

O&O - medische directie
Annelies Meeus - Marijke Van Duynslaeger
Mireille de Bruyn
juni 2021

Profiel en zorgconsumptie van leden met burn-out

April 2021



Inhoud

1. Context	2
1.1. Definitie van burn-out.....	2
1.2. Richtlijnen voor behandeling	4
1.3. Onze studie.....	5
1.4. Arbeidsongeschiktheid in een notendop	6
1.5. Selectie en methode.....	6
2. Resultaten.....	8
2.1. Duur van arbeidsongeschiktheid.....	8
2.2. Profiel	9
2.3. Consumptie gezondheidszorgen	12
2.3.1. Raadplegingen huisarts.....	12
2.3.2. Klinische biologie	13
2.3.3. Raadplegingen specialist.....	15
2.3.4. Raadplegingen psychiater	16
2.3.5. Kinesitherapie	17
2.3.6. Gebruik van geneesmiddelen	19
2.3.7. Consultaties bij een psycholoog.....	21
3. Conclusies	24
4. Aanbevelingen.....	25
5. Bijlage	28

1. Context

Burn-out is geen nieuw fenomeen. De eerste studies over burn-out zijn ondertussen al 40 jaar oud. Toch is er pas recent meer aandacht voor de precieze omvang van deze aandoening gekomen. Uit een recente meting door de onderzoeksgroep Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie van de KU Leuven¹ blijkt dat ruim 7 procent van de werkende Vlaamse bevolking burn-outklachten heeft. Nog eens ruim 9 procent loopt risico op burn-out.

Uit recente cijfers van het RIZIV² blijkt dat in 2020 33.402 mensen al langer dan een jaar niet meer konden werken omwille van burn-out. Dat is een stijging van 33% ten opzichte van 2016, toen er 25.098 mensen langdurig arbeidsongeschikt waren door burn-out. Dat maakt dat burn-out momenteel al in 7% van gevallen de oorzaak is van langdurige arbeidsongeschiktheid (invaliditeit).

Dat nauwkeurige cijfers zo lang op zich lieten wachten, wordt niet in het minst veroorzaakt door het lang uitblijven van een precieze, algemeen aanvaarde definitie van burn-out. Bij de onderzoekers Heinemann en Heinemann³ lezen we zelfs: *“Burnout research reproduces the vagueness and ambiguity of the concept that it aims to clarify”*.

1.1. Definitie van burn-out

De term burn-out werd al voor het eerst gebruikt in 1974 door Freudenberger⁴. Hij definieerde burn-out als *‘becoming exhausted by making excessive demands on energy, strength, or resources in the workplace’*. Freudenberger benaderde burn-out echter op een puur kwalitatieve manier.

Eind jaren '70 probeerden Christina Maslach en haar collega's voor het eerst de mate van burn-out bij werknemers te meten. Zij ontwikkelden daarvoor de Maslach Burnout Inventory⁵. Deze schaal gaat uit van burn-out als een syndroom van drie samenhangende verschijnselen:

1. Uitputting
2. Cynisme
3. Competentieverlies

¹ KU Leuven. (2019, 19 maart). *Eén op de zes werkende Vlamingen kampt met burn-outklachten of loopt er risico* op [persbericht]. Geraadpleegd op <https://nieuws.kuleuven.be/nl/2019/een-op-de-zes-werkende-vlamingen-kampt-met-burn-outklachten-of-loopt-er-risico-op>

² RIZIV. (2021, 20 mei). Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen? Geraadpleegd op <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>

³ Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *SAGE Open*, 7(1), 215824401769715.

⁴ Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

⁵ Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

De schaal werd oorspronkelijk ontwikkeld als een onderzoeksinstrument. In de praktijk werd en wordt deze schaal nog steeds veel gebruikt als diagnostisch instrument. Er werden echter nooit betrouwbare incidentie- en prevalentiecijfers voor ontwikkeld, gebaseerd op een representatieve nationale steekproef.

Recent ontwikkelden onderzoekers van de KU Leuven daarom een nieuwe zelfbeoordelvragenlijst die vertrekt van een nieuwe, op punt gestelde definitie. In de nieuwe definitie heeft burn-out vier kernsymptomen:

1. Uitputting, zowel fysiek als mentaal
2. Mentale distantie: sterke weerstand tegen het werk
3. Cognitieve ontregeling, zoals geheugenproblemen, aandachts- en concentratiestoornissen
4. Emotionele ontregeling: oncontroleerbare heftige emotionele reacties

En drie bijkomende dimensies:

1. Psychische spanningsklachten, bijvoorbeeld slaapproblemen, piekeren of paniekaanvallen
2. Psychosomatische spanningsklachten: lichamelijke klachten van psychische oorsprong
3. Depressieve stemming: zich somber en terneergeslagen voelen

Deze uitgebreide definitie van burn-out werd echter nog niet opgenomen in het classificatiesysteem van de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie). In de nieuwe versie van de 'International Statistical Classification of Diseases', de ICD-11, wordt burn-out immers nog steeds gedefinieerd op de drie dimensies van Maslach (zie hierboven):

'Burn-out is een syndroom dat het gevolg is van chronische stress op het werk die niet goed wordt opgevangen, en wordt gekenmerkt door:

1. gevoelens van uitputting;
2. toegenomen vervreemding van het werk, of gevoelens van negativisme of cynisme met betrekking tot het werk; en
3. een gevoel van ineffectiviteit en gebrek aan verwezenlijking.'

De WGO benadrukt wél dat burn-out verwijst naar verschijnselen in de beroepscontext en niet mag worden toegepast om ervaringen op andere gebieden van het leven te beschrijven. Burn-out is ook geen medische diagnose, maar een 'werk-gerelateerd fenomeen'.

1.2. Richtlijnen voor behandeling

Naast een algemeen aanvaarde definitie ontbreken ook officiële, *evidence-based* richtlijnen voor de behandeling van burn-out. Eén van de weinige landen waar burn-out een erkende medische diagnose is, is Nederland. Daar formuleerde het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) wél richtlijnen. Zij beschrijven een heel concrete behandeling in drie fasen, met nadruk op begeleiding door de huisarts en niet-medicamenteus⁶.

1. De eerste fase is de crisisfase waarin de patiënt wordt aangeraden de situatie te accepteren, rust en ontspanning te zoeken en een goede draagstructuur te behouden.
2. Daarna volgt de probleem- en oplossingsfase waarin gezocht wordt naar factoren die de problemen veroorzaakten, en oplossingen hiervoor.
3. De laatste fase is de toepassingsfase, waarin de gevonden oplossingen langzaam worden toegepast, en taken hernomen worden.

Gelijkaardige richtlijnen vinden we bij de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Ook zij benadrukken de rol van de huisarts of eerstelijnspsycholoog, en menen dat burn-out in de eerste plaats zonder medicatie behandeld zou moeten worden⁷.

Verder benadrukken zij dat *“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 co-morbide stoornissen bij burn-out vast te stellen.”*

Zoals we hierboven aanhaalden, benadrukt de WGO dat burn-out een werk-gerelateerde aandoening is. Dit heeft belangrijke gevolgen voor de behandeling. Het impliceert dat de behandeling van de werknemer alleen niet voldoende is. Ook de werkgever moet aandacht hebben voor het verbeteren van de arbeidssituatie binnen zijn organisatie, en daarboven draagt ook de hele maatschappij verantwoordelijkheid. In het rapport van de Hoge Gezondheidsraad⁸ lezen we: *‘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.’*

⁶ Nederlands Huisartsen Genootschap. (november 2018). *Overspanning en burn-out*. Geraadpleegd op 19 april 2021 (<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out>)

⁷ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), & Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2011). *Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout*. Geraadpleegd op https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

⁸ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).

1.3. Onze studie

Binnen ons ziekenfonds zijn de adviserend artsen op 1 januari 2017 gestart met het coderen met de ICD-code voor burn-out. Nu we voor het eerst de leden met burn-out kunnen identificeren, willen we met deze studie een stap zetten naar het beter in kaart brengen van deze problematiek.

Hieronder leggen we eerst nog heel beknopt het begrip arbeidsongeschiktheid uit en we hoe we de onderzoekspopulatie selecteerden. Daarna bespreken we de resultaten. We beschrijven de kenmerken van onze onderzoekspopulatie en gaan na wat de gezondheidsconsumptie is van onze leden met een burn-out. We kijken specifiek naar de verstrekkers die zij consulteren, het gebruik van klinische biologie en medicatie.

1.4. Arbeidsongeschiktheid in een notendop

Als je door ziekte of ongeval niet in staat bent om te gaan werken, ben je arbeidsongeschikt. In deze studie richten we ons enkel op werknemers in de privésector. Met het specifieke stelsel van ambtenaren hebben we geen rekening gehouden. Er zijn in de privésector twee stelsels:

- Het algemeen regime (AR): hiertoe behoren arbeiders, bedienden, interimarissen en werklozen;
- Het regime der zelfstandigen (RZ): hiertoe behoren de zelfstandigen.

Als je je ziekte of ongeval tijdig meldt en je aan alle voorwaarden⁹ voldoet, krijg je een ziekte-uitkering van het ziekenfonds. Dit na een eventuele periode van gewaarborgd loon, dat wordt uitbetaald door de werkgever. Het ziekenfonds brengt je op de hoogte met een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (GAO). De termijnen waarbinnen je je ziekenfonds op de hoogte dient te brengen verschillen naargelang het statuut¹⁰.

Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid noemen we de ‘**primaire arbeidsongeschiktheid**’. Indien iemand opnieuw aan het werk gaat, maar binnen de 14 dagen opnieuw ziek wordt, **hervalt** deze persoon. De periode van arbeidsongeschiktheid loopt dan door. Ben je langer dan één jaar ziek, dan ben je ‘**invalid**’. We bekijken in deze studie alleen leden die een burn-out hebben tijdens het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid en nadien niet intreden in invaliditeit. Met andere woorden: leden die maximaal één jaar ziek zijn omwille van een burn-out.

1.5. Selectie en methode

Op basis van de ICD-10 code voor burn-out selecteerden we alle leden die tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2018 arbeidsongeschikt waren, en met als primaire diagnose burn-out. Deze ICD-10 codes hebben we opgevraagd voor onze Vlaamse ziekenfondsen (De Voorzorg Antwerpen, Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen en De Voorzorg Limburg). We selecteerden enkel titularissen van 18 tot en met 65 jaar die werken als bediende of arbeider (algemeen regime) of als zelfstandige (regime zelfstandigen).

We nemen enkel periodes van primaire arbeidsongeschiktheid mee in deze analyse. Periodes langer dan een jaar (invaliditeit) nemen we niet mee in deze analyse. Omdat we ons in deze studie strikt tot burn-outs willen beperken, hebben we mensen die langdurig ziek zijn en vermoedelijk ook andere pathologieën hebben, uitgesloten. Ook volgende groepen werden niet in rekening genomen:

- Leden met meerdere periodes van burn-out in de onderzochte periode;

⁹ Je voldoet aan de voorwaarden voor erkenning:

- Je moet volledig gestopt zijn met alle werkzaamheden en activiteiten;
- Je bent voor minstens 66 % arbeidsongeschikt verklaard;
- Als je zelfstandige bent: je bent in regel met de betaling van je sociale bijdragen.

¹⁰ Socialistische Mutualiteiten. Meld je arbeidsongeschiktheid. Geraadpleegd op 16 april 2021 (<https://www.devoorzorg-bondmoyson.be/meld-je-arbeidsongeschiktheid>)

- Werklozen;
- Vrouwen die bevallen waren in de onderzochte periode;
- Leden die ingeschreven zijn in een medisch huis. Bij leden van een medisch huis hebben we immers geen gegevens over de gezondheidsconsumptie in de eerste lijn, wat onderwerp is van deze studie.

Hierna houden we 1630 leden over die arbeidsongeschikt werden tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2018 en de diagnose burn-out kregen.

In dit rapport bekijken we de duur van de arbeidsongeschiktheid, het profiel van de leden met een burn-out, alsook de consumptie van gezondheidszorgen (doktersbezoeken, medicatie etc.). Hierbij maken we een onderscheid tussen korte en lange periodes van burn-out:

- Leden met een periode van arbeidsongeschiktheid van maximaal zes maanden worden gedefinieerd als 'leden met een korte periode van burn-out';
- Leden met een periode van arbeidsongeschiktheid van langer dan zes maanden (tot één jaar) worden gedefinieerd als 'leden met een lange periode van burn-out'.

We vragen de gegevens van gezondheidszorgen op van deze leden vanaf één jaar vóór zij arbeidsongeschikt worden tot één jaar erna. We bekijken volgende categorieën:

- Bezoek bij de huisarts: bepaald op basis van nomenclatuurcodes (selectie van alle bezoeken met uitzondering van toeslagen);
- Bezoek bij de specialist: bepaald op basis van nomenclatuurcodes (selectie van alle bezoeken met uitzondering van toeslagen);
- Medische testen: selectie van klinische biologie art. 3 & art. 24 (selectie van alle prestaties met uitzondering van forfaitaire honoraria);
- Medicatie: alle (door de ziekteverzekering terugbetaalde) medicatie afgeleverd via de apotheek (bron: Farmanet);
- Psychologenbezoek: alle consultaties bij een psycholoog, waarvoor leden een terugbetaling ontvangen via onze aanvullende verzekering.

2. Resultaten

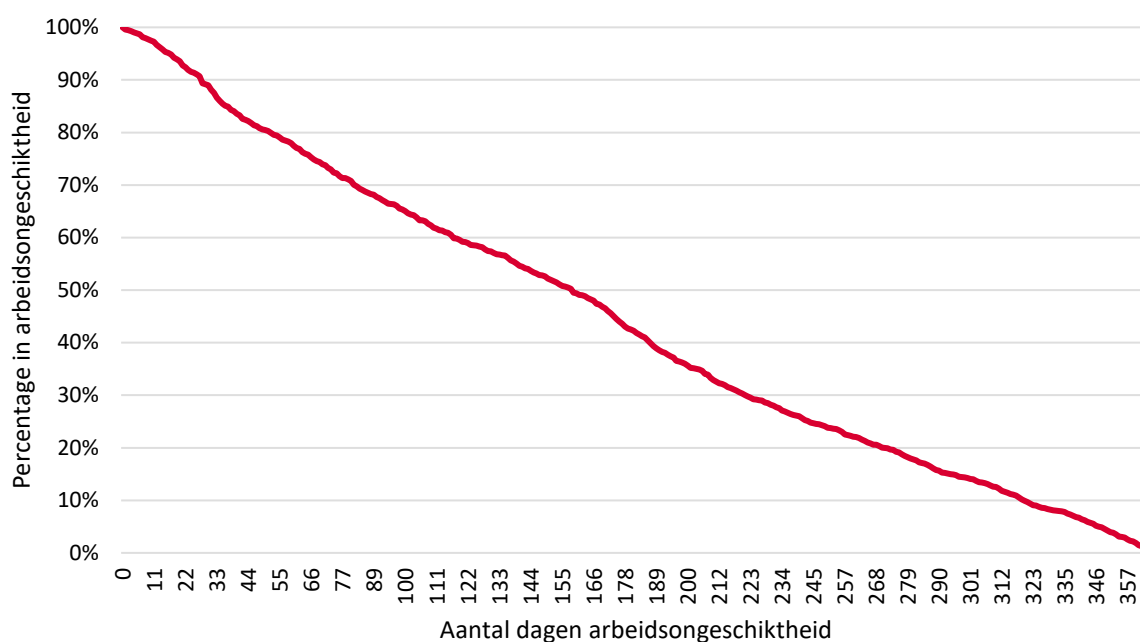
2.1. Duur van arbeidsongeschiktheid

In deze studie bekijken we enkel leden die maximaal één jaar arbeidsongeschikt zijn door een burn-out. Bij één op tien duurt de periode van arbeidsongeschiktheid maximaal één maand. Drie op tien is maximaal drie maanden niet aan het werk door een burn-out.

Duur arbeidsongeschiktheid	Aantal leden	Percentage leden
Maximaal 1 maand	180	11 %
1 tot 3 maanden	346	21 %
4 tot 6 maanden	411	25 %
7 tot 9 maanden	366	22 %
10 tot 12 maanden	327	20 %
Totaal	1630	100 %

Tabel 1: Duur van periode van primaire arbeidsongeschiktheid

Figuur 1 toont de overlevingscurve: de afname van het percentage leden in burn-out in functie van het aantal dagen arbeidsongeschiktheid. Op deze grafiek is er geen duidelijk moment waarop de ziekteperiode van onze leden met een burn-out eindigt.



Figuur 1: Overlevingscurve van leden met een burn-out in primaire arbeidsongeschiktheid

In dit onderzoek zullen we telkens een opdeling maken tussen leden met een korte periode van burn-out (maximaal zes maanden) en leden met een lange periode van burn-out (zes maanden tot maximaal één jaar). Van de 1630 leden in de onderzoekspopulatie hadden 934 leden een korte periode van burn-out en 696 leden een lange periode van burn-out.

2.2. Profiel

Vroeger onderzoek naar het profiel van mensen met een burn-out geven geen eenduidigheid over de rol van individuele kenmerken bij het ontstaan van burn-out. Uit dit eerder onderzoek blijkt ook dat de kenmerken van de werkomgeving een grotere rol spelen bij burn-out dan individuele kenmerken. Verbanden tussen burn-out en geslacht, de leeftijd of het opleidingsniveau worden niet consistent teruggevonden¹¹.

Sommige onderzoeken tonen een verhoogd risico voor burn-out aan bij jongeren en hoger opgeleiden. Hoger opgeleide personen zouden meer gevoelig zijn voor burn-out, omdat ze meestal functies met grotere verantwoordelijkheden uitoefenen, of omdat ze meer verwachten van hun werk¹². Naast leeftijd en geslacht zouden ook sommige persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme, een laag zelfbeeld, plichtsbewustheid,... een rol kunnen spelen. Burn-out lijkt ook vaker voor te komen bij personen die gebeurtenissen in hun leven en hun prestaties aan anderen toeschrijven, of aan het lot (externe locus of control). Mensen met een 'interne locus of control', schrijven dit toe aan hun eigen inzet en vaardigheden. Zij lijken minder vatbaar voor burn-out.

Onze steekproef is relatief klein, en dit is de eerste steekproef na de start van de codering voor burn-out. Hier onder beschrijven we kenmerken van onze populatie, zonder uitspraken doen over de relatie tussen het ontstaan van burn-out en bepaalde profielkenmerken.

De meerderheid van onze leden met een burn-out is een vrouw (61 %). De gemiddelde leeftijd is 41 jaar. Het grootste verschil tussen het profiel van leden met een lange burn-out en leden met een korte burn-out is het geslacht. Van de personen met langdurige burn-out is 66 % een vrouw, terwijl dit bij personen met een korte burn-out 57 % is.

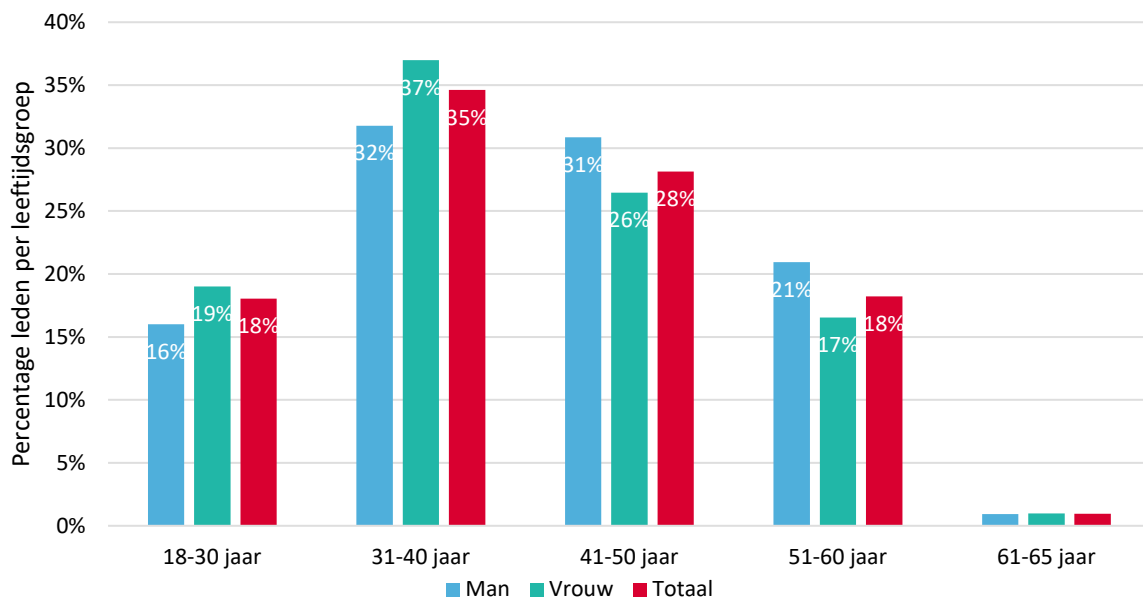
¹¹ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).

¹² Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

	% vrouw	% met VT ¹³	% met MAF ¹⁴	% met statuut chronisch zieken ¹⁵	% met forfait chronisch zieken ¹⁶	Gemiddelde leeftijd	Gemiddelde leeftijd man	Gemiddelde leeftijd vrouw
Alle leden met burn-out	61 %	6 %	6 %	4 %	1 %	41	42	40
Leden met korte periode burn-out	57 %	6 %	5 %	4 %	1 %	40	40	39
Leden met lange periode burn-out	66 %	5 %	6 %	4 %	1 %	42	44	41

Tabel 2: Profiel van leden met een burn-out

De leeftijdsstructuur naar geslacht laat geen opvallende verschillen zien. We zien iets meer jongere vrouwen en iets oudere mannen, maar de verschillen zijn niet significant. Met andere woorden: burn-out komt op elke leeftijd voor. Opvallend is dat bijna één op vijf van de leden met burn-out tussen 18 en 30 jaar oud is.



¹³ Personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) betalen minder bij de dokter en in het ziekenhuis en krijgen een aantal andere kortingen. Dit recht kan je krijgen als je een laag gezinsinkomen hebt of al een bepaald sociaal voordeel of statuut hebt. Meer informatie over de verhoogde tegemoetkoming vind je op [onze website](#).

¹⁴ De maximumfactuur of MAF beschermt je gezin tegen hoge gezondheidskosten. Elk gezin heeft een remgeldplafond. Bereik je dat, dan krijg je de rest van je remgelden terugbetaald. Meer informatie over de maximumfactuur vind je op [onze website](#).

¹⁵ Het statuut chronisch zieken beschermt langdurige zieken tegen hoge gezondheidskosten. Meer informatie over het statuut chronisch zieken vind je op [onze website](#).

¹⁶ Het zorgforfait voor langdurig zieken is een vast jaarlijks bedrag voor wie hoge medische kosten heeft en aan een van de criteria voldoet voor langdurige ziekte. Je ontvangt dit voordeel automatisch als je in aanmerking komt. Meer informatie over het zorgforfait chronisch zieken vind je op [onze website](#).

Figuur 2: Het aantal leden met een burn-out naar leeftijd en geslacht

Wanneer we kijken naar het statuut van de leden met een burn-out zien we dat 64 % bediende is en 35 % arbeider (Tabel 3). Slechts 1 % is zelfstandige. Er zijn opvallend meer bedienden met een lange burn-out (74 %).

Statuut	Mannen met burn-out		Vrouwen met burn-out		Leden met korte periode burn-out		Leden met lange periode burn-out		Alle leden met burn-out	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bediende	307	48%	734	74%	525	56%	516	74%	1041	64%
Arbeider	313	49%	253	25%	398	43%	168	24%	566	35%
Zelfstandige	16	3%	7	1%	11	1%	12	2%	23	1%

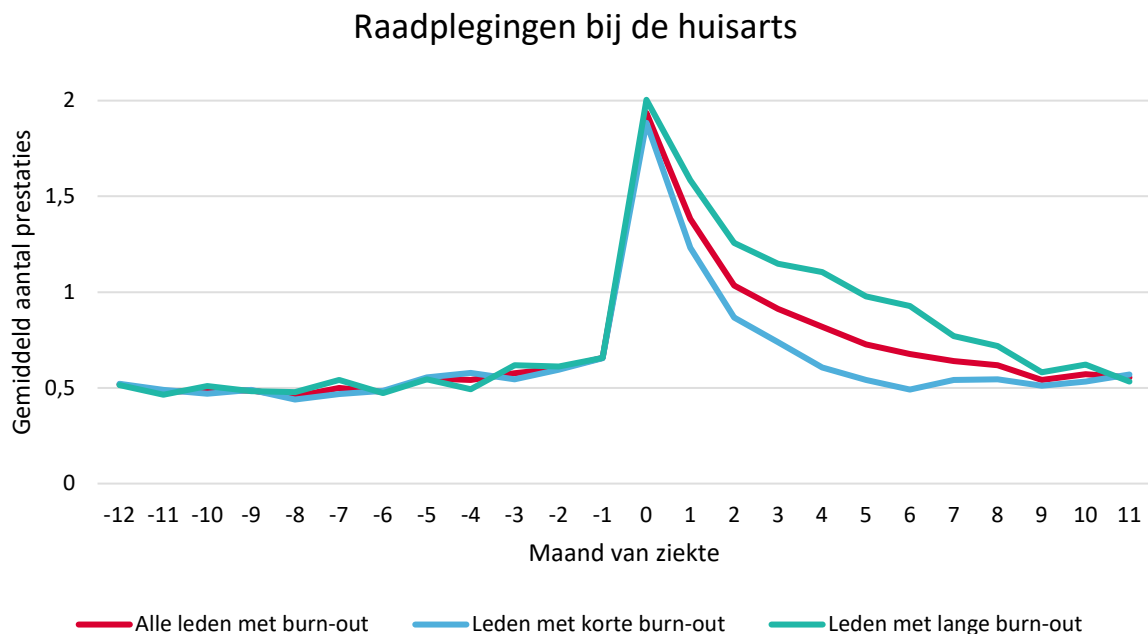
Tabel 3: Statuut van onze leden met een burn-out

2.3. Consumptie gezondheidszorgen

In dit onderdeel bekijken we de consumptie van gezondheidszorgen vanaf één jaar voor, tot één jaar na de start van de arbeidsongeschiktheid. Op deze manier kunnen we bekijken welk effect een burn-out heeft op het gebruik van gezondheidszorgen. De meest gefactureerde categorieën van gezondheidszorgen gedurende één jaar voor, tot één jaar na de start van de arbeidsongeschiktheid zijn: klinische biologie (33 %), raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren (15,2%), farmaceutische verstrekkingen (14,6 %) en kinesitherapie (5,7 %).

2.3.1. Raadplegingen huisarts

Bijna alle leden met een burn-out bezochten de huisarts in de maand dat zij arbeidsongeschikt werden (1585 van de 1630 leden, ofwel 97 %). Wanneer we in detail het aantal raadplegingen in de eerste maand arbeidsongeschiktheid gaan bekijken, zien we dat 35 % de huisarts één keer bezoekt, 40 % twee keer, 17 % drie keer en 8 % vier keer of meer. Er zijn geen grote verschillen wat betreft het aantal doktersbezoeken in de eerste maand tussen leden met een korte burn-out of een lange burn-out.



Figuur 3: Gemiddeld aantal raadplegingen bij de huisarts vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

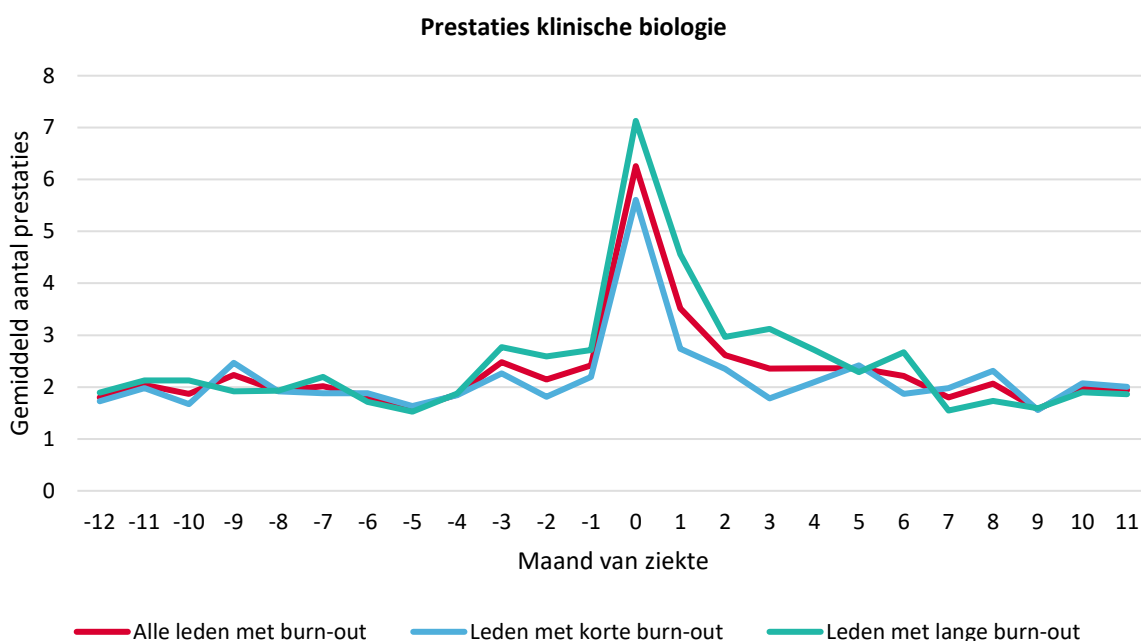
Figuur 3 geeft het gemiddeld aantal raadplegingen bij de huisarts weer vanaf één jaar voor, tot één jaar na de start van de arbeidsongeschiktheid. We zien een piek in het gemiddeld aantal raadplegingen op het moment dat mensen met een burn-out stoppen met werken. Bij leden met een lange burn-out zien we dat zij langdurig door de huisarts opgevolgd worden, terwijl dit bij leden met een korte burn-out van maximaal zes maanden terugkeert naar een normaal niveau.

Sinds 1 januari 2016 moeten artsen een einddatum op het GAO (getuigschrift arbeidsongeschiktheid) vermelden. Hierdoor is het evident dat personen met een burn-out hun huisarts bezoeken. We kijken dus verder naar andere gezondheidsconsumptie die wijst op opvolging van de patiënt, en niet enkel te maken heeft met het voorschrijven van een getuigschrift arbeidsongeschiktheid.

2.3.2. Klinische biologie

Burn-out kan gepaard gaan met lichamelijke klachten¹⁷. In de richtlijnen uit Nederland wordt aangeraden om een complete evaluatie te doen van het psychische en lichamelijke functioneren van de persoon, waaronder een medische uitsluitingsdiagnose. Logischerwijs zouden we bij mensen met een burn-out een toename in het aantal diagnostische testen kunnen zien. We keken meer specifiek naar de prestaties klinische biologie. Hieronder vallen bijvoorbeeld de bloedonderzoeken.

Bij de start van de arbeidsongeschiktheid zien we een opvallende piek bij het voorschrijven van klinische biologie: er worden gemiddeld zeven prestaties gefactureerd in de eerste maand van de ongeschiktheid (Figuur 4). Het gemiddelde aantal gefactureerde prestaties ligt hoger voor leden in lange burn-out.

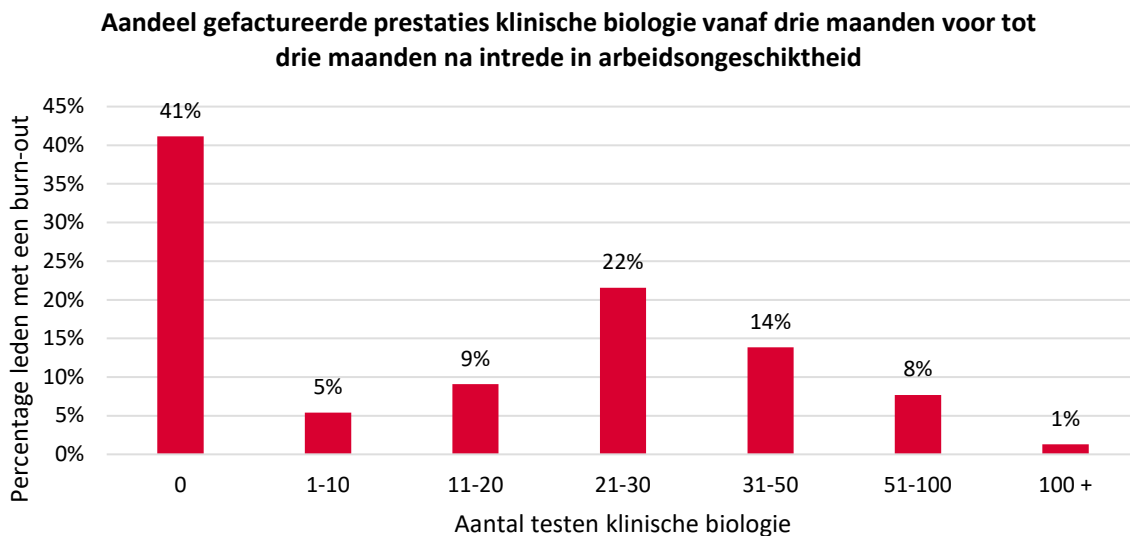


Figuur 4: Gemiddeld aantal prestaties klinische biologie vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

Bij één op vier wordt op het moment dat ze stoppen met werken omwille van burn-out minstens één prestatie klinische biologie gefactureerd. In 82 % van de gevallen schrijft de huisarts deze voor. We zien op figuur 3 dat het gemiddeld aantal prestaties klinische biologie al begint te stijgen vanaf drie maanden voor de start van de arbeidsongeschiktheid. Dit zien we vooral bij mensen in lange burn-out. Deze mensen lopen waarschijnlijk al weken met klachten rond voordat zij stoppen met werken.

Wanneer we bekijken hoeveel personen met een burn-out minstens één test krijgen vanaf drie maanden voor tot drie maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid, zien we zes op tien met een burn-out in die periode minstens één test kreeg. We weten ook dat de huisarts deze testen in 72 % van de gevallen voorschrijft. Deze resultaten wijzen er op dat veel huisartsen een medische uitsluitingsdiagnose stellen en niet louter getuigschriften arbeidsongeschiktheid voorschrijven, ook al in de periode voordat de patiënt stopt met werken.

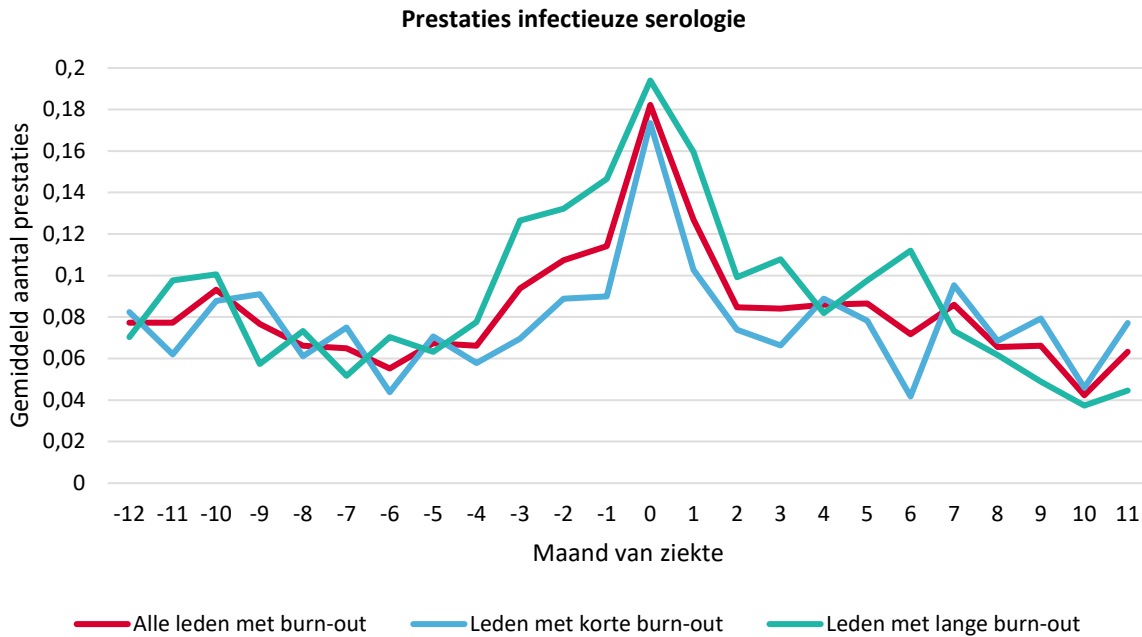
¹⁷ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).



Figuur 5: Aandeel gefactureerde prestaties klinische biologie vanaf drie maanden voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid

Omdat een van de klachten abnormale vermoeidheid is en een infectie hiervan aan de basis kan liggen, bekijken we testen die vaak voorgeschreven worden voor infectieziekten (voornamelijk viraal). Een infectieziekte kan ook de oorzaak zijn van andere klachten zoals onder andere vermoeidheid, verstoorde eetlust, maagpijn, hoofdpijn en misselijkheid die kunnen samengaan met een burn-out volgens een rapport van de Hoge Gezondheidsraad¹⁸. Bij 5 % (84 leden) is er een facturatie voor infectieuze serologie in de maand dat ze arbeidsongeschikt worden. Deze wordt bijna altijd voorgeschreven door de huisarts (in 93 % van de gevallen). Op Figuur 7 zien we dat het gemiddeld aantal testen voor infectieziekten al voor de start van de arbeidsongeschiktheid begint te stijgen. Bij 108 leden (7%) wordt er al een prestatie voor infectieuze serologie aangerekend in de drie maanden voordat ze arbeidsongeschikt worden door een burn-out. Het percentage ligt hoger bij personen in lange burn-out (8 %) dan in korte burn-out (5 %). Dit wijst er op dat een deel van de leden met een burn-out zich al niet goed voelen voordat ze stoppen met werken en bij de huisarts ten rade gaan. Waarschijnlijk is dat deze een medische uitsluitingsdiagnose uitvoert en vervolgens de diagnose van burn-out stelt.

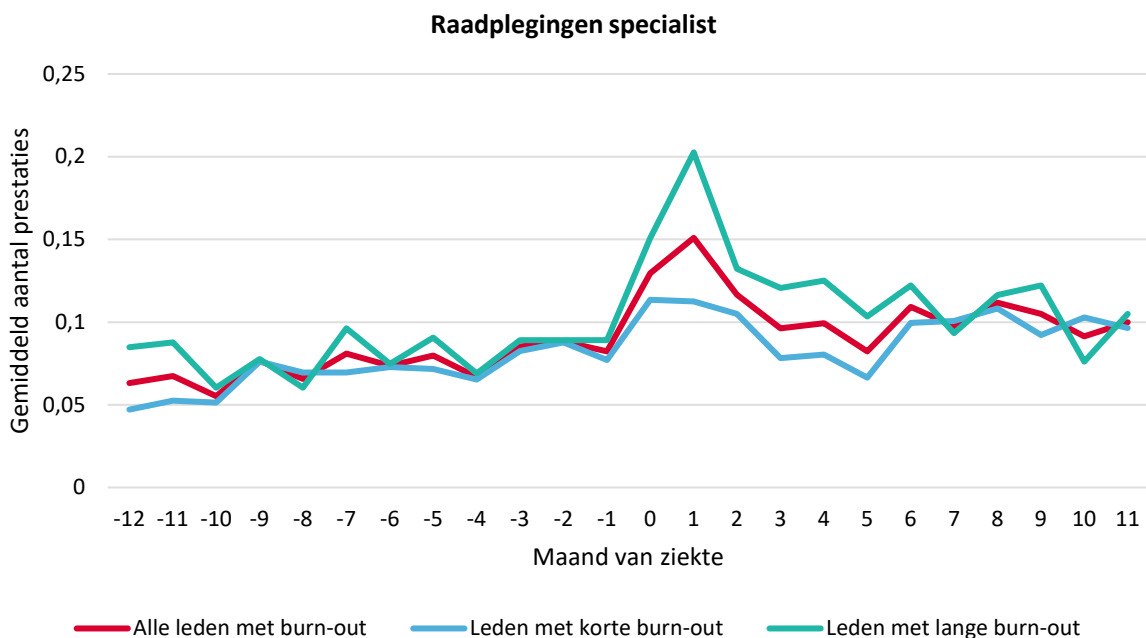
¹⁸ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).



Figuur 6: Gemiddeld aantal prestaties infectieuze serologie vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

2.3.3. Raadplegingen specialist

Indien blijkt dat eerstelijnszorg niet volstaat, kan de huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn, dat is de specialistische zorg.



Figuur 7: Gemiddeld aantal raadplegingen bij de specialist vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

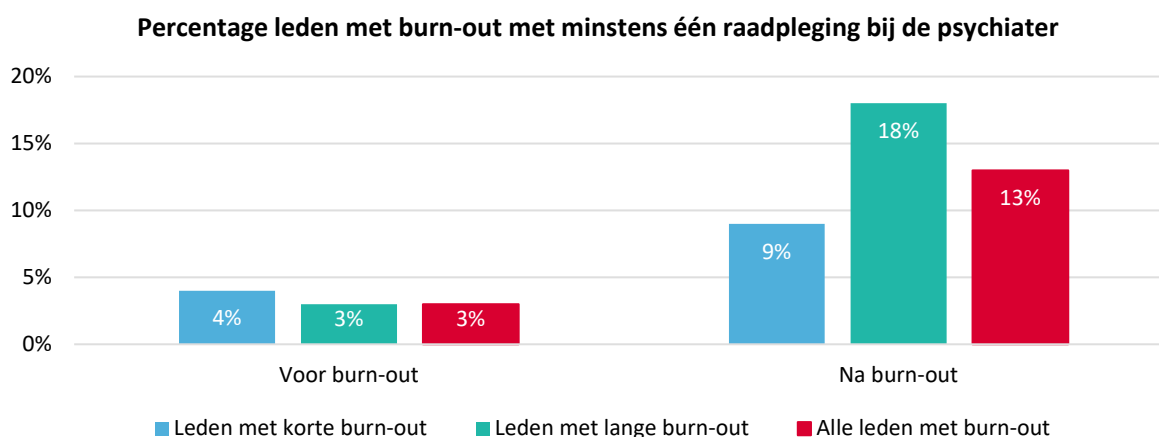
Ongeveer 24 % van de personen met een burn-out bezoekt een specialist in de eerste drie maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid. Het gaat onder andere om specialisten inwendige geneeskundige, pneumologie en gastro-enterologie. Bezoeken bij een psychiater bekijken we apart.

We zien dat bezoeken aan specialisten in de eerste maand dat mensen een burn-out hebben toenemen en een piek bereiken na één maand ziekte (Figuur 8). Dit patroon zien we duidelijker bij mensen met een lange burn-out: dit wijst er op dat zij mogelijk een zwaarder klachtenpatroon hebben waarbij meer zorg nodig is.

2.3.4. Raadplegingen psychiater

De huisarts kan, indien nodig, de patiënt doorverwijzen naar een psychiater bij ernstige klachten of voor een verdere psychopathologische diagnosestelling¹⁹.

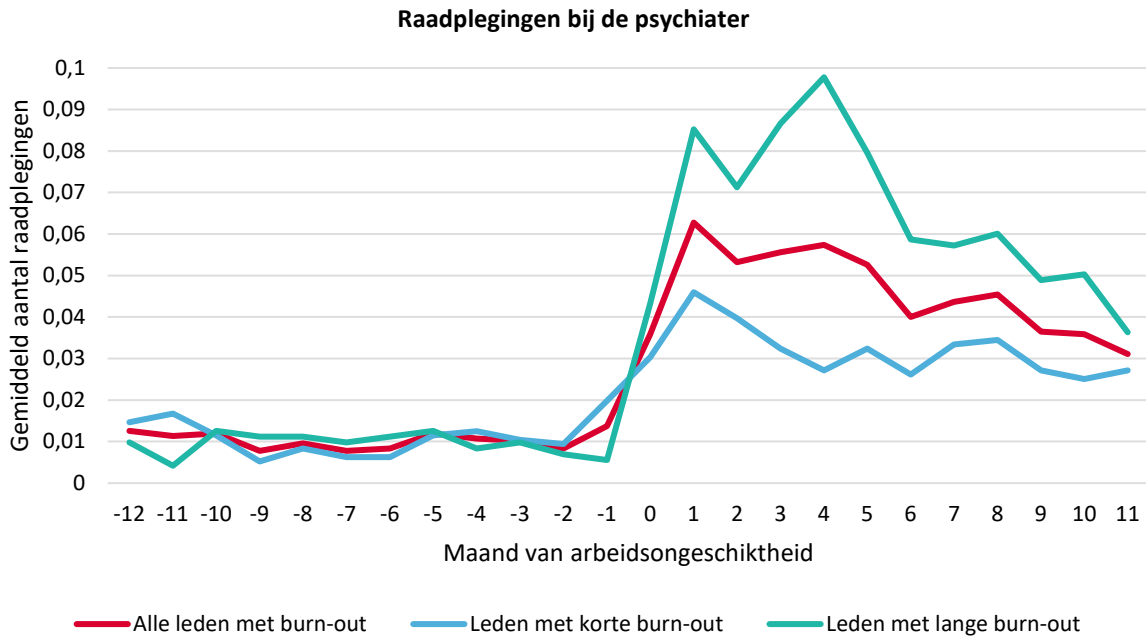
Voor de start van de arbeidsongeschiktheid bezocht 3 % van de leden met een burn-out een psychiater (Figuur 9). Na de start de van arbeidsongeschiktheid bezoeken opmerkelijk meer leden met een burn-out een psychiater (13 %). Vooral bij langdurige burn-out is de stijging opvallend: in het jaar voor de burn-out bezocht 3 % minstens één keer een psychiater terwijl dit in het jaar na de diagnose bijna één op vijf is. Dit wijst op verdere diagnosestelling door een psychiater, vooral bij personen met een burn-out die langer dan zes maanden duurt.



Figuur 8: Percentage leden met een burn-out die minstens één keer een psychiater bezoeken één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid vs. één jaar vanaf de intrede in arbeidsongeschiktheid

We zien een piek in het gemiddelde aantal raadplegingen bij de psychiater op het moment dat leden met een burn-out arbeidsongeschikt worden (Figuur 10). Deze piek is veel meer uitgesproken bij leden die langer dan zes maanden thuisblijven met een burn-out.

¹⁹ Haute Autorité de Santé. (2017, 22 mei). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Geraadpleegd op 20 april 2021 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout#:~:text=Voir%20aussi-,Rep%C3%A9rage%20et%20prise%20en%20charge%20cliniques,d'%C3%A9puisement%20professionnel%20ou%20burnout&text=Les%20objectifs%20de%20cette%20fiche,de%20leur%20retour%20au%20travail).

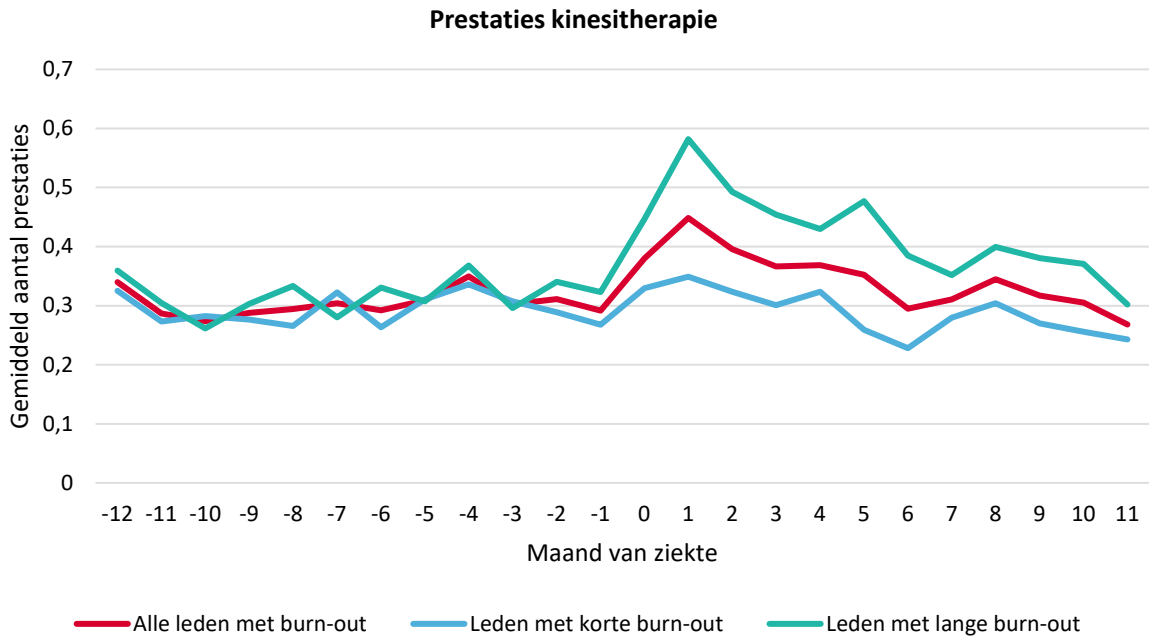


Figuur 9: Gemiddeld aantal raadplegingen bij de psychiater vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

2.3.5. Kinesithérapie

Een burn-out kan samengaan met lichamelijke klachten waaronder spierspanning met pijn ter hoogte van de ruggengraat (zowel rug als nek)²⁰. Hiervoor wordt vaak kinesithérapie voorgeschreven. Ook wordt regelmatig relaxatie- en ademhalingskinesithérapie voorgeschreven. Op Figuur 10 zien we dat enkel bij leden met een langdurige burn-out het aantal prestaties kinesithérapie toeneemt na de start van de arbeidsongeschiktheid. Ook dit wijst op een zwaardere lichamelijke klachten bij mensen met een langdurige burn-out.

²⁰ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).

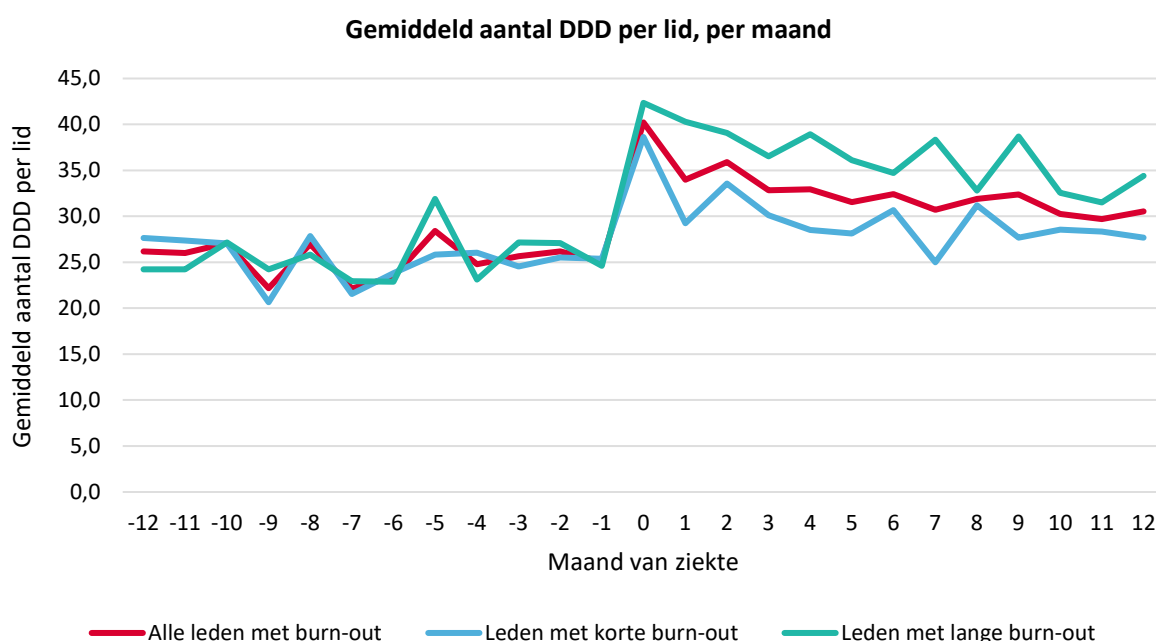


Figuur 10: Gemiddeld aantal prestaties kinesitherapie vanaf één jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid tot één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid

2.3.6. Gebruik van geneesmiddelen

De Nederlandse richtlijnen voor behandeling van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) die we in de inleiding besproken, raden een niet-medicamenteuze behandeling aan. Ook bij de Hoge Gezondheidsraad lezen we: 'Voor geneesmiddelen is er in principe geen plaats in de behandeling van burn-out en de huidige richtlijnen raden ze ook niet aan'²¹.

Ondanks het feit dat medicatie dus niet de eerste keuze is bij de behandeling van burn-out, zien we vanaf de start van de periode arbeidsongeschiktheid een grote toename van het gemiddeld aantal dagdosissen (DDD²²) dat leden per maand bij hun apotheker kochten (zie Figuur 14). Leden met een langere periode arbeidsongeschiktheid hebben een grotere toename in geneesmiddelenconsumptie dan leden met een kortere periode arbeidsongeschiktheid.



Figuur 11: Gemiddeld aantal DDD per maand die leden bij hun apotheker kochten

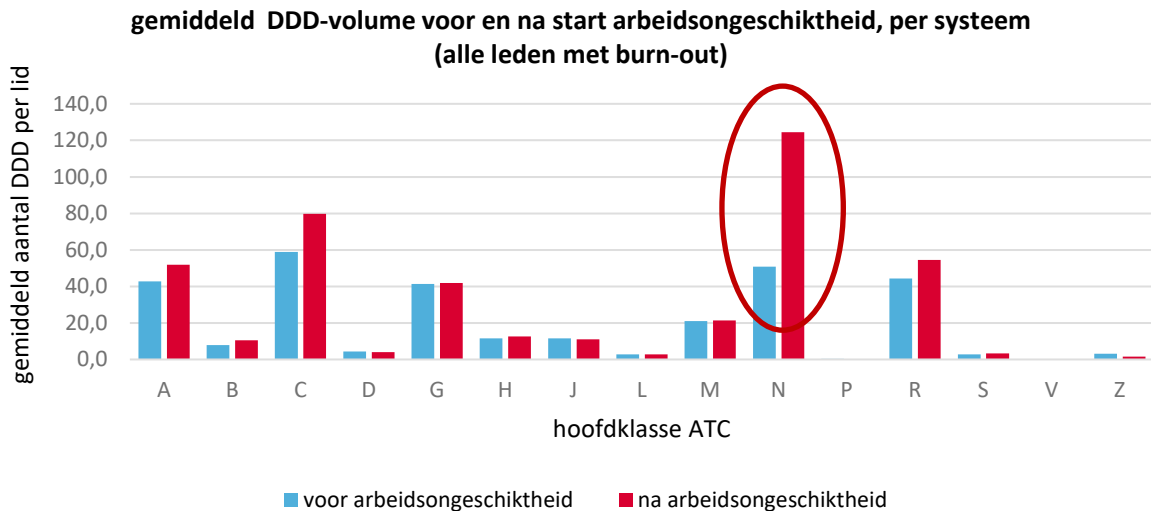
We gingen vervolgens kijken welke geneesmiddelen er meer gebruikt werden na de start van de periode arbeidsongeschiktheid. Hiervoor gebruikten we de ATC-klassen van de geneesmiddelen²³.

In Figuur 15 hieronder, zien we dat de grootste toename in DDD zich situeert in de ATC-klasse N. Dat is de groep geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel. In die groep bevinden zich onder andere de pijnstillers op voorschrift, antidepressiva en antipsychotica.

²¹ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).

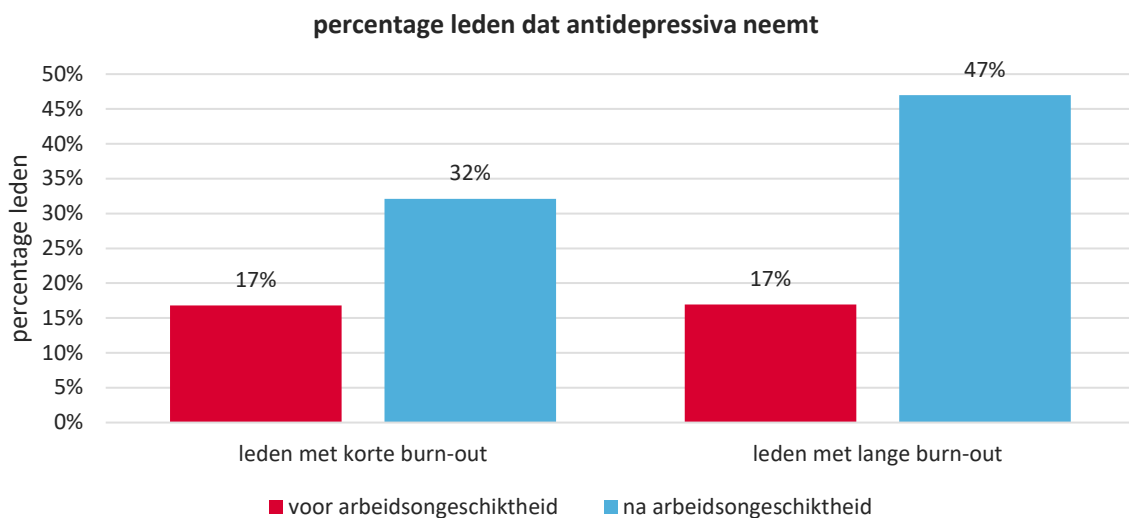
²² DDD is een term voor het behandelingsvolume, gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is voor de behandeling van een volwassen patiënt, voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel. Dit behandelingsvolume wordt bepaald door experts van de WHO (World Health Organization).

²³ Het Anatomisch Therapeutisch Chemisch (ATC) systeem is een classificatiesysteem voor geneesmiddelen. In dat systeem krijgt elk geneesmiddel een code. Wij gebruikten de eerste letter van die code, die aangeeft op welk systeem of orgaan het geneesmiddel werkzaam is. U vindt een overzicht van de ATC-hoofdklassen in bijlage.



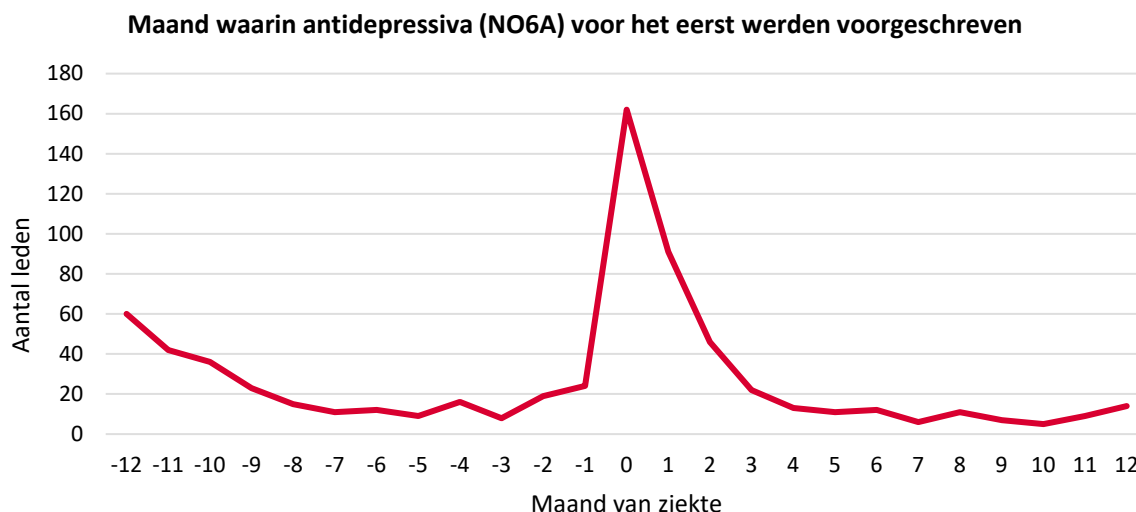
Figuur 12: Gemiddeld aantal DDD per maand die leden bij hun apotheker kochten

De geneesmiddelen die het meest voorgeschreven werden aan leden met burn-out binnen deze groep N, zijn de antidepressiva (code N06A). Zij maken 62% uit van de voorgeschreven geneesmiddelen binnen groep N. Voor het begin van de arbeidsongeschiktheid nam 17% al een antidepressivum, na de start van de arbeidsongeschiktheid stijgt dit naar 39%. In Figuur 16 hieronder, kunnen we zien dat de stijging voor leden met een lange burn-out groter is.



Figuur 16: Percentage leden dat antidepressiva neemt, vóór en na de start van de arbeidsongeschiktheid

Wanneer we kijken naar de maand waarin leden de eerste keer een voorschrift krijgen, dan zien we dat antidepressiva heel snel voorgeschreven worden, vanaf de start van de arbeidsongeschiktheid (Figuur 17). Dit is in tegenstelling met de Nederlandse richtlijnen die we in het begin van de studie aanhaalden, en het advies van de Hoge Gezondheidsraad.



Figuur 17: Maand van het eerste voorschrift antidepressiva (NO6A)

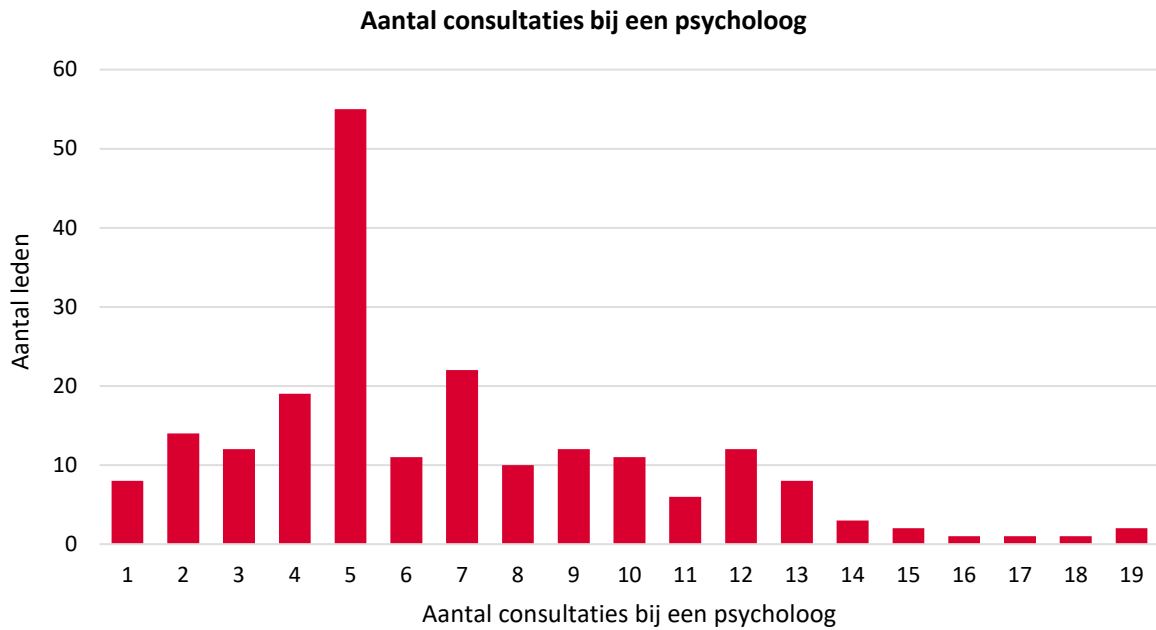
2.3.7. Consultaties bij een psycholoog

De verplichte ziekteverzekering vergoed pas sinds april 2020, onder bepaalde voorwaarden, een behandeling bij een psycholoog. We hebben voor onze onderzoekspopulatie dus geen gegevens over terugbetaling van consultaties bij een psycholoog uit de verplichte ziekteverzekering. Om toch een zicht te hebben op leden met een burn-out die hulp kregen van een psycholoog, keken we welke leden via een aanvullend voordeel van ons ziekenfonds een terugbetaling ontvingen voor een consultatie bij een psycholoog.

Alle federaties van ons ziekenfonds bieden momenteel hun leden een aanvullend voordeel aan bij consultatie van een psycholoog. Leden krijgen 50% van de kostprijs terugbetaald, met een maximum van €10 per consultatie (€15 voor leden met verhoogde tegemoetkoming), voor maximaal 12 consultaties per jaar.

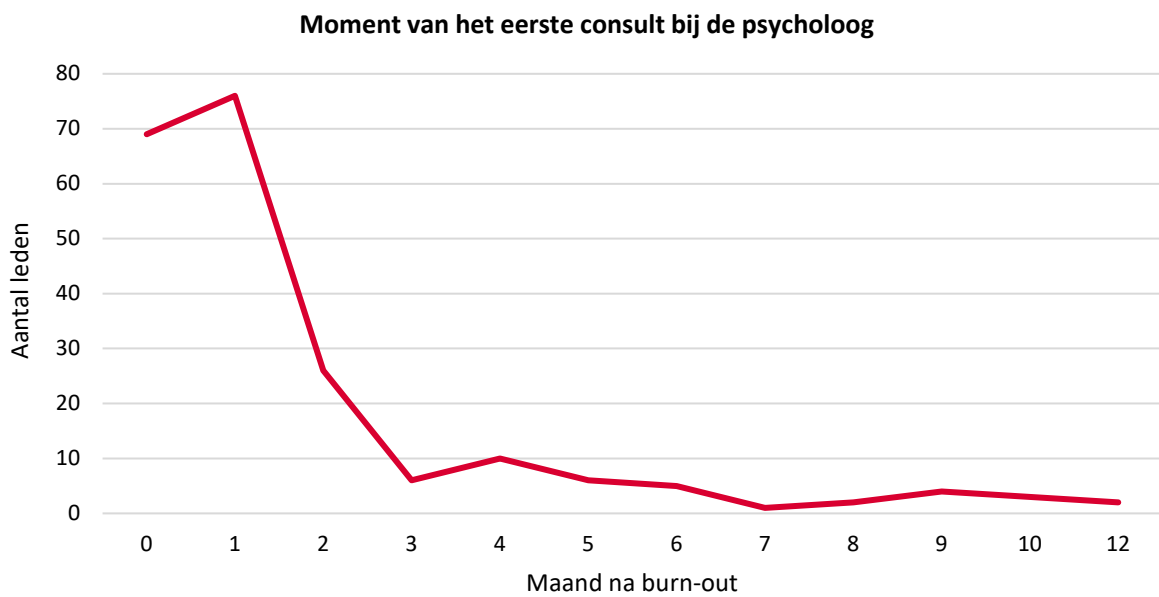
Vóór 1 januari 2021 boden de verschillende federaties verschillende aanvullende voordelen aan voor een consultatie bij een psycholoog. We selecteerden de leden met een diagnose burn-out, die op de startdatum van hun arbeidsongeschiktheid de mogelijkheid hadden om, binnen de federatie waar ze aangesloten waren, gebruik te maken van het aanvullend voordeel 'terugbetaling psycholoog'. Dat waren 736 leden, één derde van hen (29%) had binnen de 12 maanden na de startdatum van de arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, een terugbetaald consult bij een psycholoog.

Wanneer we kijken naar het aantal terugbetaalde consultaties bij de psycholoog, dan zien we dat de meeste leden binnen het jaar na het begin van de arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out 5 consultaties bij een psycholoog terugbetaald kregen (zie Figuur 18).



Figuur 13: Aantal consultaties bij een psycholoog

Positief is dat leden die bij een psycholoog op consultatie gaan, dit snel doen. Meestal reeds in de eerste maand na de start van de arbeidsongeschiktheid (zie Figuur 19).



Figuur 19: Moment van eerste consultatie bij de psycholoog

Tot slot keken we naar de mate waarin antidepressiva en psychotherapie gecombineerd werden. We haalden al eerder aan dat antidepressiva eigenlijk niet aangewezen zijn bij de behandeling van burn-out (zie boven). Toch worden ze vaak en snel voorgeschreven. Onderzoek heeft uitgewezen dat als

antidepressiva worden voorgeschreven, dit beter gebeurt in combinatie met psychotherapie²⁴. We keken daarom in welke mate antidepressiva gecombineerd werden met psychotherapie. Er zijn 303 leden die antidepressiva nemen én recht hebben op het aanvullend voordeel psychotherapie. Het overgrote deel van hen (70%) neemt enkel een antidepressivum, 30% combineert een antidepressivum met psychotherapie.

²⁴ Karyotaki E, Smit Y, Cuijpers P, Debauche M, De Keyser T, Habraken H, Pitchot W, Raes F, Salomez D, Gillain B, Fairon N, Paulus D, Robays J, Holdt Henningsen K. The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 230. D/2014/10.273/72.

3. Conclusies

In deze studie bekeken de zorgconsumptie van leden met een burn-out met een duur van maximaal één jaar. We zien een duidelijk effect van een burn-out op de gezondheidsconsumptie. De resultaten geven aan dat leden na de start van de arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out meer hun huisarts en specialisten consulteren, en vaak en snel antidepressiva voorgeschreven krijgen. De zorgconsumptie van leden met een burn-out langer dan 6 maanden ligt hoger dan bij leden met een kortere periode van arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out.

Positief: vooral de huisarts volgt leden met een burn-out op

Bij de behandeling van burn-out speelt de huisarts een belangrijke rol²⁵. We zien dat onze leden vaker naar de huisarts gaan wanneer ze arbeidsongeschikt worden door een burn-out en dat ze ook vaker testen voorgeschreven krijgen:

- We zien een piek in het gemiddeld aantal raadplegingen op het moment dat mensen met een burn-out stoppen met werken.
- Bijna alle leden met een burn-out (1585 van de 1630 leden, oftewel 97 %) bezochten de huisarts in de maand dat zij arbeidsongeschikt werden). Wanneer we in detail het aantal raadplegingen in de eerste maand arbeidsongeschiktheid gaan bekijken, zien we dat 35 % de huisarts één keer bezoekt, 40 % twee keer, 17 % drie keer en 8 % vier keer of meer.
- Bij één op vier wordt op het moment dat ze stoppen met werken omwille van burn-out minstens één test klinische biologie, zoals een bloedonderzoek voorgeschreven. In 82 % van de gevallen schrijft de huisarts deze voor. Dit wijst er op dat veel huisartsen een medische uitsluitingsdiagnose stellen.

Zwaardere zorgconsumptie bij leden met een langdurige burn-out

Indien blijkt dat eerstelijnszorg niet volstaat, kan de huisarts doorverwijzen naar de tweede lijn, de specialistische zorg. Ongeveer 24% van de personen met een burn-out bezocht een specialist in de eerste drie maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid. We zien dat bezoeken aan specialisten in de eerste maand dat mensen een burn-out hebben toenemen en een piek bereiken na één maand ziekte. Dit patroon zien we duidelijker bij mensen met een lange burn-out: dit wijst er op dat zij mogelijk een zwaarder klachtenpatroon hebben waarbij meer zorg nodig is.

Niet alleen bij bezoeken aan de specialist zien we meer uitgesproken patronen bij leden in langdurige burn-out. Ook bij bezoeken aan de psychiater zien we een meer uitgesproken effect. Voor de start van de arbeidsongeschiktheid bezocht 3 % van de leden met een burn-out een psychiater. Na de start van de arbeidsongeschiktheid bezoeken opmerkelijk meer leden met een burn-out een psychiater (13 %). Vooral bij langdurige burn-out is de stijging opvallend: in het jaar voor de burn-out bezocht 3 % minstens één keer een psychiater terwijl dit in het jaar na de diagnose bijna één op vijf is. Dit

²⁵ Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), & Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2011). *Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout*. Geraadpleegd op https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

wijst op verdere diagnosestelling door een psychiater, vooral bij personen met een burn-out die langer dan zes maanden duurt.

Een burn-out kan samengaan met lichamelijke klachten waaronder spierspanning met pijn ter hoogte van de ruggengraat (zowel rug als nek)²⁶. Hiervoor wordt vaak kinesitherapie voorgeschreven. We zien dat enkel bij leden met een langdurige burn-out het aantal prestaties kinesitherapie toeneemt na de start van de arbeidsongeschiktheid. Ook dit wijst op mogelijk zwaardere lichamelijke klachten bij mensen met een langdurige burn-out.

Antidepressiva worden veel en snel voorgeschreven

Ondanks het feit dat medicatie niet de eerste keuze is bij de behandeling van burn-out, zien we vanaf de start van de periode arbeidsongeschiktheid een grote toename van het gemiddeld aantal DDD²⁷ dat leden per maand bij hun apotheker kochten. Het gaat vooral om geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel zoals zware pijnstillers, antidepressiva en antipsychotica.

Wanneer we specifiek naar het gebruik van antidepressiva kijken, zien we dat voor de start van de arbeidsongeschiktheid 17 % antidepressiva nam, terwijl dit na de start van de arbeidsongeschiktheid stijgt naar maar liefst 39 %. Bij leden met een lange burn-out, zien we een grotere stijging. Na de start van de periode arbeidsongeschiktheid neemt 47 % van de leden met een lange burn-out antidepressiva, tegenover 32 % van de leden met een korte burn-out.

We zien ook dat antidepressiva al heel snel wordt voorgeschreven na de start van de arbeidsongeschiktheid. Bij één op tien wordt antidepressiva voorgeschreven in de eerste maand van de arbeidsongeschiktheid.

Het vele en snelle voorschrijven van antidepressiva kan zou deels te maken kunnen hebben met het feit dat de symptomen van burn-out erg kunnen lijken op die van depressie. Het is daarom van groot belang dat er een duidelijke definitie, test en behandelplan komt voor burn-out zodat de meest juiste diagnose gesteld kan worden.

Eén op drie bezoekt een psycholoog

We zagen dat één op drie leden met recht op terugbetaling uit de aanvullende verzekering, een consult had bij een psycholoog binnen de 12 maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid. Positief is dat leden die bij een psycholoog op consultatie gaan, dit snel doen. Meestal al in de eerste maand na de start van de arbeidsongeschiktheid.

4. Aanbevelingen

Voorkomen is beter dan genezen

²⁶ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339).

²⁷ DDD is een term voor het behandelingsvolume, gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid van een geneesmiddel dat dagelijks nodig is voor de behandeling van een volwassen patiënt, voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel. Dit behandelingsvolume wordt bepaald door experts van de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie).

Voor mensen met een burn-out is het belangrijk dat er snel ingegrepen wordt, bij de eerste signalen al. Een snelle interventie kan voorkomen dat mensen eerst arbeidsongeschikt worden voor er een behandeling opgestart wordt. Eigenlijk kunnen artsen vandaag al vroeg ingrijpen: zij kunnen, mits toestemming van de patiënt, bij de eerste signalen van burn-out al contact opnemen met de arbeidsarts. Deze kan dan maatregelen voorstellen om een volledige arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Van deze mogelijkheid wordt momenteel zelden gebruik gemaakt. De meeste mensen blijven doorwerken, zelfs bij signalen van burn-out, tot ze niet meer kunnen werken en arbeidsongeschikt worden.

In sommige bedrijven wordt bij signalen van burn-out wel al proactief gewerkt, en kunnen er met de werkgever afspraken gemaakt worden rond tijdelijk aangepaste werkomstandigheden. Deze werkgevers geven wel aan dat een wettelijk kader hiervoor binnen de arbeidsovereenkomst ontbreekt en dat de wijzigingen in arbeidstijd of werkomstandigheden op vrijblijvende basis gebeuren. Het voorzien van een wettelijk kader kan hier een oplossing bieden. Wel is het belangrijk dat de werknemer binnen dit flexibel arbeidssysteem voldoende beschermd wordt.

De rol van de arbeidsarts en de diensten voor preventie op het werk zou meer benadrukt moeten worden in de preventie en behandeling van burn-out. Zo zouden bijvoorbeeld gespecialiseerde preventieadviseurs kunnen ingeschakeld worden op de werkvloer, altijd in samenspraak met werknemer en werkgever. Dit veronderstelt wel voldoende mogelijkheden tot flexibiliteit op het werk en een sterk engagement van de werkgever. Voor sommige patiënten zal een volledige arbeidsonderbreking toch de beste optie blijken, waarna op progressieve manier naar een re-integratie dient gezocht te worden.

Duidelijke diagnostische criteria en richtlijnen voor behandeling die gekend zijn door zorgverleners

Een eenduidig en door iedereen gekend instrument kan helpen bij het vaststellen van een burn-out, aangevuld met een medische uitsluitingsdiagnose indien nodig. Tot heel recent werd een vragenlijst gebruikt die in de eerste plaats ontwikkeld werd voor onderzoeksdoeleinden²⁸, en niet als diagnostisch instrument. De onderzoeksgroep Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie van de KU Leuven ontwikkelde recent een nieuwe vragenlijst, de 'Burn-out Assessment Tool' (BAT)²⁹. Dit nieuwe diagnostische instrument laat toe het risico op burn-out te meten, zodat eventueel vroeg ingegrepen kan worden.

Op dit ogenblik weten we echter nog niet wat de beste aanpak is van burn-out. Wetenschappelijk onderzoek hierrond is beperkt en zorgverleners op het terrein hebben soms uiteenlopende meningen. Daarom startte de Centrum Omgeving en Gezondheid van de KUL eind 2015 een onderzoek³⁰ in samenwerking met het RIZIV (Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid Dienst uitkeringen). Hiermee willen zij tot een duidelijk zorgpad komen voor mensen met een burn-out.

Een vlotte re-integratie op de werkvloer

²⁸ Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981)

²⁹ Zie: <https://burnoutassessmenttool.be/>

³⁰ Zie: <https://werkenburnout.be/>

Bij een burn-out is naast het behandelen van de persoon het nastreven van professionele re-integratie essentieel. Het is belangrijk dat de dialoog tussen werkgever en werknemer zo snel mogelijk wordt opgestart. Hierbij speelt de arbeidsarts een sleutelrol. De adviserend artsen van het ziekenfonds, begeleiden bij diagnose van burnout, de patiënt door de opties te bespreken en naar de arbeidsarts door te verwijzen.

Deze begeleiding wordt best zo snel mogelijk na intrede in arbeidsongeschiktheid opgestart. De werkhervatting moet progressief gebeuren en goed worden voorbereid. Dit met aanpassing van de werkomstandigheden en een gepersonaliseerde en transparante begeleiding van de patiënt³¹. Niet alleen bij de behandeling van burn-out is psychologische zorg belangrijk, deze zou ook structureel ingebed moeten worden in het re-integratietraject om de patiënt optimaal te begeleiden tijdens het traject. Enkel wanneer blijkt dat alle mogelijkheden tot aanpassing op de huidige job uitgeput zijn, kan gekeken worden naar het integreren van de patiënt op een nieuwe job.

Investeer in betaalbare en kwalitatieve geestelijke zorg

De huisarts en psycholoog vormen samen de eerste lijn bij het behandelen van burn-out. Psychologische hulp is vaak een grote kost voor de patiënt, zeker in het geval van intensieve begeleiding. In dit onderzoek zagen we dat maar liefst 39 % van de mensen met een burn-out antidepressiva neemt. Een betaalbare, laagdrempelige en kwalitatieve eerstelijns psychologische zorg kan helpen om dit terug te dringen. Hierbij is het belangrijk dat er geen lange wachttijden zijn. Bij een burn-out is een snelle interventie cruciaal.

³¹ Hoge Gezondheidsraad. (2017). *Burn-out en werk* (HGR NR 9339). Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9339_burnout_zisa4_full_0.pdf

5. Bijlage

ATC hoofdklassen

ATC-code A	Spijsverteringsstelsel en metabolisme
ATC-code B	Bloed en bloedvormende organen
ATC-code C	Cardiovasculair systeem
ATC-code D	Dermatologica
ATC-code G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen
ATC-code H	Systemische hormonale preparaten, met uitzondering van insuline en geslachtshormonen
ATC-code J	Anti-infectie middelen voor systemisch gebruik
ATC-code L	Antineoplasie en immunomodulerende stoffen
ATC-code M	Bewegingsapparaat
ATC-code N	Zenuwstelsel
ATC-code P	Antiparasitische middelen, insecticiden en repellents
ATC-code Q	Veterinaire geneesmiddelen
ATC-code R	Ademhalingsstelsel
ATC-code S	Zintuigstelsel