



Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out:

evaluatie van een multidisciplinair traject met
maximale afstemming van zorg en begeleiding naar werk

Tweede tussentijds rapport: Onderzoeksprotocol

Dr. Lotje Lambregts
Prof. Dr. Lode Godderis

Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg
Omgeving en Gezondheid
Kapucijnenvoer 35 blok d – bus 7001
3000 Leuven

i.s.m. het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid
van de dienst uitkeringen van het RIZIV

INHOUDSTAFEL

Inleiding

1. Achtergrond
2. Doelstellingen
3. Hypothese
4. Studie design en methodologie
5. Ethische aspecten
6. Planning
7. Bijlagen
8. Referenties

INLEIDING

Van de Belgische werknemers die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, lijdt meer dan een derde aan een psychische aandoening. Eén van de psychische aandoeningen die tot langdurige arbeidsongeschiktheid kunnen leiden, is burn-out. Hoe langer mensen arbeidsongeschikt zijn, hoe kleiner de kans wordt dat zij terugkeren naar het werk. Slechts 50% van de werknemers die 6 maanden of langer arbeidsongeschikt zijn, keert terug naar de eigen werkgever. Dit aantal daalt verder tot 20% bij werknemers die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn. Om de terugkeer naar het werk te bevorderen en langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen bij mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out, zijn ondersteunende maatregelen nodig. Dit project wil bijdragen aan de kennis over welke maatregelen effectief zijn in de ondersteuning van mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out in de terugkeer naar werk.

De doelstellingen van dit project zijn daarom:

- 1) de *ontwikkeling* van een traject dat mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out ondersteunt in hun terugkeer naar werk (bij de eigen werkgever of elders) zodat zij het werk sneller en duurzamer kunnen hervatten vergeleken met mensen die dit traject niet hebben ontvangen
- 2) het ontwikkelde traject *uittesten* door middel van een interventiestudie
- 3) een *procesevaluatie* uitvoeren om zo concreet mogelijke aanbevelingen te kunnen formuleren voor de implementatie van het traject in de dagelijkse praktijk

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

De ontwikkelingsfase is op dit moment afgerond. Op basis van een systematische literatuurstudie en de grijze literatuur (guidelines, rapporten van (overheids)instanties, bestaande initiatieven in België) ontwikkelden we een eerste versie van het traject. Deze eerste versie van het traject legden we voor aan stakeholders en we vroegen hen tijdens groepsinterviews wat mogelijke hinderpalen en bevorderende factoren kunnen zijn bij de praktische uitvoering van het traject. (Voor deze groepsinterviews werd toestemming bekomen van de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie SMEC, dossiernummer G- 2016 09 624). Rekening houdend met de opmerkingen en suggesties van de stakeholders ontwikkelden we het eigenlijke traject. Het eerste tussentijds rapport (juni 2017) beschrijft deze fase van het project.

De volgende stap is het uittesten van dit traject in een interventiestudie. Deelnemers aan de studie (mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out) zullen worden opgenomen in de interventiearm (traject) of in de controlearm (gebruikelijke zorg). Er werd een gunstig advies bekomen voor het uitvoeren van deze interventiestudie van de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 20 november 2018. **Dit tweede tussentijds rapport beschrijft het protocol van deze interventiestudie.**

Tenslotte zal het Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance (Re-aim) framework gebruikt worden om de sterktes en zwaktes van het traject te achterhalen. Op basis van de bekomen gegevens zullen aanbevelingen geformuleerd worden voor de implementatie van het traject in de dagelijkse praktijk.

1. ACHTERGROND

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

Mentale aandoeningen zijn een belangrijke oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid. Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat op 31 december 2015 in België 122.825 werknemers langer dan een jaar arbeidsongeschikt (invalide) waren omwille van een psychische aandoening. Dit is 35,40% van het totaal aantal invalide werknemers (346.971). Eén van de mentale aandoeningen die tot langdurige arbeidsongeschiktheid kunnen leiden, is burn-out. Burn-out wordt omschreven als een syndroom van extreme vermoeidheid (uitputting), afstand nemen van het werk (distantie) en weinig vertrouwen in het eigen kunnen (verminderde competentie), waarbij de oorzaken voor deze aspecten gelegen zijn in hetzij de werksfeer, hetzij de manier waarop werknemers omgaan met stresserende aspecten in hun werk (3). Mensen met burn-out zijn vaker en langduriger arbeidsongeschikt dan anderen (4) en hebben op langere termijn een grotere kans om definitief van de arbeidsmarkt te verdwijnen (5).

In de literatuur zijn reeds een aantal interventiestudies terug te vinden gericht op mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out en hun terugkeer naar het werk (6-13). In deze interventies ligt doorgaans de focus op persoonsgerichte maatregelen zoals cognitieve gedragstherapie. Een snellere terugkeer naar het werk door cognitieve gedragstherapie wordt in deze studies niet aangetoond (7, 9, 12, 13). Een mogelijke verklaring zou kunnen liggen in het feit dat burn-out per definitie zijn oorsprong vindt in het werk (14). Enkel ingrijpen op individueel niveau (bv. verbeteren van copingstrategieën) is dan onvoldoende. Ook het aanpakken van risicofactoren voor burn-out in de werksituatie (bv. hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden) is nodig om een snellere terugkeer naar het werk te bekomen. De weinige studies waarin het effect van maatregelen op de werkvloer wordt nagegaan, lijken er op te wijzen dat deze organisatiegerichte maatregelen een snellere terugkeer naar het werk bevorderen (6, 10). Bijkomend onderzoek is nodig om hierrond meer duidelijkheid te bekomen. Dit project wil daartoe bijdragen.

Dit project heeft als doel een traject te ontwikkelen voor mensen die arbeidsongeschikt zijn omwille van burn-out om hun terugkeer naar het werk te bevorderen. In ons uiteindelijke traject willen we zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte maatregelen opnemen. We willen daarnaast ook voldoende rekening houden met alle actoren waarmee een werknemer die arbeidsongeschikt is omwille van burn-out in aanraking komt: huisarts, psycholoog, arbeidsarts, adviserend arts, werkgever, leidinggevende ... Elk van deze actoren heeft zijn eigen expertise en heeft zijn eigen rol te spelen in de behandeling en begeleiding van mensen met burn-out. Pijnpunten zijn dat deze betrokken actoren vaak onvoldoende kennis hebben over de inhoud van elkaars beroep en dat de communicatie tussen deze actoren onderling te wensen overlaat (15, 16). Dit zullen aandachtspunten zijn bij de ontwikkeling, de evaluatie en de implementatie van het traject.

Zorgpaden en zorgtrajecten worden in de curatieve sector gebruikt om patiëntgerichte zorgprocessen op een transparante wijze te organiseren en op te volgen (17, 18). In dit onderzoek willen we deze methodiek gebruiken in een ruimere context waarbij ook actoren uit de werkomgeving, arbeidsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde worden betrokken.

Binnen de onderzoekseenheid Omgeving en Gezondheid werden in het verleden reeds studies uitgevoerd over burn-out bij artsen en verpleegkundigen (19) en over de re-integratie van werknemers (o.a. na borstkanker) (20, 21). Dit is de eerste studie rond re-integratie van mensen met burn-out.

2. DOELSTELLINGEN

We hebben als doel om het traject dat we tijdens een eerdere fase ontwikkelden (bijlage 1), uit te testen door middel van een interventiestudie.

3. HYPOTHESE

De hypothese die zal worden onderzocht is: “Mensen met burn-out die het traject naar werk ontvangen, zullen sneller en duurzamer terugkeren naar werk vergeleken met de groep die de gebruikelijke begeleiding¹ ontvangt”.

4. STUDIE DESIGN EN METHODOLOGIE

We zullen een geclusterde gerandomiseerde studie uitvoeren om het ontwikkelde traject, beschreven in bijlage 1, te evalueren. Een cluster zal bestaan uit een huisartspraktijk. We kiezen omwille van praktische redenen voor een geclusterde studie (het ontwikkelde traject wordt opgestart bij de huisarts) en om contaminatie te voorkomen. De deelnemende huisartspraktijken zullen immers worden toegewezen aan de interventiearm (d.i. het traject) of aan de controlearm (d.i. de gebruikelijke zorg) en alle artsen binnen één praktijk zullen steeds in dezelfde arm zitten (om contaminatie tussen interventie- en controlearm zo veel mogelijk te vermijden). Alle patiënten tussen 18 en 65 jaar die betaald werk verrichten en voor wie de huisarts voor de eerste maal in 12 maanden (uitz.: zie verder onder klinische evaluatie) een ziekte-attest voorschrijft omwille van burn-out (zie verder onder klinische evaluatie) komen in aanmerking voor de studie. De uitkomstmaten (zie verder) zullen niet op clusterniveau maar op niveau van de patiënt gemeten worden.

Rekrutering

In samenwerking met The Human Link, Het Huis voor Veerkracht en ULg (vertegenwoordigd door prof. Firket) zullen we psychologen zoeken die willen meewerken aan de studie. Het onderzoeksteam zal alle nodige documenten en instructies (instructiefilmpjes) bezorgen aan de psychologen die wensen mee te werken aan de studie. Deelnemende psychologen zullen een samenwerkingsovereenkomst ondertekenen met KU Leuven.

In samenwerking met Domus Medica en SSMG zullen huisartsen gezocht worden die willen meewerken aan de studie. Geïnteresseerde huisartsen zullen zich kunnen aanmelden op de website www.werkenburnout.be / www.travailleburnout.be waar zij meer informatie over deelname aan de studie kunnen aanvragen. Er zal voldoende aandacht worden besteed aan het feit dat de randomisatie op niveau van de huisartspraktijk gebeurt (en dat huisartsen op het moment dat zij instemmen om deel te nemen aan de studie niet weten of zij in de arm van de gebruikelijke zorg of in de arm van het traject zullen zitten). Wanneer alle huisartsen uit een huisartspraktijk instemmen om deel te nemen aan de studie zal hen door het onderzoeksteam gevraagd worden om een samenwerkingsovereenkomst met KU Leuven te ondertekenen. Nadat de huisartsen zijn opgenomen in ofwel de interventiearm ofwel de controlearm (zie verder onder randomisatie), zullen deze twee groepen apart worden geïnstrueerd over de te volgen stappen tijdens de studie met behulp van instructiefilmpjes. We zullen deze werkwijze hanteren om contaminatie tussen de interventie- en controlearm zo veel mogelijk te vermijden.

Deelnemende huisartsen zullen aan patiënten bij wie voor de eerste maal in 12 maanden (uitz.: zie verder onder klinische evaluatie) een ziekteattest wordt opgemaakt omwille van burn-out (zie verder onder klinische evaluatie) en die voldoen aan de inclusiecriteria (zie verder) de studie toelichten en vragen om deel te nemen aan de studie. De huisarts zal aan patiënten die instemmen om deel te nemen aan de studie vragen om een informed consent te tekenen.

Huisartsen van deelnemende huisartspraktijken zullen gedurende een periode van 8 maanden patiënten rekruteren.

Inclusiecriteria

Psychologen:

- ingeschreven zijn op de officiële lijst van psychologen in België (erkend psycholoog zijn)
- bereid zijn om patiënten die naar hen verwezen worden door één van de deelnemende huisartsen in het kader van de studie een eerste maal te zien binnen vier weken na opmaak van het eerste ziekteattest
- bereid zijn om vier weken en acht à twaalf weken na de opmaak van het eerste ziekteattest en na afloop van 10 sessies begeleiding een nota/verslag te bezorgen aan huisarts, arbeidsgeneesheer en adviserend geneesheer
- bereid zijn om te stimuleren en te bewaken dat de patiënt de contacten met andere stakeholders (arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, leidinggevende, ...) die nodig zijn om de werkhervatting voor te bereiden effectief opstart en indien nodig deze gesprekken samen met de patiënt voor te bereiden
- geïnstrueerd zijn door het onderzoeksteam over de studie
- een samenwerkingsovereenkomst ondertekend hebben

Huisartsen:

- ingeschreven zijn op de lijst van de Orde der artsen

¹ In dit project definiëren we de “gebruikelijke begeleiding” als volgt: elke vorm van begeleiding die een arbeidsongeschikte persoon met burn-out ontvangt vanaf het moment dat hij of zij arbeidsongeschikt is tot het moment van werkhervatting (op de eigen werkplaats of elders) waarbij de ontvangen begeleiding niet bestaat uit het in deze studie ontwikkelde traject.

- bereid zijn om patiënten te includeren die aan de inclusiecriteria voldoen (op voorwaarde dat de patiënt het informed consent heeft ondertekend)
- bereid zijn om afhankelijk van in welke arm hij of zij werd ingedeeld ofwel het traject op te starten en aan te bieden ofwel de gebruikelijke zorg te verlenen
- geïnstrueerd zijn door het onderzoeksteam over de studie
- een samenwerkingsovereenkomst ondertekend hebben

Patiënten:

- tussen 18 en 65 jaar oud zijn
- voor de eerste maal in 12 maanden (uitz.: zie verder onder klinische evaluatie) een ziekteattest ontvangen van de huisarts omwille van burn-outklachten (zie verder onder klinische evaluatie)
- betaald werk uitvoeren op het moment dat dit ziekteattest owv burn-outklachten (zie verder onder klinische evaluatie) wordt opgemaakt
- tijdens ziekteverlof (na de periode van gewaarborgd loon) ten laste vallen van één van de Belgische ziekenfondsen
- geïnformeerd zijn door de huisarts over de studie
- een informed consent ondertekend hebben

Exclusiecriteria

Patiënten:

- geen betaald werk uitvoeren op het moment dat het ziekteattest owv burn-outklachten (zie verder onder klinische evaluatie) wordt opgemaakt, volgende personen kunnen bijgevolg niet deelnemen aan de studie: werklozen, vrijwilligers, mantelzorgers, studenten, ...
- tijdens ziekteverlof (na de periode van gewaarborgd loon) niet ten laste vallen van één van de Belgische ziekenfondsen, volgende personen kunnen bijgevolg niet deelnemen aan de studie: statutaire ambtenaren, grensarbeiders die in België wonen maar in hun werkland ten laste van de ziekteverzekering vallen, ...
- niet voor de eerste maal in 12 maanden (uitz.: zie verder onder klinische evaluatie) een ziekteattest ontvangen van de huisarts omwille van burn-outklachten (zie verder onder klinische evaluatie), personen bij wie het ziekteattest owv burn-out verlengd wordt of die de afgelopen 12 maanden reeds een periode langer dan vier weken (in totaal) arbeidsongeschikt waren owv burn-out kunnen bijgevolg niet deelnemen aan de studie

Steekproefgrootte

We gaan bij de berekening van de steekproefgrootte uit van een reductie van de periode van arbeidsongeschiktheid van 25%. Een schatting van de gemiddelde en de standaard deviatie wordt afgeleid uit de bevindingen van Willert et al. (22). Er wordt hiervoor gebruik gemaakt van een benadering beschreven door Hozo et al. (23). De mediaan van de periode tot terugkeer naar werk ligt in de studie van Willert et al. op week 16 (range 11-26) in de interventiegroep en op week 33 (range 14-43) in de controlegroep waardoor een geschat gemiddelde (SD) bekomen wordt van 17.25 (3.75) en van 30.75 (7.25). Hiermee rekening houdend is een redelijke schatting van de coefficient of variation (CV) 0.25. Aangezien het hier echter om een schatting gaat die gebaseerd is op beperkte informatie, zullen we in onze berekening een hogere CV hanteren, nl. 0.30. Hoeveel patiënten we werkelijk nodig hebben, hangt af van de kenmerken van de huisartsenpraktijken die uiteindelijk zullen deelnemen aan de studie (oa aantal huisartsen per praktijk, veronderstelde correlatie tussen patiënten van dezelfde huisartsenpraktijk en veronderstelde correlatie tussen huisartsen van dezelfde huisartsenpraktijk). Op dit moment kunnen we voor deze kenmerken enkel schattingen maken (aangezien we nog niet weten welke huisartsenpraktijken zullen deelnemen), vandaar dat meerdere scenario's berekend werden. In onderstaande tabel worden enkele mogelijke scenario's weergegeven. We gaan er in onderstaande scenario's van uit dat per deelnemende huisarts gemiddeld vijf patiënten zullen geïncludeerd worden in de studie. We baseren ons hiervoor op gegevens die we verzamelden tijdens gesprekken met huisartsen. Belangrijke opmerking hierbij is dat deze sample size berekening een simplificatie is aangezien we ons baseren op ongecensureerde gegevens. In werkelijkheid zullen een deel van de gegevens gecensureerd zijn (vermits niet alle patiënten het het werk reeds zullen hervat hebben bij het afsluiten van de studie) en zullen we dus een hoger aantal deelnemers nodig hebben dan vermeld in onderstaande tabel. We zullen dus per groep sowieso minstens 100 patiënten moeten includeren om 80% power te behalen. Heel de sample size berekening zal trouwens pas gefinaliseerd kunnen worden op het moment dat er zicht is op hoeveel en welke huisartsenpraktijken er geïncludeerd worden in de studie. Indien deze gekend zijn kan op basis van dit aantal en het aantal arts per praktijk het benodigde aantal patiënten per arts berekend worden.

Merk op dat er na 6 maand een geblindeerde interimanalyse ("blinded interim analysis for sample size recalculation") is gepland om de veronderstellingen qua variabiliteit en ICCs na te gaan. De sample size kan dan desgewenst verhoogd worden indien de schattingen te liberaal waren (te lage SD, te lage ICCs). Kost overwegingen kunnen ook een rol spelen bij de beslissing voor eventuele additionele rekrutering.

%reduction	CV	ICC1	ICC2	m1	m2	N patients/arm
25	0.30	0.5	0.45	5	2	75
25	0.30	0.5	0.45	5	3	95
25	0.30	0.5	0.45	5	4	115

%reduction: definition of minimal clinical relevant reduction in time of return to work (expressed as a percentage reduction), CV: assumed coefficient of variation (CV) of time of return to work (CV = SD divided by mean), ICC1: assumed correlation between patients of the same GP, ICC2: assumed correlation between GPs working in the same group, m1: expected mean number of patients per GP, m2: expected mean number of GPs working in the same group

Randomisatie

Om de vergelijkbaarheid van de clusters (huisartsenpraktijken) in de interventie- en controlearm zo groot mogelijk te maken, zullen we gebruik maken van co-variate constrained randomisation. De variabelen waarmee we rekening zullen houden bij de randomisatie zijn:

- aantal artsen per huisartsenpraktijk
- leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie per huisartsenpraktijk
- tewerkstellingsgraad in de regio waar de huisartsenpraktijk gevestigd is
- reeds bestaand samenwerkingsverband tussen huisartsenpraktijk en deelnemende psycholoog

We zullen de deelnemende huisartsenpraktijken voor de eerste drie variabelen (aantal artsen per praktijk, leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie en tewerkstellingsgraad in de regio) telkens opdelen in twee groepen: een groep met de huisartsenpraktijken die het hoogst scoren voor de betreffende variabele en een groep met de huisartsenpraktijken die het laagst scoren voor de betreffende variabele. Voor de laatste variabele worden de huisartsenpraktijken opgedeeld in een groep huisartsenpraktijken die wel en een groep huisartsenpraktijken die geen samenwerkingsverband hebben met een deelnemende psycholoog.

We houden rekening met de eerste drie variabelen om de kans te vergroten dat in beide armen ongeveer een gelijk aantal patiënten gevonden kan worden dat aan de inclusiecriteria voldoet. We zullen ook nagaan of de huisartsen van de deelnemende huisartsenpraktijken voor de start van de studie reeds de gewoonte hebben om samen te werken met één van de deelnemende psychologen. Door hiermee rekening te houden bij de randomisatie willen we ervoor zorgen dat in de beide armen geen onevenwicht ontstaat tussen huisartsen die reeds samenwerken met de deelnemende psychologen en diegenen die dit niet doen. Een dergelijk onevenwicht zou immers kunnen leiden tot een vlottere toepassing van het traject in één arm vergeleken met de andere arm wat kan leiden tot een vertekening van de uiteindelijke resultaten.

Vòòr de randomisatie zullen we bovenstaande variabelen bevragen bij de deelnemende huisartsenpraktijken (bijlage 10). Het onderzoeksteam zal niet betrokken zijn bij de eigenlijke randomisatie. Deze zal gebeuren door een statisticus die niet beschikt over informatie die kan leiden tot identificatie van de huisartsenpraktijken. Alle deelnemende huisartsenpraktijken zullen een nummer toegewezen krijgen door het onderzoeksteam en enkel deze nummers (en informatie omtrent de variabelen) zullen meegedeeld worden aan de statisticus. Het onderzoeksteam zal na de randomisatie op de hoogte worden gebracht over de verdeling van de huisartsenpraktijken over interventie- en controlearm. Op dat moment zullen de nummers door het onderzoeksteam opnieuw gekoppeld worden aan de identificatiegegevens van de huisartsenpraktijken.

Blindering

De studieopzet heeft als gevolg dat het onderzoeksteam na de randomisatie op de hoogte is van de groep (interventie of controle) waarin een huisartsenpraktijk onderverdeeld werd. Ook huisartsen zullen weten of ze in de interventie-arm of in de controlearm werden onderverdeeld. Patiënten zullen op de hoogte gebracht worden van de studie maar er zal aan hen niet expliciet meegedeeld worden of hun huisarts in de controle- of interventiearm zit.

Klinische evaluatie, variabelen en meetinstrumenten

Klinische evaluatie

Huisartsen zullen zowel in de interventie-arm als in de controle-arm nagaan of patiënten in aanmerking komen voor inclusie in de studie. Zij zullen zich baseren op volgende gegevens:

- *anamnestische gegevens*: Huisartsen zullen nagaan of volgende klachten aanwezig zijn bij patiënten: klachten van mentale en/of lichamelijke uitputting (bv. duizeligheid, hoofdpijn, slaapstoornissen, hartkloppingen, spierpijn), verstoord cognitief functioneren (bv. concentratiestoornissen), verstoord emotioneel functioneren (bv. emotionele labiliteit), minder betrokkenheid bij het werk of bij de mensen met wie men werkt. Enkel patiënten bij wie deze klachten volgens de huisarts voornamelijk ten gevolge van werkgerelateerde zaken zijn ontstaan, komen in aanmerking voor de studie. Patiënten bij wie deze

klachten volgens de huisarts ontstaan zijn ten gevolge van pesten op het werk worden niet opgenomen in de studie. Ook patiënten die gekend zijn met een alcohol- of drugsverslaving, een majeure psychiatrische aandoening (bv. schizofrenie, bipolaire stoornis) of een lopende behandeling bij een psycholoog worden niet opgenomen in de studie.

- *fysieke gegevens*: De huisarts zal (indien nodig) lichamelijke oorzaken die de vermoeidheidsklachten kunnen veroorzaken (bv. hypothyroïdie, diabetes), uitsluiten.
- *4DKL*: De huisarts zal de patiënt vragen om de 4DKL in te vullen. De resultaten van de 4DKL kunnen een hulpmiddel zijn voor de huisarts om het onderscheid te maken tussen stress-gerelateerde klachten (bv. burn-out) en psychiatrische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen. Patiënten met een distress-score < komen niet in aanmerking voor de studie.
- *UBOS-A*: De huisarts zal de patiënt vragen om de UBOS-A in te vullen tijdens het eerste of tweede consult. De resultaten van deze vragenlijst zullen door het onderzoeksteam verwerkt worden met het oog op de beschrijving van de deelnemende patiënten op het moment van inclusie. De resultaten zullen niet gebruikt worden om patiënten al dan niet te includeren in de studie.

Voor de evaluatie van mogelijke kandidaten zullen huisartsen kunnen beschikken over een leidraad (bijlage 8).

Variabelen

Van alle geïncludeerde patiënten worden de volgende gegevens verzameld (zie bijlage 6):

- leeftijd
- geslacht
- thuissituatie
- opleidingsniveau
- huidige tewerkstelling (sector, leidinggevende functie, arbeidsregime, ...)

De primaire uitkomstmaat in deze studie is de tijd die verstrijkt vanaf de start van het eerste ziekteattest tot werkhervatting (op dezelfde werkplaats of elders, deeltijds of voltijds, met of zonder werkaanpassingen). De secundaire uitkomstmaat is de aanwezigheid van burn-out symptomen.

We zullen op volgende manier gegevens verzamelen voor de primaire en secundaire uitkomstmaat:

Na 6 weken, 4, 8 en 12 maanden zullen alle deelnemende patiënten (zowel interventie- als controle-arm) een elektronische vragenlijst ontvangen waarin de UBOS-A wordt afgenomen. Gegevens ivm een eventuele werkhervatting worden eveneens bevraagd (datum werkhervatting, voltijdse of deeltijdse werkhervatting, werkaanpassingen, ...) (zie bijlage 7). In de vragenlijst na 6 weken zullen bovendien de BDI en de Quickscan worden afgenomen en zullen achtergrondkenmerken van de deelnemende patiënten worden bevraagd.

Schematisch overzicht van de dataverzameling:

onderwerp	meetinstrument	T0 Week 0– week 1	T1 Week 6	T2 Maand 4	T3 Maand 8	T4 Maand 12
Primaire uitkomstmaat						
Werkhervatting: datum WH, deeltijds/voltijds, zelfde/andere werkgever	Vragenlijst bijlage 7		X	X	X	X
Secundaire uitkomstmaat						
Burn-out symptomen	UBOS A	X	X	X	X	X
Achtergrondkenmerken						
Leeftijd, geslacht, thuissituatie, tewerkstelling	Vragenlijst bijlage 6		X			
Psychische klachten						
Psychosociale klachten	4DKL	X				
Depressieve klachten	BDI		X			
Predictoren langdurig ziekteverzuim						
	Quickscan		X			

Meetinstrumenten

Volgende meetinstrumenten zullen tijdens de interventiestudie gebruikt worden:

1. Utrechtse Burnout Schaal – Algemene versie (UBOS-A)

De Utrechtse Burnout Schaal – Algemene versie (UBOS-A) (24) is de Nederlandstalige gevalideerde versie van de Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS) (25) en bestaat uit 15 items. Deze items meten de drie dimensies van burn-out: uitputting, distantie en verminderde competentie. Elk item van de UBOS-A wordt gescoord op een 7-punts likertschaal gaande van (0) 'nooit' tot (6) 'altijd/dagelijks' en vervolgens wordt voor elke dimensie een gemiddelde score berekend. Bestaande normen bepalen vanaf welke score iemand hoog of laag scoort op een bepaalde dimensie. (zie bijlage 2)

2. VierDimensionele Klachtenlijst (4DKL)

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (26) is een vragenlijst bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patiënt scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten hij ondervindt in zijn dagelijkse handelingen. (zie bijlage 3)

3. Quickscan

De Quickscan vragenlijst (referentie toevoegen: zie laatste referenties) werd opgesteld op basis van een literatuurstudie die in het kader van een studie in opdracht van het RIZIV in 2015 werd uitgevoerd (27). In deze vragenlijst wordt gepolst naar belangrijke predictoren voor langdurig ziekteverzuim zoals arbeidstevredenheid, opleidingsniveau, regelmogelijkheden en werkbaarheid. Negen factoren zijn namelijk negatief geassocieerd met re-integratie: leeftijd, het vrouwelijke geslacht, een perceptie van een slechte gezondheidstoestand, de aanwezigheid van pijn, fysiek zware arbeid, klachteninterferentie, vermijding/onzekerheid, hoge werkdruk en een belastende thuissituatie. Deze factoren worden aan de hand van gevalideerde schalen in kaart gebracht. (zie bijlage 4)

4. Beck Depression Inventory - II Nederlandse versie (BDI-II-NL)

De BDI-II-NL (28) wordt gebruikt voor het meten van de ernst van een depressieve stoornis. De vragenlijst is onderverdeeld in drie dimensies: affectief, cognitief en somatisch. Elk item wordt gescoord op een vierpuntsschaal die van 0 tot 3 loopt. De totaalscore komt tot stand door de scores van de 21 items bij elkaar op te tellen. Aan de hand van afkapscores wordt de ernst van de depressieve stoornis bepaald (minimaal, licht, matig ernstig of ernstig). (zie bijlage 5)

Om na het aflopen van de interventiestudie aanbevelingen te kunnen formuleren voor de implementatie van het traject in de praktijk vragen we aan de deelnemers in de interventiearm en in de controlearm (patiënten, huisartsen en psychologen) volgende gegevens te verzamelen: contactdata met (andere) zorgverleners, duur van deze contacten, initiatiefnemers van deze contacten. Aan de deelnemers in de interventiearm vragen we om ook volgende gegevens te verzamelen: redenen (indien van toepassing) waarom het traject (gedeeltelijk) niet gevolgd werd, onderdelen van het traject die goed werkten in de praktijk (en waarom), onderdelen van het traject die niet goed werkten in de praktijk (en waarom).

Procedure

Piloting and feasibility

Alvorens effectief van start te gaan met de interventiestudie willen we nagaan of de procedures zoals we ze voor ogen hebben in zowel de interventiearm als de controlearm, praktisch haalbaar zijn. Omwille van de tijdslimieten die in dit project dienen gerespecteerd te worden, zal het studieprotocol niet volledig doorlopen worden tijdens de feasibility en piloting fase. We kiezen ervoor om enkele aspecten van de studie waarvan tijdens de ontwikkelingsfase duidelijk werd dat ze de uitvoering van de studie kunnen belemmeren, van naderbij te bekijken (23). Enerzijds zal de opstart van de studie door de huisarts (en psycholoog) bepalend zijn voor het verdere verloop van de studie. Anderzijds is een juiste interpretatie en juist gebruik van de aangeleverde documenten (bv. boekje) belangrijk voor zowel de uitvoering als de opvolging van het traject. Om mogelijke verbeterpunten tijdens de opstartfase van het traject te detecteren, zullen twee huisartsen het traject opstarten (eerste en tweede consult doorkopen) bij een mogelijke deelnemer. Eén huisarts zal het traject opstarten zoals dit zal gebeuren in de interventiegroep, de andere huisarts zal het traject opstarten zoals in de controlegroep. Na deze twee consultaties

zal aan de betreffende huisartsen gevraagd worden om hun opmerkingen en suggesties omtrent het opstarten van het traject te formuleren. Ook zal nagegaan worden of de aangeleverde documenten bruikbaar zijn in de praktijk en correct geïnterpreteerd en gebruikt werden. Op deze manier zullen we proberen om mogelijke barrières en hinderpalen te detecteren en weg te werken alvorens effectief over te gaan tot de eigenlijke evaluatie van het traject.

Patiënten bij wie het traject in deze fase wordt opgestart, zullen (ook na het beëindigen van de feasibility en piloting fase) het volledige traject verder kunnen doorlopen indien zij dit wensen. Inclusiecriteria voor deelnemers, informed consent en financiële tegemoetkomingen zullen dezelfde zijn tijdens deze fase als tijdens de evaluatiefase (zie verder).

Interventiearm

Wanneer de huisarts voor een patiënt een ziekte-attest opmaakt omwille van burn-out klachten, zal de huisarts nagaan of deze patiënt beantwoordt aan de inclusiecriteria voor de studie. De huisarts heeft hiervoor een leidraad ter beschikking (zie bijlage 8). De UBOS-A en de 4DKL worden afgenomen bij de patiënt. Indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria zal de huisarts het doel en opzet van de studie toelichten. De huisarts overhandigt de geïnformeerde toestemming (zie bijlage 9) en legt uit wat er van de patiënt verwacht wordt indien hij of zij toestemt om deel te nemen aan de studie. De huisarts verwijst patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en die het informed consent hebben ondertekend naar één van de deelnemende psychologen. Voor het nagaan van de inclusiecriteria, het toelichten van de studie en de verwijzing naar de psycholoog worden in de interventiearm twee consultaties voorzien bij de huisarts.

De patiënt komt ten laatste vier weken na de start van de arbeidsongeschiktheid voor de eerste maal op gesprek bij de psycholoog. Tijdens dit gesprek gaat de psycholoog na of het effectief gaat om een patiënt met burn-out klachten. Indien de psycholoog van mening is dat het geen patiënt betreft met burn-out, dan wordt het traject niet verder gezet en stopt de deelname aan de studie bij deze patiënt. De psycholoog brengt de huisarts op de hoogte (zie bijlage 11). Indien het echter volgens de psycholoog een patiënt betreft met burn-out, maakt de psycholoog ten laatste vier weken na de start van de arbeidsongeschiktheid een nota (zie bijlage 12 + 13) voor de huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts. In deze nota brengt de psycholoog de betreffende artsen op de hoogte dat het traject bij hun patiënt werd opgestart. De begeleiding door de psycholoog omvat maximaal 10 sessies (waarvan minimum één sessie na werkhervatting).

Tussen week 4 en week 8 komt de patiënt opnieuw op consultatie bij de huisarts. De huisarts bespreekt met de patiënt of de begeleiding bij de psycholoog goed is opgestart, gaat na of er eventueel moet bijgestuurd worden (bv. tijdelijk slaapmedicatie opstarten) en schrijft (indien dit nog niet eerder gebeurde) een ziekte-attest dat lang genoeg is om de volledige begeleiding bij de psycholoog te overbruggen.

Tussen week 8 en week 12 maakt de psycholoog een verslag (zie bijlage 14 + 15) waarin de evolutie van de patiënt en de verdere planning rond werkhervatting worden beschreven. De psycholoog bezorgt dit verslag aan de huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts. Tussen week 8 en week 12 wordt er gestart met de voorbereiding van de werkhervatting. De psycholoog stimuleert en bewaakt dat de contacten die nodig zijn om de voorbereiding van de werkhervatting op te starten (met arbeidsarts, adviserend arts, VDAB, ...) effectief gelegd worden en bereidt deze gesprekken indien nodig samen met de patiënt voor.

Na afloop van de 10 sessies bezorgt de psycholoog een eindverslag aan de huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts (zie bijlage 16 + 17).

Tijdens het doorlopen van het traject heeft de patiënt een boekje (zie aparte bijlage) ter beschikking. In dit boekje vindt de patiënt informatie over de rol van de verschillende zorgverleners en organisaties, informatie over de wetgeving rond re-integratie, informatie over het traject. In dit boekje kunnen de contactgegevens genoteerd worden van de zorgverleners waarmee de patiënt in aanraking komt. Ook doelstellingen, afspraken die gemaakt worden met zorgverleners, contactdata, duur van de contacten, positieve en negatieve aspecten van het traject, ... kunnen hierin genoteerd worden. Het is de bedoeling dat de patiënt dit boekje steeds bij zich heeft tijdens een contact met een zorgverlener zodat dit boekje als communicatiemiddel kan gebruikt worden tussen de verschillende zorgverleners en als leidraad doorheen het traject. Deze boekjes worden op het einde van de studie aan het onderzoeksteam bezorgd.

De huisartsen en psychologen registreren per patiënt en per consultatie/sessie op welke data zij de deelnemende patiënten gezien hebben, de duur van deze contacten, met welke andere zorgverleners zij contact hebben gehad ivm de betreffende patiënt en op wiens initiatief dit contact er kwam. Zij noteren per patiënt de positieve en negatieve aspecten van het traject. Ook deze gegevens worden aan het onderzoeksteam bezorgd (zie bijlage 18 + 19).

Wanneer patiënten instemmen om deel te nemen aan de studie en het informed consent ondertekenen, geven zij eveneens een e-mailadres door dat het onderzoeksteam mag gebruiken om de patiënten elektronische vragenlijsten (Qualtrics) door te sturen. Zes weken, 4, 8 en 12 maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid zal elke deelnemende patiënt een elektronische vragenlijst ontvangen. In deze vragenlijst zullen (naast de UBOS-A) vragen ivm werkhervatting worden opgenomen: datum werkhervatting, voltijdse of deeltijdse werkhervatting, werkaanpassingen, ... (zie bijlage 7) In de vragenlijst na 6 weken zullen eveneens de

Quickscan, BDI en een aantal algemene gegevens bevroegd worden: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, tewerkstelling bij de start van de arbeidsongeschiktheid (sector, leidinggevende functie, arbeidsregime) (zie bijlage 6).

Deelnemende patiënten zullen de 10 sessies bij de psycholoog aan een gunstiger tarief kunnen volgen dan wanneer zij niet zouden deelnemen aan de studie. De huisartsen en de psychologen zullen een financiële vergoeding ontvangen per geïnccludeerde patiënt die zij opvolgen in het kader van de studie.

Controlearm

Wanneer de huisarts voor een patiënt een ziekte-attest opmaakt omwille van burn-out klachten, zal de huisarts nagaan of deze patiënt beantwoordt aan de inclusiecriteria voor de studie. De huisarts heeft hiervoor een leidraad ter beschikking (zie bijlage 8). De UBOS-A en de 4DKL worden afgenomen bij de patiënt. Indien de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria zal de huisarts het doel en opzet van de studie toelichten. De huisarts overhandigt de geïnformeerde toestemming (zie bijlage 9) en legt uit wat er van de patiënt verwacht wordt indien hij of zij toestemt om deel te nemen aan de studie. Huisartsen in de controlearm zullen gevraagd worden om patiënten, eens geïnccludeerd in de studie, te behandelen en op te volgen zoals zij anders zouden doen.

De huisartsen registreren per patiënt en per consultatie op welke data zij de deelnemende patiënten gezien hebben, de duur van deze contacten, met welke andere zorgverleners zij contact hebben gehad ivm de betreffende patiënt en op wiens initiatief dit contact er kwam. Deze gegevens worden aan het onderzoeksteam bezorgd (zie bijlage 20).

Patiënten in de controlearm ontvangen een boekje (zie aparte bijlage). In dit boekje kunnen de contactgegevens genoteerd worden van de zorgverleners waarmee de patiënt in aanraking komt. Ook doelstellingen, afspraken die gemaakt worden met zorgverleners, contactdata, duur van de contacten, positieve en negatieve aspecten van de begeleiding die ze ontvangen tijdens hun arbeidsongeschiktheid, ... kunnen hierin genoteerd worden. Deze boekjes worden op het einde van de studie aan het onderzoeksteam bezorgd.

Wanneer patiënten instemmen om deel te nemen aan de studie en het informed consent ondertekenen, geven zij eveneens een e-mailadres door dat het onderzoeksteam mag gebruiken om de patiënten elektronische vragenlijsten (Qualtrics) door te sturen. Zes weken, 4, 8 en 12 maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid zal elke deelnemende patiënt een elektronische vragenlijst bezorgd krijgen. In deze vragenlijst zullen (naast de UBOS-A) vragen ivm werkhervatting worden opgenomen: datum werkhervatting, voltijdse of deeltijdse werkhervatting, werkaanpassingen, ... (zie bijlage 7) In de vragenlijst na 6 weken zullen eveneens de Quickscan, de BDI en een aantal algemene gegevens bevroegd worden: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, tewerkstelling bij de start van de arbeidsongeschiktheid (sector, leidinggevende functie, arbeidsregime) (zie bijlage 6).

De huisartsen zullen een financiële vergoeding ontvangen per geïnccludeerde patiënt die ze opvolgen in het kader van de studie.

Statistische analyses

De **primaire uitkomstmaat** is de duur tot terugkeer naar werk. Alle patiënten die op het moment dat de studie wordt afgerond (= 12 maanden na de start van inclusie van patiënten) nog niet aan het werk zijn (of lost to follow up) zullen gecensureerd worden. Merk op dat de periode van 12 maanden enkel geldt indien na de interimanalyse na 6 maanden (zie eerder onder "Steekproefgrootte") geen additionele rekrutering werd opgestart. De aanwezigheid van gecensureerde gegevens impliceert dat de duur tot terugkeer zal geanalyseerd worden met overlevingsanalyses. Om om te kunnen gaan met clustering op twee niveaus (patiënten binnen arts, arts binnen huisartsenpraktijken) zal een PWE (piecewise exponential survival model) model met random effecten van arts (genest binnen praktijk) en praktijk overwogen worden. Dit model biedt meer flexibiliteit dan een Cox regressie, gezien een Cox regressie met meer dan twee niveaus niet geïmplementeerd is in bestaande statistische pakketten. Variabelen die een rol speelden bij de randomisatie worden toegevoegd als covariaten in het model. Een p-waarde kleiner dan 0.05 wordt beschouwd als statistisch significant.

Om de evolutie in burn-out symptomen (**secundaire uitkomstmaat**) na te gaan bij de deelnemende patiënten zullen we een lineair gemengd model hanteren (met random effecten van arts (genest binnen praktijk) en praktijk) met de score op "uitputting" bij werkhervatting (UBOS A) als afhankelijke variabele en de studiearm (interventie of controle) en de score op "uitputting" op tijdstip T0, alsook de variabelen waarmee rekening is gehouden in de randomisatie, als onafhankelijke variabelen. Een harde conclusie over de secundaire uitkomstmaat wordt enkel getrokken indien het resultaat op de primaire uitkomstmaat significant was. Dit impliceert dat de secundaire uitkomstmaat ook op $\alpha = 0.05$ niveau kan getest worden zonder dat de kans op een type-I fout toeneemt.

Er zal beschrijvende statistiek (frequenties, gemiddelden, standaard deviaties) worden uitgevoerd op de gegevens verzameld in zowel de interventiearm als de controlearm.

5. ETHISCHE ASPECTEN

Strikte vertrouwelijkheid zal worden gewaarborgd aan de respondenten. Alle gegevens vallen onder de confidentialiteitsplicht van de onderzoekers van de afdeling omgeving en gezondheid (KU Leuven) en zullen enkel gebruikt worden in groepsanalyses, waarbij individuele personen niet identificeerbaar zullen zijn. Individuele gegevens zullen onder geen enkel beding aan derden doorgespeeld worden. De resultaten in de externe rapportering zullen nooit tot individuele medewerkers herleid kunnen worden.

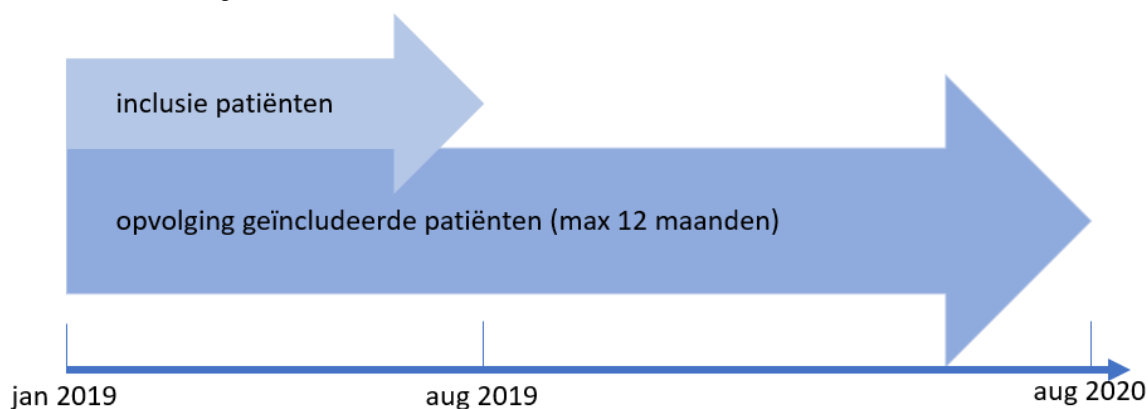
De onderzoeker van de afdeling omgeving en gezondheid (KU Leuven) waakt over de naleving van het beroepsgeheim en zal procedures opstellen waardoor de vertrouwelijkheid gewaarborgd wordt. Iedere persoon betrokken bij de gegevensinvoer en -analyse is aan de confidentialiteitsregel onderworpen.

Rekening houdend met de verklaring van Helsinki (1964) en het recht op een geïnformeerde toestemming zal voor iedere patiënt, zowel in de interventiearm als in de controlearm, een document worden voorzien met de algemene voorwaarden van het onderzoek. Enkel na het geven van zijn/haar geïnformeerde toestemming kan de deelnemer deelnemen aan het onderzoek en vervolgens de zelfrapportage vragenlijsten invullen. Voor de online vragenlijsten in Qualtrics zal eveneens in de vragenlijst zelf een geïnformeerde toestemming worden voorzien. Enkel na het goedkeuren van de algemene voorwaarden zullen patiënten de vragenlijst kunnen invullen. Indien zij die goedkeuring niet geven, wordt de vragenlijst automatisch afgesloten. Patiënten die deelnemen aan de studie ontvangen het formulier van de geïnformeerde toestemming via de huisarts. Enkel na het ondertekenen van dit document start de huisarts de studie op.

6. PLANNING

Op dit moment is de rekrutering van Nederlandstalige huisartsen die willen deelnemen aan de studie lopende. Ook de gegevens die nodig zijn voor de randomisatie worden door huisartsen die reeds beslist hebben om deel te nemen, aan het onderzoeksteam bezorgd. De planning is dat de randomisatie en het instrueren van deelnemende huisartsen eind december is afgerond zodat vanaf januari Nederlandstalige patiënten kunnen geïnccludeerd worden.

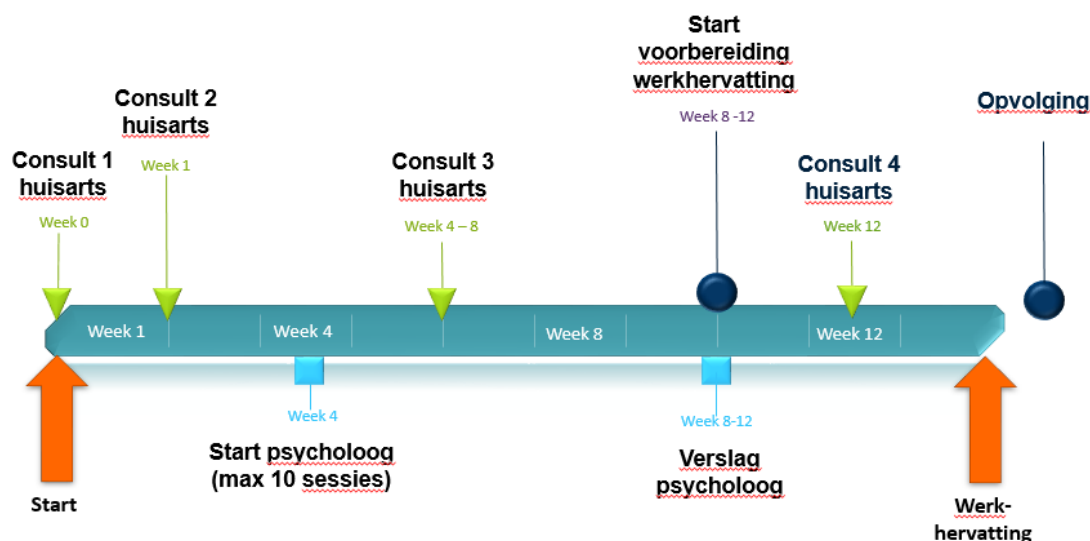
Deelnemende huisartsen zullen gedurende 8 maanden patiënten kunnen includeren in de studie. Elke geïnccludeerde patiënt zal gedurende 12 maanden opgevolgd worden. Onderstaand schema geeft de tijdslijn weer voor de Nederlandstalige deelnemers:



De rekrutering en inclusie van Franstalige deelnemers zal op een later tijdstip starten (nog te bepalen).

7. BIJLAGEN

Bijlage 1: Ontwikkelde traject



- Consult 1 (week 0) en consult 2 (week 1) huisarts: Bij de start van het traject worden kort na elkaar twee consultaties bij de huisarts voorzien. Verspreid over deze twee consultaties doet de huisarts een anamnese en klinisch onderzoek. De huisarts maakt gebruik van vragenlijsten (vb. UBOS, 4DKL) om na te gaan of de patiënt mogelijks een burn-out heeft. Indien de huisarts een burn-out vermoedt, geeft hij of zij de patiënt uitleg hier rond (ontstaan, verdere aanpak, perspectief) en schrijft een ziekte-attest voor. Tenslotte verwijst de huisarts de patiënt door naar een psycholoog.
- Start psycholoog (week 4): Ten laatste in de vierde week na aanvang van de arbeidsongeschiktheid heeft de patiënt een eerste contact met de psycholoog. De psycholoog gaat na of het werkelijk om een burn-out gaat en indien dit het geval is, wordt een begeleiding van maximaal 10 sessies gestart. De psycholoog bezorgt een korte nota aan de huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts om hen op de hoogte te brengen dat een begeleiding werd opgestart.
- Consult 3 (week 4 – 8) huisarts: Tussen week 4 en week 8 komt de patiënt opnieuw op consultatie bij de huisarts. De huisarts bespreekt met de patiënt of de begeleiding bij de psycholoog goed is opgestart, gaat na of er eventueel moet bijgestuurd worden (bv. tijdelijk slaapmedicatie opstarten) en schrijft (indien dit nog niet eerder gebeurde) een ziekte-attest dat lang genoeg is om de volledige begeleiding bij de psycholoog te overbruggen.
- Verslag psycholoog (week 8 - 12): Tussen week 8 en week 12 maakt de psycholoog een verslag op waarin de evolutie van de patiënt en de verdere planning rond werkhervatting worden beschreven. De psycholoog bezorgt dit verslag aan de huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts.
- Start voorbereiding werkhervatting (week 8 – 12): Tussen week 8 en week 12 wordt er gestart met de voorbereiding van de werkhervatting. Bij patiënten-werknemers die willen hervatten bij de eigen werkgever neemt de arbeidsarts de coördinatie van de voorbereiding van de werkhervatting op zich. Bij patiënten-werknemers die het werk willen hervatten bij een andere werkgever of bij patiënten-zelfstandigen coördineert de adviserend arts in samenspraak met VDAB, Forem of Actiris de voorbereiding van de werkhervatting. De psycholoog bewaakt dat de contacten die nodig zijn om de voorbereiding van de werkhervatting op te starten (met arbeidsgeneesheer, VDAB, ...) effectief gelegd worden en bereidt deze gesprekken indien nodig samen met de patiënt voor.
- Consult 4 (week 12) huisarts: Tijdens deze consultatie bespreekt de huisarts de werkhervatting met de patiënt en wordt nagegaan of er nog zaken zijn die een werkhervatting in de weg staan en hoe deze kunnen opgelost worden.
- Opvolging na werkhervatting: De patiënt heeft na werkhervatting nog minstens één sessie bij de psycholoog. Afhankelijk van door wie en op welke manier de werkhervatting werd voorbereid, zijn er nog opvolgingsgesprekken met huisarts, arbeidsarts, VDAB, ... Na afloop van de 10 sessies bezorgt de psycholoog een eindverslag aan huisarts, adviserend arts en (indien de patiënt werknemer is) arbeidsarts.

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

Bijlage 2: UBOS-A

De volgende uitspraken hebben betrekking op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Wilt U aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is door steeds het **best passende** cijfer (van 0 tot 6) in te vullen.

	Sporadisch	Af en toe	Regelmatig	Dikwijls	Zeer dikwijls	Altijd
0	1	2	3	4	5	6
Nooit	Een paar keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week	Een paar keer per week	Dagelijks
1. _____	Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.					
2. _____	Ik twijfel aan het nut van mijn werk					
3. _____	Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij.					
4. _____	Ik weet de problemen in mijn werk goed op te lossen.					
5. _____	Ik voel me "opgebrand" door mijn werk.					
6. _____	Ik heb het gevoel dat ik met mijn werk een positieve bijdrage lever aan het functioneren van de organisatie.					
7. _____	Ik merk dat ik teveel afstand heb gekregen van mijn werk.					
8. _____	Ik ben niet meer zo enthousiast als vroeger over mijn werk					
9. _____	Ik vind dat ik mijn werk goed doe.					
10. _____	Als ik op mijn werk iets afrond vrolijkt me dat op.					
11. _____	Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg.					
12. _____	Ik heb in deze baan veel waardevolle dingen bereikt.					
13. _____	Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt.					
14. _____	Ik ben cynischer geworden over de effecten van mijn werk.					
15. _____	Op mijn werk blaak ik van zelfvertrouwen.					

Bijlage 3: 4DKL

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt, door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week last van:					
1. duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
2. pijnlijke spieren? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
3. flauw vallen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
4. pijn in de nek? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
5. pijn in de rug? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
6. overmatige transpiratie? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
7. hartkloppingen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
8. hoofdpijn? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
9. een opgeblazen gevoel in de buik? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
10. wazig zien of vlekken voor de ogen zien? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
11. benauwdheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
12. misselijkheid of een maag die 'van streek' is? - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week last van:					
13. pijn in de buik of maagstreek? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
14. tintelingen in de vingers? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
15. een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?	☐	☐	☐	☐	☐
16. pijn in de borst? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
17. neerslachtigheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
18. zomaar plotseling schrikken? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
19. piekeren? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
20. onrustig slapen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
21. onbestemde angst-gevoelens? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
22. lusteloosheid? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
23. beven in gezelschap van andere mensen? - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
24. angst- of paniek-aanvallen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
Voelt u zich de afgelopen week:					
25. gespannen? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
26. snel geïrriteerd? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐
27. angstig? - - - - -	☐	☐	☐	☐	☐

© Copyright 1996 by Dr. B. Terluin, Almere, the Netherlands

	nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
Hebt u de afgelopen week het gevoel:					
28. dat alles zinloos is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
29. dat u tot niets meer kunt komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
30. dat het leven niet de moeite waard is? -----	☐	☐	☐	☐	☐
31. dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
32. dat u 't niet meer aankunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
33. dat het beter zou zijn als u maar dood was? -----	☐	☐	☐	☐	☐
34. dat u nergens meer plezier in kunt hebben? -----	☐	☐	☐	☐	☐
35. dat er geen uitweg is uit uw situatie? -----	☐	☐	☐	☐	☐
36. dat u er niet meer tegenop kunt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
37. dat u nergens meer zin in hebt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Hebt u de afgelopen week:					
38. moeite met helder denken? -----	☐	☐	☐	☐	☐
39. moeite om in slaap te komen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
40. angst om alleen het huis uit te gaan? -----	☐	☐	☐	☐	☐
Bent u de afgelopen week:					
41. snel emotioneel? -----	☐	☐	☐	☐	☐
42. angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? ----- (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)	☐	☐	☐	☐	☐
43. bang om te reizen in bussen, treinen of trams? ---	☐	☐	☐	☐	☐
44. bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen? -----	☐	☐	☐	☐	☐
45. Hebt u de afgelopen week weleens een gevoel of u door een onbekend gevaar bedreigd wordt? ----	☐	☐	☐	☐	☐
46. Denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"? -----	☐	☐	☐	☐	☐
47. Schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
48. Moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten? -----	☐	☐	☐	☐	☐
49. Moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt? -----	☐	☐	☐	☐	☐
50. Moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen? -----	☐	☐	☐	☐	☐

Scoringsformulier voor de 4DKL

'nee' = score 0

'soms' = score 1

'regelmatig' of vaker = score 2

17		28		18		1	
19		30		21		2	
20		33		23		3	
22		34		24		4	
25		35		27		5	
26		46		40		6	
29				42		7	
31				43		8	
32				44		9	
36				45		10	
37				49		11	
38				50		12	
39						13	
41						14	
47						15	
48						16	

Distress

Depressie

Angst

Somatisatie

Interpretatie:

matig verhoogd:

> 10

> 2

> 3

> 10

sterk verhoogd:

> 20

> 5

> 9

> 20

De 4DKL is auteursrechtelijk beschermd. Het copyright berust bij Dr. B. Terluin. De 4DKL is gratis voor niet-commercieel gebruik zoals in de zorg en bij wetenschappelijk onderzoek. Voor commercieel gebruik is een licentieovereenkomst nodig. Meer informatie, vertalingen en literatuurreferenties zijn te vinden op www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp.

Bijlage 4: **Quickscan**

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

Uitstekend	Zeer goed	Goed	Matig	Slecht
------------	-----------	------	-------	--------
2. Hoe beoordeelt u nu uw gezondheid over het algemeen vergeleken met twee maanden geleden? (0= veel slechter dan twee maanden geleden, 5= veel beter dan twee maanden geleden)
3. Hoeveel pijn had u de afgelopen week? (0= geen pijn, 5= heel ernstige pijn)
4. Als u denkt aan alles wat u doet om uw pijn te verminderen, in welke mate kan u dan op een gemiddelde dag de pijn verminderen? (0= ik kan de pijn goed verminderen, 5= ik kan de pijn helemaal niet verminderen)
5. Heeft u tijdens het werk veel last van heffen of trekken? (0= nooit, 5= altijd)
6. Heeft u er tijdens het werk veel last als u regelmatig moet bukken? (0= nooit, 5= altijd)
7. Heeft u er tijdens het werk veel last van als u regelmatig te hoog moet reiken? (0= nooit, 5= altijd)
8. Heeft u er tijdens het werk veel last van als u langdurig steeds dezelfde beweging moet maken? (0= nooit, 5= altijd)
9. Vindt u uw werk lichamelijk erg inspannend? (0= nooit, 5= altijd)
10. Heeft u lichaamskracht nodig voor uw werk? (0= nooit, 5= altijd)
11. Werkt u in ongemakkelijke of inspannende houdingen? (0= nooit, 5= altijd)
12. Ik voel me thuis op mijn werk (0= niet akkoord, 5= helemaal akkoord)
13. Mijn leidinggevende begrijpt mijn situatie (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
14. Mijn werk heeft veel variatie en motiveert me (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
15. Ik voel me gewaardeerd door mijn leidinggevende (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
16. Er is genoeg uitdaging in mijn werk (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
17. Ik krijg veel steun van mijn collega's (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
18. Ik ben tevreden met mijn arbeidsvoorwaarden (voorbeeld: loon, werktijden, enz.) (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
19. Ik voel me gewaardeerd door mijn collega's (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
20. Ik heb nog niet overwogen om ander werk te zoeken (0= me oneens, 5= helemaal mee eens)
21. Als ik nu opnieuw begin te werken, vrees ik dat mijn klachten erger zullen worden (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
22. Om opnieuw te kunnen beginnen werken, denk ik dat het nodig is om (meerdere opties mogelijk)
 - mijn werkplek een beetje te veranderen

- mijn werkuren een beetje te veranderen
 - mijn functie in het bedrijf een beetje te veranderen
 - een opleiding voor een nieuwe functie te kunnen volgen
 - andere optie
23. Als de pijn erger wordt moet ik stoppen met wat ik aan het doen ben tot de pijn opnieuw minder erg wordt (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 24. Hoe ongerust bent u over uw ziekte? (0= helemaal niet ongerust, 5= heel erg ongerust)
 25. Heeft uw ziekte invloed op uw emoties (maakt uw ziekte u bang, boos, in paniek, depressief?) (0= helemaal geen invloed, 5= zeer veel invloed)
 26. Heeft u de afgelopen week weinig geslapen door zorgen? (0= nooit, 5= altijd)
 27. Heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u onder druk stond? (0= nooit, 5= altijd)
 28. Heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet zou kunnen oplossen? (0= nooit, 5= altijd)
 29. Heeft u zich de afgelopen week een waardeloos persoon gevoeld? (0= nooit, 5= altijd)
 30. Heeft u zich de afgelopen week redelijk ongelukkig gevoeld? (0= nooit, 5= altijd)
 31. Werkt u onder tijdsdruk (0= nooit, 5= altijd)
 32. Heeft u een achterstand in uw taken op het werk? (0= nooit, 5= altijd)
 33. Zou u liever een beetje rustiger werken? (0= nooit, 5= altijd)
 34. Ik moet te veel doen op mijn werk (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 35. Door mijn werk heb ik niet veel tijd voor gezin of vrienden (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 36. Om mijn werk elke dag af te krijgen, moet ik heel hard werken (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 37. Mijn werk vraagt veel energie van mij (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 38. Voor mijn ziekteperiode kon ik op het werk aanpassingen vragen en krijgen om mijn werkcomfort te verhogen (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 39. Voor mijn ziekteperiode kon ik mijn werk zelf regelen (hoeveelheid en zwaarte van de taken) (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 40. Voor mijn ziekteperiode kon ik werken op mijn eigen tempo (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 41. Voor mijn ziekteperiode kon ik kiezen hoe ik mijn werk deed (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 42. Voor mijn ziekteperiode liet mijn werk mij toe om zelfstandig beslissingen te nemen (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
 43. Ik moet nooit emotioneel zwaar werk verrichten (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)

44. Heeft u op uw werk mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkeling? (0= helemaal niet, 5= helemaal wel)
45. Geeft uw werk u het gevoel iets te kunnen bereiken? (0= helemaal niet, 5= helemaal wel)
46. Ik maak me zorgen over wat mijn collega's denken van mijn afwezigheid (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
47. Wanneer ik terug ben zal ik hard moeten werken of meer uren moeten werken om mijn achterstand in te halen (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
48. In mijn werk zet ik mij voor tweehonderd procent in (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
49. Ik vind het heel erg als ik een fout maak (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
50. Ik vind het moeilijk om minder hard te werken (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
51. Ik kan moeilijk nee zeggen tegen collega's als ik dat wil (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
52. Het afgelopen jaar is mijn privéleven heel erg veranderd (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
53. Ik heb het afgelopen jaar veel pech gehad (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
54. Er zijn in mijn leven vervelende dingen gebeurd, waar ik vaak aan denk (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
55. Ik denk vaak aan de situatie thuis (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
56. De problemen thuis kosten mij veel energie (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
57. Ik heb het gevoel dat ik thuis meedraai in de routine, maar niet kan doen wat ik zelf graag wil doen (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
58. Ik ben teleurgesteld door mensen in mijn omgeving (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
59. Het is moeilijk om energie te vinden voor mijn werk, omdat mijn sociale situatie niet goed is (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)
60. Denkt u dat u opnieuw met uw normale werk zal kunnen starten, zonder beperkingen door uw ziekte, binnen een periode van vier weken? (0= zeker niet, 5= zeker wel)
61. Mijn behandeling zal mijn letsel(s) en symptomen genezen (0= mee oneens, 5= helemaal mee eens)

Bijlage 5: **Beck Depression Inventory**

Naam: _____ Burg.staat: _____ Datum: _____

Beroep: _____ Opleiding: _____ Leeftijd: _____ Geslacht: _____

Instructies: Deze vragenlijst bestaat uit 21 rijtjes uitspraken. Lees a.u.b. ieder rijtje aandachtig en kies uit elk rijtje één uitspraak, die het best beschrijft hoe u zich de afgelopen twee weken met vandaag erbij gevoeld heeft. Kruis het hokje aan met het cijfer vóór de door u gekozen uitspraak. Als meerdere uitspraken in een rijtje even goed van toepassing zijn, kruis dan het hokje aan met het hoogste cijfer van dat rijtje. Let er op dat u niet meer dan één uitspraak per rijtje kiest, ook bij vraag 16 (Veranderingen in Slaappatroon) en 18 (Veranderingen in Eetlust).

1. Sombereheid, verdriet

- ☐ 0 Ik voel me niet somber.
- ☐ 1 Ik voel me een groot deel van de tijd somber.
- ☐ 2 Ik ben de hele tijd somber.
- ☐ 3 Ik ben zó somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan.

2. Pessimisme

- ☐ 0 Ik ben niet ontmoedigd over mijn toekomst.
- ☐ 1 Ik ben meer ontmoedigd over mijn toekomst dan vroeger.
- ☐ 2 Ik verwacht niet dat de dingen goed voor mij zullen uitpakken.
- ☐ 3 Ik heb het gevoel dat mijn toekomst hopeloos is en dat het alleen maar erger zal worden.

3. Mislukkingen

- ☐ 0 Ik voel me geen mislukking.
- ☐ 1 Ik heb te veel dingen laten mislukken.
- ☐ Als ik terugkijk, zie ik een hoop mislukkingen.
- ☐ Ik vind dat ik als persoon een totale mislukking ben.

4. Verlies van plezier

- ☐ Ik beleef net zo veel plezier als altijd aan de dingen die ik leuk vind.
- ☐ Ik geniet niet meer zoveel van dingen als vroeger.
- ☐ Ik beleef heel weinig plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.
- ☐ Ik beleef geen enkel plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.

5. Schuldgevoelens

- ☐ Ik voel me niet bijzonder schuldig.
- ☐ Ik voel me schuldig over veel dingen die ik heb gedaan of had moeten doen.
- ☐ Ik voel me meestal erg schuldig.
- ☐ Ik voel me de hele tijd schuldig.

6. Gevoel gestraft te worden

- ☐ 0 Ik heb niet het gevoel dat ik gestraft word.
- ☐ 1 Ik heb het gevoel dat ik misschien gestraft zal worden.
- ☐ 2 Ik verwacht gestraft te worden.
- ☐ 3 Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

7. Afkeer van zichzelf

- ☐ 0 Ik voel me over mezelf net als altijd.
- ☐ 1 Ik heb minder zelfvertrouwen.
- ☐ 2 Ik ben teleurgesteld in mezelf.
- ☐ 3 Ik heb een hekel aan mezelf.

8. Zelfkritiek

- ☐ 0 Ik bekritiseer of verwijt mijzelf niet meer dan gewoonlijk.
- ☐ 1 Ik ben meer kritisch op mezelf dan vroeger.
- ☐ 2 Ik bekritiseer mezelf voor al mijn tekortkomingen.
- ☐ 3 Ik verwijt mijzelf al het slechte wat gebeurt.

9. Suïcidale gedachten of wensen

- ☐ 0 Ik heb geen enkele gedachte aan zelfdoding.
- ☐ 1 Ik heb gedachten aan zelfdoding, maar ik zou ze niet ten uitvoer brengen.
- ☐ 2 Ik zou liever een eind aan mijn leven maken.
- ☐ 3 Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.

10. Huilen

- ☐ 0 Ik huil niet meer dan vroeger.
- ☐ 1 Ik huil meer dan vroeger.
- ☐ 2 Ik huil om elk klein ding.
- ☐ 3 Ik wil graag huilen, maar ik kan het niet.

Ga verder op de achterkant.

Subtotaal pag. 1

11. Agitatie, onrust

- ☐ 0 Ik ben niet rusteloz of meer gespannen dan anders.
- ☐ 1 Ik ben rusteloz of meer gespannen dan anders.
- ☐ 2 Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moeilijk stil kan zitten.
- ☐ 3 Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moet blijven bewegen of iets doen.

12. Verlies van interesse

- ☐ 0 Mijn belangstelling voor andere mensen of activiteiten is niet verminderd
- ☐ 1 Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen of dingen dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen of dingen grotendeels verloren.
- ☐ 3 Het is moeilijk om nog ergens belangstelling voor op te brengen.

13. Besluiteloosheid

- ☐ 0 Ik neem beslissingen ongeveer even makkelijk als altijd.
- ☐ 1 Ik vind het moeilijker om beslissingen te nemen dan gewoonlijk.
- ☐ 2 Ik heb veel meer moeite met het nemen van beslissingen dan vroeger.
- ☐ 3 Ik heb moeite met alle beslissingen.

14. Waardeloosheid

- ☐ 0 Ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben.
- ☐ 1 Ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger.
- ☐ 2 Vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos.
- ☐ 3 Ik voel me volstrekt waardeloos.

15. Energieverlies

- ☐ 0 Ik heb nog evenveel energie als altijd.
- ☐ 1 Ik heb minder energie dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb niet voldoende energie om veel te doen.
- ☐ 3 Ik heb niet genoeg energie om wat dan ook te doen.

16. Verandering van slaappatroon

- ☐ 0 Mijn slaappatroon is niet veranderd.
- ☐ 1a Ik slaap wat meer dan gewoonlijk.
- ☐ 1b Ik slaap wat minder dan gewoonlijk.
- ☐ 2a Ik slaap veel meer dan gewoonlijk.
- ☐ 2b Ik slaap veel minder dan gewoonlijk.
- ☐ 3a Ik slaap het grootste deel van de dag.
- ☐ 3b Ik word 1 – 2 uren te vroeg wakker en kan niet meer inslapen.

17. Prikkelbaarheid

- ☐ 0 Ik ben niet meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 1 Ik ben meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 2 Ik ben veel meer prikkelbaar dan anders.
- ☐ 3 Ik ben de hele tijd prikkelbaar.

18. Verandering van eetlust

- ☐ 0 Mijn eetlust is niet veranderd.
- ☐ 1a Mijn eetlust is wat kleiner dan gewoonlijk.
- ☐ 1b Mijn eetlust is wat groter dan gewoonlijk.
- ☐ 2a Mijn eetlust is veel kleiner dan vroeger.
- ☐ 2b Mijn eetlust is veel groter dan gewoonlijk.
- ☐ 3a Ik heb helemaal geen eetlust.
- ☐ 3b Ik verlang de hele tijd naar eten.

19. Concentratieproblemen

- ☐ 0 Ik kan me net zo goed concentreren als altijd.
- ☐ 1 Ik kan me niet zo goed concentreren als anders.
- ☐ 2 Het is lastig om mijn gedachten ergens lang bij te houden.
- ☐ 3 Ik kan me nergens op concentreren.

20. Moeheid

- ☐ 0 Ik ben niet meer moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ☐ 1 Ik word sneller moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ☐ 2 Ik ben te moe of afgemat voor veel dingen die ik vroeger wel deed.
- ☐ 3 Ik ben te moe of afgemat voor de meeste dingen die ik vroeger wel deed.

21. Verlies van interesse in sex

- ☐ 0 Ik heb de laatste tijd geen verandering gemerkt in mijn belangstelling voor sex.
- ☐ 1 Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger.
- ☐ 2 Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex.
- ☐ 3 Ik heb alle belangstelling voor sex verloren.

Einde van de vragenlijst.

Controleer a.u.b. of alle vragen beantwoord zijn.

	Subtotaal pag. 1
	Subtotaal pag. 2
	TOTAAL SCORE

Bijlage 6: Vragenlijst Achtergrondkenmerken

1. Bent u een
 - vrouw
 - man
2. Wat is uw geboortejaar?
....
3. Hoe zou u uw thuissituatie omschrijven?
 - Alleenstaand zonder kinderen
 - Alleenstaand met kinderen al dan niet in co-ouderschap
 - Samenwonend met partner zonder kinderen
 - Samenwonend met partner en kinderen al dan niet in co-ouderschap (Inclusief nieuw samengesteld gezin)
 - Samenwonend met ouders
4. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
 - Lager onderwijs
 - Lager middelbaar onderwijs
 - Hoger middelbaar onderwijs
 - Bachelor (Universitaire kandidatuur of hogeschool)
 - Master (Universitaire licentie)
 - Doctoraat
5. In welke sector werkt u?
 - Industrie
 - Bouw
 - Agrarisch
 - Diensten
 - Onderwijs
 - Overheid
 - Handel en verkoop
 - Horeca en voeding
 - Logistiek en transport
 - Gezondheidszorg
 - Andere sector:.....
6. Wat is uw beroep?
 - Manager (vb. Directie, hoger kader)
 - Intellectuele, wetenschappelijke en artistieke beroepen (vb. Ingenieurs, arts, verpleegkundig kader, vroedvrouw, apotheker, diëtist, leraar/onderwijzer, Informatici, juristen)
 - Technici en verwante beroepen (vb. technici, toezichthoudend personeel, piloten, luchtverkeersleiders, verpleegkundigen, opticiens, makelaar, ambtenaar, fotograaf, chef-kok)
 - Administratief personeel
 - Dienstverlenend personeel en verkopers (vb. reisleader, kok, kapper, verkoper, verzorgend personeel, politieagent, brandweer)
 - Geschoolde landbouwers, bosbouwers en vissers
 - Ambachtslieden (vb. Bouwarbeiders, loodgieters, schilders, monteurs, bakker)

- Bedienden van machines en installaties, assembleurs
 - Elementaire beroepen (vb. Huishoudhulp, autowasser, ongeschoolde arbeider, vuilnismen)
 - Beroepen bij de strijdkrachten
7. Bent u leidinggevende?
- Neen
 - Ja, van uitvoerend personeel
 - Ja, van andere leidinggevendenden + directie
8. Wat is de grootte van de organisatie waar u werkt? (We bedoelen hiermee de totale organisatie en niet enkel de vestiging.)
- Zeer kleine onderneming (<20 werknemers)
 - Kleine onderneming (20-49 werknemers)
 - Middelgrote onderneming (50 -249 werknemer)
 - Grote onderneming (≥250 werknemers)
9. Wat is uw arbeidsregime?
- Voltijds
 - Tussen voltijds en halftijds
 - Halftijds
 - Minder dan halftijds
10. In welk stelsel werkt u?
- Dagwerk (ook indien weekend werk overdag)
 - Ander stelsel (shiften/ploegen, volcontinu, nacht,...)
11. Wat is uw situatie?
- Zelfstandige
 - Werknemer privé
 - Werknemer/contractueel in overheid/lokale besturen

Bijlage 7: **Vragenlijst: Werkhervatting**

1. Bent u op dit moment opnieuw aan het werk?
 - Nee => ga naar vraag 8
 - Ja

2. Op welke datum bent u opnieuw aan het werk gegaan?

Dd/mm/yyyy

3. Op welke manier bent u opnieuw aan het werk gegaan?
 - Volledige werkherhvatting in eigen functie bij zelfde WG
 - Volledige werkherhvatting in andere functie bij zelfde WG
 - Gedeeltelijke werkherhvatting in eigen functie bij zelfde WG
 - Gedeeltelijke werkherhvatting in andere functie bij zelfde WG
 - Voltijdse werkherhvatting bij andere WG
 - Deeltijdse werkherhvatting bij andere WG
 - Ik was werknemer maar heb het werk hervat als zelfstandige
 - Ik was zelfstandige en heb het werk hervat als werknemer

4. Indien u een nieuwe functie hebt of een nieuwe werkgever of als zelfstandige bent gestart: wat is uw beroep?
 - Manager (vb. Directie, hoger kader)
 - Intellectuele, wetenschappelijke en artistieke beroepen (vb. Ingenieurs, arts, verpleegkundig kader, vroedvrouw, apotheker, diëtist, leraar/onderwijzer, Informatici, juristen)
 - Technici en verwante beroepen (vb. technici, toezichthoudend personeel, piloten, luchtverkeersleiders, verpleegkundigen, opticiens, makelaar, ambtenaar, fotograaf, chef-kok)
 - Administratief personeel
 - Dienstverlenend personeel en verkopers (vb. reis Leider, kok, kapper, verkoper, verzorgend personeel, politieagent, brandweer)
 - Geschoolde landbouwers, bosbouwers en vissers
 - Ambachtslieden (vb. Bouwarbeiders, loodgieters, schilders, monteurs, bakker)
 - Bedienden van machines en installaties, assembleurs
 - Elementaire beroepen (vb. Huishoudhulp, autowasser, ongeschoolde arbeider, vuilnisman)
 - Beroepen bij de strijdkrachten

5. Indien u een nieuwe functie hebt of een nieuwe werkgever of als zelfstandige bent gestart: bent u leidinggevende?
 - Neen
 - Ja, van uitvoerend personeel
 - Ja, van andere leidinggevend + directie

6. Indien u aan de slag bent bij een nieuwe werkgever of als zelfstandige bent gestart: In welke sector bent u dan werkzaam?
 - Industrie
 - Bouw
 - Agrarisch
 - Diensten

- Onderwijs
 - Overheid
 - Handel en verkoop
 - Horeca en voeding
 - Logistiek en transport
 - Gezondheidszorg
 - Andere:.....
7. Indien u aan de slag bent bij een nieuwe werkgever. Wat is de grootte van deze organisatie?
We bedoelen hiermee de totale organisatie en niet enkel de vestiging.
- Zeer kleine onderneming (<20 werknemers)
 - Kleine onderneming (20-49 werknemers)
 - Middelgrote onderneming (50 -249 werknemer)
 - Grote onderneming (≥250 werknemers)
8. Waarom bent u nog niet opnieuw aan het werk? (meerdere opties mogelijk)
- Wegens financiële redenen (vb. Financieel voordeliger om niet te werken)
 - Medisch (nog) niet in staat om te werken
 - Wegens ontslag medische overmacht
 - Wegens ontslag door de werkgever
 - Wegens ontslag door de werknemer (in onderling akkoord of met het presteren van opzegtermijn)
 - Geen toelating (meer) door werkgever voor aangepast werk (vb. progressieve tewerkstelling)
 - Lopende herscholing - opleiding op de werkvloer
 - Nakend pensioen (niet meer willen investeren in werkhervatting)
 - Actief in vrijwilligerswerk
 - Andere reden:.....

Bijlage 8: Evaluatie door de huisarts: leidraad

Administratieve gegevens

- Is de patiënt tussen 18 en 65 jaar oud? NEE => stop
- Voert patiënt betaald werk uit? (zelfstandige, werknemer, contactuele ambtenaar)
NEE => stop
- Heeft patiënt de afgelopen 12 maanden één of meerdere ziekte-attesten gekregen omwille van burn-out klachten voor in totaal een periode van > 4 weken? JA => stop

Anamnese

- Patiënt brengt klachten van mentale en/of lichamelijke uitputting (bv. duizeligheid, hoofdpijn, slaapstoornissen, hartkloppingen, spierpijn), verstoord cognitief functioneren (bv. concentratiestoornissen), verstoord emotioneel functioneren (bv. emotionele labiliteit) of minder betrokkenheid bij het werk of bij de mensen met wie men werkt? NEE => stop
- Zijn de klachten volgens u voornamelijk ontstaan door het werk? NEE => stop
- Zijn de klachten volgens u ontstaan door pesten op het werk? JA => stop
- Is de patiënt gekend met een alcohol-of drugsverslaving, een majeure psychiatrische aandoening (bv. schizofrenie, bipolaire stoornis)? JA => stop
- Is patiënt momenteel in behandeling bij een psycholoog? JA => stop

Ziekte-attest

Zijn de burn-out klachten van patiënt voor u de reden om op dit moment een ziekte-attest op te maken? NEE => stop

Fysieke gegevens

Zijn fysieke aandoeningen de oorzaak van de vermoeidheidsklachten (bv. hypothyroïdie, diabetes)? JA => stop

Vragenlijst

- 4DKL: distress-score < 11 => stop

Informed consent

- Is patiënt bereid om deel te nemen aan de studie? NEE => stop
- Is patiënt bereid om het informed consent te ondertekenen? NEE => stop

Terugkeer naar werk bij burn-out

Een onderzoeksproject door KU Leuven ism RIZIV



Contactpersonen:

- Prof Dr Lode Godderis, Onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Leuven tel. +32 16 37 32 91 of +32 16 33 70 80; fax +32 16 32 69 97; E-mail: lode.godderis@kuleuven.be
- Dr Lotje Lambreghts, Onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Leuven tel. +32 16 39 05 13; E-mail: lotje.lambreghts@kuleuven.be

Informatie- en toestemmingsformulier deelnemer studie “Terugkeer naar werk bij burn-out”

Geachte Mevrouw,
Geachte Mijnheer,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie die wil nagaan hoe mensen met burn-out het best ondersteund kunnen worden in hun terugkeer naar werk. Deze studie wordt uitgevoerd door de KU Leuven in samenwerking met het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van de dienst uitkeringen van het RIZIV.

De studie zal gebeuren in overeenstemming met de Belgische wetgeving inzake wetenschappelijk onderzoek. Aan deelname zijn geen kosten verbonden. Het staat u op elk moment vrij om u terug te trekken uit deze studie. Wij verzoeken u vriendelijk deze informatiebrief te lezen voordat u tot deelname besluit. U kan steeds vragen stellen bij onduidelijkheden of indien u meer informatie wenst. De contactgegevens van de onderzoekers vindt u onderaan deze informatiefolder.

Waarom deze studie?

Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat bij meer dan een derde van de mensen die langer dan een jaar ongeschikt zijn om te werken (door ziekte of ongeval) psychische aandoeningen de oorzaak zijn. Eén van de psychische aandoeningen die kunnen leiden tot een lange afwezigheid op het werk, is burn-out. Mensen met burn-out zijn vaker en langduriger afwezig op het werk dan anderen en hebben op langere termijn een grotere kans om definitief van de arbeidsmarkt te verdwijnen. Een degelijke begeleiding van mensen met burn-out in hun terugkeer naar werk is dus noodzakelijk. Maar hoe kunnen we mensen met burn-out ondersteunen vanaf het moment dat zij uitvallen op het werk zodat zij zo goed mogelijk opnieuw aan de slag kunnen? Op dit ogenblik weten we nog niet wat de beste aanpak is. Wetenschappelijk onderzoek hierrond is beperkt en zorgverleners op het terrein hebben soms uiteenlopende meningen. Daarom werd eind 2015 dit onderzoek gestart.

Hoe gaat de studie in haar werk?

Om te weten wat de beste aanpak is om mensen met burn-out te ondersteunen in hun terugkeer naar werk, willen we tijdens deze studie gegevens verzamelen bij mensen die in ziekteverlof zijn omwille van burn-out. We zullen gegevens verzamelen over de begeleiding die zij ontvangen tijdens hun ziekteverlof en over hun terugkeer naar werk (wanneer keren zij terug naar werk, bij hun eigen werkgever of bij een andere werkgever, voltijds of deeltijds). Op basis van deze gegevens willen we nagaan welke elementen mensen met burn-out kunnen helpen om opnieuw aan de slag te gaan.

Waarom werd ik gekozen?

Uw huisarts zal aan mogelijke kandidaten voor de studie vragen om deel te nemen. De voorwaarden om deel te nemen zijn de volgende: 1) tussen 18 en 65 jaar oud zijn 2) betaald werk uitvoeren 3) voor de eerste maal in 12 maanden een ziekteattest voor arbeidsongeschiktheid ontvangen omwille van burn-out. Zowel zelfstandigen, werknemers op

de private arbeidsmarkt als contractuelen bij overheidsinstellingen (=openbare besturen, provinciale besturen, Vlaams of federaal) kunnen deelnemen. Vastbenoemde ambtenaren of statutairen, worden uitgesloten uit de studie.

Wat wordt van mij verwacht?

Indien u toestemt om deel te nemen aan de studie wordt van u verwacht dat u de begeleiding die uw huisarts voorstelt, volgt. Indien u werd ingedeeld in de controlegroep zal de huisarts u begeleiden zoals hij of zij ook zou doen indien u niet zou deelnemen aan deze studie. Indien u werd ingedeeld in de interventiegroep zal de huisarts u begeleiden tijdens het doorlopen van een zorgpad (dat voor deze studie werd opgemaakt) en u doorverwijzen naar een psycholoog die ook deelneemt aan de studie. Tijdens deze begeleiding is het mogelijk dat informatie omtrent de begeleiding die u volgt, wordt uitgewisseld tussen de volgende zorgverleners: huisarts, arbeidsarts, adviserend arts van de mutualiteit, psycholoog. Al deze zorgverleners zijn gebonden aan het beroepsgeheim en geven nooit medische informatie door aan derden (bv. werkgever).

Daarnaast zal het onderzoeksteam u per mail na 6 weken, 4, 8 en 12 maanden een vragenlijst bezorgen. In deze vragenlijst zullen volgende zaken worden bevraagd: achtergrondkenmerken (bv. leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, beroep, ...), factoren die een invloed hebben op de werkhervatting, psychische klachten (bv. burn-out symptomen, depressieve symptomen, ...), gegevens rond werkhervatting (bv. datum van werkhervatting, deeltijdse of voltijdse werkhervatting, ...). De vragenlijst na 6 weken zal ongeveer 25 minuten van uw tijd vragen. De vragenlijsten na 4, 8 en 12 maanden zullen ongeveer 10 minuten duren.

Tenslotte vragen wij u om een aantal zaken tijdens uw begeleiding te noteren in een boekje dat u ter beschikking zal gesteld worden: data waarop u een afspraak heeft met zorgverleners, waarom een bepaalde afspraak niet opgevolgd werd, door wie u naar een bepaalde zorgverlener werd verwezen, ... Na afloop van de studie zal het onderzoeksteam u contacteren met de vraag om geïnterviewd te worden over de begeleiding die u ontving (wat liep er goed, wat liep er minder goed, ...). Het staat u op dat moment vrij om al dan niet deel te nemen aan het interview.

Ben ik verplicht deel te nemen?

Deelname aan deze studie is volkomen vrijwillig. In geen geval dient u de goedkeuring van de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aanzet tot deelname aan de studie.

Welke zijn de mogelijke nadelen en risico's van mijn deelname?

Er zijn geen nadelen verbonden aan deelname. Niet deelnemen aan deze studie zal geen enkele invloed hebben op de ondersteuning die u zal ontvangen tijdens of na uw ziekteverlof. Indien u wel deelneemt zullen de antwoorden die u geeft eveneens geen enkele invloed hebben op de ondersteuning die u ontvangt.

Welke zijn de mogelijke voordelen van deelname aan de studie?

U zal geen onmiddellijk voordeel ondervinden door uw deelname en u zal voor uw deelname geen vergoeding ontvangen (noch zijn hier extra kosten aan verbonden). Wij hopen evenwel dat wij mede door uw deelname aan deze studie een beter zicht krijgen op het ondersteunen van mensen met burn-out in hun terugkeer naar werk. Op deze manier draagt u bij tot het verbeteren van de ondersteuning van burn-out patiënten naar werkhervatting.

Wat gebeurt er met de resultaten van het onderzoek?

De resultaten van het onderzoek zullen gerapporteerd worden aan RIZIV en in wetenschappelijke publicaties. Uw identiteit zal in geen van deze gevallen worden vrijgegeven.

Is mijn deelname vertrouwelijk?

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de huisarts, de psycholoog (indien u in de interventiearm van de studie werd ingedeeld) en de onderzoeker gegevens over u verzamelen en dat de opdrachtgever van de studie die gebruikt voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties.

U hebt het recht om aan de onderzoeker te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige gezondheid en werksituatie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn².

De huisarts en (indien u in de interventiegroep werd ingedeeld) de psycholoog, verzamelen een deel van de informatie. Zij zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij deze doorgeven aan de beheerder van de databank (Dr. Sofie Vandenbroeck, Afdeling omgeving en gezondheid, KU Leuven, opdrachtgever: KU Leuven).

De databank zal nooit een combinatie van elementen omvatten waarmee het mogelijk is u te identificeren³. De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens kan u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze persoon is verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle huisartsen en psychologen die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De huisarts (of de psycholoog indien u in de interventiegroep bent ingedeeld) zal uw contactgegevens (naam, adres, mailadres) bezorgen aan een prof. Lode Godderis of dr. Lotje Lambreghts van de Afdeling Omgeving en Gezondheid (KU Leuven). Zij zullen aan uw contactgegevens een code koppelen. Zo kan de huisarts (en indien u bent ingedeeld in de interventiegroep ook de psycholoog) uw gegevens omtrent uw gezondheid en werksituatie gecodeerd bezorgen vooraleer deze gegevens verwerkt worden en opgeslagen in de databank. Uw contactgegevens zullen gebruikt worden om u de online vragenlijsten te bezorgen en om u uit te nodigen voor een interview in een latere fase van het project (het staat u op dat moment vrij om al dan niet deel te nemen aan dit interview). De koppeling tussen uw contactgegevens en code wordt bewaard in een beveiligde digitale kluis van KU Leuven⁴. Enkel prof. Lode Godderis en dr. Lotje Lambreghts hebben toegang tot deze digitale kluis. De antwoorden die u ingeeft via de online vragenlijsten zullen nooit kunnen worden gelinkt aan uw persoonsgegevens (naam, adres, mailadres). Er wordt een identificatiecode voorzien in deze vragenlijst, zodat de onderzoeker deze kan koppelen aan de gegevens verzameld door de huisarts over uw gezondheid en werksituatie.

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kunnen uw gegevens worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités of van de opdrachtgever van de studie. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de onderzoeker en onder zijn/haar toezicht

² Deze rechten zijn bepaald door de EU Verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming) of GDPR (General Data Protection Regulation), de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

³ De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

⁴ De wet verplicht om voor klinische studies dit verband met uw dossier gedurende 20 jaar te bewaren.

(of van één van zijn/haar onderzoeksmedewerkers). De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier staan beschreven en dat ze worden overgedragen aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Meer informatie omtrent de General Data Protection Regulation (GDPR) kan u bekomen bij gdpr.research@uzleuven.be.

U heeft **het recht om een klacht in te dienen** over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Wie heeft deze studie gecontroleerd?

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie (Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven). In geen geval dient u de goedkeuring door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

Ben ik verzekerd tijdens deelname aan deze studie?

Elke deelname aan een studie houdt een risico in, hoe klein ook. De opdrachtgever is - ook indien er geen sprake is van fout - aansprakelijk voor de schade die de deelnemer of in geval van overlijden zijn/haar rechthebbenden, oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met diens deelname aan de studie. U moet hiervoor dus geen fout aantonen. De opdrachtgever heeft voor deze aansprakelijkheid een verzekering afgesloten (Amlin Insurance SE; 299.053.700; Vanbreda Risk & Benefits NV, Plantin Moretuslei 297, 2140 Antwerpen).

Dank u voor het lezen van deze informatie. Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking en ondersteuning van dit project.

Geïnformeerde toestemming “Terugkeer naar werk bij burn-out”

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik stem in met de verwerking van mijn persoonlijke gegevens volgens de modaliteiten die zijn beschreven in de rubriek over het verzekeren van de vertrouwelijkheid. Ik geef ook toestemming voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in andere landen dan België.

Ik ben akkoord dat de onderzoekers mij na afloop van de studie contacteren om mij uit te nodigen voor een interview. Ik kan op dat moment beslissen of ik wens deel te nemen aan het interview.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Datum: Naam, voornaam en handtekening deelnemer:

E-mail adres deelnemer:

Voor verdere vragen kunt u terecht bij:

- Prof Dr Lode Godderis, Onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Leuven tel. +32 16 37 32 91 of +32 16 33 70 80; fax +32 16 32 69 97; E-mail: lode.godderis@kuleuven.be
- Dr Lotje Lambreghts, Onderzoeksgroep Omgeving en Gezondheid; Kapucijnenvoer 35 blok d - bus 7001 3000 Leuven tel. +32 16 39 05 13; E-mail: lotje.lambreghts@kuleuven.be

Bijlage 10: Invuldocument: gegevens huisartsenpraktijk

1. Adres

Naam praktijk:

Straat + nr:

Plaats:

Tel:

E-mailadres:

2. Huisartsen

Aantal huisartsen (niet-HAIO) werkzaam in de praktijk (voltijds of deeltijds):

Aantal HAIO's werkzaam in de praktijk (voltijds of deeltijds):

3. Patiëntenpopulatie

Welke van de 2 onderstaande categorieën vormt het grootste deel van de patiëntenpopulatie van de praktijk (duidt de juiste categorie aan):

- Patiënten tussen 18 en 65 jaar ("beroepsactieve" leeftijd)
- Patiënten jonger dan 18 jaar en ouder dan 65 jaar (buiten de "beroepsactieve" leeftijd)

4. Verwijzingen naar The Human Link of Huis voor Veerkracht/Reboarding

Worden in uw huisartsenpraktijk patiënten met (vermoeden van) burn-out doorverwezen naar de psychologen van The Human Link of Huis voor veerkracht/Reboarding? (duidt één antwoordmogelijkheid aan):

- Nee, dit is nog nooit gebeurd
- Ja, een minderheid van de patiënten met (vermoeden van) burn-out wordt naar deze psychologen verwezen vanuit onze praktijk
- Ja, een meerderheid van de patiënten met (vermoeden van) burn-out wordt naar deze patiënten doorverwezen vanuit onze praktijk
- Ja, patiënten met (vermoeden van) burn-out worden (bijna) altijd naar deze psychologen verwezen vanuit onze praktijk

Bijlage 11: Nota psycholoog indien geen begeleiding wordt opgestart

Betreft: *(naam + geboortedatum cliënt)*

Aan:

huisarts: *(naam + vestigingsplaats huisarts)*

Geachte dokter,

Op *(datum)* zag ik *(naam cliënt)* op gesprek. U verwees deze persoon naar mij in het kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV.

Hierbij wil ik u op de hoogte brengen dat bovengenoemde persoon (na nauwkeurige evaluatie) niet in aanmerking komt voor het onderzoeksproject om volgende reden: *(geen burn-out maar een andere problematiek aanwezig, cliënt heeft het werk ondertussen hervat, ...)*

Met uw patiënt werden volgende afspraken gemaakt: *(wel/niet verdere opvolging bij psycholoog, advies om psychiater te raadplegen, ...)*

Ik ben steeds bereid voor verder overleg omtrent deze persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”: werkenburnout@kuleuven.be , contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 12: Nota psycholoog (werknemer)

Betreft: *(naam + geboortedatum cliënt)*

Aan:

- 1) huisarts: *(naam + vestigingsplaats huisarts)*
- 2) arbeidsarts: *(naam interne/externe dienst voor preventie en bescherming op het werk)*
- 3) adviserend arts: *(naam mutualiteit)*

Geachte dokter,

Op *(datum)* zag ik *(naam cliënt)* op gesprek. Deze persoon werd door de huisarts naar mij verwezen in het kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.

Hierbij wil ik u op de hoogte brengen dat bij bovengenoemde persoon een burn-out werd vastgesteld en dat (met toestemming van betrokkene) een zorgpad wordt opgestart in het kader van het onderzoeksproject. In dit zorgpad zullen mensen met burn-out (naast de opvolging door de huisarts) begeleid worden door een psycholoog en ondersteund worden bij het voorbereiden van hun werkhervatting. Over enige tijd zal u van mij een verslag ontvangen omtrent de evolutie van bovengenoemde persoon om in samenspraak met u de werkhervatting van betrokkene voor te bereiden.

Ik ben steeds bereid voor verder overleg omtrent deze persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”:
werkenburnout@kuleuven.be , contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 13: Nota psycholoog (zelfstandige)

Betreft: *(naam + geboortedatum cliënt)*

Aan:

- 1) huisarts: *(naam + vestigingsplaats huisarts)*
- 2) adviserend arts: *(naam mutualiteit)*

Geachte dokter,

Op *(datum)* zag ik *(naam cliënt)* op gesprek. Deze persoon werd door de huisarts naar mij verwezen in het kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.

Hierbij wil ik u op de hoogte brengen dat bij bovengenoemde persoon een burn-out werd vastgesteld en dat (met toestemming van betrokkene) een zorgpad wordt opgestart in het kader van het onderzoeksproject. In dit zorgpad zullen mensen met burn-out (naast de opvolging door de huisarts) begeleid worden door een psycholoog en ondersteund worden bij het voorbereiden van hun werkhervatting. Over enige tijd zal u van mij een verslag ontvangen omtrent de evolutie van bovengenoemde persoon om in samenspraak met u de werkhervatting van betrokkene voor te bereiden.

Ik ben steeds bereid voor verder overleg omtrent deze persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”:
werkenburnout@kuleuven.be , contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 14: Verslag psycholoog (werknemer)

Betreft: (naam + geboortedatum cliënt)

Aan:

- 1) huisarts: (naam + vestigingsplaats huisarts)
- 2) arbeidsarts: (naam interne/externe dienst voor preventie en bescherming op het werk)
- 3) adviserend arts: (naam mutualiteit)

Geachte dokter,

Op (datum) zag ik (naam cliënt) voor het eerst op gesprek in kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. (Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.)

Hierbij wil ik u (met toestemming van betrokkene) op de hoogte brengen dat bij bovengenoemde persoon een zorgpad werd opgestart in het kader van het onderzoeksproject. De psychologische begeleiding tijdens dit zorgpad verliep tot nu als volgt:

(korte omschrijving van het verloop van de psychologische begeleiding: hoeveel sessies tot nu, zaken waarrond gewerkt werd, evolutie, ...)

Om de werkhervatting voor te bereiden, werden volgende zaken besproken/gepland:

(korte omschrijving van de piste die op dit moment wordt geëxploreerd: reeds een idee van werkhervatting bij eigen werkgever of niet, reeds afspraken ingepland of niet (bv. bij arbeidsarts, leidinggevende, HR, loopbaancentrum/loopbaanbegeleiding, ...), nog bijkomende afspraken ingepland bij curatieve sector: bv. psychiater, huisarts, ... vooraleer met de voorbereiding van de werkhervatting wordt begonnen)

Ik ben graag bereid voor verder overleg omtrent de werkhervatting van bovenvermelde persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”: werkenburnout@kuleuven.be, contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 15: Verslag psycholoog (zelfstandige)

Betreft: (naam + geboortedatum cliënt)

Aan:

- 1) huisarts: (naam + vestigingsplaats huisarts)
- 2) adviserend arts: (naam mutualiteit)

Geachte dokter,

Op (datum) zag ik (naam cliënt) voor het eerst op gesprek in kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. (Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.)

Hierbij wil ik u (met toestemming van betrokkene) op de hoogte brengen dat bij bovengenoemde persoon een zorgpad werd opgestart in het kader van het onderzoeksproject. De psychologische begeleiding tijdens dit zorgpad verliep tot nu als volgt:

(korte omschrijving van het verloop van de psychologische begeleiding: hoeveel sessies tot nu, zaken waarrond gewerkt werd, evolutie, ...)

Om de werkhervatting voor te bereiden, werden volgende zaken besproken/gepland:

(korte omschrijving van de piste die op dit moment wordt geëxploreerd: reeds een idee van werkhervatting op oorspronkelijke werkplaats of niet, reeds afspraken ingepland of niet (bv. bij loopbaancentrum/loopbaanbegeleiding, ...), nog bijkomende afspraken ingepland bij curatieve sector: bv. psychiater, huisarts, ... vooraleer met de voorbereiding van de werkhervatting wordt begonnen)

Ik ben graag bereid voor verder overleg omtrent de werkhervatting van bovenvermelde persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”: werkenburnout@kuleuven.be, contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 16: **Eindverslag psycholoog (werknemer)**

Betreft: *(naam + geboortedatum cliënt)*

Aan:

- 4) huisarts: *(naam + vestigingsplaats huisarts)*
- 5) arbeidsarts: *(naam interne/externe dienst voor preventie en bescherming op het werk)*
- 6) adviserend arts: *(naam mutualiteit)*

Geachte dokter,

Op *(datum)* zag ik *(naam cliënt)* voor het eerst op gesprek in kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. (Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.)

Hierbij wil ik u (met toestemming van betrokkene) op de hoogte brengen dat bovengenoemde persoon ondertussen 10 sessies psychologische begeleiding bij mij afrondde. De huidige situatie is als volgt:

- De psychologische begeleiding in het kader van het onderzoeksproject is afgerond. Bovengenoemde persoon zal buiten het kader van het onderzoeksproject de psychologische begeleiding bij mij wel/niet *(schrappen wat niet past)* verder zetten.
- *(korte omschrijving van het verloop van de psychologische begeleiding: zaken waarrond gewerkt werd, evolutie, ...)*
- *(korte omschrijving van de stappen/acties die zijn ondernomen naar werkhervatting toe, met wie is er contact genomen om de werkhervatting voor te bereiden, ...)*
- *(korte omschrijving van werkhervatting: wel of niet het werk hervat, op oorspronkelijke werkplaats of niet, deeltijdse werkhervatting of niet, verdere stappen die nog moeten genomen worden, afspraken die met cliënt zijn gemaakt naar de toekomst toe, ...)*

Ik ben graag bereid voor verder overleg omtrent de werkhervatting van bovenvermelde persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”: werkenburnout@kuleuven.be , contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 17: Eindverslag psycholoog (zelfstandige)

Betreft: (naam + geboortedatum cliënt)

Aan:

- 7) huisarts: (naam + vestigingsplaats huisarts)
- 8) adviserend arts: (naam mutualiteit)

Geachte dokter,

Op (datum) zag ik (naam cliënt) voor het eerst op gesprek in kader van het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”, een onderzoeksproject van KU Leuven in samenwerking met RIZIV. (Meer info omtrent dit project vindt u op www.werkenburnout.be.)

Hierbij wil ik u (met toestemming van betrokkene) op de hoogte brengen dat bovengenoemde persoon ondertussen 10 sessies psychologische begeleiding bij mij afrondde. De huidige situatie is als volgt:

- De psychologische begeleiding in het kader van het onderzoeksproject is afgerond. Bovengenoemde persoon zal buiten het kader van het onderzoeksproject de psychologische begeleiding bij mij wel/niet (*schrappen wat niet past*) verder zetten.
- (korte omschrijving van het verloop van de psychologische begeleiding: zaken waarrond gewerkt werd, evolutie, ...)
- (korte omschrijving van de stappen/acties die zijn ondernomen naar werkhervatting toe, met wie is er contact genomen om de werkhervatting voor te bereiden, ...)
- (korte omschrijving van werkhervatting: wel of niet het werk hervat, op oorspronkelijke werkplaats of niet, deeltijdse werkhervatting of niet, verdere stappen die nog moeten genomen worden, afspraken die met cliënt zijn gemaakt naar de toekomst toe, ...)

Ik ben graag bereid voor verder overleg omtrent de werkhervatting van bovenvermelde persoon.

Met vriendelijke groeten,

(naam en contactgegevens psycholoog)

Voor vragen omtrent het onderzoeksproject “Arbeidsre-integratie van mensen met burn-out”: werkenburnout@kuleuven.be , contactpersoon: Lotje Lambreghts

Bijlage 18: Invuldocument consultaties huisarts (interventiearm)

Indien deelname aan de studie wordt stopgezet, gelieve volgende gegevens te vervullen:

- datum waarop deelname aan de studie werd beëindigd:
- op wiens initiatief werd de deelname beëindigd:
- reden om deelname aan de studie stop te zetten:

Consultatie

Datum: ...

Duur sessie: ...

Contact met andere zorgverlener/betrokkene:

- Psycholoog JA/NEE
- Psychiater JA/NEE
- Arbeidsarts JA/NEE
- Adviserend arts mutualiteit JA/NEE
- Loopbaanbegeleider JA/NEE
- Leidinggevende JA/NEE
- Werkgever JA/NEE
- HRM JA/NEE
- Andere, nl. ...

Op wiens initiatief vond dit contact plaats? Ik heb contact opgenomen met de andere zorgverlener/betrokkene OF de andere zorgverlener/betrokkene heeft mij gecontacteerd

Op welke wijze was er contact:

- Telefonisch
- Per mail
- Per brief
- Andere, nl. ...

Aandachtspunten/opmerkingen/suggesties (positief of negatief) voor de toekomst/mbt implementatie zorgpad in de praktijk: ...

Bijlage 19: Invuldocument sessies psycholoog (interventiearm)

Indien deelname aan de studie wordt stopgezet vooraleer er 10 sessies hebben plaatsgevonden (nadat minstens één sessie wel heeft plaatsgevonden), gelieve volgende gegevens te vervolledigen:

- datum waarop deelname aan de studie werd beëindigd:
- op wiens initiatief werd de deelname beëindigd:
- reden om deelname aan de studie stop te zetten:

Sessie

Datum: ...

Duur sessie: ...

Contact met andere zorgverlener/betrokkene:

- Huisarts JA/NEE
- Psychiater JA/NEE
- Arbeidsarts JA/NEE
- Adviserend arts mutualiteit JA/NEE
- Loopbaanbegeleider JA/NEE
- Leidinggevende JA/NEE
- Werkgever JA/NEE
- HRM JA/NEE
- Andere, nl. ...

Op wiens initiatief vond dit contact plaats? Ik heb contact opgenomen met de andere zorgverlener/betrokkene OF de andere zorgverlener/betrokkene heeft mij gecontacteerd

Op welke wijze was er contact:

- Telefonisch
- Per mail
- Per brief
- Andere, nl. ...

Aandachtspunten/opmerkingen/suggesties (positief of negatief) voor de toekomst/mbt implementatie zorgpad in de praktijk: ...

Bijlage 20: **Invuldocument consultaties huisarts (controlearm)**

Indien deelname aan de studie wordt stopgezet, gelieve volgende gegevens te vervullen:

- datum waarop deelname aan de studie werd beëindigd:
- op wiens initiatief werd de deelname beëindigd:
- reden om deelname aan de studie stop te zetten:

Consultatie

Datum: ...

Duur sessie: ...

Contact met andere zorgverlener/betrokkene:

- Psycholoog JA/NEE
- Psychiater JA/NEE
- Arbeidsarts JA/NEE
- Adviserend arts mutualiteit JA/NEE
- Loopbaanbegeleider JA/NEE
- Leidinggevende JA/NEE
- Werkgever JA/NEE
- HRM JA/NEE
- Andere, nl. ...

Op wiens initiatief vond dit contact plaats? Ik heb contact opgenomen met de andere zorgverlener/betrokkene OF de andere zorgverlener/betrokkene heeft mij gecontacteerd

Op welke wijze was er contact:

- Telefonisch
- Per mail
- Per brief
- Andere, nl. ...

9. REFERENTIES

1. OECD. (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris.
2. European Foundation for Improving of Living and Working Conditions (2004). 'Illness, disability and social inclusion', Employment and disability: Back to work strategies.
3. Taris, T. (2013). Burnout: De stand van zaken. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241-257.
4. Ahola K., Kivimäki M., Honkonen T., Virtanen M., Koskinen S., Vahtera J., & Lönnqvist J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 185-193.
5. Ahola K., Toppinen-Tanner S., Huuhtanen P., Koskinen A., & Väänänen A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 150-159.
6. Blonk R., Brenninkmeijer V., Lagerveld S., Houtman I. (2006). Return to work: a comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work Stress*, 20(2), 129-144.
7. de Vente W., Kamphuis J.H., Emmelkamp P.M., Blonk R.W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-231.
8. Stenlund T., Ahlgren C., Lindahl B., Burell G., Steinholtz K., Edlund C., Nilsson L., Knutsson A., Slunga B.L. (2009). Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST-a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 294-303.
9. Grossi G., Santell B. (2009). Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(8), 632-638.
10. Karlson B., Jönsson P., Pålsson B., Åbjörnsson G., Malmberg B., Larsson B., Österberg K. (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout—a prospective controlled study. *BMC Public Health*, 10, 301.
11. Netterstrøm B., Bech P. (2010). Effect of a multidisciplinary stress treatment programme on the return to work rate for persons with work-related stress. A non-randomized controlled study from a stress clinic. *BMC Public Health*, 10, 658.
12. Sandahl C., Lundberg U., Lindgren A., Rylander G., Herlofson J., Nygren Å., Åsberg M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 538-555.
13. Willert M., Thulstrup A., Bonde J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-195.
14. Houtman L., Schaufeli W., Taris T. (2000). Psychische vermoeidheid en werk. Alphen aan den Rijn: Samsom.
15. Anema J.R., Jettinghoff K., Houtman I.L.D., Schoemaker C.G., Buijs P.C., Van den Berg R. (2006). Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 41-52.
16. Vanmeerbeek M., Govers P., Schippers N., Rieppi S., Mortelmans K., Mairiaux P. (2016) Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. *BMC Public Health* 16, 164.
17. Vanhaecht K., Van Gerven E., Deneckere S., Lodewijckx C., Panella M., Vleugels A., Sermeus W. (2011). 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 67(10), 473-481.
18. Goderis G., Van Casteren V., Declercq E., Bossuyt N., Van Den Broeke C., Vanthomme K., Moreels S., Nobels F., Mathieu C., Buntinx F. (2015). Care trajectories are associated with quality improvement in the treatment of patients with uncontrolled type 2 diabetes: A registry based cohort study. *Primary Care Diabetes*, 9(5), 354-361.
19. Vandenbroeck S., Vanbelle E., De Witte H., Moerenhout E., Sercu M., De Man H., Vanhaecht K., Van Gerven E., Sermeus W., Godderis L. (2012). Onderzoek naar de arbeidsbeleving bij artsen en verpleegkundigen in België In opdracht van de FOD volksgezondheid en de FOD werkgelegenheid – KU Leuven en IDEWE
20. Tiedtke C., Donceel P., Knops L., Désiron H., Dierckx de Casterlé B., de Rijk A. (2012). Supporting return-to-work in the face of legislation: Stakeholders' experiences with return-to-work after breast cancer in Belgium. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 241-251.
21. Désiron H., Donceel P., de Rijk A., Van Hoof E. (2013). A conceptual-practice model for occupational therapy to facilitate return to work in breast cancer patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(4), 516-26.
22. Willert, M., Thulstrup, A., & Bonde, J. (2011). Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work - results from a randomized wait-list controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 186-95.
23. Hozo S., Djulbegovic B., and Hozo I. (2005). Estimating the mean and variance from the median, range, and the size of a sample. *BMC Med Res Methodol*, 20(5),13.
24. Schaufeli W., van Dierendonck D. (2001). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). *De Psycholoog*, 36,9-12.

25. Maslach C. & Jackson S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
26. Terluin B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) - Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet*, 39(12),538-547.
27. Mairiaux PD, A. Duchesnes, D. Vandenbroeck, S. Godderis, L. (2015). Ontwikkeling van een instrument voor identificatie van de personen met een verhoogde kans op een geslaagde socio-professionele re-integratie. Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, RIZIV.
28. Does A.J.W.vd. (2002) Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory - second edition (BDI - II - NL). Amsterdam, Pearson.