

**Eerstelijnszorg bij stressgerelateerde
gezondheidsproblemen: kwalitatief onderzoek naar de
percepties van huisartsen over de informatiemodule
‘Stress, Werk en Eerste lijn’**

Evy Ilse Vandael

Studentennummer: 02000796

Promotor: prof. dr. Peter Vlerick

**Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad Master of Science in de psychologie –
bedrijfspsychologie en personeelsbeleid**

Academiejaar 2025-2026

Abstract

Doel. In deze masterproefstudie werden de percepties van de huisartsen binnen de Vlaamse pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost bevraagd over de informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste lijn’. Deze informatiemodule maakte deel uit van het pilootproject vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het doel is om aan de hand van hun ervaringen met de informatiemodule, deze te evalueren en voorstellen voor te leggen ter verbetering van de informatiemodule.

Methode. In dit onderzoek werd het Technology Acceptance Model (TAM) gebruikt als theoretisch kader. In dit model beïnvloeden drie variabelen de intentie tot gebruik die invloed heeft op het werkelijke gebruik. Deze variabelen zijn gepercipieerde meerwaarde, gepercipieerd gebruiksgemak en attitude ten aanzien van de informatiemodule en het thema “stress en werk”. Bij zes huisartsen werden semigestructureerde interviews afgenomen waarbij vragen werden gesteld over de drie TAM-variabelen en de intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule. Verder werden externe kenmerken zoals praktijkkenmerken en professionele kenmerken bevraagd. Dit gebeurde met behulp van een semigestructureerde interviewleidraad. Deze interviews werden verbatim getranscribeerd en door middel van deductief-inductieve thematische analyse geanalyseerd.

Resultaten. Uit de interviews blijkt dat de gepercipieerde meerwaarde hoog is en het gepercipieerd gebruiksgemak eerder laag. Deze factoren worden beïnvloed door professionele kenmerken en praktijkkenmerken. De attitude ten opzichte van het thema is eerder negatief. In de interviews stelden de huisartsen zelf veranderingen voor om de gepercipieerde meerwaarde en het gepercipieerd gebruiksgemak te verhogen. Het beoogde resultaat is dat de huisartsen de informatie uit de module gebruiken in de praktijk. In de interviews kwamen al enkele toepassingen naar voren, maar verder onderzoek is nodig om het gebruik op middellange en lange termijn te onderzoeken.

Conclusie. De huisartsen gaven aan dat de gepercipieerde meerwaarde van de informatiemodule hoog is en het gepercipieerd gebruiksgemak eerder laag is. Daarnaast hebben de professionele en praktijkkenmerken en de attitude ten aanzien van het thema een invloed op de intentie tot en/of het werkelijke gebruik. Mits enkele aanpassingen die de meerwaarde en het gebruiksgemak verhogen, hebben huisartsen baat bij het volgen van deze module.

Woord vooraf

Met trots stel ik u, de lezer, mijn masterproef voor. Na vele uren studeer-, lees- en schrijfwerk zijn we aan het eindstation gekomen. Na vijf jaren van studeren en veel bijleren, komt het moment van afstuderen erg dichtbij. Dit met als kers op de taart deze masterproefstudie.

Doorheen het proces leerde ik veel bij over het onderwerp en over de werking van alle actoren binnen het veld zoals huisartsen, arbeidsartsen en adviserend artsen. Daarnaast scherpte ik mijn vaardigheden in onderzoek en wetenschappelijk schrijven aan. Dit kon ik echter niet alleen. Ik wil dan ook mijn oprechte dank uitspreken aan allen die mij hebben geholpen of gesteund in dit proces.

Als eerste wil ik mijn promotor Professor Peter Vlerick en de begeleiders van het RIZIV Saskia Decuman en Lanah Verbraeken bedanken. Ik dank jullie voor de begeleiding in dit proces, van het inhoudelijk leren kennen van het thema tot het wetenschappelijk uitwerken van het onderzoek. Ik heb veel mogen leren van jullie jarenlange ervaring. Bedankt voor alle moeite en tijd die jullie in deze masterproefstudie hebben gestoken.

Ten tweede wil ik iedereen bedanken die op een of andere manier aan deze studie heeft bijgedragen. Als eerste wil ik de deelnemende huisartsen bedanken voor hun tijd en moeite. Daarnaast een oprechte dank aan mijn vriend en familieleden voor de steun en om mijn tekst na te lezen en feedback te geven.

Ten slotte wil ik mijn medestudente Jade Degrande bedanken voor de praktische en mentale steun. Hoewel het geen duomasterproef was, was het leuk om iemand als jou als compagnon aan mijn zijde te hebben.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Stress	6
1.1.1 Werkgerelateerde Stress	6
1.2 Gevolgen van Werkgerelateerde Stress	8
1.2.1 Gevolgen voor het Individu	9
1.2.2 Gevolgen voor de Werkgever	11
1.2.3 Gevolgen voor de Maatschappij	12
1.3 Niveaus van Preventie	14
1.4 Pilootproject: Stress, Werk en Eerste lijn	16
1.5 Onderzoeksvraag	19
1.5.1 Onderzoeksmodel	19
1.5.2 Praktijkenmerken	20
1.5.3 Professionele Kenmerken	21
2. Methode	24
2.1 Populatie	24
2.2 Procedure en dataverzameling	24
2.3 Interviewleidraad	25
2.4 Data-analyse	27
2.4.1 Data-analyseproces: stappenplan	27
2.5 Kwaliteitscontrole en betrouwbaarheid	29
2.6 Ethische aspecten van het onderzoek	30
3. Resultaten	31
3.1 Gepercipieerde meerwaarde	31
3.2 Gepercipieerd gebruiksgemak	34

3.3 Attitudes	35
3.4 Intentie tot en/of het werkelijke gebruik	36
3.5 Praktijkenmerken	38
3.6 Professionele kenmerken	40
4. Discussie	41
4.1 Limieten en verder onderzoek.....	44
5. Conclusie.....	46
6. Verklaring omtrent gebruik GAI	46
Literatuurlijst.....	47
Bijlagen	58
Bijlage 1: Inhoud van de informatiemodule	58
Bijlage 2: Interviewleidraad.....	60
Bijlage 3: Voorbeelden vanuit de informatiemodule	63
Bijlage 4: Voorbeeld overzichtstabel	63
Bijlage 5: Schema's re-integratietraject	64

1. Inleiding

Het aantal langdurig zieken in België blijft een stijgende lijn vertonen. Uit cijfers¹ van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) blijkt dat in België in december 2024 514.551 mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit) erkend waren (RIZIV, z.d). Dit zijn werknemers en zelfstandigen die omwille van ziekte of ongeval meer dan één jaar arbeidsongeschikt zijn. Een trend die hierbij wordt vastgesteld, is de stijging van mentale gezondheidsproblemen. Uit cijfers² van december 2023 blijkt dat 37,57% van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid erkend zijn omwille van psychische stoornissen, waaronder 69,48% van deze mensen lijdt aan depressie of burn-out. Deze cijfers zijn tussen 2018 en 2023 gestegen, namelijk 70,56% voor burn-out en 33,66% voor depressie (RIZIV, z.d). Mentale gezondheidsproblemen zijn veel voorkomend bij de werkende bevolking en brengen een grote kost met zich mee voor individuen, werkgevers en de maatschappij (Rugulies et al. 2023). Dit toont aan dat ingrijpen nodig is. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid onder minister Vandenbroucke (Vooruit), werkt het RIZIV een pilootproject, genaamd ‘Stress, Werk en Eerste lijn’ uit om de eerste lijn te ondersteunen bij licht tot matig ernstige psychische stoornissen waarbij er een duidelijke link gemaakt wordt met het domein werk. De doelgroep waarop dit pilootproject zich focust is de eerste lijn in België, meer specifiek huisartsen en eerstelijnspsychologen (binnen de RIZIV-conventie eerstelijnspsychologische zorg). Daar er een nood is aan kennisverrijking en ondersteuning voor de eerste lijn inzake het thema “stress en werk”, ontwikkelt het RIZIV drie specifieke tools, met name een informatiemodule, een referentiecel met telkens één referentiearts en -psycholoog en multidisciplinaire interviews (RIZIV, 2024). (cf. infra voor meer details over het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste lijn’)

De impact van werkgerelateerde stress is immens, zowel voor werknemers, werkgevers als de volledige maatschappij. Om het belang van ingrijpen aan te tonen, zullen eerst de belangrijkste bevindingen over de mogelijke gevolgen en interventies bij deze partijen in de literatuur beschreven worden. Daarna wordt de, in deze masterproefstudie gevolgde, onderzoeksmethode besproken waarmee de perceptie van huisartsen over één van de drie door het RIZIV ontwikkelde tools, met name de informatiemodule geëvalueerd en geanalyseerd

¹<https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers/participatiegraad-instroom-en-uitstroom-arbeidsongeschiktheid>

²<https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>

wordt. Tenslotte komen de resultaten en discussiesectie aan bod waarin de onderzoeksresultaten geduid worden en enkele mogelijke suggesties voor vervolgonderzoek geformuleerd worden.

1.1 Stress

Stress is alomtegenwoordig en aanwezig in alle lagen van de bevolking. Een objectieve benadering definieert stress als een staat waarbij de homeostatische balans in het lichaam door stressoren wordt bedreigd. Wanneer deze stressoren langdurig de natuurlijke capaciteit van het systeem overschrijden, kan dit leiden tot mentale en fysieke gezondheidsproblemen (Agorastos & Chrousos, 2022).

In het boek *Stress, Appraisal, and Coping* definiëren Lazarus en Folkman (1984) stress als volgt: “Psychologische stress is een bepaalde relatie tussen de persoon en de omgeving die door de persoon wordt gezien als een belasting of overschrijding van zijn/haar middelen die zijn/haar welzijn in gevaar brengt. (Lazarus & Folkman, 1984, p.19)” Stress is volgens dit model een transactie tussen het individu en de omgeving, waar er een bidirectionele uitwisseling plaatsvindt. Het individu maakt een cognitieve evaluatie van de situatie, dit maakt de ervaring van stress een subjectief gegeven dat zorgt voor verschillen tussen personen. Ten slotte is coping de manier waarop het individu probeert om te gaan met de stressvolle situatie en de emoties die het opwekt (Lazarus & Folkman, 1984).

Stressoren bevinden zich zowel in privé als professionele contexten en deze contexten hebben sterke invloed op elkaar. Een studie van Pak en collega's (2022) toont de impact van stressoren in het privéleven op de effectiviteit in de professionele context. Een studie van Schnettler en collega's (2025) toont het negatieve effect van belasting door het werk op de tevredenheid binnen het gezin. Ondanks de intense verwevenheid van stress in de context van privé en werk en de impact van beide contexten op elkaar, wordt er in deze masterproefstudie gefocust op stressgerelateerde gezondheidsproblemen waarbij een link is met het domein werk.

1.1.1 Werkgerelateerde Stress

Mentale en fysieke gezondheidsklachten zijn sterk gelinkt aan werkgerelateerde stress (Delhomme & Gheorghiu, 2021). Deze tonen een verband met organisatorische en psychosociale factoren (Griffiths, 1998). De Sociaal Economische Raad van Vlaanderen (SERV) brengt sinds 2004 de werkbaarheid van jobs in Vlaanderen in kaart. Uit de laatste meting uit 2023 blijkt dat 36,1% van de werknemers en 37,8% van de zelfstandigen problematische werkstress ervaren (SERV, 2023).

Er zijn enkele verschillende maar aan elkaar gerelateerde definities van werkgerelateerde stress. In Europa bestaat het European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) dat bijdraagt aan het European commission's strategic framework on health and safety at work 2021-2027. EU-OSHA definieert werkgerelateerde stress als: "Een patroon van emotionele, cognitieve, gedrags- en fysiologische reacties op ongunstige en schadelijke aspecten van werkinhoud, werkorganisatie en werkomgeving. Het is een toestand gekenmerkt door hoge niveaus van opwinding en vaak door gevoelens van het niet aankunnen."

In de wetenschappelijke literatuur wordt werkgerelateerde stress gezien als een psychosociale stressor, door Lazarus gedefinieerd als "Een situatie waar de taakeisen de werkgerelateerde hulpbronnen overstijgt (Lazarus, 1966, als geciteerd in Kumbu et al., 2023, p.2)". Taakeisen ('job demands') zijn zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. Ze omvatten de fysieke, psychologische, sociale en organisatorische aspecten van werk die fysieke, cognitieve en emotionele inspanning vereisen. Hier kunnen ook respectievelijke kosten uit voortkomen. Werkgerelateerde hulpbronnen ('job resources') zijn de fysieke, psychologische, sociale en organisatorische aspecten die motiverend en functioneel kunnen zijn om doelen te bereiken (Bakker et al., 2023).

Deze definities worden empirisch ondersteund. Uit onderzoek blijkt dat als psychosociale eisen op het werk de hulpbronnen en capaciteiten van de werknemer voortdurend overtreffen, dit leidt tot stress en op lange termijn tot het ontwikkelen van mentale en fysieke gezondheidsproblemen (Schreibauer et al., 2020). In deze masterproefstudie wordt de definitie voor werkgerelateerde stress van het EU-OSHA gebruikt.

In wetenschappelijk onderzoek rond werkgerelateerde stress zijn er verschillende modellen. Deze modellen vormen een denkkader om te verklaren en begrijpen hoe werkgerelateerde stress kan leiden tot een verlaagd welzijn en welke zaken deze relatie versterken of verzwakken. Een wijdverspreid model is het Job Demands-Resources model (JD-R) van Demerouti en collega's (2001). Het model verklaart hoe taakeisen een negatieve impact kunnen hebben op prestatie via welzijn en dit effect verzwakt of versterkt wordt door werkgerelateerde hulpbronnen. Binnen dit model zijn er twee parallelle processen. In het 'health impairment process' vrij vertaald 'het proces voor gezondheidsschade', zal een hoge frequentie of intensiteit van taakeisen leiden tot een verhoogde inspanning. Dit leidt op zijn beurt tot het uitputten van de werkgerelateerde en persoonlijke hulpbronnen met mogelijks vermoeidheid en gezondheidsproblemen als gevolg. In het tweede proces, het 'motivationale proces' genoemd, vervullen de werkgerelateerde hulpbronnen de psychologische basisbehoeften van de

werknemer. Dit verhoogt job bevlogenheid wat leidt tot creativiteit en verbeterde prestaties. Daarnaast stellen Demerouti et al. (2001) twee hypothesen voor. De bufferhypothese voorspelt dat hulpbronnen op het werk het negatieve effect van taakeisen op stress verlagen. De motivatie- of boosthypothese voorspelt dat bij hoge taakeisen de impact van werkgerelateerde hulpbronnen op werkbevlogenheid en motivatie groter zal zijn dan bij lage taakeisen (Bakker et al., 2023).

In bovenvermeld pilootproject van het RIZIV ‘Stress, Werk en Eerste lijn’ kan het JD-R model herkend worden. Werknemers komen in hun job met verschillende taakeisen in contact. Deze vereisen fysieke, cognitieve en emotionele inspanningen die kunnen leiden tot vermoeidheid en gezondheidsproblemen. Hulpbronnen kunnen dit effect verzwakken. In dit project is een werkgerelateerde hulpbron de toegang tot het verkrijgen van de gepaste medische hulp om werknemers te ondersteunen in het omgaan met stressgerelateerde gezondheidsklachten veroorzaakt door onder andere taakeisen op het werk. Aangenomen wordt dat eerstelijnsactoren (bv. huisartsen) een cruciale rol spelen als eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen. Opdat de geboden hulp effectief zou zijn, moeten eerstelijnsactoren voldoende kennis hebben over informatie m.b.t. de werkcontext (inclusief belangrijke actoren, doorverwijsmogelijkheden, relevante initiatieven en maatregelen) en de mogelijkheid krijgen tot multidisciplinaire samenwerking. Uit een onderzoek van het RIZIV en de KU Leuven blijkt dat deze hulpverleners niet altijd voldoende vertrouwd zijn met het thema “stress en werk” (RIZIV, 2015). Daarom heeft dit pilootproject als doel ondersteuningsstructuren binnen het domein stress en werk te creëren voor de betrokken hulpverleners.

1.2 Gevolgen van Werkgerelateerde Stress

“Work-related psychosocial stress can cause mental and physical illnesses resulting in high costs for the individual, the economy and society.” (Schreibauwer et al., 2020, p.1)

Zoals deze quote aangeeft en wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond, is werkgerelateerde stress negatief gelinkt aan productiviteit, fysiek en mentaal welzijn van de werknemer en positief gerelateerd aan absentisme, personeelsverloop en afwezigheid op het werk door gezondheidsproblemen (Delhomme & Gheorghiu, 2021). In de volgende subsectie worden de gevolgen van werkgerelateerde stress op de drie belangrijkste partijen behandeld, namelijk het individu, de werkgever en de maatschappij.

1.2.1 Gevolgen voor het Individu

Het aantal werknemers die een invloed ervaren van werkgerelateerde stress, blijft stijgen. Zowel stress in het algemeen als specifiek werkgerelateerde stress, worden gelinkt met het ontstaan en de verergering van mentale gezondheidsproblemen (de Krijger et al., 2025). Daarnaast heeft arbeidsuitval nog andere negatieve gevolgen zoals een verminderd financieel inkomen, een verlaagde zingeving en zelfwaarde en mogelijks een verminderd gevoel van verbondenheid. Dit kan op zijn beurt het welzijn verlagen (Margheritti et al., 2026). In het bovenvermelde pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste lijn’ van het RIZIV is de inhoud van de ontwikkelde tools gericht op personen met licht tot matig ernstige psychische stoornissen. Dit zijn personen waarbij nog geen intensieve ondersteuning nodig geacht wordt.

Veelvoorkomende stressgerelateerde gezondheidsproblemen in de gehele bevolking zijn burn-out, depressie en angststoornissen. Cijfers³ van de Belgische gezondheids- en welzijnscohort (BELHEALTH-studie) tonen aan dat in juni 2024 17% van de deelnemers kampte met angststoornissen en 15% met depressieve stoornissen (Sciensano, 2024). Uit cijfers⁴ van het RIZIV uit 2023 blijkt dat 37,57% van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid erkend is omwille van psychische stoornissen. Van dit percentage lijdt 69,48% aan een depressie of burn-out. Deze aantallen blijven stijgen, vooral bij zelfstandigen (RIZIV, z.d.). Hieronder worden enkele van de vermelde individueel-psychologische gevolgen van werkgerelateerde stress besproken.

1.2.1.1 Psychische Stoornissen

Een psychische stoornis is een overkoepelende term voor aandoeningen die een klinisch significante verstoring in de cognitie, emotionele regulatie of gedrag van de persoon veroorzaakt. Het gaat meestal samen met leed en kan een behoorlijke impact hebben op het functioneren van de persoon (WHO, 2022). Stress wordt gelinkt aan het ontstaan en verergeren van mentale en fysieke gezondheidsproblemen (de Krijger et al., 2025). Stress is echter niet in elke vorm schadelijk. Herhaalde, kortstondige en motiverende stresstoestanden kunnen leiden tot adaptieve reacties. Inadequate, excessieve en langdurige stress die de natuurlijke regulatie en aanpassingsvermogen overschrijden, leiden tot een onevenwicht in de homeostase. Deze chronische stress wordt geassocieerd met het ontstaan van psychische stoornissen (Agorastos

³ <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie>

⁴ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>

& Chrousos, 2022). Chronische stress ontstaat zowel in de privé als in de werkcontext. Beide contexten interageren sterk met elkaar.

1.2.1.2 Burn-out

Burn-out wordt in de elfde revisie van het International Classification of Diseases (ICD-11) als een arbeidsfenomeen en niet als een medische conditie beschouwd. Dit wil zeggen dat burn-out enkel in de arbeidscontext voorkomt en niet in andere domeinen van het leven. De definitie in de ICD-11 luidt als volgt: “Burn-out is een syndroom dat het resultaat is van chronische stress op de werkplek waarmee niet op een goede manier is omgegaan. Het omvat drie dimensies: gevoelens van uitputting, verhoogde mentale afstand van de job/negatieve gevoelens/cynisme met betrekking tot het werk en verminderde professionele effectiviteit (WHO, 2019).” In de wetenschappelijke literatuur krijgen deze drie kenmerken een specifieke benaming, namelijk ‘emotionele uitputting’, ‘depersonalisatie’ en ‘persoonlijke prestatie’ (Ge et al., 2023). Burn-out is dus een staat van uitputting, zowel emotioneel, fysiek als mentaal. Daarnaast zijn er studies die aantonen dat er een verband is tussen burn-out en obesitas, slaapstoornissen, depressie en alcoholmisbruik. Deze elementen kunnen leiden tot een lagere tevredenheid zowel met de job als met het leven (Somville et al., 2024; Travers, 2020; Verougstraete & Idrissi, 2020).

1.2.1.3 Depressieve Stoornis

Depressieve stoornis wordt in de ICD-11 gecategoriseerd onder de gemoedsstoornissen. Deze psychische stoornis wordt beschreven aan de hand van verschillende kenmerken waarvan een somber gevoel en verlies van plezier de hoofdsymptomen zijn waarbij één van beide dient aanwezig te zijn. Hierbij ervaart men ook andere cognitieve, gedrags- of neurovegetatieve symptomen die het functioneren van de persoon beïnvloedt, zoals concentratieproblemen, vermoeidheid en gevoelens van waardeloosheid. De symptomen resulteren in significante beperkingen in persoonlijk, familiaal, sociaal, educatief, beroepsmatig functioneren. Het behouden van functioneren is alleen mogelijk door aanzienlijke extra inspanning (ICD-11, 2019). Deze kenmerken tonen de mogelijke meervoudige effecten op personen met een depressieve stoornis aan. Meerdere studies tonen de link tussen werkgerelateerde stress en het ontstaan van depressieve stoornissen aan, waarbij risicofactoren geïdentificeerd worden zoals hoge taakeisen, lage job controle, job onzekerheid en rolconflict (Harvey et al., 2017; Lee et al., 2013; Madsen et al., 2017; Rugulies, 2023). Geaccumuleerde effecten van werkgerelateerde stress tonen een groter verband met het risico op depressie dan een eenmalige blootstelling aan stress (Madsen et al., 2017).

1.2.1.4 Angststoornis

Angststoornis wordt in de ICD-11 algemeen beschreven als een buitensporige angst en bezorgdheid. Dit gaat samen met gedragsstoornissen en symptomen die resulteren in aanzienlijk leed of beperkingen in het persoonlijk, familiaal, sociaal, educatief en beroepsmatig functioneren. Naast de algemene definitie, bestaan er ook specifieke vormen van angststoornissen zoals een gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en sociale angststoornis (ICD-11, 2019). Ook hier tonen meerdere studies de link tussen werkgerelateerde stress en het ontwikkelen van angststoornissen aan. In deze studies staat vooral het Effort Reward Imbalance model (ERI) van Siegrist en collega's (1986) centraal. Een onevenwicht tussen inspanning en beloning heeft een significante link met angststoornissen. Dit verband kan verklaard worden via psychologische mechanismes zoals vernedering, hulpeloosheid en verlaagde zelfwaarde. Een angststoornis kan resulteren in een lagere zelfwaarde, depressie en middelengebruik (Harvey et al., 2017; Khan & Khan, 2020; Kim & Lee, 2025; Nasirpour et al., 2024).

1.2.2 Gevolgen voor de Werkgever

Werkgerelateerde stress en de gevolgen ervan kunnen ook een invloed hebben op de organisatie (werkgever) waar werknemers werken. In België is in 1996 de Welzijnswet opgesteld. Welzijn op het werk wordt als een zeer ruim begrip aanzien met verschillende aspecten zoals veiligheid en psychosociale belasting. Sedert enkele jaren is er een verschuiving naar meer aandacht voor psychosociale risico's op het werk. Dit zijn professionele risico's die het potentieel hebben om psychologische, sociale en fysieke schade aan te richten. Aan de basis van de psychosociale risico's liggen meestal arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsorganisatie. Stress, pesterijen en burn-out zijn de meest gekende uitingen van psychosociale risico's die een belangrijke kost kunnen betekenen voor de werknemer, de werkgever en de maatschappij (FOD WASO, z. d.). Vanuit de Welzijnswet is elke werkgever verplicht om de nodige maatregelen te treffen om psychosociale risico's te voorkomen of de schade te beperken, zoals een risicoanalyse. Bij het niet volgen van de verplichtingen, kan de werkgever juridisch gesanctioneerd worden (Securex, 2024).

Naast de wettelijke verplichtingen die psychosociale risico's met zich meebrengen, zijn er ook andere gevolgen en kosten die voortvloeien uit werkgerelateerde stress en stressgerelateerde problemen. Werkgerelateerde stress is negatief gelinkt aan de fysieke en mentale gezondheid van werknemers en positief gelinkt aan absentisme, personeelsverloop en

risicogedrag met ongevallen als gevolg (Delhomme & Gheorghiu, 2021; Kutebayev et al., 2023). Hoge niveaus van stress kunnen resulteren in twee soorten kosten. Directe kosten zijn het gevolg van absentisme, verloof, arbeidsongevallen en vroegtijdige pensionering. Bij ziekte krijgt de werknemer de eerste 30 dagen gewaarborgd loon uitbetaald door de werkgever (RIZIV, z.d.)⁵. Daarbovenop zijn er kosten door het vervangen van de uitgevallen persoon. Latente kosten houden verband met productiviteitsverlies, slechte werksfeer, gebrekkige klantenservice en verminderde effectiviteit en prestaties (Kutebayev et al., 2023; Margheritti et al., 2026; Rugulies et al., 2023).

De COVID-19 pandemie heeft globaal gezien grote gevolgen gehad op het mentaal welzijn. Zo blijkt uit cijfers van de BELHEALTH-studie van Sciensano dat de percentages depressieve en angststoornissen in 2023 hoger zijn dan in 2018 (Sciensano, 2023). Voor beroepen waar geen persoonlijk contact vereist is, was er een versnelde overgang van occasioneel telewerk naar structureel of permanent telewerk (FOD WASO, 2021). Telewerk heeft meerdere voordelen zoals plaats- en tijdsafhankelijkheid, maar ook nadelen zoals isolement, eenzaamheid en verhoogde werk-privé conflict. Dit heeft zowel invloed op het welzijn van de werknemer als op de prestaties van de organisatie (Santos & Pereira, 2023; Vantilborgh et al., 2020). Voor werkgevers is het een uitdaging om deze risico's te analyseren, te voorkomen en aan te pakken. Tot op heden is er nog steeds een effect van de Covid-19-periode op hoe werk wordt georganiseerd en hoe wordt omgegaan met werknemers en hun mentale gezondheid.

1.2.3 Gevolgen voor de Maatschappij

De maatschappelijke belangstelling voor mentale gezondheid is de laatste jaren gegroeid. Mentale gezondheid is een integraal deel van ons leven en staat voor velen onder druk. Dit besef groeide sterk tijdens de COVID-19 pandemie, die een zware tol van de geestelijke gezondheid eiste. In december 2020, maart en december 2021 piekte het aantal depressies in België tot bijna 22% (Gezond België, 2023; Sciensano, 2023; Vlaanderen departement zorg, z. d.).

Mentale gezondheidsproblemen kunnen leiden tot tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheid (Gémes et al., 2024). Na het gewaarborgd loon betaald door de werkgever, komen de kosten van arbeidsongeschiktheid en bijhorend de uitkering terecht bij de

⁵ Het gewaarborgd loon geldt enkel bij werknemers, niet bij zelfstandigen. Voor meer informatie raadpleeg de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

overheid (RIZIV). Men is ongeschikt om te werken als dit gevolg is van ziekte, een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) of ziekenhuisopname. Hiervoor heeft de werknemer een getuigschrift arbeidsongeschiktheid nodig voorgeschreven door een behandelend arts. Een zelfstandige heeft ook recht op een uitkering bij een arbeidsongeschiktheid van minimaal acht dagen na erkenning door de adviserend arts (RIZIV, z. d.).

De rol van de Dienst uitkeringen van het RIZIV is om deze uitkeringen te beheren. Ze bepalen onder andere de toekenningsvoorwaarden en berekeningsregels voor het uitkeringsbedrag, controleren de arbeidsongeschiktheid vanaf de 7^e maand en controleren en erkennen het recht op invaliditeit⁶. Daarnaast houdt men statistieken⁷ bij over de aantallen en de kosten van deze uitkeringen. De totale uitgaven aan invaliditeitsuitkeringen voor burn-out en depressie voor de categorie werknemers en werklozen, bedroeg in 2023 meer dan 2.3 miljard euro en voor de categorie zelfstandigen bijna 110 miljoen euro. Voor de periode 2018-2023 betekent dit respectievelijk een stijging van 73,16% en 100,11%. In de categorie voor de ziektegroep psychische stoornissen bedroegen de uitgaven meer dan 3.3 miljard euro voor werknemers en werklozen en 150 miljoen voor zelfstandigen. Dit is respectievelijk een stijging van 58,44% en 78,14% tussen 2018 en 2023. Het totale bedrag van uitgaven aan invaliditeitsuitkeringen voor alle ziektes samengeteld en voor het totaal aantal invaliden, bedroeg in 2023 meer dan 9.2 miljard euro. Dit is een stijging van 10,49% in vergelijking met het jaar daarvoor (RIZIV, z. d.). Dit is dus een aanzienlijke kost voor de maatschappij waarbij de grootste stijging plaatsvindt bij de groep van zelfstandigen.

Naast de kosten van uitkeringen, brengt ziekte ook medische kosten met zich mee zoals psychologische zorg en medicijngebruik. Sinds 2021 wordt eerstelijnspsychologische zorg voor personen met lichte tot matige psychische problemen deels terugbetaald (RIZIV-conventie) (RIZIV, z. d.). Hiervoor wordt jaarlijks 22.5 miljoen euro voorzien om in geheel België terugbetaling van de eerstelijnspsychologische hulp te financieren (Bruffaerts & Jansen, 2022). Daarnaast kan psychologische zorg bij niet-geconventioneerde psychologen deels terugbetaald worden naargelang het ziekenfonds waarbij de persoon is aangesloten. Gegevens over medicatiegebruik en de kosten ten laste van de verzekering, worden weergegeven door Gezond

⁶ Zie de website van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV voor meer informatie over hun werking. <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structuur-van-onze-diensten/de-dienst-voor-uitkeringen>

⁷ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>

België, een informatiedienst van de Belgische overheid. Uit cijfers⁸ van 2023 blijkt dat 11,58% van de verzekerden antidepressiva gebruikte. Hiervoor is er jaarlijks 88 miljoen euro ten laste voor de verzekering. Antipsychotica werd door 3,26% van de verzekerden gebruikt en kost de verzekering jaarlijks 81 miljoen euro (Gezond België, 2023). In de literatuur zijn er tal van studies rond de kosten van werkgerelateerde stress op de maatschappij. Zo blijkt uit een systematische review van Hassard en collega's (2018) dat 70 tot 90% van de economische kost voor de maatschappij ligt bij productiviteitsverliezen. De overige 10 tot 30% gaan over gezondheidszorg en medische kosten.

1.3 Niveaus van Preventie

Bovenstaande gevolgen voor het individu, de werkgever en de maatschappij vereisen actie, zoals preventieve interventies. Er zijn drie soorten: primair, secundair en tertiair. Primaire preventieve interventies zijn proactief en hebben als doel om blootstelling aan risicofactoren te voorkomen of om de weerstand of tolerantie van het individu te verhogen. Secundaire preventieve interventies omvatten vroege detectie en behandeling om de ernst of duur van symptomen te verminderen of om verdere ontwikkeling tegen te houden. Tertiaire preventieve interventies omvatten de behandeling van aandoeningen om de impact op het dagelijks functioneren te minimaliseren (Joyce et al., 2016). Deze preventieve interventies kunnen plaatsvinden op drie niveaus op basis van doel: werknemer, organisatie en maatschappij. Hierna wordt bij elke soort interventie een voorbeeld gegeven op het niveau van de maatschappij.

Een voorbeeld van primaire-secundaire interventie op overheidsniveau binnen de mentale gezondheidszorg, is de gedeeltelijke terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg sinds 2021. De terugbetaling is gericht op kinderen, adolescenten en volwassenen die een licht tot matig psychisch probleem ervaren. Dit wordt voorzien via eerstelijnszorg voor algemeen psychisch welzijn. Er worden drie types zorg vergoed: gemeenschapsgerichte interventies, eerstelijnspsychologische ondersteuning en eerstelijnspsychologische behandeling van lichte tot matige problemen. Personen tot 23 jaar betalen geen eigen aandeel. Personen vanaf 24 jaar betalen 11 euro per individuele sessie en 2,50 euro per groepsessie, gemeenschapsgerichte interventies zijn altijd gratis (RIZIV, z.d.). Deze interventie maakt de zorg financieel toegankelijker en de drempel naar psychologische hulp lager (RIZIV, 2025). Uit de EPCAP studie uit 2023 blijkt uit drie uitkomsten dat deze interventie zijn vruchten afwerpt. Als eerste toont de studie aan dat patiënten het zoeken naar hulp minder lang uitstellen. Als tweede bereikt

⁸ <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/geneesmiddelen/zenuwstelsel>

de conventie een diverse sociodemografische populatie, inclusief kwetsbare groepen. Tot slot is er een belangrijk filterend effect, waardoor er een verlaging is in patiënten die naar gespecialiseerde of residentiële zorg worden doorverwezen. De studie toont tevens het belang van psychologische zorg aan. Er is een significante daling van de impact van emotionele problemen, er wordt een stijging in veerkracht gerapporteerd en bij werkenden daalt absentisme (EPCAP, 2023).

Een voorbeeld van een secundaire interventie op overheidsniveau, is het programma voor preventie van burn-out van het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (FEDRIS). In dit programma is de doelgroep werknemers die getroffen zijn door een vroegtijdig stadium (1 of 2) van burn-out door blootstelling aan een psychosociaal risico gelinkt aan het werk. Deze groep ervaart moeilijkheden tijdens het werk of hebben het werk stopgezet gedurende minder dan twee maanden. De interventie bestaat uit een begeleidingstraject van maximaal twee jaar. Het doel van het begeleidingstraject is om deze mensen aan het werk te houden of het werk zo snel mogelijk te hervatten. Het programma is ontstaan na een pilootproject dat gunstige resultaten vertoonde, namelijk het verlagen van scores op burn-out, depressie, angst en stress en het verhogen van het algemene welzijn (FEDRIS, z. d.).

Een voorbeeld van tertiaire interventie op overheidsniveau is het Individual Placement and Support (IPS) project, door het RIZIV in 2017 gelanceerd. Dit is een pilootproject gericht op re-integratie van personen die al reeds in arbeidsongeschiktheid zijn omwille van matig tot ernstige psychische stoornissen. Het basisbeginsel bij dit project is om personen zo snel mogelijk intensief te begeleiden in hun zoektocht naar werk en deze individuele ondersteuning te blijven bieden ook na de werkhervatting. Gedurende vijf jaar volgde deze studie 1200 trajecten voor professionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen (RIZIV, 2017; 2024). Fontanay en Tojerow (2025) voerden een randomised control trial uit als tussentijdse (na 30 maanden) evaluatie van het project. De experimentele groep zijn de deelnemers van het IPS-project, de controlegroep zijn de personen die deelnemen aan het gebruikelijke re-integratieprogramma. Een eerste bevinding is dat een hoger percentage deelnemers aan het IPS-project deeltijds werken en minder afhankelijkheid van uitkeringen vertonen in vergelijking met personen in het re-integratieprogramma. Daarnaast hebben IPS-deelnemers een meer realistische werkverwachting. De resultaten liggen in lijn met resultaten uit andere landen.

1.4 Pilootproject: Stress, Werk en Eerste lijn

Tot nu toe werd de problematiek rond werkgerelateerde stress besproken. Zoals voorgaand vermeld, heeft werkgerelateerde stress meerdere gevolgen en lopen de kosten hierdoor hoog op. De overheid probeert hierop in te grijpen met als doel gepaste zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan verzekerden en het aantal langdurig zieken te verminderen. Zo biedt het RIZIV algemene initiatieven en breed inzetbare maatregelen aan die zich niet beperken tot specifieke doelgroepen. Naast algemene initiatieven is het belangrijk om in te zetten op initiatieven voor specifieke doelgroepen die specifieke ondersteuning nodig hebben om op succesvolle wijze kansen te krijgen op de arbeidsmarkt.

Naast de doelgroep van matige tot ernstige psychische problemen (cf. supra: IPS), is er een doelgroep van personen met lichte tot matige psychische problemen. Het RIZIV wil deze doelgroep bijstaan via toegankelijke psychologische zorg waarbij eerstelijnsactoren, namelijk huisartsen en eerstelijnspsychologen, aandacht hebben voor het thema werk bij de begeleiding van de patiënt. Daarnaast beoogt het project binnen het thema “stress en werk” een betere doorverwijzing en samenwerking tussen de verschillende actoren, tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen en bovendien met actoren uit de sector van werk en sociale zekerheid (preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPS), arbeidsarts, adviserend arts, Terug Naar Werk-Coördinator (TNWC)...). Het RIZIV wil hierbij ondersteuningsstructuren bieden aan huisarts en eerstelijnspsycholoog binnen het brede domein van stress, werk en professionele re-integratie.

Uit deze noden is het pilootproject “Stress, Werk en Eerste lijn” ontstaan, bestaande uit drie tools (cf. infra). De doelgroep van dit project zijn huisartsen en eerstelijnspsychologen die binnen hulpverlening een eerste contactpunt vormen en de tools in de praktijk kunnen benutten. De tools zijn specifiek van toepassing voor de begeleiding van personen met lichte tot matige psychische problemen die stressklachten ervaren gerelateerd aan werk. Het doel van dit project is om een gids te bieden voor eerstelijnsactoren binnen het zorg- en werktraject, zodat zowel de zorgverleners als de patiënten effectief ondersteund worden. Het overkoepelende doel is het voorkomen van arbeidsuitval bij patiënten met lichte tot matige psychische problemen. Dit project richt zich dus op secundaire en tertiaire preventie (cf. supra). Er zijn al klachten aanwezig, maar er wordt gestreefd naar het voorkomen van verdere escalatie door vroegtijdige detectie en behandeling. De in het kader van dit project ontwikkelde tools kunnen eveneens van waarde zijn bij de begeleiding van personen die reeds arbeidsongeschikt erkend zijn, met als

doel hun terugkeer naar werk te bevorderen door middel van gerichte ondersteuning en juiste doorverwijzing.

De interventie zelf omvat drie tools die ter beschikking worden gesteld aan huisartsen en eerstelijnspsychologen (cf. infra). Het pilootproject gaat door op drie verschillende locaties, één in het Waals gewest, één in het Brusselse Hoofdstedelijk gewest en één in het Vlaams gewest. In deze masterproefstudie zal één pilootlocatie bestudeerd worden, namelijk de Vlaamse pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost (binnen Netwerk Diletti, GG-netwerk). Alle huisartsen binnen de pilootlocaties werden uitgenodigd om deel te nemen aan het pilootproject. De vereisten waar deelnemers aan moesten voldoen waren (i) bereidheid om de bovengenoemde tools te gebruiken en te evalueren, (ii) tewerkgesteld zijn als huisarts binnen de RIZIV-conventie en (iii) tewerkgesteld zijn binnen de pilootlocatie. De oproep werd door het RIZIV verspreid door middel van een Google Forms en via de bestaande kanalen van Domus Medica en Digid (i.e. directe RIZIV-mail naar huisartsen). Via deze Google Forms konden huisartsen zich inschrijven. De deelnemers werden dus niet op een gerandomiseerde manier maar op doelmatige manier gekozen ('purposive sampling').

De eerste tool is de referentiecel "stress en werk". Dit bestaat uit één referentiearts en één referentiepsycholoog per pilootlocatie. Het inrichten van de referentiecel zorgt ervoor dat de tools zo goed mogelijk aansluiten bij de huidige werkprocedures en de behoeftes van de sector. Bij aanvang van het project hebben de referentieartsen en -psychologen de ontwikkeling van de andere twee tools ondersteund. Tijdens de uitwerking stonden zij centraal bij de implementatie en evaluatie van het project, om deze zo efficiënt en effectief mogelijk te laten verlopen. Daarnaast staan ze de deelnemende huisartsen en psychologen bij met hun kennis en expertise en geven extra ondersteuning bij moeilijke casussen. Een ander voordeel van samenwerken met actoren uit het veld, wordt in de wetenschappelijke literatuur beschreven als 'champions'. Dit zijn personen die vrijwillig of door aanduiding de implementatie van een innovatie op een enthousiaste manier promoten of faciliteren. Een systematische review van Santos en collega's (2022) toont een positief verband aan tussen deze 'champions' en de implementatie van een innovatie bij werknemers. Vertaald naar dit project kunnen de referentiepersonen als een soort ambassadeur optreden die de adoptie van de tools promoten bij collega's en zo het gebruik vergroten.

De tweede tool is de informatiemodule "mentale gezondheid en werk". Uit een studie van het RIZIV en de KU Leuven uit 2015 blijkt dat huisartsen aangeven bepaalde moeilijkheden te ervaren bij de diagnostiek. Dit omvat onder andere het stigma rond de diagnose, gebrek aan

kennis over psychische problemen, gebrek aan kennis over de werkplek en de moeilijkheid om depressie van burn-out te onderscheiden. Willis en collega's (2022) benadrukken in hun review de essentiële rol van eerstelijnsactoren om een effectief gezondheidssysteem te creëren. Als eerste contactpunt kunnen artsen en psychologen kwaliteit, gelijkheid en toegang van de zorg verhogen en kosten verlagen. Hierbij is volgens deze studie ondersteuning nodig. De stijgende complexiteit van ziektes en de toenemende werkdruk, maakt het voor hulpverleners bijna onmogelijk om aan de aangeprezen preventieve zorgen te voldoen. Daarom is het doel van deze tool dat eerstelijnsactoren worden geïnformeerd over en in staat worden gesteld te reflecteren over het thema "stress en werk".

Om deze kennis aan te reiken werd een informatiemodule ontwikkeld en werd door het RIZIV een gratis online webinar georganiseerd dat via een Teams-meeting plaatsvond. Dit ging door op 9 oktober 2025 tussen 13 en 15 uur. Initieel schreven twaalf huisartsen binnen de pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost zich in via de Google Forms om deel te nemen aan het pilootproject. Door drukte haakten vijf huisartsen af. Van de zeven deelnemende huisartsen, waren zes huisartsen aanwezig tijdens het online webinar. De overige deelnemende huisartsen die op dat moment niet aanwezig konden zijn, ontvingen nadien de powerpointpresentatie en de opname zodat zij deze uitgesteld konden bekijken.

Inhoudelijk werd informatie gegeven over verschillende thema's zoals arbeidsongeschiktheid, re-integratie en de rol van andere relevante actoren en lag de nadruk op de link tussen mentale gezondheidsproblemen en werkgerelateerde stress. Deze thema's en de inhoud van de informatiemodule werden bepaald en samengesteld in overleg tussen de verschillende partners betrokken bij het pilootproject 'Stress, Werk en Eerste lijn'. Het webinar was opgesplitst in vier delen en werd gepresenteerd door een huisarts, een eerstelijnspsychologe een arbeidsarts en een adviserend arts. Het eerste deel, de inleiding, gaf een overzicht van het belang van dit pilootproject en het doel om de eerste lijn te versterken. Het tweede deel ging over de verduidelijking van concepten zoals psychosociale risico's, stress en burn-out. Het derde deel gaf informatie over hoe omgegaan kan worden met werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen tijdens een consultatie. Hierbij werd gefocust op preventie. Er werden tools aangeboden zoals een gespreksfiche waarbij op basis van de psychosociale risico's vragen werden opgesteld bruikbaar tijdens een consultatie. Daarnaast werd er concrete informatie voorzien zoals een overzichtslijst met doorverwijzingsmogelijkheden binnen de pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost. Het vierde deel, werk en re-integratie, gaf informatie over de werking en opdrachten van de actoren binnen het domein werk en sociale zekerheid (o. a. arbeidsarts en

adviserend arts). Ook werd belangrijke wetgeving verduidelijkt. Zie Bijlage 1 voor een overzicht van de inhoud van de informatiemodule. Het webinar werd ondersteund door een powerpointpresentatie die later als naslagwerk samen met de opname van het webinar aan de huisartsen ter beschikking werden gesteld.

De derde tool zijn de multidisciplinaire intervisies. Deze overlegmomenten hebben als doel om elkaar beter te leren kennen en de samenwerking tussen verschillende actoren te verbeteren. Minimaal zal dit overleg plaatsvinden tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. Echter, afhankelijk van het thema en de noden, kan dit eveneens bijgewoond worden door andere belanghebbende actoren zoals een arbeidsarts, adviserend arts, TNW-C, PAPS en jobcoach. Concreet zullen er tijdens deze momenten ervaringen, uitdagingen en goede praktijken ('good practices') betreffende het thema "stress en werk" besproken worden. Ook kan er gesproken worden over moeilijke casussen en zal men de kans krijgen om de tools binnen dit project te bespreken. Afhankelijk van de pilootlocatie kan de inhoud van de multidisciplinaire intervisies wijzigen. Multidisciplinair overleg is in andere gezondheidsdisciplines zoals de oncologie een vaste waarde en wordt geassocieerd met verbeterde patiëntuitkomsten (Bertolaccini et al., 2022; Heinke & Vinod, 2020).

1.5 Onderzoeksvraag

1.5.1 Onderzoeksmodel

Het doel van deze masterproefstudie is om de percepties van huisartsen over de informatiemodule te evalueren. Evaluatie van een interventie is belangrijk om een genuanceerd beeld te krijgen van de factoren die adoptie beïnvloeden (Sawyer et al., 2024). Het toont daarnaast de lacunes en mogelijke verbeterpunten. De hoofdvraag in deze masterproef is welke kenmerken of factoren het gebruik van de informatiemodule, zoals ontwikkeld in het RIZIV-pilootproject 'Stress, Werk en Eerste lijn', beïnvloeden.

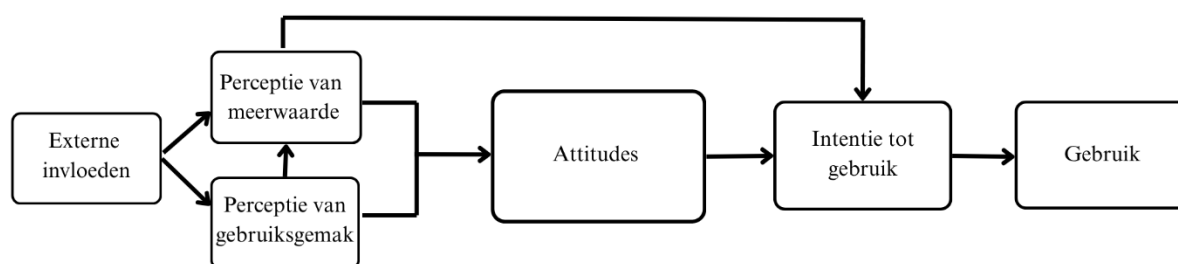
Gezien het aanbieden van een nieuwe informatiemodule aan eerstelijnsactoren als een innovatie aanzien kan worden, baseert deze masterproefstudie zich op de wetenschappelijke literatuur inzake de adoptie van innovatie. Vooral in technologie-adoptie is er veel onderzoek gevoerd. Er zijn meerdere theorieën en modellen, zoals het Technology Acceptance Model (TAM; Davis, 1989) en het Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT; Venkatesh et al., 2003). In deze studie wordt de onderzoeksvraag gebaseerd op het TAM model. Dit model wordt gebruikt om te voorspellen in welke mate een innovatie wordt geaccepteerd en verklaart verschillen in mate van gebruik tussen verschillende personen. In het TAM model

voorspellen gepercipieerde meerwaarde en gepercipieerd gebruiksgemak de intentie tot gebruik van de innovatie via attitudes over de innovatie. Intentie voorspelt het werkelijke gebruik (zie figuur 1). Meerdere studies tonen de effectiviteit van dit model aan (Al-Rayes et al., 2019; Khasan et al., 2024; Yau & Hsiao, 2022).

Gepercipieerde meerwaarde staat voor de overtuiging dat het gebruik van de informatiemodule de jobprestatie zal verhogen. Gepercipieerd gebruiksgemak staat voor de mate waarin de persoon gelooft dat het gebruik van de informatiemodule vrij is van grote inspanning (Davis, 1989). Attitudes reflecteren een gunstige of ongunstige evaluatie over de informatiemodule en het thema “stress en werk”. Het omvat verschillende componenten, namelijk een cognitieve component (overtuigingen en ideeën), een affectieve component (gevoelens) en een gedragscomponent (Jacobs & Mkhize, 2021).

Naast de drie, door het TAM model onderscheiden, potentiële antecedenten van gebruik (i.e. gepercipieerde meerwaarde, gepercipieerd gebruiksgemak en attitudes), kan verwacht worden dat andere externe factoren van invloed kunnen zijn op de intentie tot- en/of het werkelijk gebruik van de informatiemodule. Concreet wordt in deze masterproef onderzocht of het gebruik van de informatiemodule ook beïnvloed wordt door (i) praktijkkenmerken en/of (ii) professionele kenmerken (Menant et al., 2021). Deze worden hieronder verder besproken.

Figuur 1: Technology Acceptance Model



1.5.2 Praktijkkenmerken

Een eerste subvraag luidt: *‘Welke invloed heeft het werken in een groepspraktijk/solopraktijk op het gebruik van de informatiemodule?’* Binnen een groepspraktijk spelen er bepaalde kenmerken die de intentie tot gebruik mogelijks kunnen verhogen. Dit omvat onder andere sociale beïnvloeding. Deze variabele wordt gedefinieerd als de perceptie dat anderen, die belangrijk zijn voor de persoon, van mening zijn dat diegene de innovatie wel of niet zou moeten gebruiken (Gagnon et al. 2016). In het UTAUT-model is sociale invloed positief gelinkt aan attitudes, intentie tot gebruik en werkelijk gebruik (Xue et

al., 2024). Andere studies die dit verband onderzochten, bevestigen dat sociale beïnvloeding zorgt voor een verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers. Dit wil dus zeggen dat de sociale omgeving van de huisarts de intentie tot gebruik van de informatiemodule zowel positief als negatief kan beïnvloeden (Al-Rayes et al., 2019; Biancone et al., 2023).

Een tweede subvraag luidt: *‘Welke invloed heeft de mate waarin een huisarts, professioneel, multidisciplinair werkt op het gebruik van de informatiemodule?’* In de literatuur worden verschillende kenmerken van multidisciplinariteit besproken die een invloed kunnen hebben op het gebruik van innovaties. Als eerste biedt multidisciplinariteit de kans om overleg te plegen met collega’s vanuit een andere discipline. Dit kan leiden tot een bredere kijk op bepaalde problemen en draagt bij aan de effectiviteit van de zorg (Falzone et al., 2021). Daarnaast kan men kennis uitwisselen. Studies tonen aan dat het hebben van kennis over een onderwerp bijdraagt aan een positieve attitude (Jacobs & Mkhize, 2021).

Een derde subvraag luidt: *‘Welke invloed hebben faciliterende omstandigheden op het gebruik van de informatiemodule?’* In het UTAUT-model heeft de variabele faciliterende omstandigheid een direct effect op de intentie tot gebruik en zowel een direct als indirect effect op het werkelijke gebruik (Xue et al., 2024). Tijd is een voorbeeld van een faciliterende omstandigheid. Bij een hoge werkdruk waar er weinig tijd is om informatie op te zoeken en te verwerken, wordt er in mindere mate gebruik gemaakt van een innovatie. Daarnaast hebben andere organisatorische aspecten die het gebruik van technologie steunen, zoals goed werkende computers en een goede internetverbinding, een positieve impact op het gebruik van de innovatie (Crescenzi et al., 2014; Gagnon et al., 2010; Khashan et al., 2024).

1.5.3 Professionele Kenmerken

Een vierde subvraag luidt: *‘Welke invloed heeft anciënniteit van de huisarts op het gebruik van de informatiemodule?’* Uit een cross-sectionele studie van Al-Rayes en collega’s (2019) blijkt dat de meeste niet-gebruikers van de innovatie een leeftijd boven de 50 jaar hadden en hiermee een hogere anciënniteit. Voorgaande studies bevestigen dit verband (Gagnon et al., 2016; Xierali et al., 2013).

Een vijfde subvraag luidt: *‘Welke invloed heeft eerdere ervaring met de problematiek op de mate van gebruik van de informatiemodule?’* In een studie van Weiler en collega’s (2012) onderzocht men een ergonomische interventie bij medewerkers van de medische nooddienst. Concreet stelde deze interventie de introductie van een patiënt overdrachtsbord voor om de zijdelingse transfer van een patiënt van en naar een brancard te vergemakkelijken. Uit de

resultaten blijkt dat hulpverleners die geëxperimenteerd hadden met een soortgelijk object meer de neiging hadden om het overdrachtsbord te gebruiken. Dit relateert aan de term ‘trialability’ uit de innovatietheorie van Rogers (1983), dat gedefinieerd wordt als de mate waarin er geëxperimenteerd is met de innovatie nog voor adoptie. Binnen Rogers theorie toont ‘triability’ een positief verband met adoptie (Elmghaamez, 2023). De studie van Weiler en collega’s (2012) toont een significant positief verband tussen voorgaande ervaring met de problematiek en het gebruik van de innovatie. Vertaald naar deze studie, kan eerdere ervaring met de problematiek rond stressgerelateerde klachten alsook de link met het domein werk en het zoeken van informatie op het algemene internet, een positief verband vertonen met het gebruik van de informatiemodule.

In Tabel 1 wordt een samenvattend overzicht gegeven van de onderzoeksvragen in deze masterproefstudie.

Tabel 1: overzicht onderzoeksvragen masterproefstudie

Hoofdvraag:

Welke factoren beïnvloeden het gebruik van de informatiemodule door huisartsen?

Technology Acceptance Model gebaseerde onderzoeksvragen

1. Welke invloed hebben TAM-variabelen op de *intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule*?
 - a. Welke invloed heeft de *gepercipieerde meerwaarde* op het gebruik van de informatiemodule?
 - b. Welke invloed heeft *gepercipieerd gebruiksgemak* op het gebruik van de informatiemodule?
 - c. Welke invloed hebben *attitudes ten aanzien van de informatiemodule en het thema “stress en werk”* op het gebruik van de informatiemodule?

Externe factoren:

2. Welke invloed hebben *praktijkkenmerken* op het gebruik van de informatiemodule?
 - a. Welke invloed heeft het werken in een *groepspraktijk/solopraktijk* op het gebruik van de informatiemodule?
 - b. Welke invloed heeft de mate waarin een huisarts, *professioneel multidisciplinair werkt* op het gebruik van de informatiemodule?
 - c. Welke invloed hebben *faciliterende omstandigheden* op het gebruik van de informatiemodule? (werkdruk, organisatorische ondersteuning)
3. Welke invloed hebben *professionele kenmerken van de huisarts* op het gebruik van de informatiemodule?
 - a. Welke invloed heeft *anciënniteit van de huisarts* op het gebruik van de informatiemodule?
 - b. Welke invloed heeft *eerdere ervaring met de problematiek* op het gebruik van de

Gezien deze masterproef in essentie de evaluatie van een pilootproject betreft en de ontwikkelde tools binnen het RIZIV pilootproject nog niet eerder geïmplementeerd noch geëvalueerd werden, heeft deze masterproefstudie een exploratief karakter en werden er geen a-priori hypothesen geformuleerd. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werd een kwalitatieve studie uitgevoerd. Hieronder wordt de gevolgde onderzoeksmethode en de bekomen resultaten besproken en eindigt deze studie met een discussie van de onderzoeksresultaten.

2. Methode

2.1 Populatie

In deze masterproefstudie werden de huisartsen binnen de Vlaamse pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost, uitgenodigd tot vrijwillige deelname aan een interview. Opdat de onderzoeker de huisartsen kon contacteren, vroeg het RIZIV eerst toestemming aan de deelnemers om hun gegevens, namelijk naam en e-mailadres, te mogen delen. Negen huisartsen stemden hiermee in. Zij werden door de onderzoeker per mail uitgenodigd om een interview in te plannen via een Google Forms. Slechts vier van de negen huisartsen planden een interview in. Naar elke huisarts werden zowel vanuit de onderzoeker als het RIZIV meerdere herinneringen verstuurd. Dit had weinig resultaat. In een poging om extra deelnemers te vinden, werden e-mails verstuurd naar zeven groepspraktijken en twee individuele huisartsen in de regio Poperinge-Ieper (woonplaats onderzoeker). Omdat ook daar geen enkele respons op kwam, werd voor elke aangeschreven huisarts ($n = 31$) een brief in de brievenbus van hun praktijk gestoken. Dit leverde twee extra deelnemers op, die echter niet aanwezig waren bij het webinar. Zij kregen de presentatie en de opname van het webinar, met akkoord van het RIZIV, doorgestuurd per e-mail met vraag om deze te bekijken als voorbereiding op het interview. In totaal werden 40 huisartsen gecontacteerd voor een interview en stemden zes huisartsen in. Dit is een responsgraad van 15%. Een mogelijke reden voor de lage responsgraad is de grote werkdruk bij de huisartsen. Daarbovenop was de periode van het webinar en de interviews (oktober–december), extra druk door onder andere de vaccinatieperiode.

Van de zes deelnemende huisartsen, waren er vijf vrouwen en één man. Vier deelnemers zijn nog niet langer dan drie jaar afgestudeerd als huisarts. De twee overige huisartsen hebben tien en dertien jaar ervaring. Alle huisartsen werken in een groepspraktijk, waarvan twee praktijken intern met andere disciplines samenwerken. De duur van de interviews varieerde tussen 75 en 120 minuten.

2.2 Procedure en dataverzameling

De data werden verzameld door middel van semigestructureerde interviews bij vier huisartsen binnen de pilootlocatie Vlaams-Brabant Oost en twee huisartsen uit West-Vlaanderen. De interviews werden afgenomen aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad. Dit wil zeggen dat er vragen vastgelegd werden met als doel de onderzoeksvraag te beantwoorden maar er daarnaast nog ruimte was voor vrije invulling vanuit de deelnemer en de onderzoeker tijdens het interview (Kallio et al., 2016). Vier interviews

vonden op basis van voorkeur van de deelnemers, online plaats via Microsoft Teams. Twee interviews werden fysiek afgenomen. Op voorhand ondertekende elke deelnemer een geïnformeerd informatie- en toestemmingsformulier waarin men ook toestemming gaf voor digitale opname (audio en video) van het interview. Dit formulier werd opgesteld conform de ethische richtlijnen van het algemeen ethisch protocol van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (UGent) en met akkoord van het RIZIV.

Belangrijk binnen elke vorm van kwalitatief onderzoek is om bewust te zijn van de rol en invloed van de onderzoeker. De interviewer treedt namelijk binnen in de leefwereld van de deelnemer om diens perspectief zo goed mogelijk te leren kennen. De onderzoeker moet een zo open mogelijke blik hanteren om bias te vermijden. Eigen vooronderstellingen worden losgelaten en tegelijkertijd is er de erkenning dat er invloed wordt uitgeoefend op het onderzoek. Elk onderzoek start met bepaalde vooronderstellingen zoals kennis over het onderwerp. Er wordt getracht om hiervan bewust te zijn door erover te reflecteren. De invloed op het onderzoek (de eigenlijke analyse) werd zo veel als mogelijk verkleind door de eigen vooronderstellingen tussen haakjes te plaatsen ('bracketing') (Lim, 2025). Deze reflectie over de eigen assumpties werd als voorbereiding op de interviews gedaan. Tijdens de interviews werd zoveel als mogelijk gestreefd om de vooronderstellingen aan de kant te schuiven. Na elk interview werd de digitale opname onmiddellijk bekeken en beluisterd met extra aandacht voor mogelijke assumpties (Huff & Brooks, 2024).

2.3 Interviewleidraad

Om het interview te beginnen en een vertrouwensband op te bouwen met de deelnemer, werden er eerst enkele kennismakingsvragen gesteld. Deze vragen waren bijvoorbeeld: "Hoelang werkt u als arts?"; "Met welke reden neemt u deel aan het pilootproject 'Stress, Werk en Eerste lijn?"; "Hoe ging u om met eerdere ervaringen rond het thema stress en werk?". Op deze manier krijgt de onderzoeker een beter beeld op de context van de huisarts en kan op die manier de data beter begrijpen en interpreteren (Lim, 2025). De interviewleidraad werd opgesteld in vijf fases zoals beschreven door Kallio en collega's (2016).

In de eerste fase werd nagegaan of semigestructureerde interviews een gepaste methode is voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, werden de deelnemers bevraagd naar hun ervaringen en percepties bij het volgen van de informatiemodule. Een semigestructureerd interview is hiervoor de gepaste methode om een

rijke beschrijving te verkrijgen en een antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen formuleren (McGrath et al., 2019).

In de tweede fase is het de bedoeling om een voldoende en accuraat begrip te verkrijgen over het onderwerp. In deze masterproefstudie werd de nodige voorkennis verkregen via de literatuurstudie die beschreven staat in de inleiding van deze masterproefstudie. Daarnaast werd er beroep gedaan op de kennis van de RIZIV-masterproefbegeleiders. Deze voorkennis vormde de basis voor het formuleren van de interviewvragen (Akhila & Samuel, 2025).

In de derde fase werd een voorlopige interviewleidraad opgesteld. Deze omvat open vragen die het gesprek leiden naar het onderzoeksonderwerp maar ook ruimte vrijlaten voor vrije invulling vanuit de deelnemer. Er zijn twee soorten vragen namelijk thema- en opvolgvragen. Themavragen zijn direct gelinkt aan de onderzoeksvraag terwijl opvolgvragen ervoor zorgen dat de thema's makkelijker worden begrepen (Kallio et al., 2016). De onderzoeker stelde een voorlopige interviewleidraad op.

In de vierde fase wordt gewoonlijk een piloottest van de voorlopige interviewleidraad uitgevoerd. Omdat deze masterproefstudie een pilootproject betreft, was een piloottest niet zinvol, noch haalbaar. Een andere manier om de interviewleidraad te testen, is de voorlopige vragen voor te leggen aan andere onderzoekers binnen het project. Deze interne test werd meerdere malen herhaald. De ontvangen feedback resulteerde in enkele mineure tekstuele en vormelijke aanpassingen van de interviewleidraad. Tevens werd erover gewaakt dat de interviewvragen inhoudelijk relevant zijn voor en beantwoordbaar zijn door diverse potentiële gebruikers/doelgroepen van de informatiemodule, zoals huisartsen en eerstelijnspsychologen.

In de vijfde en laatste fase is de volledige interviewleidraad (zie Bijlage 2) opgemaakt. Deze is duidelijk, volledig en heeft een logische structuur. Deze vragen werden tijdens het proces bijgestuurd op basis van de reeds verkregen antwoorden van deelnemers tijdens interviews (Bathran & Samuel, 2024).

De vragen in de interviewleidraad zijn erop gericht om rijke informatie te verzamelen over de ervaring en betekenisverlening van de deelnemers van het pilootproject. Naast de vastgelegde vragen kregen de deelnemers ruimte om in hun eigen woorden uit te wijden over hun percepties van het gevolgde webinar (informatiemodule). De ontwikkelde interviewleidraad werd zowel gebruikt bij de bevraging van de huisartsen in kader van deze masterproefstudie als in het kader van een andere studie die zich focust op het bevragen van het gebruik van de informatiemodule door eerstelijnspsychologen.

2.4 Data-analyse

Kwalitatieve data-analyse is een iteratief proces waarbij interpretatie de kern vormt. Dit proces stelt de onderzoeker in staat om patronen en inzichten uit de interviews af te leiden. Een kenmerk hierbij is dat vanuit tussentijdse interpretaties en inzichten, wijzigingen kunnen optreden in de onderzoeksvraag en/of interviewleidraad. Dit iteratieve proces zorgt ervoor dat de verschillende fases van het analyseproces door elkaar verlopen. Er is dus een continue wisselwerking tussen de onderzoeksvraag, dataverzameling en data-analyse (Lim, 2025).

Voor de data-analyse werd gekozen voor deductief-inductieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2006; Laukka et al., 2023). Bij deze methode worden er abstracties gemaakt van de verzamelde data binnen het bestaande kader gevormd door de onderzoeksvragen. Dit gebeurt in verschillende stappen waarin er meerdere abstracties gelinkt aan specifieke stukken tekst uit de data worden ondergebracht onder een onderzoeksvraag die als thema aanzien wordt.

2.4.1 Data-analyseproces: stappenplan

Stap 1: transcriberen van de interviews

De interviews werden door de onderzoeker zelf verbatim getranscribeerd. Dit wil zeggen dat de interviews woord voor woord werden uitgeschreven. Hierbij werd ook rekening gehouden met non-verbale communicatie zoals houding, gezichtsuitdrukkingen en intonatie. Bij het uitschrijven werd gebruik gemaakt van de software 'Express Scribe Transcriptiesoftware' waarin de video op een eenvoudige manier versneld, vertraagd, gepauzeerd en gestart kon worden.

Stap 2: data leren kennen

Om een goed begrip te krijgen van de perceptie en beleving van de deelnemer, werden de opnames van de interviews herbekeken en de transcripten meerdere malen gelezen. Door dit te doen, vielen al enkele terugkerende antwoorden en patronen op.

Stap 3: data coderen

Voor elk interview werd een tabel opgesteld in Microsoft Word. In de eerste kolom werden alle interviewvragen vanuit de interviewleidraad genoteerd. In de tweede kolom werd de tekst uit de interviews ingevoegd die de interviewvraag beantwoordt. Dit proces van tekst uit de interviews nemen wordt ook wel de-contextualisering genoemd, waarbij tekst uit de oorspronkelijke context wordt genomen (Lindgren et al., 2020). In de derde kolom werd een abstractie gemaakt van het antwoord uit het interview. Deze abstracties zorgen voor een eerste

onderscheid binnen de antwoorden en liggen nog zo dicht mogelijk bij de data. De abstracties zorgen voor re-contextualisatie, waarbij patronen gevormd worden waardoor er een groter inzicht is in de data (Lindgren et al., 2020). In de vierde kolom werd de bijhorende onderzoeksvraag genoteerd. Deze vragen worden beschreven in tabel 1 en dienen als thema's binnen deze masterproefstudie.

Stap 4: codes groeperen onder thema's

Om een overzicht te krijgen uit de verschillende tabellen, werd per onderzoeksvraag een overzicht gemaakt van de abstracties. Concreet werden op een groot blad papier per onderzoeksvraag alle abstracties per interview genoteerd. Dit maakte het eenvoudiger om patronen te kunnen onderscheiden over alle interviews heen. Op een apart blad papier werden deze patronen per onderzoeksvraag genoteerd. Dit overzicht was de basis voor het uitschrijven van de resultaten en discussie.

Stap 5: thema's ordenen, definiëren en verder verfijnen

Het overzicht werd ten slotte nog meer verfijnd en eenvoudiger gemaakt. Patronen die sterk op elkaar lijken, werden samengevoegd. Hierbij zijn twee criteria belangrijk: (I) interne homogeniteit en (II) externe homogeniteit.

Interne homogeniteit of coherentie betekent dat alle abstracties, stukken tekst en patronen binnen een thema over hetzelfde fenomeen gaan. Enerzijds is er een sterke gelijkheid tussen de patronen, anderzijds heeft elk patroon een duidelijke meerwaarde in het coherent verhaal.

Externe homogeniteit of mutuele exclusiviteit betekent dat patronen van verschillende thema's duidelijk over een ander fenomeen gaan. Er is dus geen inhoudelijk overlap tussen de quotes die de verschillende thema's ondersteunen.

Dit proces gaat zo door met als doel de thematische map verder te verfijnen. In de finale map werd er gekomen tot de essentie van het onderzoek en een consistent verhaal. Dit was de basis voor de interpretatie van de data, wat ook deel uitmaakt van het re-contextualiseren (Lindgren et al., 2020).

Stap 6: thema's uitschrijven

Als laatste stap in het analyseproces, werden de thema's uitgeschreven in een coherent verhaal in de resultatensectie. De resultaten werden geïnterpreteerd op basis van de data en beargumenteerd aan de hand van quotes uit de interviews.

2.5 Kwaliteitscontrole en betrouwbaarheid

Om een hoge kwaliteit en betrouwbaarheid te garanderen in het onderzoek, werd er rekening gehouden met vier elementen van betrouwbaarheid (Lim, 2025).

Het eerste criterium is geloofwaardigheid. Dit staat voor in welke mate de resultaten een waarheidsgetrouwe weergave zijn van het onderzochte fenomeen. Dit werd in deze masterproefstudie op drie manieren bereikt. Als eerste las de onderzoeker zich in het thema om een begrip te krijgen van de huidige context. In de interviews werden er kennismakingsvragen gesteld om te polsen naar de attitude van de huisartsen ten aanzien van het thema is en hoe ze met ervaringen binnen dit thema omgingen. Ten tweede werden de interpretaties gemaakt op basis van de tekst om zo dicht mogelijk bij de data te blijven. Één ad random gekozen interview en transcript werd door de medestudent, die de eerstelijnspsychologen bevraagd heeft, beluistert en gecontroleerd. Daarna werden de interpretaties besproken met de medestudent. Ten derde nam de onderzoeker de interpretaties meermaals met een kritische blik door om te controleren of deze de data op een correcte manier weergeven.

Het tweede criterium is controleerbaarheid. Dit staat voor de mate waarin de interpretaties en resultaten gegrond zijn in de data en niet onredelijk beïnvloed door het eigen vooroordeel en overtuiging. Dit doel werd enerzijds bereikt door beoordeling vanuit de medestudent zoals hierboven benoemd. Anderzijds werd er door de onderzoeker doorheen het hele interview actief gereflecteerd op de eigen visie en overtuigingen over het thema. Dit werd in elke stap van het onderzoek gedaan, zowel bij het afnemen van interviews als bij de analyse. Hierbij werd gebruik gemaakt van de Interview Quality Reflection Tool (IQRT) beschreven door Huff en Brooks (2024). Na elk interview ging de onderzoeker na of de vragen het gewenste doel hadden bereikt en goed werden begrepen door de geïnterviewde. Er werd ook nagegaan of de vragen een nieuw concept in het interview brachten en of dit gestuurd werd door de geïnterviewde of de interviewer. Deze reflectie zette de onderzoeker ertoe aan om meer aandacht te geven aan het stellen van open vragen in plaats van gesloten. Enkele vragen uit de interviewleidraad werden geschrapt omdat ze overbodig waren.

Het derde criterium van betrouwbaarheid is overdraagbaarheid. Dit staat voor de mate waarin resultaten kunnen toegepast worden op andere contexten. Dit doel werd gedeeltelijk

nagestreefd door een rijke beschrijving van het gehele onderzoeksproces. Daarnaast werden de deelnemers doelgericht gekozen. Dit verzekert dat de deelnemers tot de gekozen doelgroep behoren en de data beantwoordt aan de onderzoeksvragen (Bathran & Samuel, 2024). Maar door het lage aantal participanten is het niet mogelijk om generaliseerbare conclusies te maken.

Het vierde criterium van betrouwbaarheid is afhankelijkheid. Dit staat voor de mate waarin er consistentie en stabiliteit is in de onderzoeksresultaten over tijd en gelijkaardige omstandigheden. Omdat dit een masterproefstudie is met een eenmalige meting, kan dit criterium niet worden aangetoond.

2.6 Ethische aspecten van het onderzoek

Deze masterproefstudie werd uitgevoerd volgens de richtlijnen uit het Algemeen Ethisch Protocol van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van Universiteit Gent⁹. Dit onderzoek werd uitgevoerd in overeenstemming met de geaccepteerde maatstaven voor wetenschappelijk en ethisch gedrag. Hierbij werden goede onderzoekspraktijken gehanteerd en werd er gehandeld naar de principes van onderzoeksethiek zoals beschreven in "Ethics in Social Science and Humanities" (EU, 2018)¹⁰.

Participanten werden over de inhoud en het doel van het onderzoek ingelicht via een informatie- en toestemmingsformulier. Hierbij gaven de deelnemers via ondertekening toestemming voor deelname aan het onderzoek, opname van het interview en gebruik van de data. Deelname was volledig vrijwillig.

De interviews en de transcripten werden door de onderzoeker geanonimiseerd en veilig bewaard op de persoonlijke schijf van de onderzoeker, waar enkel de onderzoeker toegang tot heeft door middel van een code. Documenten en informatie werden enkel gedeeld met de meewerkende onderzoekers en begeleiders.

⁹ <https://www.ugent.be/pp/nl/onderzoek/ec#Regelsenprotocollen>

¹⁰ https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020_ethics-soc-sciencehumanities_en.pdf

3. Resultaten

Hoewel het webinar in vier delen was ingedeeld (cf. supra), werd tijdens het afnemen van de interviews duidelijk dat de huisartsen de informatiemodule in drie delen hebben ervaren die verschillen van de eigenlijke indeling in het webinar. Als er gesproken wordt over ‘deel 1’ betreft dit slides 1 tot en met 69 met daarin de onderdelen “inleiding”, “verduidelijking van concepten” en “preventie”. Het deel van de arbeidsarts is ‘deel 2’, slides 70 tot en met 91. Het deel over de ziekenfondsen is ‘deel 3’, slides 92 tot en met 134.

De eerste onderzoeksvraag gaat over welke invloed TAM-variabelen hebben op de intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule. Deze onderzoeksvraag omvat drie subvragen, opgemaakt volgens de drie TAM-variabelen: gepercipieerde meerwaarde, gepercipieerd gebruiksgemak en attitudes ten aanzien van de informatiemodule en het thema “stress en werk”.

3.1 Gepercipieerde meerwaarde

Onderzoeksvraag 1a gaat over de gepercipieerde meerwaarde van de informatiemodule. Dit gaat over de mate waarin de huisartsen de onderwerpen (on)nuttig vinden en waarom.

Deel 1 is voor de huisartsen vooral een opfrissing en een bevestiging van hun werkwijze. Het is bovendien een bewustwording en aanmoediging om meer aandacht voor het thema te hebben en de patiënt regelmatig over het werk te bevragen.

“Die mentale shift van je moet toch wel meer het werk en die psychosociale risicofactoren indachtig zijn: dat is nieuw, dat is interessant voor mij, dus daardoor zou ik het ook aanraden.” (Interview 6)

Voornamelijk de praktische handvaten zoals de gespreksfiches, de informatie over welke andere professionals er zijn en de voorbeelden (zie Bijlage 3), worden als nuttig gezien. Naast de opfrissing van de al gekende theorie, zoals de concepten stress en burn-out, vinden de huisartsen de verdieping van theorie zoals het tolerantievenster en de stadia van burn-out een meerwaarde. De mate waarin er ingegaan wordt op zaken die al gekend zijn en het in detail uitwerken van verdieping, vinden de huisartsen minder nuttig. Bij het onderwerp stress, is het duiden van de voor- en nadelen van stress en het autonoom zenuwstelsel geen meerwaarde tijdens het webinar. Bij het onderwerp burn-out, is het tonen van de stadia van burn-out voldoende. Een uitwerking van de stadia apart zorgt voor te veel informatie om tijdens het webinar te verwerken. Kort stilstaan bij de opfrissing en verdieping over stress en burn-out, zijn

voldoende tijdens het webinar. De uitbreiding van informatie kan volgens de huisartsen wel behouden worden in het naslagwerk. De huisartsen stellen voor om zo binnen het webinar deel 1 beknopter te maken, waardoor er op deel 2 en 3 uitgebreider kan ingegaan worden. Daarnaast ontbreekt voor sommige huisartsen informatie over de werking en het aanbod binnen de eerstelijnspsychologie. Verder verkiezen ze bij ieder concept één of twee praktijkgerichte voorbeelden in plaats van meerdere voorbeelden bij één concept en geen voorbeelden bij andere concepten.

“(...) allee zo heel die mechanismen van stress, ik weet niet of ik dat per se zo super essentieel vind, dat is wel heel in detail. Zo acute stress, chronische stress.” (Interview 5)

“Stress, oké ca va, daar mag je wat vlugger over gaan. Voor- en nadelen, dat zijn dingen die we wel weten. Moet het autonoom zenuwstelsel erbij?” (Interview 6)

“Ik denk het eerste deel misschien toch wat korter en dan het tweede deel inderdaad dat zeker niet zo op het einde ‘en het is dat nog en dat nog en dat’. Dat dat misschien zo wat snel op die slide over terug naar werk, maar daar wou ik misschien nog zo ergens over weten ‘hoe gaat dat nu concreet in zijn werk die terug naar werk?’ Dat ik daar misschien nog wat meer info over zou willen.” (Interview 5)

Deel 2 en 3 hebben voor de huisartsen een grote meerwaarde omdat deze informatie voor hen het minst gekend was.

“Het was voornamelijk van wat ik de meest interessante stukken vond, maar dat is gewoon omdat ik daar het minste over weet he, is dan de stukken van de arbeidsgeneesheer zo van ‘welke dingen kunnen wij doen’ en nog interessanter van de adviserend geneesheer van ‘hoe zit het systeem in elkaar, wat is de frequentie of wat mag wel, wat mag niet’ op die manier.” (Interview 3)

Vooraf de informatie over de werking van de arbeidsarts en adviserend arts, de informatie over andere actoren, de chronologie van het proces en mogelijke trajecten voor werknemers, zijn een meerwaarde. De take home messages helpen de huisartsen om de informatie te structureren en beter te onthouden. De toelichting over het TRIO-platform is een meerwaarde, maar enkele huisartsen opteren voor een demonstratie tijdens het webinar. Verder hebben de huisartsen nood aan meer informatie over de mogelijkheden om zelfstandigen te ondersteunen en informatie over andere professionals zoals loopbaancoaches, preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPS) en de Terug Naar Werk-coördinator (TNW-

C). De huisartsen hebben behoefte aan concrete informatie over wanneer ze een patiënt kunnen verwijzen naar een PAPS en wanneer naar een arbeidsarts. Het is voor de huisartsen ook niet duidelijk wanneer ze kunnen verwijzen naar een Terug Naar Werk-coördinator en welke informatie ze met deze persoon mogen delen. Een overzicht van alle actoren analoog aan slide 75 (zie Bijlage 4), zouden de huisartsen praktisch en waardevol vinden.

“Dat vind ik een beetje jammer, dat TRIO platform, dat zou ik graag eens praktisch uitgelegd zien.” (Interview 4)

“Ofwel iets meer informatie over preventieadviseurs dan gewoon om daar een idee van te hebben wat het precies is.” (Interview 2)

“Terug Naar Werk-coördinator roept toch veel vragen op. Totaal ongekend persoon voor mij als huisarts. Is die gebonden aan beroepsgeheim? Ze zegt dat de medische gegevens voor de Terug Naar Werk-coördinator niet belangrijk zijn. Hoezo? Dat speelt toch altijd een rol waarom je uitvalt en hoe je dan terug kan? Ik versta dat niet.” (Interview 6)

In deel 2 en 3 vinden de huisartsen de informatie over de volledige werking van de arbeidsarts en adviserend arts te uitgebreid. Details die niet actief door de huisarts in praktijk worden omgezet, vormen geen meerwaarde in het webinar. Een voorbeeld hiervan zijn de schema's op slide 90 en 91 (zie Bijlage 5), die als ingewikkeld ervaren worden. De inhoud van het re-integratietraject vinden de huisartsen een meerwaarde, maar de details zorgen ervoor dat het proces moeilijk te begrijpen is. Een ander voorbeeld is slide 105 tot en met 117, waar in de diepte de chronologie van arbeidsongeschiktheid wordt overlopen. Bij beide voorbeelden verkiezen de deelnemers om de informatie praktisch en vanuit de visie van de huisarts te houden, dit ondersteund met praktische en herkenbare voorbeelden. Men wil dat in deze voorbeelden concreet wordt getoond wat de meerwaarde van samenwerking met andere artsen en professionals is en hoe men met hen moet communiceren.

“Daar (slide 105-117) ben ik volledig mijn aandacht ... dat was iets te repetitief 'en dan moet je dat doen en dan moet je dat doen' eigenlijk die slide die je nu toont (slide 104) is voldoende. Dit is hetgeen dat we moeten weten, al die slides die erop volgen, voor mij als huisarts, ik weet niet ofdat ik er, ik heb er alleszins niets over onthouden, ik zal het zo zeggen.” (Interview 1)

“Jos en Tineke en hoe zit het? En wat gebeurt er dan ook mee? Geen vaststelling van definitieve ongeschiktheid voor zijn laatste functie dus we sturen Jos naar dit of dat of we

doen dit met Jos. Wat houdt dat in op het moment dat je het zo neerzet? Ja voor mij is het 'oké, geen vaststelling, en nu?' De 'en nu-vraag' denk ik. Maar neem Jos maar eens wat vaker mee.' (Interview 3)

Samengevat vinden de huisartsen de thema's binnen de informatiemodule een meerwaarde en zouden ze allen op basis van de inhoud de informatiemodule aanraden aan collega's. Enkele algemene aanpassingen betreffende de inhoud: meer focussen op de meerwaarde voor de werking van de huisarts, meer informatie over alle professionals in het veld en meer praktijkgerichte voorbeelden.

"Ik was al heel blij met het webinar want ik heb zelf heel veel dingen bijgeleerd dat ik nog niet wist. Ik zit ondertussen dus 10 jaar in het veld en er waren nog dingen tussen waarvan ik dacht 'aah zit dat zo in elkaar'." (Interview 3)

3.2 Gepercipieerd gebruiksgemak

Onderzoeksvraag 1b gaat over het gepercipieerd gebruiksgemak van de informatiemodule. Dit gaat over de mate waarin de huisartsen van mening zijn dat het webinar toegankelijk en het naslagwerk gemakkelijk in gebruik is.

Algemeen hebben de huisartsen de informatiemodule als zeer lijvig ervaren. Het is veel informatie op twee uur tijd. Dit zorgde ervoor dat de aandacht al verslapt was op het moment van de pauze. Hierdoor drong bij vele huisartsen de informatie uit deel 2 en 3 niet meer goed binnen. Dit terwijl voor hen deze twee delen het minst gekend en daardoor het meest interessant zijn.

"Het was een vrij lang webinar. Middenin mijn werkdag. Waardoor na verloop van tijd, allee tegen het einde, in alle eerlijkheid het stukje van de arbeidsgeneesheer was mijn aandacht .. vele beperkter dan in het begin. Eigenlijk is dat wel heel interessant maar ik was er met mijn gedachten niet meer goed bij. Wat ik ergens wel jammer vind want dat heb ik niet zo goed meegekregen." (Interview 1)

Een voorstel vanuit de huisartsen ter verbetering, is om de tekst op de slides beknopter te maken en met opsommingspunten te werken. Daarnaast zou men de informatiemodule opsplitsen in twee delen; namelijk deel 1 op een eerste moment en deel 2 en 3 op een tweede moment, zodat hierop dieper kan ingegaan worden.

"Dat je zegt van 'het eerste deel en dan meer de info rond stress en wat kunnen we doen, hoe plannen we onze consultatie en wat zijn onze hulpbronnen?' en dan het tweede deel op

een ander moment: meer de arbeidsarts en de ziekenfondsen. Dat je het meer opdeelt.”

(Interview 4)

De online vorm van het webinar inclusief de opname, zorgt voor meer flexibiliteit voor de huisartsen. Het naslagwerk maakt het mogelijk om achteraf de informatie terug op te zoeken. De huisartsen ervaren dit als positief. Enkele voorstellen om het gebruiksgemak nog meer te verhogen, is om het webinar te vervangen door een e-learning. Een online module omvat zowel ingesproken video's met uitleg, als voorbeelden waarbij ze vragen beantwoorden. Verder stellen de huisartsen voor om een korte en een lange versie van het naslagwerk beschikbaar te stellen. In de lange versie wordt alle informatie behouden, in de korte versie worden de belangrijkste punten toegelicht. Ten slotte kunnen de praktische handvaten, zoals de gespreksfiches, in een pdf-bestand beschikbaar worden gesteld, zodat deze gemakkelijk te downloaden zijn.

“Moest dit een e-learning geweest zijn, dan ging ik dat ook zeker niet slecht gevonden hebben.” (Interview 6)

“Dat waren alleszins zo van die modules die je kon volgen en dan kreeg je daar achteraf nog vraagjes over. Handiger dan nu een hele PowerPoint van toch wel wat slides denk ik. Dat het soms toch wel moeilijk is om iets terug te vinden van wat je eigenlijk wel graag wilt terugvinden.” (Interview 1)

“Op zich is dat wel interessant dat iemand dat uitlegt. Want gewoon een PowerPoint met slides daar haal je toch ook weer niet hetzelfde uit als wanneer iemand het vertelt.” (Interview 1)

3.3 Attitudes

Onderzoeksvraag 1c gaat over de attitudes van de huisartsen ten aanzien van de informatiemodule en het thema “stress en werk”. Dit gaat over in welke mate de huisartsen positieve of negatieve gedachten en gevoelens hebben tegenover de informatiemodule en het onderwerp “stress en werk”.

Om de attitude ten aanzien van het thema te bevragen, werd de vraag gesteld welke gedachten en gevoelens er bij de huisartsen opkomen als ze denken aan het thema “stress en werk”. Uit de antwoorden kwam naar voren dat dit voor de huisartsen een veelvoorkomende en complexe problematiek is. Hierbij komen frustraties naar boven veroorzaakt door een gebrek aan kennis en door onmacht omdat de situatie op het werk niet verandert. Daarnaast kan het een

traject worden van lange duur. Deze negatievere attitudes zijn een motivatie om de informatiemodule te volgen en de informatie toe te passen.

“In alle eerlijkheid: frustratie. Enerzijds die frustratie van niet altijd goed te weten ‘oké hoe kan ik die persoon nu het best helpen?’. Heel vaak in het begin, begin je dan wel met ‘oké we gaan je twee weken op time-out zetten’ om het nu zo kort te zeggen. Maar dan weet je eigenlijk ‘oké nu ben ik vertrokken voor een hele periode om deze patiënt ook op te volgen’.” (Interview 1)

“Dat vraagt ook veel energie van mij. Net ook omdat ik daar zowat een duidelijk kader in mis. Dus en dat is denk ik ook de reden waarom ik hieraan heb deelgenomen omdat ik daar actief naar op zoek wil gaan om die consultaties voor mij minder ook energie-vragend te maken en meer daar een structuur voor mezelf in te brengen.” (Interview 1)

“Soms heb ik wel een beetje frustratie als je merkt dat het niet enkel bij de patiënt zelf ligt. Of dat je enkel hun deel van het verhaal kent waardoor ze kunnen zeggen hoe ze het willen, hoe dat de werkelijke situatie was is een ander verhaal. Maar soms hoor je wel dingen dat je zegt van ‘pff dat is ambetant, dat is lastig’. En denk je van ‘oké we kunnen nu heel veel werken op jou maar het werk blijft daar nog altijd hetzelfde’.” (Interview 6)

3.4 Intentie tot en/of het werkelijke gebruik

De eerste onderzoeksvraag gaat over welke invloed TAM-variabelen hebben op de intentie tot en/of het werkelijke gebruik. De intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatie uit de informatiemodule is het uiteindelijk beoogde resultaat. Dit gedrag wordt beïnvloed door de drie TAM-variabelen, zoals voorgaand besproken. Naast deze drie variabelen, werden de huisartsen bevraagd over hun intentie tot en/of het werkelijke gebruik. Dit gaat over in welke mate de huisartsen de informatie uit de module willen gebruiken en/of werkelijk gebruiken en op welke manier.

Uit de interviews kwam naar voren dat de informatiemodule de huisartsen heeft aangezet om meer aandacht te hebben voor het thema “stress en werk”. Enkele artsen proberen om tijdens de consultaties de werksituatie meer te bevragen. Hierbij gebruikt men de praktische handvaten zoals de gespreksfiches als kader om het gesprek aan te knopen of de modellen zoals het tolerantievenster om zaken uit te leggen aan de patiënt. Daarnaast beschikken de huisartsen over meer informatie om contact op te nemen met de arbeidsarts of adviserend arts en zet dit hen aan tot meer samenwerking met deze actoren.

“Die tip van ‘bevraag al eens het werk tijdens uw consultatie’. Dat is echt iets dat ik sedert het webinar regelmatig probeer te doen. Tijdens een bloedname van ‘ahja wat doe je van werk?’ en dan hoor je eigenlijk al heel snel of dat positief is. Begint die daar automatisch over te vertellen? Of is het van ‘oh ja druk druk druk’. Dus ik probeer daar zo wel wat meer aandacht aan te besteden.” (Interview 1)

“Dat is wel misschien iemand om ook wel eens te kijken naar wie dat hij kan doorverwezen worden op het werk dan misschien. Of dat er misschien toch ook eens bij die preventieadviseur of bij HR. Of misschien toch wat meer, zeker bij conflict op het werk, wat meer nadenken wat er intern op het werk van hulp is want dat zijn zo de dingen die je buiten het werk niet opgelost krijgt.” (Interview 5)

Wat verder bevorderend werkt om de informatie toe te passen, is efficiënte communicatie tussen de professionals. De huisartsen gaven aan dat het bereiken van een arbeidsarts of adviserend arts moeizaam verloopt. Hierdoor zijn ze enthousiast over het TRIO-platform. Voor sommigen was dit echter nog niet gekend en slechts één huisarts testte het al uit. Daarnaast hebben de huisartsen nood aan kennis over de manier waarop en waarover men kan communiceren. Deze verwachting werd deels ingevuld door de informatiemodule, maar men mist nog informatie over de meerwaarde van samenwerking en concrete richtlijnen. Bijvoorbeeld wanneer ze voor welk onderwerp contact kunnen opnemen met welke professional en welk mandaat iedere actor heeft binnen het werkveld. Daarnaast verwachten de huisartsen een wederzijdse samenwerking, waarbij ook zij terugkoppeling ontvangen vanuit de andere artsen.

“Toen ik dat van dat TRIO platform hoorde via jullie dingen, had ik zoiets van ‘dat is hem’. Ik vind dat een heel laagdrempelige en heel makkelijke manier om met hun in contact te komen. En dat je ze inderdaad ook gewoon stuurt van ‘kijk ik heb de Jos gezegd om contact of zou je Jos eens kunnen contacteren om te bespreken of dat er gekeken kan worden naar dat nieuwe computersysteem of zoiets.’ Dat je zo ze kort.. dat je ze eigenlijk een collega op afstand maar dan gemakkelijk een collega op afstand.” (Interview 3)

“Want ik geef een ander voorbeeld, als er een psychiater zegt van ‘ik ben psychiater, ik doe dit en dat en je kan mij contacteren via dit telefoonnummer’, dan heb je nog altijd niet gezegd waarom de huisarts jou kan en mag contacteren. Dus waarom zou je dan, die mens heeft ook veel werk en heeft het druk en is moeilijk beschikbaar en bereikbaar. (...) Maar zolang dat je niet duidelijk inziet van bij deze persoon is het misschien nuttig om de casus te bespreken met

de adviserend arts want dan gaan we samen verder geraken, als je dat niet uitgelegd krijgt duidelijk aan de hand van voorbeelden van wat de meerwaarde kan zijn, dan ga je ook niet direct een inspanning doen om iemand te contacteren.” (Interview 6)

“Ja als de arbeidsarts een re-integratieplan opstart, zouden wij daar toch op de hoogte van gebracht moeten worden en niet gewoon van de patiënt, want zo weet je niet ‘wat is er nu opgestart?’. Als ze zeggen ‘ik moet nu gaan babbelen met iemand’ jah...” (Interview 4)

Wat verhinderend werkt om de informatie toe te passen en werd door alle deelnemers aangehaald, is tijdsgebrek. Enerzijds hebben ze niet alle informatie kunnen verwerken tijdens het webinar en hebben ze weinig tijd om de informatie op zichzelf nog eens te herhalen. Anderzijds is er tijdsgebrek zowel tijdens de consultatie om een degelijk gesprek met de patiënt te voeren, als in samenwerking met andere professionals om te kunnen overleggen. Alle huisartsen gaven aan dat door tijdsgebrek overleg pas plaatsvindt wanneer men geen vooruitgang meer ziet in een casus. In de interviews kwam zelfs naar voren dat overleg met een arbeidsarts of adviserend arts zelden gebeurt. Als er overleg is, gebeurt dit meestal met de psycholoog of de loopbaancoach.

“Sowieso tijd, dat is onze stress op het werk dan. Dat je altijd een beetje tegen de tijd werkt en na twintig minuten staat de volgende al in de wachtzaal.” (Interview 5)

“Tijd. Het komt er allemaal bij he. (...) En een snellere communicatie. Want ik heb dikwijls dat ik bel naar de adviserend geneesheer en je hebt een secretariaat aan de lijn ‘ze is er niet, je zal moeten terugbellen’. Oké jah, dat moment moet je dan ook weer ergens in je agenda zetten. Ook dat is soms frustrerend.” (Interview 4)

3.5 Praktijkenmerken

De tweede onderzoeksvraag gaat over welke invloed praktijkenmerken hebben op de intentie en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule. Deze vraag omvat drie subvragen: de invloed van het soort praktijk, de invloed van multidisciplinair werken en de invloed van faciliterende omstandigheden op het gebruik van de informatiemodule.

Alle deelnemende huisartsen werken in een groepspraktijk. Bij vier deelnemers werken er intern in de praktijk enkel huisartsen. Bij twee huisartsen werken ook andere disciplines zoals een psycholoog en een verpleegkundige. Alle huisartsen werken extern samen met andere actoren zoals psychologen, kinesisten en loopbaancoaches. Samenwerking met andere

huisartsen of andere disciplines neemt meestal plaats in de vorm van een overleg wanneer er moeilijkheden zijn binnen een casus. Daarnaast werken de huisartsen vooral zeer zelfstandig.

“En dan gebeurt dat wel eens dat er zo wel wat een overleg moment is, maar het is zeker niet dat dat echt een concrete samenwerking is ofzo. Dat is meer echt casusgericht van ‘oh dat gaat precies niet goed vooruit’ of ja in kader van zo’n casus als rond stress bijvoorbeeld heb ik regelmatig eens met een psycholoog overlegd van ‘goh ik loop precies zowat vast, hoe is dat voor u?’ Dus die interactie is er wel maar dat is dus echt casusgericht eigenlijk.”

(Interview 1)

Hoewel men vooral zelfstandig werkt, hebben de huisartsen onderling binnen de praktijk een vrij gelijklopende visie op het thema “stress en werk”. De huisartsen schatten dan ook in dat hun collega’s de informatie over de andere actoren op het domein van werk evenmin kennen. Zoals voorgaand vernoemd, kwam in de interviews naar voren dat samenwerking met de arbeidsarts en adviserend arts minimaal is. De huisartsen gaven aan dat deze actoren moeilijk te bereiken zijn. Daarnaast ervaren ze ook een gebrek aan tijd om overleg in te plannen. Ze wensen meer samenwerking en zien het TRIO-platform als een goede oplossing om de bereikbaarheid van de verschillende professionals te verhogen en communicatie efficiënter te laten verlopen. Hoewel overleg met andere professionals niet structureel plaatsvindt, achten de huisartsen dit als zeer nuttig om kennis met elkaar te delen.

“Ik vrees dat de meeste samenwerking met de arbeidsarts is van ‘oké patiënt is lang genoeg ziek thuis, schrijf maar omwille van medische overmacht, moet het via daar medisch ontslag, moet het via daar na negen maanden ..’. Maar dat vind ik de meeste samenwerking eigenlijk, dat is geen samenwerking, dat is gewoon in de vorm van ‘ik mag het niet dus moet het via daar’. Dat is geen samenwerking.(...) Er is zeker nog werk aan de winkel. Ik denk dat als je ons nog meer, als de samenwerking beter gaat verlopen, dat je ook de ziekteverzuim kan inkorten.” (Interview 3)

“We proberen eens een mail te zenden of te bellen naar een arbeidsarts of adviserend arts, maar dat zijn eenhoorns he, als je veel geluk hebt ga je ooit één aan de telefoon krijgen. Dus als het ook nog eens moeilijk is om hen te contacteren, dan is het sop de bonen niet waard, dan begin je er niet aan. Je wil ook niet tien minuten op een wachttoon van de CM zitten. Het moet gemakkelijker gebeuren. En misschien dat dat TRIO-platform ook makkelijker is maar het zit nog niet in de vingers dus dat weet ik het nog niet.” (Interview 6)

3.6 Professionele kenmerken

De derde onderzoeksvraag gaat over de invloed van de professionele kenmerken van de huisarts op de intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule. Deze vraag omvat twee subvragen: de invloed van anciënniteit en de invloed van eerdere ervaringen met de problematiek op het gebruik van de informatiemodule.

Vier van de deelnemende huisartsen zijn minder dan drie jaar afgestudeerd. Twee van de deelnemende huisartsen hebben meer dan tien jaar ervaring. Hoewel er een verschil is in het aantal jaar ervaring, kwam uit de interviews naar voren dat er weinig verschil is tussen huisartsen met weinig of meer ervaring in de manier van omgang met de problematiek en in de kennis die men heeft over de actoren in het domein van werk. Zo gaven alle huisartsen aan dat ze in stappen te werk gaan, waarbij ze de patiënt eerst rust aanraden en daarna volgende stappen te ondernemen zoals doorverwijzing.

“Ik vind het wel belangrijk dat ze eerst een maand of twee of drie weken rust pakken want die mensen zijn vaak wel echt zo beetje over hun grens gegaan en als je dan direct zou zeggen ‘en nu gaan we zoeken naar oplossingen’ ja dat is meestal geen goeie manier. Maar ik vind dat wel belangrijk dus daarmee dat ik die ook wel vaak maandelijks toch wel wil terugzien om te zien ‘kunnen we al iets extra doen’.” (Interview 5)

Zoals bovenstaand vernoemd, hebben de artsen weinig kennis over de werking van andere actoren binnen het domein van werk en is er een minimale samenwerking met arbeidsarts en adviserend arts. De ervaring met complexe casussen binnen de problematiek van “stress en werk” en de moeizame samenwerking met andere actoren, motiveerden de huisartsen om deel te nemen aan dit pilootproject en maakt de informatie nuttig voor hen. Twee huisartsen gaven zelfs aan dat de informatiemodule een grote meerwaarde zou hebben binnen de verplichte lessen die een Huisarts-In-Opleiding (HAIO) moet volgen.

“Als je start als HAIO weet je allemaal nog niet zo goed hoe dat dat werkt die adviserend arts, die arbeidsarts, langdurige ongeschiktheid en al die soort zaken. Dan zou het misschien wel interessant zijn om die te kunnen geven in het curriculum van de huisartsen in opleiding. Dat lijkt mij nuttig. Ja, ik denk dat dat het nuttigste moment zou zijn eigenlijk.” (Interview 2)

“Dus alle HAIO’s die afstuderen, geef ze dat allemaal integraal. (...) Ze hebben toch verplichte lesdagen en ik ben er van overtuigd dat als je ze deze webinar ook geeft ze de les op zijn minst ook interessant vinden. (...) Ik was echt enthousiast over het webinar en ik had ook zoiets van ‘mijn HAIO’s moeten dit ook weten’.” (Interview 3)

4. Discussie

In deze masterproefstudie werden de percepties van huisartsen over de informatiemodule ‘Stress, Werk en Eerste lijn’ onderzocht. Dit werd gedaan op basis van het Technology Acceptance Model (TAM), dat stipuleert dat de variabelen gepercipieerde meerwaarde, gepercipieerd gebruiksgemak en attitudes invloed hebben op de intenties tot en/of het werkelijke gebruik van de informatiemodule. Daarnaast werd de invloed van twee externe kenmerken onderzocht, namelijk praktijkkenmerken en professionele kenmerken van de huisarts. In deze discussiesectie worden algemene conclusies getrokken en mogelijke verklaringen voor de resultaten gegeven.

Als eerste positieve vaststelling kwam uit de interviews naar voren dat de gepercipieerde meerwaarde van de informatiemodule hoog is. Dit kan verklaard worden door de minimale kennis over de werking van de arbeidsarts en adviserend arts, zoals aangegeven door de huisartsen. Een eerste aanbeveling ter verbetering van de informatiemodule op basis van de geanalyseerde data, is om te focussen op deel 2 en 3. De huisartsen verkiezen een korter eerste deel, zodat deel 2 en 3 meer uitgebreid besproken kunnen worden. Hierbij is het aangeraden om details over processen, zoals de uitgebreide uitleg bij elke stap in de chronologie van arbeidsongeschiktheid, in te korten en te ondersteunen met praktisch gerichte voorbeelden. Met als doel om meer te focussen op de informatie waar de huisartsen actief mee aan de slag kunnen. Een voorbeeld bij deze aanbeveling is om een casus te bespreken van een patiënt met een bepaald ziektebeeld. In deze casus wordt toegelicht welke stappen er mogelijk zijn en welke actoren betrokken worden. Een tweede aanbeveling is om meer informatie te voorzien over de mogelijkheden om zelfstandigen te ondersteunen. Gezien het stijgend aantal personen in invaliditeit binnen de groep zelfstandigen, gaven de huisartsen aan extra concrete richtlijnen nodig te hebben om deze doelgroep de juiste hulp te bieden. Enkele andere belangrijke aanpassingen: de tekst op de slides beknopter weergeven (eventueel in een opsomming), meer informatie over alle professionals in het veld zoals loopbaancoaches en meer praktijkgerichte voorbeelden linken aan de informatie.

Daarnaast is het voor de huisartsen belangrijk om concreter te tonen hoe samenwerking met andere professionals eruit kan zien en een demonstratie te geven van het TRIO-platform. Als voorbeeld kan een casus uitgewerkt worden waarbij er wordt doorverwezen naar de arbeidsarts en een casus waarbij er wordt doorverwezen naar de PAPS. Aan de hand van de casussen wordt het verschil tussen beide actoren duidelijk. Zo weet de huisarts wie men kan contacteren en welke informatie er kan/mag gedeeld worden in functie van de nood van de

patiënt. Door tijdsgebrek is het noodzakelijk dat samenwerking en overleg met andere professionals efficiënt gebeurt. Een derde aanbeveling is om niet enkel huisartsen en eerstelijnspsychologen mee te nemen in dit verhaal, maar ook andere actoren zoals arbeidsartsen en adviserend artsen in het volledige project te engageren. De huisartsen gaven aan dat de samenwerking tot nu toe minimaal is en arbeidsartsen en adviserend artsen moeilijk bereikbaar zijn. Voor de huisartsen heeft overleg met collega's, zoals andere huisartsen in de praktijk of de psycholoog, een grote meerwaarde. Volgens enkele huisartsen zal samenwerking enkel succesvol verlopen als er aan beide kanten inspanningen geleverd worden. Onderzoek van Barr et al. (2017) toont aan dat communicatie via technologie tussen professionals versterkt kan worden. Dit kan door het opbouwen van relaties tussen de actoren, duidelijke rollen en processen te formuleren en ervoor te zorgen dat iedereen bewust wordt gemaakt van elkaars sterktes. Deze actoren worden uitgenodigd op de multidisciplinaire intervisies (cf. supra). Tijdens het webinar kunnen ze een eerste keer contact maken en vanaf de start een collectieve betrokkenheid opbouwen. Daarnaast is het voor de arbeidsartsen en adviserend artsen duidelijk welke informatie de huisartsen hebben gekregen. Het doel is om vanaf de start van het project een collectieve betrokkenheid te creëren waarbij alle actoren elkaar probleemloos kunnen contacteren en efficiënt kunnen samenwerken.

De informatiemodule kreeg van de huisartsen eerder een lage beoordeling op gebruiksgemak. Positieve aspecten zijn de online vorm van het webinar en de mogelijkheid om de opname achteraf te herbekijken. Dit zorgt voor meer flexibiliteit binnen de drukke agenda van de huisarts. Het naslagwerk maakt het mogelijk voor de huisartsen om zaken opnieuw op te zoeken. Volgende aspecten werden als negatief ervaren. Het webinar omvat te veel informatie om dit op een voldoende manier te verwerken. De huisartsen missen praktische en herkenbare voorbeelden om de informatie gemakkelijk te implementeren in hun eigen dagelijkse werking. Hierbij twee aanbevelingen om het gebruiksgemak te verhogen. Ten eerste kan het vervangen van het webinar door een e-learning enkele voordelen bieden. In deze online module kunnen ingesproken video's met informatie, voorbeelden en testvragen opgenomen worden. Op die manier wordt de hoeveelheid informatie meer verspreid, wat de verwerking van de informatie bevordert. Deze vorm is ook niet tijds- of plaatsgebonden, wat de flexibiliteit en de participatiegraad nog meer kan verhogen. Ten tweede kunnen naast het naslagwerk, de praktische handvaten zoals het tolerantievenster en de gespreksfiches, in een pdf-vorm aangeboden worden, zodat dit makkelijk te downloaden is.

De twee eerder genoemde variabelen, gepercipieerde meerwaarde en gepercipieerd gebruiksgemak, worden beïnvloed door externe kenmerken. Als eerste worden de praktijkkenmerken met drie subvragen besproken. Alle deelnemende huisartsen werken in een groepspraktijk, waarbij ze inschatten dat collega-huisartsen een deel van de informatie uit de informatiemodule, zoals de informatie over de arbeidsarts en adviserend arts, evenmin kennen. Hierdoor wordt de perceptie van meerwaarde van de informatie vergroot en zet dit aan tot kennisdeling tussen collega's. Daarnaast kwam uit de interviews naar voren dat de huisartsen meer multidisciplinaire samenwerking wensen en dat de informatiemodule grotendeels aansluit bij deze wens. De informatie over hoe men een arbeidsarts of adviserend arts kan contacteren en het TRIO-platform, zijn belangrijke hulpmiddelen om de mate van multidisciplinair werken te verhogen. Hierbij is het ook belangrijk dat de omstandigheden het gebruik faciliteren. Alle deelnemende huisartsen gaven aan dat tijdsgebrek het werkelijke gebruik van de informatie verhindert.

Ten tweede werden de professionele kenmerken van de huisarts met twee subvragen bevestigd. Vier huisartsen hebben weinig ervaring, twee huisartsen hebben meer dan tien jaar ervaring. Tussen deze twee groepen is er echter weinig verschil in gepercipieerde meerwaarde en intentie tot gebruik. Twee huisartsen riepen op om deze informatiemodule deel te maken van het opleidingspakket voor de Huisarts-In-Opleiding. De motieven van de huisartsen om aan dit project deel te nemen waren: de complexiteit van de problematiek, een tekort aan kennis om ermee om te gaan en de frustraties die ermee gepaard gaan. Deze motivatie vergroot de intentie tot en/of het werkelijke gebruik van de informatie.

Het uiteindelijke doel van het webinar is om aan de huisartsen informatie te verstrekken die ze kunnen toepassen in hun praktijk. Enerzijds is er bewustwording gecreëerd om meer aandacht te besteden aan het thema "stress en werk". Vooral de praktische handvaten zoals de gespreksfiche helpen de huisartsen als leidraad om een gesprek met de patiënt aan te knopen. De informatie over de werking van de verschillende professionals en de manier waarop men met elkaar in contact kan komen, verhoogt de intentie om meer samen te werken. Ondanks dit zijn er nog enkele hindernissen die het werkelijke gebruik in de weg staan. Door de grote hoeveelheid informatie, hebben de huisartsen niet alles even goed kunnen verwerken. Tijdsgebrek zorgde ervoor dat men op het moment van het interview, de informatie nog niet op zichzelf had verwerkt. Om de transfer van de informatie naar de praktijk te vergroten en de informatie vlotter te kunnen verwerken, opteren de huisartsen om meer praktische voorbeelden

toe te voegen. Daarnaast speelt tijdsgebrek ook een rol tijdens een consultatie of bij samenwerking met andere professionals.

4.1 Limieten en verder onderzoek

Een eerste limiet binnen deze masterproefstudie is het lage aantal participanten. Ondanks de inspanningen vanuit zowel de onderzoeker als vanuit de masterproefbegeleiders, stemden slechts zes van de veertig aangeschreven huisartsen in voor een interview. Dit is een responsgraad van 15%. Zoals bovenstaand vernoemd, kan een reden voor het lage aantal deelnemers te wijten zijn aan tijdsgebrek bij de huisartsen. Daarnaast was de periode van het webinar en de interviews (oktober-december) extra druk door de vaccinatieperiode. Deze beperkte steekproefgrootte leidt tot een lage overdraagbaarheid, zoals beschreven in de paragraaf ‘kwaliteitscontrole en betrouwbaarheid’. Hierdoor kunnen er geen conclusies gemaakt worden die gelden voor alle huisartsen in Vlaanderen. Verder onderzoek is nodig om te zien hoe generaliseerbaar de resultaten zijn bij de niet-deelnemende huisartsen en bij huisartsen met een hoger aantal jaren ervaring. Dit kan eventueel via een vragenlijst onderzocht worden na uitrol van de informatiemodule in geheel Vlaanderen.

Een tweede limiet is dat de onderzoeker niet vertrouwd is met het beroep van de huisarts, omdat die dit beroep niet uitoefent. Om toch een zo goed mogelijk beeld te krijgen, las de onderzoeker zich in het thema en werden er tijdens het interview enkele kennismakingsvragen gesteld waarin werd gepolst naar de ervaringen en werkwijze van de huisarts. Dit gaf de onderzoeker een voldoende inzicht en begrip over de context van het onderzoek.

Een derde limiet is dat de interviews werden afgenomen tussen drie en negen weken na het webinar. Dit gaf niet alle huisartsen de kans om de informatie reeds toe te passen. Daarnaast was het in deze masterproefstudie niet mogelijk om blijvende effecten van de informatiemodule te onderzoeken. Bovendien zorgen de multidisciplinaire intervisies (cf. supra) voor een verdere verwerking van de informatie en voor extra gedragsveranderingen. Vervolgonderzoek is nodig om de effecten van het gebruik van de informatiemodule op middellange en lange termijn te bestuderen. Daarnaast kunnen de andere twee tools geëvalueerd worden en kan er een eindevaluatie plaatsvinden van het totale pilootproject, waarbij er kan onderzocht worden op welke manier de aparte tools elkaar beïnvloeden. Dit kan eventueel op een kwantitatieve manier via een vragenlijst.

Daarnaast kan het interessant zijn om te onderzoeken hoe de verschillende professionals het TRIO-platform gebruiken of zouden willen gebruiken. Hierbij kan onderzocht worden

waarom ze het platform wel of niet gebruiken, welke informatie er wordt gedeeld met welk doel en welke extra hulpmiddelen nodig zijn om het gebruik te faciliteren. Een hulpmiddel die in deze masterproefstudie meermaals aan bod kwam, is tijd. Verder onderzoek kan nagaan hoe de huisartsen met het tijdsgebrek kunnen omgaan. Dit kan eventueel leiden tot meer gebruik van de informatie en meer samenwerking met andere professionals.

5. Conclusie

In deze masterproefstudie werden aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews zes huisartsen bevraagd over hun percepties over de informatiemodule binnen het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste lijn’. In deze interviews werd aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad vragen gesteld op basis van het Technology Acceptance Model. Hierbij werd de gepercipieerde meerwaarde, het gepercipieerd gebruiksgemak, de attitudes en de intentie tot en/of het werkelijke gebruik bevraagd. Na het verbatim uittypen van de interviews, werden de interviews thematisch geanalyseerd op een deductief-inductieve manier. Hierbij werden interpretaties gemaakt die zo dicht mogelijk bij de data bleven, maar werd er ook gesteund op de onderzoeksvragen.

De gepercipieerde meerwaarde van de informatie is hoog. Vooral de informatie over de werking van de arbeidsarts en de adviserend arts wordt als nuttig gezien. De meerwaarde kan nog verder verhoogd worden door toevoeging van praktische voorbeelden en nog ontbrekende onderwerpen zoals voorgaand beschreven. Het gepercipieerde gebruiksgemak is eerder laag doordat de grote hoeveelheid informatie. Dit aspect kan verhoogd worden door de informatie beknopter weer te geven en hieraan herkenbare en praktische voorbeelden te koppelen. Ook de multidisciplinaire intervisies die in deze masterproefstudie niet geëvalueerd werden, kunnen hier (gedeeltelijk) aan tegemoet komen. De attitudes ten aanzien van het thema zijn eerder negatief. De huisartsen ervaren frustraties en machteloosheid bij casussen rond “stress en werk”. Dit vormde een motivator voor het volgen van dit webinar. De intentie tot en/of het werkelijke gebruik is het einddoel van deze informatiemodule binnen het pilootproject ‘Stress, Werk en Eerste lijn’. Enerzijds passen de huisartsen de informatie al toe of hebben ze hiertoe de intentie. Anderzijds worden ze hierin nog belemmerd door de grote hoeveelheid informatie, de complexiteit van het thema en tijdsgebrek. Tot slot kan er geconcludeerd worden dat, mits enige aanpassingen aan de vorm en hoeveelheid informatie, de informatiemodule een meerwaarde kan vormen in de dagelijkse praktijk van de huisarts en in de opleiding van de Huisarts-In-Opleiding.

6. Verklaring omtrent gebruik GAI

Binnen deze masterproefstudie werd geen gebruik gemaakt van generatieve artificiële intelligentie.

Literatuurlijst

- Agorastos, A., & Chrousos, G. P. (2022). The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 502-513. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01224-9>
- Akhila, F., & Samuel, A. J. (2025). Semi-structured interview guide development and validation to explore parental experiences and expectations from physiotherapy for children with down syndrome. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 38(2). <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1111/jar.70030>
- Al-Rayes, S. A., Alumran, A., & AlFayez, W., (2019). The adoption of the electronic health record by physicians. *Methods of Information Medicine*, 58(2-3), 63-70. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695006>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands-resources theory: ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Barr, N., Vania, D., Randall, G., & Mulvale, G. (2017). Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management. *Journal of health services research & policy*, 22(4), 250-257. <https://www.jstor.org/stable/26746998>
- Bathran, C., & Samuel A. J. (2024). A phenomenological qualitative study protocol and semi-structured interview guide development to identify perceptions, experiences, facilitators and inhibitors in patients with knee osteoarthritis undergoing rehabilitation in a low- and middle-income country. *Musculoskeletal care*, 22(4). <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1002/msc.70001>
- Bertolaccini, L., Mohamed, S., Bardoni, C., Lo Iacono, G., Mazzella, A., Guarize, J., & Spaggiari, L. (2022). The interdisciplinary management of lung cancer in the European community. *Journal of Clinical Medicine*, 11(15). <https://doi.org/10.3390/jcm11154326>
- Biancone, P., Secinaro, S., Marseglia, R., & Calandra, D. (2023). E-health for the future. Managerial perspectives using a multiple case study approach. *Technovation*, 120. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2021.102406>

- Bourdeaud'hui, R., Lamberts, M., Notebaert, S., Vanderhaeghe, S. (2023). *Hoe werkbaar is je job? Werkbaarheidsmeting werknemers 2023*. Rapport van de Sociaal-economische raad van Vlaanderen/stichting innovatie & arbeid. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_DB_20231004_WBM2023_Werknemers_RAP_StIA.pdf
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruffaerts, R., & Jansen, L. (2022). *Evaluatie van de eerstelijns psychologie: EPCAP-studie*. Koninklijke Universiteit Leuven. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_epcap Onderzoeksprotocol_20221003.pdf
- Crescenzi, A., Capra, R., & Arguello, J. (2014). Time pressure, user satisfaction and task difficulty. *Proceedings of the American Society for Information Science and Technology*, 50(1), 1-4. <https://doi.org/10.1002/meet.14505001121>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340. <https://www.jstor.org/stable/249008>
- de Krijger, E., ten Klooster, P. M., Geuze, E., Kelders, S. M., & Bohlmeijer, E. T. (2025). Work-stressors and depression and anxiety: a longitudinal study of the moderating role of self-compassion. *Stress and Health*, 41(1). <https://doi.org/10.1002/smi.70006>
- Delhomme, P., & Gheorghiu, A. (2021). Perceived stress, mental health, organizational factors, and self-reported risky driving behaviors among truck drivers circulating in France. *Journal of Safety Research*, 79, 341-351. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2021.10.001>
- Elmghaamez, I. K. (2023) The causes and effects of IFRS adoption speed: diffusion of innovation theory perspective. *International Journal of Managerial and Financial Accounting*, 15(2), 135-184. <https://doi.org/10.1504/IJMFA.2023.129862>
- European agency for safety and health at work. (z. d.). *Psychosocial risks and mental health at work*. Geraadpleegd op 20 februari 2025, van <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-mental-health>
- Ezekekwa, E., Johnson, C., Karimi, S., Lorenz, D., & Antimisiaris, D. (2025). A longitudinal analysis of long working hours and the onset of psychological distress. *Journal of*

Occupational and Environmental Medicine, 67(1), 11-18.
DOI:10.1097/JOM.00000000000003231

Falzone, L., Scandurra, G., Lombardo, V., Gattuso, G., Lavoro, A., Distefano, A. B., Scibilia, G., & Scollo, P. (2021). A multidisciplinary approach remains the best strategy to improve and strengthen the management of ovarian cancer (review). *International Journal of Oncology*, 59(1), <https://doi.org/10.3892/ijo.2021.5233>

Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. (2019). *Onderzoek over burn-out in de Belgische bevolking*. Geraadpleegd op 6 maart 2025, van <https://werk.belgie.be/nl/over-de-fod/dienstverlening/onderzoeksprojecten/2019-onderzoek-over-burn-out-de-belgische-bevolking>

Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. *Welzijn op het werk*. Geraadpleegd op 17 maart 2025, van <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk?id=556#AutoAnchor0>.

Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. (z. d.). *Actiemiddelen voor de werknemers*. Belgisch kenniscentrum over welzijn op het werk. Geraadpleegd op 25 maart 2025, van <https://beswic.be/nl/themas/psychosociale-risicos-psr/actiemiddelen-voor-de-werkgever>

Federaal agentschap voor beroepsrisico's. (z. d.). *Programma voor preventie van burn-out*. Geraadpleegd op 14 mei 2025, van <https://www.fedris.be/nl/programma-burn-out.html>

Federaal agentschap voor beroepsrisico's. (z. d.). *Pilootproject burn-out: Samenvatting van de resultaten*. https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/NL/Medische_documentatie_BZ/Burn_out/pilootproject_burn-out_-_samenvatting_van_de_resultaten_-_secured.pdf

Fontanay, S., & Tojerow, I. (2025). Is supported employment effective for disability insurance recipients with mental health conditions? Evidence from a randomized experiment in Belgium. *Journal of Health Economics*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102958>

Gagnon, M. P., Pluye, P., Desmartis, M., Pagliari, C., Labrecque, M., Frémont, P., Gagnon, J., Njoya, M., & Légaré, F. (2010). A systematic review of interventions promoting clinical information retrieval technology (CIRT) adoption by healthcare professionals. *International Journal of Medical Informatics*, 79(10), 669-680. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.07.004>

- Gagnon, M. P., Simonyan, D., Ghandour, E. K., Godin, G., Labrecque, M., Ouimet, M., & Rousseau, M. (2016). Factors influencing electronic health record adoption by physicians: a multilevel analysis. *International Journal of Information Management*, 36(3), 258-270. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2015.12.002>
- Ge, M. W., Hu, F. H., Jia, Y. J., Tang, W., Zhang, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5864. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>
- Gémes, K., Pettersson, E., Andoff, S. S., Farrants, K., Friberg, E., & Alexanderson, K. (2024). Sickness absence and disability pension trajectories among individuals on sickness absence due to stress-related disorders. Two prospective population-based cohorts with 13-month follow-up. *Plos One*, 19(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315706>
- Gezond België. (z. d.). *Geneesmiddelen*. Geraadpleegd op 20 maart 2025, van <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/geneesmiddelen>
- Gezond België. (2024). *Angst en depressie*. Geraadpleegd op 6 maart 2025, van <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie>
- Griffiths, A. (1998). Work-related illness in Great Britain. *Work and Stress*, 12(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/02678379808256844>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74, 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Heinke, M. Y., & Vinod, S. K. (2020). A review on the impact of lung cancer multidisciplinary care on patient outcomes. *Translational Lung Cancer Research*, 9(4), 1639-1653. <http://dx.doi.org/10.21037/tlcr.2019>
- Huff, J. L., & Brooks, A. L. (2024) The interview quality reflection tool (IQRT): honing the craft of experiential interviews. *International journal of qualitative methods*, 23. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1177/16094069241300989>

- Jacobs, E. P., & Mkhize, S. W. (2021). Multidisciplinary team members' perceptions regarding advanced psychiatric nurses' attitudes on mental healthcare. *Health SA Gesondheid*, 26. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1646>
- Jansen, L., Glowacz, F., Kinard, A., Bruffaerts, R. (2023). *EPCAP-studie: wetenschappelijke evaluatie en aanbevelingen tot een duurzame integratie in de Belgische gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Geraadpleegd op 26 maart 2025, van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/eindverslag_studie_eerstelijnspsychologische_zorg_rapport_final_psychologie_premiere_ligne.pdf
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1111/jan.13031>
- Khan, M. M. A., & Khan, M. N. (2020). Effects of psychosocial and socio-environmental factors on anxiety disorder among adolescents in Bangladesh. *Brain and Behavior*, 10(12). <https://doi.org/10.1002/brb3.1899>
- Khashan, M. A., Alasker, T. H., Ghonim, M. A., & Elsotouhy, M. M. (2025). Understanding physicians' adoption intentions to use electronic health record (HER) systems in developing countries: an extended TRAM approach. *Marketing Intelligence & Planning*, 43(1), 1-27. <https://doi.org/10.1108/MIP-05-2023-0225>
- Kim, B. J., & Lee, D. G. (2025). Self-efficacy in using artificial intelligence as a shield: mitigating the detrimental effects of organizationally prescribed perfectionism on employee stress and anxiety. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-07234-4>
- Kumbu, R. K., Matondo, H., Labat, A., Kianu, B., Godin, I., Kiyombo, G., & Coppieters, Y. (2023). Job stress, a source of hypertension among workers in Sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17248-5>
- Kutebayev, T., Rakhimov, A., & Utaliyeva, Z. (2023). Professional and gender differences in job stress: a comparison of economics, finance and accounting professionals. *Journal of*

Occupational and Environmental Medicine, 65(10), 648-653. Doi: 10.1097/JOM.0000000000002932

Laukka, E., Hammaren, M., Pölkki, T., & Kanste, O. (2023). Hospital nurse leaders' experiences with digital technologies: a qualitative descriptive study. *Journal of advanced nursing*, 79(1), 297-308. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1111/jan.15481>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Lee, J. S., Joo, E. J., & Choi, K. S. (2013). Perceived stress and self-esteem mediate the effects of work-related stress on depression. *Stress and Health*, 29(1), 75-81. <https://doi.org/10.1002/smi.2428>

Lim. W. M. (2025). What is qualitative research? An overview and guidelines. *Australasian marketing journal*, 33(2), 199-229. <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>

Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Hanson, L. L. M., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Chastang, J. F., de Graaf, R., Dragano, N., Hamer, M., Jokela, M., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Koskinen, A., Leineweber, C., Niedhammer, I., Nielsen, M. L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., Pentti, J., Plaisier, I., Salo, P., Singh-Manoux, A., Suominen, S., ten Have, M., Theorell, T., Toppinen-Tanner, S., Vahtera, J., Väänänen, A., Westerholm, P. J. M., Westerlund, H., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Virtanen, M., Rugulies, R., & Kivimäki, M. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 47(8), 1342-1356. <https://doi.org/10.1017/S003329171600355X>

Ma, X. X. (2023). Impact of long working hours on mental health: evidence from China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021641>

Margheritti, S., Corthésy-Blondin, L., Masse, S. V., & Negrini, A. (2026). Work-related psychosocial risk and protective factors influencing workplace sickness absence: a systematic literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 36(1), 1-22. <https://doi-org.libugent.idm.oclc.org/10.1007/s10926-024-10265-0>

- McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical teacher*, 41(9), 1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>
- Menant, L., Gilibert, D., & Sauvezon, C. (2021). The application of acceptance models to human resource information systems: a literature review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659421>
- Nasirpour, N., Shalbafan, M., Savari, E., Pirani, A., Baradaran, H. R., & Motevalian, A. (2024). Effort-reward imbalance and common mental disorders among public sector employees of Iran: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18871-6>
- Pak, K., Wang, M., Kooij, D. T. A. M., De Langhe, A. H., & Van Veldhoven, M. J. P. M. (2022). Disruptiveness of private life events and work ability: The interaction effects of on-the-job training and supervisor support climate. *International Journal of Stress Management*, 29(2), 171-181. <https://doi.org/10.1037/str0000244>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2024). *Protocol: pilootproject stress, werk en eerste lijn* [ongepubliceerd manuscript].
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z. d.). *Terug naar werk-barometer over werknemers: participatiegraad, instroom en uitstroom arbeidsongeschiktheid*. Statistieken. Geraadpleegd op 21 april 2026, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/terug-naar-werk-barometer-over-werknemers/participatiegraad-instroom-en-uitstroom-arbeidsongeschiktheid>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z.d.) *Arbeidsongeschiktheid in 2023: Hoeveel mensen in invaliditeit door depressie of burn-out? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?* Geraadpleegd op 21 april 2026, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z.d.) *Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: veel gestelde vragen – FAQ*. Geraadpleegd op 20 maart 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/arbeidsongeschiktheid/werknemers-en-werklozen/veel-gestelde-vragen-faq>

- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z. d.). *De dienst voor uitkeringen*. Geraadpleegd op 20 maart 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structuur-van-onze-diensten/de-dienst-voor-uitkeringen>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z. d.). *Eerstelijns psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheid*. Geraadpleegd op 25 maart 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2017). *IPS (Individual Placement and Support): een pilootproject van re-integratie aangepast aan werknemers arbeidsongeschikt wegens geestelijke gezondheidsproblemen*. Jaarverslag 2017. Geraadpleegd op 26 maart 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/jaarverslag-2017/thema-s/ips-individual-placement-and-support-een-pilootproject-van-re-integratie-aangepast-aan-werknemers-arbeidsongeschikt-wegens-geestelijke-gezondheidsproblemen>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (2015). De visie van huisartsen over de relatie tussen werk en psychische klachten: samenvatting onderzoeksresultaten. Geraadpleegd op 26 maart 2025, van https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_1_rapport_2014_2015_lucas.pdf
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (z. d.). *Aangifte en erkenning van uw arbeidsongeschiktheid als zelfstandige*. Geraadpleegd op 1 mei 2025, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/arbeidsongeschiktheid/zelfstandigen/aangifte-en-erkenning>
- Rugulies, R., Aust, B., Greiner, B. A., Arensman, E., Kawakami, N., LaMontagne, A. D., & Madsen, I. E. H. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *Lancet*, 402(10410), 1368-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00869-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00869-3)
- Santos, R., S., & Pereira, S., D. (2023). For telework, please dial 7-qualitative study on the impacts of telework on the well-being of contact center employees during the covid19 pandemic in Portugal. *Administrative Sciences*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/admsci13090207>

- Santos, W. J., Graham, I. D., Lalonde, M., Varin, M. D., & Squires, J. E. (2022). The effectiveness of champions in implementing innovations in health care: a systematic review. *Implementation Science Communications*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00315-0>
- Schnettler, B., Concha-Salgado, A., Orellana, L., Saracostti, M., Beroiza, K., Poblete, H., Lobos, G., Adasme-Berrios, C., Lapo, M., Riquelme-Segura, L., Sepúlveda, J. A., Reutter, K., & Thomas, E. (2025). Workload, job, and family satisfaction in dual-earning parents with adolescents: the mediating role of work-to-family conflict. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1529092>
- Schreibauer, E. C., Hippler, M., Burgess, S., Rieger, M. A., & Rind, E. (2020). Work-related psychosocial stress in small and medium-sized enterprises: an integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph17207446>
- Sciensano. (2024). *Angst en depressie: Health Status Report*. Geestelijke gezondheid. Geraadpleegd op 6 maart 2025, van <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie>
- Sciensano. (2023). Belgische gezondheids- en welzijnscohort (BELHEALTH). (Rapportnummer 1). https://www.sciensano.be/sites/default/files/first_results_belhealth_-_nl_v92.pdf
- Sciensano. (2023). *Belgium covid-19 epidemiological situation: Mental health studies* [infographic]. Geraadpleegd op 19 maart 2025, van <https://lookerstudio.google.com/embed/u/0/reporting/7e11980c-3350-4ee3-8291-3065cc4e90c2/page/ykUGC>
- Securex. *Gezondheid en veiligheid op het werk (welzijn)*. Sociale inspectie en federaal sociaal strafrecht. Geraadpleegd op 17 maart 2025, van [https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/themas/sociale-inspectie-en-sancties/sociale-inspectie-en-federaal-sociaal-strafrecht/gezondheid-en-veiligheid-op-het-werk-\(welzijn\)](https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/themas/sociale-inspectie-en-sancties/sociale-inspectie-en-federaal-sociaal-strafrecht/gezondheid-en-veiligheid-op-het-werk-(welzijn)).

- Somville, F., Van Bogaert, P., Wellens, B., De Cauwer, H., & Franck, E. (2024). Work stress and burnout among emergency physicians: a systematic review of last 10 years of research. *Acta Clinica Belgica*, 79(1), 52-61. <https://doi.org/10.1080/17843286.2023.2273611>
- Sociale zekerheid. (z. d.) *Vergoedingen bij arbeidsongeschiktheid*. Geraadpleegd op 20 maart 2025, van <https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/arbeidsongeschiktheid-ongeval-en-beroepsziekte/vergoedingen-bij-arbeidsongeschiktheid#:~:text=Je%20ziekenfonds%20betaalt%20die%20uitkering%20en%20berekent%20ze%20volgens%20bepaalde,Er%20zijn%20minimumbedragen%20en%20maximumbedragen>.
- Travers, V. (2020). Burnout in orthopedic surgeons. *Orthopaedics & Traumatology-Surgery & Research*, 106(1), 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.04.029>
- Vantilborgh, T., De Winter, E., Desmette, D., Stinglhamber, F., Van den broeck, A., & Verbruggen, M. (2020). Working from home in times of covid-19: recommendations based on scientific literature. Covid-19: remote work recommendations. <https://osf.io/9nxqv>
- Verougstraete, D., & Idrissi, S. H. (2020). The impact of burn-out on emergency physicians and emergency medicine residents: a systematic review. *Acta Clinica Belgica*, 75(1), 57-79. <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1699690>
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. <https://doi.org/10.2307/30036540>
- Vlaanderen departement zorg. (z.d.). *Geestelijke gezondheidsbevordering*. Geraadpleegd op 19 maart 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/geestelijke-gezondheidsbevordering>
- Weiler, M. R., Lavender, S. A., Crawford, J. M., Reichelt, P. A., Conrad, K. M., & Browne, M. W. (2012). Identification of factors that affect the adoption of an ergonomic intervention among emergency medical service workers. *Taylor & Francis*, 55(11), 1362-1372. <https://doi.org/10.1080/00140139.2012.714474>
- Willis, V. C., Craig, K. J. T., Jabbarpour, Y., Scheufele, E. L., Arriaga, Y. E., Ajinkya, M., Rhee, K. B., & Bazemore, A. (2022). Digital health interventions to enhance prevention in primary care: scoping review. *JMIR Medical Informatics*, 10(1), <https://doi.org/10.2196/33518>

- World health organization. (2019, 28 mei). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *international classification of diseases*. Geraadpleegd op 12 maart 2025, van <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- World Health Organization. (2022, juni). Mental disorders. Geraadpleegd op 30 april 2025, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2025, januari). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1336943699>
- Xierali, I. M., Philips, R. L., Green, L. A., Bazemore, A. W., & Puffer, J. C. (2013). Factors influencing family physician adoption of electronic health records (EHRs). *Journal of the American Board of Family Medicine*, 26(4), 388-393. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.04.120351>
- Xue, L. Y., Rashid, A. M., & Ouyang, S. (2024). The unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) in higher education: a systematic review. *Sage Open*, 14(1), <https://doi.org/10.1177/21582440241229570>
- Yau, Y., & Hsiao, C. H. (2022). The technology acceptance model and older adults' exercise intentions: a systematic literature review. *Geriatrics*, 7(6). <https://doi.org/10.3390/geriatrics7060124>

Bijlagen

Bijlage 1: Inhoud van de informatiemodule

I. Inleiding

1. Doelstellingen van het project “Stress, Werk en Eerste lijn”
2. Cijfers mentale gezondheid en arbeidsongeschiktheid in België
3. Mentale gezondheid: definities en psychische problemen
4. Relatie tussen mentale gezondheid en werk
5. De evoluties in de arbeidswereld
6. Voorbeelden: personen bij de huisarts en ELP
7. Belangrijke besluiten
8. Werkplek bevragen tijdens consultatie

II. Verduidelijking van de concepten

1. Psychosociale risico's: definitie en oorsprong
2. Frequente werkgerelateerde mentale gezondheidsproblemen
3. Differentiaaldiagnostiek

III. Gezondheidsproblemen en werkgerelateerde problemen tijdens consultaties, van primaire preventie tot tertiaire preventie?

1. De essentiële zorg
2. Wat kan er gedaan worden tijdens primaire preventie/secundaire preventie/tertiaire preventie?
 1. Het belang van een systemische/psychosociale visie op alle preventieniveaus
 2. De basishouding
 3. Werk bespreekbaar maken & gespreksfiche
 4. Opvolging huisarts – psycholoog – andere professionals
3. Haal je neus van het stuur: nut van arbeidsongeschiktheid
 1. Nut arbeidsongeschiktheid
 2. Aandachtspunten arbeidsongeschiktheid
 3. Aandachtspunten terugkeer naar werk
4. Betrokken actoren
5. Belangrijke boodschappen
6. Enkele relevante online bronnen

IV. Werk & re-integratie

1. Het (opnieuw) in perspectief plaatsen
 1. Actoren m.b.t. het domein werk en sociale zekerheid
 2. (Her)perspectief: de actoren en hun opdrachten
 3. Een nieuw instrument om de uitwisseling tussen artsen te vergemakkelijken: het TRIO-platform
2. De arbeidsarts
 1. Opdracht
 2. Wat u moet weten
3. Preventie van PSR: wat te doen/adviseren aan patiënten die geconfronteerd worden met een situatie die verband houdt met psychosociale risico's?
 1. Actoren op het gebied van preventie op de werkplek
 2. Rol van de huisarts en/of psycholoog
 3. PSR: kernboodschappen
4. Twee voorbeelden primaire en/of secundaire preventie
 1. Programma burn-out Fedris
 2. Mentaal welzijn van zelfstandigen: sociaal verzekeringsfondsen
5. Terug aan het werk bij de werkgever... Drie scenario's
 1. Re-integratie zonder aanpassing aan de werkpost
 2. Re-integratie met aanpassing aan de werkpost & aangepast werk
 3. Re-integratietraject en bijzonder procedure medische overmacht
6. De adviserend arts en zijn multidisciplinair team
 1. Ziekenfondsen
 2. Samenstelling multidisciplinair team
 3. Profiel van een adviserend arts en wettelijke taken
 4. Opdrachten multidisciplinair team
 5. Rol van de Terug Naar Werk-coördinator, waarom en hoe contact met ham/haar opnemen?
7. Tijdelijk arbeidsongeschiktheid en de 8 fasen (rechtsgrondslagen en procedures)
8. Opvolging van invaliditeit (stap 9)
9. Hefbomen voor socio-professionele re-integratie
10. Hoe neem ik contact op met de adviserend arts en wat moet ik hem of haar sturen?
11. Regionale arbeidsbemiddelingsdiensten: VDAB en Actiris
12. Enkele voorbeelden m.b.t. terugkeer naar werk (tertiaire preventie)

1. IPS
 2. Activeringsteams GGZ, gespecialiseerde activeringstrajecten zorg en werk, psychosociale revalidatiecentra
 3. TNW-fonds
13. Terug aan het werk: uitdagingen

Bijlage 2: Interviewleidraad

Verwelkoming en bedanking voor deelname. Bespreken van praktische zaken (informatie- en toestemmingsformulier, starten opname, structuur van gesprek). Interviewer stelt zich voor.

Kennismaking

- a) Hoelang werkt u als huisarts/psycholoog?
- b) Werkt u in een groeps- of solopraktijk? In wat voor soort praktijk werkt u en indien het een multidisciplinaire praktijk is, welke disciplines werken inhouse in uw praktijk?
- c) Werkt u samen met andere disciplines? Intern of extern? Welke disciplines? Op welke manier werkt u samen?
- d) In welke mate stemt uw visie op de link tussen stress en werk overeen met die van uw collega's?
 Wat roept het thema stress en werk bij u op?
 welke gedachten of gevoelens komen in u op bij dit thema?
- e) Hoe ging u om met eerdere ervaringen rond het thema stress en werk? Kunt u een voorbeeld geven van zo een situatie, uw actie en wat u anders zou doen/welke hindernissen u ervaarde?
- f) Om welke redenen wilde u meewerken aan dit project? Wat is uw motivatie voor deelname aan dit project? (doorvragen) Wat verwachtte u van de informatiemodule?

Delen op scherm en overlopen van naslagwerk van de informatiemodule (=powerpointpresentatie)

Perceptie van de inhoud en meerwaarde van de informatiemodule

- 1. In welke mate vond u de informatiemodule nuttig?**
 - Welke nieuwe dingen heeft u bijgeleerd?
 - Welke onderdelen vond u (niet) nuttig en waarom?
 - 'bij overlopen PPT: voorbeelden aanhalen'
- 2. Wat vond u van de inhoud/thema's die in de informatiemodule aan bod kwamen?**
 - Welke thema's vindt u wel of niet relevant en waarom? In welke mate sluit de informatie aan bij uw dagelijkse praktijk?

- Zijn er onderwerpen die volgens u ontbreken? Welke?
- Hoe gekend/ongekend was de informatie uit de informatiemodule? Was veel van de informatie uit de module voor u gekend of waren er veel zaken die u nog niet wist?

3. Als u de module zou kunnen aanpassen, wat zou u veranderen?

- Welke zaken zou u weglaten? (aanduiden in PPT) En waarom?
- Welke zaken zou u aanvullen om de meerwaarde te verhogen? (aanduiden in PPT) En waarom?

4. In welke mate ligt de informatie in de module in lijn met uw eigen professionele visie op de link tussen stress en werk?

- Op welke vlakken was er een overeenkomst/verschil?
- In welke mate voldoet de aangereikte informatie aan uw professionele verwachtingen?

5. Op welke manier heeft de informatiemodule uw begeleiding van personen met stressgerelateerde klachten beïnvloed?

- Zijn er bepaalde zaken die u door het volgen van de informatiemodule anders wil aanpakken? Zo ja, wat? Zo nee, waarom niet?
- Op welke manier maakt de module het uitvoeren van uw job wel of niet makkelijker?

6. Wat maakt dat u de informatie uit de module wel of niet heeft toegepast of benut?

- Kan u een voorbeeld geven van hoe u de module hebt toegepast of benut?
- Wat heeft u geholpen bij het toepassen of benutten van de informatie in de praktijk?
- Welke hindernissen ervaart u bij het toepassen of benutten van de informatie in de praktijk?
- Welke aanvullende elementen hebben het gebruik van de informatie in de praktijk positief of negatief beïnvloed (tijdsdruk, voorgaande ervaring, multidisciplinariteit)? Kan u voorbeelden geven?
- In welke mate beïnvloeden waarden en normen binnen de praktijk het gebruik van de informatie in de praktijk? (terugkoppeling naar overeenstemming visie met collega's)

7. Waarom zou u de module al dan niet aanraden aan collega's?

Perceptie van gebruiksgemak

8. Hoe zou u uw ervaring met de informatiemodule in het algemeen beschrijven en waarom?

- Wat vond u goed of minder goed en waarom?

9. Wat maakt dat u de vorm van de module en het naslagwerk (online webinar/PPT) wel of niet gebruiksvriendelijk vindt?

- In welke mate vindt u dat een online webinar de geschikte vorm was voor deze module? Waarom wel/niet?
- Welke vorm zou u prefereren? Welk effect zou dit hebben op uw gebruik van de module?
- Wat maakt dat de informatie in de module wel/niet makkelijk terug te vinden is?
- Hoe zou de gebruiksvriendelijkheid verhoogd kunnen worden?

10. Hoe heeft u het format van de module ervaren? Wat vond u van:

- De hoeveelheid informatie
- Het tempo
- Het tijdstip van de module

11. Als u de module zou kunnen aanpassen, wat zou u veranderen?

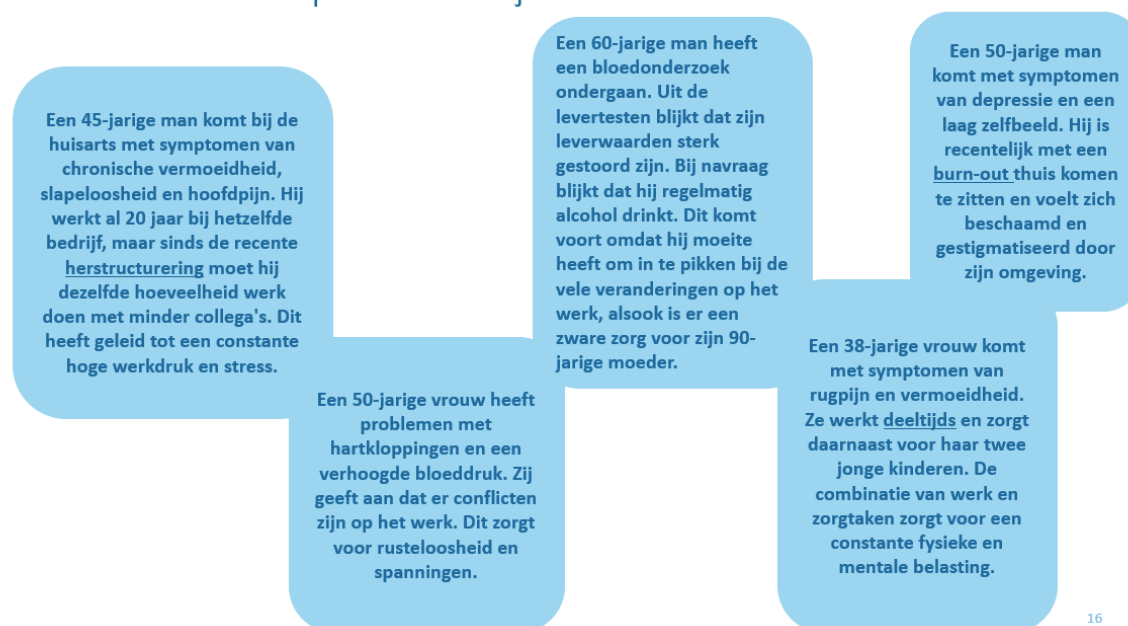
- Mbt format: hoeveelheid, tempo, tijdstip, etc

Wilt u nog iets toevoegen?

Bedanking deelnemer, opname afsluiten.

Bijlage 3: Voorbeelden vanuit de informatiemodule

6. Voorbeelden: personen bij de huisarts en ELP



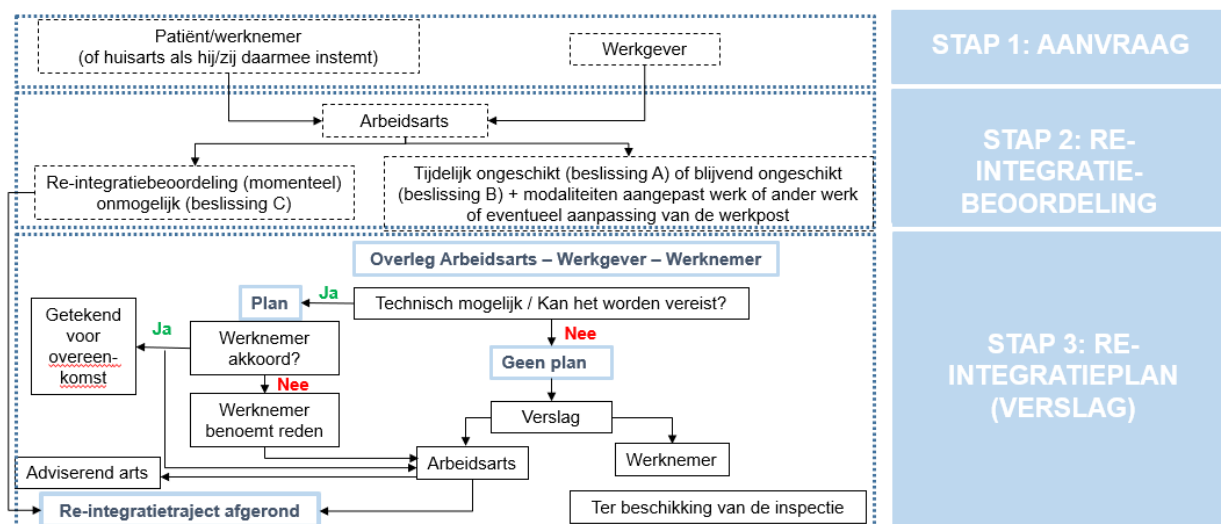
16

Bijlage 4: Voorbeeld overzichtstabel

	ARBEIDSARTS	ADVISEREND ARTS ZIEKENFONDS – MEDEWERKER MULTIDISCIPLINAIR TEAM	CONTROLEARTS
Werkgever	Onderdeel van de interne of externe dienst voor preventie en bescherming op het werk waarbij de werkgever is aangesloten	Werkt voor een ziekenfonds en neemt contact op met de meeste patiënten die arbeidsongeschikt zijn na de periode van gewaarborgd loon (14 of 30 dagen): uiterlijk tijdens de vierde maand van arbeidsongeschiktheid een fysiek contact met de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team	Wordt betaald door de werkgever van de te controleren patiënt
Missie	Beoordeling van de geschiktheid van de werknemer tot de uitvoering van zijn gebruikelijke werk in het kader van een terugkeer naar werk	Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid van de afwezige patiënt (verifieert het verlies van ten minste 2/3 van zijn verdienvermogen) (werknemers) of verificatie van de onmogelijkheid om taken van de zelfstandige beroepsactiviteit te verrichten (zelfstandigen)	Controle van het bestaan van de ongeschiktheid van de patiënt alsook de duur
Modaliteit onderzoek	Consultatie in medische centra, in het bedrijf zelf of met medische bussen	Consultatie in de lokalen van het ziekenfonds	Consultatie bij de patiënt thuis en, in geval van afwezigheid, dagvaarding op zijn of haar kantoor
Bent u het niet eens met het genomen besluit?	Externe directies Toezicht op het Welzijn op het Werk	Lokale arbeidsrechtbank	Artsen-scheidsrechters

Bijlage 5: Schema's re-integratietraject

5.3.a. Re-integratietraject (= formeel traject)



5.3.b. Bijzondere procedure voor medische overmacht (= Vaststelling van de definitieve ongeschiktheid voor het overeengekomen werk)

