



**Hoge  
Gezondheidsraad**

## **BURN-OUT EN WERK**

**SEPTEMBER 2017  
HGR NR 9339**



**.be**



**Hoge  
Gezondheidsraad**

## **BURN-OUT EN WERK**

**SEPTEMBER 2017**

**HGR NR 9339**

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides the Belgian authorities with specific recommendations on prevention and treatment of burnout and on profile of competences for professionals.

## **COPYRIGHT**

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

### **Hoge Gezondheidsraad**

Victor Hortaplein 40 bus 10  
B-1060 Brussel

Tel: 02/524 97 97

E-mail: [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be)

Auteursrechten voorbehouden.

U kunt als volgt verwijzen naar deze publicatie:

Hoge Gezondheidsraad. Burn-out en werk. Brussel: HGR; 2017.  
Advies nr. 9339.

De integrale versie van dit advies kan gedownload worden van de website: [www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)

Deze publicatie mag niet worden verkocht.



## **ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9339**

### **Burn-out en werk**

In this scientific advisory report on public health policy, the Superior Health Council of Belgium provides the Belgian authorities with specific recommendations on prevention and treatment of burn-out and on profile of competences for professionals.

Versie gevalideerd op het College van  
September 2017<sup>1</sup>

### **SAMENVATTING**

Psychosociale aandoeningen vormen een ernstig gezondheidsprobleem en dragen bij aan de sterke toename van langdurige ziektes die we momenteel vaststellen. Het is hierbij dus cruciaal om doeltreffende preventieve strategieën toe te passen. Wat binnen deze problematiek opvalt voor burn-out is dat deze aandoening niet is opgenomen in de classificaties en er nog geen officiële diagnosecriteria voor bestaan. Bovendien moet zowel de medische als de professionele wereld er rekening mee houden, want burn-out is werkgerelateerd.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft dus besloten een advies uit te brengen om het begrip burn-out beter te definiëren, aanbevelingen te doen in verband met de identificatie en behandeling ervan en de behoefte aan opleiding en het competentieprofiel te bepalen van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die deze werkenden met werkgerelateerde problemen zullen begeleiden.

Burn-out is gedefinieerd als een uitputting dat het gevolg is van een (langdurig) gebrek aan reciprociteit tussen de investering en wat iemand terugkrijgt. Dat heeft een impact op de beheersing van de emoties en de cognitieve vermogens, en op zijn beurt kan leiden tot een verandering in het gedrag en de attitudes (mentaal afstand), wat leidt tot een gevoel van professionele onbekwaamheid.

De HGR raadt voor de preventie aan om na te denken over een aanpassing van het maatschappijmodel (prestatiegericht model) dat sterk verbonden is met burn-out. Het werkorganisatiemodel zou "werkbaarder" moeten worden, opnieuw gericht zijn op de kwaliteit van het werk en het perspectief van het levenstraject van het individu versterken.

Interventies voor (primaire, secundaire en tertiaire) preventie van burn-out moet op organisatieniveau uitgevoerd worden.

Om risicosituaties snel op te sporen en de preventieve strategieën aan te passen, kunnen de bedrijfsarts en de preventieadviseur voor de psychosociale aspecten zich altijd baseren op verschillende collectieve signalen (absenteïsme, turn-over enz.) en individuele signalen (vermoeidheid, concentratiestoornissen enz.).

<sup>1</sup> De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

De werkomstandigheden moeten worden verbeterd door de middelen (sociale ondersteuning, variatie in uit te voeren taken, erkenning enz.) en de belasting (werkdruk, rolconflicten, werk-privébalans enz.) aan te pakken, want als die niet in evenwicht zijn, kan dat burn-out veroorzaken.

Als aanvulling op deze acties in verband met de organisatorische risicofactoren kunnen bedrijven ook acties op individueel vlak doorvoeren om de competenties en vaardigheden van de persoon te ontwikkelen.

Omdat er geen officieel erkend diagnosecriterium bestaat, is de diagnose gebaseerd op uitsluiting van andere fysieke en psychische pathologieën (meer bepaald depressie) op basis van een klinisch onderzoek (anamnese, observatie van de symptomen), eventueel met meetinstrumenten. Momenteel bestaat er echter geen gevalideerd instrument om de diagnose te stellen. Uit de literatuur is ook gebleken dat er geen biomarker van burn-out bestaat.

De behandeling van burn-out bestaat meestal uit stoppen met werken. Hoelang dit duurt, hangt af van de gezondheidstoestand van de werkende. Het zorgtraject omvat drie fasen ( de crisis, de fase waarin de oplossingen worden geïdentificeerd en de fase van de toepassing van de oplossingen). De behandeling is niet medicamenteus en streeft via psychotherapie naar symptoomverlichting en professionele re-integratie. De werkhervatting moet progressief gebeuren en goed worden voorbereid, met aanpassing van de werkomstandigheden en een gepersonaliseerde en transparante begeleiding.

De diagnose en begeleiding moeten gebeuren door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg (buiten de werksfeer) die hiervoor een opleiding heeft gevolgd, wat wil zeggen dat hij beschikt over klinische expertise en kennis van het werkmilieu (kliniek van de arbeid en klinische psychologie). De competenties van deze beroepsbeoefenaar zijn in het advies beschreven. Nauwe samenwerking met het werkmilieu (bedrijfsarts, preventieadviseur psychosociale aspecten) en de gezondheidszorg kan belangrijk zijn zodra de eerste tekenen van problemen optreden en tot de werkhervatting om aanpassingen in de werkomgeving te kunnen begeleiden.

Met de feedback van de zorgverlener moet overigens ook terdege rekening worden gehouden om de primaire preventie in het bedrijf aan te passen.

#### Sleutelwoorden en MeSH descriptor terms<sup>2</sup>

| <b>Keywords</b>      | <b>Mesh terms*</b>       | <b>Sleutelwoorden</b> | <b>Mots clés</b>      | <b>Stichwörter</b> |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| Burnout              | Burnout,<br>Professional | Burnout               | Burnout               | Burnout            |
| Definition           |                          | Definitie             | Définition            | Definition         |
| Primary Prevention   | Primary Prevention       | Primaire preventie    | Prévention primaire   | Primärprävention   |
| Secondary Prevention | Secondary Prevention     | Secundaire preventie  | Prévention secondaire | Sekundärprävention |
| Tertiary Prevention  | Tertiary Prevention      | Tertiaire preventie   | Prévention tertiaire  | Tertiärprävention  |
| Diagnosis            | Diagnosis                | diagnose              | Diagnostic            | Diagnose           |
| Return to Work       | Return to Work           | Werkhervatting        | Retour au travail     | Berufsrückkehr     |
| Competency           |                          | Competentie           | Compétence            | Kompetenz          |
| Education            |                          | Opleiding             | Formation             | Ausbildung         |

\* MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed.

<sup>2</sup> De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

## INHOUDSTAFEL

|       |   |    |
|-------|---|----|
| I     | INLEIDING EN VRAAGSTELLING.....   | 4  |
| II    | UITWERKING EN ARGUMENTATIE.....   | 6  |
| 1     | Methodologie.....   | 6  |
| 2     | Uitwerking.....   | 7  |
| 2.1   | Definitie van burn-out.....   | 7  |
| 2.1.1 | Overzicht en definities in de literatuur.....                             | 7  |
| 2.1.2 | Klinische symptomen.....  | 11 |
| 2.1.3 | Definitie van burn-out.....   | 11 |
| 2.2   | Fysiologisch proces.....  | 12 |
| 2.3   | Diagnose.....   | 13 |
| 2.3.1 | Differentiële diagnose.....   | 13 |
| 2.3.2 | Diagnostische procedure.....  | 14 |
| 2.4   | Prevalentie.....  | 16 |
| 2.5   | Risicofactoren.....   | 17 |
| 2.5.1 | Sociologische factoren.....   | 17 |
| 2.5.2 | Werkgerelateerde factoren.....  | 18 |
| 2.5.3 | Persoonsgebonden factoren.....  | 20 |
| 2.6   | Interventies.....   | 22 |
| 2.6.1 | Primaire en secundaire preventie.....                                     | 22 |
| 2.6.2 | Tertiaire preventie.....  | 25 |
| 1.    | Inleiding.....  | 25 |
| 2.    | Individuele interventies.....   | 26 |
| 4.    | Werkhervatting en interventies in de organisatie.....                     | 31 |
| 2.7   | Voorspelling.....   | 33 |
| 2.8   | Opleiding van de behandelende beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg .. | 33 |
| 2.8.1 | Inleiding.....  | 33 |
| 2.8.2 | Overzicht van de opleidingen voor de behandeling van burn-out.....        | 34 |
| 2.8.3 | Competenties van de zorgverleners in de literatuur.....                   | 34 |
| 2.8.4 | Competentieprofiel.....   | 35 |
| III   | CONCLUSIE en AANBEVELINGEN.....   | 37 |
| IV    | REFERENTIES.....  | 39 |
| V     | Bijlagen.....   | 44 |
| VI    | SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP.....                                       | 49 |

## Lijst van afkortingen

|          |   |
|----------|---|
| DSM      | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>        |
| FOD WASO | Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg |
| HAS      | <i>Haute Autorité de Santé</i>                                      |
| HGR      | Hoge Gezondheidsraad  |
| ICD      | <i>International Classification of Diseases</i>                     |
| KCE      | Kenniscentrum   |
| MBI      | <i>Maslach, Burnout Inventory</i>                                   |
| UBOS     | Utrechtse Burnout Schaal  |
| RIZIV    | Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering             |

## **I INLEIDING EN VRAAGSTELLING**

Mentale gezondheidsproblemen vormen momenteel een van de voornaamste oorzaken van absenteïsme. Dit soort pathologie komt de laatste jaren steeds meer voor en gaat vaak gepaard met lange periodes van invaliditeit en een groot risico op terugval. Volgens het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) was invaliditeit door psychische stoornissen in 2014 goed voor 35 % van alle invaliditeitsgevallen en verklaart dit gedeeltelijk de sterke stijging van het aantal invalide personen de laatste jaren (meer dan 25 % stijging tussen 2010 en 2015). In 2016 waren er 20 000 meer gevallen van langdurige invaliditeit dan in 2015.

Stress, pesten en burn-out hebben echter steeds meer impact op de gezondheid en veroorzaken psychologische problemen en zelfs psychische stoornissen (ILO, 2000). Volgens het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk vormt stress het op één na meest voorkomende gezondheidsprobleem op de werkvloer. In België verklaart 32,7 % van de werkenden het grootste deel van de werktijd of de volledige werktijd last te hebben van werkgerelateerde stress (*European Working Conditions Survey 2015*). Volgens bepaalde auteurs (Davies en Teasdale, 1994; Levi en Lunde-Jensen, 1996) is 10 % van de beroepsziekten te wijten aan stress. Uit de studie Belstress blijkt ook dat stress de oorzaak is van 50 à 60 % van het absenteïsme. Volgens het Europees observatorium voor het arbeidsbestaan is in Duitsland langdurig ziekteverlof wegens psychische stoornissen, inclusief stress, tussen 1995 en 2002 gestegen met 74 % (Dewa et al., 2011). Vergelijken we dit met de Scandinavische landen, dan zien we dat in Zweden langdurige afwezigheid wegens stressgerelateerde klachten tussen 2010 en 2015 gestegen zijn met maar liefst 119 % (persoonlijke communicatie van Kristina Alexanderson aan Elke Van Hoof op 05.06.2017<sup>3</sup>).

Bovendien leidt burn-out vaak tot absenteïsme en presenteïsme (Wallace et al., 2009; Embriaco et al., 2007; Moors et al., 2001; Peterson et al. (2008)). Er moet ook rekening worden gehouden met het zelfmoordrisico: volgens Trontin et al. (2009) pleegt er in Frankrijk dagelijks iemand zelfmoord als gevolg van de werksituatie.

Deze problemen brengen dus enorme kosten met zich mee, zowel in termen van menselijk lijden als van verminderde economische prestaties. Volgens een enquête van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA, 2014) kost werkgerelateerde stress in de Europese Unie jaarlijks € 25,4 miljard. Het Europese project Matrix (2013) schat dat werkgerelateerde depressies in Europa jaarlijks € 617 miljard kosten (met inbegrip van presenteïsme en absenteïsme, productiviteitsdaling, gezondheidskosten en ziekte-uitkeringen).

---

<sup>3</sup> De mail ligt ter inzake bij de HGR.



Uit dit project bleek ook dat elke euro die in een promotie- en preventieprogramma (verbetering van de werkomgeving, stressbeheersing en psychologische behandelingen) wordt gestoken een economisch nettovoordeel van € 10,25 oplevert.

Burn-out houdt immers sterk verband met de werkcontext en de werkorganisatie. Deze problematiek komt voort uit de professionele en maatschappelijke context (burn-out kan worden beschouwd als een (normale) reactie op een pathologische context). Verschillende studies hebben duidelijk het rechtstreekse verband tussen bepaalde aspecten van de werkorganisatie en de psychologische gezondheid van de personen aangetoond (Karasek & Theorell, 1990; Vézina et al., 2011). Het is dus cruciaal dat alle betrokken partijen (en in het bijzonder de werkgevers) goed weten welke rol ze spelen in het ontstaan van burn-out om enerzijds de stigmatisatie of het schuldgevoel van slachtoffers van burn-out te beperken en anderzijds de (primaire, secundaire en tertiaire) preventie op te drijven.

In België zijn hiervoor al verschillende stappen ondernomen. In de wet van 28 februari 2014, de wet van 28 maart 2014 en KB van 10 april 2014 werden psychosociale aspecten opgenomen in de definitie van welzijn op het werk, dat moet worden verzekerd door de werkgevers. Zij moeten bijgevolg voortaan de nodige maatregelen treffen om psychosociale risico's op het werk te voorkomen en de schade die voortvloeit uit deze risico's te voorkomen of te beperken. Burn-out wordt expliciet vermeld als psychosociaal risico. Het koninklijk besluit van 28 oktober 2016, dat van kracht is sinds 1 december 2016, voorziet bovendien in een re-integratietraject op maat om langdurig arbeidsongeschikte werkenden te begeleiden naar aangepast of ander werk (tijdelijk of definitief), waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor de preventieadviseur/bedrijfsarts. Tot slot zijn er verschillende studies specifiek naar burn-out gevoerd, meer bepaald door het KCE (Jonckheer et al., 2011) of in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (WASO) (2010, 2012).

Ook elders in Europa zijn verschillende landen actief op dit vlak. In Frankrijk publiceerde de *Académie nationale de médecine* in 2016 een rapport over burn-out, publiceerde de *Haute Autorité de Santé* (HAS) in maart 2017 een advies over de definitie en de behandeling van burn-out en in het Franse parlement werd in het voorjaar van 2015 gedebatteerd over het opnemen van burn-out in de lijst van de beroepsziekten. Dat voorstel werd echter verworpen, waarschijnlijk omdat de contouren van deze problematiek niet scherp afgelijnd zijn. Het is inderdaad duidelijk dat burn-out, hoewel het onderwerp actueel is en er veel publicaties en rapporten over verschijnen, kampt met een groot probleem, namelijk dat de aandoening voor velen nog een vaag begrip met slecht afgelijnde contouren blijft. Het is bovendien niet als stoornis opgenomen in de medische referentieclassificaties.

Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg voelen zich in elk geval vaak machteloos ten opzichte van deze slecht omschreven problematiek en hebben ook niet genoeg inzicht in de organisatorische aspecten.

We stellen ook vast dat steeds meer zorgverleners (coaches, therapeuten enz.) zichzelf bevoegd verklaren voor deze problematiek zonder over de nodige competenties te beschikken.

In overleg met de andere instanties die actief zijn in dit domein (meer bepaald de FOD WASO, het Fonds voor de beroepsziekten en het RIZIV) heeft de HGR besloten om een advies op te stellen over de diagnose en de begeleiding van werkenden bij wie is vastgesteld dat ze lijden onder hun werk alsook het competentieprofiel en de opleidingsbehoeften van de beroepsbeoefenaars. Verder zal het advies ook de preventieve strategieën in bedrijven behandelen omdat het niet mogelijk is het individu te helpen zonder rekening te houden met zijn werkomgeving en omdat de strategieën voor primaire, secundaire en tertiaire preventie sterk met elkaar verweven zijn.



Met het oog op een goede definitie van burn-out heeft de HGR ervoor gekozen zich te beperken tot burn-out in een professioneel kader. In de internationale literatuur wordt burn-out immers voornamelijk gedefinieerd als werkgerelateerd, hoewel bepaalde auteurs dit begrip ook toepassen in andere contexten (school, gezin enz.).

## II UITWERKING EN ARGUMENTATIE

### 1 Methodologie

Na analyse van de vraag hebben het College en de voorzitter van de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc* werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: psychologie, psychiatrie, ergotherapie, arbeidsgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde. De experten van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc*verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

In een eerste fase heeft de werkgroep de verschillende rapporten en richtlijnen verzameld die de laatste jaren in België en in het buitenland over het onderwerp zijn verschenen. Verschillende rapporten konden zo dienen als werkbasis:

- Vandebroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. Onderzoek naar de arbeidsbeleving bij artsen en verpleegkundigen in België. In opdracht van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid; KU Leuven en IDEWE – 2012
- Jonckheer P., Stordeur S., Lebeer G., Roland M., De Schampheleire J., De Troyer M., Kacenenbogen N., Offermans A.M., Pierart J., Kohn L. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54
- Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking (Université de Liège; UGent). 2013
- Ontwikkeling van de tool voor de vroegtijdige opsporing van burn-out, 2015
- *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir.* DGT, Anact, INRS. 2015
- *Le burnout.* Académie nationale de médecine. 2016
- LVE, NHG, NVAB. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011
- *Recommandations thérapeutiques du Réseau suisse d'experts sur le burnout (SEB).* Forum Médical Suisse, 2016.

De groep heeft aan het einde van het onderzoek ook kennis genomen van het rapport van de *Haute Autorité de Santé "Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout"*, dat verscheen in maart 2017.

Deze rapporten bevatten al vrij recente systematische reviews van de literatuur. De werkgroep oordeelde bijgevolg dat het geen nut had om opnieuw een volledige analyse uit te voeren, maar heeft deze rapporten niettemin willen updaten en aanvullen in verband met de therapeutische interventies door op zoek te gaan naar de meest recente systematische reviews en meta-analyses.

Daarvoor hebben ze de databases Medline en PsycINFO doorzocht. Ze pasten de volgende filters toe:

- Periode: van 2005 tot 2016
- Meta-analyses
- Systematische review
- In het Engels, het Frans en het Nederlands

De zoekstrings waren: (*adjustment disorders or burnout or professional stress or work stress or occupational stress or job stress or neurasthenia or minor depression*)  
AND (*therapy or treatment or counseling or guidance or drug therapy or stress management or intervention or rehabilitation*).

Deze zoekopdracht leverde 124 referenties op. Na filtering op “in de titel” en na verwijdering van de dubbels bleven er 39 referenties over. Een complete filtering leverde 15 bruikbare referenties op. Er werden ook extra referenties behouden voor de analyse vanwege hun pertinentie.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

## 2 Uitwerking

### 2.1 Definitie van burn-out

#### 2.1.1 Overzicht en definities in de literatuur

De Amerikaanse psychiater Freudenberger introduceerde het concept burn-out voor het eerst in 1974 om werkgerelateerde uitputting bij hulp- en zorgverleners te beschrijven. Vervolgens voerde Christina Maslach begin jaren 1980 een grondigere studie en analyse uit van uitputting in de werkomgeving (in de sociale sector, de gezondheidssector en het onderwijs).

Aanvankelijk werd burn-out voornamelijk geassocieerd met beroepen in de hulp- en zorgverlening, maar het begrip breidde stilaan uit naar alle werkenden en alle soorten werk. Momenteel wordt burn-out in de literatuur exclusief beschouwd als gerelateerd aan werk (ook onbezoldigd, wat bijvoorbeeld ook studenten insluit), hoewel sommige auteurs (Kristensen et al., 2005) burn-out ook willen uitbreiden tot buiten de werkcontext. Het fenomeen werd meer bepaald waargenomen in de context van huismoeders en ouderschap (Guéritault, 2008; Mikolajczak & Roskam, 2017). Corten (2014) toont anderzijds aan dat burn-out uitsluitend werkgerelateerd is omdat het frequentst gebruikte instrument enkel toepasbaar is op werk. Het is echter mogelijk een nieuwe schaal voor burn-out te ontwikkelen die niet specifiek op werk gericht is en zo het begrip uit te breiden tot andere domeinen. Volgens Schaufeli en Taris (2005) moet er dan echter een nieuwe term worden geïntroduceerd. Niettemin zal burn-out waarschijnlijk altijd de gezinssituatie beïnvloeden (de persoon kan thuis niet ontspannen omdat de eisen op het werk te hoog zijn).

Voor burn-out bestaat er momenteel nog geen officiële diagnose in de medische referentieclassificaties zoals de Internationale classificatie van ziekten (ICD-10) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM5) van de *American Psychiatric Association*.

De aandoening staat wel vermeld in de ICD-10 onder de Z-codes (Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met de gezondheidszorg), rubriek “Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten”, diagnostische sleutel ZT3.0 “Z73.0 Uitputtingssyndroom (burn-out)”. Burn-out wordt dus niet als een echte psychische stoornis beschouwd, maar kan wel samen voorkomen met een psychische stoornis.

Er is ook vrij veel overlapping met neurasthenie (code F48 in de ICD-10, een stoornis die voornamelijk wordt gekenmerkt door mentale of fysieke vermoeidheid).

Bibeau et al. (1989) suggereren dat burn-out zou kunnen worden opgenomen in de DSM-categorie "Aanpassingsstoornis met beperking op het werk". De aandoening komt overeen met de definitie, behalve voor het aanhouden van de symptomen na het verdwijnen van de factor die de initiële stress uitlokte. De categorie V62 van de DSM-IV komt ook overeen met een werkgerelateerd probleem dat geen verband houdt met een psychische stoornis.

In de literatuur zijn dus heel wat definities van burn-out te vinden. Het rapport van de FOD WASO (2012) bevat er een compleet overzicht van.

Het onderzoek van Christina Maslach dient als referentie om de dimensies van burn-out te definiëren: het is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid. Door een meetschaal op te stellen aan de hand van gesprekken heeft ze verschillende dimensies kunnen aantonen en op basis daarvan heeft ze een tweede, nauwkeuriger schaal opgesteld ("*Maslach Burnout Inventory*", MBI) en een definitie van burn-out voorgesteld. De definitie is dus met andere woorden gebaseerd op een meetinstrument, terwijl meestal het omgekeerde het geval is. Epistemologisch wijst dit op een belangrijke zwakte van het concept 'burn-out'. De definities van burn-out zijn overigens meestal symptomatisch en geven niet echt de oorzaak van het probleem aan. Het concept blijft voor vele zorgverleners vaag.

Volgens het rapport van de FOD WASO (2012) maakt de definitie van Schaufeli & Enzmann (1988, blz. 36, geciteerd in Schaufeli & Buunk, 2003) het mogelijk om een bepaald aantal elementen die voorkomen in de verschillende definities te synthetiseren:

*"burn-out is een negatieve, aanhoudende gemoedstoestand die verband houdt met het werk, die voorkomt bij "normale" individuen en die gekenmerkt wordt door uitputting, een gevoel van onbekwaamheid, demotivatie en disfunctioneel gedrag op het werk. Deze gemoedstoestand blijft vaak lange tijd verborgen voor de werkende en vloeit voort uit een botsing tussen de intenties en de realiteit op het werk. Vaak houden de werkenden deze gemoedstoestand in stand door copingstrategieën die inefficiënt zijn".*

Sommige auteurs menen echter dat burn-out kan worden gedefinieerd aan de hand van enkel de dimensie van emotionele uitputting. Alle theorieën zijn het erover eens dat dit de hoofddimensie ervan vormt en de Nederlandse vertaling van "burn-out" als "uitputting" sluit daarbij aan.

De derde dimensie (bekwaamheid op het werk) is het meest omstreden.

De richtlijn "*Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout*" werd in Nederland opgesteld door drie beroepsverenigingen (van psychologen, huisartsen en bedrijfsartsen - LVE, NHG, NVAB; 2011) en definieert burn-out als volgt:

Het gaat om burn-out als de drie volgende criteria aanwezig zijn:

- Er is sprake van overspanning
- De klachten bestaan langer dan 6 maanden
- Het gevoel van vermoeidheid en uitputting staat duidelijk op de voorgrond.

Ze definiëren het begrip “overspanning” aan de hand van de aanwezigheid van de volgende 4 criteria:

- Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
  - o Moeheid
  - o Gestoorde of onrustige slaap
  - o Prikkelbaarheid
  - o Niet tegen drukte/herrie kunnen
  - o Emotionele labiliteit
  - o Piekeren
  - o Zich gejaagd voelen
  - o Concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid
- Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
- Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

Deze definitie impliceert dus dat er om van burn-out te kunnen spreken distress (eerste criterium), stressoren waarmee de persoon niet meer kan omgaan (tweede criterium) en duidelijk professioneel of sociaal disfunctioneren (derde criterium) aanwezig moeten zijn. Om dit disfunctioneren beter te definiëren, stelt de groep die de richtlijn heeft opgesteld voor om ervan uit te gaan dat de persoon voor minstens 50 % één of meer sociale rollen (de rol van werknemer, van huisvader of -moeder enz.) heeft laten vallen.

Het vierde criterium betekent dat deze symptomen niet het directe gevolg zijn van een psychiatrische stoornis, zoals depressie (een burn-out kan echter worden vastgesteld naast een depressie).

Burn-out vereist ook een chronisch aspect en de vermoeidheid moet op de voorgrond staan. De groep die deze richtlijnen heeft opgesteld, beschouwt werkgerelateerdheid echter niet als een noodzakelijk kenmerk van burn-out.

De Duitse vereniging voor psychiatrie, psychotherapie, psychosomatiek en neurologie (DGPPN, 2012) definieert burn-out als “een stoornis die gerelateerd is aan een stresssituatie en een niet-specifieke risicotoestand inhoudt die secundaire aandoeningen kan uitlokken van zowel psychiatrische aard (bv. slapeloosheid, depressie, angststoornissen, verslaving) als van lichamelijke aard (bv. metabool syndroom, diabetes, cardio-cerebrovasculaire aandoeningen, tinnitus) als de stresstoestand aanhoudt, de persoon niet goed genoeg recupereert of er sprake is van aanleg”.

De Zweedse gezondheids- en welzijnsraad heeft het begrip “uitputtingsstoornis” gebruikt in de Zweedse versie van de ICD-10 om een diagnose van “klinische burn-out” te kunnen geven. De criteria zijn: a) sinds minstens 2 weken fysieke of psychologische vermoeidheid als gevolg van duidelijk geïdentificeerde stressoren die al minstens 6 maanden aanwezig zijn en b) een significant tekort aan psychologische energie of uithoudingsvermogen komt duidelijk naar voren in het klinische beeld en c) minstens 4 symptomen waren de laatste twee weken bijna elke dag aanwezig (geheugen- of concentratieproblemen, moeilijkheden om vragen te behandelen of om te gaan met druk, prikkelbaarheid of emotionele labiliteit, slaapproblemen, fysieke vermoeidheid en tekort aan uithoudingsvermogen, lichamelijke symptomen zoals rugpijn, nekpijn, palpitation, gastro-intestinale symptomen, duizeligheid, overgevoeligheid voor geluid). Deze symptomen moeten significante distress en een beperking van het functioneren veroorzaken en mogen niet te wijten zijn aan een andere oorzaak dan stress op het werk of in de privésfeer (Grossi et al., 2015).

De Zwitserse aanbevelingen (Hochstrasser et al., 2016) beschouwen burn-out als het gevolg van een gebrek aan evenwicht tussen de toewijding van de werknemer en het persoonlijke voordeel dat hij uit het werk haalt, of van een wanverhouding tussen de professionele eisen en de professionele hulpbronnen. Het klinische beeld van burn-out wordt gekenmerkt door zware en doorlopende uitputting in combinatie met een gewijzigd recuperatievermogen, gepaard gaand met symptomen van een stresstoestand zoals een hoge gevoeligheid voor stimuli, agressiviteit, emotionele labiliteit, aandachtsstoornissen, meerdere vegetatieve symptomen, slaapstoornissen en slechtere prestaties.

Burn-out wordt dus gezien als een proces dat meestal evolueert van een steeds chronischer wordende stresstoestand (voornamelijk werkgerelateerd maar niet altijd) naar depressie met een duidelijk ontoereikende stressbestendigheid. De symptomen hangen bijgevolg af van het evolutiestadium van de burn-out. Dit vormt een risicotoestand die secundaire psychiatrische en lichamelijke aandoeningen kan uitlokken als de voortdurende stresstoestand chronisch wordt.

In haar rapport definieert de HAS werkgerelateerde uitputting ook als een “fysieke, emotionele en mentale uitputting die voortvloeit uit een langdurige investering in een emotioneel veeleisende werksituatie”.

Aan de KUL heeft een onderzoeksteam onder leiding van Wilmar Schaufeli en Hans De Witte ook zijn eigen definitie van burn-out geformuleerd om een beoordelingsinstrument aan te reiken dat bruikbaar is in de klinische praktijk.

Ze beschrijven burn-out als volgt:

« Vanwege een overbelasting op het werk, vaak gepaard gaande met een persoonlijke kwetsbaarheid en/of problemen in de privésfeer, kan er geen energie meer opgebracht worden om bepaalde cognitieve en emotionele processen te regelen. Dit verlies van controle in samenwerking met de uitputting leidt tot een zelfbeschermingsreactie, waarbij er mentaal afstand genomen wordt van de uitputtingsbron (bij burn-out: het werk). Het gaat hier vooral om een negatieve attitude, bijv. in de vorm van cynisme. Al kan deze attitude zich ook uiten in het fysiek afstand nemen van het werk (bijv. door contact te ontwijken met collega's). Door het controleverlies geraakt men bovendien in een depressieve stemming. Deze stemming is dus het gevolg van een gevoelsmatige reactie en is niet gelijk aan een depressie in de zin van een op zichzelf staande psychische stoornis.

Spanningsklachten ('stress') worden gezien als secundaire symptomen en kunnen worden gebruikt om een meer volledig beeld van burn-out te krijgen. Zij zijn vaak de eerste reden waarom men hulp zoekt en kunnen een voorbode zijn van burn-out in de vorm van overspanning. » (bron <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out/>).

Volgens dit team zou burn-out dus 5 opeenvolgende symptomen vertonen:

1. Uitputting (fysiek en psychologisch)
2. Cognitief controleverlies (geheugen-, aandachts- en concentratieproblemen door een verstoorde cognitieve functie)
3. Emotioneel controleverlies (overdreven emotionele reacties, lage tolerantie)
4. Depressieve symptomen (sombere stemming, schuldgevoel)
5. Mentaal afstand nemen (de persoon trekt zich mentaal of fysiek terug) van het werk

### 2.1.2 *Klinische symptomen*

Burn-out uit zich in verschillende soorten symptomen, waarvan het soms moeilijk te zeggen is of ze wezenlijke elementen van burn-out vormen of er het gevolg van zijn. Ze kunnen zowel fysiek, affectief, cognitief als gedragsmatig zijn, maar er zijn meer empirische studies nodig om ze duidelijk te kunnen identificeren. Voor een gedetailleerde beschrijving ervan verwijzen we opnieuw naar het rapport van de FOD WASO (2012).

Hier volgt een kort overzicht:

Lichamelijk: voornamelijk slaapstoornissen (en chronische vermoeidheid omdat de slaap niet verkwikt) en spierspanning met pijn ter hoogte van de ruggengraat (rug, nek). Ook verstoorde eetlust, maagpijn, hoofdpijn, misselijkheid, duizeligheid, plotse gewichtsafname of -toename en asthenie kunnen voorkomen. Volgens sommige auteurs kan burn-out ook het immuunsysteem verzwakken (Schaufeli en Bakker, 2007).

Affectief/emotioneel: angst, prikkelbaarheid, nerveuze spanning, depressieve stemming, futloosheid enz. Het individu kan ook volkomen emotioneel zijn.

Cognitief: het vermogen om informatie te verwerken is afgenomen (concentratie, moeilijkheden om verschillende taken tegelijk uit te voeren, om te nuanceren, om beslissingen te nemen, geheugenstoornissen). Soms maakt de persoon ook kleine fouten.

Gedragsmatig: cynisme, onverschilligheid, verminderde empathie, isolement, agressief gedrag dat het gevolg is van een verminderde tolerantie voor frustratie, verminderde motivatie, terugtrekking, verminderde eigenwaarde, verslavingsgedrag (zelfmedicatie om opnieuw goed te kunnen presteren op het werk (amfetamines, cocaïne, cafeïne, modafinil) of om de stress te verlagen (alcohol, anxiolytica)).

### 2.1.3 *Definitie van burn-out*

Rekening houdend met deze klinische symptomen en de meest courante definities in de internationale literatuur (meer bepaald Maslach en Jackson, 1986; Maslach en Leiter, 1997; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli, 2006, Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2009) definieert in dit advies de HGR burn-out als volgt:

### Burn-out is

- een multifactorieel proces
- dat voortvloeit uit een langdurige blootstelling (meer dan 6 maanden)
- in een arbeidssituatie
- aan voortdurende stress, een gebrek aan reciprociteit tussen de investering (eis) en wat daar tegenover staat (hulpmiddelen) of een gebrek aan evenwicht tussen de verwachtingen en de reële werksituatie,
- die professionele uitputting (zowel emotioneel, fysiek als psychisch) veroorzaakt: extreme vermoeidheid waarbij de normale rusttijd niet volstaat om te recupereren en die chronisch wordt, het gevoel zijn hulpmiddelen volledig uitgeput te hebben. Deze uitputting kan ook een impact hebben op de controle van de emoties (prikkelbaarheid, woede, huilbuien enz.) en het cognitieve vermogen (aandacht, geheugen, concentratie), wat dan weer kan leiden tot veranderingen in het gedrag en de attitudes:
  - o Mentaal afstand nemen: de persoon distantieert zich en wordt cynisch. Dit is in feite een (ondoeltreffende) copingmethode ten opzichte van de eisen waaraan de persoon niet meer kan voldoen: langzaamaan raakt hij minder betrokken bij zijn werk, investeert hij zich minder en houdt zijn omgeving op afstand of krijgt hij een slecht beeld van de personen met wie hij werkt; deze afstand wordt op zich een probleem.
  - o Dat leidt tot een gevoel van professionele onbekwaamheid: verminderde persoonlijke bekwaamheid op het werk, verminderde eigenwaarde, de persoon heeft het gevoel dat hij niet meer efficiënt werkt.

Die gemoedstoestand kan voor de werkende bovendien vaak lange tijd onopgemerkt blijven.

## 2.2 Fysiologisch proces

De impact van burn-out op het fysiologische proces (Danhof-Pont, 2011) of daarentegen op de verstoorde mechanismes die burn-out uitlokken is momenteel nog niet degelijk wetenschappelijk onderbouwd. Het is ook niet altijd mogelijk om oorzaak en gevolg van elkaar te onderscheiden.

Bij burn-out is er sprake van chronische stress, zodat de aandoening een uiting van overbelasting van het stressregulerende fysiologische systeem zou kunnen zijn die op neurobiologisch vlak gepaard gaat met een ontregeling van de hormonale stress-as. Uit gepubliceerde gegevens (Bianchi, 2015) blijkt echter een zekere heterogeniteit in verband met de functionele wijzigingen van de hypothalamus-hypofyse-adrenocorticotrope as bij personen met burn-out (de activering van deze as ondersteunt de afscheiding van cortisol en is verstoord bij angststoornissen, depressie en posttraumatische stress).

Stress kan ook verschillende neurotrope factoren in het centrale zenuwstelsel aantasten, meer bepaald de *brain-derived neurotrophic factor* en de factor voor de werking van het *response element binding protein* met cyclisch adenosinemonofosfaat, twee cruciale factoren voor de plasticiteit van het zenuwstelsel (Krishnan & Nester, 2008). Stress kan dus de plasticiteit van het zenuwstelsel beïnvloeden, wat structurele en functionele veranderingen kan teweegbrengen (die meer bepaald kunnen leiden tot depressie).

Er wordt in de meeste klinische gevallen ook een permanente hyperactiviteit of ontregeling van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as) vastgesteld.



De glucocorticoïdenreceptor zou immers gevoeliger zijn bij personen met werkgerelateerde uitputting die geen behandeling krijgen (Menke et al., 2014) vanwege de verhoogde aanmaak en afgifte van de hormonen van de hypothalamus corticotropin-releasing hormone en arginine-vasopressine in het centrale zenuwstelsel, wat de typische symptomen van burn-out in verschillende hersendelen uitlokt, zoals een terneergeslagen toestand, cognitieve stoornissen en slaapproblemen (Holsboer & Ising, 2010; Griebel & Holsboer, 2012).

Epigenetische studies suggereren ook dat DNA-methylering mogelijk een mediator van de individuele respons op stress is en dus kan worden gebruikt als een potentiële biomarker van stressgerelateerde psychische stoornissen. Een recente systematische review van de literatuur over dit onderwerp (Bakusic et al., 2017) wijst op het verband tussen genmethylering van de glucocorticoïdenreceptor (NR3C1) en chronische stress en depressie, genmethylering van de serotoninetransporter (SLC6A4) en stress, depressie en burn-out, en genmethylering van de *brain-derived neurotrophic factor* en werkgerelateerde stress en symptomen van depressie.

Samenvattend kan men niet stellen dat er een verband tussen burnout en bepaalde fysiologische processen bestaat.

## 2.3 Diagnose

### 2.3.1 *Differentiële diagnose*

Burn-out wordt niet gekenmerkt door een klinische diagnose maar gedefinieerd als een syndroom, waarvan de symptomen tegelijk aansluiten bij depressieve stoornissen, aanpassingsstoornissen, angststoornissen enz. Aangezien uitputting en andere symptomen niet specifiek zijn voor dit syndroom, er geen officiële diagnose in de medische referentieclassificaties voor bestaat en er geen diagnosetool voorhanden is, stoelt de diagnose van burn-out op een **medische uitsluitingsdiagnose** die moet gebeuren in het kader van een completere evaluatie van het psychische en lichamelijke functioneren van de persoon. Er dient een grondige differentiële diagnose van de psychiatrische aandoeningen (meer bepaald depressie en angststoornissen), inwendige ziekten en neurologische aandoeningen plaats te vinden. Dit heeft tot doel enerzijds primaire fysieke of psychische pathologieën aan het licht te brengen, maar anderzijds ook de comorbide stoornissen bij burn-out vast te stellen.

Het is nodig om **psychiatrische aandoeningen** (majeure depressie, angststoornissen) uit te sluiten. Deze stoornissen kunnen optreden als secundaire aandoeningen bij burn-out, of eruit voortvloeien en fout worden geïnterpreteerd als een onderdeel van burn-out. Als er sprake is van een secundaire psychiatrische aandoening die voortvloeit uit burn-out is er meestal een element van uitgesproken uitputting aanwezig.

Voor sommige auteurs leunt burn-out meer bepaald zeer dicht aan bij depressie. In hun systematische review van de literatuur hebben Bianchi et al. (2015) overigens niet voldoende bewijs gevonden voor een verschil tussen de twee concepten. Ze schrijven dit enerzijds toe aan het ontbreken van algemeen aanvaarde diagnosecriteria voor burn-out en anderzijds aan de heterogeniteit van de depressieve stoornissen, waarmee niet voldoende rekening wordt gehouden in de studies.

Andere auteurs oordelen dan weer dat het om duidelijk verschillende eenheden gaat, hoewel de twee elkaar aanzienlijk overlappen (Schaufeli en Enzmann, 1998; Glass & Mc Knight, 1996). Vooral het element emotionele uitputting is terug te vinden in de twee eenheden, die bovendien vanuit klinisch oogpunt moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn.

Het werkgerelateerde aspect van burn-out zou naar verluidt een van de belangrijkste elementen zijn voor het onderscheid tussen deze aandoening en depressie. Depressie is een algemene stemmingsstoornis, terwijl burn-out altijd werkgerelateerd is (Glass & McKnight, 1996; Bakker et al., 2000; Schaufeli & Taris, 2005). Personen met burn-out willen andere domeinen verkennen en vinden hun vitaliteit terug buiten het werk, terwijl depressieve personen geen zin hebben om zichzelf een pleziertje te gunnen, op geen enkel vlak. Anhedonie en depressieve stemming zijn immers de typische symptomen van depressie. Personen met burn-out hebben ook vaak last van schaamtegevoel. De gegevens in de literatuur duiden dus aan dat het gaat om twee afzonderlijke syndromen die bepaalde gelijkenissen tonen en vooral een andere oorsprong hebben. Hoogduin, Schaap & Methorst (1996) hebben ook verschillende criteria vastgesteld om burn-out van depressie te onderscheiden:

1. Hoewel een persoon met burn-out ook een tekort aan energie heeft, maakt hij toch een sterk vitale indruk, ervaart hij droefheid, woede en ongeluk en niet zozeer depressie.
2. Bij personen met burn-out komen inactiviteit en besluiteloosheid voort uit een extreme vermoeidheid en niet uit hun stemming zoals bij depressieve personen. Dat ze geen plezier ervaren heeft meer te maken met hun onvermogen om activiteiten te ondernemen, terwijl depressieve personen niet kunnen genieten van wat ze doen.
3. Personen met burn-out verliezen zelden gewicht, hebben geen psychomotorische remming (veeleer agitatie) en klagen over hun besluiteloosheid en hun concentratiestoornissen, die ze toeschrijven aan de vermoeidheid (in tegenstelling tot depressieve personen die dit toeschrijven aan hun ziekte).
4. Het schuldgevoel is bij personen met burn-out meer verankerd in de realiteit. Personen met burn-out hebben evenmin zelfmoordgedachten, wat typisch is voor depressie.

Tot slot kan depressie burn-out ook in de hand werken en kan burn-out evolueren tot depressie.

Ook **organische ziekten** met vergelijkbare symptomen als burn-out moeten worden uitgesloten, bijvoorbeeld endocriene stoornissen (hypothyreoïdie), neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen, infectieziekten (ziekte van Lyme), slaapstoornissen (apneu enz.), hartziekten.

Chronischevermoeidheidssyndroom en fibromyalgie zijn andere differentiële diagnose.

Tot slot mag burn-out ook niet worden verward met werkverslaving (“workaholisme”) en stress, want burn-out is niet synoniem met stress op zich, hoewel langdurige blootstelling aan stress wel kan leiden tot burn-out.

Het rapport van de FOD WASO (2012) geeft een gedetailleerd overzicht van de verschillende pathologieën waarmee burn-out zeker niet mag worden verward. Er is een overzichtstabel opgenomen als bijlage.

### 2.3.2 *Diagnostische procedure*

Eerst moet er op basis van de anamnese worden bepaald of het om burn-out gaat, afgaand op de klinische symptomen en de gedefinieerde criteria (zie punt 2.2.1 Definitie), op de analyse van de werkomstandigheden (analyse van de chronologie en de duur van de gebeurtenissen en ook van de uitlokkende factoren van het onbehagen) en op de factoren van individuele gevoeligheid (zie punt 2.2.2 Risicofactoren).

Het raamwerk ontwikkeld door CITES ten behoeve van FEDRIS voor het expertiseren van burn-outdossiers is dan ook uit zes delen opgebouwd: anamnese, etiologie (werkgerelateerde factoren, 'dempende' factoren, verslechterende factoren), antecedenten (psychiatrisch), semiologie (lichamelijke, cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen), behandelingen en evolutie, bijkomende onderzoeken en conclusies (factoren die tot de conclusie van burn-out leiden).

Er bestaat geen gevalideerd instrument voor de diagnose van burn-out, maar sommige instrumenten zijn eventueel bruikbaar ter informatie.

In studies wordt voornamelijk de schaal van Maslach & Jackson (1981), de "**Maslach Burnout Inventory**", gebruikt, maar deze schaal werd niet ontworpen voor individuele evaluaties.

Er bestaan twee versies van: een versie voor specifieke populaties (beroepen in de hulp- en zorgverlening, in het onderwijs en de vorming) en een versie voor de algemeen werkende bevolking (*MBI-Human Services Survey*, *MBI-Educators Survey* en *MBI-General Survey*), die werden vertaald (en gevalideerd) in 24 talen.

De MBI is een gevalideerde vragenlijst met drie dimensies, verdeeld over 22 items:

- Emotionele uitputting (EU) – 9 items,
- Depersonalisatie (D) – 5 items,
- Persoonlijke bekwaamheid (PB) – 8 items.

In de MBI-GS, die 16 items telt, heten de drie dimensies emotionele uitputting, cynisme en bekwaamheid op het werk.

De ondervraagde persoon geeft aan hoe vaak hij het gevoel ervaart dat wordt beschreven in het betreffende item. De MBI preciseert voor elk van de drie dimensies of het niveau "laag", "gemiddeld" of "hoog" is. Hij geeft echter geen algemene score die het mogelijk maakt een diagnose te stellen (de dimensies staan los van elkaar, waardoor het niet mogelijk is om de aparte scores bij elkaar te tellen).

Hoewel de MBI momenteel vaak wordt gebruikt, zijn er ook andere tools ontwikkeld, zoals de "**Oldenburg Burnout Inventory**", die gebaseerd is op het model "*job demands – resources*" (Demerouti et al., 2001). Dit instrument is gebaseerd op een model dat lijkt op dat van de MBI, maar slechts twee dimensies bevat: emotionele uitputting (gevolg van intense fysieke, affectieve en cognitieve inspanning) en verminderde betrokkenheid (afstand nemen van zijn werk en er een negatieve houding tegen aannemen). Het houdt geen rekening met persoonlijke bekwaamheid. Elke dimensie wordt gemeten aan de hand van acht items, die worden beoordeeld op een schaal met vier mogelijkheden die gaan van 1 (helemaal niet mee eens) tot 4 (volledig mee eens). De formulering van deze items zou inspelen op de grootste kritiek op de MBI en zou evenwichtiger zijn aangezien sommige items negatief geformuleerd zijn terwijl in de MBI alle items positief geformuleerd zijn. Bovendien zijn er Belgische normen opgesteld voor deze tool via het verzamelen van 4 000 gegevens in verschillende bedrijfssectoren.

De **Copenhagen Burnout Inventory** peilt dan weer enkel naar de dimensie van uitputting (zowel persoonlijk als professioneel en relationeel), net als de **Shirom Melamed Burnout Measure**, dat wordt aanbevolen door het *Réseau Suisse d'Experts* wegens zijn beschikbaarheid en eenvoudige interpretatie.

De Nederlandse richtlijnen stellen een instrument voor dat gebaseerd is op de "Checklist probleemoriëntatie en eerstelijns diagnostiek" van Van der Klink en Terluin (2005). Deze checklist behandelt alle domeinen die aan bod komen in de anamnese, maar is te lang voor gebruik in de dagelijkse praktijk.

De werkgroep die de richtlijnen heeft opgesteld, heeft de definitie aangepast en het begrip van participatie uitgebreid tot alle activiteiten die een verplichting ten opzichte van een andere persoon of organisatie inhouden, al dan niet bezoldigd (studeren, huishoudelijke taken, mantelzorg, vrijwilligerswerk enz.).

De **Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)** (Schaufeli en van Dierendonck, 2000) is het Nederlandse equivalent van de MBI en meet 3 dimensies van burn-out: emotionele uitputting, distantie en verminderde competentie. Er zijn drie versies: een specifieke versie voor contactuele beroepen, een versie voor leraren en een algemene versie. Dit instrument definieert burn-out als een score die in het hoogste kwartiel zit voor uitputting, gecombineerd met een score in het hoogste kwartiel voor depersonalisatie of een score in het laagste kwartiel voor persoonlijke bekwaamheid.

De KUL werkt momenteel aan een nieuwe schaal van dit type. Het is de bedoeling om te komen tot geactualiseerde (Belgische) normen, maar ook tot een instrument dat beter beantwoordt aan het huidige model van evenwicht tussen wat de persoon inbrengt in zijn werk en wat hij eruit haalt. Met dit instrument zal het ook mogelijk zijn om symptomen van stress of cognitieve symptomen te evalueren. Dit instrument zal waarschijnlijk eind 2017 beschikbaar zijn. Het zou het mogelijk moeten maken om enerzijds het risico op burn-out in bedrijven te identificeren en op basis daarvan de eerste preventieve maatregelen te nemen en anderzijds de diagnose van burn-out te stellen in de klinische praktijk, eventueel in combinatie met een gesprek. Het zal dan ook mogelijk zijn om gegevens te verzamelen voor cijfers over de prevalentie in de bevolking.

Om de differentiële diagnose te stellen (meer bepaald met depressie) is het gebruik van schalen zoals de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), de *Hamilton Depression Scale* (HAMD) of de *Beck Depression Inventory* (BDI) aangeraden als aanvulling op de anamnese en de klinische criteria.

Aangezien geen enkele vragenlijst (behalve de UBOS) gevalideerd is aan de hand van representatieve patiëntensteekproeven zou het dus belangrijk zijn om over gemakkelijk toegankelijke en bruikbare meetinstrumenten te beschikken.

Tot slot heeft onderzoek nog geen enkele **biomarker** voor de diagnose van burn-out aan het licht gebracht (Danhof-Pont et al., 2011). Deze auteurs verklaren het ontbreken van een verband tussen burn-out en 36 biomarkers meer bepaald door het heterogene aspect van de eenheid burn-out.

## 2.4 Prevalentie

Omdat er momenteel geen algemeen aanvaarde definitie en officiële normen voor diagnosecriteria bestaan, zijn cijfers over de prevalentie van burn-out heel moeilijk te vinden. Als deze cijfers al beschikbaar zijn, zijn ze bovendien bijzonder moeilijk vergelijkbaar wegens culturele verschillen en de verschillende gebruikte methodologieën. Voor het ogenblik bestaat er dus geen betrouwbare en wetenschappelijk onderbouwde raming van de prevalentie van burn-out. We kunnen enkel bepaalde cijfers uit bepaalde studies aanhalen, maar die zijn onderling niet vergelijkbaar.

De studie die Hansez et al. (2010) uitvoerden in opdracht van de FOD WASO heeft de omvang van het fenomeen bij de Belgische beroepsbevolking gemeten. Algemeen bedroeg de prevalentie van burn-out in deze studie 0,8 %. Wegens de studiemethodologie, die gebaseerd is op de diagnose door artsen (huisartsen of bedrijfsartsen) en niet op zelfevaluatie, geeft dit cijfer een voorzichtige schatting van de reële prevalentie in de actieve bevolking.

In Nederland wordt de prevalentie in de beroepsbevolking op 5 % geschat met behulp van de drie versies van UBOS (voor contractuele beroepen, onderwijzers en de algemene versie) en met drempelwaarden die gevalideerd zijn op basis van gemiddelde scores van klanten in behandeling voor een problematiek gerelateerd aan een burn-out (Taris, et al., 2001).

In vergelijking met andere sectoren zou burn-out vaker voorkomen bij zorgverleners zoals artsen of verpleegkundigen (Prins et al., 2010; Tummers et al., 2002).

De Europese studie RN4CAST (Aiken et al., 2012) gaf een indicatie van de prevalentie van burn-out bij bepaalde Belgische artsen en verpleegkundigen. Hiervoor werd een eigen interpretatie van de MBI gebruikt. Deze studie toonde aan dat 25 % van de ongeveer 3 000 respondenten hoog scoorden op emotionele uitputting.

Ferdinande et al. hebben een studie uitgevoerd over depressie en burn-out bij Belgische artsen (2008) en Belgische verpleegkundigen (2011) die werken op de intensivereafdeling. Ongeveer 15 % van de artsen en de verpleegkundigen scoorde hoog op emotionele uitputting; 28 % (verpleegkundigen) en 38 % (artsen) had een hoge score voor depersonalisatie en 43 % van de verpleegkundigen versus 32 % van de artsen behaalde een hoge score voor verminderde persoonlijke bekwaamheid.

Er werd ook een studie uitgevoerd bij 1 198 artsen en 4 635 verpleegkundigen in 37 Belgische ziekenhuizen om de prevalentie, de risicofactoren en de gevolgen van burn-out in deze medische beroepen na te gaan (Vandenbroeck et al., 2013). Er werd een vragenlijst gebruikt om de eisen (bijvoorbeeld werkdruk), de hulpmiddelen (bijvoorbeeld autonomie) en de gevolgen van burn-out (bijvoorbeeld welzijn) te beoordelen. Er werd burn-out vastgesteld bij 6,6 % van de respondenten en 13,5 % liep risico.

In een andere studie (Van den Broeck et al., 2017) evalueerden de onderzoekers steekproeven van vier verschillende sectoren (gezondheidszorg, industrie, dienstensector en overheidsdiensten), waaruit bleek dat deze vier sectoren verschilden op het vlak van eisen, hulpmiddelen, burn-out en toewijding aan het werk. De hoogste scores voor burn-out werden aangetroffen in de dienstensector en de overheidsdiensten, de laagste in de gezondheidszorg.

## 2.5 Risicofactoren

Aangezien burn-out resulteert uit de combinatie van een bepaalde persoon (en zijn privéproblemen) en een verslechterde werksituatie, in een specifieke sociale omgeving, beïnvloeden drie types factoren het optreden van burn-out: werkgerelateerde factoren, individuele factoren en sociologische factoren.

Er zijn echter niet genoeg prospectieve studies om de oorzakelijke verbanden tussen deze verschillende factoren en burn-out vast te stellen. Elk verband kan op diverse manieren worden geïnterpreteerd: de geïdentificeerde factor kan een risicofactor van burn-out, een mogelijke oorzaak van burn-out of ook nog het gevolg van burn-out zijn.

### 2.5.1 Sociologische factoren

Volgens verschillende auteurs zou er een verband bestaan tussen burn-out en de maatschappelijke veranderingen die zich recent hebben voorgedaan (Kaesemans et al., 2016). Deze veranderingen zouden van verschillende aard zijn:

- De toegenomen tijdsdruk die voortvloeit uit de zich opstapelende rollen en taken waarmee ieder belast is en die met elkaar in strijd kunnen komen te staan (m.b.t. de tijdsverdeling, wederzijdse invloeden, potentieel uiteenlopende verwachtingen voor de verschillende rollen, enz.).

- De toegenomen individualisering in een samenleving waarin het traditionele sociaal weefsel is verdampt, en waar de sociale relaties eerder op concurrentie dan op solidariteit berusten. Het individu is ook geheel zelf verantwoordelijk geworden voor zijn succes en falen;
- De digitalisering, waardoor continu een onmiddellijke reactie wordt verwacht;
- De prestatiedruk en het belang dat aan succes wordt gehecht, dat inmiddels centraal staat in de betekenis die aan het leven wordt gegeven. Er moet altijd meer worden gedaan, en het moet altijd beter, zowel op het werk als in de vrije tijd, waarin steeds nieuwe ervaringen moeten worden opgedaan.

Perilleux en Vendramin (2017) menen ook dat het huidige, prestatiegerichte maatschappijmodel de bron van burn-out vormt omdat het geen ruimte biedt voor persoonlijke tekortkomingen, sociale tegenstrijdigheden en wrijving van waarden.

Kenmerkend voor dit prestatie-model is:

- De opgedreven productie, die samengaat met de vereiste om zijn eigen betrokkenheid bij de activiteit te verhogen: de persoon moet ter beschikking staan van het bedrijf, waarbij het onderscheid tussen werktijd en vrije tijd vervaagt.
- De macht van het meten en de ontwikkeling van het “beheer door de doelstellingen”: kwantiteit primeert op kwaliteit, de persoon heeft weinig invloed op de criteria voor goed uitgevoerd werk, wat ertoe kan leiden dat hij de zin van zijn werk niet meer inziet.
- De selectie die gericht is op “uitmuntendheid” in bedrijven waar het organigram onbegrijpelijk wordt en de taken en functies vaag worden gehouden.
- De verspreiding van een ideologie van zelfmanagement, waarin elke persoon verantwoordelijk is voor zichzelf (op het vlak van geld, relaties, opleiding, gezondheid enz.) en waarin hij blijf moet geven van flexibiliteit in elk aspect van zijn leven.
- Afbroekeling van het collectieve aspect van werk: de vormen van dichte solidariteit zijn verloren gegaan door het opdrijven van de productie en de persoonlijke evaluaties.

Volgens deze auteurs is het even belangrijk om na te denken over een wijziging van het maatschappijmodel als om de bedrijfsgerelateerde en individuele factoren aan te pakken

### 2.5.2 Werkgerelateerde factoren

Burn-out komt voor in een specifieke werk- en bedrijfsomgeving en vloeit voort uit een langdurige blootstelling aan een geheel van factoren, waardoor een gebrek aan evenwicht ontstaat tussen de hulpmiddelen waarover het individu beschikt en de eisen die zijn werk stelt.

Aanvankelijk werd burn-out geassocieerd met beroepen in de gezondheids- en onderwijssector, waar de hoofdactiviteit te maken heeft met menselijke relaties. Daarna werden de studies uitgebreid naar andere sectoren waar werkenden ook in contact komen met mensen en vervolgens naar beroepen waar contacten minder belangrijk zijn (Maslach, et al., 2001).

Schaufeli en Enzmann (1998) kwamen uiteindelijk tot de conclusie dat niet de stressoren die te maken hebben met de klanten (bijvoorbeeld de emotionele belasting) maar wel de algemene werkgerelateerde stressoren (bijvoorbeeld de werkdruk) bepalend zijn voor het ontstaan van burn-out. Burn-out mag dus niet beperkt blijven tot de sector van diensten aan mensen. Nog steeds volgens Schaufeli en Enzmann (1998) worden de verschillende dimensies van burn-out echter wel anders ervaren naargelang de kenmerken van het beroep.

Demerouti et al. (2001) hebben in hun model *Job Demands Resources* aangetoond dat de eisen de hulpmiddelen van de werkenden uitputten en zo burn-out versterken, terwijl hulpmiddelen het gevoel van uitputting afzwakken. Er zouden enerzijds een dertigtal factoren zijn die kunnen bijdragen aan het optreden van burn-out (*job demands*) en anderzijds een dertigtal die enthousiasme kunnen creëren (*job resources*).

Deze factoren zijn sterk gebonden aan het beroep en de werksituatie. Algemeen gesproken kunnen we stellen dat de voornaamste eisen te maken hebben met de werkdruk, de emotionele belasting, de rolconflicten en de overlapping van werk en privéleven. De voornaamste hulpmiddelen zijn autonomie, sociale ondersteuning, variatie in de uit te voeren taken, het benutten van de competenties en feedback.

Maslach en Leiter (1997, geciteerd in Maslach, 2010; Maslach, et al., 2001) hebben zes domeinen van gebrek aan evenwicht geïdentificeerd die burn-out kunnen uitlokken: waarden, rechtvaardigheid, groepsgeest, loon, controle en werkdruk.

Hoe minder overeenstemming er is tussen deze zes domeinen en de persoon, hoe groter het risico op burn-out. De manier waarop de zes dimensies inwerken op elkaar is niet duidelijk, maar de waarden lijken een centrale rol te spelen ten opzichte van de andere dimensies. Ook het gewicht van de verschillende dimensies verschilt volgens de persoon (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Maslach, 2010).

De klassieke modellen van stress op het werk lijken adequaat om het optreden van burn-out te verklaren. Volgens Eurofound (2010) zijn de belangrijkste risicofactoren voor stress werkdruk, gebrek aan controle en autonomie, lange werktijden, een slechte relatie met de collega's en organisatorische aanpassingen. Volgens Siegrist (1996) is het gebrek aan evenwicht tussen de geleverde inspanningen en de beloning (inspanning-beloningsmodel) een belangrijke factor. Clot (2010) heeft het ook over "verhinderde kwaliteit". Rolconflicten of ambiguïteit van de functie en een onzekere werksituatie kunnen ook meespelen.

Overdreven werkdruk is meer bepaald een objectieve factor waarvan de invloed op burn-out bekend is. De werkdruk wordt bepaald door de hoeveelheid werk die moet worden uitgevoerd in een bepaalde tijdsspanne en hangt samen met het beschikbare personeel (Laschinger, & Leiter, 2006).

Veel van deze middelen en risicofactoren staan in een rechtstreeks verband met het plaatselijk management. Hansez & Firket (2014) tonen dat er belangrijke linkjes zijn tussen de verschillende managementstijlen en de gezondheid van werkenden (te veel controle of helemaal geen controle van het management, gebrek aan ondersteuning, erkenning en respect van de hiërarchie enz.).

In de studie van Vandenbroeck et al. (2013) heeft de analyse van de risicofactoren aangetoond dat de organisatorische factoren (werkdruk, affectieve belasting, rolconflicten, leer- en ontwikkelingsmogelijkheden, sociale ondersteuning) de voornaamste uitlokkende factoren zijn van emotionele vermoeidheid, die sterk gebonden is aan een slechte gezondheid en aan de turn-overintentie.

In de studie van Van den Broeck et al. (2017) zien we in alle sectoren een sterk verband tussen de eisen en de hulpmiddelen enerzijds en burn-out en werkengagement anderzijds. In deze studie was het engagement het grootst in de zorgsector. Over het algemeen is er op het vlak van de eisen weinig verschil merkbaar tussen de sectoren, hoewel de werknemers in de gezondheidszorg en de dienstensector een grotere werkdruk en meer hulpmiddelen lijken te melden.

De reglementering op de psychosociale risico's (wet van 28 februari 2014, wet van 28 maart 2014 en KV van 14 april 2014) definieert verschillende domeinen die psychosociale risico's kunnen inhouden:



- **De arbeidsorganisatie:** onder meer de structuur van de organisatie (horizontaal-verticaal), de wijze waarop de taken worden verdeeld, de werkprocedures, de beheersinstrumenten, de managementstijl, het algemeen beleid dat in de onderneming wordt gevoerd.
- **De arbeidsinhoud:** de taak van de werkende als dusdanig: de complexiteit en de variatie van de taken, de emotionele belasting (relatie met het publiek, contact met leed, zijn emoties moeten verbergen, enz), de psychische belasting, de lichamelijke belasting, de duidelijkheid van de taken.
- **De arbeidsvoorwaarden:** de modaliteiten voor de uitvoering van de arbeidsverhouding: de aard van de overeenkomst en het type werkrooster (nachtarbeid, werken in ploeg, atypische uren, ...), de opleidingsmogelijkheden, het loopbaanbeheer, de evaluatieprocedures.
- **De arbeidsomstandigheden:** de materiële omgeving waarin het werk wordt verricht: de inrichting van de arbeidsplaatsen, de arbeidsmiddelen, het lawaai, de verlichting, de gebruikte stoffen, de werkhoudingen.
- **De interpersoonlijke relaties op het werk:** dit omvat de interne relaties (tussen werkenden, met de directe chef, met de hiërarchische lijn, ...) maar eveneens de relaties met derden, de mogelijkheden tot contact, de communicatie. Ook de kwaliteit van de relaties (samenwerking, integratie, enz) valt hieronder.

Samengevat zijn er voornamelijk vier soorten organisatorische risicofactoren (eisen) en beschermende factoren (hulpmiddelen):

- **Interpersoonlijk**, bijvoorbeeld de sociale ondersteuning. De sociale ondersteuning die iemand krijgt, hangt af van de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties met zijn collega's en hiërarchische lijn, de solidariteit en het vertrouwen dat er heerst tussen de personen, hun competentie en hun beschikbaarheid, de erkenning voor het uitgevoerde werk, maar ook of er discussiegroepen of -ruimtes en regelgeving voor de werkenden bestaan.
- **Taakgebonden** ((ervaren) werkdruk, controle, feedback, variatie in de uit te voeren taken, benutten van de competenties, beschikbare middelen)
- **Groeigebonden** (bijvoorbeeld carrièremogelijkheden). Het is meer bepaald belangrijk om het werk correct naar waarde te schatten. Burn-out heeft te maken met een ernstig gebrek aan evenwicht tussen de eisen en de hulpmiddelen van het individu. De werkende mag dus niet het gevoel hebben van een gebrek aan reciprociteit tussen wat hij investeert in zijn werk en wat hij daarvoor terugkrijgt, meer bepaald in termen van erkenning, en in het bijzonder in vergelijking met wat zijn collega's bieden en in ruil krijgen. Het erkenningsproces moet dus voor iedereen transparant en rechtvaardig verlopen.
- **Organisatiegebonden** (bijvoorbeeld de participatiemogelijkheden: de werkende moet kunnen deelnemen aan de besluitvorming, zijn mening moet worden gehoord en er moet rekening mee worden gehouden).

### 2.5.3 Persoonsgebonden factoren

Volgens de meeste onderzoeken spelen de kenmerken van de werkomgeving een grotere rol bij burn-out dan de individuele kenmerken. Er werd echter een biologische gevoeligheid, meer bepaald voor stress, vastgesteld via genetische of epigenetische kenmerken, net als een invloed van de persoonlijkheid of van demografische variabelen (Schaufeli & Enzmann, 1998; Shirom, 2005).

Wat de individuele kenmerken betreft, is het verband tussen enerzijds professionele uitputting en anderzijds het geslacht, de leeftijd of het opleidingsniveau niet bewezen. De resultaten van de studies lopen uiteen.

De leeftijd is de demografische variabele met de sterkste correlatie met burn-out: jongeren zouden meer neiging hebben tot burn-out.

Het “*healthy worker effect*” speelt echter ook mee (Schaufeli & Buunk, 2003; Shah, 2009), waardoor met de leeftijd de werkenden die “bestand” zijn tegen burn-out worden geselecteerd.

Het geslacht lijkt geen belangrijke voorspellende factor van burn-out.

Wat de burgerlijke staat betreft, lopen alleenstaanden en vooral alleenstaande mannen meer risico op burn-out. Sociale ondersteuning van de partner kan immers het effect van burn-out verminderen (Schaufeli & Buunk, 2003).

Hoger opgeleide personen lijken meer gevoelig voor burn-out, waarschijnlijk omdat ze functies met grotere verantwoordelijkheden uitoefenen of omdat ze meer verwachten van hun werk (Maslach, et al., 2001).

Verschillende auteurs vermelden de rol van persoonlijkheidskenmerken in verband met burn-out. Het zou met name kunnen gaan om:

- neuroticisme dat gepaard gaat met een angstige, vijandige en depressieve persoonlijkheid (neiging om de werkelijkheid en de gebeurtenissen als bedreigend, zwaar en problematisch te ervaren);
- aanpassingsstrategieën voor stressvolle situaties (*coping*) die veeleer vermijdend of passief zijn dan strijdbaar of actief;
- een laag zelfbeeld (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003);
- meer vertrouwen op *feeling* dan op reflectie bij het handelen (Maslach, et al., 2001);
- neiging tot perfectionisme, een consciëntieuze persoonlijkheid (methodisch, georganiseerd, verzorgd, nauwgezet, doorzettend enz.);
- de “*locus of control*” en de toeschrijvingstijl (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

In hun review hebben Alarcon et al. (2009) aangetoond dat er een sterk verband bestaat tussen burn-out en zelfrespect, het gevoel doeltreffend te zijn, de “*locus of control*”, emotionele stabiliteit, extravertie, een consciëntieuze persoonlijkheid, optimisme, een proactieve persoonlijkheid, een positieve of negatieve affectiviteit en moed.

Anderzijds hebben sommige mensen hoge verwachtingen van hun werk, zowel wat de aard van het werk als de prestaties op het werk betreft. Enkele studies hebben aangetoond dat als deze verwachtingen weinig realistisch zijn, ze kunnen leiden tot burn-out (Maslach, et al., 2001).

Uit de meta-analyse van By Lee et al. (2011) blijkt van de antecedenten van burn-out een te grote betrokkenheid de factor te zijn die het sterkst gecorreleerd is met emotionele vermoeidheid, terwijl controle het sterkst (negatief) gecorreleerd is met depersonalisatie en bekwaamheid. Aan de andere kant was voldoening op het werk het sterkst gecorreleerd met vermoeidheid, depersonalisatie en bekwaamheid.

Samenvattend kan men stellen dat geen enkele factor met uitzondering van werkdruk, het ontstaan van burnout kan verklaren. Werkdruk verwijst hier dan naar de subjectieve ervaring dat de draaglast hoger is dan de draagkracht. Noch leeftijd noch geslacht blijkt een predictieve factor te zijn. Wanneer oudere werkenden uitvallen, blijkt hun herstelperiode langer te zijn. Uit de verschillende bestaande meta-analyses blijkt dat er steeds minder een sectorrisico wordt teruggevonden. Persoonlijkheidskenmerken lijken zowel beschermend als faciliterend te kunnen werken afhankelijk van de context waarin ze voorkomen.

## 2.6 Interventies

De interventies kunnen verschillen op twee manieren. Langs de ene kant kunnen ze focussen op primaire, secundaire of tertiaire preventie. Langs de andere kant kunnen ze focussen op individuen en individuele uitkomsten (zoals stress, angst, communicatie, fysieke activiteit) of een grote groep werknemers, de organisatie an sich en organisatie-uitkomsten (zoals absentieïsme, employee turnover, werknemerstevredenheid of productiviteit).

### 2.6.1 *Primaire en secundaire preventie*

#### Sociale factoren

De preventieve strategieën voor burn-out moeten rekening houden met de drie geïdentificeerde types risicofactoren. Daarom is het eerst en vooral belangrijk dat de academische, klinische en politieke wereld stappen ondernemen om te wijzen op de dominante positie van de economische wereld ten opzichte van het collectieve en individuele welzijn en daar verandering in te brengen. Burn-out voorkomen of behandelen moet immers ook verlopen via een wijziging van het maatschappijmodel, in plaats van enkel te steunen op aanpassingsoplossingen, medicatie of psychologiseren. Zowel de individuele als de collectieve interventies moeten bijgevolg afgestemd zijn op een nieuwe, “werkbaardere” werkorganisatie waarvoor een draagvlak bestaat bij de sociale partners en de overheid. Het internationale onderzoeksprogramma SALTSA definieerde werkbaar werk als “een systeem dat in staat moet zijn om alle hulpmiddelen en elementen die het gebruikt te reproduceren en te ontwikkelen.” (Docherty et al., 2002). Er moeten dus alternatieven worden gevonden voor de intensieve arbeidssystemen, die het ritme en de werkdruk opdrijven.

Daarom moet de nadruk opnieuw komen te liggen op de kwaliteit van het werk, in elke dimensie, en dient het perspectief van het levenstraject van het individu te worden versterkt. Ook de Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden (Eurofound) promoot deze aanpak, die de analyse van arbeid en aandacht voor het individu in zijn geheel beschouwt.

De betrokkenen uit de wetenschappelijke, de publieke en de professionele wereld moeten het concept levenskwaliteit en de manier om de dynamische dimensie van de trajecten te integreren nog beter definiëren.

In België vermeldt de algemene beleidsnota over werk van 2015 het begrip “werkbaar werk” en wordt dit gedefinieerd als “werk dat je intrinsiek motiveert, voldoende kansen geeft om bij te leren, waar je niet overspannen van wordt en je voldoende ruimte biedt voor gezin, sport en hobby’s”. Volgens Perilleux en Vendramin stellen de verschillende prioritaire actiepunten in deze nota (bijvoorbeeld werkgelegenheid voor oudere werkenden, stress en burn-out, re-integratie van arbeidsongeschikte werkenden) de visie van de organisatie en van het werk niet ter discussie en staan ze niet kritisch tegenover het prestatie-model, hoewel die zaken als mogelijke oorzaken van burn-out worden beschouwd.

Transversale maatregelen kunnen ook worden getroffen om burn-out te voorkomen, zoals het stimuleren van een realistische beeldvorming van het beroep en op schoolniveau rond het coachen van studenten wat jobkeuze of specialisatierichting betreft; of bewustmakingscampagnes over burn-out, bestrijden tegen “workaholisme” en overdreven betrokkenheid bij het werk. Een andere mogelijkheid is om vanaf de kindertijd, en meer bepaald op school, te werken aan bewustmaking voor welzijn, stressbeheersing en andere copingmethodes.

## Individuele en organisationele factoren

Aangezien de situationele en organisationele factoren een belangrijke rol spelen bij uitputting op het werk, moet preventie ook in de organisatie van het werk en het management van mensen worden toegepast.

Uit verschillende studies blijkt echter uit de evaluatie van de doeltreffendheid van de interventies gericht op de organisatie van het werk, dat ze tot tegenstrijdige en soms teleurstellende resultaten leiden (Schaufeli & Buunk, 2003, Van der Klink et al., 2001).

Een recente meta-analyse (Van Hoof et al., in preparation) toont aan dat de bewijzen van organisatie-gerichte interventies gemengd is. Positieve effecten worden soms gevonden voor absenteïsme en werknemerstevredenheid maar in veel andere studies kon geen effect worden gedetecteerd. Er bestaat een consensus dat de reden voor deze gemengde effecten of soms minimale effecten terug te leiden is tot de manier waarop de interventies werden ingebed in de organisatie en niet door de interventie zelf. De meeste studies blijven onduidelijk over hoe de interventies werden geïmplementeerd op de werkvloer. Minimaal zouden studies moeten beschrijven hoe de interventies werd geïmplementeerd, hoe deze werd gepercipieerd door de werknemer(s) en of de leidinggevenden de interventies wel ondersteunen.

De meta-analyse toont ook aan dat in het algemeen individueel gerichte interventies grotere en positievere effecten neerzetten in vergelijking met organisaties en/of gemengde interventies (gericht op individu en organisatie). Meestal gaat het dan om secundaire preventieve interventies waar het individu geleerd wordt beter met stress om te gaan, hulpbronnen te identificeren en te activeren en jobcrafting (kliniek van de arbeid). Het effect van deze individu georiënteerde interventies op de organisatie is minimaal tot verwaarloosbaar. Een verklaring hiervoor is dat deze interventies vaak gericht zijn op een deel van alle factoren die de werknemers gezondheid kunnen beïnvloeden. Sommige auteurs (Maslach et al., 2001 en Schaufeli en Peeters, 2000) menen dat individuele strategieën vrij inefficiënt zijn op de werkplek omdat de personen daar geen controle hebben op de stressfactoren (in tegenstelling tot andere domeinen van hun leven). Volgens deze auteurs heeft het geen nut om mensen te leren omgaan met stress en hen vervolgens naar hun stressvolle werkomgeving terug te sturen.

In praktijk raadt de HGR aan om interventies die gericht zijn op de organisatie en andere die meer gericht zijn op de individuen te combineren (Hätinen et al., 2007) :

- Op organisatorisch niveau sluiten de strategieën aan bij die voor de **preventie van psychosociale risico's**. Het instrument "Knipperlichten Psychosociale Risico's", dat de FOD WASO in 2015 heeft opgesteld, maakt het bijvoorbeeld mogelijk om psychosociale risico's in het bedrijf op te sporen en te bepalen op welk niveau ze voorkomen. Uiteraard is het cruciaal om de preventieve maatregelen aan te passen aan de geïdentificeerde risico's, die sterk kunnen verschillen naargelang de organisatie en de bedrijfssector. Daarom moet er altijd eerst een evaluatie van het psychosociale risico gebeuren om de specifieke antecedenten te identificeren waarop de preventieve maatregelen gericht moeten zijn. Zo zullen interventies voor primaire preventie tegelijk het enthousiasme stimuleren en de stressfactoren in de werkomgeving verminderen (zie punt 2.2 Risicofactoren) om zo burn-out te voorkomen. De meta-analyse van Dreison (2016) heeft aangetoond dat opleiding de doeltreffendste interventie in de organisatie is. De identificatie van de psychosociale risico's, waarin burn-out wordt beoordeeld, kan bovendien ook op zich burn-out voorkomen dankzij de bewustmaking die ervan uitgaat.

- Op individueel niveau moeten de bedrijven voldoende hulpmiddelen ter beschikking stellen aan de werknemers om de negatieve gevolgen van risicofactoren te compenseren (meer bepaald sociale ondersteuning). In dat geval gaat het om **secundaire preventie**: het is de bedoeling om individuen te helpen om te gaan met de stressfactoren op het werk. Deze methodes worden gevormd binnen de ondernemingen, maar ze situeren zich op individueel niveau omdat ze veeleer gericht zijn op de gevoelens van de individuen dan op de organisatie van het werk.

Dit kan bijvoorbeeld via permanente vorming of steungroepen bestaande uit werknemers die ook een burn-out hebben (collega's of chefs), het creëren van ruimtes waar de werknemers kunnen spreken over hun werk en hun problemen en begeleiding bij het zoeken naar middelen om in te grijpen in hun werksituatie en de kwaliteit ervan te verbeteren. Het is de bedoeling om de persoon te helpen competenties en vaardigheden te ontwikkelen om beter te kunnen omgaan met de eisen van het werk (Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001) en zijn evenwicht te herstellen. Het is ook mogelijk om de werknemers te informeren en op te leiden: hen bewustmaken zodat ze eventuele signalen herkennen (bij hun collega's of bij zichzelf), discriminatie en isolement tegengaan door uit te leggen dat de kenmerken van de werkomgeving een grotere rol bij burn-out dan de individuele kenmerken spelen. De hele organisatie moet worden betrokken bij deze opleidingen (hiërarchische lijn, collega's).

Fedris voert op dit ogenblik een onderzoek over secundaire preventie in samenwerking met de Ulg (Prof. I. Hansez) en UGent (Prof. L. Braeckman) om een zorgtraject te ontwikkelen voor personeelsleden die getroffen of bedreigd worden door een werkgebonden burn-outsyndroom als gevolg van een hoog psychosociaal risico (zie bijlage 4). De bedoeling is de medewerkers op het werk te houden of snel te hervatten (op een vroegtijdige stadium van burnout).

### Vroege detectie

De personen die in het bedrijf betrokken zijn bij preventie (bedrijfsartsen, preventieadviseurs) moeten ook alert zijn om risicosituaties **snel vast te stellen**. Ze kunnen zich daarvoor baseren op een reeks individuele en collectieve signalen:

#### **Collectieve signalen:**

- indicatoren in verband met het functioneren van het bedrijf of de structuur: absenteïsme, presenteïsme, turn-over, kwaliteit van het werk, sociale acties, enz.
- indicatoren in verband met de gezondheid en de veiligheid van de werknemers: ongeschiktheid voor het werk, vragen om aanpassing van de functie, werkongevallen, rugklachten, psychische aandoeningen, ernstige of uit de hand gelopen situaties zoals zelfmoordpogingen, pesten, enz.

#### **Individuele signalen:**

Het individu kan bovendien ook verschillende symptomen vertonen die de bedrijfsartsen, preventieadviseurs in psychosociale aspecten, psychologen en huisartsen kunnen vaststellen door zich te baseren op de opeenvolgende symptomen van burn-out (zie punt 2.1.2 Klinische symptomen), zoals vermoeidheid, concentratiestoornissen, prikkelbaarheid, onderschatting van de eigen competenties, verminderde inzet enz.

Deze eerste tekenen moeten niet alleen aanleiding geven tot een individuele behandeling, maar moeten het ook mogelijk maken preventief in te grijpen in de professionele situatie van de werkende. De bedrijfsarts moet meer bepaald zijn rol als collectieve klokkenluider voor preventie van risico's in het bedrijf vervullen als er herhaaldelijk signalen optreden die wijzen op de eerste schadelijke gevolgen voor de gezondheid van de werkenden.

Deze knipperlichten kunnen echter gemakkelijk over het hoofd worden gezien, waardoor burn-out wordt onderschat. Bovendien hebben werkenden met burn-out de neiging om aan het werk te blijven, zodat het bedrijf vaak niet genoeg aandacht aan hen besteedt (Maslach & Goldberg, 1998).

Om een vroege opsporing te vergemakkelijken heeft de Universiteit Gent samen met de *Université de Liège*, de stresskliniek CITES en Arista in opdracht van de FOD WASO een instrument ontwikkeld (beschikbaar op de website van de FOD WASO). Het hoofddoel is beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg (bedrijfsartsen, huisartsen, preventieadviseurs psychosociale aspecten, psychologen) een hulpmiddel aan te reiken om de voortekenen van burn-out op te sporen. Dankzij zijn klinische kennis kan de zorgverlener burn-out vaststellen en de ernst ervan bepalen. Dit instrument dient ook om de zorgverleners de eerste opties voor de behandeling van de werkende te bieden.

Het wordt ingevuld tijdens een gesprek met de werkende. De zorgverlener moet de verschillende symptomen die de werkende vertoont aanvinken volgens de frequentie waarmee ze voorkomen. Deze symptomen kunnen specifiek zijn, maar kunnen allemaal voorkomen bij een werkende met burn-out. Ze staan in volgorde van belang vermeld in elke categorie: fysieke, cognitief-affectieve en gedragsmatige symptomen. De logica van dit instrument is om zich te baseren op de waarneming van de zorgverlener (klinisch oordeel) en niet op een minimaal aantal symptomen die de werkende vertoont (hoewel werd vastgesteld dat een werkende met burn-out gemiddeld acht symptomen vermeldt).

Met het oog op een follow-up van de werkende en samenwerking met andere zorgverleners is het ook interessant om de verschillende onderdelen van het opsporingsinstrument in de loop van de verschillende ontmoetingen met de werkende met burn-out te kunnen vergelijken. Dezelfde zorgverlener kan het instrument dus verschillende keren invullen tijdens opeenvolgende bezoeken. Dit kan ook gebeuren door verschillende zorgverleners.

## 2.6.2 *Tertiaire preventie*

### 1. *Inleiding*

Burn-out moet worden gezien als een alarm dat oproept om een niet-duurzame levenswijze op te geven. Het is dus nodig om in te grijpen in de persoonlijke en professionele sfeer van het individu en hem de kans bieden om achtereenvolgens uit te rusten, erbovenop te komen, na te denken, zin te krijgen om opnieuw aan de slag te gaan en tot slot het werk te hervatten.

De literatuur verschaft veel minder gegevens over de curatieve aspecten van burn-out dan over het preventieve aspect. Bovendien zijn preventie en behandeling niet altijd goed uit elkaar te houden (Maslach & Goldberg, 1998; Weber & Jaekel-Reindhard, 2000), omdat de voorgestelde therapeutische programma's er meestal op gericht zijn om de symptomen van burn-out te verminderen maar ook een proces van professionele heraanpassing te bevorderen, wat behoort tot de tertiaire preventie.

De ondernomen acties moeten in elk geval zowel de werkende als zijn werkomgeving aanpakken zodat dezelfde oorzaken niet opnieuw tot dezelfde gevolgen leiden (eventueel ook bij andere werkenden).

In hun literatuurreview stellen Awa et al. (2010) immers vast dat interventies die op de persoon gericht zijn professionele uitputting verminderen op korte termijn (6 maanden of korter), terwijl een combinatie van deze interventies en interventies die gericht zijn op de werkomgeving een positief effect heeft op langere termijn (12 maanden en langer).

Westermann et al. (2014) komen tot dezelfde conclusies, hoewel daar volgens hen slechts beperkt bewijs voor bestaat. Deze nood aan een geïntegreerde aanpak wordt bevestigd door Grosch en Olsen, die geciteerd worden in een artikel van Farber (2000) en een artikel van Friedeman (2000). Blonk et al. (2006) hebben eveneens aangetoond dat een interventie met een combinatie van technieken die enerzijds op het individu en anderzijds op het werk gericht zijn, een statistisch significant effect heeft op de voltijdse of deeltijdse werkhervatting. De positieve effecten van de interventie nemen echter na verloop van tijd af, behalve als ze structureel worden ingebed en/of booster-sessies worden gehouden. Door de aangepaste wetgeving in België verwachten we dat bedrijven meer gaan inzetten op deze werkfactoren zodat de duurzaamheid van de positieve effecten van de preventieve maatregelen kan gefaciliteerd worden.

De behandeling van burn-out vereist dus een combinatie van een verandering of aanpassing van de werkomgeving, verschillende vormen van counseling en revaliderende en explorerend psychotherapie (Ahola, et al., 2007; Schaufeli & Buunk, 2003) die gericht is op werkhervatting.

## 2. *Individuele interventies*

### Stoppen met werken

De interventie voor werkenden met burn-out omvat meestal stoppen met werken gedurende twee à drie maanden.

In Nederland doet er ook een nieuw soort beleid zijn intrede waarbij de persoon herstelt van de symptomen tijdens de werkhervatting in plaats van eerst te herstellen en dan pas opnieuw te gaan werken (Nieuwenhuijsen, 2004; van der Klink, 2002).

Er is immers een verschil tussen psychopathologie en arbeidsongeschiktheid: een psychische stoornis belet iemand niet altijd om te werken. De literatuur over “vaak voorkomende mentale gezondheidsproblemen” geeft ook duidelijk aan dat er moet worden gewerkt aan de werkhervatting zodra de crisissituatie geweken is. Deze opdeling tussen psychopathologie versus arbeidsongeschiktheid is een nieuw paradigma in de geestelijke gezondheidszorg. Langdurige afwezigheid van het werk omwille van ziekte blijkt voor heel wat aandoeningen (bijvoorbeeld rugziekten) de verbetering van klachten en de volledige genezing te vertragen.

Iemand laten stoppen met werken kan nodig zijn om risico te voorkomen maar zonder begeleiding leidt het in elk geval nergens toe. Er moet minstens om de drie weken begeleiding van het proces gebeuren en op het juiste moment moeten er aangepaste interventies plaatsvinden. De therapie moet activerend werken, gericht zijn op oplossingen en op het herstel van het functioneren. De behandeling vereist ook een actieve inbreng van de persoon en zijn omgeving in het proces.

### Begeleiding

Deze begeleiding moet gebeuren door een opgeleide beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, wat wil zeggen dat hij beschikt over klinische expertise en kennis van het werkmilieu en psychodiagnostiek, en die onafhankelijk van de werkgever of andere controle-instanties is. Een opleiding in de kliniek van de arbeid is een must (zie punt 2.4 Opleiding van de zorgverleners). Verder is een kritische houding vereist ten opzichte van de vele coaches en therapeuten die zichzelf voordoen als specialisten inzake burn-out zonder over de nodige competenties te beschikken. Er moet ook aandacht zijn voor de interventiemodules die worden ontwikkeld in de professionele omgeving zelf (bijvoorbeeld door de preventiediensten).



Het is niet de taak van deze structuren en evenmin van bedrijfsartsen om een diagnose te stellen en/of een therapie uit te voeren, waardoor dit aanbod verschillende ethische en deontologische vragen oproept, meer bepaald in verband met het medisch beroepsgeheim of de vrije keuze van zorgverlener van de persoon. Die zou zich immers psychologisch verplicht kunnen voelen om het voorstel te aanvaarden (om financiële redenen, om een conflict met de werkgever te vermijden enz.). Het aanbod van het bedrijf plaatst de persoon bovendien in een ondergeschikte positie en belet hem om alle mogelijkheden voor het verdere verloop van zijn carrière echt te bekijken. Door deze behandeling aan te bieden aan de persoon bestaat ook het risico dat het bedrijf zich ontdoet van al zijn andere verantwoordelijkheden.

Volgens de multidisciplinaire richtlijnen van Nederland (2011) gebeurt de begeleiding in drie fasen:

- De eerste fase is de crisisfase. Inzicht en aanvaarding zijn de basisvoorwaarden om verder te kunnen gaan. De persoon moet immers de verschillende gevoelens (ongerustheid, woede, schuldgevoel, schaamte, mislukking, angst enz.) die hij ervaart kunnen identificeren en aanvaarden om er vervolgens aan te werken. Deze fase duurt minimaal 1 à 3 weken, waarin periodes van rust en van activiteit elkaar moeten afwisselen. De zorgverlener moet uitleg en inzicht verschaffen, de klachten toelichten en advies geven over de dagelijkse structuur. De hulp moet kort, snel en direct zijn.
- De tweede fase betreft de problemen en oplossingen (gemiddeld 3 à 6 weken). Tijdens deze fase moet de persoon worden gestimuleerd om uit zijn individuele positie te treden en een algemenere visie te krijgen, zodat hij oplossingen kan vinden voor de factoren die mede hebben geleid tot burn-out. Het is de bedoeling dat de hulpmiddelen van de persoon overeenstemmen met de eisen van de functie. De persoon moet de kans krijgen om de sterke punten, de hulpmiddelen en de zwakke punten van het beroep te identificeren. Hij kan ook bepalen wat hij verwacht van zijn werk, wat werk voor hem betekent, hoeveel belang hij eraan hecht en hoe hij zijn verwachtingen kan waarmaken, ook met betrekking tot de hoeveelheid werk die nodig is en de stress die hij denkt aan te kunnen. Niet ingeloste of onrealistische verwachtingen spelen een belangrijke rol bij burn-out. Het is dus belangrijk om te begrijpen welke aspecten van het werk niet verenigbaar zijn met de doelstellingen, verwachtingen of persoonlijkheid van de werkende. Daarna is het mogelijk meer constructieve aanpassingsmodellen op te stellen en andere professionele perspectieven te verkennen. De interventie focust dus op het in evenwicht brengen van de prestatie-eisen en de beschikbare hulpmiddelen, op het corrigeren van disfunctionele attitudes en gedragingen en op het vermogen om een levensstijl aan te nemen die aansluit bij de waarden en de doelstellingen die cruciaal zijn voor de persoonlijke identiteit.
- De derde fase betreft de toepassing van de oplossingen (gemiddeld 3 à 6 weken). In de toepassingsfase wordt de persoon gestimuleerd om de gevonden oplossingen toe te passen in zijn dagelijkse leven (werk, privé, sociaal) om beter aan te sluiten bij zijn behoeften. Er worden acties ondernomen om de vastgestelde bronnen van stress te verminderen en de werkende te helpen een manier te vinden om te reageren op de omstandigheden die hebben geleid tot burn-out. De persoon moet zelf een schema met zowel persoonlijke als sociale activiteiten opstellen, waarin ook het werk is opgenomen. Er moet een evenwicht worden gevonden tussen de tijd die wordt doorgebracht op het werk en thuis.

De persoon zou in gemiddeld drie maanden in staat kunnen zijn om opnieuw te functioneren en zijn sociale rol op te nemen. Deze duur is uiteraard slechts een indicatie, want hij kan sterk verschillen per persoon. Afhankelijk van de persoon en van zijn initiële toestand (meer bepaald vermoeidheid) kan er meer tijd nodig zijn. Vanuit klinisch oogpunt lijkt drie weken vaak te weinig om te herstellen tijdens de crisisfase. De aanwezigheid van stabilisatie qua klachten en functioneren kunnen indicatie geven : er wordt geen verdere achteruitgang verwacht gezien de contextfactoren; in staat zijn om 4u doorlopend actief te zijn. Wanneer door omstandigheden vroegtijdige werkhervatting op de werkvloer niet mogelijk is, dient aan vrijwilligerswerk te worden gedacht om de betrokkene verder te activeren. Er moet speciale aandacht gaan naar energiecontrole zodat de persoon kan leren om zijn energie te verdelen en de nodige pauzes in te lassen om zijn energietoestand duurzaam te verbeteren.

De rol van de zorgverlener zal uiteraard evolueren volgens de fase van het zorgtraject maar de consultaties in het kader van de kliniek van de arbeid zullen meestal de volgende taken omvatten (FEDRIS, 2017):

- Luisteren en praten over de toestand op het werk en daarbij ruimte laten voor subjectiviteit en het leed erkennen;
- De betrokkene de persoonlijke en collectieve (meer bepaald organisatorische), maar ook de medische en wettelijke hulpmiddelen laten identificeren om hem in staat te stellen opnieuw grip te krijgen op zijn situatie;
- De betrokkene laten nadenken over de middelen om opnieuw zin te geven aan zijn werk en werken aan zijn verwachtingen zodat ze beter aansluiten bij de reële werksituatie;
- Individuele ondersteuning en carrièrebegeleiding bieden door de betrokkene te helpen de balans van zijn carrière op te maken en samen met hem te bepalen wat hij nog kan of wil doen. Eventueel met de betrokkene op basis hiervan een nieuw professioneel project uitstippelen;
- Samen met de betrokkene bepalen welk soort ondersteuning en psychologische begeleiding eventueel nodig is: specifieke individuele technieken zoals een cognitieve, gedragsmatige, emotionele of lichamelijke therapie (bv. relaxatie); of collectieve technieken met onder andere opleidingen van het type “*self-management skills*” (bv. stressbeheersing, het herwinnen van energie) of ondersteuningsgroepen met andere personen met burn-out;
- Met de betrokkene de mogelijkheid bespreken om een multidisciplinaire vergadering met het werk te organiseren en in voorkomend geval de werkende voorbereiden op dit gesprek over de werkomstandigheden om na te denken over aan het werk blijven (bv. verduidelijking van de rol, de verantwoordelijkheden, het soort ondersteuning door de rechtstreekse chef, de hoeveelheid werk/werktijd) of over de werkhervatting als hij momenteel met ziekteverlof is (bv. progressieve werkhervatting, aangepaste werkomstandigheden, voorbereiding van de collega's en van de hiërarchische lijn). De zorgverlener zal de werkende de kans bieden gebruik te maken van analyse-elementen en vragen te stellen aan de werkgever om hem zo voor te bereiden om met adequate elementen te onderhandelen over het blijven doorwerken/de werkhervatting.

De zorgverlener zorgt ook voor de organisatie en de follow-up van de ondersteuningssessies en psychologische begeleidingssessies die de betrokkene nodig heeft, stelt sessies van psycho-educatie voor over stress, burn-out, depressie, verbetering van stressbeheersing, conflictoplossing, sociale interactie, hervalpreventie, loopbaanoriëntatie en aanpassingsstrategieën, meer energie en een betere slaap en levensstijl.

### 3. Therapeutische interventies

De behandeling omvat ook het toepassen van diverse therapeutische strategieën. Zoals alle psychiatrische en psychotherapeutische interventies moet de individuele interventie een multidimensionale aanpak volgen. Omdat het klinische beeld complex is, is het niet mogelijk om op elke burn-out dezelfde interventiestrategie toe te passen. Bovendien is het moeilijk, gezien de diversiteit in de studies qua interventies, methoden, doelstellingen enz om duidelijke aanbevelingen te geven over de op te zetten interventies.

Er bestaat voldoende bewijs in de literatuur om aan te raden de principes van de **cognitieve gedragstherapie** te gebruiken voor de interventies. De cognitieve gedragsmatige interventies zijn ook de meest bestudeerde dus dit resultaat kan gewoon voorkomen omdat er weinig andere therapeutische technieken werden onderzocht tot op heden.

Cognitieve gedragstherapie is immers bijzonder geschikt om te werken aan een negatief zelfbeeld, disfunctionele attitudes en aanpassingsstrategieën en interpersoonlijke problemen. Het is zo mogelijk om technieken te gebruiken die gericht zijn op het ontwikkelen van het aanpassingsvermogen en op de beoordeling van hun doeltreffendheid om problemen op te lossen of de emotionele druk in een stresssituatie te verminderen (Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000). Dit soort interventie is bij beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg met werkgerelateerde uitputting vrij doeltreffend gebleken, zelfs een jaar later (Schaufeli & Enzmann, 1998). Terluin et al. (2005) heeft eveneens aangetoond dat cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapieën doeltreffend kunnen zijn.

Hoewel er nog verder onderzoek naar dit onderwerp nodig is, werden er ook positieve resultaten geboekt met andere psychotherapeutische methodes zoals trainingen in zelfbewustzijn of psychosociale of relationele vaardigheden (Awa, et al., 2010), net zoals met het aanleren van ontspanningsoefeningen (Schaufeli & Buunk, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000; Van Rhenen et al., 2005) of andere interventies met **lichaamstherapieën**. Die bevorderen immers diepe ontspanning en verbeteren de perceptie van het lichaam (of lichaamsbewustzijn), die meestal slechter is bij stress. Dat versterkt het proces van een nieuwe bewustwording van zichzelf en de eigen hulpmiddelen. Voor ontspanningsoefeningen komen verschillende procedures in aanmerking zoals progressieve spierontspanning, autogene training (zelfontspanning), qi gong en yoga. De Zwitserse aanbevelingen focussen op het regelmatig uitvoeren van aandachtsoefeningen die leiden tot ontspanning, duurzame stressverlaging, een grotere sereniteit en een betere zelfaanvaarding. Ze raden aan om personen met burn-out te stimuleren om regelmatig in groep aandachtsoefeningen uit te voeren die kunnen worden aangevuld met individuele oefeningen. Zo is de methode "*Mindfulness-based Stress Reduction*" (MBSR) voor stressverlaging, die gebaseerd is op achtzaamheid (Kabat-Zinn & Kroh, 2006; Lehrhaupt et al., 2013), eenvoudig aan te leren, weinig belastend en doeltreffend. Volgens Van Hoof et al. (in preparation) levert mindfulness training met de focus op het verbeteren van de zelfregulatietechnieken van een individu positieve effecten op voor de individuele medewerker, zij het zonder effect op de organisatie an sich. De HAS (2017) raadt eveneens interventies aan die gericht zijn op de persoon, zoals ontspanning en psycho-corporele technieken (gecombineerd met organisatorische interventies).

De evaluatie van deze interventies levert echter tegenstrijdige resultaten op en het effect blijft vaak beperkt tot een vermindering van de emotionele uitputting, zonder impact op depersonalisatie of persoonlijke bekwaamheid (Awa, et al., 2010; Halbesleben & Buckley, 2004; Maslach, et al., 2001; Schaufeli & Buunk, 2003).

Uit een meta-analyse blijkt dat individuele strategieën zoals cognitieve en gedragsmatige interventies, ontspanningstechnieken en meervoudige interventies (bijvoorbeeld een combinatie van de twee) doeltreffend zijn om stress op het werk te verlagen (Schaufeli & Peeters, 2000; Van der Klink et al., 2001). Daarvan zijn de cognitieve en gedragsmatige interventies het doeltreffendst. Een meta-analyse uit 2008 bevestigt deze vaststelling (Richardson & Rothstein, 2008) en uit een review van Regehr et al. (2014) blijkt eveneens dat cognitieve, gedragsmatige en op mindfulness gebaseerde interventies doeltreffend zijn om stress te verlagen bij studenten geneeskunde en praktiserende artsen en dat deze technieken kunnen helpen om burn-out bij artsen te verminderen.

De cognitieve en gedragsmatige technieken lijken immers een positieve invloed te hebben op bepaalde psychologische parameters, terwijl ontspanningstechnieken meer impact hebben op de fysiologische parameters (Murphy, 1996). Combinatietherapieën met de twee blijken het meeste effect te hebben.

Een recente meta-analyse (Van Hoof et al., in preparation) toont aan dat er meer en meer wetenschappelijke ondersteuning is voor de **positief psychologische interventies**. (Bohlmeijer et al., 2014, Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013; Fava et al., 2011; Fava & Tomba, 2009; Fava et al., 2005; Fava et al., 2004; Fava et al. 1998). De positief psychologische interventies worden vaak aangeboden als welbevindentherapie en starten vanuit de sterkten van betrokkene. De welbevindentherapie is een gestructureerde, directe interventies van 8 sessies en gebaseerd op ene model van psycho-educatie (Fava & Tomba, 2009). In de eerste fase van de behandeling registreert de patiënt de momenten dat hij zich goed voelt of welbevinden ervaart. Ook registreert hij de intensiteit van dit welbevinden, de omstandigheden en de gedachten die deze momenten (vroegtijdig) doen ophouden. Op deze wijze ontstaat inzicht bij de patiënt in wat voor hem belangrijke behoeften zijn en wat barrières (zoals cognities) zijn om gedurende langere tijd welbevinden te ervaren. Het gaat om het vermogen om vanuit zelfacceptatie en autonomie authentieke keuzen te maken die zijn gericht op persoonlijke groei en zinvolle doelen. Ook gaat het om vertrouwen te hebben in de eigen mogelijkheden om die doelen te realiseren, en om dit in de context van positieve relaties en de samenleving te realiseren. Wanneer mensen in staat zijn om op deze wijze te leven, kunnen zij beter omgaan met grotere en kleinere tegenslagen en neemt de kans op het ontstaan van psychische stoornissen af.

Zowel de cognitieve gedragstherapeutische aanpak als de positief psychologische interventies hebben volgens deze meta-analyse een effect op organisatorische uitkomsten, namelijk absenteeïsme.

Daarnaast vinden we in deze meta-analyse positieve effecten voor acceptance & commitment therapy, stress inoculatietherapie en stressmanagement training, vaardigheidstraining (communicatie, conflictmanagement, time management, ...). Wisselende resultaten vinden we voor multimodale interventies (cognitieve gedragstherapie en mindfulness bijvoorbeeld), employee assistance programs.

Hoewel de literatuur momenteel niet voldoende bewijs van de doeltreffendheid biedt, is een interpersoonlijke aanpak of een **systemische aanpak** waarbij de partner of de familie betrokken is een optie, want burn-out veroorzaakt vaak interpersoonlijke problemen (Hochstrasser et al., 2016). De medewerking van de omgeving is echter ook belangrijk omdat sociale ondersteuning, en vooral sociale ondersteuning in de professionele sfeer, cruciaal is om burn-out te overwinnen. Het is dus belangrijk om deze relaties nieuw leven in te blazen nadat ze misschien verwaterd zijn als gevolg van de burn-out, want vaak creëert de persoon afstand met wie hem wil helpen.

Personen met burn-out stellen zich meestal veel vragen bij de zin van wat ze doen en vinden dat hun levensstijl, die tot dan gericht was op presteren en succes, niet past bij hun veranderde waarden en doelstellingen. Het is ook bijzonder nuttig om dit actief te bespreken tijdens de behandeling. Hoewel de literatuur geen bewijs levert van de doeltreffendheid van deze aanpak is het van belang dat de arts op zijn minst openstaat voor dit **existentiële perspectief** (Hochstrasser et al., 2016) en de persoon die zijn leven een andere wending wil geven kan ondersteunen.

Volgens de Zwitserse aanbevelingen (Hochstrasser et al., 2016) vormt matige **sportbeoefening** die aangepast is aan de fysieke mogelijkheden van de persoon een essentieel onderdeel van de behandeling van burn-out. Dit helpt stress te verminderen, vormt een aanvulling op een behandeling met antidepressiva en brengt structuur in de dag. In de praktijk zijn alle sporten van toepassing, maar vooral aerobics en sporten met weinig kans op lichamelijke letsels of gewrichtsschade worden aanbevolen.

Tot slot kan een **neuropsychologische behandeling** nuttig zijn bij problemen op het vlak van concentratie, begrip, aandacht, geheugen enz. Deze cognitieve achteruitgang houdt immers vaak aan nadat de andere symptomen al verdwenen zijn waardoor de professionele re-integratie kan mislukken.

Voor **geneesmiddelen** is er in principe geen plaats in de behandeling van burn-out en de huidige richtlijnen raden ze ook niet aan. Er bestaat meer bepaald een risico dat de persoon een verbetering toeschrijft aan het geneesmiddel en niet aan zijn eigen daden en kracht.

De doeltreffendheid van antidepressiva als eerstelijnsbehandeling van burn-out is in elk geval niet bewezen (LVE, NHG, NVAB, 2011). Die zijn immers niet doeltreffend bij een lichte of matige majeure depressie. Bijgevolg zijn ze blijkbaar ook niet doeltreffend bij nog lichtere klachten zoals burn-out. Dit soort behandeling wordt echter vaak voorgesteld omdat burn-out wordt verward met een depressie. Personen met burn-out zijn echter vaak in staat te genezen zonder gebruik van psychotrope middelen. Het volstaat vaak om te praten, steun te krijgen en verschillende copingmethodes toe te passen.

Farmacologische behandelingen (antidepressiva) kunnen niettemin worden voorgesteld bij een depressieve stoornis, afhankelijk van de aard en de ernst van de symptomen (Ahola et al., 2007; Weber & Jaekel-Reindhard, 2000).

Er moet bijzondere aandacht worden geschonken aan slaaphygiëne en de behandeling van bestaande slapeloosheid.

#### *4. Werkhervatting en interventies in de organisatie*

Om de terugkeer naar het werk te bevorderen en het risico op terugval te vermijden, is het belangrijk om de risicofactoren voor burn-out in de werksituatie aan te pakken. De werkende mag niet opnieuw in dezelfde werkomgeving terecht komen. De werkhervatting dient te worden voorbereid met de persoon en zijn persoonlijke en professionele omgeving (werkgever, human resources, rechtstreekse chef, collega's en bedrijfsarts) en er moet een veilige overgangsruimte en -periode gegarandeerd zijn waarin de persoon opnieuw een professionele identiteit kan aannemen. Zo moet meer bepaald de welwillendheid van de werkomgeving verzekerd zijn.

Er moet dus zo snel mogelijk een nauwe samenwerking tot stand komen tussen de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg (arts, psychiater, psycholoog) en de werkomgeving (bedrijfsarts, adviserend geneesheer, preventieadviseur enz.)<sup>4</sup>. Een goede samenwerking tussen de zorgverleners is immers nodig om te garanderen dat de methodes die elke persoon gebruikt coherent zijn.

<sup>4</sup> Hiervoor kunnen ook de rapporten van de FOD WASO over de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen worden geraadpleegd (Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de verzekeringsarts en de bedrijfsarts, 2011 en Validering van voorstellen uit project over samenwerking tussen artsen, 2013).

De zorgverleners moeten zich ook goed bewust zijn van de grenzen van hun bevoegdheid en weten wanneer ze de hulp van een andere zorgverlener moeten inroepen. De behandelende beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg moet dus contact hebben met het werkmilieu en er concrete invloed op kunnen uitoefenen. Hij moet de persoon bij staan tijdens een gesprek met de werkgever en pleiten voor een progressieve re-integratie en voor de noodzakelijke aanpassingen van de werkpost.

De toestemming van de persoon is nodig voor de informatie-uitwisseling: in dit kader moeten het medisch beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van de medische en persoonlijke gegevens natuurlijk bewaard blijven. Idealiter vindt dit overleg plaats tussen zorgverleners die passen in het kader van het koninklijk besluit dat de gezondheidszorgberoepen regelt om het gedeelde beroepsgeheim te garanderen.

Het koninklijk besluit “re-integratie” van 28 oktober 2016, dat van kracht werd op 1 december 2016, beoogt de re-integratie van het werk door langdurig arbeidsongeschikte werkenden door hen tijdelijk of definitief aangepast of ander werk te geven. Hoewel de procedure nog steeds op vrijwillige basis gebeurt, kan de werkgever nu ook zelf om een re-integratietraject voor zijn zieke werkenden verzoeken als de ongeschiktheid langer van 4 maanden duurt. Het KB voorziet voor dit re-integratietraject in overleg tussen de bedrijfsarts, de adviserend geneesheer, de behandelende geneesheer, de werkgever en de werkende. Dit koninklijk besluit stimuleert ook het collectieve aspect van het re-integratiebeleid in het bedrijf: het bepaalt dat de werkgever regelmatig overlegt met het comité voor preventie en bescherming op het werk over de mogelijkheden op collectief niveau van aangepast of ander werk en de maatregelen voor aanpassing van de werkposten.

In deze context wordt momenteel onderzoek gevoerd door het Centrum voor Omgeving en gezondheid aan de KU Leuven met als doel een traject te ontwikkelen voor werkenden die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out om hun terugkeer naar het werk te bevorderen. Zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte maatregelen zullen opgenomen worden. Alle actoren (huisarts, psycholoog, bedrijfsarts, adviserend geneesheer, werkgever, leidinggevende ...) zullen betrokken worden met een specifieke aandacht voor de communicatie tussen hen.

Er bestaan verschillende mogelijkheden voor de werkhervatting, zoals een volledige verandering van of voortzetting van de vroegere projecten, door te voorzien in een progressieve follow-up (zeer streng in het begin en vervolgens aangepast) om ervoor te zorgen dat de werkdruk aangepast is en om stapsgewijs het belang van de activiteit en de prioriteiten opnieuw te bespreken.

Een gedeeltelijke werkhervatting kan de persoon ook helpen om vervolgens opnieuw voltijds aan de slag te gaan (als de werkomstandigheden aangepast zijn) dankzij diverse mechanismes zoals succeservaringen, het gevoel doeltreffend te zijn en controle te hebben enz. (Blonk, et al., 2006).

Het is overigens niet aan te raden om te snel van werk te veranderen, want dat kan het gevoel van mislukking versterken en ervoor zorgen dat de persoon vanuit een slechte basis start in een nieuwe omgeving. Het is beter om te proberen de problemen in de huidige functie te identificeren en de bronnen van stress aan te pakken.

Als alle pogingen om de bronnen van stress uit te schakelen of de werkomgeving te veranderen hebben gefaald, moet er omzichtig worden nagedacht over hoe het verder moet, door bijvoorbeeld een realistisch beeld te schetsen van het ideale werk.

Naast de behandeling van de werkende en de voorbereidingen om zijn werkhervatting zo goed mogelijk te laten verlopen moet het bedrijf meer algemeen de werkgerelateerde factoren identificeren die het ontstaan en de ontwikkeling van burn-out (hebben) kunnen bevorderen en collectieve preventiemaatregelen treffen door de al eerder besproken strategieën voor primaire preventie toe te passen.

Bovendien zijn de formalisering en de transparantie van de begeleiding essentieel voor de terugkeer van de werkende, maar ook voor de gehele werkomgeving, die daardoor ziet dat het bedrijf zich bewust is van het bestaan en de ernst van het onderwerp en aangepaste preventieve maatregelen treft.

Er zijn enkele studies die werkhervattingstrajecten onder de loep nemen met een positief effect als gevolg. Werkhervattingstrajecten faciliteren de terugkeer naar de werkvloer, voorkomen herval en focussen op het reduceren van absentieïsme. Deze studies werden nog wel te weinig in een vergelijkende studie onderzocht (in vergelijking met andere interventies en/of wachtlijstprocedures).

Het kan ook nuttig zijn om in het bedrijf ruimtes voor ondersteuning en discussie in verband met het werk te creëren om stigmatisatie van de persoon te vermijden.

## 2.7 Voorspelling

Er bestaan veel studies over de voorspellende factoren maar de kwaliteit van bepaalde studies, de verschillen in de gebruikte definities, het verschil in de onderzochte factoren en de verschillen in de toepassing maken het moeilijk om conclusies te trekken.

Het is niet mogelijk conclusies te trekken uit de meta-analyses en er is geen bewijs dat ons in staat stelt om specifieke voorspellende factoren te vinden, behalve dat er heel veel uiteenlopende en vaak tegenstrijdige factoren bestaan in verband met een uitgestelde werkhervatting.

Op basis van de review van Dekkers-Sanchez, waarin risicofactoren voor lang absentieïsme werden aangetoond, raden de Nederlandse aanbevelingen niettemin aan dat zorgverleners (arts, psycholoog, bedrijfsarts) bijzondere aandacht zouden hebben voor personen die:

- ouder zijn dan 50;
- een grote verzuimhistorie hebben (meer dan 100 dagen in de voorgaande 12 maanden);
- voor terugkeer naar werk belemmerende en op angst gebaseerde overtuigingen hebben, signalen van vermijding vertonen of bekend zijn met een passieve copingstijl;
- niet zelf vertrouwen op hun mogelijkheid tot een voorspoedige terugkeer naar werk (verwachten niet terug te kunnen keren naar werk of denken daar meer dan 3 maanden voor nodig te hebben);
- in de klachtpresentatie vermoeidheid sterk op de voorgrond hebben staan.

## 2.8 Opleiding van de behandelende beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg

### 2.8.1 *Inleiding*

Om personen met burn-out een kwaliteitsvolle behandeling te bieden, vond de HGR het belangrijk om te definiëren over welke competenties de zorgverleners moeten beschikken die de diagnose (anamnese, diagnose, differentiële diagnose) zullen stellen en de behandeling zullen leiden van de werkenden bij wie de huisarts of de bedrijfsarts in de eerste lijn burn-out heeft vastgesteld.

Het is namelijk belangrijk dat deze beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg over een klinische ervaring beschikken en bekend zijn met het werkmilieu, wat een specifieke opleiding vereist.

Om een beschrijving te kunnen geven van de opleidingsinhoud voor de zorgverleners die personen met burn-out zullen begeleiden, wordt er eerst een overzicht opgesteld van de bestaande opleidingen in verband met primaire, secundaire en tertiaire preventie van burn-out, zowel op nationaal als internationaal niveau.



Deze eerste inventaris wordt afgerond met een review van de wetenschappelijke literatuur over de vereiste competenties van de zorgverlener voor de behandeling van burn-out. Tot slot worden er suggesties gedaan voor de opleiding van de zorgverleners voor burn-out. De doelstellingen van de opleiding, de thematische inhoud van de opleiding en de doelgroep worden beschreven.

### 2.8.2 Overzicht van de opleidingen voor de behandeling van burn-out

Het zoeken naar informatie over de opleidingen voor de behandeling van burn-out die beschikbaar zijn in het Frans gebeurde via Google, aan de hand van sleutelwoorden zoals opleiding burn-out, en door universitaire sites te raadplegen. Dankzij de opzoeken was het mogelijk om een onderscheid te maken tussen instellingen die korte opleidingen over burn-out (1 of 2 dagen), opleidingen over burn-out van meer dan 10 dagen, andere niet-academische opleidingen die indirect verband houden met de behandeling van burn-out (bv. voor *disability management*) en academische opleidingen aanbieden.

In Vlaanderen wordt het merendeel van de opleidingen georganiseerd door commerciële initiatieven. Een veel kleiner aantal wordt georganiseerd door erkende opleidingsinstituten zoals SYNTRA, CBTRA, centrum voor afstandsonderwijs, *The Human Link* of het Huis voor Veerkracht.

Met betrekking tot de vooropleidingen wordt er zelden gewag gemaakt van enige terughoudendheid in inclusie. Alle vooropleidingen zijn welkom. Zo geeft men in HRAcademy differentiaaldiagnostiek aan niet-psychologen. Alleen *The Human Link* en het Huis voor Veerkracht hanteren selectiecriteria, respectievelijk klinisch psycholoog met een minimum aantal jaren ervaring en supervisie per kalenderjaar voor het Huis voor Veerkracht (referentie: [www.reboarding.be](http://www.reboarding.be)).

Binnen de opleiding NIDMAR wordt de nadruk gelegd op het *disability case management* en het faciliteren van werkbekwaamheid. Het onderscheid tussen psychopathologie/psychische aanpassingsproblemen en werkonbekwaamheid wordt scherp gesteld. Binnen de werkonbekwaamheid wordt dan gekeken naar werkpotentieel en het katalyseren van dit laatste. De opleiding is voor een verscheiden publiek en dus de voorkennis is geheel divers. Wanneer we kijken naar het toepassingsgebied is ook dit erg divers. Coaching, loopbaancoaching, bedrijfscoaching, psychotherapie en klinisch psychologische interventies lopen door elkaar. Prijzen variëren van € 35 tot € 250 per sessie. Kwaliteitsmonitoring wordt benoemd binnen de initiatieven van het Huis voor Veerkracht (referentie: [www.reboarding.be](http://www.reboarding.be)), verder is informatie niet terug te vinden (wat dus niet wil zeggen dat deze niet gebeurt).

Voorbeelden van elke soort opleiding zijn opgenomen als bijlage 2.

### 2.8.3 Competenties van de zorgverleners in de literatuur

Om de competenties te bepalen die nodig zijn om hulp te kunnen bieden bij burn-out werden er opzoeken verricht in verschillende databases, meer bepaald in ERIC (opleiding) en in PsychInfo (psychologie) met combinaties van de sleutelwoorden "*skills; care; burnout; disability management*" en in CAIRN (menswetenschappen en sociale wetenschappen) met de sleutelwoorden "referentiesysteem voor competenties burn-out" en "behandeling burn-out competenties". Deze opzoeken werden aangevuld met onderzoek in *Google Scholar*.

Het doorzoeken van de wetenschappelijke literatuur leverde geen gevalideerd referentiesysteem op van competenties van de zorgverleners die belast zijn met de behandeling van burn-out. Er zijn voornamelijk artikelen te vinden over de te ontwikkelen competenties om zelf te herstellen van een burn-out of om deze te vermijden.

Er bestaan echter een aantal artikelen over "*disability management*" en meer bepaald de competenties van de "werkhervattingscoördinatoren" (*return to work coordinators*).

In verband hiermee definiëren Gardner, Pransky, Shaw, Hong, & Loisel (2010) 10 competentiegroepen voor de werkhervattingscoördinatoren: (1) individuele kenmerken, (2) adequate basiskennis, (3) houding “werkhervatting”, (4) organisatorische en administratieve vaardigheden, (5) evaluatievaardigheden, (6) communicatieve vaardigheden, (7) relationele vaardigheden, (8) conflictoplossende vaardigheden, (9) probleemoplossende vaardigheden en (10) vaardigheden ter bevordering van de werkhervatting. Volgens Saint Arnaud en Pelletier (2013) hangt het succes van de interventies meer af van werkgerelateerde competenties, competenties op het vlak van communicatie, bemiddeling en conflictoplossing dan van competenties die voortvloeien uit een opleiding in gezondheidswetenschappen.

Bohatko-Naismith, James, Guest & Rivett (2015) delen de competenties in volgens 3 hoofdthema's:

- Communicatieve vaardigheden: actief luisteren, onderhandelingsvaardigheden, conflictoplossende vaardigheden, probleemoplossende en bemiddelende vaardigheden, interpersoonlijke vaardigheden, vaardigheden voor advies en begeleiding, organisatorische vaardigheden;
- Kenmerken van de “werkhervattingscoördinator”: empathisch, blijk gevend van *leadership*, in staat tot multitasking, vasthoudend/volhardend, medelevend, vriendschappelijk, goed georganiseerd, ondersteunend, assertief, sociaal, flexibel, geduldig, met levenservaring, ervaren (opleiding);
- Beheer van het werkhervattingsproces.

#### 2.8.4 Competentieprofiel

De beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg die personen met burn-out diagnosticeren en begeleiden, moeten in staat zijn om burn-out vroeg te herkennen/op te sporen en werkenden/patiënten met burn-out te behandelen. Daarom moeten ze zowel de technieken kennen om mensen aan het werk te houden (secundaire preventie) als de technieken van werkhervatting (tertiaire preventie) en moeten ze er bovendien voor zorgen dat de werkgever aanbevelingen op primair niveau ontvangt op basis van de problematiek die werd geïdentificeerd als de oorzaak van leed op het werk.

In het bijzonder op het niveau van de kliniek van de arbeid moeten de zorgverleners hun klinisch onderzoek in het specifieke domein van de etiologie van de werkgerelateerde psychische stoornissen kunnen sturen.

Ze moeten ook openstaan voor primaire preventie, inclusief nauwkeurige organisatorische en/of ergonomische oplossingen waarover ze moeten onderhandelen/die ze moeten aanraden aan de werkgever in het kader van de behandeling van werkenden met burn-out.

Uitgaande van het internationaal erkende CanMEDS-model waarin zeven competentierollen/-polen van de arts gedefinieerd worden (medische expertise, wetenschappelijke expertise, communicatie, professionaliteit, samenwerking, maatschappelijke en organisatorische rol), beveelt de HGR aan dat de actoren betrokken bij een burn-out de volgende competenties ontwikkelen:

- Competenties in verband met de kennis van de organisatorische realiteit (arbeidspsychologie, organisatorische aanpassingen, flexibiliteit, competitiviteit, hr-strategieën, nieuwe managementstijlen enz.);

- Competenties in verband met de evaluatie van de mentale gezondheid, algemene psychopathologie, psychodiagnostiek, arbeidspsychopathologie en competenties die verband houden met de differentiële diagnose van burn-out tegenover depressie, chronische vermoeidheid, fibromyalgie, bore-out of verveling op het werk en relationeel leed op het werk zoals pesten, conflict en hyperconflict;
- Competenties in verband met de kliniek van de arbeid: oor hebben voor de arbeidsrealiteit, identificatie van de persoonlijke en organisatorische hulpmiddelen, de zin van het werk bespreken, carrièrebegeleiding, algemene follow-up van het behandelingsproces. Het verschil kennen tussen psychopathologie, psychische aanpassingsproblemen en arbeidsongeschiktheid.
- Algemene kennis van de individuele stressbeheersingstechnieken (bv. psycho-corporele en cognitief-emotionele technieken), stabilisatietechnieken en non-verbale interventies;
- En, in mindere mate, competenties in verband met communicatie, bemiddeling en conflictoplossing. De zorgverlener moet namelijk een netwerk kunnen creëren, optreden als coördinator voor de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het informeren van de werkgever en de preventieactoren op het vlak van de arbeidsproblematiek en aanbevelingen voor primaire preventie suggereren.

De opleiding moet ook de deontologische aspecten behandelen, meer bepaald de grenzen van het beroepsgeheim en de implicaties daarvan op het interdisciplinaire werk en de informatie-uitwisseling in het belang van de patiënt.

Bovendien vormt begeleide praktijk een onmisbaar onderdeel van de opleiding van deze zorgverleners (minimaal 25 uur). De hulpmiddelen kunnen verschillen afhankelijk van de samenwerkingsmogelijkheden met de kliniek van de arbeid (beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg) en de werkomgeving:

- Stage in de kliniek van de arbeid – opsporing/diagnose/follow-up van het proces;
- Stage in het bedrijf in het kader van aan het werk blijven of werkhervatting;
- Klinische supervisies in groep;
- Individuele supervisies;
- Discussieforums over praktijkgevallen.

In dit stadium is het waarschijnlijk realistischer om een intervisie tussen zorgverleners in een longitudinaal perspectief te overwegen, eventueel op een digitaal platform in de vorm van discussieforums.

Het zou ook nuttig zijn om een accrediteringssysteem in te voeren om een minimale klinische activiteit en permanente vorming te garanderen.

Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg met sterk uiteenlopende basisprofielen kunnen deze competenties ontwikkelen en optreden in het kader van burn-out: arbeidspsychologen, klinisch psychologen, klinisch sociologen, bedrijfsartsen, huisartsen, adviserend geneesheren, specialisten in functionele revalidatie, psychiaters (onder andere psychiaters die gespecialiseerd zijn in functionele revalidatie).

De vereiste diploma's zijn: master in de psychologische wetenschappen, afstudeerrichting werk en organisatie; master in de psychologische wetenschappen, afstudeerrichting klinische psychologie; master in de psychologische wetenschappen, afstudeerrichting gezondheid; master in de arbeidsgeneeskunde; master in de specialistische geneeskunde, afstudeerrichting psychiatrie; master in de huisartsgeneeskunde; master in de klinische sociologie; gespecialiseerde master in fysische geneeskunde en revalidatie

De beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg zullen volgens hun profiel een opleiding moeten volgen om hun basisopleiding aan te vullen en de vereiste competenties te verwerven (zie opleidingsinhoud in de bijlage 3).

### III CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Burn-out is een actuele problematiek die betrekking heeft op zowel het domein van de gezondheid als de arbeidssector waardoor er vele actoren bij betrokken zijn. De laatste jaren werden er bovendien verschillende interessante initiatieven uitgevoerd. De HGR heeft geprobeerd om een stand van zaken op te maken waarin rekening wordt gehouden met de verschillende aspecten, namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie, zowel vanuit het standpunt van het individu als van de organisatie. Deze stand van zaken leidt tot verschillende aanbevelingen:

- Omdat burn-out samenhangt met het maatschappijmodel raadt de HGR op het vlak van preventie ook aan dat de sociale partners en de overheid algemeen nadenken over het maatschappijmodel, meer bepaald over een nieuw model van werkorganisatie dat “duurzamer” en “werkbaarder” is en minder prestatiegericht.
- Voor primaire, secundaire en tertiaire preventie van burn-out, beveelt de HGR om eerst op organisatieniveau acties uit te voeren.
- Voor preventie en een vroege opsporing raadt de HGR aan om de rol van de bedrijfsarts te herwaarderen zodat hij in deze context zijn taak ten volle kan uitvoeren. Hij moet er meer bepaald beter toe opgeleid zijn, maar moet ook gemakkelijker en directer bereikbaar zijn voor de werkenden.
- Een snelle adequate professionele hulp moet gegeven worden bij de eerste tekenen van het lijden (werkstress bij voorbeeld).
- Voor de evaluatie en de begeleiding van personen met burn-out raadt de HGR aan om er zich van te vergewissen dat de zorgverleners een opleiding hebben gevolgd en beschikken over de competenties die beschreven staan in het competentieprofiel. Daarvoor zou een certificaat van “zorgverlener burn-out” kunnen worden gecreëerd. De opleiding dient aandacht te hebben voor een accreditatiesysteem dat tevens rekening houdt met de klinische activiteit per kalenderjaar. Dit domein is dusdanig in beweging dat een zorgverlener die zeer weinig burn-out behandelt het risico loopt om niet meer de best mogelijke zorg aan te bieden.
- Bovendien moeten deze zorgverleners onafhankelijk van de werkgever of van anderen controle-instanties zijn en mogen dus niet behoren tot de professionele wereld van de betrokkene (bijvoorbeeld preventiediensten).
- Voor de diagnose, waarvoor er geen officiële criteria of gevalideerde evaluatie-instrumenten voorhanden zijn, raadt de HGR aan om een goedgekeurd en betrouwbaar meetinstrument met duidelijke *cut-off*scores te ontwikkelen. Dit instrument zou het enerzijds mogelijk moeten maken om de prevalentie van burn-out in de bevolking te ramen en anderzijds de individuele gevallen van burn-out te identificeren. Het zou dan ook mogelijk moeten zijn om te bepalen waar er secundaire preventiemaatregelen nodig zijn.
- Wat de begeleiding van personen met burn-out betreft zou een tweesporenbeleid gevoerd moeten worden waarbij er simultaan en integraal aandacht wordt besteed aan klachtreductie en werkhervatting. Er zou kunnen worden overwogen om de aanbevelingen die de zorgverlener voor burn-out doet aan de organisatie in verband met primaire preventie bindend te maken.
- De HGR raadt ook aan om te voorzien in een follow-up van het zorgtraject om de impact ervan op de werkhervatting te kunnen beoordelen.
- Naast de opleiding van de “zorgverleners burn-out” raadt de HGR ook aan om in de opleidingsprogramma’s en de permanente vorming van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg meer aandacht te besteden aan psychosociale pathologieën.

- Bepaalde beroepen met een hoog risico op burn-out, bijvoorbeeld leerkrachten of verpleegkundigen, zouden ook gebaat zijn met specifieke aandacht voor burn-out tijdens hun opleiding.
- De bewustmaking in verband met welzijn, stressbeheersing, andere copingmethodes en een gezonde levensstijl zou al kunnen gebeuren in de kindertijd, meer bepaald op school. Er kunnen over dit onderwerp ook informatiecampagnes voor het grote publiek worden opgezet.
- Omdat er verschillende actoren bij betrokken zijn, zou het nuttig zijn om een coördinatiestructuur tussen de verschillende betrokken partijen (werk, gezondheid, sociale zekerheid, onderzoek enz.) te creëren om de samenwerking te vergemakkelijken en een coherent beleid te voeren.

## IV REFERENTIES

Académie nationale de médecine. Le burnout. France; 2015.

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. a. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263. <http://doi.org/10.1080/02678370903282600>

Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns* 2010;78(2):184-90.

Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Janssen PMP, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping* 2000;13:247-68.

Bakusic J, Schaufeli W, Claes S, Godderis L. Stress, burnout and depression: A systematic review on DNA methylation mechanisms. *J Psychosom Res*. 2017 Jan;92:34-44.

Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28-41.

Bibeau G, Dussault G, Larouche LM, Lippel K, Saucier JF, Vézina, M. Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout. Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux; 1989.

Bohatko-Naismith J, James C, Guest M, Rivett DA. The role of the Australian workplace return to work coordinator: essential qualities and attributes. *J Occup Rehabil* 2015;25(1):65-73.

Clot Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris: La Découverte; 2010.

Cohidon C, Rabet G, Plaine J, Chubilleau C, Valenty M. Santé mentale et activité professionnelle : comparaison de deux programmes de surveillance, MCP et Samotrace. *Bull Épidémiol Hebd*. 2012;(22-23):278-80.

Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: a systematic review. *J Psychosom Res* 2011;70(6):505-24.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol* 2001;86(3):499-512.

Dewa CS, McDaid D, Sultan-Taïeb, H. Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux. In Corbière M, Durand MJ, editors, *Du trouble mental à l'incapacité de travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Canada: Presses de l'Université du Québec;2011. p.15-39

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Positionspapier zum Thema Burnout; 2012.

DGT – Direction régionale du travail. Anact – Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. INRS – Institut national de recherche et de sécurité. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir*; 2015.

DIMDI - Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information.. *Thérapie des Burnout-Syndroms. Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms*;2010.

Docherty P, Forslin J, Shani AB. Creating sustainable work systems. Emerging perspectives et practice, Routledge, London; 2002.

Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job Burnout in Mental Health Providers: A Meta-Analysis of 35 Years of Intervention Research. J Occup Health Psychol 2016.

EU - European Union. Matrix. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, European Commission, Brussels; 2013.

EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks; 2014.

Eurofound - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Work-related stress. Dublin; 2010.

Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Hong QN, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. Disabil Rehabil 2010;32(1):72-8.

FEDRIS (Août 2017). Trajet de prise en charge des travailleurs atteints ou menacés par le syndrome de burnout en relation avec le travail – Démarche de prévention secondaire. (Equipe FEDRIS : Strauss, P., Le Roux, I. et I. Binard ; Experts scientifiques : Hansez, I. & L. Braeckman)

Glass DC, McKnight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. Psychology & Health 1996;11(1):23-48.

Griebel G, Holsboer F. Neuropeptide receptor ligands as drugs for psychiatric diseases: the end of the beginning? Nat Rev Drug Discov 2012;11(6):462-78

Grossi G, Perski A, Osika W, Savic I. Stress-related exhaustion disorder--clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. Scand J Psychol 2015;56(6):626-36.

Guéritault V. La fatigue émotionnelle et physique des mères : le burnout maternel". Paris, Odile Jacob; 2008.

HAS – Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout ; 2017.

Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L., & Mairiaux, P. (2010). Recherche sur le burnout (épuisement professionnel) au sein de la population active belge. Rapport final (Projet HUT/P/VC/PSY6/1). Bruxelles, Belgique: SPF Emploi, Travail & Concertation Sociale.

Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L., Muller, M., & Mairiaux, P. (2014). Recherche sur le burnout (épuisement professionnel) en Belgique. Rapport final (Projet HUT/P/VC/PSY6/F2). Bruxelles, Belgique: SPF Emploi, Travail & Concertation Sociale.

Hansez, I., & Firket, P. (2014). Quand la prévention du burnout passe par le management de proximité. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 75(5), 519-519.

Holsboer F, Ising M. Stress hormone regulation: biological role and translation into therapy. Annu Rev Psychol 2010;61:81-109, C1-11.

Hoogduin, C A, Schaap C P, Methorst GJ. Burnout: Klinisch beeld en diagnostiek. In . Hoogduin CA, Schaap CP, Kladler AJ, Hoogduin WA, editors, Behandelingsstrategiee Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum; 1996. Internet : [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=10755](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10755).

ILO - International Labour Organization. Mental Health in the Workplace. Genève; 2000. Internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport\\_elaboration\\_burnout.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf).

Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M et al. Le Burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. HSR - Health Services Research. KCE - Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE Reports 165B. D/2011/10.273/54. Bruxelles; 2011.

Kabat-Zinn J, Kroh M. Gesund durch Meditation. Das grosse Buch der Selbstheilung. Frankfurt am Main: Fischer; 2006.

Kaesemans G., Van Hoof E., Godderis L., Franck E. (2016). Burn-out in de zorg. Leuven: Lannoo Campus.

Karasek RA, Theorell T. Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York, Basic Books; 1990.

Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature 2008;455(7215):894-902.

KU Leuven - IDEWE – Inter disciplinary Service for Well-Being. Étude sur le bien-être au travail chez le personnel médical et infirmier en Belgique. Pour le compte du SPF Santé publique et du SPF Emploi; 2012.

Lehrhaupt L, Meibert P. Stress bewältigen durch Achtsamkeit. 2013, München: Kösel-Verlag.

LVE – Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. NHG – Nederlands huisartsen genootschap. NVAB – Nederlandse Vereniging voor Arbeids-en Bedrijfgeneeskunde. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals; 2011. Internet: [https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL\\_Overspanning-Burnout.pdf](https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf).

Matrix, Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives, Executive Agency for Health and Consumers, Specific Request EAHC/2011/Health/19 for the Implementation of Framework Contract EAHC/2010/Health/01 Lot 2, 2013. Available at: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/matrix\\_economic\\_analysis\\_mh\\_promotion\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/matrix_economic_analysis_mh_promotion_en.pdf).

Menke A, Arloth J, Gerber M, Rex-Haffner M, Uhr M, Holsboer F, et al. Dexamethasone stimulated gene expression in peripheral blood indicates glucocorticoid-receptor hypersensitivity in job-related exhaustion. Psychoneuroendocrinology 2014;44:35-46.

Michalak J, Heidenreich T, Williams JMG. Achtsamkeit; 2012. Internet: [http://hogrefe.ciando.com/img/books/extract/3840922364\\_lp.pdf](http://hogrefe.ciando.com/img/books/extract/3840922364_lp.pdf).

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. [Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems](#). Occup Environ Med 2004;61(10):817-23.



Olié, JP, Macher JP, Costa E Silva J. Neuroplasticité. Londres: CMG; 2014.

Perilleux T, Vendramin F, UCL – Université catholique de Louvain. Le travail est-il devenu insoutenable ? Société en changement. 2017. Internet: [https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-iacchos/actes-et-publications/01\\_socie%CC%81te%CC%81s%20en%20changement\\_burnout\\_mars2017depliant.pdf](https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-iacchos/actes-et-publications/01_socie%CC%81te%CC%81s%20en%20changement_burnout_mars2017depliant.pdf).

Roskam I, Raes ME, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Front Psychol* 2017;8:163.

Schaufeli W.B., Bakker A.B., Hoogduin K., Schaap C., Klader A. (2001) On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, Vol 16, pp. 565-582.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.

Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis; 1998.

Schaufeli, W.B. & Peeters, M.C.W. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International Journal of Stress Management*, 7, 9-48.

Schaufeli WB, Taris TW. The conceptualization of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress* 2005;19 256-62.

SEB – Réseau Suisse d'experts sur le burnout. Forum Médical Suisse; 2016.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996;1(1):27-41.

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Développement de l'outil de détection précoce du burnout ; 2015. Internet : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=44193>.

St-Arnaud L, Pelletier M. Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi IRSST - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Montréal; 2013. Internet : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/RG-758.pdf?v=2017-03-30>

Taris T.; Houtman I., Schaufeli W. Risicogroepen en risicofactoren van burnout. *Tijdschrift Voor Bedrijfs- En Verzekeringsgeneeskunde*. 9. 19-19. 2001

Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S., Rinal S. Le coût du stress professionnel en France en 2007. INRS - Institut National de Recherche; 2011.

Van den Broeck A, Vander Elst T, Baillien E, Sercu M, Schoutenden M, De Witte H et al. Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *JOEM*; 2017.

Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W., Schene, A. H., & Van Dijk, F. J. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276. 2001.

Van Hoof E., Velghe C., Anseel, F. (in preparation). Interventions for stress and burnout at work, a systematic review.

Vandenbroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. (2013). *Een onderzoek naar burn-out en bevlogenheid bij artsen en verpleegkundigen in Belgische ziekenhuizen.*

Vézina M, St-Arnaud L , Stock S , Lippel K, Funes A. Santé mentale. Enquête Québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST), ISQ -Institut de la statistique du Québec, INSPQ - Institut national de santé publique du Québec, ISQ - Institut de la statistique du Québec et IRSST - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail; 2011. p. 591-646.

## V BIJLAGEN

Bijlage 1: Differentiële diagnose (Hansez et al. (2014))

|   |   |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Stress</b></p> <p>Direct gevolg van professionele stressfactoren.<br/>De zin van het werk staat niet centraal<br/>Is tijdelijk of chronisch<br/>Kan elke werknemer treffen<br/>Gaat niet noodzakelijk gepaard met negatieve houdingen t.o.v. anderen<br/>De sociale steun en copingstrategieën kunnen bemiddelen tussen stress en burn out</p>  | <p style="text-align: center;"><b>Burn out</b></p> <p>Belangrijke rol van de zin van het werk in het opduiken van het syndroom<br/>Is het gevolg van een langdurige blootstelling aan aanhoudende stress<br/>Treft vooral mensen die het werk heel belangrijk vinden<br/>Negatieve houding en gedrag t.o.v. collega's, klanten, patiënten ... Cynisme</p>                                 |
| <p style="text-align: center;"><b>Depressie</b></p> <p>Emotionele uitputting en prikkelbaarheid Raakt alle aspecten van het leven Gekenmerkt door een verlies van interesse en levenslust<br/>Lager zelfbeeld, doemdenken, minder vitaliteit<br/>Een voorgeschiedenis van depressie kan een burn out in de hand werken</p>  | <p style="text-align: center;"><b>Burn out</b></p> <p>Emotionele uitputting en prikkelbaarheid<br/>Specifiek gebonden aan het werk<br/>Behoud van interesse in de aspecten van het leven die geen verband houden met het werk<br/>Beter zelfbeeld en realisme, meer vitaliteit dan bij een depressie<br/>Een burn out kan afglijden in een depressie</p>                                  |
| <p style="text-align: center;"><b>Fibromyalgie</b></p> <p>Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress<br/>Pijn in spieren en botten<br/>Niet veroorzaakt door het werk</p>  | <p style="text-align: center;"><b>Burn out</b></p> <p>Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress<br/>Fysieke pijn is geen centraal symptoom Doet zich voor op het werk</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>Chronische vermoeidheid</b></p> <p>Algemene vermoeidheid<br/>Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress<br/>Niet systematisch veroorzaakt door het werk</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Burn out</b></p> <p>Emotionele vermoeidheid wordt geassocieerd met twee andere elementen (depersonalisatie en verlies van verwezenlijking)<br/>Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress<br/>Gebonden aan het werk</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>Werkverslaving</b></p> <p>“Workaholics” brengen enorm veel tijd door op het werk, ze nemen niet gemakkelijk afstand van hun werk en leveren werk af dat verder gaat dan wat er van hen verwacht wordt, in zoverre dat hun privéleven daar onder lijdt (Schaufeli, et al., 2006)<br/>Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft<br/>Kan leiden tot een burn out want de overmatige betrokkenheid bij het werk kan de reserves uitputten.<br/>Kan een risicofactor van burn out zijn</p> | <p style="text-align: center;"><b>Burnout</b></p> <p>Burnout treft personen die hoge verwachtingen hebben van hun werk. Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft<br/>De uitputting die typisch is voor een burn out is niet verenigbaar met een sterke betrokkenheid bij het werk (werkverslaving). Niet noodzakelijk een verband tussen beide fenomenen</p> |

## Bijlage 2: Opleidingen

### Voorbeelden van korte opleidingen :

- Le CFIP (Centre de formation et d'intervention psychosociologique) propose des formations à destination des managers, responsables et DRH (plusieurs modules de 1 ou 2 jours) avec l'objectif de développer une politique de management axée sur le bien-être au travail  
([http://www.cfip.be/web/rps%20%20risques%20psychosociaux%20%20stress%20burn%20out%20et%20bien\\_etre/1011306039/list1276089417/f1.html](http://www.cfip.be/web/rps%20%20risques%20psychosociaux%20%20stress%20burn%20out%20et%20bien_etre/1011306039/list1276089417/f1.html))
- Comundi Compétences France – 14 heures – 2 jours  
(<https://www.comundi.fr/formation-risques-psychosociaux-specifiques/burn-out-prevenir-l-epuisement-professionnel-et-la-souffrance-au-travail.html>)  
Symbiofi Innovations en psycho-santé – France- Formation en 3 jours sur le burnout, dépression, suicide – repérage et gestion des troubles psychologiques au travail  
(<http://www.symbiofi.com/fr/formation/troubles-psychologiques-au-travail#tab-2>)
- Burn-out herkennen, voorkomen en ingrijpen : Wat is stress, burn-out: symptomen en herkennen; Oorzaken, signalen Burn-out; Burn-Out voorkomen, aanpakken; Stress en Burn-Out aanpakken; Terugvalpreventie; Tips & trick  
([https://www.syntrawest.be/opleidingen/personal\\_skills/burn\\_out\\_\\_herkennen\\_\\_voorkomen\\_en\\_ingrijpen.html](https://www.syntrawest.be/opleidingen/personal_skills/burn_out__herkennen__voorkomen_en_ingrijpen.html))
- Behandeling van burn-out voor Psychologen : Hoe BO differentiëren van andere psychopathologie, vragenlijst; Actieve aanpak: acceptatie, klachten beter begrijpen, efficiënte wijze communicatie met collega's, reïntegratie, hoe behoeden voor herval  
(<http://www.thehumanlink.be/>)
- Dr Swinnen- Stress Management; Opleiding burnout coach  
([http://www.stressmanagement.be/luc\\_swinnen\\_stress\\_management\\_trainingen.asp?taal=nl&id=JSEKPKQ8](http://www.stressmanagement.be/luc_swinnen_stress_management_trainingen.asp?taal=nl&id=JSEKPKQ8))
- Centrum voor afstandsonderwijs: [Burn-out coach erkend diploma](#)  
(<https://www.centrumvoorafstandsonderwijs.be/cursus-2/burn-outcoach/?gclid=CMCE3IDLv9MCFUGVGwodjKELGQ>)

### Voorbeelden van opleidingen > 10 dagen

- IFTS (Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants, Ransart, Belgique) – Formation sur la prise en charge du burnout – 12 jours (4 modules de 3 jours) –  
(<http://ifts.be/docsPDF/FORMATION-BO-2016-2017.pdf>)

### Andere opleidingen

- Formation au Disability Case Management (INAMI) (PDF Disability Management : De la formation à la certification)

### Andere academische opleidingen

- Master de Spécialisation Conjoint (MSC) en gestion des risques et bien-être au travail (option aspects psychosociaux) (Présidente du jury - A. Van Daele - UMons)

- Certificat de spécialisation en psychopathologie du travail (CNAM, France) à l'attention des médecins, psychologues, droit ainsi qu'un autre public sur dossier (e.g. travailleurs sociaux, délégués CHSCT) – Formation visant à orienter les investigations cliniques dans le domaine de l'étiologie des pathologies mentales associées au travail, prendre en charge des malades et rédiger des certificats. Programme comprenant des éléments de théorie, des cours sur la pratique clinique et la prise en charge pluridisciplinaire et un stage pratique de 200h.
- Binnen de interuniversitaire opleidingen in Vlaanderen wordt een onderdeel stress en burn-out gegeven in de "psychodiagnostiek voor volwassenen" en eerstelijns psychologische zorg. Binnen de interuniversitaire opleidingen eerstelijnspsychologische zorg wordt bovendien aandacht geschonken aan het beroepsgeheim, gedeeld beroepsgeheim en interdisciplinaire communicatie over psychische problemen.

### Bijlage 3 : Inhoud van de opleiding

#### Reglementair kader

- Stand van zaken in België: absenteïsme, presenteïsme, gezondheidstoestand van de Belgische werknemers, arbeidsongeschiktheid/invaliditeit, Europese en internationale vergelijkingen.
- Wetgeving inzake de ziekteverzekering, maar ook inzake werkloosheid, sociale zekerheid, arbeidsgeneeskunde; kennis van de diverse initiatieven op het vlak van re-integratie volgens de verschillende instanties.
- Basiskennis van arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, vergoeding, zorgverleners en fasen in het ziekteverlof en de follow-up ervan, re-integratie op het werk enz.

#### Deugdelijkheid, positie en interdisciplinariteit

- Deugdelijkheid van de zorgverlener, houding, taak: ethische en deontologische aspecten
- Waarden en professionele houding
- Diversiteit op het werk, individuele en culturele diversiteit
- Rol van de vakbonden
- Interdisciplinaire samenwerking tussen de preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPA), de huisarts, de bedrijfsarts, de controlearts en andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg in het proces van doorwerken of van werkhervatting (bv. klinisch psychologen, arbeidspsychologen, psychiaters, kinesitherapeuten enz.)
- Medisch beroepsgeheim – gedeeld beroepsgeheim

#### Inhoud/thematiek

##### Organisatorische realiteit

- Competitiviteit, organisatorische aanpassingen en flexibiliteit, beheer van de wijzigingen
- Hr-strategieën, nieuwe managementstijlen, *leadership* en lokaal management
- Bedrijfscultuur – collectieve regeling – verhinderd management
- Verband tussen werkorganisatie en mentale gezondheid/welzijn op het werk
- Preventie van welzijn op het werk, ongevallen en bevordering van de gezondheid
- Analyse van een functie
- Carrièreplanning

- Actuele vragen in verband met arbeidspsychologie en bedrijven (bv. billijkheid, rechtvaardigheid, werk-privébalans, leeftijdsbewust beleid)

#### Kliniek van de arbeid

- Algemene psychopathologie, neuropsychologie
- Arbeidspsychopathologie
- Kliniek van de arbeid
- Burn-out: definitie, theoretische modellen, epidemiologie
- Psychodiagnose, diagnose van burn-out, classificaties (ICD-10, DSM-V), differentiële diagnose (vs. depressie, chronische vermoeidheid, fibromyalgie, bore-out, relationeel leed op het werk (pesten, conflict, hyperconflict)
- Programma's voor aan het werk blijven
- Programma's voor werkhervatting
- Aanpakken die gericht zijn op de organisatie: middelen om de werkomstandigheden aan te passen
- Aanpakken die gericht zijn op het individu (bv. individuele, cognitieve, emotionele, gedrags- en lichaamstherapie; in groep, opleidingen self-management skills, ondersteuningsgroepen door peers)

#### Technieken

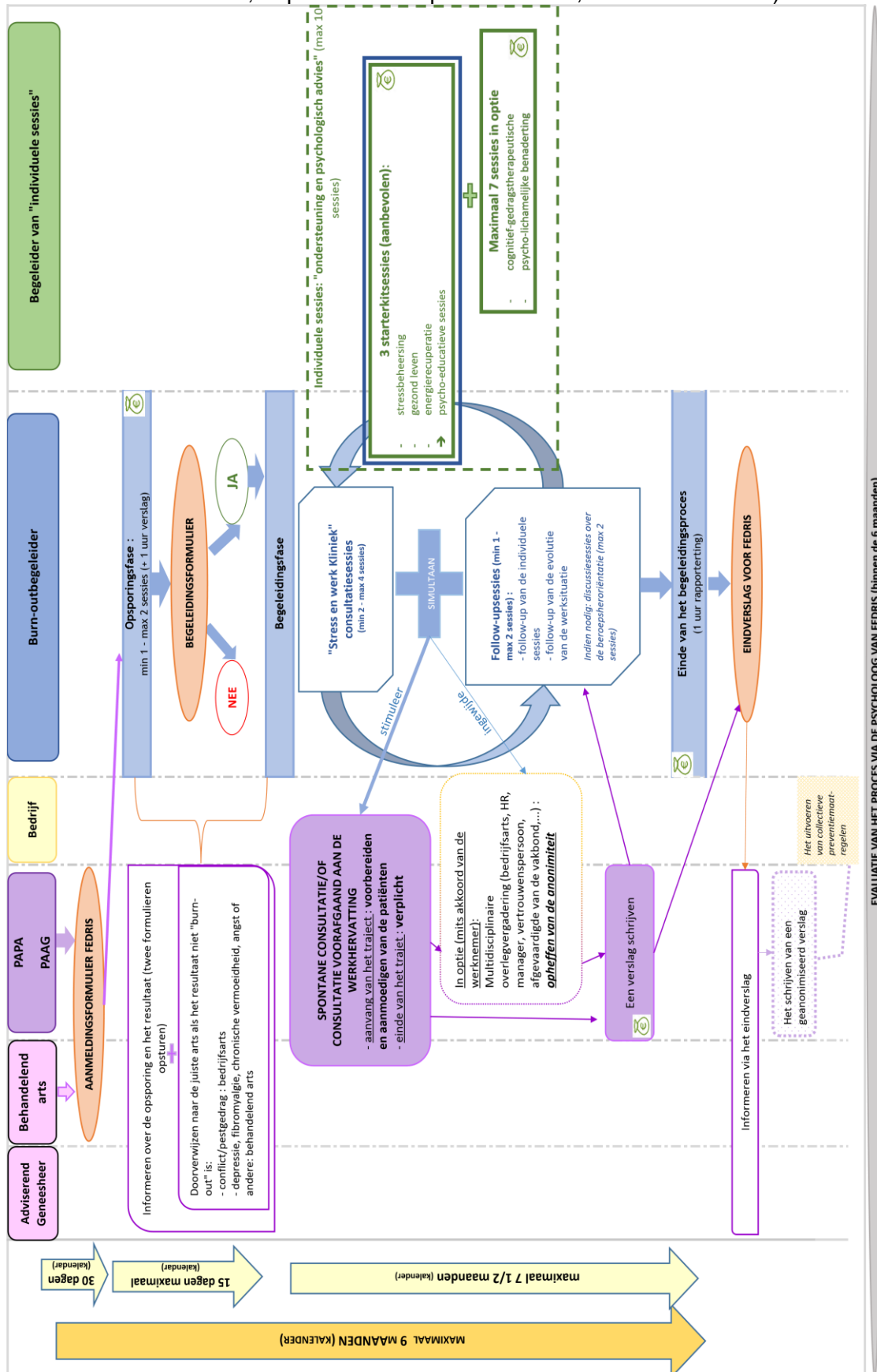
- Communicatie en interviewvaardigheden
- Interviews en hulpvaardigheid
- Informatiebeheer<sup>5</sup>
- *Evidence-based practice* (integratie van onderzoek en klinische expertise in de context van de patiënt-/klantgebonden factoren)
- Inleiding tot conflictoplossing, ook met groepen<sup>6</sup>
- Management- en organisatievaardigheden voor de multidisciplinaire follow-up
- Onderhandeling
- Bemiddeling

---

<sup>5</sup> "De processen van klinische besluitvorming zijn een gespecialiseerde vorm van probleemoplossing. Ze werden klinisch bestudeerd in de context van de theorieën van informatieverwerking. Er wordt vaak aangenomen dat klinische besluiten worden genomen aan de hand van het inductieve denkproces, wat uitgaat van het verzamelen van bewijs en van gegevens en het gebruik van die gegevens om er een conclusie en een hypothese uit af te leiden." (Ogden, 2014).

<sup>6</sup> Deze technieken behoren veeleer tot de opleiding van de "return to work coordinator" of de "disability manager". Ze zijn minder belangrijk voor de zorgverlener burn-out, behalve voor de fase "multidisciplinair overleg" met het bedrijf en de feedback aan het bedrijf om het bewust te maken van primaire preventie. *In verband met de competenties van de zorgverlener die de werkhervatting begeleidt, melden Saint Arnaud en Pelletier (2013) dat bepaalde studies zich hebben verdiept in het type competenties dat hoort bij de taak van de zorgverlener die de werkhervatting begeleidt. Daaruit blijkt dat het succes van de interventies meer afhangt van werkgerelateerde competenties, competenties op het vlak van communicatie, bemiddeling en conflictoplossing dan van competenties die voortvloeien uit een opleiding in gezondheidswetenschappen. Het is immers niet de taak van de zorgverlener om de gezondheidstoestand van de werknemer te beoordelen of psychotherapie te verlenen" (blz. 15 van hun handleiding)*

Bijlage 4 : Behandelingstraject des travailleurs atteints ou menacés par le syndrome de burnout en relation avec le travail (FEDRIS, augustus 2017 – Equipe : Strauss, P., Le Roux, I. et I. Binard ; Experts scientifiques : Hansez, I. & L. Braeckman)



## VI SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experts is beschikbaar op de website van de HGR: [wie zijn we?](#).

Al de experts hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR ([belangenconflicten](#)).

De volgende experts hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Jacques DEMOL** en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD.

|                                       |                                     |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>BRAECKMAN Lutgart</b>              | Arbeidsgeneeskunde                  | UGent  |
| <b>CALMEYN Marc</b>                   | Psychiatrie, psychotherapie         | PZ Onze-Lieve-Vrouw-Brugge                   |
| <b>CAMUT Stéphane</b>                 | Ergotherapie                        | HELB   |
| <b>CELESTIN-<br/>WESTREICH Smadar</b> | Psychologie                         | VUB  |
| <b>CORTEN Philippe</b>                | Psychiatrie                         | ULB  |
| <b>CROMBEZ Geert</b>                  | Psychologie                         | UGent  |
| <b>DE MOL Jacques</b>                 | Psychologie                         | CHU Brugman                                  |
| <b>DE NAYER André</b>                 | Psychiatrie                         | Hôpital Sainte-Thérèse Montignies-sur-Sambre |
| <b>DELSAUX Valentine</b>              | Arbeidsgeneeskunde                  | CITES  |
| <b>FIRKET Pierre</b>                  | Geneeskunde                         | ULG  |
| <b>GODDERIS Lode</b>                  | Arbeidsgeneeskunde                  | KULeuven                                     |
| <b>HANSEZ Isabelle</b>                | Psychologie                         | ULg  |
| <b>LAURENT Julie</b>                  | Psychologie                         | ULg  |
| <b>MASQUELIER Etienne</b>             | Fysische geneeskunde en revalidatie | UCL  |
| <b>MESTERS Patrick</b>                | Psychiatrie                         | RPSPS  |
| <b>SCHAUFELI Wilmar</b>               | Psychologie                         | KULeuven                                     |
| <b>VAN HOOF Elke</b>                  | Psychologie                         | VUB  |
| <b>VERMEIREN Etienne</b>              | Psychologie                         | UCL  |

De volgende administraties/ministeriële kabinetten werden gehoord:

|                    |          |
|--------------------|----------|
| CRUTZEN Véronique  | FOD WASO |
| STRAETMANS Mélanie | FOD WASO |

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald.



## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federaal adviesorgaan waarvan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu het secretariaat verzekert. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van Volksgezondheid en van Leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijke kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experts (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen, praktijkbeoefenaars, enz.), waarvan er 300 tot expert van de Raad zijn benoemd bij KB; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten en een Commissie voor Deontologie) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingsorgaan van de HGR, samengesteld uit 30 leden van de pool van benoemde experts). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

Na validatie door het College worden de adviezen overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van Volksgezondheid en worden ze gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar bepaalde doelgroepen (beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector, universiteiten, politiek, consumentenorganisaties, enz.).

Indien u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kunt u een mail sturen naar [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).

[www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)



Deze publicatie mag niet worden verkocht.



federale overheidsdienst

**VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**