

III. Aanpak burn-out op basis van data en richtlijnen

Zorgprofessionals – Ziekenhuismilieu – Primaire preventie – Maatregelen voor de begeleiding van de personen in burn-out

Vraag nr. 117, gesteld op 28 november 2024, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid, door de heer VAN QUICKENBORNE, volksvertegenwoordiger¹

Circa 40.000 van de ruim 500.000 personen in langdurige arbeidsongeschiktheid (8 %) zijn niet aan de slag omwille van een burn-out; dit cijfer neemt toe doorheen de jaren.

Op dit moment is het zo goed als niet geweten wie de juiste evidencebased zorg ontvangt binnen deze belangrijke doelgroep, en waar we de zorg en begeleiding dus nog kunnen bijsturen. Nochtans zijn er zowel data als richtlijnen voorhanden.

Kijk voor data bijvoorbeeld naar de zorgsector, meer bepaald de ziekenhuizen. Studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE rapport 325a in 2019 en rapport 353a in 2022) tonen aan hoe bestaande datasets en surveys kunnen benut worden om burn-out op de werkvloer op te sporen en de mate waarin de werkgever daar goed mee omgaat.

Vanuit zulke data kan men leren. Zo varieert het hebben van een hoog risico op emotionele uitputting (als één van de drie kerndimensies van risico op burn-out) binnen de onderzochte ziekenhuizen van 7 % tot 76 % bij de verpleegkundigen. Er zijn dus ziekenhuizen waar 7 % van de verpleegkundigen zulk hoog risico vertonen en andere ziekenhuizen waar dit 76 % van de verpleegkundigen betreft. Gelijkaardige zeer grote variaties zie je bij de andere twee kerndimensies van burn-out, risico op verminderde bekwaamheid en risico op depersonalisatie. Nochtans worden zulke bestaande datasets weinig benut om het HR-beleid ter plekke bij te sturen en burn-out te voorkomen.

Er bestaan zeer goed uitgewerkte richtlijnen en zorgpaden voor de behandeling van burn-out. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het zorgpad ontwikkeld door het Centrum voor Omgeving en Gezondheid van de KU Leuven, in opdracht van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – RIZIV). Zulk zorgpad omvat een uitgetekend traject met consultaties bij de huisarts en de psycholoog (tien sessies). Maar ook hier moeten we vaststellen dat we voor de 40.000 personen die langdurig afwezig zijn op het werk omwille van een burn-out geen zicht hebben op de mate waarin elk van hen de juiste, evidencebased zorg en begeleiding ontvangt. En we dus die zorg en begeleiding ook niet datagedreven kunnen optimaliseren waar mogelijk. En dat terwijl het RIZIV, en de ziekenfondsen, over alle zorggegevens beschikken om dat meer systematisch en transparant op te volgen.

1. Bulletin nr. 005, Kamer, gewone zitting 2024-2025, blz. 331.

1. Heeft u enig zicht op de mate waarin de preventie en behandeling van burn-out evidencebased verloopt? Zo ja, kunt u dit cijfermatig duiden voor de voorbije vijf jaren?
2. Wat zijn uw plannen om bestaande datasets en richtlijnen in de zorg (ziekenhuisgegevens, behandelingsgegevens van RIZIV en ziekenfondsen, zorgpaden) beter te gebruiken om burn-out te voorkomen en te behandelen?
3. Hoe kijkt u naar de mogelijkheid om feedback vanuit zulke datasets meer systematisch te bezorgen aan de zorgverstrekkers en ziekenhuizen, betrokken bij burn-outpreventie, -begeleiding en -behandeling?
4. Welke aanpak beoogt u om de preventie en behandeling van burn-out bij de negatieve *outliers* bij de zorgaanbieders bij te sturen?

Antwoord

Als minister van Volksgezondheid, hecht ik heel veel belang aan de begeleiding en ondersteuning van zorgprofessionals die dagelijks geconfronteerd worden met hoge vereisten in het kader van het uitvoeren van hun beroep.

Dergelijke werksituaties zijn in meer belangrijke mate aanwezig binnen het ziekenhuismilieu, rekening houdend met enerzijds de hoge gevarieerde taakvereisten en anderzijds de belangrijke verwachtingen in termen van performantie en kwaliteit van zorg.

Deze verschillende vereisten houden reële uitdagingen in maar ook reële risico's die een belangrijke impact hebben op de fysieke en psychische werklast van deze werknemers. Het is primordiaal preventief te werk te gaan.

De primaire preventie van deze risico's is dan ook een belangrijk antwoord. Ik sluit mij hiervoor volledig aan bij mijn tegenhanger, de minister van Werk, die bevoegd is voor deze materie. Via het ter beschikking stellen van tools wordt de sector gesensibiliseerd in functie van het voorkomen van deze risico's.

We weten dat de chronische aard van professionele stress, meerbepaald zijn behoud in duur, een belangrijke risicofactor is die kan leiden tot professionele uitputting, en een situatie van burn-out.

De arbeidsongeschiktheid is jammer genoeg het gevolg van deze risicosituaties. De preventie van psychosociale risico's, die de bevoegdheid is van mijn tegenhanger, is een fundamentele uitdaging in functie van een goede gezondheid op het werk, maar meer globaal ook, van onze samenleving.

Tijdens deze legislatuur heb ik verschillende maatregelen genomen in functie van de ondersteuning en begeleiding van personen in arbeidsongeschiktheid. De doelstelling is steeds hen alle kansen te geven om het werk te hervatten in de best mogelijke condities. Verschillende trajecten zijn in het leven geroepen om de nodige opportuniteiten te geven aan deze personen.

Parallel hiermee heb ik een aantal maatregelen genomen. Ik wil er twee naar voor schuiven die ik genomen heb met betrekking tot de begeleiding van personen in burn-out:

1) Programma voor de preventie van burn-out van FEDRIS

(*Programma voor preventie van burn-out – Federaal agentschap voor beroepsrisico's*). Dit programma is uitgerold nadat de pilootstudie van FEDRIS positief geëvalueerd werd.

2) In het kader van het Federaal actieplan mentaal welzijn op het werk werkt het RIZIV aan de uitrol van een versterkte aandacht voor het domein werk in de eerstelijnsaanpak van stressgerelateerde gezondheidsproblemen (waaronder burn-out). Daarin wordt de evaluatie van de eerstelijnspsychologische conventie meegenomen (*EPCAP EINDVERSLAG FINAL 5 JULI 2023_OK-gecomprimeerd.pdf*).

3) Een financiering werd vanaf het jaar 2024 voorzien voor fundamentele kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden in de publieke federale gezondheidszorginstellingen, via de inzet van nieuwe medewerkers of bijkomende arbeidstijd welke de ondersteuning van de uitvoering en invulling van de overeengekomen kwalitatieve maatregelen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden in de zorg beoogt. Deze medewerker kan verschillende dossiers opvolgen, zoals vorming, combinatie werk-privé, loopbaanoriëntatie, EVC-beleid, enz.

Het meten en evalueren van de impact van deze maatregelen als ook het systematisch verstrekken van informatie erover, vormen essentiële onderdelen in mijn beleid.

In dit verband bevat de nieuwe Terugkeer-naar-werk barometer een reeks sleutelgegevens die essentieel zijn om de evaluatie op te volgen van de arbeidsongeschiktheid en het Terugkeer-naar-werk beleid. Dit nieuwe instrument geeft ons de impact van de genomen maatregelen en geeft ons informatie over de toekomstige weg te volgen.