# De visie van huisarts en patiënt op de aanpak van burn-out binnen de eerstelijnszorg

Billast Lissa, KULeuven

Borremans Amber, KULeuven

Delcampe Olivia, KULeuven

De Vriese Trees, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022-2025

*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.*

# DANKWOORD

We willen graag onze promotor Prof. Dr. Schoenmakers bedanken voor de begeleiding en feedback doorheen ons onderzoeksproces. Onze dank gaat ook uit naar alle personen die de tijd hebben genomen om onze vragenlijst in te vullen en in het bijzonder de acht deelnemers van de interviews. Zij stelden zich alle acht erg kwetsbaar op en maakten op die manier belangrijke concepten bespreekbaar. Ook onze familie en vrienden willen we bedanken voor de steun de afgelopen drie jaar.

# ABSTRACT

Context: Burn-out is een groeiend maatschappelijk probleem dat gepaard gaat met aanzienlijke gezondheidsgerelateerde en economische gevolgen, maar een algemeen aanvaarde definitie ontbreekt. Ondanks de toenemende aandacht voor patiëntgerichte zorg en shared decision-making, blijft er in de literatuur weinig bekend over de ervaringen van het behandelingstraject van burn-out binnen de eerste lijn. Dit onderzoek richt zich op de ervaringen van patiënten met burn-out ten aanzien van zorgverlening in de eerstelijnszorg en de rollen die zorgverleners opnemen in het behandeltraject. Tevens wordt de aanpak van huisartsen en huisartsen-in-opleiding (haio's) onderzocht, met bijzondere aandacht voor de naleving van de NHG-richtlijn.

Onderzoeksvragen:
1. Hoe kijken patiënten die een burn-out doormaakten terug op het zorgtraject dat ze binnen de eerste lijn hebben afgelegd?
2. Welke aanpak hanteren huisartsen bij de behandeling en opvolging van patiënten met de diagnose van burn-out?

Methode: Om een antwoord te bieden op beide onderzoeksvragen werden twee kwantitatieve bevragingen aan de hand van online vragenlijsten opgesteld, één voor meerderjarige patiënten in Vlaanderen die de diagnose van burn-out kregen en één voor huisartsen en haio's werkend in Vlaanderen. Er werd zowel beschrijvende als vergelijkende statistiek toegepast op de resultaten van deze vragenlijsten. Om de visie van de patiënten op diens behandeltraject verder in kaart te brengen, werd ook kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van semigestructureerde diepte-interviews. Deze diepte-interviews werden geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Resultaten: Patiënten gaven aan tevreden te zijn met de opvolgfrequentie, meegekregen opdrachten van huisartsen en doorverwijzingen naar een psycholoog. Wanneer een patiënt met zijn verhaal bij de huisarts terecht kon, was er een significant grotere kans ($p<0,001$) dat de huisarts een grote rol speelde in het hersteltraject. Uit de interviews werden volgende terugkerende thema's weerhouden: ontkenning, taboe en schaamte, informeren en concretiseren, overzicht van de hulpverlener, empathie en sociale steun, vertrouwensband met de hulpverlener, transformatie van de patiënt en tot slot multidisciplinaire zorg. Wat opviel tijdens de interviews was de nood aan een sturende arts in het herstelproces.

Huisartsen voelden zich over het algemeen comfortabel bij het voeren van een consultatie met burn-outpatiënten en lijken ook grotendeels conform de richtlijnen te werken. Bivariate analyse op de vragenlijst van de huisartsen toonde een correlatie tussen enerzijds het aantal jaren ervaring als huisarts en anderzijds het voorschrijven van medicatie ($p=0,037$) en gebruik van richtlijnen ($p=0,021$). Het aantal burn-outpatiënten dat een arts gemiddeld ziet was enkel gecorreleerd met het voorschrijven van medicatie ($p<0,001$).

Conclusie: Patiënten willen enerzijds een empathische en anderzijds een sturende aanpak van de zorgverlener. De bevraagde behandelingen (opdrachten en verwijzing naar een psycholoog) werden als behulpzaam ervaren. Hoewel een kleine meerderheid van de huisartsen aangaf geen richtlijnen te gebruiken, lijkt het beleid wel in overeenstemming te zijn met de NHG-richtlijn. Enkel onderling contact tussen huisarts en arbeidsarts lijkt op heden nog moeizaam te verlopen terwijl de helft van de huisartsen aangaf dat arbeidsartsen een grote rol spelen in het behandeltraject bij burn-out.

# INHOUDSTAFEL

DANKWOORD ..... 3
ABSTRACT ..... 4
INLEIDING ..... 6
ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK ..... 7
1. ZOEKSTRATEGIE ..... 7
2. RESULTATEN VAN HET ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK ..... 9
Fase 1: confrontatie met de diagnose ..... 9
Fase 2: verandering ..... 10
Fase 3: terugkeer naar werk ..... 10
ONDERZOEKSMETHODIEK VELDONDERZOEK ..... 11
1. ONDERZOEKSVRAGEN ..... 11
2. DESIGN EN UITKOMSTMATEN ..... 11
3. STEEKPROEFGROOTTE ..... 12
4. POPULATIE EN REKRUTERING ..... 13
5. ANALYSEPLAN ..... 14
6. ETHISCHE COMMISSIE ..... 15
RESULTATEN ..... 16
Onderzoeksvraag 1: Hoe kijken patiënten die een burn-out doormaakten terug op het zorgtraject dat ze binnen de eerste lijn hebben afgelegd? ..... 16
Onderzoeksvraag 2: Welke aanpak hanteren huisartsen bij de behandeling en opvolging van patiënten met de diagnose van burn-out? ..... 28
DISCUSSIE ..... 32
BESLUIT ..... 35
REFERENTIES ..... 36
BIJLAGEN ..... 39

# INLEIDING

Burn-out groeide de voorbije jaren uit tot een populair begrip. De term wordt ook in de huisartsenpraktijk vaak gehanteerd, hoewel tot op heden geen algemeen aanvaarde definitie bestaat. Burn-out is evenmin opgenomen in de DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V).[1] Over het algemeen wordt burn-out beschreven als een vorm van overspanning waarbij vermoeidheid en uitputting sterk op de voorgrond staan en de klachten langer dan zes maanden duren. Vaak worden ook gevoelens van onbekwaamheid en depersonalisatie vermeld.[1,2,3,4,5,6]

Door het ontbreken van een algemeen aanvaarde definitie en duidelijke diagnostische criteria, zijn cijfers over de prevalentie van burn-out moeilijk te achterhalen.[7] In een Belgische studie uit 2010 werd een prevalentie van 0,8% vastgesteld.[7,8] Er bestaat in de wetenschappelijke literatuur echter een discrepantie tussen de evaluatie door een arts en zelfrapportering door de werknemers. Bij zelfbeoordeling liggen de cijfers rond 30 tot zelfs 40%.[8]

Duidelijk is wel dat burn-out een belangrijk en groeiend probleem vormt, zowel op maatschappelijk als op economisch vlak. In 2021 werd door de Belgische overheid meer dan 1,8 miljard euro uitbetaald aan uitkeringen voor langdurige arbeidsongeschiktheid – waarbij men minstens een jaar arbeidsongeschikt is – door depressie of burn-out. Het gaat om een stijging van meer dan 59% sinds 2016.[9] Burn-out en depressie waren in 2022 verantwoordelijk voor 1 op 4 van de langdurig zieken op het werk.[9]

De oorzaak van burn-out zou liggen in een disbalans tussen draagkracht en draaglast, waarbij zowel werk-gerelateerde factoren, individuele factoren als sociologische factoren een rol kunnen spelen.[1,10] De behandeling zal zich doorgaans richten op het identificeren en aanpakken van meerdere van deze etiologische factoren. In het behandelproces worden er drie fasen beschreven waarbij in de beginfase gefocust wordt op acceptatie en het vinden van rust. In deze fase zal arbeidsongeschiktheid dan ook vaak nodig zijn om de door de patiënt ervaren overspanning te doen afnemen. In de tweede en derde fase zullen de verschillende problemen worden opgelijst en zal er stelselmatig naar oplossingen worden gezocht.[7,5,11,2,12]

Hoewel er de voorbije jaren een groeiende belangstelling is voor de visie van patiënten op het eigen ziektebeloop, shared decision-making en zelfmanagement, wordt dit niet weerspiegeld in de literatuur rond burn-out.[13] Literatuur met patiëntgerichte bevragingen zijn schaars en in onze beleving krijgt de ervaring van de patiënt met burn-out nog onvoldoende aandacht. Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te verkrijgen in de ervaringen en percepties van patiënten met burn-out ten aanzien van de ontvangen zorg binnen de eerste lijn en hun eigen rol in het behandeltraject. Daarnaast worden ook huisartsen en haio's bevraagd over hun aanpak van burn-out en wordt bekeken of deze conform de NHG-richtlijn 'Overspanning en burn-out' is.[12]

# ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

1. ZOEKSTRATEGIE

Om verder inzicht te verwerven in de bestaande literatuur rond de ervaring van patiënten met burn-out werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Er werden artikels gezocht met betrekking tot de onderzoeksvraag 'Hoe wordt de eerstelijnszorg van burn-out door patiënten ervaren?' in Pubmed, Embase, Web of science Core Collection, Scopus, CENTRAL en Cochrane Library, PsycArticles en CINAHL.

Burn-out werd hierbij gedefinieerd als overspanning door chronische stress die zich manifesteert als uitputting (fysiek en mentaal), evenals cynisme en depersonalisatie. 'Exhaustion disorder' als diagnose – i.e. uitputting die gekenmerkt wordt door fysieke en mentale symptomen zoals concentratiestoornissen, slaapstoornissen en emotionele instabiliteit (bijlage 1) - werd eveneens geïncludeerd in onze zoekstrategie. Deze diagnose is enkel opgenomen in de Zweedse versie van de ICD-10, maar is conceptueel gelijkaardig aan burn-out.[14]

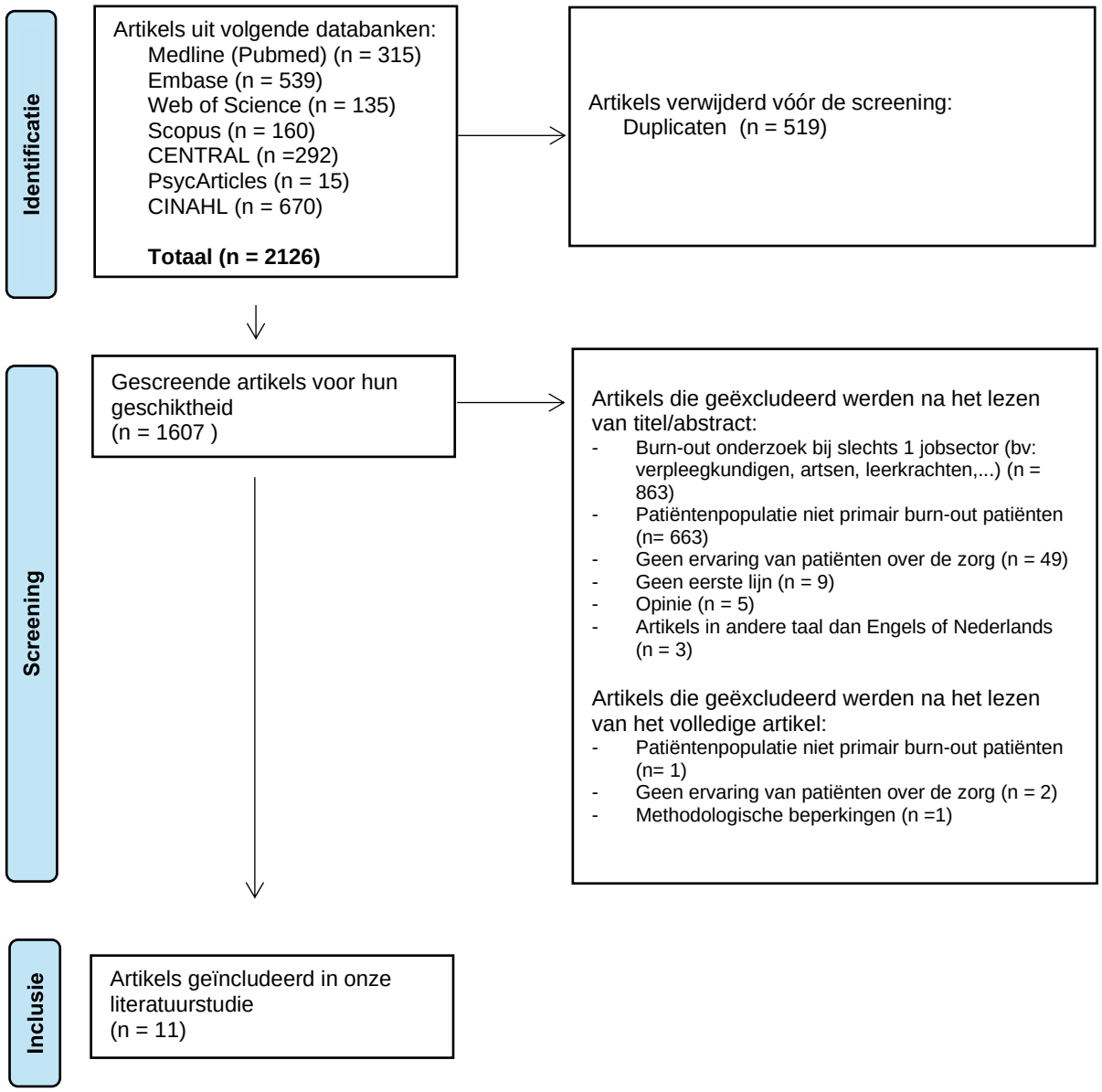
Per databank werd een uitgebreide zoekterm opgesteld, die trefwoorden en MESH-termen combineerde (bijlage 2). De extractie van de bekomen zoekresultaten op basis van deze zoektermen werd op 17 februari 2024 uitgevoerd. Er werden toen 2126 zoekresultaten weerhouden.

Via de online webtool Rayyan werden de duplicaten (n= 519) handmatig door de onderzoekers gecontroleerd en verwijderd uit het oriënterend literatuuronderzoek. De vier onderzoekers screenden nadien individueel en op een geblindeerde wijze de overgebleven 1607 artikels op basis van de titel en het abstract waarbij volgende in- en exclusiecriteria gebruikt werden (tabel 1):

TABEL 1: inclusie- en exclusiecriteria van het literatuuronderzoek

| **Inclusiecriteria:** | **Exclusiecriteria:** |
|---|---|
| Eerstelijnszorg | Geen eerstelijnszorg |
| Ervaring van patiënten | Geen beschrijving van de ervaring van de patiënt als hoofdonderwerp van het artikel |
| Burn-out of exhaustion disorder als diagnose | Het hoofdonderwerp van het artikel is een ander topic dan burn-out |
| | Eén specifieke werksector wordt benaderd in het artikel |
| | Opinietekst |
| | Artikels in andere taal dan Engels of Nederlands |

Er werden vijftien artikels weerhouden uit de beschreven screeningsmethode (figuur 1). Na het doorlezen van de volledige onderzoeksartikels werden vier artikels geëxcludeerd omwille van de volgende redenen: het ontbreken van een beschrijving van de ervaringen van patiënten met de eerstelijnszorg (n=2), een studiepopulatie met een uitgebreider diagnosespectrum dan burn-out (n=1) en methodologische beperkingen (n=1).




*Figuur 1: Selectieproces van artikels volgens de PRISMA richtlijn*[15]

## 2. RESULTATEN VAN HET ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK

Verschillende artikels beschrijven burn-out als een proces dat in verschillende fases verloopt waarbij de ervaringen van patiënten deze fases reflecteren.[16,17] Dit proces bestaat uit drie grote fases: een initiële fase waarbij patiënten geconfronteerd worden met de diagnose, nadien een fase waarbij verandering centraal staat en tot slot een fase waarbij terugkeer naar het werk gerealiseerd wordt.[16]

In wat volgt bespreken we per fase de elementen die in de literatuur terugkeerden rond de ervaringen van patiënten binnen de zorg rond burn-out.

### *Fase 1: confrontatie met de diagnose*

1) Zich begrepen voelen

Patiënten beschrijven het erkennen en legitimeren van hun ziekte-ervaring als een belangrijk aspect van het herstelproces.[18,19,20] Erkenning en ondersteuning vanuit de werkomgeving spelen een essentiële rol in het herstelproces van burn-out. Wanneer deze ondersteuning ontbreekt, wordt de rol van zorgverleners belangrijker.[19] Zorgverleners kunnen bijdragen aan het valideren en normaliseren van de ziekte-ervaring door de ervaren symptomen te bevestigen en uitleg te geven over de diagnosestelling.[18] Dit helpt patiënten zich geloofd en begrepen te voelen. Het ontbreken van erkenning kan gevoelens van schaamte en onzekerheid versterken, wat het herstelproces vertraagt en symptomen kan verergeren.[19]

Het label van 'patiënt' kan zowel ondersteunend als belastend werken, afhankelijk van de context en de perceptie van de patiënt.[16] Voor sommige patiënten biedt de term een gevoel van geruststelling omdat het hun ervaringen valideert en steun van anderen vergemakkelijkt.[16,20] Voor anderen kan het echter leiden tot verhoogde stress door de perceptie zichzelf als 'ziek' of 'patiënt' te aanzien.[16,20] In onderzoek naar burn-out in het Nederlandse arbeidssysteem wordt de diagnose burn-out vaak gezien als een legitimatie van de tijdelijke onmogelijkheid om normale sociale rollen te vervullen.[20]

2) Sociale steun

Sociale steun wordt door patiënten in verschillende wetenschappelijke artikels als cruciaal ervaren in hun herstelproces.[16,17,18,21,22,23] Het gaat hierbij zowel om steun van vrienden en familie, alsook van andere patiënten met de diagnose van burn-out.

Steun van familie en vrienden zorgt voor hoop op een succesvol herstel.[21,23] Contact met lotgenoten vindt meestal plaats in de context van een revalidatieprogramma met groepstherapie. Het delen van ervaringen met personen in een gelijkaardige situatie zorgt ervoor dat patiënten meer inzicht krijgen in burn-out en zich minder alleen voelen.[17,18,21,23]
Het belang van positieve bekrachtiging en ondersteuning door zorgverleners wordt ook als belangrijk element in hun behandeltraject beschreven.[18,19]

3) Rust en acceptatie

Patiënten voelen zich bij het begin van hun behandeltraject vaak fysiek en mentaal uitgeput. Het nemen van rust en het aanvaarden van de situatie wordt beschreven als onontkoombaar voor het aanvatten van het herstelproces.[16] In een Finse casestudy werd een (tijdelijke) identiteitsbreuk omschreven: de patiënte die zichzelf beschouwde als veerkrachtig en energiek werd geconfronteerd met haar eigen kwetsbaarheid.[24]

4) Dagelijkse structuur

Na de noodzakelijke rust, uiten patiënten evenwel een behoefte aan het hernemen van een dagelijkse structuur. Over het algemeen richten patiënten zich eerder op fysieke activiteiten, bij voorkeur in de natuur.[16]

***Fase 2: verandering***

Na de initiële fase van rust en acceptatie evolueert het traject van burn-out naar een fase van verandering.

Een terugkerend thema in rehabilitatietrajecten voor burn-out is een vorm van lichamelijke therapie. Fysieke activiteiten geven immers rust en kunnen helpen om een dagstructuur aan te brengen op een moment dat men nog niet toekomt tot cognitieve taken.[16] Patiënten geven ook aan dat deze oefeningen helpen bij het ontwikkelen van een betere geest-lichaam connectie. Deze connectie leert hun de signalen van het lichaam te herkennen en deze kennis te gebruiken in het dagelijks leven.[16,18,23,25]

Veranderingen worden ook op cognitief vlak nagestreefd.[20,23] Een proactieve houding van de patiënt zelf is hierbij belangrijk om het gevoel van controle over hun leven terug te verkrijgen.[18,23] Hierbij wordt een balans gezocht tussen eigenschappen die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de burn-out en kenmerken die als essentieel voor hun identiteit worden beschouwd.[19,23] Tijdens deze fase van het herstelproces wordt er gestreefd naar het herstarten van hobby's en het connecteren met de eigenschappen die ze als deel van hun identiteit beschouwen.[20,26]

***Fase 3: terugkeer naar werk***

Ondanks een succesvol herstelproces, verloopt de terugkeer naar werk voor patiënten moeilijk. Het implementeren van de grenzen die ze stellen, het consolideren van veranderingen en het niet vervallen in oude gewoontes worden als uitdagingen beschreven.[17, 26] Het vooraf bespreken van een dagelijkse structuur en de wederzijdse verwachtingen met de werkgever wordt als hulpgevend en ondersteunend ervaren in de terugkeer naar de werkvloer.[19]

Werkhervatting is belangrijk in het behandelingsproces van burn-out gezien de patiënten dit ervaren als een belangrijk aspect van hun identiteit.[16,19,23,16] Ondanks de werkhervatting, ervaren de patiënten deze terugkeer naar het werk niet als absoluut eindpunt van hun behandeling gezien het blijvend werk en aandacht vraagt om hun grenzen te bewaken.[16]

# ONDERZOEKSMETHODIEK VELDONDERZOEK

1. ONDERZOEKSVRAGEN

In deze studie wordt een antwoord gezocht op volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe kijken patiënten die een burn-out doormaakten terug op het zorgtraject dat ze binnen de eerste lijn hebben afgelegd?
2. Welke aanpak hanteren huisartsen bij de behandeling en opvolging van patiënten met de diagnose van burn-out?

2. DESIGN EN UITKOMSTMATEN

***Onderzoeksvraag 1***

Om een antwoord te bieden op de eerste onderzoeksvraag werd gekozen voor een combinatie van een kwantitatieve en kwalitatieve studieopzet.

Enerzijds werd een kwantitatieve bevraging van patiënten uitgevoerd aan de hand van een online vragenlijst (bijlage 3). Deze werd opgesteld op basis van de input van de onderzoekers alsook vanuit vragenlijsten en conclusies van vorige masterpapers en onderzoeken rond het topic burn-out.[27,28,29] De opgestelde vragenlijst peilde naar vier grote categorieën van uitkomstmaten:

1) Opvolging
   - Vinden patiënten dat ze bij hun huisarts terecht konden met hun verhaal?
   - Hoe vaak zag de huisarts patiënten terug?

2) Arbeidsongeschiktheid
   - Wat was de duur van de ziekteattesten?
   - Hoelang bleven patiënten gemiddeld thuis voor een burn-out?
   - Hoe werd de duur van de arbeidsongeschiktheid bepaald?

3) Behandelingen/begeleiding
   - Werd er medicatie voorgeschreven?
   - Kregen patiënten schrijfopdrachten mee naar huis?
   - Kregen patiënten psychologische begeleiding?
   - Was er ook opvolging door een arbeidsarts of psychiater?

4) Terugkeer naar werk
   - Hoe reageerde de werkgever op het ziekteverlof?
   - Hoe verliep de terugkeer naar werk voor patiënten?
   - Zijn er aanpassingen gebeurd op het werk?
   - Is er een angst voor herval?

Anderzijds werden semigestructureerde diepte-interviews afgenomen bij patiënten die zich vrijwillig via mail aanboden, na de vragenlijst doorlopen te hebben. De diepte-interviews werden steeds afgenomen door twee van de vier onderzoekers, duurden elk ongeveer één uur en peilden

naar volgende vier thema's: diagnose, ervaring van de zorg, behandeling en terugkeer naar het werk (bijlage 4).

***Onderzoeksvraag 2***

Voor de bevraging van de aanpak van huisartsen bij burn-out werd ook een online vragenlijst opgesteld gebaseerd op de huidige NHG-richtlijn en de nationale aanbeveling omtrent burn-out en de input van de onderzoekers (bijlage 5).[7,12] In deze online vragenlijst werd de focus gelegd op volgende drie uitkomstmaten:

1) Opvolging
    - Om de hoeveel tijd willen huisartsen burn-out patiënten terugzien op consultatie?

2) Behandeling burn-out
    - Starten huisartsen medicatie op bij burn-out?
    - Worden er vaak opdrachten meegegeven aan patiënten?
    - Wordt er doorverwezen naar psychologen? Wanneer wordt er doorverwezen?
    - Is er interactie tussen huisartsen en arbeidsartsen?

3) Kennis rond burn-out
    - Voelen huisartsen zich comfortabel bij consultaties rond burn-out?
    - Waar bevinden zich hiaten in de kennis rond burn-out?
    - Is er een verschil in definitie van overspanning, burn-out en surmenage?
    - Wordt er gebruik gemaakt van richtlijnen?

De antwoorden van de huisartsen en haio's werden geanalyseerd en vergeleken met de NHG-richtlijn 'Overspanning en burn-out'.

## 3. STEEKPROEFGROOTTE

***Onderzoeksvraag 1***

Door het ontbreken van een definitie en diagnostische criteria van burn-out, was het niet mogelijk om het precieze prevalentiecijfer van patiënten met een burn-out in Vlaanderen te achterhalen. De benodigde steekproefgrootte voor deze studie werd bijgevolg berekend aan de hand van de prevalentie van surmenage, de ICD-10 diagnose die volgens de onderzoekers het dichtst aanleunt bij burn-out. In 2021 bedroeg de prevalentie in Vlaanderen 24,95 per duizend patiënten of 2.5%.[30] In het Vlaams Gewest woonden op 1 januari 2022 6,699 miljoen inwoners.[31] De populatie die werd bestudeerd in de studie omvatte bijgevolg 167.475 personen. Uitgaande van een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een foutmarge van 5%, zouden ten minste 384 personen de vragenlijst moeten invullen om voldoende bewijskracht te bereiken. Wat betreft de interviews hing de steekproefgrootte af van het moment waarop datasaturatie bereikt werd.

***Onderzoeksvraag 2***

Volgens de jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België, waren op 31/12/2022 in het Vlaams Gewest 10.033 huisartsen en 1076 haio's werkzaam. Dit komt neer op een totale populatie van 11.109 huisartsen en haio's.[32] Er dienden dus minstens 372 huisartsen en/of haio's de vragenlijst in te vullen om een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutmarge van 5% te bereiken.

## 4. POPULATIE EN REKRUTERING

***Onderzoeksvraag 1***

De patiënten werden gerekruteerd via sociale media (Facebook) en via affiches (met een QR-code) die ophingen in de huisartspraktijken waar de onderzoekers werkten tijdens hun opleiding alsook in Vlaamse psychologenpraktijken. Op het einde van de vragenlijst werden patiënten uitgenodigd om verdere duiding te geven rond de ervaring van hun behandeltraject in een diepte-interview. Ze konden de onderzoekers hiervoor vrijblijvend via mail contacteren.

Tabel 2 toont de inclusie- en exclusiecriteria die werden gebruikt om deel te kunnen nemen aan de vragenlijst voor patiënten met een burn-out:

TABEL 2: inclusie- en exclusiecriteria patiëntenbevraging

| **Inclusiecriteria** | **Exclusiecriteria** |
|---|---|
| 18+ers | De diagnose van burn-out werd niet gesteld door een hulpverlener (huisarts, psycholoog, psychiater) |
| Woonachtig in Vlaanderen | |
| Nederlandstalig | |
| Heeft een burn-out doorgemaakt in de voorbije 5 jaar of maakt momenteel een burn-out door | |

***Onderzoeksvraag 2***

De huisartsen en haio's werden gerekruteerd door verspreiding van de vragenlijst via Facebook, een oproep via mail vanuit de opleidingsorganisatie ICHO, een oproep vanuit Domus Medica en via de verschillende Vlaamse huisartsenwachtposten.

Volgende inclusiecriteria werden gebruikt:

TABEL 3: inclusie- en exclusiecriteria huisartsenbevraging

| **Inclusiecriteria** | **Exclusiecriteria** |
|---|---|
| Huisartsen of huisartsen in opleiding (haio's) | Geen |
| Werkend in Vlaanderen | |

## 5. ANALYSEPLAN

***Onderzoeksvraag 1***

De vragenlijst van de patiënten werd opgesteld met Qualtrics XM. De data-analyse van de bekomen resultaten gebeurde via beschrijvende en vergelijkende statistiek. Er werd hiervoor gebruikt gemaakt van IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 29.0.2.0.

De resultaten van volgende vraagstellingen werden onderworpen aan logistische regressie (tabel 4). Hierbij werden volgende groepen samengevoegd om een grotere power te bekomen: zeer grote rol en grote rol van de huisarts alsook kleine rol en geen rol van de huisarts.

TABEL 4: afhankelijke en onafhankelijke variabelen in de logistische regressie

| **Afhankelijke variabele** | **Onafhankelijke variabelen** |
|---|---|
| Welke rol speelt de huisarts in uw herstelproces? (Q17_3) | Hoe identificeert u zich? (Q2) |
| | Welke leeftijd heeft u? (Q3) |
| | Wat is uw beroep? (Q5) |
| | Vond u dat u met uw verhaal terecht kon bij de huisarts? (Q16) |

De data-analyse van de semi-gestructureerde interviews gebeurde aan de hand van de QUAGOL-methode.[33] Eerst werd het volledige interview getranscribeerd en geanonimiseerd waarna deze verschillende keren aandachtig doorgelezen werden door vier onderzoekers en de hoofdzinnen werden gemarkeerd. Uit deze hoofdzinnen werden concepten opgesteld, die nadien vergeleken werden met de concepten uit de andere interviews. Uiteindelijk werd een conceptenlijst opgesteld met terugkerende thema's en werden deze concepten gekoppeld aan citaten.

***Onderzoeksvraag 2***

De vragenlijst van de huisartsen werd opgesteld met Qualtrics XM. De data-analyse van de resultaten bekomen uit deze vragenlijst gebeurde via beschrijvende en vergelijkende statistiek. Er werd hiervoor gebruikt gemaakt van IBM SPSS Statistics 29.0.2.0.

De resultaten van volgende vraagstellingen binnen de vragenlijst voor huisartsen en haio's werden onderworpen aan correlatie-analyses (tabel 5).

TABEL 5: vraagstellingen waarop correlatieanalyses werden toegepast

| | |
|---|---|
| Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? (Q18) | Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? (Q7)<br><br>Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? (Q8)<br><br>Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? (Q32) |
| Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt? (Q22) | |
| Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? (Q24) | |
| Hebt u contact met de arbeidsarts? (Q26) | |
| Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? (Q32)* | |

**Vraag Q32 werd enkel vergeleken met Q7 en Q8*

## 6. ETHISCHE COMMISSIE

Deze studie (MP025639) werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 25-09-2023 (bijlage 6).

# RESULTATEN

Onderzoeksvraag 1: Hoe kijken patiënten die een burn-out doormaakten terug op het zorgtraject dat ze binnen de eerste lijn hebben afgelegd?

***Beschrijvende statistiek***

De survey werd door 395 personen ingevuld. Op basis van de inclusie- en exclusiecriteria werden 54 patiënten geëxcludeerd en 10 personen hadden de vragen omtrent deze criteria niet ingevuld. Er werden 331 personen geïncludeerd waarvan 273 de survey volledig hebben ingevuld. In bijlage 7 kan de volledige patiëntensurvey met bijhorende antwoorden teruggevonden worden.

Socio-demografische gegevens

De socio-demografische gegevens van de geïncludeerde studiepopulatie is in tabel 6 weergegeven.

TABEL 6: Socio-demografische gegevens van patiëntenpopulatie

| **Vraagstelling** | **Antwoordmogelijkheden** | **Aantal n (%)** |
|---|---|---|
| Geslacht | Man | 57 (17,2%) |
| | Vrouw | 272 (82,2%) |
| | X | 2 (0,6%) |
| Leeftijd | Gemiddelde: 41,34 jaar<br>Mediaan: 42 jaar<br>Std deviatie: 10,688 | |
| Beroep | Arbeider | 10 (3%) |
| | Bediende | 236 (71,3%) |
| | Zelfstandige | 21 (6,3%) |
| | Student | 13 (3,9%) |
| | Werkzoekende | 11 (3,3%) |
| | Andere | 40 (12,1%) |
| Diploma | Lager onderwijs | 4 (1,2%) |
| | Secundair onderwijs | 73 (22,1%) |
| | Hoger onderwijs – Bachelor diploma | 130 (39,3%) |
| | Hoger onderwijs – Master diploma | 106 (32%) |
| | Postgraduaat | 18 (5,4%) |

Negenentwintig procent (n= 84; 28,6%) van de patiënten maakten meerdere keren een burn-out door. Zesendertig procent (n= 116; 35,5%) werd reeds opgevolgd door de psychiater omwille van een andere problematiek dan burn-out en zevenenveertig procent (n= 152; 46,5%) nam medicatie in voor psychologische problemen.

Opvolging

Op de vraag of de patiënten met hun verhaal bij hun huisarts terecht konden, gaf vierentachtig procent (n= 248; 84,4%) een positief antwoord. Slechts een vijftal procent (n= 15; 5,1%) gaf aan helemaal niet terecht te kunnen bij hun huisarts, daarnaast was er negen procent (n= 26; 8,8%) die aangaf eerder niet bij hun huisarts terecht te kunnen.

In tabel 7 wordt weergegeven in welke mate de patiënten een rol toebedelen aan de verschillende personen en hulpverleners in hun hersteltraject.

TABEL 7: Welke rol spelen/speelden de volgende personen in uw herstelproces?

| | Zeer grote rol Aantal n (%) | Grote rol Aantal n (%) | Kleine rol Aantal n (%) | Geen rol Aantal n (%) | Niet van toepassing Aantal n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Ikzelf | 191 (65,0%) | 89 (30,3%) | 8 (2,7%) | 2 (0,7%) | 4 (1,4%) |
| Familie en vrienden | 59 (20,1%) | 145 (49,3%) | 74 (25,2%) | 14 (4,8%) | 2 (0,7%) |
| Huisarts | 71 (24,1%) | 108 (36,7%) | 92 (31,3%) | 22 (7,5%) | 1 (0,3%) |
| Psycholoog | 117 (39,8%) | 99 (33,7%) | 35 (11,9%) | 13 (4,4%) | 30 (10,2%) |
| Psychiater | 24 (8,2%) | 26 (8,8%) | 34 (11,6%) | 36 (12,2%) | 174 (59,2%) |
| Arbeidsarts | 13 (4,4%) | 12 (4,1%) | 55 (18,7%) | 103 (35,0%) | 111 (37,8%) |
| Coach | 34 (11,6%) | 29 (9,9%) | 25 (8,5%) | 38 (12,9%) | 168 (57,1%) |
| Verpleegkundige | 1 (0,3%) | 6 (2,0%) | 12 (4,1%) | 50 (17,0%) | 225 (76,5%) |
| Kinesist | 12 (4,1%) | 37 (12,6%) | 54 (18,4%) | 32 (10,9%) | 159 (54,1%) |

De meerderheid van de patiënten gaf aan dat zij zelf een zeer grote rol (n= 191; 65,0%) of een grote rol (n= 89; 30,3%) speelden in het herstelproces. Eveneens is er een meerderheid dat een zeer grote rol of grote rol toekende aan familie en vrienden. De psycholoog kreeg voornamelijk een zeer grote rol (n= 117; 39,8%) of grote rol (n= 99; 33,7%) toegekend, waarbij slechts tien procent (n= 30; 10,2%) aangaf niet in contact gekomen te zijn met een psycholoog tijdens hun traject. Daarentegen vond maar eenenzestig procent van de patiënten dat de huisarts hier een zeer grote rol (n= 71; 24,1%) of een grote rol (n= 108; 36,7%) in speelde en eenendertig procent vond dat er slechts een kleine rol (n= 92; 31,3%) voor de huisarts was toegekend in het traject.

De meerderheid van de patiënten kwam op controle met een interval van vier of meer weken (respectievelijk 37,0 en 27,5%). Eenendertig procent ging vaker op controle, zijnde om de twee weken (n= 44; 15,5%) of om de drie weken (n= 45; 15,8%). Een kleine minderheid ging elke week op controle bij de huisarts (n= 12; 4,2%). De frequentie werd voornamelijk bepaald in samenspraak met de patiënt (n= 144; 50,7%) of door de patiënt zelf (n= 107; 37,7%). Elf procent (n= 33; 11,6%) gaf aan niet zelf te beslissen hoe vaak de controles werden ingepland. Achtenzeventig procent (n= 221; 77,8%) was tevreden over deze controlefrequentie en twaalf procent (n= 35; 12,3%) had hier geen mening over. De overige tien procent (n= 28; 9,9%) was hier niet tevreden over waarbij het merendeel aangaf vaker opvolging te wensen (n= 17)

Arbeidsongeschiktheid

De duur van het ziekteattest was initieel van korte duur, zijnde voornamelijk één à twee weken (n= 115; 40,5%) of drie à vier weken (n= 94; 33,1%). Bij de verlenging van het ziekteattest zien we een verschuiving naar het voorschrijven van attesten met langere duur.

De duur van het ziekteattest werd ook voornamelijk in samenspraak met de patiënt bepaald (n= 149; 52,5%). Tweeënveertig procent (n= 118; 41,5%) van de patiënten gaf aan dat de duur van het ziekteattest enkel door de arts werd bepaald terwijl slechts drie procent van de patiënten (n= 7; 2,5%) dit zelf besliste. Vier procent (n= 10; 3,5%) bleef aan het werk tijdens de periode van burn-out. Het merendeel van de patiënten (n= 227; 79,9%) was tevreden over de manier van

besluitvorming rond de duur van de arbeidsongeschiktheid, slechts dertien procent (n= 36; 12,7%) niet.

De totale duur van de arbeidsongeschiktheid was wisselend. Achtenzeventig procent van de patiënten (n=221; 77,8%) was terug aan het werk op het moment dat ze de vragenlijst invulden. Deze terugkeer gebeurde meestal na drie à zes maanden (n= 52; 23,5%) of na zes à twaalf maanden (n= 62; 28,1%). Vierentwintig procent van de patiënten keerde sneller terug naar het werk, namelijk na één à drie maand (n= 35; 15,8%) of minder dan één maand (n= 17; 7,7%). Daartegenover was vijfentwintig procent van de patiënten langer afwezig van het werk, zijnde één à twee jaar (n= 39; 17,6%) of meer dan twee jaar (n= 16; 7,2%).

Op het moment van de afname van de vragenlijst was er tweeëntwintig procent (n= 63; 22,2%) nog niet terug aan het werk. Hierbij was de gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid tot dan toe twee jaar en acht maanden, de mediaan lag op één jaar. De reden voor dit verschil ligt in de aanwezigheid van enkele uitschieters met zeer lange arbeidsongeschiktheid. Iets meer dan de helft (n= 35; 55,6%) van de respondenten die nog niet terug aan het werk waren, was langdurig arbeidsongeschikt (i.e. meer dan één jaar).

Van de mensen die langdurig arbeidsongeschikt waren (n= 90), behoorde ruim een derde (n= 35; 38,9%) tot de groep die nog niet terug aan het werk was.

Behandeltraject burn-out

Een kleine groep van de patiënten (n= 49; 17,4%) kreeg schrijfopdrachten mee, waarvan het merendeel het gevoel had dat dit geholpen had. Zeventien patiënten (34,7%) vonden dat dit heel veel geholpen had terwijl achttien patiënten (36,7%) slechts een klein effect hadden ervaren. Veertien patiënten hadden hier geen mening over (n= 11; 22,4%) of geen verbetering ervaren (n= 3; 6,1%).

Ongeveer de helft van de patiënten (n= 140; 49,6%) gaf aan medicatie te nemen tijdens het behandeltraject. Deze medicatie werd in vierenzestig procent van de gevallen opgestart door de huisarts (n=90; 64,3%), dertig procent verkreeg medicatie via de psychiater (n= 42; 30,0%) en één procent startte medicatie op eigen initiatief op (n= 2; 1,4%).

De meerderheid van de patiënten (n= 231; 82,2%) werd bij de psycholoog gevolgd tijdens het traject van de burn-out. Bij een kwart van deze patiënten (n= 58; 25,1%) nam de huisarts het initiatief voor deze opvolging; bij een kwart (n= 59; 25,5%) werd er gezamenlijk besloten om een psycholoog te betrekken en bijna de helft van deze patiënten (n= 109; 47,2%) namen zelf het initiatief hiervoor. Vijf patiënten werden door hun omgeving aangezet om naar een psycholoog te gaan. De meeste patiënten vonden dat dit veel geholpen had (n= 156; 67,5%) of hadden een klein positief effect ervaren (n= 48; 20,8%). Zevenentwintig patiënten hadden hier geen mening over (n= 8; 3,5%) of geen verbetering ervaren (n= 19; 8,2%).

Een kleiner deel van de patiënten werd ook door de psychiater opgevolgd (n= 74; 26,5%) waarvan ook het merendeel vond dat deze een beetje (n= 19; 25,7%) of veel geholpen had (n= 31; 41,9%). Vierentwintig patiënten hadden hier geen mening over (n= 10; 13,5%) of hadden geen verbetering ervaren (n= 14; 18,9%).

Terugkeer naar werk

Drieëntachtig procent (n= 223; 83,6%) ging terug aan het werk na de periode van burn-out. De grootste groep herstartte deeltijds (n= 151; 56,6%) en een kleinere groep deed dat meteen voltijds (n= 72; 27%). Een minderheid is nog niet terug aan het werk (n= 35; 13,1%) of doet nu vrijwilligerswerk (n= 9; 3,4%).

Twee derde van de patiënten (n= 175; 66,5%) ging terug aan het werk binnen hetzelfde bedrijf terwijl vierendertig procent (n= 88; 33,5%) dat niet deed.

Tweeënveertig procent van de patiënten gaf aan dat de werkgever begripvol (n= 72; 25,8%) of heel begripvol (n= 44; 15,8%) reageerde. Dertig procent van de patiënten gaf aan dat de werkgever neutraal reageerde (n= 85; 30,5%) en een kwart had een negatieve ervaring waarbij de werkgever weinig begripvol (n= 40; 14,3%) of zelfs totaal niet begripvol (n= 38; 13,6%) gereageerd had op het ziekteverlof.

Slechts bij dertig procent van de patiënten (n= 76; 29,7%) werden er aanpassingen gedaan op het werk, bij ruim twee derde (n= 180; 70,3%) werden er geen aanpassingen gedaan.

Het merendeel van de patiënten gaf aan angstig te zijn om terug te hervallen (n= 213; 78,0%) terwijl zeven procent hier geen mening over had (n= 18; 6,6%) en vijftien procent niet angstig was voor herval (n= 42; 15,4%).

***Vergelijkende statistiek***

Na controle van de assumpties werd een logistische regressie uitgevoerd om na te gaan welke factoren een invloed hebben op hoe patiënten de rol van de huisarts inschatten. Uit deze analyse zoals aangetoond in tabel 8 bleek dat geslacht, leeftijd en beroep hierop geen significante invloed hadden. Wel kon worden aangetoond dat wanneer een patiënt met zijn verhaal bij de huisarts terecht kon, er een significant grotere kans ($p<0,001$) was dat de huisarts een grote of zeer grote rol speelde in het hersteltraject (bijlage 8).

| TABEL 8: output SPSS logistische regressie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
| **Geslacht** | | | 5,898 | 2 | ,052 | |
| Vrouw | ,841 | ,358 | 5,528 | 1 | ,019 | 2,320 |
| X | -,297 | 1,498 | ,039 | 1 | ,843 | ,743 |
| **Leeftijd** | ,006 | ,014 | ,210 | 1 | ,647 | 1,006 |
| **Beroep** | | | 3,202 | 5 | ,669 | |
| Andere | ,800 | ,696 | 1,319 | 1 | ,251 | 2,225 |
| Arbeider | 1,902 | 1,211 | 2,466 | 1 | ,116 | 6,702 |
| Bediende | ,770 | ,584 | 1,737 | 1 | ,188 | 2,160 |
| Student | ,457 | ,926 | ,244 | 1 | ,622 | 1,580 |
| Werkzoekende | ,904 | ,985 | ,842 | 1 | ,359 | 2,468 |
| **Met hun verhaal bij de huisarts terecht kunnen** | | | 33,457 | 2 | <,001 | |
| Akkoord | 3,554 | ,628 | 32,050 | 1 | <,001 | 34,962 |
| Dit herinner ik me niet meer | 1,736 | 1,401 | 1,534 | 1 | ,215 | 5,673 |
| Constant | -4,365 | 1,093 | 15,954 | 1 | <,001 | ,013 |

***QUAGOL-analyse***

Na een vrijblijvende uitnodiging voor het afnemen van een interview rondom de ervaring van hun behandeltraject, werden er acht interviews gepland en afgenomen door telkens twee onderzoekers. Deze interviews werden afgenomen tussen de periode van 17 februari 2024 en 30 april 2024. Na de toepassing van de QUAGOL-analyse op deze interviews kwamen volgende terugkerende thema's tot stand.[33] In tabel 9 wordt geïllustreerd welke thema's aan bod kwamen in de verschillende interviews.

| TABEL 9: Lijst van terugkerende thema's met vermelding interviews | | |
|---|---|---|
| | Aantal interviews | Welke interviews? |
| Ontkenning | 5/8 | 1, 2, 5, 6, 7 |
| Taboe/schaamte | 6/8 | 1, 2, 3, 6, 7, 8 |
| Informeren/concretiseren | 5/8 | 1,2, 3, 5, 7 |
| Overzicht hulpverlener | 8/8 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 |
| Empathie/sociale steun | 8/8 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 |
| Vertrouwensband hulpverlener | 6/8 | 1, 2, 3, 4, 6, 7 |
| Transformatie van de patiënt | 7/8 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 |
| Multidisciplinaire zorg | 8/8 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 |

Ontkenning

Een terugkerend thema in de interviews was het onverwachte aspect van de diagnose. Vaak gingen de geïnterviewden op consultatie omwille van een andere reden, bijvoorbeeld fysieke klachten, en waren ze zich er niet van bewust dat er een psychologisch onderliggende oorzaak was. Wanneer de hulpverlener dit benoemde of de diagnose van burn-out uitsprak, was er sprake van ongeloof en ontkenning. De klachten en problematiek werden hierbij vaak geminimaliseerd.

> *"Want ja, zo erg is het nu ook weer niet. Ik had alleen maar een beetje migraine."* - ***Interview 2***

Sommige personen gaven aan dat ze zelf wel al signalen hadden herkend of dat een hulpverlener hen dit in voorgaande contacten had aangegeven. Desondanks bleef er een negatie van de problematiek.

> *"Ik heb wel 2 à 3 maagontstekingen gehad en de boodschap van 'je hebt te veel stress'. Dus in een bepaald deel van mij moet ik dat toch kei goed geweten hebben dat dat echt de verkeerde kant op ging en een stuk van mij heeft het allemaal gewoon genegeerd."* - ***Interview 6***

> *"Ik ben gewoon blijven doorgaan, eigenlijk terwijl ik goed wist van: dit is niet oké."* - ***Interview 5***

Twee van de geïnterviewden gaven aan minder voeling te hebben met de realiteit en dat ze daarom de tools niet hadden om te reageren op de signalen van hun lichaam.

> *"Gewoon omdat je zo overstuur bent. Ja, je hoofd is zo vol, dat slaat op hol. Je kunt, ja, dat zijn zoveel gedachten en emoties en dingen door elkaar dat je eigenlijk niets concreet meer kunt doen. De realiteit is bij wijze van spreken op dat moment helemaal weg."* - ***Interview 3***

Taboe/Schaamte

In enkele van de interviews werd schaamte rond de diagnose van burn-out en taboe rond psychologische aandoeningen benoemd. Burn-out werd namelijk als een zwakte en een vorm van falen gezien.

> *"Ik vond dat een echte schande, ik schaamde mij daarvoor. Ik vond dat verschrikkelijk erg, ik liet iedereen in de steek ook, dat was de achterliggende gedachte... (over rust vinden)"* - ***Interview 3***

> *"Ik heb mij eerst psychologisch heel slecht gevoeld, zoals een failure, dat ik echt gefaald heb. En ja, dat ik de zwakste schakel was, ik kon het niet meer aan."* - ***Interview 6***

Enkele deelnemers beschreven dat er nog een taboe rond de diagnose van burn-out hing. Eén deelnemer benoemde expliciet dat hij voordat hij zelf de diagnose kreeg niet in het bestaan van burn-out geloofde.

> *'Ik ga eerlijk zijn, ik dacht dat dat mensen waren die eigenlijk een beetje overdreven ofzo omdat je dat niet aankunt." (over personen met burn-out)* - ***Interview 1***

Daarnaast werd er ook éénmalig een taboe rond opvolging in de geestelijke gezondheidszorg beschreven dewelke een drempel vormde om de nodige zorg te zoeken.

> *"Oké, psycholoog wil ik nog wel een kans geven, maar naar een psychiater ga ik nooit gaan. Het is misschien erg om te zeggen, maar ik dacht dat is echt voor de zotten, voor als ze u gaan wegsteken."* - ***Interview 2***

<u>Informeren / Concretiseren</u>

Een concrete benoeming van de diagnose en verdere toelichting hierbij werd door de participanten als een belangrijk element in hun traject aanzien. Het benoemen van de diagnose zorgde ervoor dat ze hun symptomen konden plaatsen. Ook in het verdere behandeltraject werd het door patiënten als positief ervaren indien er voldoende uitleg werd verschaft.

> *"Dat was eigenlijk, ja, het feit dat dat dat toch benoemd werd en dat die diagnose er was, was eigenlijk wel, ja, voor mij heel positief, omdat ik dan mij daar ook wel aan kon vasthouden. Van oké, ik weet tenminste, Ik heb een verklaring voor wat ik eigenlijk al, voor die klachten waar ik al zo lang mee zit en die... Ik heb hier zelf ook wel vat op, op hoe dat ik hiermee omga en hoe dat ik hier hieruit wil geraken."* - ***Interview 5***

> *(over medicatie) "Ze heeft dat heel kort uitgelegd wat dat dat doet want ik heb heel veel nood aan duidelijkheid. Als ik iets begrijp, kan ik het plaatsen."* - ***Interview 3***

> *"Ze heeft het met artikels aangepakt, ze heeft het mij gewoon meegegeven, zo die dingen allemaal. Ze heeft ook altijd zo concreet, allee, klinkt misschien raar, he, maar zo met cijfers, enzo. (...) Ze heeft echt uitgelegd waarom ik naar de kinesist moest gaan, waarom ik naar de dokter moest gaan. Ze heeft elke keer wel, waarom we de loopbaanbegeleiding deden, dus ja."* - ***Interview 1***

Sommige participanten hadden in het begin van hun traject nood aan concrete sturing van de huisarts gezien ze zelf moeilijk tot actie kwamen of niet wisten waar te beginnen. Twee van de geïnterviewden (interview 2 en interview 3) gaven aan dat ze graag concrete contactgegevens van hulpverleners hadden meegekregen.

> *"Zo, ja je hebt in het begin echt wel nood aan iemand die zegt dat gaan we doen. Je hebt die houvast nodig want je kunt dat aan jezelf niet meer geven. Je bent dat voor een stuk kwijt."* - ***Interview 3***

> *"Dus iemand anders moet u eigenlijk dwingen om te zeggen 'Ok, dat is er aan de hand'. Het is niet ok, ik merk dat je echt wel diep zit, jij hebt hulp nodig, dus heel concreet zeggen wat er nodig is, en jij gaat nu dit doen. Gewoon die hele klare taal dat duidelijk, ja bijna bevel bij wijze van spreken, maakt dat ik dat wel kon."* - ***Interview 3***

> *"Ja, begin hier maar in de buurt te zoeken als je echt van niks weet. Ik had nu geluk dat ik, allée ja bij een ongeluk dat iemand van mijn collega's daar ook ging. Maar anders moet je echt wel ja, uit het niks beginnen zoeken en das niet zo gemakkelijk. Dus het zou wel fijn zijn moest er een lijst zijn."* - ***Interview 2***

Overzicht van de hulpverlener

In verschillende interviews werd aangehaald dat de hulpverlener een beter overzicht had van de te verwachten evolutie, daar waar de participant alles in het hier en nu beleefde.
Zo zag men in het behandeltraject vaak een discrepantie tussen de eigen inschatting van de situatie en die van de arts. Waar de participanten een korte arbeidsongeschiktheid of snelle terugkeer naar het werk verwachtten, schiep de arts vaak het perspectief van een langdurig traject. De arts nam daardoor vaak de leiding in de besluitvorming met betrekking tot het initiëren of verlengen van de arbeidsongeschiktheid. Hoewel dit ambivalente gevoelens opriep bij de patiënten zelf op het moment van deze besluitvorming, keken de verschillende respondenten a posteriori positief terug op de kordate houding van hun arts.

> *"Ik denk dat ik dat tegen de dokter ook letterlijk gezegd van: 'Ja, ik denk dat ik gewoon eens twee weken moet slapen of zo'. En dan zei hij: 'ja, dat gaat wel niet over zijn met twee weken slapen. Dat is jarenlang dat je hier opgebouwd hebt. Dat gaat niet over zijn met twee weken."* - ***Interview 8***

> *"Ik zit zo verscheurd in mijn hoofd, met zo wel en niet willen werken, (...) dus ik heb dat heel erg geapprecieerd dat zij wel daar de leiding nam en zij heeft gezegd van: 'volgens mij nog niet'."* - ***Interview 6***

> *"Daar waren altijd goede argumenten voor en dan kwam ik altijd een beetje verslagen thuis, maar ook weer met opluchting, dus dat was een heel dubbel gevoel."* - ***Interview 6***

Wanneer de arts deze rol niet opnam in de besluitvorming, merkte één van de participanten achteraf dat ze te snel herstart was. Ze betreurde dat de arts haar hierbij niet meer had afgeremd.

> *"Ik denk dat ik daar misschien geremd had moeten worden door te zeggen: ja, maar, je hebt hier wel... Je zit hier wel met iets. Zou je echt zo hard terug gaan knallen. Ja, om het een beetje cru te zeggen. Zou je dat niet iets langer opbouwen."* - ***Interview 4***

Hoewel de arts vaak een decisieve houding aannam wat betreft de duur van de arbeidsongeschiktheid, misten deelnemers soms een duidelijk plan of toekomstperspectief tijdens hun traject. Zij verwachtten van de betrokken hulpverleners dat deze hen stapsgewijs richting herstel begeleidden en deze stappen ook met hen communiceerden. Participanten gaven hierbij onder meer aan dat ze nood hadden om te weten waar ze stonden en dat het uiteindelijk goed zou komen.

> *"Ik denk dat die mevrouw wel alles heel goed gepland heeft enzo en er zat wel echt een lijn in de manier waarop ze het aanpakte, maar dat was niet altijd even duidelijk. Allee, het was niet duidelijk aangegeven op een tijdlijn van we gaan dit en dit en dit doen."* - ***Interview 1***

> *"Bij de begeleiding zelf mis ik heel fel een duidelijk pad en een duidelijk doel. Dus we gaan wel aan het werk met wat er op dat moment aanwezig is of waar dat ik even op vast of of wat er gebeurd is, maar ik zie niet in de toekomst waar ik naartoe ga en dat vind ik een beetje jammer."* - ***Interview 3***

> *"Een stuk de geruststelling van: 'Hey het komt wel goed'. Dat wordt te weinig uitgesproken."* - ***Interview 3***

Empathie/ Sociale steun

In elk interview werd door de geïnterviewden het belang van sociale steun aangekaart. Ze hadden nood aan erkenning van hun klachten en ze wensten op een empathische manier behandeld te worden, zowel in de zorgsetting als in de werk- en privéomgeving.

Het contact met de huisarts werd als empathisch ervaren wanneer er voldoende tijd werd genomen om de patiënt zijn verhaal te laten doen. Het werd geapprecieerd dat er oog was voor meer dan enkel het praktische en administratieve.

> *"Dat voelde heel fijn. Dat was ook echt, die nam haar tijd daarvoor. Dus was niet zo de snelle 10 minuten doktersafspraak. Ze was heel empathisch."* - ***Interview 6***

In de werkomgeving werden zowel verhalen van begrip als onbegrip door de werkgever beschreven. Enkele participanten vertelden dat ze steun hadden ervaren van hun werkgever wanneer die af en toe polste hoe het ging. Anderen gaven daarentegen aan weinig steun te hebben ervaren, bijvoorbeeld wanneer er niet geluisterd werd als ze aangaven dat het niet goed ging met hen of dat de werkdruk te hoog lag.

> *"Ja absoluut, ja zeker. Die waren heel supportief. Ook dan het jaar dat ik afwezig was, dan heeft mijn directe leidinggevende een paar keer gebeld, maar echt wel gewoon om te horen hoe dat het met mij gaat en absoluut niet om druk te leggen van kom je wel terug en wanneer... absoluut niet. Dus dat is heel goed aangepakt geweest wel."* - ***Interview 5***

> *"En ja dan ben ik ook dikwijls naar de baas geweest van: 'Oooh, dit kan ik echt niet aan'. Maar ja, daar kreeg ik niet veel gehoor van."* - ***Interview 2***

Naast de werkgever zijn ook collega's, familie en vrienden belangrijk geweest in de ondersteuning van de participanten. Tot slot gaf één iemand aan contact met lotgenoten te appreciëren omdat deze steun en erkenning vond bij de anderen.

> *"Nee, het zijn mijn collega's zelf die mij eigenlijk hebben geduwd van zeg, het gaat echt niet meer. Jij moet nu zeggen dat je ziek gaat zijn en niet meer terugkomt, allee voorlopig niet meer terugkomt."* - ***Interview 6***

> *"Ik heb wel veel aan mede-lotgenoten, (...) Want die weten ja - misschien een raar woord - hoe donker het kan zijn of hoe beangstigend het kan zijn. En de rest begrijpt dat eigenlijk niet. Die denken van: 'Allee nu, doe niet flauw'."* - ***Interview 7***

> *"Ja, Het was vooral die sociale steun enzo dat ik miste ook in het gezin, de familie."* - ***Interview 8***

Vertrouwensband hulpverlener

Het merendeel van de deelnemers benadrukte het belang van de vertrouwensrelatie met de hulpverlener. Het vertrouwen in of de persoonlijke band met een bepaalde huisarts zorgde ervoor dat de geïnterviewden hierbij hun verhaal deden. Een argument dat werd aangehaald om voor die zorgverlener te kiezen, was dat de drempel om open en eerlijk te communiceren minder groot was bij iemand die de patiënt al kende en waarbij deze zich goed voelde.

> *“Ik ben terug naar mijn oude huisarts gegaan omdat ik daar een hele goede band had. Ik ging daar geregeld naartoe, ook om gesprekken te hebben, en bij haar voelde dat oké om met mijn verhaal daar naartoe te gaan.”* - ***Interview 2***

> *“Dat was een gemakkelijke vertrouwenspersoon voor mij, omdat ik ze ook goed kende natuurlijk. Dus dat was wel... Voor mij wel een ja, gemakkelijk om daar eerlijk de zaken tegen te zeggen en zij was ook eerlijk tegen mij. Om te zeggen van ja pas op, niet te veel. Het gaat niet snel, pak uw tijd.”* - ***Interview 4***

Ook een persoonlijke aanpak werd geapprecieerd, zowel op vlak van communicatie- als consultatievorm. Zo ging één deelnemer wandelen met de psycholoog omdat ze wist dat dit hem faciliteerde in de consultatie.

> *“Ik heb het gevoel dat ik gehoord word, zij begrijpt wat ik wil zeggen want dat is soms ook moeilijk. Ik denk dat ik een eigen taal heb zoals elke mens en ja, je moet een beetje bij de juiste mensen terecht komen die u taal eigenlijk verstaan.”* - ***Interview 3***

> *“Ze wist dat ik bijvoorbeeld beter kon functioneren als ik bijvoorbeeld ging wandelen en zo van die dingen. Dat was allemaal mogelijk bij haar.”* - ***Interview 1***

Eén deelnemer voegde hieraan toe dat ook beschikbaarheid van de zorgverlener en consistentie van de opvolging cruciaal zijn voor de vertrouwensrelatie. Zij vertelde dat een hulpverlener een afspraak niet kon nakomen door een dubbelboeking, wat voor haar leidde tot een vertrouwensbreuk.

> *“Zij had per ongeluk die dag met iemand anders ook afgesproken en dat afstemmingsgesprek is er nooit meer gekomen. Bon, ja, dat vond ik dan heel spijtig, maar ja. Dat was er dan niet meer en dan had ik zoiets van: ‘oké, laat het dan ook maar zijn, dan hoeft het voor mij ook niet’. Maar weet je, toen was ook voor mij een vertrouwensbreuk gekomen.”* - ***Interview 7***

<u>Transformatie van de patiënt</u>

Wat in bijna alle interviews naar voren kwam, was het feit dat er een transformatie plaatsvond tijdens het hersteltraject. Zo kwam er bij velen het besef dat er meer tijd voor henzelf moest gemaakt worden en ook meer naar hun eigen lichaam moest geluisterd worden, bijvoorbeeld door meditatie. Daarnaast was opkomen voor henzelf en grenzen aangeven een terugkerend thema, waar met zorgverleners rond werd gewerkt.

> (*Over meditatie) “Ik gebruik dat nog elke dag eigenlijk. Ik bouw momenten in, in mijn agenda omdat ik dan tot rust kom en omdat ik daar enorm veel aan heb.* - ***Interview 1***

> *“Ik denk dat het thuis zitten en de tijd leren nemen om te zien wat, hoe dat je de bordjes In de lucht houdt en vooral nee leren zeggen en naar je lichaam luisteren, dat dat wel belangrijke lessen zijn geweest van... van toen thuis zitten, van die thuiszit-periode van toen eigenlijk.”* - ***Interview 4***

*"En ik heb dat geleerd bij de psycholoog en bij de psychiater van daarmee om te gaan en, euhm, dat ik ook een eigen mening mag hebben en ook een eigen gevoel mag hebben en dat maakt mij nu ook wel sterker."* - ***Interview 2***

Wat opviel was dat velen beschreven dat er mogelijks nooit een punt van volledig herstel kon bereikt worden. Dit aanvaarden was voor velen een proces van lange duur.

*"Als ik eerlijk ben, heb ik niet het gevoel dat ik volledig hersteld ben. Ik voel dat nog altijd, dat zit nog altijd in mijn systeem. Door die dame die me geholpen heeft weet ik wel, allee, ik weet waar ik op moet letten, enzo, maar ik ben niet meer dezelfde persoon als ervoor."* - ***Interview 1***

*"Er zijn zaken die ik niet meer kan en ik heb heel zwaar het vermoeden dat ik dat nooit meer zal kunnen. Ik zal nooit meer 2 jobs doen, ik zal altijd op mijn grenzen moeten letten, ik zal voldoende rust moeten voorzien bij alles. Ja, ik denk dat dat kwetsure of dingen zijn die je meeneemt en waar je ook vooral veel aandacht aan moet geven, heel oplettend zijn. Ja vooral heel goed luisteren naar de signalen van je lichaam maar ook van je denken."* - ***Interview 3***

*"Dat heeft mij ja zeker een jaar gekost om tot het besef te komen van ja, ik ga. Ja, ik ga ofwel nog heel lang niet, of misschien zelfs nooit nog op dat punt komen waar dat ik was voor de burn-out."* - ***Interview 5***

<u>Multidisciplinaire zorg</u>

Uit de interviews bleek dat de huisarts het eerste aanspreekpunt was en daarom een belangrijke rol speelde in de detectie en diagnose van burn-out. In het verdere verloop van het behandeltraject varieerde het belang van de huisarts voor de verschillende geïnterviewden. De meesten vonden dat een consultatie bij de huisarts een administratieve functie had. Eén persoon beschreef daarentegen dat haar huisarts wel een grote rol had gespeeld in de opvolging. Zo was er een goede doorverwijzing naar een psycholoog, werden lichamelijke klachten besproken en werden er praktische tips meegegeven.

*"Nu verlengt de huisdokter alleen maar uw ziektebriefje waardoor dat je op papier wel in orde zijt. Maar eigenlijk gebeurt er niks meer met u."* - ***Interview 2***

De meeste participanten gaven aan dat de psycholoog een belangrijke rol in hun hersteltraject had gespeeld, voornamelijk door het leren vertragen en het in kaart brengen van de oorzakelijke factoren van de burn-out.

*"Ik ben niet blij dat ik een ooit een burn-out heb gehad, maar het heeft wel mijn leven anders gemaakt dankzij de hulp van de psycholoog en de psychiater."* - ***Interview 2***

Kinesitherapie werd soms aangewend om fysieke spanningsklachten te verhelpen. Eén deelnemer werd niet naar een kinesist verwezen ondanks veel lichamelijke klachten en vond dit achteraf een gemiste kans.

*(Over kinesist) "Want dat had misschien inderdaad ook wel kunnen helpen. Of toch iets van euhm begeleide beweging ofzo. Dat had achteraf gezien misschien ook wat kunnen helpen."* - ***Interview 5***

Enkele geïnterviewden vernoemde geen begeleiding van een arbeidsarts gehad te hebben, ook niet voor de re-integratie naar het werk.

Wanneer er communicatie tussen de betrokken hulpverleners was, werd dit als iets erg positief bevonden. Eén persoon stelde zich de vraag waarom er niet meer verslagen omtrent psychologische hulpverlening werden uitgewisseld.

> *"Maar ik denk wel dat dat nuttig is voor de opvolging. (...) Dan heb je een betere inzage in het dossier. Want ja, je kunt kijken naar elke foto, elk verslag van de specialist. Dat kan de huisarts raadplegen. Waarom niet het verslag van de psycholoog? Allee ja, een verslagje... Het moet geen roman zijn."*
> ***- Interview 4***

Onderzoeksvraag 2: Welke aanpak hanteren huisartsen bij de behandeling en opvolging van patiënten met de diagnose van burn-out?

***Beschrijvende statistiek***

In totaal vulden 103 huisartsen en 46 haio's de vragenlijst in. De beschrijving van deze studiepopulatie is in tabel 10 weergegeven. In bijlage 9 is de beschrijvende statistiek per vraagstelling terug te vinden.

TABEL 10: beschrijving studiepopulatie huisartsen en haio's

| **Vraagstelling** | **Antwoordmogelijkheden** | **Aantal n (%)** |
|---|---|---|
| Wat is uw jobtitel? | Huisarts | 103 (69,1%) |
| | Huisarts in opleiding | 46 (30,9%) |
| Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | 1-3 jaar | 47 (31,5%) |
| | 4-5 jaar | 24 (16,1%) |
| | 6-10 jaar | 28 (18,8%) |
| | 11-15 jaar | 16 (10,7%) |
| | > 15 jaar | 34 (22,8%) |
| Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | < 1 keer per maand | 8 (5,5%) |
| | 1 keer per maand | 16 (11,0%) |
| | 1 keer per 2 weken | 34 (23,3%) |
| | 1 keer per week | 43 (29,5%) |
| | Meerdere keren per week | 45 (30,8%) |

Opvolging

Zevenenveertig procent (n= 69; 47,3%) van de huisartsen en haio's gaven aan de patiënt terug te zien op hun consultatie na twee weken. Een extra tweeëndertig procent (n= 46; 31,5%) gaf aan dat dit varieert. Acht procent van de artsen (n= 12; 8,2%) ziet patiënten terug na één week, zes procent (n=8; 5,5%) na drie weken en acht procent (n= 11; 7,5%) na één maand. Negenentachtig procent van de huisartsen en haio's (n=130; 89,0%) planden al een vervolgafspraak in.

Behandeling

In tabel 11 worden de verschillende personen en hulpverleners die in het behandeltraject van patiënten met burn-out betrokken kunnen zijn en de bijhorende waarde die huisartsen en haio's aan deze groep geven beschreven.

Alle huisartsen en haio's gaven aan dat de patiënt zelf een grote of zeer grote rol heeft in zijn behandeltraject. Zesenzeventig procent (n= 108; 75,5%) van de huisartsen en haio's vonden dat de huisarts een grote of zeer grote rol speelt in het behandeltraject. Zesentachtig procent (n= 123; 86,0%) van de deelnemende artsen gaf aan dat psychologen een grote of zeer grote rol spelen, terwijl de resterende veertien procent (n= 20; 14,0%) een kleine rol van de psycholoog aangaf. Geen enkele arts gaf aan dat de psycholoog geen rol heeft in het behandelingstraject van burn-out. De arbeidsarts werd een grote of zeer grote rol toegedeeld door zestig procent (n= 85; 59,5%) van de huisartsen en haio's. Slechts twee procent (n= 3; 2,1%) gaf aan dat de arbeidsarts geen rol speelt in het herstelproces van patiënten met burn-out.

| TABEL 11: Welke rol spelen de volgende personen in het herstelproces van een patiënt met burn-out? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Zeer grote rol Aantal n (%) | Grote rol Aantal n (%) | Kleine rol Aantal n (%) | Geen rol Aantal n (%) | Niet van toepassing Aantal n (%) |
| De patiënt | 118 (82,5%) | 25 (17,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Familie en vrienden | 31 (21,7%) | 84 (58,7%) | 27 (18,9%) | 1 (0,7%) | 0 (0%) |
| Huisarts | 18 (12,6%) | 90 (62,9%) | 33 (23,1%) | 2 (1,4%) | 0 (0%) |
| Psycholoog | 38 (26,6%) | 85 (59,4%) | 20 (14,0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Psychiater | 3 (2,1%) | 8 (5,4%) | 76 (53,1%) | 48 (33,6%) | 8 (5,6%) |
| Arbeidsarts | 16 (11,2%) | 69 (48,3%) | 55 (38,5%) | 3 (2,1%) | 0 (0%) |
| Coach | 8 (5,6%) | 60 (42,0%) | 59 (41,3%) | 13 (9,1%) | 3 (2,1%) |
| Verpleegkundige | 1 (0,7%) | 3 (2,1%) | 42 (29,4%) | 76 (53,1%) | 21 (14,7%) |
| Kinesist | 1 (0,7%) | 12 (8,4%) | 78 (54,5%) | 41 (28,7%) | 11 (7,7%) |

Een kwart van de huisartsen en haio's (n= 36; 25,5%) verwees hun patiënten met de diagnose van burn-out altijd door naar een psycholoog. Bijkomend verwezen zevenennegentig artsen (n= 97; 68,8%) de patiënt door naar een psycholoog als de patiënt in kwestie dit ook wenste. Geen enkele arts gaf aan nooit door te verwijzen naar een psycholoog en slechts acht artsen (n= 8; 5,7%) verwezen meestal niet. De redenen waarom een arts naar de psycholoog verwees worden in tabel 12 weergegeven.

| TABEL 12: Redenen van verwijzing naar een psycholoog door huisartsen en haio's bij patiënten met de diagnose van burn-out. (Meerdere antwoordopties konden aangeduid worden) | |
|---|---|
| | Aantal n (%) |
| Altijd | 35 (25,0%) |
| Bij weinig effect van initieel beleid | 81 (57,4%) |
| Bij langdurige arbeidsongeschiktheid (≥6 weken) | 77 (54,6%) |
| Bij depressieve gedachten | 94 (66,7%) |
| Bij angstproblematiek | 68 (48,2%) |
| Bij slaapproblemen | 26 (18,4%) |
| Ik verwijs patiënten nooit door naar de psycholoog | 0 (0%) |
| Andere (niet gespecificeerd) | 5 (3,5%) |

Het merendeel van de artsen gaf aan meestal geen of nooit contact te hebben met de arbeidsarts van de patiënt (respectievelijk n= 89; 63,1% en n= 28; 19,9%). Eén arts gaf aan altijd contact te hebben met de arbeidsarts. Drieëntwintig artsen (n= 23; 16,3%) hebben meestal contact met de arbeidsarts. De voornaamste twee redenen van het weinige contact bleken het niet weten wie de arbeidsarts van de patiënt is (n= 78; 66,7%) en een moeilijke bereikbaarheid van de arbeidsarts in kwestie (n= 67; 57,3%). Ongeveer één vierde van de artsen (n= 33; 28,2%) gaf aan onvoldoende tijd te hebben om contact op te nemen met de arbeidsarts. Acht artsen (n= 8; 6,8%) vonden het contact niet nuttig en vijf artsen (n= 5; 4,3%) trokken de neutraliteit van de arbeidsarts in vraag.

Zeventig procent (n= 99; 70,2 %) van de huisartsen en haio's gaven aan meestal geen medicatie te starten. Bijkomend gaf vierentwintig procent (n= 34; 24,1%) van de huisartsen aan nooit medicatie voor te schrijven aan patiënten met burn-out. Vijf artsen rapporteerden meestal medicatie voor te schrijven en drie artsen altijd.

Drieëntachtig procent (n= 117; 82,9%) van de huisartsen en haio's gaven aan meestal wel (n= 80; 56,7%) of altijd (n= 37; 26,2%) opdrachten met hun patiënten mee te geven. Zestien procent van de artsen (n= 22; 15,6%) gaf aan dit meestal niet te doen en anderhalf procent (n= 2; 1,4%) zelfs nooit. Van de 117 huisartsen en haio's die opdrachten meegeven met hun patiënten wordt in tabel 13 beschreven over welke opdrachten het gaat.

TABEL 13: Opdrachten die worden meegegeven aan een patiënt met de diagnose van burn-out. (Meerdere antwoordopties konden aangeduid worden)

| | Aantal n (%) |
|---|---|
| 5G model | 32 (27,4%) |
| Balansmodel | 48 (41,0%) |
| Het KOP-model | 11 (9,4%) |
| De batterij | 37 (31,6%) |
| De spanningsthermometer | 4 (3,4%) |
| Ademhalingsoefeningen | 72 (61,5%) |
| Schrijf- en piekeropdrachten | 69 (59,0%) |
| Andere (niet gespecificeerd) | 44 (37,6%) |

Kennis rond burn-out

Bij de huisartsen en haio's werd ook gevraagd naar de mate waarin ze zich comfortabel voelen bij een consultatie van burn-out. Hierbij gaf de meerderheid aan meestal (n= 81; 55,5%) of altijd (n= 48; 32,9%) op hun gemak te zijn. Drie artsen (n= 3; 2,1%) gaven aan niet comfortabel te zijn met het voeren van een consultatie rond burn-out, veertien artsen (n= 14; 9,5%) zouden soms wel en soms niet comfortabel zijn.

Bij bevraging naar gebruik van richtlijnen gaf de meerderheid van de huisartsen en haio's (n= 85; 60,7%) aan deze niet te gebruiken in de begeleiding van patiënten met burn-out. Indien toch gebruik gemaakt werd van richtlijnen, gebruikten de meeste artsen (n= 47; 87,0%) de NHG-richtlijn. In tabel 14 wordt er opgelijst welke richtlijnen de artsen aangaven te gebruiken.

TABEL 14: Welke richtlijn/bron gebruiken huisartsen in de begeleiding van patiënten met de diagnose van burn-out? (Meerdere antwoordopties konden aangeduid worden)

| | Aantal n (%) |
|---|---|
| De NHG-richtlijn | 47 (78,0%) |
| EBM Practicenet | 19 (35,2%) |
| Huisarts en wetenschap | 7 (13,0%) |
| Hoge gezondheidsraad (HGR) | 6 (11,1%) |
| UpToDate | 4 (7,4%) |
| De GGZ-standaarden | 3 (5,5%) |
| Dynamed | 3 (5,6%) |
| Andere (niet gespecificeerd) | 5 (9,3%) |

Bij navraag naar hiaten in de kennis rond burn-out werden verschillende elementen aangekaart. Eenentwintig procent van de huisartsen en haio's (n= 30; 21,4%) gaf aan moeilijkheden te ondervinden rond gespreksvoering en anamnese. Zesentwintig procent van de artsen (n= 36; 25,7%) ondervond moeilijkheden in de diagnosestelling van burn-out. Eenenzestig procent van de huisartsen en haio's (n= 86; 61,4%) beschreven hiaten in hun kennis rond de behandeling van patiënten met burn-out klachten. Veertig procent (n= 56; 40,0%) gaf aan moeilijkheden te

ondervinden met follow-up en vijfendertig procent (n= 49; 35,0%) merkte hiaten in diens theoretische achtergrondkennis over burn-out op. Eén arts gaf aan geen hiaten te hebben rond het topic burn-out. Meermaals werd door artsen beschreven dat ze het gevoel hebben onvoldoende opgeleid te zijn rond het topic, met vraag naar praktische tips voor elke fase van het behandeltraject. Drie artsen gaven in dit onderzoek aan dat burn-out volgens hen niet bestaat. Voor zesenzeventig procent van de huisartsen en haio's (n= 107; 76,4%) was er een verschil tussen overspanning, surmenage en burn-out. Voor een bijkomende twintig procent (n= 28; 20,0%) was het verschil tussen de verschillende termen onduidelijk.

***Vergelijkende statistiek***

Gezien de beperkte steekproefgrootte werd gekozen voor bivariate analyse (bijlage 10).

Het aantal jaren ervaring als huisarts was significant gecorreleerd met het al dan niet voorschrijven van medicatie (p=0,037) en het gebruik van richtlijnen (p=0,021). Er werd een trend geobjectiveerd waarbij artsen die minder jaren actief zijn meer richtlijnen lijken te gebruiken en ook minder medicatie voorschrijven (bijlage 11). Er werd geen correlatie gevonden tussen het aantal jaren werkzaam zijn als huisarts en het meegeven van opdrachten (p=0,122), het verwijzen naar een psycholoog (p=0,764) en het contact opnemen met een arbeidsarts (p=0,465).

Het aantal burn-outpatiënten dat de arts gemiddeld ziet, was enkel significant gecorreleerd met het voorschrijven van medicatie (p<0,001). Er kon geen duidelijke richting van de correlatie gevonden worden. Er werd geen correlatie gevonden met het meegeven van opdrachten (p=0,169), het verwijzen naar een psycholoog (p=0,203), het contact opnemen met een arbeidsarts (p=0,261) en het gebruiken van richtlijnen (p=0,082).

Het gebruik van richtlijnen was niet gecorreleerd met het meegeven van opdrachten (p=0,366) en het voorschrijven van medicatie (p=0,975). Het al dan niet contact opnemen met de arbeidsarts en verwijzen naar een psycholoog was wel significant gecorreleerd met het gebruik van richtlijnen (respectievelijk p=0,013 en p=0,003). Voor de correlaties kon opnieuw geen duidelijke trend gevonden worden.

# DISCUSSIE

ONDERZOEKSVRAAG 1: Hoe kijken patiënten die een burn-out doormaakten terug op het zorgtraject dat ze binnen de eerste lijn hebben afgelegd?

***Kwantitatief onderzoek***

Uit ons onderzoek blijkt dat wanneer een patiënt met zijn/haar verhaal bij de huisarts terecht kon, er meer kans was dat de huisarts ook een belangrijke rol speelde in diens traject. Daarnaast waren patiënten tevreden over de controlefrequentie waarmee ze bij de huisarts werden opgevolgd en over de besluitvorming rond de duur van het ziekteattest. De grootste groep keerde terug naar het werk na drie à twaalf maanden. Indien er sprake was van langdurige arbeidsongeschiktheid, was meer dan een derde hiervan nog niet terug aan het werk op het moment van de vragenlijst. Opmerkelijk hierbij waren de grote uitschieters met een zeer lange duur van arbeidsongeschiktheid.

Wat betreft het behandeltraject werden de bevraagde interventies (schrijfopdrachten, doorverwijzing psycholoog en psychiater) als behulpzaam ervaren. Zo vonden patiënten schrijfopdrachten nuttig in hun traject, al kreeg slechts een kleine minderheid van de patiënten deze mee. Dit is opmerkelijk gezien de NHG-richtlijn dit wel aanbeveelt.[12]

De meerderheid van de patiënten werd tijdens hun traject bij de psycholoog opgevolgd, verder werd ook een kwart van de patiënten opgevolgd door een psychiater. Dit werd over het algemeen nuttig gevonden. We kunnen aan de hand van de vragenlijst niet achterhalen wat de reden voor doorverwijzing was, maar in de NHG-richtlijnen wordt dit voornamelijk aangeraden bij stagnatie van de klachten, ernstig disfunctioneren of psychiatrische (co)morbiditeit.[12]

***Kwalitatief onderzoek met interviews***

Een terugkerende boodschap doorheen de verschillende thema's is de nood aan een actieve rol van de huisarts. Zeker in het begin van het burn-out traject is het de huisarts die aan de alarmbel moet trekken en de patiënt moet stoppen gezien deze zelf vaak in ontkenning is van diens diagnose. Deze sturende rol van de huisarts komt ook tot uiting in het bepalen van de arbeidsongeschiktheid, de juiste verwijzing en het meegeven van concrete opdrachten. In het verdere traject geven de patiënten eveneens aan nood te hebben aan een leidende figuur. Uit deze analyse blijkt dat de huisarts bij de behandeling van burn-out een meer actieve beslissingsrol moet opnemen dan gebruikelijk in het shared decision-making proces. Deze bevindingen zijn opmerkelijk gezien gezamenlijke besluitvorming momenteel sterk geïmplementeerd wordt in het consultatievoeren. Dit onderzoek stelt niet het gehele model van shared decision-making in vraag, maar roept wel op tot enige reflectie over een variabele toepassing ervan met een kleinere of grotere beslissingsrol van de huisarts naargelang de situatie. Verder onderzoek is nodig om beter zicht te krijgen op de toepassing hiervan.

Empathie en sociale steun zijn voor de patiënt zeer belangrijk in het traject. Dit ligt in lijn met de bevindingen uit de literatuurstudie.[16,17, 18, 21, 22, 23] In deze studie kwam bijkomend aan bod dat tijdsgebrek en de administratieve last beperkende factoren kunnen zijn voor het hebben van een waardevol contact met de huisarts. Ook dit werd niet eerder beschreven in de literatuur. Vermoedelijk kan dit deels verklaard worden doordat voorgaande studies plaatsvonden in een andere setting, namelijk in rehabilitatieprogramma's en -klinieken.[18,19,21,22,23,24,26]

Naast de huisarts kwamen ook andere hulpverleners aan bod. Het werd door de patiënten als positief ervaren als deze onderling in communicatie stonden en zo een optimale opvolging konden garanderen.

ONDERZOEKSVRAAG 2: Welke aanpak hanteren huisartsen bij de behandeling en opvolging van patiënten met de diagnose van burn-out?

Er werd in deze studie gepeild naar de aanpak van huisartsen en haio's in het behandeltraject van burn-out met betrekking tot drie uitkomstmaten: opvolging, behandeling en kennis rond burn-out.

Wat betreft opvolging lijken huisartsen te werken volgens de aanbevelingen over burn-out.[12,2] Zo gaf het grootste deel van de artsen aan dat zij patiënten lieten terugkomen na twee weken of dat de opvolgfrequentie varieerde. De NHG-richtlijn raadt aan om in de crisisfase een patiënt om de één à twee weken terug te zien en nadien verdere opvolging om de drie à vier weken in te plannen.

Ook op vlak van behandeling lijken de meeste huisartsen volgens de NHG-richtlijnen te werken.[12] Zo gaven ze aan naar een psycholoog door te verwijzen in samenspraak met de patiënt. De voornaamste verwijsredenen waren depressieve gedachten, langdurige arbeidsongeschiktheid en weinig effect van het initieel beleid. Verder gaven huisartsen aan opdrachten mee te geven met de patiënt. Dit stemt echter niet overeen met de bevindingen in de patiëntenvragenlijst, waar patiënten aangaven eerder zelden opdrachten mee te krijgen. Het zou kunnen dat patiënten niet altijd doorhadden dat er een opdracht werd meegegeven of dat er recall bias optrad. Anderzijds is het mogelijk dat huisartsen sociaal wenselijk geantwoord hebben (social desirability bias) omdat het meegeven van opdrachten als gunstig gepercipieerd kan worden. Tot slot kan er een vorm van selectie bias aanwezig zijn waarbij vooral huisartsen met een interesse voor burn-out de vragenlijst hebben ingevuld.
Er werd zelden medicatie opgestart door huisartsen. Correlatieanalyses konden een verband aantonen tussen enerzijds het aantal jaren ervaring en anderzijds het gebruik van richtlijnen en het voorschrijven van medicatie. Hierbij zagen we een trend waarbij artsen die minder jaren actief waren meer richtlijnen gebruikten en minder medicatie voorschreven. Slechts acht respondenten gaven echter aan medicatie voor te schrijven waardoor de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten mogelijks wordt beïnvloed.

Er is wel een discrepantie tussen wat de literatuur aanraadt en het contact met de arbeidsarts in het dagelijks gerapporteerde praktijkvoeren.[12,2] De NHG-richtlijn raadt namelijk aan te overleggen met de arbeidsarts wanneer werk-gerelateerde factoren het herstelproces en/of de werkhervatting belemmeren, bijvoorbeeld bij conflictsituaties op de werkvloer. Daarnaast wordt geadviseerd de patiënt zelf te stimuleren om de problematiek te bespreken met de werkgever en de arbeidsarts. Over het algemeen werd door de huisartsen geen contact opgenomen met de arbeidsarts van de patiënt, wat opmerkelijk is gezien de helft wel aangeeft dat deze een grote rol speelt in het hersteltraject. De belangrijkste reden die in dit onderzoek naar voren werd geschoven, was het niet weten wie de arbeidsarts van de patiënt is. Het lijkt dus zinvol om huisartsen en arbeidsartsen te informeren over het vinden van elkaars contactgegevens en te motiveren tot onderlinge dialoog.

Hoewel het bevraagde beleid van de huisartsen en haio's in lijn lijkt te liggen met wat in de NHG-richtlijn beschreven wordt, gaf meer dan de helft aan geen richtlijnen te gebruiken. Wel werd een trend gezien waarbij artsen die minder jaren actief zijn, vaker richtlijnen lijken te gebruiken dan artsen die langer actief zijn.

STERKTE-ZWAKTE ANALYSE

Een zwakte in dit onderzoek is de formulering van enkele vragen bij de patiëntenvragenlijst. Zo werd de vraag rond medicatie gebruik tijdens het behandeltraject onduidelijk geformuleerd waardoor misinterpretatie mogelijk was. Verder ontbrak een vraag die peilde naar de tevredenheid van de patiënt over het hele behandeltraject. Een dergelijke vraag zou nuttig kunnen geweest zijn voor de vergelijkende statistiek zodat niet enkel vanuit de rol van de huisarts vertrokken moest worden. Bovendien werd de beoogde steekproefgrootte van de patiënten- en huisartsenvragenlijst niet bereikt. Bij de patiënten kon de vooropgestelde steekproefgrootte wel benaderd worden en was het tekort in respondenten relatief beperkt. Het tekort bij de huisartsen was echter meer uitgesproken waardoor er geen multivariate analyse mogelijk was. Er is dus verder onderzoek nodig met een grotere steekproefgrootte en meer uitgebreide vragenlijsten.

De grootste sterkte van dit onderzoek is de bevraging van zowel patiënten als huisartsen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen op de behandeling van burn-out in de eerste lijn. Gegevens over de ervaring van patiënten met burn-out zijn eerder beperkt in voorgaand onderzoek. In dit onderzoek werd hier wel dieper op ingegaan, mede door middel van diepte-interviews. Op deze manier kwam deze studie tot nieuwe inzichten wat betreft de sturende rol die de huisarts op zich dient te nemen.

# BESLUIT

Een empathische en open houding van de hulpverleners wordt als ondersteunend ervaren door patiënten. Voldoende tijd maken voor de patiënt en een luisterende houding van de arts is hierbij cruciaal. Het zal een uitdaging worden om een goed evenwicht te vinden met het uitvoeren van noodzakelijke administratieve taken. Daarnaast gaven patiënten aan dat ze nood hadden aan een sturende arts, duidelijke informatie en concrete verwijzingen. Verder hechten patiënten belang aan een multidisciplinair behandelteam en een goede communicatie onderling. Wat betreft het behandeltraject werden de bevraagde behandelingen (opdrachten, verwijzing naar een psycholoog/psychiater) als behulpzaam ervaren.

Over het algemeen voelt de meerderheid van de huisartsen zich comfortabel bij het voeren van een consultatie met burn-outpatiënten. Hoewel een kleine meerderheid van de huisartsen aangeeft geen richtlijnen te gebruiken, lijkt hun beleid wel grotendeels in overeenstemming te zijn met de NHG-richtlijn. Huisartsen nemen weinig contact op met de arbeidsarts, hoewel de helft van de huisartsen en haio's aangeeft dat deze wel een grote rol spelen en ook de NHG-richtlijn onderling overleg aanbeveelt. Het lijkt dus zinvol om huisartsen en arbeidsartsen te informeren over het vinden van elkaars contactgegevens en te motiveren tot onderlinge dialoog.

# REFERENTIES


1. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help , Ik Zit Erdoor ! (deel 1). 2012;41(2):62–6.
2. Bastiaanssen MHH, Loo MAJ., Terluin B, Vendrig AA, Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak overspanning en burn-out. Herziening 2011. Huisarts Wet [Internet]. 2011;54(12):11–6. Available from: https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/H%26W_12_LESA_LR_overspanning.pdf
3. Vinkers CH. Burn-out: een ongrijpbaar fenomeen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2021;165(8):1–4.
4. Finoulst M, Vankrunkelsven P, Braeckman L. Uit de pers gelicht Hoe wijd verspreid is burn-out? 2015;71(2):123. Available from: https://www.nvab-online.nl/sites/
5. Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts Wet. 2015;58(4):212–6.
6. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health. 2017;17(1):1–13.
7. Berend Terluin, Dela van Dijk, Jac van der Klink, Carel Hulshof AR. Gezondheidsraad BURN-OUT EN WERK SEPTEMBER 2017 HGR NR 9339 Hoge Gezondheidsraad BURN-OUT EN WERK SEPTEMBER 2017 HGR NR 9339. 2017;(9339).
8. Hansez I, Mairiaux P, Firket P, Braeckman L. Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking: samenvatting van het eindverslag. 2010;
9. RIZIV. Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen? - RIZIV [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 2]. Available from: https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/arbeidsongeschiktheid-hoeveel-burn-outs-en-depressies-langer-dan-een-jaar-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen
10. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2011;108(46):781–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22163259%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3230825
11. Martens L, Decat P, Pauwelyn J. Werkhervatting na een burn-out: rol van de huisarts bij re- integratie. Huisarts Nu. 2022;(52):75–8.
12. Van Avendonk M, Oeij S, Seeleman J, Starmans R, Terluin B WA, Tj W. NHG standaard: Burn-out in de huisartsenpraktijk. NHG [Internet]. 2018 (laatste wijziging in november 2018) ; Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out
13. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of

shared decision making models: A systematic review. BMJ Open. 2019;9(12).

14. Lindsäter E, Svärdman F, Wallert J, Ivanova E, Söderholm A, Fondberg R, et al. Exhaustion disorder: scoping review of research on a recently introduced stress-related diagnosis. BJPsych Open. 2022;8(5):1–12.

15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372.

16. Pijpker R, Vaandrager L, Veen EJ, Koelen MA. Seizing and realizing the opportunity: A salutogenic perspective on rehabilitation after burnout. Work [Internet]. 2021;68(3):551–61. Available from: https://kuleuven.e-bronnen.be/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=160235297&site=ehost-live&scope=site

17. Köpsén S, Sjöström R. Patients' experiences of a stress-management programme in primary care. J MultidiscipHealthc [Internet]. 2020;13:207–16. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2003827262&from=export U2 - L2003827262

18. Fjellman-Wiklund A, Stenlund T, Steinholtz K, Ahlgren C. Take charge: Patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. J Rehabil Med. 2010;42(5):475–81.

19. Norlund S, Fjellman-Wiklund A, Nordin M, Stenlund T, Ahlgren C. Personal Resources and Support When Regaining the Ability to Work: An Interview Study with Exhaustion Disorder Patients. J Occup Rehabil [Internet]. 2013;23(2):270–9. Available from: https://kuleuven.e-bronnen.be/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104173933&site=ehost-live&scope=site

20. Boersma JJ, Brown P. The tired hero and her (il)legitimation: Reworking Parsons to analyse experiences of burnout within the Dutch employment system and lifeworld. Soc Sci Med [Internet]. 2020;265. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2008480186&from=export U2 - L2008480186

21. Eskilsson T, Fjellman-Wiklund A, Ek Malmer E, Stigsdotter Neely A, Malmberg Gavelin H, Slunga Järvholm L, et al. Hopeful struggling for health: Experiences of participating in computerized cognitive training and aerobic training for persons with stress-related exhaustion disorder. Scand J Psychol. 2020;61(3):361–8.

22. Salminen S, Andreou E, Holma J, Pekkonen M, Mäkikangas A. Narratives of burnout and recovery from an agency perspective: A two-year longitudinal study. Burn Res [Internet]. 2017;7:1–9. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L618012000&from=export U2 - L618012000

23. Salminen S, Mäkikangas A, Hätinen M, Kinnunen U, Pekkonen M. My Well-Being in My Own Hands: Experiences of Beneficial Recovery During Burnout Rehabilitation. J Occup Rehabil. 2015;25(4):733–41.

24. Korhonen M, Komulainen K, Okkonen V. Burnout as an identity rupture in the life course: a longitudinal narrative method. Sociol Heal Illn. 2020;42(8):1918–33.

25. Eriksson T, Karlström E, Jonsson H, Tham K. An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. Scand J Occup Ther. 2010;17(1):29–39.

26. Hellman T, Jonsson H, Johansson U, Tham K. Connecting rehabilitation and everyday life--the lived experiences among women with stress-related ill health. [Internet]. Vol. 35, Disability and rehabilitation. England; 2013. p. 1790–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23343358/

27. Hansez, Isabelle; Rosu DFPBL. Evolutie 2010-2018 van burn-out in België en belang van het gezamenlijk gebruik van twee diagnostische hulpmiddelen. 2019; Available from: https://employment.belgium.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn op het werk/Onderzoeksprojecten/burnout2019_samenvatting_van_het_onderzoek.pdf

28. Lenoir, Luca; Goedhuys, Jo; Declercq T. Ontwikkelen van een op het KOP-model gebaseerd , consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out ). Masterpaper. 2019;

29. Morlion, Janne; Goedhuys , Jo; Declercq T. Implementeren en evalueren van een, op het KOP-model gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out) in drie huisartspraktijken. Masterpaper. 2019;

30. INTEGO (Integrated Computer Network). INTEGO tool [Internet]. [cited 2023 Jun 13]. Available from: https://www.intego.be/resultaten/tool

31. Vlaanderen S. Bevolking: omvang en groeiitle. Available from: https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-omvang-en-groei

32. Timothée Mahieu, Pieter-Jan Miermans, Meike Horn, Miguel Lardennois, Joëlle Pieters, Hanne Van Herp, et al. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België [Internet]. 2019 May [cited 2023 Jun 13]. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2018_nl_1.pdf

33. Dierckx De Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis An experience-based and detailed description of the strengths and pitfalls of the Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL). Int J Nurs Stud [Internet]. 2012 [cited 2023 Jun 13];49:360–71. Available from: www.elsevier.com/ijns

# BIJLAGEN

Bijlage 1: Diagnostische criteria 'exhaustion disorder'[14]

Diagnostic criteria for exhaustion disorder (F43.8A) published by the Swedish National Board of Health and Welfare (ICD-10-SE). Criteria A–F must all be met to set the diagnosis.

**A.** Physical and mental symptoms of exhaustion for at least 2 weeks. The symptoms have developed in response to one or more identifiable stressors, which have been present for at least 6 months.

**B.** Markedly reduced mental energy, manifested by reduced initiative, lack of endurance or increase in time needed for recovery after mental efforts.

**C.** At least four of the following symptoms have been present most of the day, nearly every day, during the same 2-week period:

**1.** persistent complaints of impaired memory and concentration

**2.** markedly reduced capacity to tolerate demands or to perform under time pressure

**3.** emotional instability or irritability

**4.** insomnia or hypersomnia

**5.** persistent complaints of physical fatigue and lack of endurance

**6.** physical symptoms such as muscular pain, chest pain, palpitations, gastrointestinal problems, vertigo or increased sensitivity to sounds.

**D.** The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning.

**E.** The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g. misuse of a drug or medication) or a general medical condition (e.g. hypothyroidism, diabetes, infectious disease).

**F.** The stress-related disorder does not meet criteria for major depressive disorder, dysthymic disorder or generalised anxiety disorder. [If, for or example, criteria for depression are met, exhaustion disorder is to be used as a complementary diagnosis.]

Bijlage 2: zoekstrategie oriënterend literatuuronderzoek

***Pubmed (via NCBI, including MEDLINE)***

((("Burnout, Psychological"[Mesh] OR "Emotional Exhaustion"[Mesh:NoExp] OR "Mental Fatigue"[Mesh:NoExp]) AND ("Rehabilitation"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Therapeutics"[Mesh:NoExp] OR "therapy" [Subheading:NoExp] OR "Ambulatory Care"[Mesh:NoExp] OR "Psychosocial Intervention"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Mind-Body Therapies"[Mesh] OR "Conservative Treatment"[Mesh] OR "Drug Therapy"[Mesh:NoExp] OR “Drug Therapy, Combination"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care"[Mesh:NoExp] OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh])) OR “burnout care”[tiab:~2] OR “burn-out care”[tiab:~2] OR “mental fatigue care”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion care”[tiab:~2] OR “burnout Rehabilitation”[tiab:~2] OR “burn-out Rehabilitation”[tiab:~2] OR “mental fatigue Rehabilitation”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Rehabilitation”[tiab:~2] OR “burnout Therapeutic”[tiab:~2] OR “burn-out Therapeutic”[tiab:~2] OR “mental fatigue Therapeutic”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Therapeutic”[tiab:~2] OR “burnout Therapeutics”[tiab:~2] OR “burn-out Therapeutics”[tiab:~2] OR “mental fatigue Therapeutics”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Therapeutics”[tiab:~2] OR “burnout Therapy”[tiab:~2] OR “burn-out Therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue Therapy”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Therapy”[tiab:~2] OR “burnout Therapies”[tiab:~2] OR “burn-out Therapies”[tiab:~2] OR “mental fatigue Therapies”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Therapies”[tiab:~2] OR “burnout Treatment”[tiab:~2] OR “burn-out Treatment”[tiab:~2] OR “mental fatigue Treatment”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Treatment”[tiab:~2] OR “burnout Ambulatory Care”[tiab:~2] OR “burn-out Ambulatory Care”[tiab:~2] OR “mental fatigue Ambulatory Care”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Ambulatory Care”[tiab:~2] OR “burnout Outpatient care”[tiab:~2] OR “burn-out Outpatient care”[tiab:~2] OR “mental fatigue Outpatient care”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Outpatient care”[tiab:~2] OR “burnout Intervention”[tiab:~2] OR “burn-out Intervention”[tiab:~2] OR “mental fatigue Intervention”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Intervention”[tiab:~2] OR “burnout Interventions”[tiab:~2] OR “burn-out Interventions”[tiab:~2] OR “mental fatigue Interventions”[tiab:~2] OR “Emotional Exhaustion Interventions”[tiab:~2] OR “burnout mind-body therapy”[tiab:~2] OR “burnout mind-body therapies”[tiab:~2] OR “burnout mind body therapy”[tiab:~2] OR “burnout mind body therapies”[tiab:~2] OR “burnout conservative treatment”[tiab:~2] OR “burnout drug therapy”[tiab:~2] OR “burnout drug therapies”[tiab:~2] OR “burnout psychotherapy”[tiab:~2] OR “burnout cognitive therapy”[tiab:~2] OR “burnout relaxation therapy”[tiab:~2] OR “burn-out mind-body therapy”[tiab:~2] OR “burn-out mind-body therapies”[tiab:~2] OR “burn-out mind body therapy”[tiab:~2] OR “burn-out mind body therapies”[tiab:~2] OR “burn-out conservative treatment”[tiab:~2] OR “burn-out drug therapy”[tiab:~2] OR “burn-out drug therapies”[tiab:~2] OR “burn-out psychotherapy”[tiab:~2] OR “burn-out cognitive therapy”[tiab:~2] OR “burn-out relaxation therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue mind-body therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue mind-body therapies”[tiab:~2] OR “mental fatigue mind body therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue mind body therapies”[tiab:~2] OR “mental fatigue conservative treatment”[tiab:~2] OR “mental fatigue drug therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue drug therapies”[tiab:~2] OR “mental fatigue psychotherapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue cognitive therapy”[tiab:~2] OR “mental fatigue relaxation therapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion mind-body therapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion mind-body therapies”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion mind body therapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion mind body therapies”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion conservative treatment”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion drug therapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion drug therapies”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion psychotherapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion cognitive therapy”[tiab:~2] OR “emotional exhaustion relaxation therapy”[tiab:~2]) AND ("Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Interviews as

Topic"[Mesh] OR "Interview, Psychological"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[tiab:~2] OR "Patients Satisfaction"[tiab:~2] OR "Client Satisfaction"[tiab:~2] OR "Clients Satisfaction"[tiab:~2] OR "Patient Satisfaction"[tiab:~2] OR "Patients Satisfaction"[tiab:~2] OR "Patient Satisfactions"[tiab:~2] OR "Patients Satisfactions"[tiab:~2] OR "Client Satisfactions"[tiab:~2] OR "Clients Satisfactions"[tiab:~2] OR "Patient Satisfactions"[tiab:~2] OR "Patients Satisfactions"[tiab:~2] OR "Patient Contentment"[tiab:~2] OR "Patients Contentment"[tiab:~2] OR "Personal Contentment"[tiab:~2] OR "Client Contentment"[tiab:~2] OR "Clients Contentment"[tiab:~2] OR "Patient Assessment"[tiab:~2] OR "Patients Assessment"[tiab:~2] OR "Personal Assessment"[tiab:~2] OR "Client Assessment"[tiab:~2] OR "Clients Assessment"[tiab:~2] OR "Patient Assessments"[tiab:~2] OR "Patients Assessments"[tiab:~2] OR "Personal Assessments"[tiab:~2] OR "Client Assessments"[tiab:~2] OR "Clients Assessments"[tiab:~2] OR "Patient Evaluation"[tiab:~2] OR "Patients Evaluation"[tiab:~2] OR "Personal Evaluation"[tiab:~2] OR "Client Evaluation"[tiab:~2] OR "Clients Evaluation"[tiab:~2] OR "Patient Evaluations"[tiab:~2] OR "Patients Evaluations"[tiab:~2] OR "Personal Evaluations"[tiab:~2] OR "Client Evaluations"[tiab:~2] OR "Clients Evaluations"[tiab:~2] OR "Patient opinion"[tiab:~2] OR "Patients opinion"[tiab:~2] OR "Personal opinion"[tiab:~2] OR "Client opinion"[tiab:~2] OR "Clients opinion"[tiab:~2] OR "Patient opinions"[tiab:~2] OR "Patients opinions"[tiab:~2] OR "Personal opinions"[tiab:~2] OR "Client opinions"[tiab:~2] OR "Clients opinions"[tiab:~2] OR "Patient Experience"[tiab:~2] OR "Patients Experience"[tiab:~2] OR "Personal Experience"[tiab:~2] OR "Client Experience"[tiab:~2] OR "Clients Experience"[tiab:~2] OR "Patient Experiences"[tiab:~2] OR "Patients Experiences"[tiab:~2] OR "Personal Experiences"[tiab:~2] OR "Client Experiences"[tiab:~2] OR "Clients Experiences"[tiab:~2] OR "Patients' satisfaction"[tiab:~2] OR "Patients' satisfactions"[tiab:~2] OR "Patients' contentment"[tiab:~2] OR "Patients' assessment"[tiab:~2] OR "Patients' assessments"[tiab:~2] OR "Patients' evaluation"[tiab:~2] OR "Patients' evaluations"[tiab:~2] OR "Patients' opinion"[tiab:~2] OR "Patients' opinion"[tiab:~2] OR "Patients' opinions"[tiab:~2] OR "Patients' experience"[tiab:~2] OR "Patients' experiences"[tiab:~2] OR "Clients' satisfaction"[tiab:~2] OR "Clients' satisfactions"[tiab:~2] OR "Clients' contentment"[tiab:~2] OR "Clients' assessment"[tiab:~2] OR "Clients' assessments"[tiab:~2] OR "Clients' evaluation"[tiab:~2] OR "Clients' evaluations"[tiab:~2] OR "Clients' opinion"[tiab:~2] OR "Clients' opinion"[tiab:~2] OR "Clients' opinions"[tiab:~2] OR "Clients' Experience"[tiab:~2] OR "Clients' Experiences"[tiab:~2])

***Embase (Embase.com)***

(('professional burnout'/exp OR 'mental fatigue'/de) AND ('rehabilitation'/de OR 'mental health recovery'/de OR 'primary health care'/exp OR 'patient care'/de OR 'general practitioner'/de OR 'therapy'/de OR 'ambulatory care'/de OR 'psychosocial intervention'/de OR 'cognitive behavioral therapy'/de OR 'self concept'/de OR 'primary medical care'/de)) OR (('burnout' OR 'burn-out' OR 'mental fatigue' OR 'emotional exhaustion' OR 'stress induced exhaustion disorder' OR 'stress management') NEAR/3 ('care' OR 'primary care' OR 'rehabilitation' OR 'therapeutic*' OR 'therapy' OR 'therapies' OR 'treatment' OR 'ambulatory care' OR 'outpatient care' OR 'intervention*' OR 'rehabilitation program')):ti,ab,kw AND ('patient satisfaction'/exp OR 'satisfaction'/de OR 'interview'/exp OR 'psychological interview'/de) OR (('patient*' OR 'client*' OR 'personal') NEAR/1 ('satisfaction*' OR 'contentment' OR 'assesment' OR 'evaluation' OR 'opinion' OR 'experience*')):ti,ab,kw

***Web of science Core Collection***

Editions:

- Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED)--1955-present
- Social Sciences Citation Index (SSCI)--1956-present
- Arts & Humanities Citation Index (AHCI)--1975-present
- Conference Proceedings Citation Index – Science (CPCI-S)--1990-present
- Conference Proceedings Citation Index – Social Science & Humanities (CPCI-SSH)--1990-present
- Emerging Sources Citation Index (ESCI)--2019-present

#1:
TS=((“burnout” OR “burn-out” OR “mental fatigue” OR “emotional exhaustion” OR “stress induced exhaustion disorder” OR “stress management”) NEAR/3 (“care” OR “primary care” OR “rehabilitation” OR “therapeutic*” OR “therapy” OR “therapies” OR “treatment” OR “ambulatory care” OR “outpatient care” OR “intervention*” OR “rehabilitation program”))

#2:
TS=((“patient*” OR “client*” OR “personal”) NEAR/1 (“satisfaction*” OR “contentment” OR “assesment” OR “evaluation” OR “opinion” OR “experience*”))

#1 AND #2

***Scopus***

#1:
TITLE-ABS((“burnout” OR “burn-out” OR “mental fatigue” OR “emotional exhaustion” OR “stress induced exhaustion disorder” OR “stress management”) W/3 (“care” OR “primary care” OR “rehabilitation” OR “therapeutic*” OR “therapy” OR “therapies” OR “treatment” OR “ambulatory care” OR “outpatient care” OR “intervention*” OR “rehabilitation program”)) OR AUTHKEY((“burnout” OR “burn-out” OR “mental fatigue” OR “emotional exhaustion” OR “stress induced exhaustion disorder” OR “stress management”) W/3 (“care” OR “primary care” OR “rehabilitation” OR “therapeutic*” OR “therapy” OR “therapies” OR “treatment” OR “ambulatory care” OR “outpatient care” OR “intervention*” OR “rehabilitation program”))

#2:
TITLE-ABS((“patient*” OR “client*” OR “personal”) W/1 (“satisfaction*” OR “contentment” OR “assesment” OR “evaluation” OR “opinion” OR “experience*”)) OR AUTHKEY((“patient*” OR “client*” OR “personal”) W/1 (“satisfaction*” OR “contentment” OR “assesment” OR “evaluation” OR “opinion” OR “experience*”))

#1 AND #2

***CENTRAL (Cochrane Library) AND Database of Systematic Reviews (Cochrane Library)***

[mh "Burnout, Psychological"] OR [mh "Emotional Exhaustion"] OR [mh "Mental Fatigue"] AND [mh "Rehabilitation"] OR [mh "Primary Health Care"] OR [mh "Patient-Centered Care"] OR [mh "Physicians, Primary Care"] OR [mh "Therapeutics"] OR [mh "therapy"] OR [mh "Ambulatory Care"] OR [mh "Psychosocial Intervention"] OR [mh "Self Efficacy"] OR [mh "Conservative Treatment"] OR [mh "Drug Therapy"] OR [mh "Drug Therapy, Combination"] OR [mh "Patient Care"] OR [mh "Physical Therapy Modalities"] OR [mh "Psychotherapy"] OR (burnout NEAR/3 care OR burn-out NEAR/3 care OR mental fatigue NEAR/3 care OR Emotional exhaustion NEAR/3 care OR burnout NEAR/3 Rehabilitation OR burn-out NEAR/3 Rehabilitation OR mental fatigue NEAR/3 Rehabilitation OR Emotional exhaustion NEAR/3 Rehabilitation OR burnout NEAR/3 Therapeutic OR burn-out NEAR/3 Therapeutic OR mental fatigue NEAR/3 Therapeutic OR Emotional exhaustion NEAR/3 Therapeutic OR burnout NEAR/3 Therapeutics OR burn-out NEAR/3 Therapeutics OR mental fatigue NEAR/3 Therapeutics OR Emotional exhaustion NEAR/3 Therapeutics OR burnout NEAR/3 Therapy OR burn-out NEAR/3 Therapy OR mental fatigue NEAR/3 Therapy OR Emotional exhaustion NEAR/3 Therapy OR burnout NEAR/3 Therapies OR burn-out NEAR/3 Therapies OR mental fatigue NEAR/3 Therapies OR Emotional exhaustion NEAR/3 Therapies OR burnout NEAR/3 Treatment OR burn-out NEAR/3 Treatment OR mental fatigue NEAR/3 Treatment OR Emotional exhaustion NEAR/3 Treatment OR burnout NEAR/3 Ambulatory Care OR burn-out NEAR/3 Ambulatory Care OR mental fatigue NEAR/3 Ambulatory Care OR Emotional exhaustion NEAR/3 Ambulatory Care OR burnout NEAR/3 Outpatient care OR burn-out NEAR/3 Outpatient care OR mental fatigue NEAR/3 Outpatient care OR Emotional exhaustion NEAR/3 Outpatient care OR burnout NEAR/3 Intervention OR burn-out NEAR/3 Intervention OR mental fatigue NEAR/3 Intervention OR Emotional exhaustion NEAR/3 Intervention OR burnout NEAR/3 Interventions OR burn-out NEAR/3 Interventions OR mental fatigue NEAR/3 Interventions OR Emotional exhaustion NEAR/3 Interventions OR burnout NEAR/3 mind-body therapy OR burnout NEAR/3 mind-body therapies OR burnout NEAR/3 mind body therapy OR burnout NEAR/3 mind body therapies OR burnout NEAR/3 conservative treatment OR burnout NEAR/3 drug therapy OR burnout NEAR/3 drug therapies OR burnout NEAR/3 psychotherapy OR burnout NEAR/3 cognitive therapy OR burnout NEAR/3 relaxation therapy OR burn-out NEAR/3 mind-body therapy OR burn-out NEAR/3 mind-body therapies OR burn-out NEAR/3 mind body therapy OR burn-out NEAR/3 mind body therapies OR burn-out NEAR/3 conservative treatment OR burn-out NEAR/3 drug therapy OR burn-out NEAR/3 drug therapies OR burn-out NEAR/3 psychotherapy OR burn-out NEAR/3 cognitive therapy OR burn-out NEAR/3 relaxation therapy OR mental fatigue NEAR/3 mind-body therapy OR mental fatigue NEAR/3 mind-body therapies OR mental fatigue NEAR/3 mind body therapy OR mental fatigue NEAR/3 mind body therapies OR mental fatigue NEAR/3 conservative treatment OR mental fatigue NEAR/3 drug therapy OR mental fatigue NEAR/3 drug therapies OR mental fatigue NEAR/3 psychotherapy OR mental fatigue NEAR/3 cognitive therapy OR mental fatigue NEAR/3 relaxation therapy OR emotional exhaustion NEAR/3 mind-body therapy OR emotional exhaustion NEAR/3 mind-body therapies OR emotional exhaustion NEAR/3 mind body therapy OR emotional exhaustion NEAR/3 mind body therapies OR emotional exhaustion NEAR/3 conservative treatment OR emotional exhaustion NEAR/3 drug therapy OR emotional exhaustion NEAR/3 drug therapies OR emotional exhaustion NEAR/3 psychotherapy OR emotional exhaustion NEAR/3 cognitive therapy OR emotional exhaustion NEAR/3 relaxation therapy):ti,ab,kw AND [mh "Patient Satisfaction"] OR [mh "Personal Satisfaction"] OR [mh "Interviews as Topic"] OR [mh "Interview, Psychological"] OR (Patient* NEAR/3 Satisfaction* OR Client* NEAR/3 Satisfaction* OR Patient* NEAR/3 Contentment* OR Personal NEAR/3 Contentment OR Client* NEAR/3 Contentment OR Patient* NEAR/3 Assessment* OR Personal NEAR/3 Assessment* OR Client* NEAR/3 Assessment* OR Patient* NEAR/3 Evaluation* OR Personal NEAR/3 Evaluation* OR Client* NEAR/3 Evaluation* OR Patient* NEAR/3 opinion* OR Personal NEAR/3 opinion* OR

Client* NEAR/3 opinion* OR Patient* NEAR/3 Experience* OR Personal NEAR/3 Experience* OR Client* NEAR/3 Experience* OR Patients' NEAR/3 satisfaction* OR Patients' NEAR/3 contentment* OR Patients' NEAR/3 assessment* OR Patients' NEAR/3 evaluation* OR Patients' NEAR/3 opinion* OR Patients' NEAR/3 experience* OR Clients' NEAR/3 satisfaction* OR Clients' NEAR/3 contentment* OR Clients' NEAR/3 assessment* OR Clients' NEAR/3 evaluation* OR Clients' NEAR/3 opinion* OR Clients' NEAR/3 Experience*):ti,ab,kw

***PsycArticles***

(((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Occupational Stress") OR MAINSUBJECT.EXACT("Burnout") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Emotional Exhaustion")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Rehabilitation") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychosocial Rehabilitation") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Primary Health Care") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Patient Centered Care") OR MAINSUBJECT.EXACT("Treatment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Medical Treatment (General)") OR MAINSUBJECT.EXACT("Outpatient Treatment") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Psychosocial Interventions") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Cognitive Behavior Therapy") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Stress Management"))) OR (TITLE,ABSTRACT,IF("burnout care" OR "burn-out care" OR "mental fatigue care" OR "emotional exhaustion care" OR "burnout rehabilitation" OR "burn-out rehabilitation" OR "mental fatigue rehabilitation" OR "emotional exhaustion rehabilitation" OR "burnout therapeutic" OR "burn-out therapeutic" OR "mental fatigue therapeutic" OR "emotional exhaustion therapeutic" OR "burnout therapeutics" OR "burn-out therapeutics" OR "mental fatigue therapeutics" OR "emotional exhaustion therapeutics" OR "burnout therapy" OR "burn-out therapy" OR "mental fatigue therapy" OR "emotional exhaustion therapy" OR "burnout therapies" OR "burn-out therapies" OR "mental fatigue therapies" OR "emotional exhaustion therapies" OR "burnout treatment" OR "burn-out treatment" OR "mental fatigue treatment" OR "emotional exhaustion treatment" OR "burnout ambulatory care" OR "burn-out ambulatory care" OR "mental fatigue ambulatory care" OR "emotional exhaustion ambulatory care" OR "burnout outpatient care" OR "burn-out outpatient care" OR "mental fatigue outpatient care" OR "emotional exhaustion outpatient care" OR "burnout intervention" OR "burn-out intervention" OR "mental fatigue intervention" OR "emotional exhaustion intervention" OR "burnout interventions" OR "burn-out interventions" OR "mental fatigue interventions" OR "emotional exhaustion interventions"))) AND ((MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Satisfaction") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Client Attitudes") OR MAINSUBJECT.EXACT.EXPLODE("Contentment") OR MAINSUBJECT.EXACT("Evaluation")) OR (TITLE,ABSTRACT,IF("patient satisfaction" OR "patients satisfaction" OR "client satisfaction" OR "clients satisfaction" OR "patient satisfaction" OR "patients satisfaction" OR "patient satisfactions" OR "patients satisfactions" OR "client satisfactions" OR "clients satisfactions" OR "patient satisfactions" OR "patients satisfactions" OR "patient contentment" OR "patients contentment" OR "personal contentment" OR "client contentment" OR "clients contentment" OR "patient assessment" OR "patients assessment" OR "personal assessment" OR "client assessment" OR "clients assessment" OR "patient evaluation" OR "patients evaluation" OR "personal evaluation" OR "client evaluation" OR "clients evaluation" OR "patient opinion" OR "patients opinion" OR "personal opinion" OR "client opinion" OR "clients opinion" OR "patient experience" OR "patients experience" OR "personal experience" OR "client experience" OR "clients experience")))

***CINAHL via EBSCO***

#1 eerstelijnszorg voor burn-out :
(MH "Burnout, Professional") OR (MH "Emotional Exhaustion") OR (MH "Mental Fatigue") AND (MH "Rehabilitation") OR (MH "Primary Health Care") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Physicians, Family") OR (MH "Psychosocial Care (Saba CCC)") OR (MH "Rehabilitation, Psychosocial") OR (MH "Psychosocial Intervention") OR (MH "Self-Efficacy") OR (MH "Mind Body Techniques+") OR (MH "Natural and Biologically Based Therapies+") OR (MH "Manual Therapy+") OR (MH "Life Style Changes") OR (MH "Drug Therapy") OR (MH "Drug Therapy, Combination") OR (MH "Conservative Treatment") OR (MH "Therapeutics") OR (MH "Psychotherapy+") OR (MH "Patient Care") OR (MH "Physical Therapy+") OR TI ( (burnout OR burn-out OR mental fatigue OR emotional exhaustion OR stress induced exhaustion disorder) N3 (care OR primary care OR rehabilitation OR therapeutic OR therapeutics OR therapy OR therapies OR treatment OR treatments OR ambulatory care OR outpatient care OR intervention OR interventions OR rehabilitation program) ) OR AB ( (burnout OR burn-out OR mental fatigue OR emotional exhaustion OR stress induced exhaustion disorder) N3 (care OR primary care OR rehabilitation OR therapeutic OR therapeutics OR therapy OR therapies OR treatment OR treatments OR ambulatory care OR outpatient care OR intervention OR interventions OR rehabilitation program) )

#2 patiëntenervaring:
(MH "Patient Satisfaction+") OR (MH "Personal Satisfaction") OR (MH "Interviews+") OR TI ( (patient OR patients OR client OR clients OR personal) N1 (satisfaction OR satisfactions OR contentment OR assessment OR assessments OR evaluation OR evaluations OR opinion OR opinions OR experience OR experiences) ) OR AB ( (patient OR patients OR client OR clients OR personal) N1 (satisfaction OR satisfactions OR contentment OR assessment OR assessments OR evaluation OR evaluations OR opinion OR opinions OR experience OR experiences) )

#1 AND #2

Bijlage 3: Vragenlijst patiënten

| | |
|---|---|
| Welkom!<br><br>Wij zijn vier huisartsen in opleiding die een onderzoek doen naar de zorg bij burn-out patiënten. Wij willen u heel erg bedanken dat u 10 minuten de tijd neemt om deze vragenlijst in te vullen en uw ervaring met ons te delen.<br><br>Amber Borremans, Lissa Billast, Olivia Delcampe, Trees De Vriese | |
| **Om een beter overzicht te krijgen op de mensen die dit onderzoek invullen vragen we u enkele algemene gegevens in te vullen. Er zal gedurende de hele studie worden toegekeken dat uw anonimiteit gegarandeerd wordt. Ook indien deze studie gepubliceerd wordt zal uw anonimiteit behouden worden.** | |
| Hoe identificeert u zich? | a. Man<br>b. Vrouw<br>c. X<br>d. Dit zeg ik liever niet |
| Welke leeftijd heeft u? | [vrije tekst] |
| Wat is uw beroep? | a. Arbeider<br>b. Bediende<br>c. Zelfstandige<br>d. Student<br>e. Werkzoekend<br>f. Andere |
| Wat is uw hoogst behaalde diploma? | a. Lager onderwijs<br>b. Secundair onderwijs<br>c. Hoger onderwijs – bachelor diploma<br>d. Hoger onderwijs – master diploma<br>e. Hoger onderwijs - Postgraduaat |
| Maakte u een burn-out door in de voorbije 5 jaar en/of kampt u momenteel met een burn-out? | a. Ja<br>b. Nee |
| Hebt u hiervoor contact gehad met een hulpverlener? | a. Ja<br>b. Nee |
| Zag u ooit een psychiater voor een ander probleem dan burn-out? | a. Ja<br>b. Nee |
| Neemt of nam u medicatie voor psychologische problemen? | a. Ja<br>b. Nee |
| **Vragen rond burn-out** | |
| Hebt u meerdere keren een burn-out doorgemaakt? | a. Ja<br>b. Nee |
| *Indien ja: volgende vragen dienen beantwoord te worden zoals ze van toepassing waren op de eerste burn-out die u heeft meegemaakt.* | |

<table>
<tr><td>Wie heeft de diagnose van burn-out gesteld bij u?</td><td>a. Huisarts<br>b. Bedrijfsarts<br>c. Psycholoog<br>d. Psychiater<br>e. Andere</td></tr>
<tr><td>Hoe oud was u bij de eerste diagnose van burn-out?</td><td>[vrije tekst]</td></tr>
<tr><td>Vond u dat u met uw verhaal bij de huisarts terecht kon?</td><td>a. Akkoord<br>b. Eerder akkoord<br>c. Eerder niet akkoord<br>d. Niet akkoord<br>d. Dit herinner ik me niet meer</td></tr>
<tr><td colspan="2">Welke rol speel(de) volgende personen in uw herstelproces? (kruis aan wat past voor u)
<table>
<tr><th></th><th>Zeer grote rol</th><th>Grote rol</th><th>Kleine rol</th><th>Geen rol</th><th>Niet van toepassing</th></tr>
<tr><td>Ikzelf</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Familie en vrienden</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Huisarts</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Psycholoog</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Psychiater</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Arbeidsarts</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Coach</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Verpleegkundige</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Kinesist</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Hoe vaak ging u op controle bij uw huisarts?</td><td>a. Om de week<br>b. Om de 2 weken<br>c. Om de 3 weken<br>d. Om de 4 weken<br>e. Meer dan 4 weken</td></tr>
<tr><td>Besliste u zelf hoe vaak u de arts zag?</td><td>a. Ja<br>b. Nee<br>c. We besloten het samen</td></tr>
<tr><td>Vond u deze frequentie goed?</td><td>a. Ja<br>b. Nee<br>c. Ik heb hier geen mening over</td></tr>
<tr><td>Indien u bij de vorige vraag nee hebt geantwoord, wat zou u veranderen?</td><td>a. Vaker opvolging<br>b. Minder vaak opvolging</td></tr>
<tr><td>Hoe werd de duur van het ziekteattest bepaald?</td><td>a. De arts besliste hoelang de arbeidsongeschiktheid duurde<br>b. We beslisten samen hoelang de arbeidsongeschiktheid duurde<br>c. Ik besliste zelf hoelang de arbeidsongeschiktheid duurde<br>d. Ik bleef aan het werk</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| Voelde u zich comfortabel met de manier waarop deze beslissing gebeurde? | a. Ja<br>b. Nee<br>c. Ik heb hier geen mening over |
| Hoeveel weken arbeidsongeschiktheid werden er initieel voorgeschreven? | a. 1 - 2 weken<br>b. 3 - 4 weken<br>c. 5 - 6 weken<br>d. Meer dan 6 weken<br>e. Ik weet het nier meer |
| Met hoeveel weken werd uw arbeidsongeschiktheid verlengd per ziekteattest? | a. Het werd niet verlengd<br>b. 1 - 2 weken<br>c. 3 - 4 weken<br>d. 5 - 6 weken<br>e. Meer dan 6 weken<br>f. Dit varieerde |
| Hoe lang bent u in totaal arbeidsongeschikt geweest? | a. < 1 maand<br>b. 1 - 3 maanden<br>c. 3 - 6 maanden<br>d. 6 - 12 maanden<br>e. 1 - 2 jaar<br>f. > 2 jaar<br>g. Ik ben nog niet terug aan het werk |
| Indien u nog niet terug aan het werk bent, specificeer dan hoe lang u nu thuis bent ? | [vrije tekst] Jaren (1)<br>[vrije tekst] Maanden (2)<br>[vrije tekst] Weken (3) |
| **Vragen omtrent behandeling/beleid bij burn-out** | |
| Nam u tijdens uw behandeltraject medicatie in? | a. Ja<br>b. Nee |
| Zo ja, door wie werd deze medicatie opgestart? | a. Huisarts<br>b. Psychiater<br>c. Op eigen initiatief<br>a. Andere |
| Kreeg u bepaalde (schrijf)opdrachten mee van uw huisarts? | a. Ja<br>b. Nee |
| Zo ja, heeft u het gevoel dat dit geholpen heeft? | a. Ja, heel veel<br>b. Ja, een beetje<br>c. Neutraal<br>d. Nee |
| Kwam u in contact met een psycholoog tijdens de periode van uw burn-out? | a. Ja<br>b. Nee |

| | |
|---|---|
| Wie nam het initiatief voor de opvolging door de psycholoog? | a. Ik nam zelf het initiatief<br>b. Mijn huisarts verwees mij<br>c. Ik en mijn huisarts namen gezamenlijk de beslissing om een psycholoog te betrekken.<br>d. Mijn omgeving nam het initiatief |
| Zo ja, heeft u het gevoel dat dit geholpen heeft? | a. Ja, heel veel<br>b. Ja, een beetje<br>c. Neutraal<br>d. Nee |
| Ging u naar een psychiater tijdens uw periode van burn-out? | a. Ja<br>b. Nee |
| Zo ja, heeft u het gevoel dat deze geholpen heeft? | a. Ja, heel veel<br>b. Ja, een beetje<br>c. Neutraal<br>d. Nee |
| Hoe reageerde uw werkgever op het ziekteverlof? | a. Heel begripvol<br>b. Begripvol<br>c. Neutraal<br>d. Weinig begripvol<br>e. Niet begripvol |
| Ging u terug aan het werk na uw periode van burn-out? | a. Ja, direct voltijds<br>b. Ja, maar niet voltijds<br>c. Nee<br>d. Ik doe nu vrijwilligerswerk |
| Ging u opnieuw aan het werk in hetzelfde bedrijf? | a. Ja<br>b. Nee |
| Werden er na de terugkeer naar uw werk aanpassingen gedaan in uw job? | a. Ja<br>b. Nee |
| Bent u angstig om te hervallen? | a. Ja, ik ben hier heel angstig voor<br>b. Ja, ik ben een beetje angstig<br>c. Ik heb hier geen mening over/neutraal<br>d. Nee, ik ben niet echt angstig<br>e. Nee, ik heb totaal geen angst rond dit onderwerp. |
| Afsluiting van de vragenlijst<br><br>“Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst. Uw antwoorden zullen volledig anoniem verwerkt worden. Wij zullen tevens gesprekken voeren met personen om hun antwoorden verder te duiden. Indien u hierin geïnteresseerd bent kan u volledig vrijblijvend contact opnemen met een van de onderzoekers via onderstaand mailadres:<br><br>amber.borremans@student.kuleuven.be ” | |

Bijlage 4: Semigestructureerde interview

**Introductie:** uitleg over de studie en de vertrouwelijkheid benadrukken; onszelf voorstellen
**Vragen**: We stelden 4 open kernvragen op met hieronder telkens enkele mogelijke bijvragen.

1. **DIAGNOSE: hoe heb jij het moment waarop de diagnose van burn-out werd gesteld beleefd?**

   Mogelijke bijvragen:
   - Door wie werd de burn-out bij jou vastgesteld?
   - Wat was de reden dat je contact had gezocht met een hulpverlener? Vertoonde je bijvoorbeeld klachten (zo ja, welke klachten en hoe lang waren deze reeds aanwezig)?
   - Welke gevoelens kwamen in je op de eerste keer dat het woord 'Burn-out' viel? Had je de diagnose verwacht?
   - Hoe werd de burn-out vastgesteld (werd er bijvoorbeeld gebruikt gemaakt van een vragenlijst om de diagnose te stellen)?
   - Gaf je hulpverlener uitleg omtrent de diagnose, zo ja wat vond je van die uitleg?
   - Wat heeft volgens jou geleid tot je burn-out? Wat waren belastende/ beschermende factoren op het werk/ in je omgeving/ bij jezelf?
   - Hielp de hulpverlener je om inzicht te verwerven in de oorzakelijke factoren? Werd er met je hulpverlener gewerkt rond het aanpakken van zulke factoren? Hoe gebeurde dit?

2. **ZORG: Hoe heb jij de zorg ervaren tijdens het doormaken van je burn-out?**

   Mogelijke bijvragen:
   - Had je het gevoel dat je goed begeleid werd?
   - Is er iets wat voor jou beter had gekund achteraf gezien?
   - Wat was voor jou helpend? Wat heeft de huisarts gedaan dat jou geholpen heeft?
   - Vond u dat u met uw verhaal bij de hulpverleners terecht kon? Welke drempels hebt u ervaren?

3. **BEHANDELING: Hoe verliep je behandeltraject en wat vond je goed/minder goed?**

   Mogelijke bijvragen:
   - Wie bepaalde de duur en het percentage van de ongeschiktheid? Kreeg je inspraak? Zou je iets hebben veranderd?
   - Had je het gevoel dat je mee kon bepalen hoe je behandeling er uit zag? Wie zat er met andere woorden achter het stuur, jij/de zorgverlener/ samen?

4. **TERUGKEER NAAR WERK: hoe heb jij de terugkeer naar het werk ervaren?**

   Mogelijke bijvragen:
   - Heb je het gevoel dat je dingen anders aanpakt op je werk na je burn-out? Zo ja, op welke manier?
   - Ging je terug naar hetzelfde werk?
   - Heb je loopbaanbegeleiding gevolgd en heeft dit jou geholpen?
   - Zijn er aanpassingen gebeurd op het werk? Welke? Bracht dit verandering?

Bijlage 5: Vragenlijst huisartsen

Welkom!
Wij zijn vier huisartsen-in-opleiding en doen onderzoek naar de behandeling van burn-out. Wij willen u heel erg bedanken dat u 5 minuten de tijd neemt om deze vragenlijst in te vullen en uw ervaring met ons te delen.

Amber Borremans, Lissa Billast, Olivia Delcampe, Trees De Vriese

| | |
|---|---|
| Wat is uw jobtitel? | a. Huisarts<br>b. Huisarts in opleiding |
| Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | a. 1 – 3 jaar (Huisarts in opleiding)<br>b. 4 – 5 jaar<br>b. 6 – 10 jaar<br>c. 11 – 15 jaar<br>d. Meer dan 15 jaar |
| Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | a. Meerdere per week<br>b. 1 per week<br>c. 1 per twee weken<br>d. 1 per maand<br>e. Minder dan één keer per maand |
| Na hoeveel tijd ziet u een patiënt met burn-out terug? | a. Na 1 week<br>b. Na 2 weken<br>c. Na 3 weken<br>d. Na een maand<br>e. Na langer dan een maand<br>f. Dit varieert met de tijd |
| Geeft u zelf al een vervolgafspraak mee met de patiënt? | a. Ja<br>b. Nee |
| Voelt u zich op het gemak bij een consultatie in kader van burn-out? | a. Ja<br>b. Meestal<br>c. Soms<br>d. Nee |

Welke rol spelen volgende personen/hulpverleners volgens u in het herstelproces van een patiënt met burn-out? (Kruis aan wat past)

| | Zeer grote rol | Grote rol | Kleine rol | Geen rol | Niet van toepassing |
|---|---|---|---|---|---|
| Patiënt | | | | | |
| Familie en vrienden | | | | | |
| Huisarts | | | | | |
| Psycholoog | | | | | |
| Psychiater | | | | | |
| Arbeidsarts | | | | | |
| Coach | | | | | |
| Verpleegkundige | | | | | |
| Kinesist | | | | | |

| Vragen rondom beleid van burn-out | |
|---|---|
| Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? | a. Ja, altijd<br>b. Meestal wel<br>c. Meestal niet<br>d. Nee, nooit |
| Indien ja, welke?<br>U mag meerdere opties aanduiden. | a. Tricyclische antidepressiva (TCA)<br>b. SSRI – SNRI<br>c. Antipsychotica<br>d. Trazodone<br>e. Benzodiazepines<br>f. Melatonine<br>g. Plantaardige producten<br>h. Homeopathische middelen<br>i. Andere |
| Geeft u soms bepaalde opdrachten mee aan de patiënt? | a. Ja, altijd<br>b. Meestal wel<br>c. Meestal niet<br>d. Nee, nooit |
| Indien ja, welke?<br>U mag meerdere opties aanduiden. | a. 5G model<br>b. Balansmodel<br>c. Het KOP-model<br>d. De batterij<br>e. Spanningsthermometer<br>f. Ademhalingsoefeningen<br>g. Schrijf- en piekeropdrachten<br>h. Andere |
| Verwijst u patiënten met burn-out naar een psycholoog? | a. Ja, altijd<br>b. Ja, meestal<br>c. Ja, indien patiënt dit wenst<br>d. Nee, meestal niet<br>e. Nee, nooit |
| Wanneer verwijst u de patiënt door naar de psycholoog? U mag meerdere opties aanduiden. | a. Altijd<br>b. Bij weinig effect van initieel beleid<br>c. Bij langdurige arbeids-ongeschiktheid (6 weken of langer)<br>d. Bij depressieve gedachten<br>e. Bij angstproblematiek<br>f. Bij slaapproblemen<br>g. Ik verwijs patiënten nooit naar de psycholoog<br>h. Andere |
| Hebt u contact met de arbeidsarts? | a. Ja<br>b. Meestal wel<br>c. Meestal niet<br>d. Nee |
| Indien u aangaf dit niet te doen, wat zijn uw argumenten hiervoor? | a. Onbekend wie arbeidsarts is<br>b. Moeilijke bereikbaarheid van arbeidsarts |

| | |
|---|---|
| | c. Niet nuttig voor de opvolging<br>d. Zelf geen tijd hiervoor<br>e. Geen neutraliteit van de arbeidsarts<br>f. Andere |
| Waar bevinden zich volgens u hiaten in uw kennis rond burn-out?<br>U mag meerdere opties aanduiden. | a. Gespreksvoering/anamnese<br>b. Diagnose<br>c. Behandeling<br>d. Follow-up<br>e. Theoretische achtergrondkennis<br>f. Arts-patiënten connectie<br>g. Volgens mij bestaat burn-out niet |
| Is er voor u een verschil tussen overspanning, surmenage en burn-out? | a. Ja<br>b. Nee<br>c. Ik vind het verschil niet duidelijk |
| Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | a. Ja<br>b. Nee |
| Zo ja, welke richtlijn en/of bronnen gebruikt u?<br>U mag meerdere opties aanduiden. | a. NHG richtlijnen<br>b. GGZ standaarden<br>c. EBM practicenet<br>d. Hoge gezondheidsraad<br>e. Uptodate<br>f. Dynamed<br>g. Huisarts en wetenschap<br>h. Andere |
| Hebt u bijkomende opmerkingen? | [vrije tekst] |

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

**Ons kenmerk:** MP025639
**Uw kenmerk:** Masterproef studie: De visie van huisarts en patiënt op de aanpak van burn-out binnen de eerstelijnszorg.
**Leuven,** 25-09-2023

# GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Trees De Vriese, Amber Borremans, Lissa Billast, Olivia Delcampe

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van 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 25-09-2023

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.

Prospectieve studie die bestaat uit twee delen. Het eerste deel heeft als doel inzicht te verwerven in wat patiënten met burn-out vinden van de geleverde zorg en welke rol zij zelf opnemen in hun behandelingstraject. Dit zal gebeuren via een vragenlijst en zo de patiënt dit wilt, zal een diepte-interview volgen. Daarnaast worden ook huisartsen en huisartsen-in-opleiding bevraagd via een vragenlijst over hun aanpak van burn-out in de eerste lijn met als doel te onderzoeken of zij werken conform de huidige richtlijnen. De opmerkingen uit de vorige review werden voldoende behandeld. Er zijn geen verdere bezwaren.

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

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 19-09-2023 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs-Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC 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.

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

Bijlage 7: overzichtstabel patiëntenvragenlijst

| | ***Vraag*** | ***Totaal*** | ***Resultaten - Totaal (% van respons)*** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Q2* | Hoe identificeert u zich? | 331 | **Man** | **Vrouw** | **X** | | | |
| | | | 57 (17,2%) | 272 (82,2%) | 2 (0,6%) | | | |
| *Q3* | Welke leeftijd heeft u? | 330 | Gemiddelde: 41,34 jaar<br>Mediaan: 42 jaar<br>Std deviatie: 10.688 | | | | | |
| *Q5* | Wat is uw beroep? | 331 | **Arbeider** | **Bediende** | **Zelfstandige** | **Student** | **Werkzoekend** | **Andere** |
| | | | 10 (3%) | 236 (71,3%) | 21 (6,3%) | 13 (3,9%) | 11 (3,3%) | 40 (12,1%) |
| *Q6* | Wat is uw hoogst behaalde diploma? | 331 | **Lager onderwijs** | **Secundair onderwijs** | **Hoger onderwijs - Bachelor diploma** | **Hoger onderwijs - Master diploma** | **Postgraduaat** | |
| | | | 4 (1,2%) | 73 (22,1%) | 130 (39,3%) | 106 (32%) | 18 (5,4%) | |
| *Q10*<br>*Q11* | Maakte u een burn-out door in de voorbije 5 jaar en/of kampt u momenteel met een burn-out?<br>Heeft u hiervoor contact gehad met een hulpverlener? | | | | | | | |
| *Q7* | Zag u ooit een psychiater voor een ander probleem dan burn-out? | 327 | **Ja** | **Nee** | | | | |
| | | | 116 (35,5%) | 211 (64,5%) | | | | |
| *Q8* | Neemt of nam u medicatie voor psychologische problemen? | 327 | **Ja** | **Nee** | | | | |
| | | | 152 (46,5%) | 175 (53,5%) | | | | |
| *Q12* | Hebt u meerdere keren een burn-out doorgemaakt? | 294 | **Ja** | **Nee** | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 84 (28,6%) | 210 (71,4%) | | | |
| *Q14* | Wie heeft de diagnose van burn-out gesteld bij u? | 294 | **Huisarts** | **Bedrijfsarts** | **Psycholoog** | **Psychiater** | **Andere** |
| | | | 210 (71,4%) | 4 (1,4%) | 45 (15,3%) | 20 (6,8%) | 15 (5,1%) |
| *Q15* | Hoe oud was u bij de eerste diagnose van burn-out? | | Gemiddelde*: 37,6 jaar<br>Mediaan*: 38 jaar<br>* Drie patiënten gaven geen numerieke waarden aan waardoor deze geëxcludeerd werden uit de analyse van deze vraag | | | | |
| *Q16* | Vond u dat u met uw verhaal bij de huisarts terecht kon? | 294 | **Akkoord** | **Eerder akkoord** | **Eerder niet akkoord** | **Niet akkoord** | **Dit herinner ik me niet meer** |
| | | | 191 (65,0%) | 57 (19,4%) | 26 (8,8%) | 15 (5,1%) | 5 (1,7%) |
| *Q17* | Welke rol speel(de) volgende personen in uw herstelproces? (kruis aan wat past voor u) | 294 | **Zeer grote rol** | **Grote rol** | **Kleine rol** | **Geen rol** | **NVT** |
| | Ikzelf (1) | | 191 (65,0%) | 89 (30,3%) | 8 (2,7%) | 2 (0,7%) | 4 (1,4%) |
| | Familie en vrienden (2) | | 59 (20,1%) | 145 (49,3%) | 74 (25,2%) | 14 (4,8%) | 2 (0,7%) |
| | Huisarts (3) | | 71 (24,1%) | 108 (36,7%) | 92 (31,3%) | 22 (7,5%) | 1 (0,3%) |
| | Psycholoog (4) | | 117 (39,8%) | 99 (33,7%) | 35 (11,9%) | 13 (4,4%) | 30 (10,2%) |
| | Psychiater (5) | | 24 (8,2%) | 26 (8,8%) | 34 (11,6%) | 36 (12,2%) | 174 (59,2%) |
| | Arbeidsarts (6) | | 13 (4,4%) | 12 (4,1%) | 55 (18,7%) | 103 (35,0%) | 111 (37,8%) |
| | Coach (7) | | 34 (11,6%) | 29 (9,9%) | 25 (8,5%) | 38 (12,9%) | 168 (57,1%) |
| | Verpleegkundige (8) | | 1 (0,3%) | 6 (2,0%) | 12 (4,1%) | 50 (17,0%) | 225 (76,5%) |
| | Kinesist (9) | | 12 (4,1%) | 37 (12,6%) | 54 (18,4%) | 32 (10,9%) | 159 (54,1%) |
| *Q18* | Hoe vaak ging u op controle bij uw huisarts? | 284 | **Om de week** | **Om de 2 weken** | **Om de 3 weken** | **Om de 4 weken** | **Meer dan 4 weken** |
| | | | 12 (4,2%) | 44 (15,5%) | 45 (15,8%) | 105 (37,0%) | 78 (27,5%) |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Q19* | Besliste u zelf hoe vaak u de arts zag? | 284 | **Ja** | **Nee** | **We besloten het samen** | | | | |
| | | | 107 (37,7%) | 33 (11,6%) | 144 (50,7%) | | | | |
| *Q20* | Vond u deze frequentie goed? | 284 | **Ja** | **Nee** | **Ik heb er geen mening over** | | | | |
| | | | 221 (77,8%) | 28 (9,9%) | 35 (12,3%) | | | | |
| *Q21* | Indien 'nee' bij Q20, wat zou u veranderen? | 28 | **Vaker opvolging** | **Minder vaak opvolging** | | | | | |
| | | | 17 (60,7%) | 11 (39,3%) | | | | | |
| *Q22* | Hoe werd de duur van het ziekteattest bepaald? | 284 | **Arts beslist** | **Samen beslissen** | **Ik beslis zelf** | **Ik bleef werken** | | | |
| | | | 118 (41,5%) | 149 (52,5%) | 7 (2,5%) | 10 (3,5%) | | | |
| *Q23* | Voelde u zich comfortabel met de manier waarop deze beslissing gebeurde? | 284 | **Ja** | **Nee** | **Geen mening** | | | | |
| | | | 227 (79,9%) | 36 (12,7%) | 21 (7,4%) | | | | |
| *Q24* | Hoeveel weken arbeidsongeschiktheid werden er initieel voorgeschreven? | 284 | **1-2 weken** | **3-4 weken** | **5-6 weken** | **Meer dan 6 weken** | **Ik weet het niet meer** | | |
| | | | 115 (40,5%) | 94 (33,1%) | 16 (5,6%) | 44 (15,5%) | 15 (5,3%) | | |
| *Q25* | Met hoeveel weken werd uw arbeidsongeschiktheid verlengd per ziekteattest? | 284 | **Niet verlengd** | **1-2 weken** | **3-4 weken** | **5-6 weken** | **Meer dan 6 weken** | **Dit varieerde** | |
| | | | 15 (5,3%) | 23 (8,1%) | 109 (38,4%) | 28 (9,9%) | 54 (19,0%) | 55 (19,4%) | |
| *Q26* | Hoe lang bent u in totaal arbeidsongeschikt geweest? | 284 | **Minder dan 1 maand** | **1-3 maanden** | **3-6 maanden** | **6-12 maanden** | **1-2 jaar** | **Meer als 2 jaar** | **Ik ben nog niet terug aan het werk** |
| | | | 17 (6,0%) | 35 (12,3%) | 52 (18,3%) | 62 (21,8%) | 39 (13,7%) | 16 (5,6%) | 63 (22,2%) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Q27* | Indien bij Q26 geantwoord: “Nog niet terug aan het werk”, specifieer hoe lang u nu thuis bent | 62 | Gemiddelde: 32,1 maand<br>Mediaan: 12,8 maand<br>Std deviatie: 51,2 maand | Gemiddelde: 2,6 jaar<br>Mediaan: 1 jaar<br>Std deviatie: 4,21 jaar | | |
| *Q29* | Nam u tijdens uw behandeltraject medicatie in? | 282 | **Ja** | **Nee** | | |
| | | | 140 (49,6%) | 142 (50,4%) | | |
| *Q30* | Door wie werd deze medicatie opgestart? | 140 | **Huisarts** | **Psychiater** | **Eigen initiatief** | **Andere** |
| | | | 90 (64,2%) | 42 (30%) | 2 (1,4%) | 6 (4,3%) |
| *Q31* | Kreeg u bepaalde (schrijf)opdrachten mee van uw huisarts? | 281 | **Ja** | **Nee** | | |
| | | | 49 (17,4%) | 232 (82,5%) | | |
| *Q32* | Heeft u het gevoel dat dit geholpen heeft? | 49 | **Ja, heel veel** | **Ja, een beetje** | **Neutraal** | **Nee** |
| | | | 17 (34,7%) | 18 (36,7%) | 11 (22,4%) | 3 (6,1%) |
| *Q33* | Kwam u in contact met een psycholoog tijdens de periode van uw burn-out? | 279 | **Ja** | **Nee** | | |
| | | | 231 (82,8%) | 48 (17,2%) | | |
| *Q34* | Wie nam het initiatief voor de opvolging door de psycholoog? | 231 | **Zelf initiatief** | **Huisarts verwijst** | **Gezamenlijke beslissing** | **Mijn omgeving** |
| | | | 109 (47,2%) | 58 (25,1%) | 59 (25,5%) | 5 (2,2%) |
| *Q35* | Heeft u het gevoel dat deze geholpen heeft? | 231 | **Ja, heel veel** | **Ja, een beetje** | **Neutraal** | **Nee** |
| | | | 156 (67,5%) | 48 (20,8%) | 8 (3,5%) | 19 (8,2%) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Q36* | Ging u naar een psychiater tijdens uw periode van burn-out? | 279 | **Ja** | **Nee** | | | |
| | | | 74 (26,5%) | 205 (73,5%) | | | |
| *Q37* | Heeft u het gevoel dat deze geholpen heeft? | 74 | **Ja, heel veel** | **Ja, een beetje** | **Neutraal** | **Nee** | |
| | | | 31 (41,9%) | 19 (25,7%) | 10 (13,5%) | 14 (18,9%) | |
| *Q38* | Hoe reageerde uw werkgever op het ziekteverlof? | 279 | **Heel begripvol** | **Begripvol** | **Neutraal** | **Weinig begripvol** | **Niet begripvol** |
| | | | 44 (15,8%) | 72 (25,8%) | 85 (30,5%) | 40 (14,3%) | 38 (13,6%) |
| *Q39* | Ging u terug aan het werk na uw periode van burn-out? | 267 | **Ja, direct voltijds** | **Ja, niet direct voltijds** | **Nee** | **Ik doe nu vrijwilligerswerk** | |
| | | | 72 (27%) | 151 (56,6%) | 35 (13,1%) | 9 (3,4%) | |
| *Q40* | Ging u opnieuw aan het werk in hetzelfde bedrijf? | 263 | **Ja** | **Nee** | | | |
| | | | 175 (66,5%) | 88 (33,5%) | | | |
| *Q41* | Werden er na de terugkeer naar uw werk aanpassingen gedaan in uw job? | 256 | **Ja** | **Nee** | | | |
| | | | 76 (29,7%) | 180 (70,3%) | | | |
| *Q42* | Bent u angstig om te hervallen? | 273 | **Ja, heel angstig** | **Ja, beetje angstig** | **Geen mening/neutraal** | **Niet echt angstig** | **Ik heb totaal geen angst** |
| | | | 88 (32,2%) | 125 (45,8%) | 18 (6,6%) | 33 (12,1%) | 9 (3,3%) |

Bijlage 8: volledige output SPSS vergelijkende statistiek patiënten

**Logistic Regression**

**Case Processing Summary**

| Unweighted Cases[a] | | N | Percent |
|---|---|---|---|
| Selected Cases | Included in Analysis | 293 | 100,0 |
| | Missing Cases | 0 | ,0 |
| | Total | 293 | 100,0 |
| Unselected Cases | | 0 | ,0 |
| Total | | 293 | 100,0 |

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

| Original Value | Internal Value |
|---|---|
| 0 | 0 |
| 1 | 1 |

**Categorical Variables Codings**

| | | | Parameter coding | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Frequency | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Beroep | Andere | 37 | 1,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | Arbeider | 7 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | Bediende | 212 | ,000 | ,000 | 1,000 | ,000 | ,000 |
| | Student | 10 | ,000 | ,000 | ,000 | 1,000 | ,000 |
| | Werkzoekende | 10 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | 1,000 |
| | Zelfstandige | 17 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| Kon u met uw verhaal bij de huisarts terecht? | Niet akkoord | 41 | ,000 | ,000 | | | |
| | Akkoord | 248 | 1,000 | ,000 | | | |
| | Dit herinner ik me niet meer | 4 | ,000 | 1,000 | | | |
| Geslacht | Man | 46 | ,000 | ,000 | | | |
| | Vrouw | 245 | 1,000 | ,000 | | | |
| | X | 2 | ,000 | 1,000 | | | |

**Block 0: Beginning Block**

**Classification Table**[a,b]

| | | | Predicted | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Q17_3transform | | Percentage |
| | Observed | | 0 | 1 | Correct |
| Step 0 | Q17_3transform | 0 | 0 | 114 | ,0 |
| | | 1 | 0 | 179 | 100,0 |
| | Overall Percentage | | | | 61,1 |

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Step 0 | Constant | ,451 | ,120 | 14,178 | 1 | <,001 | 1,570 |

**Variables not in the Equation**

| | | | Score | df | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| Step 0 | Variables | GESLACHT | 2,971 | 2 | ,226 |
| | | Vrouw | 2,971 | 1 | ,085 |
| | | X | ,104 | 1 | ,747 |
| | | LEEFTIJD | ,219 | 1 | ,640 |
| | | BEROEP | 4,604 | 5 | ,466 |
| | | Andere | ,020 | 1 | ,886 |
| | | Arbeider | ,322 | 1 | ,570 |
| | | Bediende | 1,444 | 1 | ,230 |
| | | Student | ,536 | 1 | ,464 |
| | | Werkzoekende | ,536 | 1 | ,464 |
| | | Met VERHAAL BIJ HUISARTS TERECHT KUNNEN | 61,433 | 2 | <,001 |
| | | Akkoord | 60,954 | 1 | <,001 |
| | | Dit herinner ik me niet meer | 2,222 | 1 | ,136 |
| | Overall Statistics | | 68,495 | 10 | <,001 |

**Block 1: Method = Enter**

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

| | | Chi-square | df | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| Step 1 | Step | 73,988 | 10 | <,001 |
| | Block | 73,988 | 10 | <,001 |
| | Model | 73,988 | 10 | <,001 |

**Model Summary**

| Step | -2 Log likelihood | Cox & Snell R Square | Nagelkerke R Square |
|---|---|---|---|
| 1 | 317,655[a] | ,223 | ,303 |

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Hosmer and Lemeshow Test**

| Step | Chi-square | df | Sig. |
|---|---|---|---|
| 1 | 18,034 | 8 | ,021 |

**Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test**

| | | Q17_3transform = 0 | | Q17_3transform = 1 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Observed | Expected | Observed | Expected | Total |
| Step 1 | 1 | 26 | 27,127 | 3 | 1,873 | 29 |
| | 2 | 23 | 20,247 | 6 | 8,753 | 29 |
| | 3 | 11 | 12,665 | 18 | 16,335 | 29 |
| | 4 | 11 | 9,184 | 16 | 17,816 | 27 |
| | 5 | 9 | 8,121 | 21 | 21,879 | 30 |
| | 6 | 2 | 7,391 | 26 | 20,609 | 28 |
| | 7 | 8 | 7,736 | 22 | 22,264 | 30 |
| | 8 | 4 | 7,059 | 24 | 20,941 | 28 |
| | 9 | 6 | 7,112 | 23 | 21,888 | 29 |
| | 10 | 14 | 7,359 | 20 | 26,641 | 34 |

**Classification Table**[a]

| Observed | | | Predicted Q17_3transform 0 | 1 | Percentage Correct |
|---|---|---|---|---|---|
| Step 1 | Q17_3transform | 0 | 43 | 71 | 37,7 |
| | | 1 | 6 | 173 | 96,6 |
| | Overall Percentage | | | | 73,7 |

a. The cut value is ,500

**Variables in the Equation**

| | | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Step 1[a] | GESLACHT | | | 5,898 | 2 | ,052 | |
| | Vrouw | ,841 | ,358 | 5,528 | 1 | ,019 | 2,320 |
| | X | -,297 | 1,498 | ,039 | 1 | ,843 | ,743 |
| | LEEFTIJD | ,006 | ,014 | ,210 | 1 | ,647 | 1,006 |
| | BEROEP | | | 3,202 | 5 | ,669 | |
| | Andere | ,800 | ,696 | 1,319 | 1 | ,251 | 2,225 |
| | Arbeider | 1,902 | 1,211 | 2,466 | 1 | ,116 | 6,702 |
| | Bediende | ,770 | ,584 | 1,737 | 1 | ,188 | 2,160 |
| | Student | ,457 | ,926 | ,244 | 1 | ,622 | 1,580 |
| | Werkzoekende | ,904 | ,985 | ,842 | 1 | ,359 | 2,468 |
| | MET VERHAAL BIJ HUISARTS TERECHT KUNNEN | | | 33,457 | 2 | <,001 | |
| | Akkoord | 3,554 | ,628 | 32,050 | 1 | <,001 | 34,962 |
| | Dit herinner ik me niet meer | 1,736 | 1,401 | 1,534 | 1 | ,215 | 5,673 |
| | Constant | -4,365 | 1,093 | 15,954 | 1 | <,001 | ,013 |

Bijlage 9: overzichtstabel huisartsenvragenlijst

| | ***Vraag*** | ***Totaal*** | ***Resultaten*** ***Totaal (Aandeel van respons in %)*** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Q2** | Wat is uw jobtitel? | 149 | Huisarts: 103 (69.1%) | HAIO: 46 (30.9%) | | | |
| **Q7** | Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | 149 | 1-3 jaar: 47 (31.5%) | 4-5 jaar: 24 (16.1%) | 6-10 jaar: 28 (18.8%) | 11-15 jaar: 16 (10.7%) | >15 jaar: 34 (22.8%) |
| **Q8** | Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | 146 | <1x/m: 8 (5.5%) | 1x/m: 16 (11.0%) | 1x/2w: 34 (23.3%) | 1x/w: 43 (29.5%) | Meerdere/w: 45 (30.8%) |
| **Q12** | Na hoeveel tijd ziet u een patiënt met burn-out terug? | 146 | Na 1w: 12 (8.2%) | Na 2w: 69 (47.3%) | Na 3w: 8 (5.5%) | Na 1m: 11 (7.5%) | Dit varieert: 46 (31.5%) |
| **Q14** | Geeft u zelf al een vervolgafspraak mee met de patiënt? | 146 | Ja: 130 (89.0%) | Nee: 16 (11.0%) | | | |
| **Q16** | Voelt u zich op het gemak bij een consultatie in kader van burn-out? | 146 | Ja: 48 (32.9%) | Meestal: 81 (55.5%) | Soms: 14 (9.5%) | Nee 3 (2.1%): | |
| **Q17** | Welke rol spelen volgende personen/hulpverleners volgens u in het herstelproces van een patiënt met burn-out?<br><br>Patiënt (1)<br>Familie en vrienden (2)<br>Huisarts (3)<br>Psycholoog (4)<br>Psychiater (5)<br>Arbeidsarts (6)<br>Coach (7)<br>Verpleegkundige (8)<br>Kinesist (9) | 143 | Zeer grote rol:<br><br>118 (82.5%)<br>31 (21.7%)<br>18 (12.6%)<br>38 (26.6%)<br>3 (2.1%)<br>16 (11.2%)<br>8 (5.6%)<br>1 (0.7%)<br>1 (0.7%) | Grote rol:<br><br>25 (17.5%)<br>84 (58.7%)<br>90 (62.9%)<br>85 (59.4%)<br>8 (5.4%)<br>69 (48.3%)<br>60 (42.0%)<br>3 (2.1%)<br>12 (8.4%) | Kleine rol:<br><br>0 (0%)<br>27 (18.9%)<br>33 (23.1%)<br>20 (14.0%)<br>76 (53.1%)<br>55 (38.5%)<br>59 (41.3%)<br>42 (29.4%)<br>78 (54.5%) | Geen rol:<br><br>0 (0%)<br>1 (0.7%)<br>2 (1.4%)<br>0 (0%)<br>48 (33.6%)<br>3 (2.1%)<br>13 (9.1%)<br>76 (53.1%)<br>41 (28.7%) | Niet van toepassing:<br><br>0 (0%)<br>0 (0%)<br>0 (0%)<br>0 (0%)<br>8 (5.6%)<br>0 (0%)<br>3 (2.1%)<br>21 (14.7%)<br>11 (7.7%) |
| **Q18** | Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? | 141 | Ja, altijd: 3 (2.1%) | Meestal wel: 5 (3.5%) | Meestal niet 99 (70.2%) | Nee, nooit: 34 (24.1%) | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Q21** | Indien ja: welke? U mag meerdere opties aanduiden<br><br>Tricyclische antidepressiva (TCA) (1)<br>SSRI – SNRI (2)<br>Antipsychotica (3)<br>Trazodone (4)<br>Benzodiazepines (5)<br>Melatonine (6)<br>Plantaardige producten (7)<br>Homeopathische middelen (8)<br>Andere (9) | 8 | Aantal keer aangeduid:<br><br>0 (0%)<br>5 (62.5%)<br>0 (0%)<br>5 (62.5%)<br>2 (25%)<br>2 (25%)<br>3 (37.5%)<br>0 (0%)<br>1 (12.5%) | | | | |
| **Q22** | Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt? | 141 | Ja, altijd:<br>37 (26.2%) | Meestal wel:<br>80 (56.7%) | Meestal niet:<br>22 (15.6%) | Nee, nooit:<br>2 (1.4%) | |
| **Q23** | Indien ja, welke? U mag meerdere opties aanduiden.<br><br>5G model (1)<br>Balansmodel (2)<br>Het KOP model (3)<br>Batterij (4)<br>Spanningsthermometer (5)<br>Ademhalingsoefeningen (6)<br>Schrijf en piekeropdrachten (7)<br>Andere (8) | 117 | Aantal keer aangeduid:<br><br>32 (27.4%)<br>48 (41.0%)<br>11 (9.4%)<br>37 (31.6%)<br>4 (3.4%)<br>72 (61.5%)<br>69 (59.0%)<br>44 (37.6%) | | | | |
| **Q24** | Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? | 141 | Ja, altijd:<br>36 (25.5%) | Ja, als pt dit wenst:<br>97 (68.8%) | Nee, meestal niet:<br>8 (5.7%) | Nee, nooit:<br>0 (0%) | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Q25** | Wanneer verwijst u de patiënt door naar de psycholoog? U mag meerdere opties aanduiden.<br><br>Altijd (1)<br>Bij weinig effect van initieel beleid (2)<br>Bij langdurige arbeidsongeschiktheid (6 weken of langer) (3)<br>Bij depressieve gedachten (4)<br>Bij angstproblematiek (5)<br>Bij slaapproblemen (6)<br>Ik verwijs patiënten nooit door naar de psycholoog (7)<br>Andere (8) | 141 | Aantal keer aangeduid:<br><br>35 (25.0%)<br>81 (57.4%)<br>77 (54.6%)<br><br>94 (66.7%)<br>68 (48.2%)<br>26 (18.4%)<br>0 (0%)<br>5 (3.5%) | | | | |
| **Q26** | Hebt u contact met de arbeidsarts? | 141 | Ja, altijd:<br>1 (0.7%) | Meestal wel:<br>23 (16.3%) | Meestal niet:<br>89 (63.1%) | Nee, nooit:<br>28 (19.9) | |
| **Q29** | Indien u aangaf dit niet te doen, wat zijn uw argumenten hiervoor?<br><br>Onbekend wie arbeidsarts is (1)<br>Moeilijke bereikbaarheid van arbeidsarts (2)<br>Niet nuttig voor de opvolging (3)<br>Zelf geen tijd hiervoor (4)<br>Geen neutraliteit van de arbeidsarts (5)<br>Andere (6) | 117 | Aantal keer aangeduid:<br><br>78 (66.7%)<br>67 (57.3%)<br>8 (6.8%)<br>33 (28.2%)<br>5 (4.3%)<br>17 (14.5%) | | | | |
| **Q30** | Waar bevinden zich volgens u hiaten in uw kennis rond burn-out? U mag meerdere opties aanduiden.<br><br>Gespreksvoering/anamnese (1)<br>Diagnose (2)<br>Behandeling (3)<br>Follow-up (4)<br>Theoretische achtergrondkennis (5)<br>Arts-patiënt connectie (6)<br>Volgens mij bestaat burn-out niet (7) | 140 | Aantal keer aangeduid:<br><br>30 (21.4%)<br>36 (25.7%)<br>86 (61.4%)<br>56 (40%)<br>49 (35%)<br>0 (0%)<br>3 (2.1%) | | | | |
| **Q31** | Is er voor u een verschil tussen overspanning, surmenage en burn-out? | 140 | Ja:<br>107 (76.4%) | Nee:<br>5 (3.6%) | Ik vind het verschil niet duidelijk:<br>28 (20.0%) | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Q32** | Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | 140 | Ja:<br>55 (39,3%) | Nee:<br>85 (60,7%) | |
| **Q34** | Zo ja, welke richtlijn en/of bronnen gebruikt u? U mag meerdere opties aanduiden.<br><br>NHG richtlijnen (1)<br>GGZ standaarden (2)<br>EBM practicenet (3)<br>Hoge gezondheidsraad (4)<br>UpToDate (5)<br>Dynamed (6)<br>Huisarts en wetenschap (7)<br>Andere (8) | 54 (36.2%) | Aantal keer aangeduid:<br><br>47 (87.0%)<br>3 (5.5%)<br>19 (35.2%)<br>6 (11.1%)<br>4 (7.4%)<br>3 (5.6%)<br>7 (13.0%)<br>5 (9.3%) | | |
| **Q41** | Hebt u bijkomende opmerkingen? | • We worden in de opleiding onvoldoende hierover opgeleid. De patiënt verwacht hier echter wel dat jij hem of haar kan opvolgen voor deze problematiek. En de psycholoog is niet terugbetaald, waardoor ze sneller bij ons dan bij de psycholoog komen. Op dit moment werk ik vooral op een empatische manier en voelt het wat aan als trial and error voor mezelf.<br>• De rol die de arbeidsarts kan vervullen is me onvoldoende duidelijk.<br>• ik probeer te activeren op maat vd patiënt<br>• Bij de eerste vraag, heb ik niet het idee dat ik hiaten heb...<br>• vaak onderliggende depressie, pt hoort liever burn-out<br>• Recent afgestudeerd (sinds 3j HAIO-af), richtlijnen niet terug geconsulteerd<br>• overspannen en surmenage is bij mij hetzelfde: te veel op je plateau en te weinig tijd/energie ervoor. Dit is vaak breder dan werkgerelateerd; anderzijds is een overspanning soms makkelijker op te lossen met een paar weken rust in te bouwen. Bij een echte burnout is rusten een eerste noodzakelijke stap, maar is vaak toch zeker 6-8wk nodig alvorens iemand fysiek terug grotendeels op zijn effen is en soms moet het mentale proces dan nog beginnen.<br>• vooral vertrouwensrelatie en steun, psycholoog voor oorzakelijke aanpak en behandeling, huisarts voor diagnose en werkonbekwaamheid<br>• Ook grote rol: werkgever (baas, HR, collega's)! (zowel positief als negatief)<br>• samenwerking arbeidsarts: dit gebeurt meestal via de patiënt, ik geef bijna altijd wel een brief mee. Enkel in problematische situaties zal ik, na overleg met de patiënt, zelf ook telefonisch overleggen met de arbeidsarts.<br>• Volgens de psychiaters (dsm) bestaat burn out niet wat diagnose moeilijk maakt. Patiënten hebben nood aan een actieve aanpak met snel terug naar het werk. Ze hebben vaak wel veel | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | controle over balans werk en privé en jobinhoud. Mensen willen dit echter vaak niet opbrengen. Zelfs naar een coach gaan of naar een psycholoog op mijn advies doen ze vaak niet. Veel mensen blijven in de slachtofferrol<br>• Arbeidsarts: ik verwijs mijn patiënten wel vaak naar hen maar ik heb er dan zelf eigenlijk weinig rechtstreeks contact mee<br>• Ik stuur meestal naar een specifieke loopbaancoach die aan de slag gaat met begrenzing, perfectionisme.. enz. Dit voor loutere burnout. Ik probeer contact met werkomgeving te herstellen door patiënt door gericht naar problemen te kijken en daar te bespreken. Enzovoort<br>• Ik vind het moeilijk om patiënten na een voldoende lange periode terug aan het werk te krijgen. Als huisarts hebben we onvoldoende inzicht en daadkracht op het werk van de patiënt. De arbeidsarts zou hiervoor sneller ingeschakeld moeten worden en dit stuk opnemen.<br>• Ik moest een antwoord aanduiden bij hiaten in kennis. Ik heb niet het gevoel dat ik op dit moment een groot hiaat heb!<br>• NEE. GOEDE SAMENWERKING (AL JAREN) SAMEN MET HUMAN LINK<br>• Groot hiaat vooral de wachttijd bij psychologen waardoor wij als huisarts ondertussen de opvolging moeten doen ipv dat patient bij psycholoog terecht kan.<br>• arbeidsarts: belangrijk bij re-integratietraject, maar geen rechtstreeks contact mee. Psycholoog in se niet nodig, tenzij psychische comorbiditeit, zoals depressie, angst, omgang met emoties<br>• Weinig tools vanuit de opleiding om mee aan de slag te gaan. PO is hier weinig mee bezig dus krijg geen bijkomende opleiding. |

Bijlage 10: volledige output SPPS vergelijkende statistiek huisartsen

1. Kruistabel met correlatieanalyse van Q7 ('Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts?') en Q18 ('Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out?')

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q18 * Q7 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q18 * Q7 Crosstabulation**

Count

| | | Q7: Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 - 3 jaar (huisarts in opleiding) | 4 - 5 jaar | 6 - 10 jaar | 11 - 15 jaar | > 15 jaar | Total |
| Q18: Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? | Ja, altijd | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| | Meestal wel | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 5 |
| | Meestal niet | 30 | 14 | 19 | 14 | 22 | 99 |
| | Nee, nooit | 13 | 8 | 7 | 2 | 4 | 34 |
| Total | | 43 | 23 | 26 | 16 | 33 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 25.476[a] | 12 | .013 | .[b] |
| Likelihood Ratio | 25.130 | 12 | .014 | .012 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 17.625 | | | .037 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 11 cells (55.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

2. Kruistabel met correlatieanalyse van Q7 (‘Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts?’) en Q22 (‘Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q22 * Q7 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q22 * Q7 Crosstabulation**

Count

| | | Q7: Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 - 3 jaar (huisarts in opleiding) | 4 - 5 jaar | 6 - 10 jaar | 11 - 15 jaar | > 15 jaar | Total |
| Q22: Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt? | Ja, altijd | 6 | 9 | 5 | 5 | 12 | 37 |
| | Meestal wel | 28 | 9 | 18 | 10 | 15 | 80 |
| | Meestal niet | 9 | 4 | 2 | 1 | 6 | 22 |
| | Nee, nooit | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Total | | 43 | 23 | 26 | 16 | 33 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 15.883[a] | 12 | .197 | .[b] |
| Likelihood Ratio | 17.122 | 12 | .145 | .[b] |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 15.911 | | | .122 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 9 cells (45.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

3. Kruistabel met correlatieanalyse van Q7 (‘Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts?’) en Q24 (‘Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q24 * Q7 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q24 * Q7 Crosstabulation**

Count

| | | Q7: Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 - 3 jaar (huisarts in opleiding) | 4 - 5 jaar | 6 - 10 jaar | 11 - 15 jaar | > 15 jaar | Total |
| Q24: Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? | Ja, altijd | 8 | 6 | 6 | 6 | 10 | 36 |
| | Ja, indien patiënt dit wenst | 33 | 15 | 19 | 10 | 20 | 97 |
| | Nee, meestal niet | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 8 |
| Total | | 43 | 23 | 26 | 16 | 33 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 5.175[a] | 8 | .739 | .758 |
| Likelihood Ratio | 5.906 | 8 | .658 | .752 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 5.024 | | | .764 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 6 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.

4. Kruistabel met correlatieanalyse van Q7 (‘Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts?’) en Q26 (‘Hebt u contact met de arbeidsarts?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q26 * Q7 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q26 * Q7 Crosstabulation**

Count

| | | Q7: Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 - 3 jaar (huisarts in opleiding) | 4 - 5 jaar | 6 - 10 jaar | 11 - 15 jaar | > 15 jaar | Total |
| Q26: Hebt u contact met de arbeidsarts? | Ja, altijd | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Meestal wel | 6 | 5 | 6 | 2 | 4 | 23 |
| | Meestal niet | 27 | 11 | 17 | 10 | 24 | 89 |
| | Nee, nooit | 10 | 7 | 2 | 4 | 5 | 28 |
| Total | | 43 | 23 | 26 | 16 | 33 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 11.635[a] | 12 | .475 | .491 |
| Likelihood Ratio | 10.995 | 12 | .529 | .493 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 11.778 | | | .465 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 10 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .11.

5. Kruistabel met correlatieanalyse van Q7 (‘Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts?’) en Q32 (‘Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q32 * Q7 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q32 * Q7 Crosstabulation**

Count

| | | Q7: Hoeveel jaren bent u al actief als huisarts? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 - 3 jaar (huisarts in opleiding) | 4 - 5 jaar | 6 - 10 jaar | 11 - 15 jaar | > 15 jaar | Total |
| Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | Ja | 24 | 8 | 6 | 3 | 14 | 55 |
| | Nee | 18 | 15 | 20 | 13 | 19 | 85 |
| Total | | 42 | 23 | 26 | 16 | 33 | 140 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 11.640[a] | 4 | .020 | .019 |
| Likelihood Ratio | 11.998 | 4 | .017 | .020 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 11.390 | | | .021 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.29.

6. Kruistabel met correlatieanalyse van Q8 (‘Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld?’) en Q18 (‘Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q18 * Q8 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q18 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Q8: Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Minder dan één keer per maand | 1 per maand | 1 per twee weken | 1 per week | Meerdere per week | Total |
| Q18: Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? | Ja, altijd | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | Meestal wel | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| | Meestal niet | 1 | 10 | 23 | 27 | 38 | 99 |
| | Nee, nooit | 3 | 4 | 9 | 14 | 4 | 34 |
| Total | | 6 | 16 | 32 | 43 | 44 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 35.777[a] | 12 | <.001 | .[b] |
| Likelihood Ratio | 29.985 | 12 | .003 | .001 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 27.272 | | | <.001 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 13 cells (65.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

7. Kruistabel met correlatieanalyse van Q8 (‘Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld?’) en Q22 (‘Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q22 * Q8 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q22 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Q8: Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Minder dan één keer per maand | 1 per maand | 1 per twee weken | 1 per week | Meerdere per week | Total |
| Q22: Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt? | Ja, altijd | 1 | 5 | 12 | 6 | 13 | 37 |
| | Meestal niet | 2 | 4 | 2 | 9 | 5 | 22 |
| | Meestal wel | 3 | 7 | 18 | 28 | 24 | 80 |
| | Nee, nooit | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Total | | 6 | 16 | 32 | 43 | 44 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 15.266[a] | 12 | .227 | .231 |
| Likelihood Ratio | 15.949 | 12 | .194 | .200 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 15.100 | | | .169 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 11 cells (55.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

8. Kruistabel met correlatieanalyse van Q8 (‘Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld?’) en Q24 (‘Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q24 * Q8 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q24 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Q8: Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Minder dan één keer per maand | 1 per maand | 1 per twee weken | 1 per week | Meerdere per week |
| Q24: Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? | Ja, altijd | 0 | 5 | 8 | 12 | 11 |
| | Ja, indien patiënt dit wenst | 4 | 11 | 24 | 27 | 31 |
| | Nee, meestal niet | 2 | 0 | 0 | 4 | 2 |
| Total | | 6 | 16 | 32 | 43 | 44 |

**Q24 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Total |
|---|---|---|
| Q24: Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? | Ja, altijd | 36 |
| | Ja, indien patiënt dit wenst | 97 |
| | Nee, meestal niet | 8 |
| Total | | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 14.177[a] | 8 | .077 | .078 |
| Likelihood Ratio | 13.934 | 8 | .083 | .109 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 10.062 | | | .203 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 8 cells (53.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .34.

9. Kruistabel met correlatieanalyse van Q8 (‘Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld?’) en Q26 (‘Hebt u contact met de arbeidsarts?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q26 * Q8 | 141 | 94.6% | 8 | 5.4% | 149 | 100.0% |

**Q26 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Q8: Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Minder dan één keer per maand | 1 per maand | 1 per twee weken | 1 per week | Meerdere per week | Total |
| Q26: Hebt u contact met de arbeidsarts? | Ja, altijd | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Meestal wel | 0 | 6 | 3 | 5 | 9 | 23 |
| | Meestal niet | 5 | 7 | 23 | 26 | 28 | 89 |
| | Nee, nooit | 1 | 3 | 5 | 12 | 7 | 28 |
| Total | | 6 | 16 | 32 | 43 | 44 | 141 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 14.629[a] | 12 | .262 | .232 |
| Likelihood Ratio | 14.132 | 12 | .292 | .249 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 14.386 | | | .261 |
| N of Valid Cases | 141 | | | |

a. 10 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

10. Kruistabel met correlatieanalyse van Q8 (‘Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld?’) en Q32 (‘ Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q32 * Q8 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q32 * Q8 Crosstabulation**

Count

| | | Q8: Hoeveel patiënten met burn-out ziet u gemiddeld? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Minder dan één keer per maand | 1 per maand | 1 per twee weken | 1 per week | Meerdere per week | Total |
| Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | Ja | 2 | 11 | 14 | 15 | 13 | 55 |
| | Nee | 3 | 5 | 18 | 28 | 31 | 85 |
| Total | | 5 | 16 | 32 | 43 | 44 | 140 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 8.191[a] | 4 | .085 | .082 |
| Likelihood Ratio | 8.106 | 4 | .088 | .106 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 8.037 | | | .082 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.96.

11. Kruistabel met correlatieanalyse van Q32 (‘ Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’) en Q18 (‘Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q18 * Q32 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q18 * Q32 Crosstabulation**

Count

| | | Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ja | Nee | Total |
| Q18: Hebt u medicatie opgestart bij de behandeling van burn-out? | Ja, altijd | 1 | 2 | 3 |
| | Meestal wel | 2 | 3 | 5 |
| | Meestal niet | 38 | 60 | 98 |
| | Nee, nooit | 14 | 20 | 34 |
| Total | | 55 | 85 | 140 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | .107[a] | 3 | .991 | .975 |
| Likelihood Ratio | .108 | 3 | .991 | .975 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | .365 | | | .975 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.18.

12. Kruistabel met correlatieanalyse van Q32 (‘ Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’) en Q22 (‘Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q22 * Q32 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q22 * Q32 Crosstabulation**

Count

| | | Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ja | Nee | Total |
| Q22: Geeft u soms bepaalde opdrachten mee met de patiënt? | Ja, altijd | 17 | 19 | 36 |
| | Meestal wel | 32 | 48 | 80 |
| | Meestal niet | 6 | 16 | 22 |
| | Nee, nooit | 0 | 2 | 2 |
| Total | | 55 | 85 | 140 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 3.593[a] | 3 | .309 | .338 |
| Likelihood Ratio | 4.343 | 3 | .227 | .301 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 3.159 | | | .366 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .79.

13. Kruistabel met correlatieanalyse van Q32 (‘ Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’) en Q24 (‘Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q24 * Q32 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q24 * Q32 Crosstabulation**

Count

| | | Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ja | Nee | Total |
| Q24: Verwijst u patiënten met een burn-out naar een psycholoog? | Ja, altijd | 6 | 30 | 36 |
| | Ja, indien patiënt dit wenst | 46 | 50 | 96 |
| | Nee, meestal niet | 3 | 5 | 8 |
| Total | | 55 | 85 | 140 |

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 10.731[a] | 2 | .005 | .004 |
| Likelihood Ratio | 11.660 | 2 | .003 | .003 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 11.244 | | | .003 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.14.

14. Kruistabel met correlatieanalyse van Q32 (‘ Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out?’) en Q26 (‘Hebt u contact met de arbeidsarts?’)

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

| | Cases | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Q26 * Q32 | 140 | 94.0% | 9 | 6.0% | 149 | 100.0% |

**Q26 * Q32 Crosstabulation**

Count

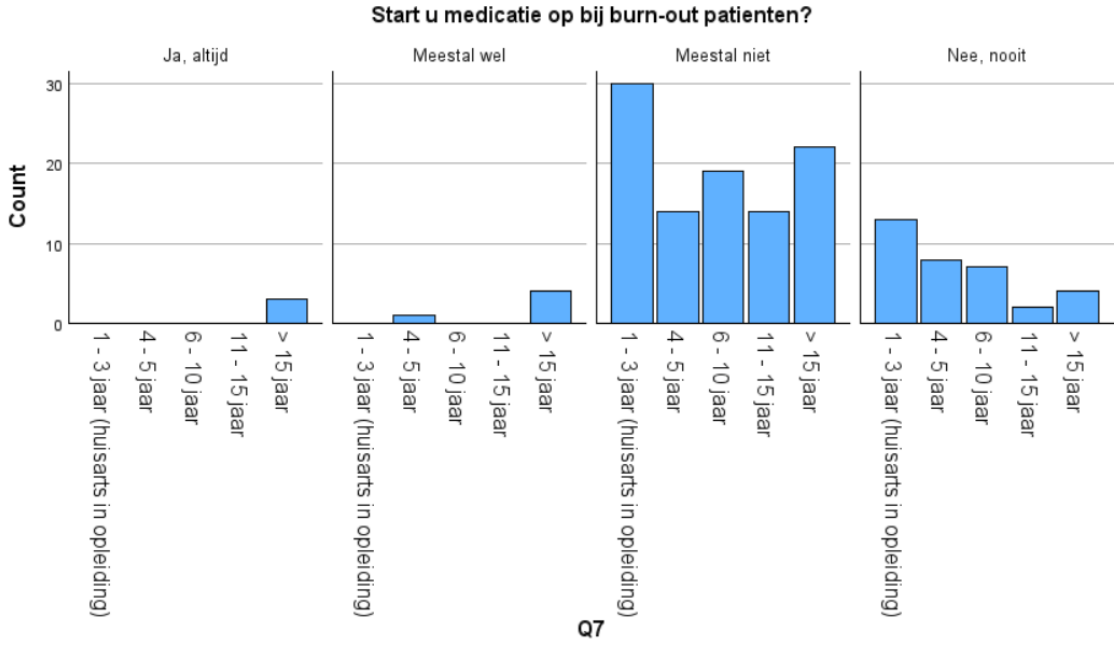
| | | Q32: Gebruikt u richtlijnen in de begeleiding van patiënten met burn-out? | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ja | Nee | Total |
| Q26: Hebt u contact met de arbeidsarts? | Ja, altijd | 1 | 0 | 1 |
| | Meestal wel | 15 | 8 | 23 |
| | Meestal niet | 31 | 57 | 88 |
| | Nee, nooit | 8 | 20 | 28 |
| Total | | 55 | 85 | 140 |

**Chi-Square Tests**

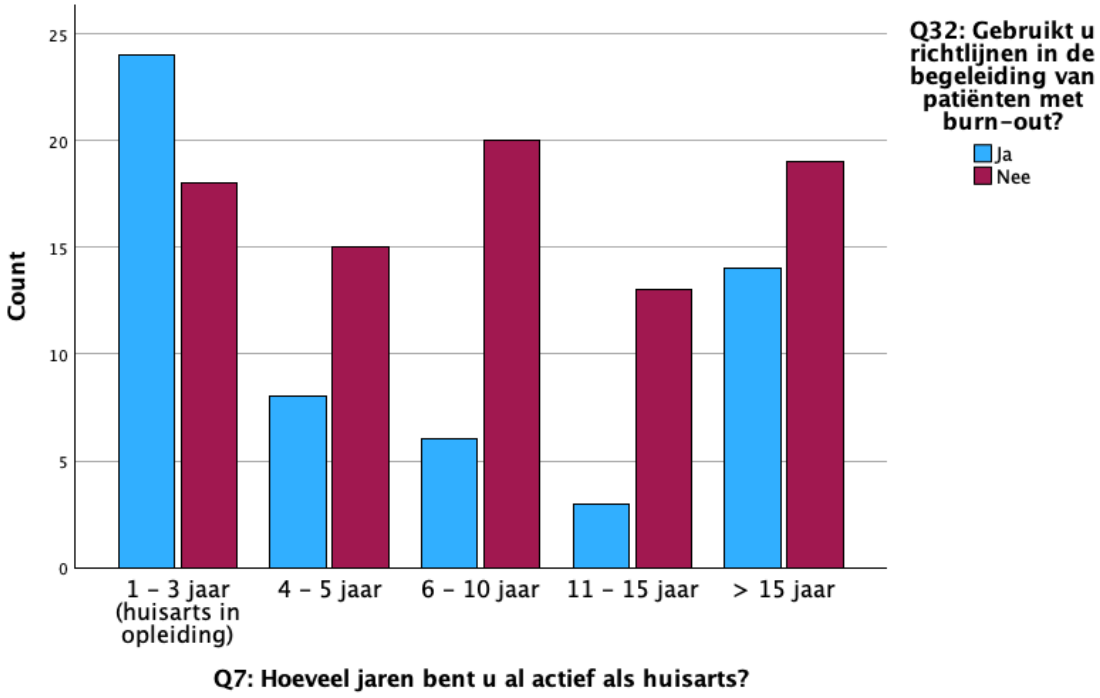
| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) |
|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 9.985[a] | 3 | .019 | .011 |
| Likelihood Ratio | 10.183 | 3 | .017 | .014 |
| Fisher-Freeman-Halton Exact Test | 9.578 | | | .013 |
| N of Valid Cases | 140 | | | |

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .39.

Bijlage 11: Grafieken trends van de bivariate-analyse




*Figuur 2: Correlatie tussen medicatie voorschrijven (Q18) en het aantal jaren actief zijn als huisarts (Q7).*




*Figuur 3: Correlatie tussen het gebruik van richtlijnen (Q32) en het aantal jaren actief zijn als huisarts (Q7).*