hier gefocust op de eerste twee consulten bij de huisarts, maar verdient het verdere verloop van het beleid ook verder onderzoek.

Bijlagen

Bijlage 1: Richtlijnen omtrent burn-out

Bron	**Titel**
ICD-11 en WHO	Geen richtlijn. Eerder definitiestelling van burn-out.
GGZ standaard	Zorgstandaard: Aanpassingsstoornis (incl. overspanning en burn-out)
NHG	NHG-Standaard: Overspanning en burn-out
NVAB	Één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011.
Hoge Gezondheidsraad	Burn-out en werk, september 2017
Domus Medica	HELP, IK ZIT ERDOOR! De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts – deel 2 - artikel Huisarts NU 2012 mei-juni
Minerva	/
Ebpracticenet Duodecim	Burn-out, richtlijn van duodecim, aangepast aan de Belgische zorgcontext
KCE	Niet relevant voor deze masterproef. Burn-out bij huisartsen: preventie en aanpak
NICE	/

Bijlage 2: Slides met vignetten (3 voorbeelden)

1. Sandra

Sandra, 35 jaar, werkt al jaren als bediende in een chocoladefabriek. Op zich is de werksfeer goed, ze heeft collega's met wie ze het kan vinden. Haar leidinggevende vraagt nu en dan hoe het gaat. Maar Sandra ondervindt weinig rust door de toegenomen drukte en haalt geen voldoening meer uit haar job op zich. De opdrachten die ze de laatste jaren krijgt zijn niet interessant voor haar. De laatste 6 maanden is ze wel moe tijdens de weekdagen, heel soms krijgt ze huilbuien zonder duidelijke aanleiding. Ook heeft ze wat meer moeite om haar goed te focussen op haar taken op het werk. Ze voelt dat het niet meer gaat, maar wil ook niet echt iets ondernemen, weet gewoon niet hoe het nu verder moet.

VRAAG 1

Hoelang schrijft u de patiënt thuis?

VRAAG 2

De patiënt komt na deze periode terug en er is geen beterschap. Hoelang verlengt u?

2. Louise

Louise, 35 jaar, is bediende in een speculoosfabriek, maar de laatste 6 maanden voelt ze zich slecht. Ze haalt wel voldoening uit het werk dat ze doet, ze vindt haar job boeiend. De sfeer op het werk is ook slecht en haar leidinggevende stelt zich eerder onverschillig op ondanks de toegenomen drukte. De laatste 6 maanden is ze meer moe dan gewoonlijk en soms krijgt ze huilbuien zonder duidelijke aanleiding. Het lukt nog om haar werk juist uit te voeren, maar het kost haar veel moeite. Ze weet niet wat ze aan de situatie kan doen en heeft nog niets ondernomen. Ze is ook niet geneigd om iets te ondernemen.

VRAAG 1

Hoelang schrijft u de patiënt thuis?

VRAAG 2

De patiënt komt na deze periode terug en er is geen beterschap. Hoelang verlengt u?

3. Mia

Mia, 35 jaar, werkt sinds meerdere jaren als bediende in een macaronfabriek. Ze vertelt dat ze zich sinds 9 maand extreem uitgeput voelt, ze kan niet meer. Het is heel druk op het werk. Ze kan zich totaal niet meer concentreren en krijgt weinig gedaan. Ook moet ze thuis zeer vaak huilen als ze aan haar werk denkt, het is al lang erg druk in het bedrijf. Haar functie op zich doet ze wel nog graag. Sinds de komst van de nieuwe leidinggevende is het wel minder aangenaam werken, er zijn vaak conflicten op het werk tussen collega's. Ze heeft nog geen hulp gezocht en weet niet hoe ze met deze situatie moet omgaan.

VRAAG 1

Hoelang schrijft u de patiënt thuis?

VRAAG 2

De patiënt komt na deze periode terug en er is geen beterschap. Hoelang verlengt u?

Bijlage 3: Feedback van de huisartsen

Gezien er tijdens de 7 LOK-vergaderingen vanuit de huisartsen ook zeer veel mondelinge feedback kwam tijdens de einddiscussie, zouden wij het als onderzoekers zonde vinden om deze informatie niet mee te nemen. Tijdens elke LOK-vergadering zijn er notities gemaakt van wat de huisartsen hebben verteld. Omdat dit initieel geen onderzoeksdoel was van de masterproef en het niet volgens de regels van kwalitatief onderzoek verliep (er is bijvoorbeeld niet gewerkt met een opname, er werd ook niet gecodeerd of getranscribeerd) publiceren we dit als een addendum.

We zijn dan ons ook bewust van de mogelijkheid tot bias in dit addendum.

De voornaamste feedback van de huisartsen was dat het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij burn-out zeer complex is en dat het een combinatie is van talrijke factoren.

Een van de belangrijkste zaken waar er rekening mee wordt gehouden volgens huisartsen is de **context van de patiënt** en zijn privésituatie. In ons onderzoek focusten we op het werkgerelateerde aspect van burn-out, maar we kregen vaak de feedback dat dit in de realiteit zelden zo zuiver voorkomt. Er werd benadrukt dat men de situatie nooit kan beoordelen los van de bredere patiëntencontext. Bijna altijd zijn er krachtgevers die weggevallen zijn en energievreters die toegenomen zijn, waardoor er disbalans ontstaat tussen draagkracht en -last. Een van de artsen benoemde dit als 'cofounding factors'.

Voorbeelden van waar er rekening mee gehouden werden zijn:

- Is de patiënt ook mantelzorger?
- Is er bijvoorbeeld een huilbaby aanwezig?
- Als de andere gezinsleden ook patiënt zijn in de praktijk kan men de situatie soms makkelijker inschatten.
- Een ingrijpende gebeurtenis zoals een overlijden in de familie.
- De slaap van de patiënt (dit past ook onder de 'ernst van de burn-out')

Ten tweede wordt er ook vaak rekening gehouden met **praktische zaken** waar een buitenstaander misschien op het eerste moment niet aan zou denken:

- Hoe vol is de agenda van de arts, kan hij/zij gemakkelijk de patiënt na 1 of 2 weken herevalueren?
- Is er een verlengd weekend/verlof in de agenda van de huisarts?
- Wanneer is de afspraak bij de psycholoog ingepland? Sommige huisartsen zien de patiënt graag terug na een consultatie bij de psycholoog. Ook de ervaring met de psycholoog in kwestie kan meespelen, daar de psycholoog vaak mee een inschatting maakt van de nodige duur van ongeschiktheid (die dan vaak door de patiënt zelf wordt doorgegeven aan de arts).
- Naast de wachttijd tot een afspraak bij de psycholoog, is ook de wachttijd voor de arbeidsgeneesheer een beïnvloedende factor.
- Een van de artsen zei dat het voordeel van het in 1 keer langer schrijven van arbeidsongeschiktheidsduur (bv 6 weken) is dat de focus ook op andere zaken kan liggen dan de arbeidsongeschiktheidsduur op zich (in tegenstelling tot het telkens verlengen met 2 weken).
- Statuut van de patiënt: na x aantal weken wordt er standaard een vervanger gezocht in sommige sectoren

Ten derde is er ook de **voorgeschiedenis** van de patiënt

- Wat vaak vermeld werd, was het voordeel dat een ervaren huisarts heeft dat je de patiënt en diens situatie al langer kent. Zo houden huisartsen vaak rekening met het gedrag en de zorgvragen van de patiënt in het verleden. Wat is zijn of haar draagkracht? Kwam de patiënt vroeger reeds snel voor een kleinigheid of is deze patiënt gekend als een doorzetter? Hoe was het eerdere werkverzuim? Verder speelt het vaak ook mee of de patiënt een voorgeschiedenis heeft van depressie, overspanning of andere psychische klachten.
- Ook zullen de gezondheidsvaardigheden van de patiënt een rol spelen. Indien de patiënt zich niet goed kan uiten en bijvoorbeeld nog nooit van een arbeidsarts heeft gehoord zal de nodige arbeidsongeschiktheidsduur soms langer worden ingeschat. Ook speelt het een rol of de patiënt al wat weet over het concept van energiegevers en energievreters. M.a.w hoeveel ziekte-inzicht heeft de patiënt al?
- Men maakt soms een inschatting van de therapietrouw van de patiënt: als men vermoedt dat de patiënt niet op de controles zal komen, zal men net in kleinere blokjes voorschrijven. Als men er vanuit gaat dat de patiënt wel op de afgesproken controles zal langskomen, zal men soms sneller een langere periode voorschrijven als de diagnose duidelijk is. Dit voornamelijk aangezien het steeds verlengen met korte stukken de patiënt en de werkgever extra stress kan geven.

Ten vierde meldden de huisartsen dat er ook sterk rekening werd gehouden met de **coping** van de patiënt. Dit werd deels ook geïncludeerd in het vingettenondezoek en kan men ook terugzien in de interacties.

- Een patiënt die weinig gemotiveerd is om uit zijn situatie te geraken en/of de adviezen van de huisarts niet opvolgt zal bij sommige huisartsen een kortere duur van arbeidsongeschiktheid krijgen. In zo'n geval lijkt de tijd dat patiënt thuis heeft gezeten, zonder 'echte rust' of verwerven van 'vaardigheden', eigenlijk weggegooide tijd.
- Volgens een van de huisartsen speelt ook 'de klik met de patiënt' een rol.

Ten vijfde houden de huisartsen ook rekening met de **wens van de patiënt en andere zorgverleners.**

- Een van de huisartsen zei dat de patiënt eigenlijk voor een groot stuk zelf kiest. Als de patiënt vertelt dat hij of zij er nog niet klaar voor is, dan zal de arts vaak de patiënt hierin volgen.
- Als de patiënt zegt dat hij of zij graag wil doorwerken, zal de arts ook eerder de patiënt volgen en afwachten hoe het verder loopt.
- Een van de huisartsen meldde dat hij/zij al heeft meegemaakt dat de patiënt nog X aantal weken nodig heeft volgens de psycholoog, dan is het volgens hem/haar als huisarts moeilijk om de patiënt te overtuigen van iets anders.
- Er werd op een LOK-vergadering ook instemmend geknikt als iemand zei om de patiënt zo snel mogelijk aan het werk weer wil laten gaan (bijvoorbeeld door middel van progressieve werkhervatting) gezien hoe langer men afwezig is, hoe moeilijker het is om terug te keren.
- Verder ervaarden sommige artsen dat bepaalde patiënten moeilijk te overtuigen zijn om zelfs 1 of 2 weken thuis te zijn (dit dan in het kader zijn van hun ziekteproces). Een huisarts zei dat hij/zij niet direct eerst een maand voorschrijft omdat de patiënt dan 'dichtklapt'.
- Sommige patiënten willen ook niet op arbeidsongeschiktheid komen vanwege het loonverlies en/of om schrik te hebben hun job te verliezen.

Ten zesde lieten huisartsen ons weten dat de **diagnostiek** van een burn-out niet altijd zo gemakkelijk is. Het kan zijn dat er bijvoorbeeld ook een onderliggende angstproblematiek aanwezig is. Daarom schrijft men soms ook een of twee weken voor de eerste keer voor om dan te herevalueren wat het effect is en zo een beter zicht te krijgen op de werkelijke diagnose. Een van de huisartsen zei dat indien de job echt het grote probleem is, het soms beter is om gewoon van werk te veranderen.

Ten slotte was de slotfeedback op ons onderzoek dat de huisartsen met veel meer determinanten rekening hielden dan alleen de vier geselecteerde determinanten door ons. Op een van de LOKs kwam ook nog eens uitdrukkelijk naar voren dat gezien er met zoveel rekening wordt gehouden **het nagenoeg onmogelijk is om de arbeidsongeschiktheid bij een burn-out in een algemene guideline te gieten. De arbeidsongeschiktheidsduur is volgens hen telkens per casus zeer individueel bepaald.**

Deze discussie bracht dus nog veel andere determinanten aan het licht, waarvan het interessant kan zijn ze in toekomstige studies te onderzoeken.

Bijlage 4: Ethisch comité: goedkeuring

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

Ons kenmerk: MP023584
Uw kenmerk: Masterproef studie: Determinanten van arbeidsongeschiktheidsduur bij burn-out
Leuven, 20-12-2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Lode Godderis
Geachte Sophie De Decker, Hendrik Vercruysse

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 20-12-2022

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Deze studie betreft uit een literatuuronderzoek ene een anonieme vragenlijstonderzoek (in LOK-groepen) betreffende het voorschrijfgedrag qua arbeidsongeschiktheid bij patiënten met een burn-out. Het protocol is goed verwerkt, het ICF en de data opslag zijn in orde. Het is niet geheel duidelijk waarom de tekst in de vragenlijst in verschillende kleuren wordt weergegeven, mogelijk is het beter om eventueel belangrijke stukken tekst in 'Vet' weer te geven. Er zijn verder geen bezwaren tegen de studie.

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 29-11-2022 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

Referenties

1. RIZIV. Aantal personen in invaliditeit voor depressie of burnout 2016-2020. Available from: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/aantal_invaliditeit_burnout_depressie_2016_2020_1_globaal.pdf.
2. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Daeseleire T, Boydens E. helP, ik Zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out deel.1:62-6.
3. Hoge Gezondheidsraad (2017): Burn-out en werk 2017. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9339_burnout_zisa4_full_0.pdf
4. Nederlands Huisartsen Genootschap: Overspanning en burn-out 2018. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out.
5. WHO. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases 2019. Available from: https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases.
6. GGZ-standaard: Aanpassingsstoornis: incl. overspanning en burn-out 2018. Available from: https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Zorgstandaard+Aanpassingsstoornis+%28incl.+overspanning+en+burn-out%29.PDF.
7. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking: samenvatting van het eindverslag. FOD Werkgelegenheid, Arb en Soc Overleg, Alg Dir Humanisering van Arb. 2010:1-18.
8. Terluin B. De vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie [The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) A questionnaire to measure distress, depression, anxiety, and somatization] Huisarts & Wetenschap. 1996;39(12):538-47.
9. Schaufeli W, De Witte H, Desart S. Handleiding burnout assessment tool (BAT). KU Leuven, België: Intern rapport. 2019.
10. Schaufeli W, Van Dierendonck D. Utrechtse burnout schaal (UBOS). Handleiding [Utrecht Burnout Scale, Manual]. 2000.
11. Bakusic J. Epigenetic changes in burnout and depression. 2021.
12. KOP-MODEL H. Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten. HUISARTS EN WETENSCHAP. 2018.
13. Idar Wallin M. Personality and burnout. 2010.
14. Gail Kinman et al. Burnout in healthcare: risk factors and solutions. 2023.
15. Rapport van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen/Stichting Innovatie & Arbeid. Analyse van de arbeidssituatie van werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen.(2022).
16. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, Harvey SB. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. Psychol Med. 2016;46(4):683-97.
17. Kärkkäinen R, Saaranen T, Hiltunen S, Ryynänen OP, Räsänen K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. Occup Med (Lond). 2017;67(6):461-8.
18. Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence. Eur J Gen Pract. 2009;15(2):74-9.
19. Rooman C, Sterkens P, Schelfhout S, Van Royen A, Baert S, Derous E. Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout. Disabil Rehabil. 2022;44(23):7106-15.
20. Boštjančič E, Galič K. Returning to work after sick leave–The role of work demands and resources, self-efficacy, and social support. Frontiers in Psychology. 2020;11:500940.
21. Goorts K, Boets I, Decuman S, Du Bois M, Rusu D, Godderis L. Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. J Epidemiol Community Health. 2020;74(11):913-8.
22. Verschuren C, Nauta A, Bastiaanssen M, Terluin B, Vendrig A, Verbraak M. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Utrecht: NVAB. 2011.
23. Lambreghts L, Godderis L. Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out. 2017.
24. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory: Scarecrow Education; 1997.
25. Knief U, Forstmeier W. Violating the normality assumption may be the lesser of two evils. Behav Res Methods. 2021;53(6):2576-90.

26. Schielzeth H, Dingemanse NJ, Nakagawa S, Westneat DF, Allegue H, Teplitsky C, et al. Robustness of linear mixed-effects models to violations of distributional assumptions. Methods in ecology and evolution. 2020;11(9):1141-52.