



**Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out:  
ontwikkeling van een transmuraal multidisciplinair  
traject met maximale afstemming van zorg en  
begeleiding naar werk**

Tussentijds rapport

**Dr. Lotje Lambregts  
Prof. Dr. Lode Godderis**

Juni 2017

---

## Inhoud

### Inleiding

<b>1. Doelstellingen van het project</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Projectplanning</b> .....	<b>10</b>
<b>4. Begripsafbakening</b> .....	<b>10</b>
4.1. <i>Burn-out</i> .....	10
4.2. <i>Duurzamer terugkeren naar werk</i> .....	11
4.3. <i>Gebruikelijke begeleiding</i> .....	12
4.4. <i>Zorgtraject, zorgpad</i> .....	13
<b>5. Landschapsverkenning</b> .....	<b>15</b>
5.1. <i>Studie van de wetenschappelijke literatuur</i> .....	15
5.1.1. <i>Doel</i> .....	15
5.1.2. <i>Methode</i> .....	15
5.1.3. <i>Resultaten</i> .....	18
5.2. <i>Grijze literatuur/bestaande initiatieven in België</i> .....	20
5.3. <i>Stakeholders</i> .....	22
<b>6. Ontwikkeling van het traject</b> .....	<b>23</b>
6.1. <i>Ontwikkeling van een eerste ontwerpversie</i> .....	23
6.2. <i>Ontwikkeling van het uiteindelijke traject</i> .....	25
6.2.1. <i>Bevraging van de stakeholders</i> .....	25
6.2.2. <i>Beschrijving van het uiteindelijke traject</i> .....	29
<b>Referenties</b> .....	<b>33</b>

## Inleiding

Arbeidsongeschiktheid als gevolg van gezondheidsproblemen heeft sociale en economische gevolgen voor zowel de betrokken persoon als de maatschappij. De afgelopen jaren werden in verschillende westerse landen maatregelen genomen om de arbeidsre-integratie van mensen met gezondheidsproblemen te bevorderen (1). Zulke maatregelen zijn nodig gezien de kans om terug te keren naar het werk kleiner wordt naarmate werknemers langer arbeidsongeschikt zijn omwille van gezondheidsproblemen. Slechts 50% van de werknemers die 6 maanden of langer arbeidsongeschikt zijn, keert terug naar de eigen werkgever. Dit aantal daalt verder tot 20% bij werknemers die een jaar arbeidsongeschikt zijn (2).

Mentale aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid. Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat op 31 december 2015 in België 122.825 werknemers langer dan een jaar arbeidsongeschikt (invalide) waren omwille van een psychische aandoening. Dit is 35% van het totaal aantal invaliden (346.971). Eén van de mentale aandoeningen die tot langdurige arbeidsongeschiktheid kunnen leiden, is burn-out. Mensen met burn-out zijn vaker en langduriger arbeidsongeschikt dan anderen (3) en hebben op langere termijn een grotere kans om definitief van de arbeidsmarkt te verdwijnen (4).

In de literatuur zijn reeds een aantal interventiestudies terug te vinden gericht op mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out en hun terugkeer naar het werk (5-12). In deze interventies ligt doorgaans de focus op persoonsgerichte maatregelen zoals cognitieve gedragstherapie. Een snellere terugkeer naar het werk door cognitieve gedragstherapie wordt in deze studies niet aangetoond (6, 8, 11, 12). Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen in het feit dat burn-out per definitie gerelateerd is aan het werk (13). Enkel ingrijpen op individueel niveau (bv. verbeteren van copingstrategieën) is dan onvoldoende. Ook het aanpakken van risicofactoren voor burn-out in de werksituatie (bv. hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden) is nodig om een snellere terugkeer naar het werk te bekomen. De weinige studies waarin het effect van maatregelen op de werkvloer wordt nagegaan, lijken er op te wijzen dat deze organisatiegerichte maatregelen

een snellere terugkeer naar het werk bevorderen (5, 9). Bijkomend onderzoek is nodig om hierrond meer duidelijkheid te bekomen. Dit project wil daartoe bijdragen.

Dit project heeft als doel een traject te ontwikkelen voor werknemers die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out om hun terugkeer naar het werk te bevorderen. In ons uiteindelijke traject willen we zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte maatregelen opnemen. We willen daarnaast ook voldoende rekening houden met alle actoren waarmee een werknemer die arbeidsongeschikt is omwille van burn-out in aanraking komt: huisarts, psycholoog, arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, werkgever, leidinggevende ... Elk van deze actoren heeft zijn eigen expertise en heeft zijn eigen rol te spelen in de behandeling en begeleiding van werknemers met burn-out. Pijnpunten zijn dat deze betrokken actoren vaak onvoldoende kennis hebben over de inhoud van elkaars expertise en dat de communicatie tussen deze actoren onderling te wensen overlaat (14, 15). Dit zullen aandachtspunten zijn bij de ontwikkeling, de evaluatie en de implementatie van het traject.

Zorgpaden en zorgtrajecten worden in de curatieve sector gebruikt om patiëntgerichte zorgprocessen op een transparante wijze te organiseren en op te volgen (16, 17). In dit project willen we deze methodiek gebruiken in een ruimere context waarbij ook actoren uit de werkomgeving, arbeidsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde worden betrokken.

In dit tussentijds rapport wordt een eerste stand van zaken van het project gegeven. De ontwikkelingsfase van het traject is op dit moment afgerond en vormt het onderwerp van dit rapport. We beginnen met de *hypothese en de doelstellingen* van het project te verduidelijken. Vervolgens lichten we de gebruikte *methodologie* in dit project toe. We richten ons daarbij vooral op de gebruikte methodologie tijdens de ontwikkelingsfase. Daarna geven we een schematische voorstelling van de *projectplanning*. In het hoofdstuk *begripsafbakening* verduidelijken we wat we precies bedoelen wanneer we in dit project bepaalde termen gebruiken. Het hoofdstuk *landschapsverkenning* geeft weer hoe we de grijze en de wetenschappelijke literatuur over terugkeer naar het werk bij burn-out nakeken en wat dit als resultaat opleverde. Ook geven we een

overzicht van de verschillende stakeholders die we betrokken hebben bij dit project. Tenslotte wordt onder *ontwikkeling van het traject* beschreven hoe deze resultaten samen met een bevraging van de stakeholders heeft geleid tot het traject dat we in een volgende fase in de praktijk willen uittesten.



## 1. Doelstellingen van het project

De eerste doelstelling is de *ontwikkeling van een traject* dat werknemers die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out ondersteunt in hun terugkeer naar werk (bij de eigen werkgever of elders) zodat zij het werk sneller en duurzamer kunnen hervatten vergeleken met mensen die dit traject niet hebben ontvangen. Dit multidisciplinair traject zal bestaan uit zowel een “zorgcomponent” (medische/therapeutische aspecten) als een “arbeidscomponent” (werkgerelateerde aspecten). Daarnaast hebben we als doel om het *ontwikkelde traject uit te testen* door middel van een geclusterde, gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT). Tenslotte zullen we, naast de RCT, een procesevaluatie uitvoeren om zo concreet mogelijke *aanbevelingen* te kunnen formuleren voor de *implementatie* van het traject in de dagelijkse praktijk.

De hypothese die zal worden onderzocht is: “Mensen met burn-out die het traject naar werk ontvangen, zullen sneller en duurzamer terugkeren naar het werk vergeleken met de groep die de gebruikelijke begeleiding ontvangt”.

## 2. Methodologie

Voor de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van het traject baseren we ons op het Medical Research Council (MRC) framework (18, 19). Dit conceptueel kader is een leidraad bij het doorlopen van het ontwikkelings- en evaluatieproces van complexe interventies (Figuur 1).

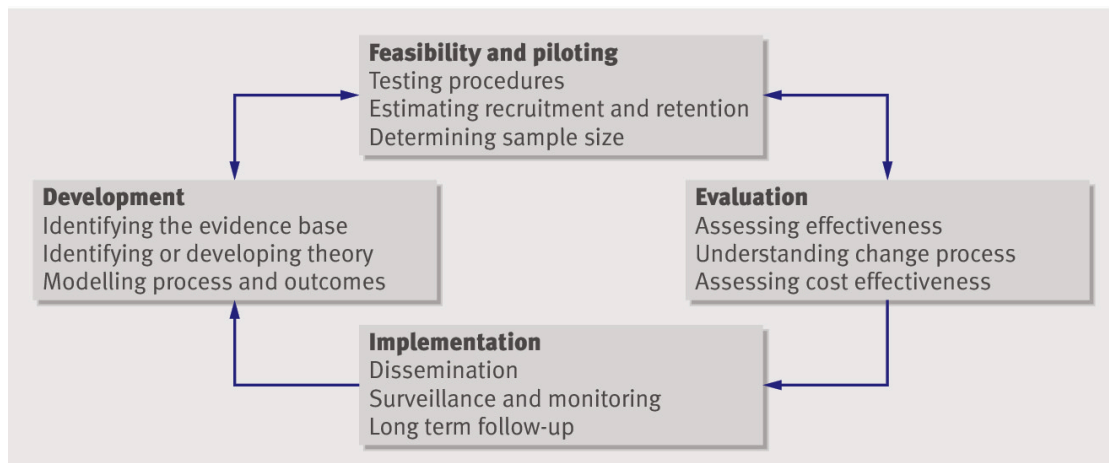


Fig. 1: Sleutelementen in het ontwikkelings- en evaluatieproces van een complexe interventie (Craig et al. 2008)

Dit tussentijds rapport beschrijft de fase van ontwikkeling (development).

Tijdens deze fase van ontwikkeling voerden we een systematische literatuurstudie uit om na te gaan welke interventies in het verleden effectief bleken te zijn. Daarnaast keken we de grijze literatuur na om een overzicht te krijgen van de initiatieven, tools, projecten... die nu reeds in België gebruikt worden of uitgetest werden en die nuttig kunnen zijn bij de ontwikkeling van het traject.

Tijdens het ontwikkelingsproces van het traject gebruikten we het Attitude Social Influence Self-Efficacy (ASE) model (Figuur 2) als theoretisch referentiekader. Het model geeft drie determinanten voor terugkeer naar het werk weer: wat de persoon zelf denkt over terugkeer naar het werk, wat mensen uit de omgeving (werkgever, leidinggevende, collega's, ...) denken over de terugkeer naar het werk van de betrokken persoon en de mate waarin de betrokkene zelf gelooft in een succesvolle terugkeer naar het werk (20-22). Daarnaast houdt het model ook rekening met mogelijke hinderpalen voor terugkeer naar het werk, zaken die de terugkeer naar het werk kunnen vergemakkelijken en de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor een succesvolle terugkeer naar het werk.

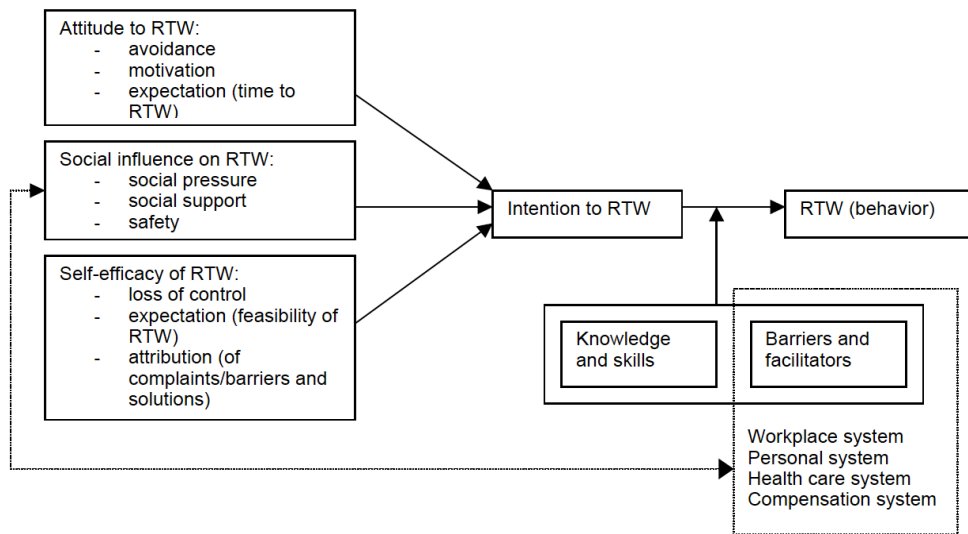
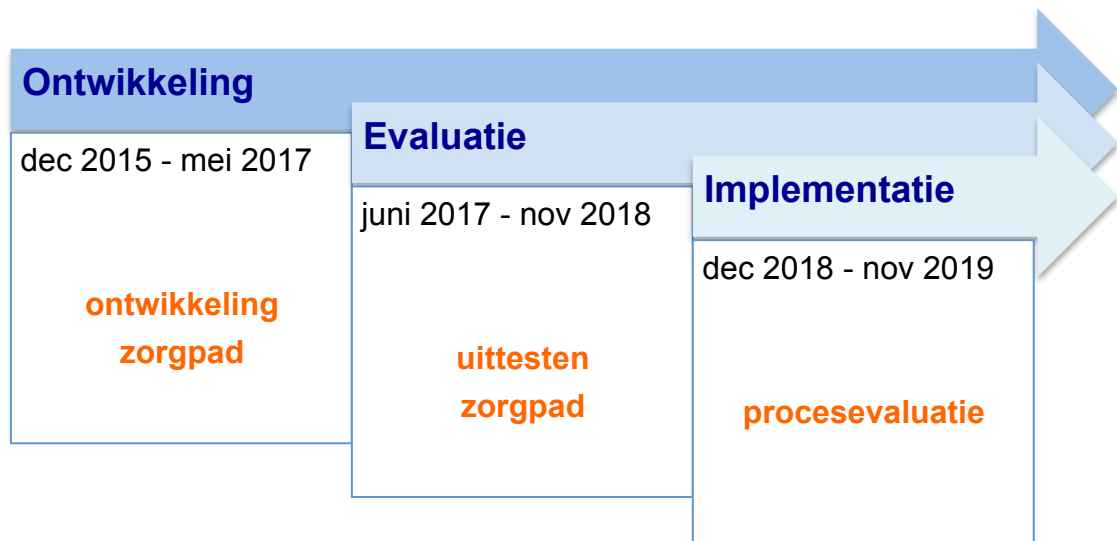


Fig. 2: ASE model toegepast op terugkeer naar het werk (Van Oostrom et al. 2007)

Op basis van de systematische literatuurstudie en de grijze literatuur werkten we een eerste versie van het traject uit. Deze eerste versie van het traject legden we voor aan stakeholders en we vroegen hen wat mogelijke hinderpalen en bevorderende factoren kunnen zijn bij de praktische uitvoering van het traject.

Verder in het rapport onder de hoofdstukken *Landschapsverkenning* en *Ontwikkeling van het traject* gaan we dieper in op de literatuurstudie en de bevraging van de stakeholders.

### 3. Projectplanning



### 4. Begripsafbakening

#### 4.1. Burn-out

Herbert Freudenberger gebruikte in de jaren zeventig van de vorige eeuw voor het eerst de term burn-out (23). Niet veel later ontwikkelde Christina Maslach de "Maslach Burnout Inventory" (MBI), een instrument om (de mate van) burn-out vast te stellen (24, 25). Doorheen de jaren ontwikkelden onderzoeksgroepen uit verschillende landen nog andere instrumenten maar in het merendeel van het bestaande onderzoek naar burn-out gebruikten de onderzoekers de MBI. Wilmar Schaufeli ontwikkelde de Nederlandstalige versie van deze vragenlijst: de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) (26). De MBI en de UBOS meten drie dimensies/symptomen: emotionele/mentale uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. De definitie van burn-out die wij in dit project zullen hanteren, sluit hierbij aan: *"Burn-out is een syndroom van extreme*

*vermoeidheid (uitputting), afstand nemen van het werk (distantie) en weinig vertrouwen in het eigen kunnen (verminderde competentie), waarbij de oorzaken voor deze aspecten gelegen zijn in hetzij de werksfeer, hetzij de manier waarop werknemers omgaan met stresserende aspecten in hun werk.”* (27) Burn-out is volgens deze definitie dus werkgerelateerd. In deze studie zullen we ons specifiek richten naar werknemers (met een arbeidsovereenkomst). We richten ons in deze studie dus niet naar zelfstandigen of mensen die onbetaald werk uitvoeren zoals mantelzorgers, vrijwilligers, studenten ...

De meest gangbare definitie van burn-out is deze waarin de drie dimensies (uitputting, distantie, verminderde competentie) en werkgerelateerde factoren zijn opgenomen. De definitie van burn-out blijft echter onderwerp van discussie en op dit ogenblik is er geen algemeen aanvaarde en algemeen gebruikte definitie van burn-out. De Nederlandse richtlijn bijvoorbeeld stelt dat een burn-out niet specifiek gerelateerd dient te zijn aan het werk (28). Renzo Bianchi en collega's stellen zich de vraag of burn-out niet gezien moet worden als een vorm van depressie in plaats van als een aparte entiteit (29). Ook het feit dat “burn-out” noch in de DSM-V noch in de ICD-10 is opgenomen, bemoeilijkt het vinden van een consensus over hoe burn-out moet gedefinieerd worden. Op dit ogenblik werkt het team van Wilmar Schaufeli (KU Leuven, Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie) aan een nieuw instrument dat kan gebruikt worden om burn-out vast te stellen: de Burnout Assessment tool (BAT). De verwachting is dat dit instrument eind 2017 zal afgewerkt zijn. Deze timing laat niet toe om het nieuwe instrument nog te integreren in de in dit rapport beschreven studie. Verder wordt er aan KU Leuven (Afdeling Omgeving en Gezondheid) momenteel een bloedmarker ontwikkeld om burn-out via een bloedtest te kunnen vaststellen.

#### *4.2. Duurzamer terugkeren naar werk*

In dit project willen we werknemers niet alleen ondersteunen om sneller terug te keren naar werk maar ook om “duurzamer” terug te keren naar werk. “Duurzaam” betekent volgens Van Dale: 1) lang durend 2) weinig aan slijtage of bederf onderhevig 3) het milieu weinig belastend.

Een duurzame terugkeer naar werk bij burn-out betekent volgens ons:

- 1) een terugkeer naar werk waarbij de eerste 12 maanden geen nieuwe arbeidsongeschiktheid optreedt omwille van burn-out
- 2) een terugkeer naar werk waarbij werknemers goed functioneren op de werkvloer, voldoening halen uit hun werk en een aangename werkrelatie onderhouden met collega's en leidinggevenden zonder dat één van deze aspecten op termijn ondermaats wordt
- 3) een terugkeer naar werk waarbij niet alleen wordt getracht om rekening te houden met de noden van de werknemer die terugkeert naar werk, maar ook met de noden van collega's en leidinggevenden

#### *4.3. Gebruikelijke begeleiding*

Op dit moment worden mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out niet op een gestandaardiseerde manier begeleid. Patiënten kunnen beroep doen op verschillende zorgverleners (huisarts, psycholoog, psychiater, jobcoach, ergotherapeut ...) en deze zorgverleners handelen elk vanuit hun eigen opleiding, perspectief en ervaring. Dit leidt er doorgaans toe dat elke zorgverlener een afgebakend deel van de begeleiding voor zijn rekening neemt en dat de patiënt voor een ander deel van de begeleiding beroep doet op een andere zorgverlener. Daarbij komt dat, naast deze zorgverleners, een aantal mensen hun diensten aanbieden voor het begeleiden van patiënten met burn-out terwijl niet duidelijk is of zij hiervoor voldoende zijn opgeleid.

Wanneer we in dit project spreken van de “gebruikelijke begeleiding”, kunnen we dus niet spreken van één en dezelfde begeleiding voor elke arbeidsongeschikte werknemer met burn-out. Er zijn meerdere vormen van begeleiding die op dit moment gebruikelijk zijn. In dit project definiëren we de “gebruikelijke begeleiding” als volgt: *elke vorm van begeleiding die een arbeidsongeschikte werknemer met burn-out ontvangt vanaf het moment dat hij of zij arbeidsongeschikt is tot het moment van werkhervatting (bij de eigen werkgever of een andere werkgever) waarbij de ontvangen begeleiding niet bestaat uit het in deze studie ontwikkelde zorgpad.*

#### *4.4. Zorgtraject, zorgpad*

Een zorgtraject organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de opvolging van een patiënt met een chronische ziekte. Momenteel is in België een zorgtraject voorzien voor bepaalde patiënten met chronische nierinsufficiëntie (sinds 1 juni 2009) of diabetes type 2 (sinds 1 september 2009). Een zorgtraject vertrekt van een samenwerking tussen 3 partijen, namelijk patiënt, huisarts en specialist. Het traject begint na ondertekening van een “zorgtrajectcontract” door deze 3 partijen.

De doelstellingen van een zorgtraject zijn:

- de aanpak, behandeling en opvolging van de patiënt organiseren, coördineren en plannen op maat van zijn specifieke situatie
- de dialoog stimuleren met de patiënt zodat hij zo goed mogelijk inzicht krijgt in zijn ziekte en in de opvolging ervan. Dit gebeurt door middel van een persoonlijk zorgplan.
- een optimale samenwerking nastreven tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners
- de kwaliteit van zorg optimaliseren

Wanneer een patiënt instapt in een zorgtraject krijgt hij niet alleen een nauwgezette opvolging van zijn ziekteverloop maar ook een volledige terugbetaling (volgens het RIZIV-honorarium) van raadplegingen bij huisarts en specialist. Bovendien krijgt de patiënt een betere toegang tot specifiek materiaal, diëtiëk, podologie, educatie of bepaalde geneesmiddelen. De huisarts en specialist ontvangen een jaarlijks forfaitair honorarium van 80 euro per patiënt die een zorgtrajectcontract met hen afsluit. ([www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be))

Zorgpaden worden gedefinieerd als een “complexe interventie” om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te

verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader (30, 31). Karakteristieken van een zorgpad zijn: a) een expliciete vermelding van de doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op „evidence”, „best practice” en patiëntverwachtingen en hun kenmerken b) het vergemakkelijken van de communicatie tussen teamleden en met patiënten en hun familie c) het coördineren van het zorgproces door het coördineren van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie d) het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten en e) het identificeren van de verantwoorde middelen (30). Het doel van een zorgpad is de kwaliteit van zorg, over de grenzen van een organisatie heen, te verbeteren op het vlak van („risk-adjusted”) resultaten, het bevorderen van de patiëntveiligheid, het verhogen van de patiënttevredenheid en het optimaliseren van het middelengebruik (31).

Geert Goderis en collega's (32) wezen erop dat zorgtrajecten en zorgpaden gelijkaardige concepten zijn. Toch brachten zij enkele verschillen tussen beiden onder de aandacht: een zorgtraject heeft een officieel, wettelijk statuut. Het is noch een guideline, noch een aanbeveling. Het is een initiatief van de Belgische overheid dat de inclusiecriteria, de (financiële) incentives en de nodige acties om te voldoen aan de wettelijke voorwaarden bepaalt. Zorgpaden kunnen beschouwd worden als lokale en min of meer private initiatieven, terwijl een zorgtraject een nationaal implementatieprogramma is. Tenslotte lopen zorgpaden gedurende een welbepaalde periode, terwijl zorgtrajecten daarentegen levenslang kunnen voortduren als de status van de patiënt onveranderd blijft.

Bovenstaande verschillen tussen zorgpaden en zorgtrajecten geven aan waarom het in dit project om een “zorgpad” gaat. Het doel van dit project is het ontwikkelen en uittesten van een zorgpad. Het is aan de Belgische overheid om te bepalen of dit zorgpad in een later stadium eventueel wordt omgezet in een zorgtraject.

## 5. Landschapsverkenning

### *5.1. Studie van de wetenschappelijke literatuur*

#### 5.1.1. Doel

Bedoeling van deze literatuurstudie was om na te gaan welke interventies (gericht naar werknemers die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out) reeds werden beschreven in de wetenschappelijke literatuur. We willen weten welke interventies, of welke deelaspecten van deze interventies, effectief zijn in de ondersteuning van werknemers in hun terugkeer naar werk om deze te kunnen integreren in het zorgpad.

#### 5.1.2. Methode

Bij het uitwerken van deze literatuurstudie gebruikten we de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) guidelines als leidraad ([www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)).

We zochten volgende types van studies:

- gerandomiseerde gecontroleerde studies
- niet-gerandomiseerde gecontroleerde studies
- gecontroleerde voor-en-na studies

Er werden enkel studies uit peer-reviewed tijdschriften opgenomen.

De PICO-analyse leverde volgende resultaten op:

#### **Participants:**

We includeerden studies waarvan de deelnemers:

- tussen 18 en 65 jaar oud waren
- arbeidsongeschikt waren omwille van burn-out

- een arbeidsovereenkomst hadden bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid

Studies waarbij de deelnemers geen betaald werk verrichten (bv. studenten, vrijwilligers, werklozen, ...), werden niet opgenomen. We richtten ons in deze studie naar deelnemers met een lopende arbeidsovereenkomst (geen zelfstandigen).

We includeerden studies waarbij burn-out word vastgesteld door middel van de Maslach Burn-out Inventory (25) of Utrechtse Burn-out Schaal (26). Daarnaast namen we ook studies op waarin sprake is van werkgerelateerde mentale (stress)klachten zonder dat daarbij een diagnose wordt gesteld zoals depressie, chronisch vermoeidheidssyndroom, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische stressstoornis.

#### **Interventions:**

We includeerden studies die volgende interventies onderzoeken: 1) persoonsgerichte interventies 2) organisatiegerichte interventies 3) interventies die beiden combineren.

#### **Comparators:**

We includeerden studies waarbij de deelnemers aan de interventie worden vergeleken met controlegroepen die de interventie niet ontvangen (bv. care as usual, wait list control group of een andere interventie).

#### **Outcomes:**

Primaire uitkomstmaten:

- duur van de arbeidsongeschiktheid tot aan (gedeeltelijke of volledige) werkhervatting, uitgedrukt in dagen of in percentage werknemers dat het werk hervat binnen een vooropgestelde tijd
- duur van de periode van werkhervatting tot aan (volledig) herval in arbeidsongeschiktheid, uitgedrukt in dagen of in percentage werknemers dat na een vooropgestelde tijd opnieuw in ziekteverlof is
- duur van aangepaste (arbeidstijd of arbeidsinhoud) tewerkstelling, uitgedrukt in dagen of in percentage werknemers dat een aangepaste tewerkstelling heeft na werkhervatting

Secundaire uitkomstmaat:

Symptomen van burn-out

Indien één of meer van de primaire uitkomstmaten wordt nagegaan in een studie, includeerden we deze in de literatuurstudie. Studies die geen van de primaire uitkomstmaten behandelen, werden niet opgenomen in de literatuurstudie.

Volgende databronnen werden geraadpleegd:

- PubMed
- EMBASE
- CINAHL
- Web of Science

We includeerden artikels in het Nederlands, Frans en Engels die gepubliceerd werden tussen 1 januari 2000 en 16 maart 2016.

We bouwden de zoekstrategie op rond de volgende termen: burnout, exhaustion, cynicism, depersonalisation, personal accomplishment en return to work, sick leave, rehabilitation.

We gebruikten EndNote om de gevonden referenties te beheren en om de dubbel gevonden referenties te verwijderen.

Na het genereren van een eerste referentielijst gaven we alle referenties een score op basis van titel en abstract:

- score 0: geen relevante studie in het kader van de onderzoeksvraag
- score 1: mogelijks relevante studie
- score 2: interessant artikel voor bijvoorbeeld inleiding of discussie maar geeft geen antwoord op de onderzoeksvraag

Van alle studies met score 1 bepaalden we vervolgens aan de hand van de volledige tekst of deze studies voldeden aan de inclusiecriteria.

Figuur 3 geeft een overzicht van de selectieprocedure.

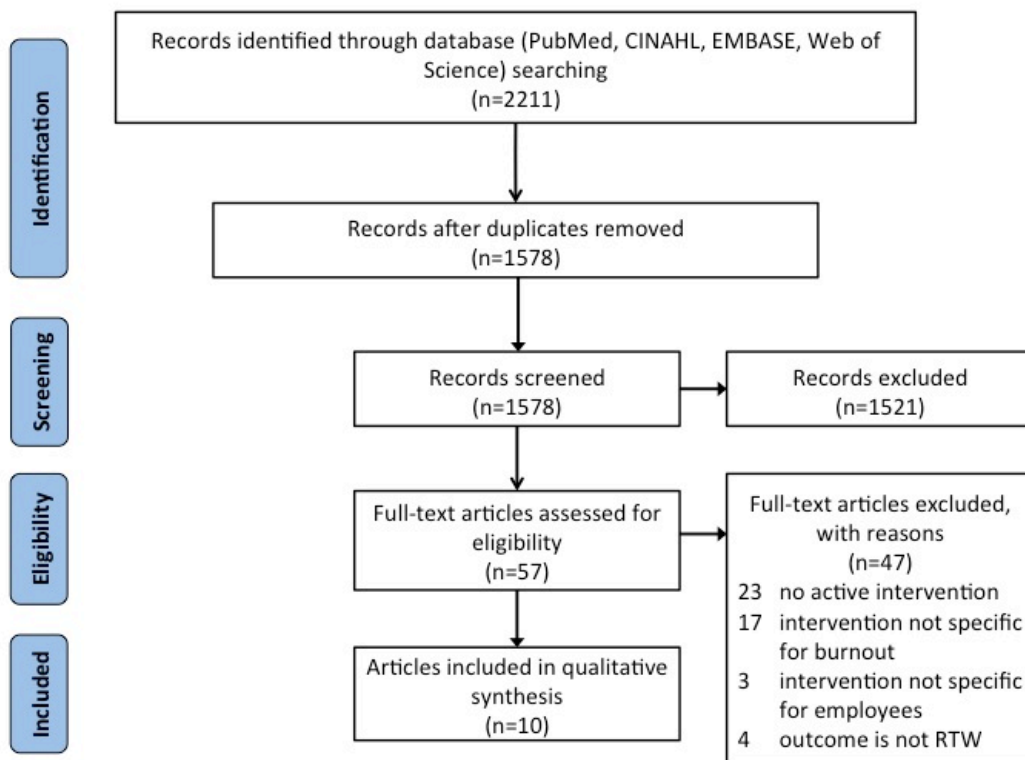


Fig.3: Flowchart van de selectieprocedure tijdens de systematische literatuurstudie

### 5.1.3. Resultaten

Uiteindelijk includeerden we 10 artikels. Figuur 4 geeft een overzicht van deze artikels.

Author, year, country	Study design	Follow up	Sample size	Sickness absence duration prior to the intervention	Intervention(s)	Comparator(s)	Significant improvement in return to work
<b>individual intervention</b>							
de Vente et al. 2008, The Netherlands	RCT	10 months	82	mean 9 weeks (2 weeks - 6 months)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBT-based individual SMT</li> <li>• CBT-based group SMT</li> </ul>	care as usual	no
Sandahl et al. 2011, Sweden	RCT	12 months	117	mean 6 months (> 90 days)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cognitive group therapy</li> <li>• focused psychodynamic group therapy</li> </ul>	care as usual	no
Willert et al. 2011, Denmark	RCT	8 months	102	mean 12 weeks	group-based cognitive behavioral stress management	wait list	no
Stenlund et al. 2009, Sweden	RCT	12 months	136	mean 326 days (3 - 24 months)	cognitively oriented behavioral rehabilitation + Qigong + rehabilitation meeting	Qigong + rehabilitation meeting	no
Stenlund et al. 2012, Sweden	RCT	36 months	107	mean 326 days (3 - 24 months)	cognitively oriented behavioral rehabilitation + Qigong + rehabilitation meeting	Qigong + rehabilitation meeting	no
<b>workplace intervention</b>							
Karlson et al. 2010, Sweden	non-randomized controlled study	18 months	148	mean not described (2 - 6 months)	convergence dialogue meeting	care as usual	yes
Karlson et al. 2014, Sweden	non-randomized controlled study	30 months	136	mean not described (2 - 6 months)	convergence dialogue meeting	care as usual	yes
<b>individual and workplace intervention</b>							
Grossi et al. 2009, Sweden	quasi-experimental study	60 months	24	mean 1,8 years (1 - 3 years)	group rehabilitation programme + rehabilitation meetings	care as usual	no
Netterstrom et al. 2010, Denmark	non-randomized controlled study	24 months	97	not described	individual multidisciplinary stress treatment programme + rehabilitation meeting	care as usual	yes
Netterstrom et al. 2013, Denmark	RCT	3 months	198	mean 70 days (1 - 448 days)	individual stress treatment + workplace dialogue + group-based mindfulness-based stress reduction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• care as usual</li> <li>• wait list</li> </ul>	yes

Fig. 4: Overzicht van de geïncludeerde artikels in de systematische literatuurstudie

Enkele zaken vallen op wanneer we deze artikels meer in detail bekijken. De geïncludeerde artikels zijn afkomstig uit slechts drie verschillende landen: Zweden (6 artikels), Denemarken (3 artikels) en Nederland (1 artikel). Slechts één artikel beschrijft dat de onderzochte interventie bij een aantal deelnemers reeds op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid werd opgestart. In de andere artikels wordt de minimale duur van de arbeidsongeschiktheid voor het opstarten van de interventie ofwel niet vermeld, ofwel bedraagt deze minstens twee weken. De gemiddelde duur van de arbeidsongeschiktheid voorafgaand aan het opstarten van de interventie (indien beschreven) varieert van twee weken tot meer dan een jaar. Vijf artikels beschrijven een persoonsgerichte interventie, twee artikels beschrijven een interventie die gericht is op de werkplaats en drie artikels beschrijven een interventie die de beide combineert. Van de vijf persoonsgerichte interventies is er geen enkele die een significante verbetering van de terugkeer naar werk aantoont, de twee werkplaatsgerichte interventies tonen beiden een significante verbetering van de terugkeer naar werk net zoals twee van de drie gecombineerde interventies.

## 5.2. *Grijze literatuur/bestaande initiatieven in België*

We bezochten verschillende websites (overheid, kennisinstututen, beroepsverenigingen, ...) op zoek naar (overheids)rapporten, guidelines, werkdocumenten, ... die we niet in de wetenschappelijke literatuur konden vinden.

Volgende websites werden geraadpleegd:

[www.riziv.be](http://www.riziv.be)

[www.zorgtraject.be](http://www.zorgtraject.be)

[www.werk.belgie.be](http://www.werk.belgie.be)

[www.beswic.be](http://www.beswic.be)

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

[www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)

[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)

[www.vigez.be](http://www.vigez.be)

[www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)

[www.vwva.be](http://www.vwva.be)

[www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be](http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be)

[www.vvp-online.be](http://www.vvp-online.be)

[www.fedris.be](http://www.fedris.be)

[www.nvab-online.nl](http://www.nvab-online.nl)

[www.ebmpracticenet.be](http://www.ebmpracticenet.be)

Deze lijst is niet-limitatief aangezien we vanuit deze websites vaak naar andere websites werden doorverwezen. Volgende relevante informatie voor het ontwikkelen van het zorgpad vonden we tijdens het doorzoeken van de grijze literatuur:

### Onderzoeksrapporten

- In 2010 werd in opdracht van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FODWASO) een onderzoek uitgevoerd naar burn-out bij de Belgische beroepsbevolking (33). Dit rapport stelt een prevalentie van burn-out van 0,8% vast in de onderzochte steekproef.

- In 2015 publiceerde het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid (een onderdeel van het Academisch Medisch Centrum, Amsterdam) “Update van de kennis over overspanning en burn-out: diagnose, prognose, interventies en patiëntenperspectief” (34). Dit is een verslag van de kennis over overspanning en burn-out die beschikbaar gekomen is tussen 2005 en 2015.

#### Guidelines

- De Evidence-Based Medicine (EBM) guideline voor burn-out die op het ogenblik van het verschijnen van dit tussentijds rapport (juni 2017) op de website van EBMPPracticeNet terug te vinden is, is een buitenlandse richtlijn aangepast aan de Belgische zorgcontext ([www.ebmpracticenet.be](http://www.ebmpracticenet.be)). De laatste review van deze guideline dateert van 2013. In deze guideline worden beknopt basisinformatie, epidemiologie, symptomen en diagnose, behandeling en preventie toegelicht.
- De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out uit 2011 (28) is een uitgebreide en gedetailleerde leidraad voor huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen. De hoofdlijnen hiervan zijn opgenomen in de herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afpraak (LESA) overspanning en burn-out (35).

#### Bestaande initiatieven in België

- In het kader van het ESF-project “Depressie en Werk” kwam het Zorg & Werk portaal ([www.zorgwerkportaal.be](http://www.zorgwerkportaal.be)) tot stand. Het Zorg & Werk portaal is een samenwerking tussen verschillende partners (GTB, ISW Europa, Hogeschool PXL) en biedt informatie en concrete tools aan werknemers, begeleiders en werkgevers om werknemers met psychische moeilijkheden te ondersteunen om aan het werk te blijven of terug te keren naar het werk. Het portaal geeft ook de mogelijkheid om een zorgwerkcoach in te schakelen indien nodig.
- In 2015 werkten Loopbaancentrum Kompas en Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk IDEWE het “Zorgprogramma Burn-out” uit. Het doel van dit zorgprogramma is om een integraal aanbod vanuit één setting aan te bieden aan mensen met burn-out.

### 5.3. Stakeholders

Bij aanvang van het project werd een begeleidingscomité opgericht. Het begeleidingscomité heeft als taak om mee na te denken en suggesties te geven over de ontwikkeling, de evaluatie en de implementatie van het zorgpad. In dit begeleidingscomité zijn stakeholders vanuit verschillende disciplines en organisaties vertegenwoordigd:

RIZIV

VDAB

GTB

Huisartsgeneeskunde

Arbeidsgeneeskunde

Verzekeringsgeneeskunde

Psychologie

Psychiatrie

Ergotherapie

Arbeidsrecht

Loopbaancoaching

Werkgeversvertegenwoordigers

Werknemersvertegenwoordigers

Leuvens Instituut Gezondheidszorgbeleid

FODWASO

Fedris

LUCAS

Zorgnet-Icuro

We zijn van mening dat deze stakeholders vanuit hun rol als expert of vanuit hun ervaring op het terrein een bijdrage kunnen leveren aan dit project. Tijdens de eerste fase van het project organiseerden we drie bijeenkomsten met het begeleidingscomité (7 maart 2016, 15 november 2016 en 25 april 2017).

## 6. Ontwikkeling van het traject

### 6.1. Ontwikkeling van een eerste ontwerpversie

Vanuit de bekomen gegevens uit de systematische literatuurstudie en de grijze literatuur ontwikkelden we een eerste ontwerpversie van het zorgpad (Figuur 5).



Fig. 5: Eerste ontwerpversie van het zorgpad

Deze eerste ontwerpversie van het zorgpad heeft vier fasen:

- 1) *Informatie*: In deze fase meldt een patiënt met burn-out zich aan bij de huisarts. De huisarts stelt de burn-out vast en geeft de patiënt informatie over zijn of haar toestandbeeld, wat de te verwachte evolutie is en de verdere aanpak. De huisarts schrijft een ziekte-attest voor en verwijst de patiënt door naar een psycholoog. Deze eerste fase wordt zo snel mogelijk na de aanmelding van de patiënt bij de huisarts opgestart.
- 2) *Exploratie*: Tijdens deze fase wordt bevestigd dat het inderdaad om een burn-out gaat en worden zaken die er mogelijk mee toe geleid hebben dat de patiënt een burn-out heeft (zowel in de werksituatie als persoonsgebonden kenmerken), geëxploreerd. Mogelijke problemen die zich stellen, worden besproken en er wordt gezocht naar oplossingen. Een psycholoog begeleidt de patiënt doorheen deze fase en de verwijzing naar de psycholoog gebeurt binnen de drie weken na de start van de arbeidsongeschiktheid.
- 3) *Terugkeer naar werk*: Hier zijn twee mogelijkheden: ofwel tracht de patiënt het werk te hervatten bij de eigen werkgever, ofwel start de patiënt bij een nieuwe werkgever. In het eerste geval worden tijdens deze fase de

contacten met de werkvloer opgedreven om de werkhervatting voor te bereiden en concrete afspraken te maken rond deeltijds werk, aangepaste taken, ... Het is de arbeidsgeneesheer die samen met de leidinggevende, collega's, personeelsdienst, preventieadviseur psychosociale aspecten hier een belangrijke rol kan spelen. Wanneer de patiënt het werk hervat bij een andere werkgever zijn het andere spelers die een rol kunnen opnemen: adviserend geneesheer, jobcoach, VDAB, Actiris, Forem. De voorbereiding van de werkhervatting wordt gestart tijdens de eerste twee maanden van arbeidsongeschiktheid.

- 4) *Opvolging*: Het zorgpad stopt niet op het moment van werkhervatting. Ook nadien wordt de werknemer nog verder opgevolgd, zowel om zijn of haar herstel te bespreken als hoe de werknemer de werkhervatting ervaart. Bedoeling van deze opvolgingsgesprekken is enerzijds om signalen van hervat vroegtijdig te detecteren en zo vroegtijdig te kunnen ingrijpen. Anderzijds kunnen gemaakte afspraken rond deeltijdse of aangepaste tewerkstelling op deze manier worden geëvalueerd en bijgestuurd. Deze opvolging kan door meerdere stakeholders gebeuren (voor een deel afhankelijk van waar de werknemer het werk hervat heeft: bij de eigen werkgever of bij een andere): arbeidsgeneesheer, psycholoog, preventieadviseur psychosociale aspecten, jobcoach, huisarts, leidinggevende ...

Deze eerste ontwerpversie bevat naast persoonsgerichte ook organisatiegerichte maatregelen. Uit onze systematische literatuurstudie bleek immers dat organisatiegerichte maatregelen een positief effect hebben op de terugkeer naar werk.

Zowel in de Nederlandse richtlijn burn-out, het Zorg & Werk Portaal en het Zorgprogramma burn-out van Kompas/Idewe worden verschillende fasen beschreven. Hoewel de uitwerking bij alle drie verschillend is, vertoont de aanpak doorheen deze fasen ook overeenkomsten die we proberen weer te geven in deze eerste ontwerpversie van het zorgpad.

We kiezen ervoor om het zorgpad te laten starten bij de huisarts en niet bij de arbeidsgeneesheer. Niet alleen omdat de huisarts diegene is die het ziekte-attest

opmaakt, maar ook omdat de huisarts een vertrouwenspersoon is tot wie patiënten zich vaak het eerst richten bij symptomen van burn-out. Uit het eerder vermelde onderzoek in opdracht van FODWASO (33) uit 2010 bleek immers dat als een werknemer bij de arbeidsgeneesheer komt, hij of zij in 67% van de gevallen al bij de huisarts is geweest. Omgekeerd waren patiënten die bij de huisarts kwamen slechts in 13% van de gevallen al bij de arbeidsgeneesheer geweest.

## 6.2. *Ontwikkeling van het uiteindelijke traject*

### 6.2.1. *Bevraging van de stakeholders*

We organiseerden *groepsinterviews* met verschillende stakeholders en legden hen de eerste ontwerpversie van het zorgpad voor om mogelijke hinderpalen en bevorderende factoren voor de implementatie van het zorgpad in de dagelijkse praktijk te identificeren. Op basis van deze gegevens wilden we het zorgpad meer in detail kunnen uitwerken. Er werden groepsinterviews georganiseerd met *huisartsen, adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren, psychiaters, psychologen, jobcoaches en preventieadviseurs psychosociale aspecten*. In totaal namen 39 mensen deel aan deze interviews. Per beroepsgroep (psychologen, preventieadviseurs psychosociale aspecten en jobcoaches werden ingedeeld in dezelfde groep) was er een Nederlandstalig en een Franstalig groepsinterview (met uitzondering van de huisartsen: voor deze groep vond er enkel een Nederlandstalig interview plaats). We contacteerden beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, organisatoren van studiedagen, ... om deelnemers voor de groepsinterviews te recruter. De recrutering van deelnemers en het vinden van geschikte data voor de interviews (zodat voldoende deelnemers op hetzelfde moment beschikbaar waren) was een tijdrovend proces.

Alle groepsinterviews werden door dezelfde twee personen gemodereerd en geobserveerd. Tijdens de groepsinterviews werd ook steeds hetzelfde stramien aangehouden. Alle groepsinterviews werden op *audio-tape* opgenomen en een *informed consent* werd aan elke deelnemer gevraagd. Bij aanvang van een groepsinterview werden het project en de doelstellingen van het project

toegelicht. Daarna werd aan de deelnemers gevraagd om zich kort voor te stellen. Vervolgens lichtte de moderator de eerste ontwerpversie van het zorgpad toe en kregen de deelnemers de kans om tijdens de discussie opmerkingen en suggesties te bespreken.

We kregen van de *Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie* (SMEC) van KU Leuven een positief advies voor het uitvoeren van de groepsinterviews.

Tijdens de groepsinterviews kwamen verschillende thema's aan bod:

### 1) *Burn-out vaststellen*

Tijdens de verschillende groepsinterviews werd aangehaald dat het vaststellen van een burn-out niet eenvoudig is.

*“Je weet niet altijd goed wat je ermee moet doen, is het nu een burn-out of is het geen burn-out?”*

Het is soms moeilijk om het onderscheid te maken met depressie, CVS, fibromyalgie... Verschillende deelnemers aan de focusgroepen vinden dat er te vaak wordt geconcludeerd dat iemand een burn-out heeft.

*“Ik vind de impact van de diagnose, of het nonchalant gebruik van de diagnose een factor die zo reëel is en die in de weg kan staan.”*

Het is niet voor iedereen duidelijk op welke manier een burn-out kan vastgesteld worden en welke tools of instrumenten hierbij als hulpmiddel kunnen gebruikt worden. Zo werd duidelijk dat niet alle huisartsen gebruik maken van hulpmiddelen (zoals bv. vragenlijsten) om een burn-out bij een patiënt vast te stellen. Het vaststellen van een burn-out werd bovendien als tijdrovend ervaren (meerdere gesprekken nodig vooraleer er kan besloten worden dat het wel degelijk om een burn-out gaat). Deelnemende huisartsen gaven aan nood te hebben aan vorming, richtlijnen omtrent burn-out.

*“We moeten als huisarts op een wetenschappelijk onderbouwde manier de diagnose van burn-out kunnen stellen, dat is primordiaal.”*

## *2) Tot rust laten komen of tot rust helpen komen*

Tijdens de groepsinterviews viel op dat sommige deelnemers van mening zijn dat je iemand met een burn-out eerst tot rust moet laten komen vooraleer verdere stappen te zetten (bv. doorverwijzing naar een psycholoog) terwijl anderen van mening zijn dat mensen met burn-out bij het tot rust komen geholpen moeten worden (door bv. een psycholoog). Deze laatsten menen dat het zeer moeilijk is om tot rust te komen zonder begeleiding. Ook wat betreft contact met de werkvloer in het begin van de arbeidsongeschiktheid, lopen de meningen uiteen. Sommige deelnemers zijn van mening dat er in het begin van de arbeidsongeschiktheid best geen (of zo weinig mogelijk) contact is tussen de werknemer en het werk. Andere deelnemers vinden dat wanneer er positieve contacten met de werkvloer zijn, dit net kan bijdragen aan het herstel.

## *3) Doorverwijzing naar psycholoog*

*“Zo snel mogelijk doorverwijzen, het heeft geen zin om daarmee te wachten.”*

In de eerste ontwerpversie van het zorgpad (die tijdens de groepsinterviews werd toegelicht aan de deelnemers) wordt voorgesteld om een werknemer binnen de 3 weken na het begin van de arbeidsongeschiktheid door te verwijzen naar de psycholoog.

*“Ik vind 3 weken heel kort om door te verwijzen.”*

Door de bevroagde deelnemers werden een aantal zaken (naast de genoemde elementen in bovenstaande paragraaf) aangehaald die er op dit moment voor zorgen dat deze periode van 3 weken als te kort wordt ervaren:

1. Er werd geopperd dat het na 3 weken nog niet altijd duidelijk is dat het om een burn-out gaat en dat een doorverwijzing dan nog niet aan de orde is.
2. Deelnemers hebben ervaring met wachtlijsten bij psychologen die ervoor zorgen dat mensen sowieso niet binnen 3 weken terecht kunnen bij een psycholoog.
3. Bevroagde deelnemers halen aan dat niet alle mensen met burn-out open staan voor een doorverwijzing, het duurt soms een tijdje vooraleer

mensen akkoord zijn om doorverwezen te worden.

#### 4) Communicatie tussen stakeholders

Tijdens de groepsinterviews bleek dat de deelnemers niet altijd elkaars rollen kennen en dat de verschillende zorgverleners elkaar ook niet altijd goed weten te vinden.

*“Als psycholoog ben ik bezig met welzijn, herstel, helen, maar mijn eerste focus is niet het werk.”*

Deelnemers deelden wel de overtuiging dat wanneer alle neuzen in dezelfde richting staan, dit zal bijdragen aan het herstel en aan een vlottere terugkeer naar het werk. Door enkele deelnemers werd geopperd dat er nood is aan een soort van “flowdiagram” gedurende de arbeidsongeschiktheid. Deze zou ook ter beschikking moeten staan van de arbeidsongeschikte werknemer zodat hij of zij weet waarom er op bepaalde momenten contact wordt gelegd tussen verschillende zorgverleners.

*“Een soort van flowdiagram, zodat we allemaal goed weten wat we aan het doen zijn en waarom we dat aan het doen zijn.”*

#### 5) Coördinator

Tijdens de verschillende groepsinterviews kwam niet duidelijk één persoon of beroepsgroep naar voor die door de deelnemers als coördinator voor het zorgpad gezien wordt. De meningen over wie het meest geschikt is om het zorgpad te coördineren, liepen sterk uiteen. Wel haalden verschillende deelnemers aan dat zij de verwachting hebben dat de gewijzigde wetgeving aangaande de re-integratieplannen zal bijdragen aan een betere coördinatie van de terugkeer naar het werk van een arbeidsongeschikte werknemer.

*“Door de nieuwe wetgeving re-integratie hebben wij als voordeel, als arbeidsgeneesheer, dat wij daar een cruciale en centrale rol in betekenen, dus ik denk dat dat voor onze bekendheid, tussen aanhalingstekens, wel positief zal zijn en dat er eigenlijk door die nieuwe wetgeving ook een stuk zal geïnduceerd worden dat er meer samenwerking gaat zijn tussen arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer en curatieve sector.”*

## 6.2.2. Beschrijving van het uiteindelijke traject

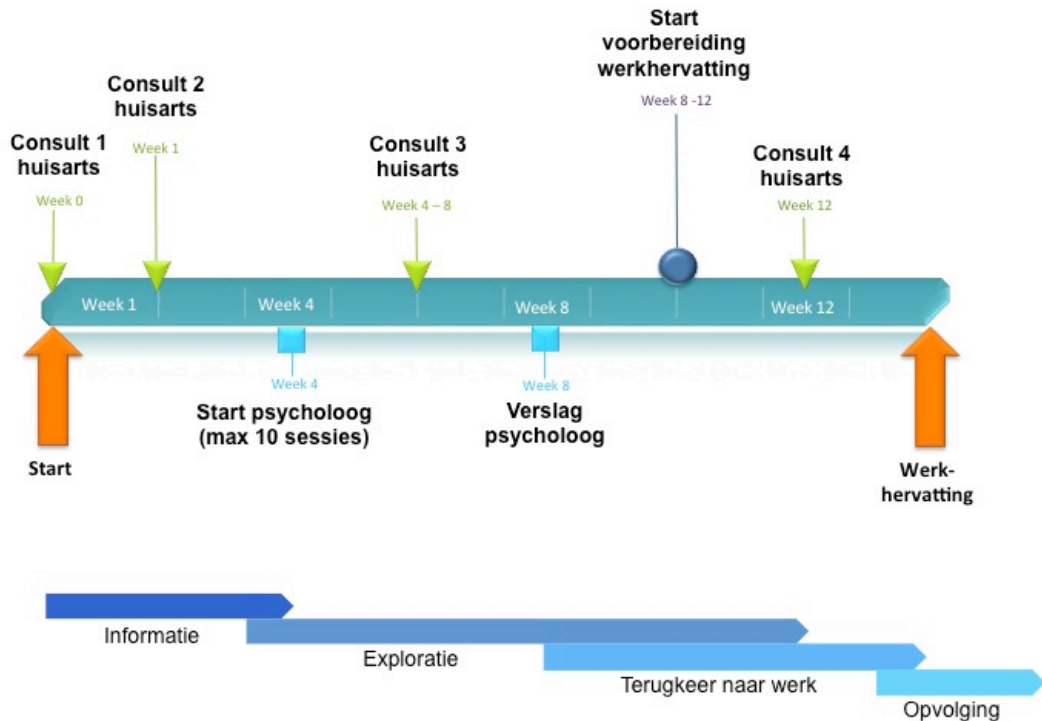


Fig. 9: Zorgpad

Op basis van de opmerkingen en suggesties van de bevroegde stakeholders hebben we het zorgpad meer in detail uitgewerkt (Figuur 9):

- *Consult 1 (week 0) en consult 2 (week 1) huisarts:* Bij de start van het zorgpad worden kort na elkaar twee consultaties bij de huisarts voorzien. Tijdens deze twee consultaties doet de huisarts een anamnese en klinisch onderzoek. De huisarts maakt gebruik van vragenlijsten (UBOS, 4DKL) om na te gaan of de patiënt mogelijk een burn-out heeft. Indien de huisarts een burn-out vermoedt, geeft hij of zij de patiënt uitleg hierrond (ontstaan, verdere aanpak, perspectief) en schrijft een ziekteattest voor. Tenslotte verwijst de huisarts de patiënt door naar een psycholoog.
- *Start psycholoog (week 4):* Ten laatste in de vierde week na aanvang van de arbeidsongeschiktheid heeft de patiënt een eerste contact met de psycholoog. De psycholoog gaat na of het werkelijk om een burn-out gaat

en indien dit het geval is, wordt een begeleiding van maximaal 10 sessies gestart. De psycholoog bezorgt een korte nota aan de huisarts, adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer om hen op de hoogte te brengen dat een begeleiding werd opgestart.

- *Consult 3 (week 4 – 8) huisarts:* Tussen week 4 en week 8 komt de patiënt opnieuw op consultatie bij de huisarts. De huisarts bespreekt met de patiënt of de begeleiding bij de psycholoog goed is opgestart, gaat na of er eventueel moet bijgestuurd worden (bv. tijdelijk slaapmedicatie opstarten) en schrijft (indien dit nog niet eerder gebeurde) een ziekteattest dat lang genoeg is om de volledige begeleiding bij de psycholoog te overbruggen.
- *Verslag psycholoog (week 8):* Tijdens week 8 maakt de psycholoog een verslag op waarin de evolutie van de patiënt en de verdere planning worden beschreven. De psycholoog bezorgt dit verslag aan de huisarts, adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer.
- *Start voorbereiding werkhervatting (week 8 – 12):* Tussen week 8 en week 12 wordt er gestart met de voorbereiding van de werkhervatting. Bij patiënten die willen hervatten bij de eigen werkgever neemt de arbeidsgeneesheer de coördinatie van de voorbereiding van de werkhervatting op zich. Bij patiënten die het werk willen hervatten bij een andere werkgever coördineert de adviserend geneesheer in samenspraak met VDAB, Forem of Actiris de voorbereiding van de werkhervatting. De psycholoog bewaakt dat de contacten die nodig zijn om de voorbereiding van de werkhervatting op te starten (met arbeidsgeneesheer, VDAB, ...) effectief gelegd worden en bereidt deze gesprekken indien nodig samen met de patiënt voor.
- *Consult 4 (week 12) huisarts:* Tijdens deze consultatie bespreekt de huisarts de werkhervatting met de patiënt en wordt nagegaan of er nog zaken zijn die een werkhervatting in de weg staan en hoe deze kunnen opgelost worden.
- *Opvolging na werkhervatting:* De werknemer heeft na werkhervatting nog minstens één sessie bij de psycholoog. Afhankelijk van door wie en op welke manier de werkhervatting werd voorbereid, zijn er nog opvolgingsgesprekken met huisarts, arbeidsgeneesheer, VDAB, ...

Tijdens het doorlopen van het zorgpad heeft de patiënt een boekje ter beschikking. In dit boekje vindt de patiënt informatie over de rol van de verschillende zorgverleners en organisaties, informatie over de wetgeving rond re-integratie, informatie over het zorgpad. In dit boekje kunnen de contactgegevens genoteerd worden van de zorgverleners waarmee de patiënt in aanraking komt. Ook doelstellingen, afspraken die gemaakt worden met zorgverleners kunnen hierin genoteerd worden. Het is de bedoeling dat de patiënt dit boekje steeds bij zich heeft tijdens een contact met een zorgverlener zodat dit boekje als communicatiemiddel kan gebruikt worden tussen de verschillende zorgverleners en als leidraad doorheen het zorgpad.

We zijn ervan overtuigd dat dit zorgpad een aanvulling kan zijn bij het KB re-integratie (Figuur 10).

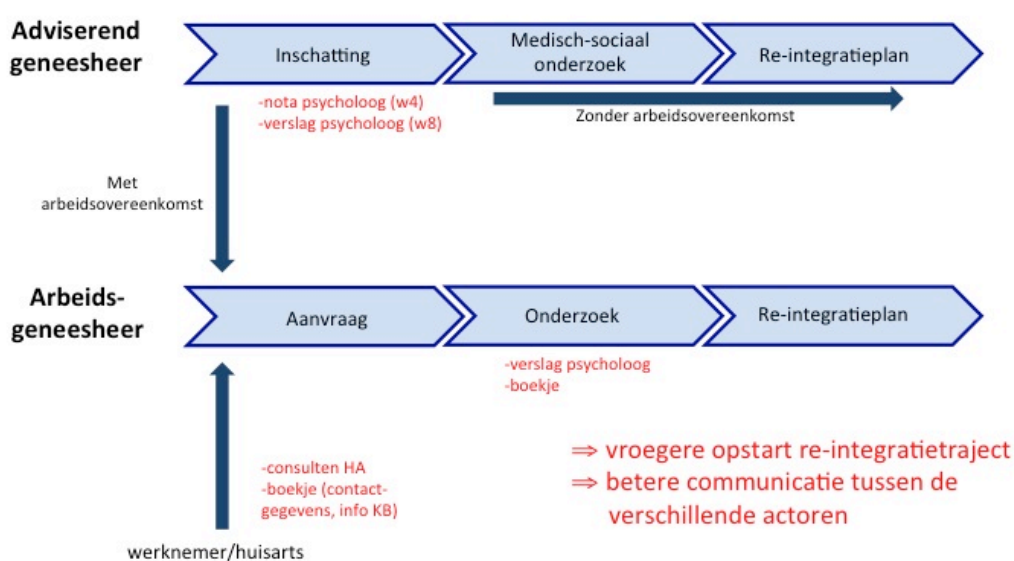


Fig. 10: Zorgpad en KB re-integratie

De nota en het verslag dat de psycholoog op week 4 en week 8 aan de adviserend geneesheer bezorgt, kan de adviserend geneesheer helpen om een juiste inschatting te maken van de patiënt. Ook de arbeidsgeneesheer krijgt deze informatie van de psycholoog wat een meerwaarde kan zijn voor de arbeidsgeneesheer bij het uitvoeren van het onderzoek. Het boekje dat patiënten

krijgen, kan als communicatiemiddel tussen de verschillende zorgverleners gebruikt worden en bevat ook informatie over het KB re-integratie. Bovendien worden in het zorgpad regelmatige contacten met de huisarts vroeg in de periode van arbeidsongeschiktheid voorzien. Al deze zaken kunnen volgens ons bijdragen aan een betere communicatie tussen zorgverleners en een vroegere opstart van een re-integratietraject tijdens arbeidsongeschiktheid.

## Referenties

1. OECD. (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.
2. European Foundation for Improving of Living and Working Conditions (2004). 'Illness, disability and social inclusion', Employment and disability: Back to work strategies.
3. Ahola K., Kivimäki M., Honkonen T., Virtanen M., Koskinen S., Vahtera J., & Lönnqvist J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 185-193.
4. Ahola K., Toppinen-Tanner S., Huuhtanen P., Koskinen A., & Väänänen A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 150-159.
5. Blonk R., Brenninkmeijer V., Lagerveld S., Houtman I. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*, 20(2), 129-144.
6. de Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M., Blonk R.W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-231.
7. Stenlund T., Ahlgren C., Lindahl B., Burell G., Steinholtz K., Edlund C., Nilsson L., Knutsson A., Slunga B.L. (2009). Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 294-303.
8. Grossi G., Santell B. (2009). Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(8), 632-638.
9. Karlson B., Jönsson P., Pålsson B., Abjörnsson G., Malmberg B., Larsson B., Österberg K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout—a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301.
10. Netterstrøm B., Bech P. (2010). Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*, 10, 658.
11. Sandahl C., Lundberg U., Lindgren A., Rylander G., Herlofson J., Nygren Å., Åsberg M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 538-555.
12. Willert M., Thulstrup A., Bonde J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-195.
13. Houtman L., Schaufeli W., Taris T. (2000). Psychische vermoeidheid en werk. Alphen aan den Rijn: Samsom.
14. Anema J.R., Jettinghoff K., Houtman I.L.D., Schoemaker C.G., Buijs P.C., Van den Berg R. (2006). Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 41-52.
15. Vanmeerbeek M., Govers P., Schippers N., Rieppi S., Mortelmans K., Mairiaux P. (2016) Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health* 16, 164.
16. Vanhaecht K., Van Gerven E., Deneckere S., Lodewijckx C., Panella M., Vleugels A., Sermeus W. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 67(10), 473-481.
17. Goderis G., Van Casteren V., Declercq E., Bossuyt N., Van Den Broeke C., Vanthomme K., Moreels S., Nobels F., Mathieu C., Buntinx F. (2015). Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Primary Care Diabetes*, 9(5), 354-361.
18. Campbell N. C., Murray E. L., Darbyshire J., Emery J., Farmer A., Griffiths F., Kinmonth A. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334(7591), 455-459.
19. Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Mitchie S., Nazareth I., Petticrew M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337(7676), 979-983.

20. Shaw L., Segal R., Polatajko H., Harburn K. (2002). Understanding return to work behaviours: Promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability & Rehabilitation*, 24(4), 185-195.
21. Brouwer S., Krol B., Reneman M., Bültmann U., Franche R. L., Klink J., Groothoff J. (2009). Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 166-174.
22. Van Oostrom S., Anema J., Terluin B., Venema A., De Vet H., Van Mechelen W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research*, 7, 127.
23. Freudenberger H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
24. Maslach C. & Jackson S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113.
25. Maslach C. & Jackson S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
26. Schaufeli W. & van Dierendonck D. (2000). Utrechtse Burn-out Schaal: Handleiding, Lisse: Swets & Zeitlinger.
27. Taris, T. (2013). Burnout: De stand van zaken. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
28. Verschuren C. M., Nauta A. P., Bastiaansen M. H. H. (2011). Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out.
29. Bianchi R., Schonfeld I. S., Laurent E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28-41.
30. Vanhaecht K., De Witte K., Sermeus W. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. *Leuven: Acco*.
31. Vanhaecht K., Panella M., Van Zelm R. T., Sermeus W. (2010). An overview on the concept and history of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123.
32. Goderis G., Van casteren V., Declercq E. (2015). Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Primary Care Diabetes*, 9, 354-361.
33. Hansez I., Mairiaux P., Firket P., Braeckman L. (2010). Onderzoek naar burn-out bij de Belgische beroepsbevolking : samenvatting van het eindverslag.
34. Rongen A., Zemouri C., Nieuwenhuijsen K. (2015). Update van de kennis over overspanning en burn-out: diagnosen prognose, interventies en patiëntenperspectief.
35. Bastiaanssen M. H. H., Loo M. A. J. M., Terluin B., Vendrig A. A., Verschuren C. M., Vriezen J. A. (2011) Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Huisarts en Wetenschap*, 54(12), 11-16.



