

# Wetenschappelijk rapport

over het pilootproject uitgevoerd door het  
Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's

31 MAART 2023

Evaluatie van een zorgprogramma voor  
werknemers met een vroegtijdige burn-out

**FEDRIS**

Isabelle HANSEZ  
Université de Liège  
Unité de Valorisation des Ressources Humaines  
Mail: [ihansez@uliege.be](mailto:ihansez@uliege.be)

Lutgart BRAECKMAN  
Universiteit Gent  
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg  
Mail: [lutgart.braeckman@ugent.be](mailto:lutgart.braeckman@ugent.be)

## Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van afdrukken, fotokopie, microfilm, elektronisch of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Gelieve deze publicatie als volgt te citeren: Hansez, I. & Braeckman, L. (2023, 31 mars). Hansez, I. & Braeckman, L. (2023, 31 mars). Evaluatie van een zorgprogramma voor werknemers met een vroegtijdige burn-out (secundaire preventie). Wetenschappelijk rapport over het pilootproject uitgevoerd door het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (Fedris). Brussel : België. Wettelijk depot : D/2023/14.014/16.

Deze publicatie kan niet los worden gezien van de volgende complementaire publicatie: "Federaal agentschap voor beroepsrisico's (2023). Invoering van een pilootproject voor secundaire preventie van arbeidsgerelateerde psychosociale stoornissen, Rapport van de eindevaluatie". Brussel: België. Wettelijk depot: D/2023/14.014/19.

Alle citaten moeten daarom verwijzen naar beide documenten.

De volledige versie van de kennisgeving kan worden gedownload van de webpagina:

<https://www.fedris.be/nl/professional/wetenschappelijke-publicaties>

Met de hulp van studenten en promovendae (Aurélie Caron, Charlotte Defrancq, Céline Leclercq en Marie Bodarwé).

De gegevens uit de diagnostische en eindverslagen werden verzameld en gecodeerd door het team van psychologen van Fedris (Caroline Dendoncker, Karolien Kerckhofs, Florence Lebrun, Déborah Mennequier en Shana Vranken).

## Inhoudsopgave

<b>AFKORTINGEN</b> .....	<b>5</b>
<b>1. BESCHRIJVENDE VARIABELEN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. INFORMATIEVERSTREKKER EN VERWIJZER</b> .....	<b>10</b>
2.1 INFORMATIEVERSTREKKER .....	10
2.2 VERWIJZER .....	11
2.3 SOCIO-DEMOGRAFISCHE EN WERKKENMERKEN VAN DE DEELNEMERS PER TYPE VERWIJZER .....	11
<b>3. DOELTREFFENDHEID VAN HET BEHANDELTRAJECT MET BETREKKING TOT GEESTELIJKE GEZONDHEID</b> ....	<b>12</b>
<b>4. ZELFGERAPPORTEERDE FYSIEKE EN PSYCHOLOGISCHE GEZONDHEID-STOESTAND</b> .....	<b>14</b>
<b>5. ZORGCONSUMPTIE VOOR, TIJDENS EN NA TRAJECT</b> .....	<b>16</b>
<b>6. DOELTREFFENDHEID VAN HET BEHANDELTRAJECT IN TERMEN VAN WAARGENOMEN VERBETERINGEN.</b>	<b>20</b>
<b>7. TEWERKSTELLINGSSITUATIE VOOR, TIJDENS EN NA TRAJECT</b> .....	<b>22</b>
<b>8. TEWERKSTELLING EN AAN- OF AFWEZIGHEID BURN-OUT NA TRAJECT</b> .....	<b>24</b>
<b>9. EVALUATIE VAN HET BEHANDELPROGRAMMA (POST-TEST 1)</b> .....	<b>25</b>
9.1 TEVREDENHEID TEN AANZIEN VAN DE GEOGRAFISCHE OMGEVING, WOON-WERKAFSTAND EN DE BEHANDELING.....	25
9.2 TEVREDENHEID OVER DE INHOUD VAN HET BEHANDELTRAJECT .....	27
9.3 ALGEMENE BEOORDELING VAN HET BEHANDELTRAJECT .....	30
9.4 PERCEPTIE VAN DE HUIDIGE SITUATIE (POST-TEST 1).....	31
<b>9.4.1 Op het niveau van de werkorganisatie</b> .....	<b>31</b>
<b>9.4.2 Op het niveau van de eigen verhouding tot het werk</b> .....	<b>32</b>
<b>10. AANPASSINGEN OP DE WERKPOST</b> .....	<b>34</b>
10.1 BEHOUD/VERANDERING VAN WERKGEVER (WG) EN/OF WERKPOST (WP) .....	34
10.2 WERKPOSTAANPASSINGEN DOOR WERKGEVER (WG) EN/OF WERKNEMER (WN) .....	36
10.3 SOORT WERKPOSTAANPASSINGEN DOOR WERKGEVER (WG) EN/OF WERKNEMER (WN) .....	37
<b>11. KENMERKEN VAN HET BEHANDELPROGRAMMA (GEBASEERD OP GEGEVENS UIT HET EINDVERSLAG VAN DE BO-BEGELEIDER)</b> .....	<b>40</b>
<b>12. DIAGNOSTISCHE ASPECTEN (GEBASEERD OP GEGEVENS UIT HET EINDVERSLAG VAN DE BO-BEGELEIDER OF ZORGVERLENER)</b> .....	<b>45</b>
12.1 VOORTGEZETTE BEHANDELING MET DE BO-BEGELEIDER (BOB) VOLGENS DE EVOLUTIE VAN DE DIAGNOSE EN SYMPTOMATOLOGIE VAN BURN-OUT (IN HET EINDVERSLAG - (EV)).....	47
12.2 VOORTGEZETTE BEHANDELING MET DE ZORGVERLENER IN INDIVIDUELE SESSIES (IB) VOLGENS DE EVOLUTIE VAN DE DIAGNOSE EN DE EVOLUTIE VAN DE BO-SYMPTOMEN.....	49
<b>13. SAMENVATTING EN BESPREKING VAN DE RESULTATEN</b> .....	<b>51</b>
<b>14. STERKTES EN ZWAKTES</b> .....	<b>61</b>
<b>15. AANBEVELINGEN</b> .....	<b>62</b>
<b>16. BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>66</b>

<b>17.</b>	<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>69</b>
17.1	BIJLAGE BIJ PUNT 1 "BESCHRIJVENDE VARIABELEN" .....	69
17.2	BIJLAGE BIJ PUNT 2 "INFORMATIEVERSTREKKER EN VERWIJZER" .....	73
17.3	BIJLAGE BIJ PUNT 3 "DOELTREFFENDHEID VAN HET TRAJECT VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG" .....	75
17.4	BIJLAGE BETREFFENDE PUNT 3 "DOELTREFFENDHEID VAN HET BEHANDELTRAJECT MET BETREKKING TOT DE GEESTELIJKE GEZONDHEID": NORMEN .....	80
17.5	BIJLAGE BIJ PUNT 4 "ZELFGERAPPORTEERDE GEZONDHEIDSTOESTAND (FYSIEK EN PSYCHOLOGISCH) " .....	81
17.6	BIJLAGE BIJ PUNT 6 "EFFICIËNTIE VAN HET BEHANDELTRAJECT IN TERMEN VAN WAARGENOMEN VERBETERINGEN" .....	84
17.7	BIJLAGE BIJ PUNT 7 "TEWERKSTELLINGSSITUATIE VOOR, TIJDENS EN NA TRAJECT" .....	89
17.8	BIJLAGE BIJ PUNT 10 "AANPASSINGEN OP DE WERKPOST" .....	95
	17.8.1 <i>WERKPOSTAANPASSINGEN WERKGEVER NA TRAJECT</i> .....	95
	17.8.2 <i>WERKPOSTAANPASSINGEN WERKNEMER NA TRAJECT</i> .....	96
	17.8.3 <i>WERKPOSTAANPASSINGEN WERKGEVER DRIE TOT ZES MAANDEN NA TRAJECT</i> .....	97
	17.8.4 <i>WERKPOSTAANPASSINGEN WERKNEMER DRIE TOT ZES MAANDEN NA TRAJECT</i> .....	98
17.9	BIJLAGE BIJ PUNT 11 "KENMERKEN VAN HET BEHANDELPROGRAMMA (GEBASEERD OP GEGEVENS UIT HET EINDVERSLAG VAN DE BO-BEGELEIDER)" .....	100
	17.9.1 <i>Totaal aantal arbeidsklinieksessies</i> .....	100
	17.9.2 <i>Totaal aantal starterskitsessies (Psycho-educatie)</i> .....	100
	17.9.3 <i>Totaal aantal individuele sessies</i> .....	100
	17.9.4 <i>Totaal aantal follow-upsessies</i> .....	101
	17.9.5 <i>Totaal aantal heroriëntatiesessies</i> .....	101

## Afkortingen

---

BO: burn-out.  
BAT: burn-out assessment tool.  
BOB: burn-outbegeleider.  
BOTP: burn-out treatment program.  
DASS: depression, anxiety, stress scale.  
EV: eindverslag.  
Fedris: Federaal agentschap voor beroepsrisico's.  
FR: Franstalig.  
HR: Human Resources.  
IB: individuele begeleider.  
NL: Nederlandstalig.  
NKO: neus- keel en oor.  
OLBI: Oldenburg burn-out inventory.  
PAPSY: preventieadviseur psychosociale aspecten.  
SD: standaard deviatie.  
WG: werkgever.  
WN: werknemer.  
WP: werkpost.

## 1. Beschrijvende variabelen

Wij stelden vast dat de beschrijving van de steekproef grotendeels hetzelfde bleef, of wij nu rekening hielden met de deelnemers die ten minste aan de pre-test hadden deelgenomen (N = 893), met de deelnemers die zowel aan de pre-test als aan post-test 1 hadden deelgenomen (N = 312) of met de deelnemers die aan de pre-test, post-test 1 en post-test 2 hadden deelgenomen (N = 223). De gedetailleerde tabellen staan in de bijlagen (bijlage 17.1).

De beschrijvende variabelen hebben betrekking op de steekproef van werknemers (N = 223) die deelnamen aan de 3 meetmomenten (pre-test, post-test 1 en post-test 2). De vrouwen (80%) en Nederlandstaligen (69%) zijn het best vertegenwoordigd (Tabel 1.1). Een meerderheid van de deelnemers heeft een diploma graduaat/bachelor (63%) en hogere studies (21.5% licentiaat/master). De leeftijd situeert zich vooral in de categorieën 35-45 en 46-55 jaar met een mediaan leeftijd van 44 jaar. Wat de provincies betreft, zien we dat de provincies Waals-Brabant, Henegouwen en Luik het minst vertegenwoordigd zijn (minder dan 5%) in de steekproef. Er is geen deelnemer uit de provincie Luxemburg.

Tabel 1.1: Socio-demografische variabelen (N = 223)

	Aantal (N)	Percentage (%)
<b>Geslacht</b>		
- Man	44	19.7
- Vrouw	179	80.3
<b>Taal</b>		
- Frans	69	30.9
- Nederlands	154	69.1
<b>Opleidingsniveau</b>		
- Lager middelbaar onderwijs	3	1.3
- Hoger middelbaar onderwijs (technisch/beroeps/kunst)	20	9.0
- Hoger middelbaar algemeen onderwijs	7	3.1
- Graduaat/bachelor	141	63.2
- Licentiaat/Master	48	21.5
- Doctoraat	4	1.8
<b>Leeftijd</b>		
- Minder dan 35 jaar	48	21.5
- Tussen 35 en 45 jaar	69	30.9
- Tussen 46 en 55 jaar	74	33.2
- Meer dan 55 jaar	32	14.3
	Mediaan	Interkwartielafstand
<b>Leeftijd (jaar)</b>	44	16

<b>Provincie</b>		
- Antwerpen	45	14.4
- Brabant - Vlaams	41	13.1
- Brabant - Waals	7	2.2
- Brussel- hoofdstad	76	24.4
- Oost Vlaanderen	30	9.6
- West Vlaanderen	31	9.9
- Henegouwen	7	2.2
- Luik	6	1.9
- Limburg	26	8.3
- Namen	43	13.8

Wat betreft de werkgebonden kenmerken (Tabel 1.2) bemerken we dat de werknemers uit de ziekenhuis- en zorgsector de meerderheid uitmaken (78%) en dat bijna iedereen een contract van onbepaalde duur heeft (91%). Een belangrijk deel werkt overdag (76%) terwijl het aantal jaren anciënniteit en het uurrooster meer variabel is.

Tabel 1.2: Werkgebonden variabelen (N = 223)

	Aantal (N)	Percentage (%)
<b>Sector</b>		
- Zorgsector	174	78.0
- Bankensector	49	22.0
<b>Type contract</b>		
- Contract van bepaalde duur	7	3.1
- Contract van onbepaalde duur	203	91.0
- Statutair	13	5.8
<b>Tijd in functie</b>		
- 0 - 1 jaar	15	6.7
- 1.5 - 5 jaar	58	26.0
- 6 – 10 jaar	40	17.9
- 11 – 20 jaar	62	27.8
- 21 – 30 jaar	29	13.0
- 31 – 40 jaar	19	8.5
<b>Uurrooster</b>		
- Vast	108	48.4
- Variabel	115	51.6

<b>Dag/Nachtwerk</b>		
- Enkel overdag	170	76.2
- Enkel 's nachts	4	1.8
- Overdag en 's nachts	48	21.5
- Onbekend	1	0.4

Wat betreft socio-demografische kenmerken (Tabel 1.3) zijn er per sector significante verschillen qua geslacht - er zijn meer vrouwen werkzaam in de zorg ( $p < .001$ ), provincie - werknemers uit de banksector komen hoofdzakelijk uit Brussel terwijl werknemers uit de zorg vanuit meerdere provincies afkomstig zijn ( $p < .001$ ) maar er zijn geen verschillen qua taal ( $p = .769$ ) en opleidingsniveau ( $p = .122$ ) of leeftijd ( $p = .540$ ).

Tabel 1.3: Socio-demografische variabelen per sector

	Banksector		Zorgsector	
	Aantal (N = 49)	Percentage (%)	Aantal (N = 174)	Percentage (%)
<b>Geslacht</b>				
- Man	21	42.9	23	13.2
- Vrouw	28	57.1	151	86.8
<b>Taal</b>				
- Frans	16	32.7	53	30.5
- Nederlands	33	67.3	121	69.5
<b>Opleidingsniveau</b>				
- Lager middelbaar onderwijs	1	2.0	2	1.1
- Hoger middelbaar onderwijs (technisch/beroeps/kunst)	2	4.1	18	10.3
- Hoger middelbaar algemeen onderwijs	1	2.0	6	3.5
- Graduaat/bachelor	28	57.1	113	64.9
- Licentiaat/Master	17	34.7	31	17.9
- Doctoraat	0	0	4	2.3
<b>Leeftijd</b>				
- Minder dan 35 jaar	4	8.2	44	25.3
- Tussen 35 en 45 jaar	14	28.6	55	31.6
- Tussen 46 en 55 jaar	24	49.0	50	28.7
- Meer dan 55 jaar	7	14.3	25	14.4



<b>Provincie</b>				
- Antwerpen	1	2.0	32	18.4
- Brabant - Vlaams	0	0	29	16.7
- Brabant - Waals	0	0	7	4.0
- Brussel- hoofdstad	40	81.6	7	4.0
- Oost Vlaanderen	1	2.0	21	12.1
- West Vlaanderen	5	10.2	19	10.9
- Henegouwen	0	0.0	6	3.4
- Luik	0	0.0	5	2.9
- Limburg	1	2.0	18	10.3
- Namen	1	2.0	30	17.2

Er zijn significante verschillen (Tabel 1.4) tussen de 2 sectoren voor type contract, nl. alle werknemers in de banksector (100%) hebben een contract van onbepaalde duur t.o.v. 88,5 % in de zorg ( $p = .045$ ), qua uurrooster, nl. de zorgsector heeft meer variabele uurroosters ( $p < .001$ ) en meer dag/nachtwerk ( $p < .001$ ) t.o.v. de banksector, maar er is geen verschil in anciënniteit ( $p = .443$ )

Tabel 1.4: Werkgebonden variabelen per sector

	Banksector		Zorgsector	
	Aantal (N = 49)	Percentage (%)	Aantal (N= 174)	Percentage (%)
<b>Type contract</b>				
- Contract van bepaalde duur	0	0	7	4
- Contract van onbepaalde duur	49	100	154	88.5
- Statutair	0	0	13	7.5
<b>Tijd in functie</b>				
- 0 - 1 jaar	5	10.2	10	5.7
- 1.5 - 5 jaar	16	32.6	42	24.2
- 6 – 10 jaar	9	18.4	31	17.8
- 11 – 20 jaar	11	22.4	51	29.3
- 21 – 30 jaar	4	8.2	25	14.4
- 31 – 40 jaar	4	8.2	15	8.6
<b>Uurrooster</b>				
- Vast	37	75.5	71	40.8
- Variabel	12	24.5	103	59.2

Dag/Nachtwerk				
- Enkel overdag	48	98.0	122	76.6
- Enkel 's nachts	0	0	4	1.8
- Overdag en 's nachts	1	2.0	47	21.6

## 2. Informatieverstrekker en verwijzer

### 2.1 Informatieverstrekker

De werknemers die deelnamen aan het pilootproject werden het vaakst over het project geïnformeerd door de arbeidsarts (31.5%) (Tabel 2.1). De preventie-adviseur psychosociale aspecten (PAPSY) verstrekte informatie over het pilootproject aan 13.1% van de werknemers. De behandelende arts bezorgde info aan 5 personen (2.3%) en de psycholoog aan 18 personen (8.1%). Ook de werkgever informeerde werknemers over het pilootproject (11.7%). De leidinggevende en Human Resources (HR) verstrekten aan respectievelijk 15 en 9 werknemers info over het project (respectievelijk 6.8% en 4.1%). Hiernaast namen enkele werknemers ook zelf kennis van het project (6.9%). Er was geen significant verschil in informatieverstrekker volgens sector ( $p = .244$ ), maar wel volgens taal ( $p < .001$ ). De PAPSY informeerde meer Franstalige (Fr) werknemers terwijl de arbeidsarts vooral de Nederlandstalige (NL) werknemers info verstrekte.

Tabel 2.1: Informatieverstrekker over het pilootproject aan de werknemer (N = 222)

		Totaal	%	Bank	Zorg	Fr	NL
		N		N	N	N	N
Informatieverstrekker project	PAPSY	29	13.1	8	21	19	10
	Arbeidsarts	70	31.5	13	57	9	61
	Behandelende arts	5	2.3	2	3	3	2
	Psycholoog	18	8.1	2	16	9	9
	Werkgever	26	11.7	5	21	4	22
	Leidinggevende	15	6.8	1	14	2	13
	HR	9	4.1	4	5	3	6
	Vertrouwenspersoon	6	2.7	2	4	1	5
	Vakbond	5	2.3	1	4	3	2
	Collega's	13	5.9	1	12	6	7
	Familie of vrienden	6	2.7	3	3	2	4
	Nam zelf kennis van het project	13	6.9	5	8	5	8
	Andere	7	3.2	2	5	3	4
Totaal	222	100	49	173	69	153	

## 2.2 Verwijzer

De arbeidsarts stond in voor het grootste deel van de verwijzingen (47.5%). De behandelende arts stond in voor 30.5% van de verwijzingen naar het project en de PAPSY voor 22% (Tabel 2.2).

Wanneer de verwijzer naar het pilootproject de arbeidsarts was, was deze in de meerderheid ook de informatieverstrekker. Wanneer de verwijzer naar het pilootproject de PAPSY was, was deze in het grootste aantal van de gevallen ook de informatieverstrekker. In Vlaanderen was het vooral de arbeidsarts die informeerde en doorverwees, terwijl in Wallonië de PAPSY informeerde en doorverwees ( $p < .001$ ).

Wanneer de informatieverstrekker een andere hoedanigheid had (vb. werkgever, behandelend arts, psycholoog, ...) werden de deelnemers hoofdzakelijk door de behandelende arts verwezen. Het aandeel informatieverstrekkers is significant anders volgens verwijzer volgens de Chi kwadraattest ( $p < .001$ ).

Tabel 2.2: Verwijzer op aanvraagformulier van de werknemers naar het pilootproject (N = 223)

	N	%
PAPSY	49	22
Arbeidsarts	106	47.5
Behandelend arts	68	30.5
Totaal	223	100

Er was geen significant verschil tussen informatieverstrekker en verwijzer volgens sector ( $p = .244$ ), geslacht ( $p = .790$ ), opleidingsniveau ( $p = .413$ ), leeftijd (< en > 45 jaar) ( $p = .244$ ), tijd in functie/tewerkstellingsduur ( $p = .398$ ), uurrooster (vast/variabel) ( $p = .288$ ), nacht/dag ( $p = .505$ ), burn-out stadium ( $p = .111$ ), tewerkstellingssituatie voor traject ( $p = .749$ ).

## 2.3 Socio-demografische en werkkenmerken van de deelnemers per type verwijzer

Het merendeel (80.3%) van de verwezen werknemers is vrouw. **Geslacht** is niet verschillend verdeeld volgens verwijzer ( $p = .119$ ).

86.5% van de verwezen werknemers heeft een hoger **diploma** (graduaat/bachelor en hoger). De PAPSY en arbeidsarts verwijzen iets meer bachelors (respectievelijk 65.3% en 65.1%), de behandelende arts meer masters (29.4%). Dit verschil is echter niet significant ( $p = .243$ ).

Er is een significant verschil in werknemers verwezen door de verschillende verwijzers afhankelijk van **sector** ( $p < .001$ ). Het grootste deel van de werknemers uit de ziekenhuissector wordt door de arbeidsarts verwezen (92 personen - 86.6%) of de PAPSY (40 personen - 81.6%) waar de behandelende arts verantwoordelijk is voor de verwijzing van 42 personen uit de ziekenhuissector (62.1%) en 26 werknemers uit de banksector (37.9%).

Er is eveneens een significant verschil in werknemers verwezen door verschillende verwijzers volgens de taal ( $p < .001$ ). Het aandeel Franstalige werknemers verwezen door de PAPSY bedraagt 61.2%, waar de werknemers afkomstig uit Vlaanderen vooral verwezen worden door de arbeidsarts (87.7%).

Voor **andere persoonsgebonden** factoren (vb. leeftijd  $\leq 45$  en  $> 45$ jaar, burn-out stadium, ...) en **andere werkkenmerken** (vb. vast/variabel uurrooster, dag of nacht, tewerkstellingsduur, ...) was er geen significant verschil tussen de verschillende verwijzers.

Alle tabellen betreffende deze analyses staan in de bijlage (bijlage 17.2).

### 3. Doeltreffendheid van het behandeltraject met betrekking tot geestelijke gezondheid

---

Tabel 3.1 illustreert de resultaten van een variatieanalyse met herhaalde metingen op 3 meetmomenten voor het in kaart brengen van de evolutie van de psychologische indicatoren tussen de pre-test (op het moment van de diagnose, vóór de behandeling), na de behandeling (post-test 1) en 3 tot 6 maanden na het einde van de behandeling (post-test 2), waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de 2 activiteitssectoren. Dezelfde analyse werd herhaald, waarbij de resultaten werden gedifferentieerd naar leeftijd, taal, geslacht, type contract en burn-out stadium.

Op intra-individueel niveau bleken burn-out (gemeten met de OLBI en de BAT) en depressie-, angst- en stresscores (gemeten met de DASS) na de behandeling significant af te nemen. Het is ook interessant om op te merken dat de na de behandeling waargenomen afnames 3 tot 6 maanden na het einde van de behandeling aanhouden.

Volgens de normen in de bijlagen (zie bijlage 17.4) is er voor de OLBI een verschuiving van een hoog niveau van burn-out naar een gemiddeld niveau van burn-out. Voor de BAT stellen we ook een verschuiving vast van een hoog niveau van burn-out naar een lager niveau. Meer bepaald gaan we, voor de totale steekproef van deelnemers, van een rode score van "Hoog risico op burn-out" naar een groene score van "Gezond". Dit geldt ook als we alleen naar de ziekenhuis- en zorgsector kijken. Voor de banksector verandert de score van rood "Hoog risico op burn-out" in oranje "Risico op burn-out".

Volgens de normen in de bijlagen voor depressie (DASS) verandert het niveau na behandeling van "Matig tot Hoog" in "Normaal tot Mild". Voor angst (DASS) is er een verschuiving van een ernstig naar een mild niveau na de behandeling. Voor stress (DASS) is er een verandering van een ernstig naar een normaal niveau na de behandeling.

Op interindividueel niveau is er slechts één significant verschil op de burn-outscore (BAT), naargelang van de activiteitssector (tabel 3.1). Ongeacht het tijdstip van de test is er een significant effect van de activiteitssector op de burn-out (BAT). Deelnemers uit de banksector hebben een hogere burn-outscore dan deelnemers uit de ziekenhuis- en zorgsector.

Voor de andere sociodemografische variabelen (zie bijlage 17.3) is er geen significant verschil in scores volgens leeftijd en type contract. Er zijn echter enkele significante verschillen inzake taal, geslacht en stadium van burn-out.

Voor taal was er een significant verschil in scores van depressie (DASS) en stress (DASS). Ongeacht het tijdstip van de test is er een significant effect van de variabele taal op depressie en stress. Franstalige deelnemers hebben een hogere depressie- en stressscore dan Nederlandstalige deelnemers.

Voor geslacht was er een significant verschil in angst tussen de deelnemers, waarbij vrouwen een grotere angst vertoonden dan mannen.

Voor het stadium van burn-out werd vastgesteld dat tussen de deelnemers het niveau van depressie en angst lager was voor deelnemers met de diagnose stadium 1 burn-out.

Tabel 3.1: Analyse van de ontwikkeling van de psychologische indicatoren (pre-test, post-test 1 en post-test 2) naargelang van de activiteitssector

	Sector (PRE_T1_RE COD)	Gemiddelde (standaardaf wijking) Pre-test	Gemiddelde (standaardaf wijking) Post-test1	Gemiddelde (standaardaf wijking) Post-test2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	Bank	62,40 (7,76)	53,85 (9,10)	54,58 (8,58)	Binnen deelnemers	64,45 (1,80 ; 268,13)	$p < 0,001$	***
	Ziekenhuis	62,81 (6,17)	52,40 (9,82)	51,75 (9,60)	Tussen deelnemers	0,71 (1 ; 149)	$p = 0,401$	/
	TOTAAL	62,74 (6,44)	52,64 (9,69)	52,22 (9,47)				
Burn-out (BAT)	Bank	3,46 (0,49)	2,89 (0,50)	2,99 (0,82)	Binnen deelnemers	31,35 (1,78 ; 142,49)	$p < 0,001$	***
	Ziekenhuis	3,25 (0,56)	2,43 (0,66)	2,31 (0,73)	Tussen deelnemers	6 (1 ; 80)	$p = 0,017$	*
	TOTAAL	3,27 (0,55)	2,48 (0,66)	2,39 (0,77)				
Depressie (DASS)	Bank	20,08 (9,95)	10,25 (9,53)	11,18 (11,79)	Binnen deelnemers	93,46 (1,79 ; 401, 85)	$p < 0,001$	***
	Ziekenhuis	20,35 (9,83)	9,69 (9,80)	9,43 (10,05)	Tussen deelnemers	0,28 (1 ; 225)	$p = 0,598$	/
	TOTAAL	20,29 (9,83)	9,81 (9,73)	9,80 (10,44)				
Angst (DASS)	Bank	16,58 (9,75)	8,62 (7,51)	9,29 (9,65)	Binnen deelnemers	75,88 (1,78 ; 404,69)	$p < 0,001$	***
	Ziekenhuis	17,22 (10,27)	8,26 (8,43)	8,16 (8,47)	Tussen deelnemers	0,06 (1 ; 227)	$p = 0,807$	/
	TOTAAL	17,09 (10,14)	8,33 (8,23)	8,39 (8,72)				
Stress (DASS)	Bank	25,96 (8,42)	13,99 (8,63)	13,79 (10,66)	Binnen deelnemers	124,88 (1,88 ; 423,67)	$p < 0,001$	***
	Ziekenhuis	26,81 (9,82)	14,08 (9,93)	13,75 (10,44)	Tussen deelnemers	0,06 (1 ; 225)	$p = 0,804$	/
	TOTAAL	26,63 (9,53)	14,06 (9,65)	13,76 (10,46)				

/ = NS ; \* = < ,05 ; \*\* < ,01 ; \*\*\* < ,001

## 4. Zelfgerapporteerde fysieke en psychologische gezondheidstoestand

---

Tabel 4.1 geeft de resultaten weer van een variantieanalyse met drie herhaalde metingen voor de evolutie van fysieke en psychologische zelfgerapporteerde gezondheid (op een score van 0 = zeer slecht tot 100 = zeer goed) tussen de pre-test (op het moment van diagnose, vóór de behandeling), na de behandeling (post-test 1) en 3 tot 6 maanden na het einde van het traject (post-test 2), waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de 2 sectoren. Dezelfde analyse werd herhaald, waarbij de resultaten achtereenvolgens werden gedifferentieerd naar taal en geslacht.

Op intra-individueel niveau stellen we vast dat zowel de fysieke en psychologische zelfgerapporteerde gezondheid significant verbeteren (de scores stijgen) na de behandeling. Het is ook interessant om op te merken dat de waargenomen verbeteringen in score na de behandeling 3-6 maanden na het einde van het traject behouden blijven. Het verschil is significant verschillend tussen pre-test en post-test 1 en pre-test en post-test 2 maar niet tussen post-test 1 en post-test 2. Grafieken zijn beschikbaar in de bijlage (bijlage 17.5).

Het verschil in evolutie van de gezondheidstoestand gerapporteerd tussen de werknemers in de banksector en zorgsector is niet verschillend. Voor de andere socio-demografische variabelen worden er ook geen significante verschillen gevonden tussen de evolutie in fysieke en psychologische gezondheidstoestand behalve dat de fysieke toestand voor het traject significant minder goed is voor de Franstalige dan voor de Nederlandstalige werknemers (bijlage 17.5).

Tabel 4.1: Evolutie van de fysieke en psychologische gezondheidstoestand (gemiddelde en standaard deviatie) bij pre-test, post-test 1 en post-test 2 per sector, taal, geslacht (score 0 = zeer slecht – 100 = zeer goed)

		Mean (SD) Pré-test	Mean (SD) Post-test1	Mean (SD) Post-test2	Effect testen	F(ddl)	P	Sign.
Fysiek	Bank	44.09 (21.68)	70.00 (19.62)	69.32 (21.23)	Intrasujets	89.92 (1.83 ; 362.05)	$p < 0.001$	***
	Zorg	49.68 (21.67)	66.48 (18.18)	66.68 (18.92)	Intersujets			
	TOTAAL	48.44 (21.74)	67.26 (18.52)	67.26 (19.43)				
Psycho	Bank	35.57 (19.57)	67.05 (20.07)	68.64 (23.90)	Intrasujets	145.73 (1.75 ; 344.70)	$p < 0.001$	***
	Zorg	38.74 (20.09)	67.29 (19.14)	67.35 (19.38)	Intersujets			
	TOTAAL	38.04 (19.97)	67.24 (19.29)	67.64 (20.41)				
Fysiek	Frans	41.75 (20.64)	67.54 (18.47)	66.75 (19.22)	Intrasujets	107.28 (1.84 ; 363.53)	$p < 0.001$	***
	Nederlands	51.54 (21.61)	67.13 (18.61)	67.50 (19.59)	Intersujets			
	TOTAAL	48.44 (21.74)	67.26 (18.52)	67.26 (19.43)				
Psycho	Frans	33.50 (19.45)	64.92 (18.17)	65.50 (18.97)	Intrasujets	173.74 (1.75 ; 344.83)	$p < 0.001$	***
	Nederlands	40.00 (19.95)	68.24 (19.74)	68.56 (21.00)	Intersujets			
	TOTAAL	38.04 (19.97)	67.24 (19.30)	67.64 (20.41)				
Fysiek	Man	49.88 (22.48)	67.44 (19.37)	72.91 (17.23)	Intrasujets	73.34 (1.81 ; 356.91)	$p < 0.001$	***
	Vrouw	48.04 (21.59)	67.21 (18.34)	65.71 (19.76)	Intersujets			
	TOTAAL	48.44 (21.74)	67.26 (18.52)	67.26 (19.43)				
Psycho	Man	39.27 (18.89)	67.28 (19.68)	72.93 (18.16)	Intrasujets	134.74 (1.74 ; 342.33)	$p < 0.001$	***
	Vrouw	37.72 (20.29)	67.07 (19.26)	66.27 (20.97)	Intersujets			
	TOTAAL	38.04 (19.97)	67.24 (19.29)	67.64 (20.41)				

/ = NS ; \* = < .05 ; \*\* < .01 ; \*\*\* < .001

## 5. Zorgconsumptie voor, tijdens en na traject

Het al dan niet plaatsvinden van consultaties bij verschillende zorgverleners en de medische consumptie in de 3 maanden voorafgaand aan het traject (pre-test), tijdens (post-test1) en ook na de beëindiging van het traject (post-test 2) werden bevraagd bij de deelnemers (Tabel 5.1).

Tabel 5.1: Medische consultaties en consumptie in de 3 maand voor de start van het traject (N = 223), tijdens (N = 223) en na het traject (N = 222).

Consumptie		Aantallen			
		N ja	% ja	N nee	% nee
Voor traject	Huisarts	186	83.4	37	16.6
	Arbeidsarts	116	52.3	106	47.7
	Specialist/andere zorgverlener	128	57.4	95	42.6
	Medische onderzoeken	80	35.9	143	64.1
	Medicatie	131	58.7	93	41.3
Tijdens traject	Huisarts	158	70.9	65	29.1
	Arbeidsarts	105	47.1	118	52.9
	Specialist/andere zorgverlener	97	43.5	125	56.3
	Medische onderzoeken	81	36.3	142	63.7
	Medicatie	101	45.3	122	54.7
Na traject	Huisarts	77	34.5	146	65.5
	Arbeidsarts	47	21.2	175	78.8
	Specialist/andere zorgverlener	58	26.2	163	73.8
	Medische onderzoeken	40	18.1	181	81.9
	Medicatie	81	36.5	141	63.5

Er was geen significant verschil in zorgconsumptie naargelang **de sector** voor het traject voor consult huisarts, specialist, medische onderzoeken en gebruik medicatie maar wel een significant verschil voor consult arbeidsarts ( $p = .032$ ): meer werknemers in de ziekenhuizen en zorgsector hadden een consultatie t.o.v. werknemers in de banksector. Er was geen significant verschil in zorgconsumptie tussen de sectoren net na het traject, en bij post-test 2.

Er was een significant verschil in zorgconsumptie naargelang **de tewerkstelling** voor het traject in consultaties met de huisarts ( $p < .001$ ) en specialist/andere zorgverlener ( $p = .008$ ): meer personen in ziekte hadden een consultatie t.o.v. personen aan het werk. Net na het traject was er een significant verschil voor consultaties huisarts ( $p < .001$ ); arbeidsarts ( $p < .001$ ): personen in ziekte hadden steeds meer consultaties t.o.v. personen aan het werk. Bij post-test 2 waren er geen verschillen meer.



Er was geen significant verschil in zorgconsumptie naargelang **de leeftijd** (< 45 en > 45 jaar) voor het traject. Er was een significant verschil in medicatiegebruik net na het traject ( $p = .015$ ; > 45j meer gebruik), bij post-test 2 voor consultaties huisarts ( $p = .037$ ; > 45j meer consultaties).

Er was een significant verschil in zorgconsumptie naargelang **de taal** voor het traject in consultaties met de arbeidsarts ( $p < .001$ ): meer Nederlandstaligen hadden een consultatie t.o.v. Franstaligen. Net na het traject was er een significant verschil voor consultaties specialist ( $p = .022$ ); medische onderzoeken ( $p = .037$ ) en medicatie ( $p = .002$ ): Franstaligen hadden steeds meer consumptie t.o.v. Nederlandstaligen. Drie tot zes maanden na het traject was er nog een rand significant verschil in medicatie ( $p = .061$ ): FR > NL.

Er was geen significant verschil in zorgconsumptie naargelang **het stadium van burn-out** voor het traject, net na het traject, en drie tot zes maanden na het traject.

Tevens was er geen significant verschil in zorgconsumptie naargelang **het geslacht** voor het traject, net na het traject, en drie tot zes maanden na het traject.

Om een idee te krijgen van het aantal keer dat **de huisarts en de arbeidsarts** door de deelnemers voor, tijdens en na het traject werd geconsulteerd, werden de aantallen uit de vragenlijsten weerhouden.

Tabel 5.2: Frequentie contacten met huisarts/arbeidsarts in de 3 maanden voor, tijdens en na het traject

N Contacten huisarts		Aantallen	
		N	%
Voor traject	1-4	163	87.6
	5-9	22	11.8
	10 en meer	1	0.05
	Totaal	186	100
Tijdens traject	1-4	63	39.9
	5-9	67	42.4
	10 en meer	28	17.7
	Totaal	158	100
Na traject	1-4	62	80.5
	5-9	10	13.0
	10 en meer	5	6.5
	Totaal	77	100

N Contacten arbeidsarts		Aantallen	
		N	%
Voor traject	1-4	116	100
	5-9	0	0
	10 en meer	0	0
	Totaal	116	100
Tijdens traject	1-4	90	86.5
	5-9	12	11.5
	10 en meer	2	1.9
	Totaal	104	100
Na traject	1-4	45	95.7
	5-9	2	4.3
	10 en meer	0	0
	Totaal	47	100

Om een idee te krijgen van het aantal **specialist/andere zorgverlener** dat door de deelnemers voor, tijdens en na het traject werd geconsulteerd, werden de aantallen uit de vragenlijsten weerhouden; om het type/de soort specialist/andere zorgverlener te kennen, werd de vrije tekst in enkele veel voorkomende categorieën ingedeeld en geteld.

Tabel 5.3: Aantal en soort zorgverlener die werd geconsulteerd in de 3 maanden voor, tijdens en na traject

Voor het traject	Tijdens het traject	Na het traject
Aantal : N = 128	Aantal : N = 97	Aantal : N = 58
1 specialist : N = 75	1 specialist : N = 51	1 specialist : N = 23
2 specialisten : N = 36	2 specialisten : N = 28	2 specialisten : N = 23
3 specialisten : N = 14	3 specialisten : N = 8	3 specialisten : N = 7
≥ 4 specialisten : N = 3	≥ 4 specialisten : N = 10	≥ 4 specialisten : N = 4
Soort	Soort	Soort
Psychologen : 63	Psychologen : 29	Psychologen : 28
Kine : 18	Kine : 8	Kine : /
Coach : 10	Coach : 7	Coach : 2
Psychiater : 8	Psychiater : 13	Psychiater : 11
Cardio : 7	Cardio : 12	Cardio : 3
Gastro : 5	Gastro : 5	Gastro : /
Neuro : 4	Neuro : 4	Neuro : 2
Reuma : 4	Reuma : 1	Reuma : /
NKO : 3	NKO : 2	NKO : /
Ortho : 4	Ortho : 5	Ortho : 2

Chi-quadraattest toonde geen significant verschil in aantal consultaties per sector, geslacht en burn-out stadium maar wel een significant verschil voor taal Post-test 1: FR > NL ( $p = .025$ )

Om een idee te krijgen van het aantal **medische onderzoeken** dat de deelnemers lieten uitvoeren voor, tijdens en na het traject werden de aantallen uit de vragenlijsten weerhouden; om het type/soort onderzoek te kennen werden de antwoorden in vrije tekst in enkele veel voorkomende categorieën ingedeeld en geteld.

Tabel 5.4: Aantal en soort medisch onderzoek uitgevoerd in de voorbije 3 maanden voor, tijdens en na traject

Voor het traject	Tijdens het traject	Na het traject
Aantal : N = 79	Aantal : N = 81	Aantal : N = 40
1 onderzoek : N = 43	1 onderzoek : N = 39	1 onderzoek : N = 15
2 onderzoeken : N = 23	2 onderzoeken : N = 21	2 onderzoeken : N = 15
3 onderzoeken : N = 10	3 onderzoeken : N = 11	3 onderzoeken : N = 6
≥ 4 onderzoeken : N = 3	≥ 4 onderzoeken : N = 10	≥ 4 onderzoeken : N = 4
Soort onderzoek 1	Soort onderzoek 1	Soort onderzoek 1
Bloedafname : N = 60	Bloedafname : N = 44	Bloedafname : N = 19
Beeldvorming : N = 12	Beeldvorming : N = 5	Beeldvorming : N = 7
Cardioloog : N = 7	Cardioloog : N = 16	Cardioloog : N = 7
Gastroloog : N = 1	Gastroloog : N = 3	Gastroloog : N = 1

Chi-quadrattesten toonden geen significant verschil in aantal medische onderzoeken per sector, geslacht en taal maar wel een significant verschil voor burn-out stadium: voor het traject (Pre-test) hadden werknemers met BO stadium 2 meer onderzoeken dan werknemers in stadium 1 ( $p = .036$ ).

Om een idee te krijgen van soort **medicatie** dat gebruikt wordt door de deelnemers voor, tijdens en na het traject werden de aantallen uit de vragenlijsten weerhouden;

Tabel 5.5: Gebruik medicatie in de voorbije 3 maanden voor (N = 221), tijdens (N = 223) en na traject (N = 223)

	Voor het traject	Tijdens het traject	Na het traject
Tranquillizers	35	25	14
Antidepressiva	25	50	35
Pijnstillers	54	32	25
Slaapmiddelen	52	40	30
Gastrointestinaal	36	27	15
Cardiaal	14	15	12

De analyses (Mc Nemar, repeated measurements) toonden voor alle soort medicatie (met uitzondering van de antidepressiva) significante verschillen aan in het aantal in de paarsgewijze vergelijkingen pre-post 1 en pre-post 2: het gebruik van medicatie daalt tijdens en na het traject t.o.v. voor de start van het traject.

Voor het traject - Pre-test:

Er was geen verschil in gebruik van medicatie tussen sector, geslacht en burn-out stadium.

Er was een significant verschil in gebruik van tranquillizers volgens taal: FR > NL ( $p = .004$ ) en in gebruik van gastro-intestinale medicatie : FR > NL ( $p = .002$ ).

Tijdens het traject - Post-test 1:

Er was geen verschil in gebruik van medicatie tussen de sectoren en het burn-out stadium.

Er was een significant verschil in gebruik van tranquillizers volgens taal: FR > NL ( $p = .004$ ); in gebruik van gastro-intestinale medicatie bij FR > NL ( $p = .001$ ); in gebruik van slaapmiddelen bij FR > NL ( $p = .034$ ) en een verschil in gebruik van cardiale medicatie volgens geslacht: Man > Vrouw ( $p = .007$ )

Na het traject - Post-test 2:

Er was geen verschil in gebruik van medicatie volgens het burn-out stadium.

Er was een significant verschil in gebruik van antidepressiva per sector: ziekenhuizen en zorg > bank ( $p = .018$ ); in gebruik van tranquillizers volgens taal: FR > NL ( $p = .028$ ) en een verschil in gebruik van cardiale medicatie volgens geslacht: Man > Vrouw ( $p = .050$ )

## **6. Doeltreffendheid van het behandeltraject in termen van waargenomen verbeteringen**

---

Tabel 6.1 illustreert de resultaten van een variatieanalyse met herhaalde metingen op 2 meetmomenten voor de waargenomen verbetering voor verschillende indicatoren na behandeling (post-test 1) en 3 tot 6 maanden na het einde van de behandeling (post-test 2). Dezelfde analyse werd herhaald, waarbij de resultaten werden gedifferentieerd naar leeftijd, taal, geslacht, type contract en burn-outstadium. Verbetering werd gemeten op een schaal van 1 (sterk oneens) tot 4 (sterk eens).

Uit de resultaten blijkt dat de deelnemers het gemiddeld eens tot zeer eens zijn dat hun algemeen welzijn ( $M = 3,22$ ), de levenskwaliteit ( $M = 3,12$ ) en het evenwicht tussen werk en privéleven ( $M = 3,12$ ) zijn verbeterd. De deelnemers waren het erover eens dat hun welzijn op het werk ( $M = 2,91$ ), hun slaap ( $M = 3,00$ ) en hun gemak bij het uitvoeren van hun taken ( $M = 2,82$ ) waren verbeterd als gevolg van hun behandeling.

Op intra-individueel niveau was er geen significant verschil tussen post-test 1 en post-test 2, wat erop wijst dat de verbeteringen in de loop van de tijd constant zijn.

Er was geen significant verschil tussen de proefpersonen of deelnemers naargelang de activiteitssector (tabel 6.1).

Voor de andere sociodemografische variabelen (zie bijlage 17.6) waren er geen significante verschillen tussen de proefpersonen wanneer werd gekeken naar de scores per taal, geslacht en burn-outstadium. Er zijn echter enkele significante verschillen volgens leeftijd en type contract.

Wat de leeftijd betreft, is er een significant verschil tussen de proefpersonen voor de verbetering van de levenskwaliteit, die een hogere mate van overeenstemming lijkt te krijgen voor de 55-plussers dan voor de 35-55-jarigen.

Wat het type contract betreft, blijkt dat degenen met een contract van bepaalde duur (CBD) een grotere verbetering van hun algemeen welzijn, welzijn op het werk en gemak bij het uitvoeren van hun taken ervaren dan degenen met een contract van onbepaalde duur (COD) of een statutair contract. Er dient opgemerkt te worden dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, omdat van de 223 deelnemers slechts 7 een contract van bepaalde duur hebben. Deze 7 deelnemers komen uit de gezondheidszorg en 6 van hen zijn jonger dan 35 (1 is in de leeftijdsgroep 36-55 jaar).

Tabel 6.1: Analyse van de waargenomen verbetering tussen post-test 1 en post-test 2 na behandeling volgens activiteitssector

	Sector (PRE_T1_ RECOD)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	Bank	3,17 (0,71)	3,09 (0,66)	Binnen deelnemers	0,34 (1 ; 220)	$p = 0,561$	/
	Ziekenhuis	3,23 (0,71)	3,26 (0,66)	Tussen deelnemers	1,33 (1 ; 220)	$p = 0,250$	/
	TOTAAL	3,22 (0,71)	3,22 (0,66)				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	Bank	2,74 (0,83)	2,84 (0,82)	Binnen deelnemers	0,93 (1 ; 195)	$p = 0,337$	/
	Ziekenhuis	2,96 (0,78)	2,99 (0,83)	Tussen deelnemers	2,04 (1 ; 195)	$p = 0,155$	/
	TOTAAL	2,91 (0,79)	2,96 (0,83)				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	Bank	2,76 (0,72)	2,81 (0,81)	Binnen deelnemers	1,37 (1 ; 193)	$p = 0,244$	/
	Ziekenhuis	2,84 (0,75)	2,96 (0,73)	Tussen deelnemers	0,96 (1 ; 193)	$p = 0,328$	/
	TOTAAL	2,82 (0,74)	2,93 (0,75)				
Verbeterde slaap (D43)	Bank	3,00 (0,79)	2,91 (0,78)	Binnen deelnemers	2,27 (1 ; 212)	$p = 0,133$	/
	Ziekenhuis	3,01 (0,79)	2,89 (0,81)	Tussen deelnemers	0,003 (1 ; 212)	$p = 0,958$	/
	TOTAAL	3,00 (0,78)	2,89 (0,80)				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	Bank	3,02 (0,72)	3,02 (0,72)	Binnen deelnemers	0,003 (1 ; 214)	$p = 0,959$	/
	Ziekenhuis	3,14 (0,75)	3,15 (0,71)	Tussen deelnemers	1,26 (1 ; 214)	$p = 0,263$	/
	TOTAAL	3,12 (0,74)	3,12 (0,71)				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	Bank	3,08 (0,59)	3,13 (0,62)	Binnen deelnemers	0,03 (1 ; 193)	$p = 0,860$	/
	Ziekenhuis	3,13 (0,77)	3,06 (0,86)	Tussen deelnemers	0,01 (1 ; 193)	$p = 0,938$	/
	TOTAAL	3,12 (0,74)	3,07 (0,82)				

/ = NS ; \* = < ,05 ; \*\* < ,01 ; \*\*\* < ,001

## 7. Tewerkstellingssituatie voor, tijdens en na traject

De tewerkstellingssituatie van de deelnemers op de drie verschillende tijdstippen kan teruggevonden worden in Tabel 7.1. Voor de aanvang van het begeleidingstraject (pre-test) was slechts 45.3% van de deelnemers aan het werk, hiervan was iets minder dan helft deeltijds aan het werk. De tewerkstelling nam toe naar 81.9% net na het begeleidingstraject (post-test 1) en ook hiervan was nog steeds iets minder dan de helft deeltijds aan het werk. Drie tot zes maanden (post-test 2) na het begeleidingstraject is er geen verdere toename van de tewerkstelling en is er ook weinig evolutie van deeltijdse naar de voltijdse tewerkstelling. Algemeen was er dus een positieve evolutie in de tewerkstelling van de deelnemers maar het aandeel van de tewerkgestelden die deeltijds aan het werk zijn, is hoger na het traject dan ervoor. Daarnaast wordt ook opgemerkt dat 3.6% van de deelnemers drie tot zes maanden na deelname hun huidige werk verloren zijn.

Tabel 7.1. Overzichtstabel tewerkstelling van de deelnemers op 3 tijdstippen

Tewerkstelling		Aantallen	
		N	%
Voor traject	Voltijds	53	23.8%
	Deeltijds	48	21.5%
	Loopbaanonderbreking	1	0.4%
	Ziekteverlof	115	51.6%
	Andere	6	2.7%
	Totaal	223	100%
Net na traject	Voltijds	91	41.2%
	Deeltijds	90	40.7%
	Loopbaanonderbreking	1	0.5%
	Ziekteverlof	28	12.7%
	Werkloosheid	2	0.9%
	Andere	9	4.1%
	Totaal	221	100%
3-6 maanden na traject	Voltijds	90	40.5%
	Deeltijds	87	39.2%
	Loopbaanonderbreking	3	1.4%
	Ziekteverlof	27	12.2%
	Werkloosheid	8	3.6%
	Andere	7	3.2%
	Totaal	222	100%

De tewerkstelling voor traject (dichotoom ja/nee) en net na traject was significant verschillend (McNemar  $p < .001$ ): er waren net na het traject meer mensen aan het werk. Ook ten opzichte van de situatie voor het traject, waren er significant meer mensen 3-6 maanden na het traject aan het werk (dichotoom ja/nee) (McNemar  $p < .001$ ).

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang **de sector** voor het traject ( $p = .646$ ) maar wel een borderline significant verschil net na het traject ( $p = 0.050$ ), en een significant verschil drie-zes maanden na het traject ( $p = .035$ ). Er zijn in de zorg meer werknemers terug aan het werk ten opzichte van de bankensector (voltijds en deeltijds samen: 81% versus 73.4%).

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang **de leeftijd** voor het traject ( $p = .448$ ), net na het traject ( $p = .216$ ), en drie-zes maanden na het traject ( $p = .825$ ).

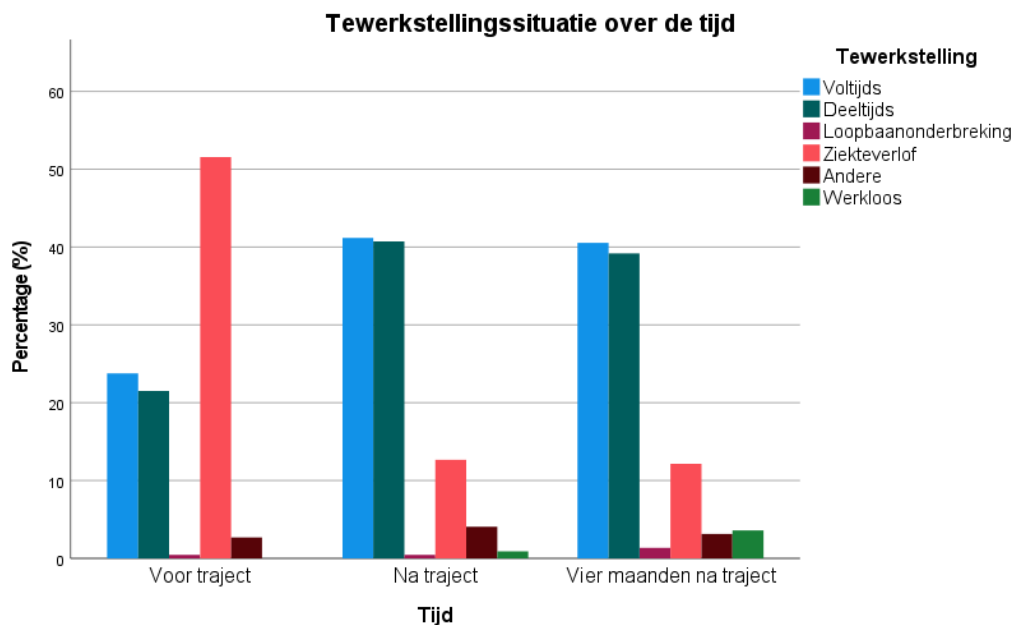
Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang **het geslacht** voor het traject ( $p = .530$ ), maar wel net na het traject ( $p = .013$ ), en drie-zes maanden na het traject ( $p = .006$ ). Vrouwen werken net na drie-zes maanden meer deeltijds.

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang **de taal** voor het traject ( $p = .214$ ), net na het traject ( $p = .215$ ), en drie-zes maanden na het traject ( $p = .762$ ).

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang **het burn-out stadium**, voorafgaand aan het begeleidingstraject, voor het traject ( $p = .223$ ), net na het traject ( $p = .422$ ) en drie-zes maanden na het traject ( $p = .118$ ).

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang de **verwijzer** voor het traject ( $p = .114$ ), net na het traject ( $p = .787$ ), en drie-zes maanden na het traject ( $p = .979$ ).

Alle tabellen betreffende deze analyses staan in de bijlage (bijlage 17.7).



Figuur 7.1: Tewerkstellingssituatie (%) van de deelnemers op 3 tijdstippen

## 8. Tewerkstelling en aan- of afwezigheid burn-out na traject

Uit de vragenlijsten werden gegevens bekomen in verband met de tewerkstellingssituatie en uit het finaal rapport werd de aan-of afwezigheid van burn-out (post-test1) nagegaan en het stadium ervan. Er zijn net na het traject (post-test 1) 33 personen aan het werk die nog steeds een burn-out hebben tegenover 139 zonder burn-out en 20 personen met burn-out niet aan het werk tegenover 18 personen zonder burn-out die niet aan het werk zijn (Tabel 8.1;  $p < .001$ ).

Tabel 8.1: Tewerkstelling (ja/nee) net na het traject (post-test 1) en aanwezigheid van burn-out (N = 210)

	Burn-out aanwezig		Geen burn-out meer		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Aan het werk	33	62,3	139	88,5	172	81,9
Niet aan het werk	20	37,7	18	11,5	38	18,1
Totaal	53	100,0	157	100,0	210	100,0

Eenzelfde vaststelling (zonder burn-out zijn er meer deelnemers aan het werk) werd gedaan wanneer de tewerkstellingssituatie meer gedetailleerd weergegeven werd (Tabel 8.2;  $p < .001$ ).

Tabel 8.2: Tewerkstelling (alle antwoordkeuzes) net na het traject (post-test 1) en aanwezigheid van burn-out (N = 210)

		Burn-out aanwezig			
		Ja		Nee	
		N	%	N	%
Tewerkstelling na traject	Voltijds	13	24.5%	73	46.5%
	Deeltijds	20	37.7%	66	42.0%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.6%
	Ziekteverlof	16	30.2%	11	7.0%
	Werkloos	2	3.8%	0	0.0%
	Andere	2	3.8%	6	3.8%
	Totaal	53	100%	157	100%

Er werd geen verschil vastgesteld in al dan niet aan het werk zijn volgens burn-out stadium (Tabel 8.3;  $p = .09$ ). Opmerking hierbij is dat het om 51 personen gaat waarvan 5 nog in stadium 3.

Tabel 8.3: Tewerkstelling net na het traject (post-test 1) volgens burn-out stadium (N = 51)

		Stadium burn-out						Totaal	
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Tewerkstelling na traject	Ja	23	69.7	7	53.8	1	20.0	31	60.8
	Nee	10	30.3	6	46.2	4	80.0	20	39.2
Total		33	100	13	100	5	100	51	100



## 9. Evaluatie van het behandelprogramma (post-test 1)

Aan het einde van de behandeling werd de deelnemers gevraagd om de post-test 1 in te vullen. Verschillende dimensies van tevredenheid werden beoordeeld.

### 9.1 Tevredenheid ten aanzien van de geografische omgeving, woon-werkafstand en de behandeling

Tabel 9.1.1 toont een zeer hoog percentage van deelnemers die tevreden tot zeer tevreden waren over de geografische en huisvestingsaspecten van de behandeling.

Tabel 9.1.1: Tevredenheid over de geografische omgeving en de lokalen

Geografische omgeving, woon-werkafstand en de behandeling	Sector	N	Helemaal niet tevreden	Net tevreden	Tevreden	Zeer tevreden
Nabijheid van de plaats van behandeling (POST1_D1)	Bank	67	1,50%	4,50%	26,90%	<b>67,20%</b>
	Ziekenhuis van verzorging	224	1,80%	6,30%	33,90%	<b>58,00%</b>
	TOTAAL	291	1,70%	5,80%	32,30%	<b>60,10%</b>
Bereikbaarheid van de plaats van behandeling (POST1_D2)	Bank	66	0%	1,50%	25,80%	<b>72,70%</b>
	Ziekenhuis van verzorging	220	0,50%	2,70%	32,30%	<b>64,50%</b>
	TOTAAL	286	0,30%	2,40%	30,80%	<b>66,40%</b>
Aanpasbaarheid van de lokalen (POST1_D3)	Bank	65	0,00%	3,10%	26,20%	<b>70,80%</b>
	Ziekenhuis van verzorging	211	0,90%	2,40%	31,30%	<b>65,40%</b>
	TOTAAL	276	0,70%	2,50%	30,10%	<b>66,70%</b>

De volgende gegevens hebben betrekking op de tevredenheid van de deelnemers over de logistiek van de diensten van de zorgverleners. Uit tabel 9.1.2 blijkt nota bene dat de meeste deelnemers aangeven dat zij door dezelfde zorgverlener (58,9%) of door twee zorgverleners (31,8%) werden behandeld. Minder dan 10% van de deelnemers geeft aan door 3 of meer zorgverleners te zijn behandeld. Daarom presenteren wij de resultaten van de tevredenheid over de diensten van zorgverleners voor zorgverleners 1 en 2, waardoor een groot aantal meningen wordt gegroepeerd.

Tabel 9.1.2: Aantal bij de behandeling betrokken zorgverleners

Aantal zorgverleners	N	%
1 zorgverlener	126	58,9
2 zorgverleners	68	31,8
3 of meer zorgverleners	20	9,3
TOTAAL	214	100

Uit tabel 9.1.3 blijkt dat een zeer hoog percentage van deelnemers tevreden tot zeer tevreden was over de logistieke aspecten van de diensten van hun zorgverlener 1 wat betreft het gemak van het boeken van afspraken, de flexibiliteit van de tijdstippen, de stiptheid en de coördinatie van de BOTP. De meeste deelnemers waren tevreden tot zeer tevreden over de sessies van zorgverlener 1.

Tabel 9.1.3: Tevredenheid over zorgverlener 1 wat betreft de logistiek van zijn diensten

	Sector	N	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tevreden	Zeer tevreden
Gemakkelijkheid van het maken van afspraken - Zorgverlener 1 (POST1_E12)	Bank	74	0%	1,40%	20,30%	<b>78,40%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	238	0,40%	0,40%	19,70%	<b>79,40%</b>
	TOTAAL	312	0,30%	0,60%	19,90%	<b>79,20%</b>
Flexibiliteit van de tijdstippen - Zorgverlener 1 (POST1_E13)	Bank	74	1,40%	0%	27,00%	<b>71,60%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	237	0,40%	2,50%	19,80%	<b>77,20%</b>
	TOTAAL	311	0,60%	1,90%	21,50%	<b>75,90%</b>
Stiptheid van de zorgverlener burn-out - Zorgverlener 1 (POST1_E14)	Bank	73	0%	1,40%	20,50%	<b>78,10%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	237	1,30%	0,40%	19,40%	<b>78,90%</b>
	TOTAAL	310	1,00%	0,60%	19,70%	<b>78,70%</b>
BOTP-coördinatie - Zorgverlener 1 (POST1_E15)	Bank	67	0%	1,50%	28,40%	<b>70,10%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	196	1,10%	3,10%	18,40%	<b>77,60%</b>
	TOTAAL	263	0,80%	2,70%	20,90%	<b>75,70%</b>
Tevredenheid over sessies - Zorgverlener 1 (POST1_E16)	Bank	72	0%	2,80%	19,40%	<b>77,80%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	236	0,40%	4,70%	21,20%	<b>73,70%</b>
	TOTAAL	308	0,30%	4,20%	20,80%	<b>74,70%</b>

Uit tabel 9.1.4 blijkt dat een zeer hoog percentage van deelnemers tevreden tot zeer tevreden is over de logistieke aspecten van de prestaties die hun zorgverlener 2 verstrekke, wat betreft het gemak van het boeken van een afspraak, de flexibiliteit van de tijdstippen, de stiptheid en de coördinatie van het BOTP. De deelnemers zijn meestal tevreden tot zeer tevreden over de sessies van hun zorgverlener 2.

Tabel 9.1.4: Tevredenheid over zorgverlener 2 wat betreft de logistiek van zijn diensten

	Sector	N	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tevreden	Ze er tevreden
Gemakkelijkheid van het maken van afspraken - Zorgverlener 2 (POST1_E22)	Bank	32	3,10%	3,10%	37,50%	<b>56,30%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	118	2,50%	2,50%	26,30%	<b>68,60%</b>
	TOTAAL	150	2,70%	2,70%	28,70%	<b>66,00%</b>
Flexibiliteit van de tijdstippen - Zorgverlener 2 (POST1_E23)	Bank	31	0%	6,50%	38,70%	<b>54,80%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	117	3,40%	4,30%	25,60%	<b>66,70%</b>
	TOTAAL	148	2,70%	4,70%	28,40%	<b>64,20%</b>
Stiptheid van de zorgverlener burn-out - Zorgverlener 2 (POST1_E24)	Bank	29	6,90%	3,40%	31,00%	<b>58,60%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	118	2,50%	2,50%	19,50%	<b>75,40%</b>
	TOTAAL	147	3,40%	2,70%	21,80%	<b>72,10%</b>
BOTP-coördinatie - Zorgverlener 2 (POST1_E25)	Bank	8	0%	0%	25,00%	<b>75,00%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	26	7,70%	7,70%	15,40%	<b>69,20%</b>
	TOTAAL	34	5,90%	5,90%	17,60%	<b>70,60%</b>
Tevredenheid over sessies - Zorgverlener 2 (POST1_E26)	Bank	30	10,00%	0%	33,30%	<b>56,70%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	118	1,70%	7,60%	22,00%	<b>68,60%</b>
	TOTAAL	148	3,40%	6,10%	24,30%	<b>66,20%</b>

## 9.2 Tevredenheid over de inhoud van het behandeltraject

Ten eerste geeft tabel 9.2.1 informatie over het type professional waaraan de deelnemer de voorkeur geeft voor zijn of haar behandeltraject. In 80% van de gevallen trad een psycholoog alleen op voor de behandeling van de deelnemer. Zijn optreden ging in 16% en 2% van de gevallen gepaard met dat van een kinesitherapeut of arts. Deze resultaten bevestigen dat de rol van de psycholoog in het behandeltraject doorslaggevend is: op het niveau van de diagnose, op het niveau van de eerste behandelingssessie, op het niveau van de coördinatie van het proces. Kinesitherapeuten komen enkel eventueel tussen bij individuele sessies volgens de psycholichamelijke benadering. Belangrijk is ook dat er weinig kinesitherapeuten op de lijst van zorgverleners stonden.

Tabel 9.2.1: Soort professional betrokken bij het behandeltraject

Sector	Type zorgverlener voor de behandeling (FTF1CM)		
	Bank	Ziekenhuis en verzorging	TOTAAL
N	74	237	311
Psycholoog	<b>83,80%</b>	<b>78,50%</b>	<b>79,70%</b>
Kinesitherapeut	0%	0%	0%
Psycholoog + Kinesitherapeut	14,90%	17,30%	16,70%
Dokter	0%	1,30%	1,00%
Psycholoog + arts	1,40%	2,50%	2,30%
Psycholoog, arts en kinesitherapeut	0%	0,40%	0,30%

Tabel 9.2.2 informeert ons over de tevredenheid van de deelnemers omtrent de verschillende dimensies van het behandeltraject. Meer dan 90% van de deelnemers was tevreden tot zeer tevreden over het aantal sessies en de verscheidenheid aan sessies die als onderdeel van het behandeltraject werden aangeboden. Meer dan 90% is tevreden tot zeer tevreden over de moduleerbaarheid of de mate van personalisatie van het aanbod. Meer dan 90% is tevreden tot zeer tevreden over de duur van het behandeltraject. Meer dan 80% is tevreden tot zeer tevreden over de mogelijkheid tot behandeling door verschillende gezondheidswerkers. Wat de uitleg over het behandeltraject betreft, zegt meer dan 95% tevreden tot zeer tevreden te zijn over de uitleg van de BO-begeleider, tegenover bijna 90% bij Fedris. Wat ten slotte de dynamiek van de multidisciplinaire bijeenkomst betreft, was bijna 80% van de deelnemers over het geheel genomen tevreden tot zeer tevreden. Dit resultaat is verrassend aangezien er slechts één verzoek om een multidisciplinaire vergadering was. 191 van de 312 deelnemers (ofwel 61,21%) hebben echter geantwoord op deze vraag! Het is dus waarschijnlijk dat de bezinning over een mogelijke aanpassing of bijstelling van de werkomstandigheden van de deelnemer met preventie- of bedrijfsmedewerkers informeel plaatsvond, zonder het activeren van het voorstel van Fedris voor een multidisciplinaire vergadering met opheffing van de anonimiteit.

Tabel 9.2.2: Tevredenheid over de inhoud van de behandeling

	Sector	N	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tevreden	Ze er tevreden
Aantal sessies (POST1_G1)	Bank	71	1,40%	7,00%	35,20%	<b>56,30%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	238	0,40%	7,60%	37,80%	<b>54,20%</b>
	TOTAAL	309	0,60%	7,40%	37,20%	<b>54,70%</b>
Diversiteit van het aanbod (POST1_G2)	Bank	71	0%	7,00%	42,30%	<b>50,70%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	235	0%	6,80%	42,60%	<b>50,60%</b>
	TOTAAL	306	0%	6,90%	42,50%	<b>50,70%</b>
Modulariteit/mate van personalisatie van het voorgestelde aanbod (POST1_G3)	Bank	71	1,40%	4,20%	32,40%	<b>62,00%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	236	0,40%	5,90%	30,50%	<b>63,10%</b>
	TOTAAL	307	0,70%	5,50%	30,90%	<b>62,90%</b>
Duur van het behandeltraject (POST1_G4)	Bank	72	1,40%	8,30%	44,40%	<b>45,80%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	237	1,30%	9,30%	38,00%	<b>51,50%</b>
	TOTAAL	309	1,30%	9,10%	39,50%	<b>50,20%</b>
Toelichting van het behandelprogramma door de BO-begeleider (POST1_G5)	Bank	71	0%	2,80%	33,80%	<b>63,40%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	234	0%	3,40%	28,20%	<b>68,40%</b>
	TOTAAL	305	0%	3,30%	29,50%	<b>67,20%</b>
Toelichting over het behandelprogramma door Fedris (POST1_G6)	Bank	68	0%	11,80%	<b>57,40%</b>	30,90%
	Ziekenhuis en verzorging	218	1,40%	8,30%	<b>46,30%</b>	44,00%
	TOTAAL	286	1,00%	9,10%	<b>49,00%</b>	40,90%
Behandeling door verschillende zorgverleners (BOB en IB) (POST1_G7)	Bank	49	2,00%	20,40%	32,70%	<b>44,90%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	142	2,80%	13,40%	30,30%	<b>53,50%</b>
	TOTAAL	191	2,60%	15,20%	30,90%	<b>51,30%</b>
Dynamiek van de multidisciplinaire bijeenkomst (POST1_G8)	Bank	33	0%	15,20%	<b>42,40%</b>	<b>42,40%</b>
	Ziekenhuis en verzorging	81	8,60%	14,80%	30,90%	<b>45,70%</b>
	TOTAAL	114	6,10%	14,90%	34,20%	<b>44,70%</b>

### 9.3 Algemene beoordeling van het behandeltraject

Wanneer de deelnemers wordt gevraagd het behandelprogramma als geheel te beoordelen op een schaal van 1 tot 10 (tabel 9.3.1), geeft bijna 75% van hen een score van meer dan 8 op 10 (dit stijgt tot bijna 90% wanneer een score van meer dan 7 op 10 in aanmerking wordt genomen). De gemiddelde waardering was 8,01 op 10 (met een standaardafwijking van 1,79).

Tabel 9.3.1: Algemene beoordeling van de behandeling (op een schaal van 1 tot 10)

<b>Algemene beoordeling van de behandeling (op een schaal van 1 tot 10) (POST1_H1)</b>			
Sector	Bank	Ziekenhuis en verzorging	TOTAAL
N	67	227	294
1	0%	0,90%	0,70%
2	3,00%	1,30%	1,70%
3	0%	0,40%	0,30%
4	3,00%	1,30%	1,70%
5	3,00%	1,80%	2,00%
6	6,00%	5,30%	5,40%
7	17,90%	14,10%	14,30%
8	<b>26,90%</b>	<b>29,10%</b>	<b>28,60%</b>
9	<b>26,90%</b>	28,20%	27,90%
10	16,40%	17,60%	17,30%

Er was geen verschil in de algemene beoordeling van de behandeling volgens het aantal betrokken zorgverleners ( $F(2, 293) = 1.78, p = NS$ ) (tabel 9.3.2).

Tabel 9.3.2: Algemene beoordeling van de behandeling (op een schaal van 1 tot 10) volgens het aantal zorgverleners of zorgverleners die de deelnemer hebben gevolgd

<b>Algemene beoordeling - Op een schaal van 1 tot 10</b>	<b>N</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Soort afwijking</b>
1 zorgverlener	147	7,97	1,72
2 zorgverleners	117	8,09	1,72
3 of meer zorgverleners	30	8,60	1,16
Totaal	294	8,08	1,68

Uit de volgende tabel (tabel 9.3.3) blijkt dat bijna 95% van de deelnemers dit behandeltraject aan anderen zou aanbevelen. Iets meer dan 75% van de deelnemers vond het niet nodig om de follow-up met zijn of haar BO-begeleider of individuele-sessiebegeleider voort te zetten.

Tabel 9.3.3: Algemene beoordeling van de behandeling - Aanbeveling en follow-up

<b>Algemene evaluatie van de behandeling - Aanbeveling en follow-up</b>				
			Ja	Neen
Aanbeveling van BOTP aan anderen (POST1_H2)	Bank	74	94,60%	5,40%
	Ziekenhuis en verzorging	238	95,00%	5,00%
	TOTAAL	312	94,90%	5,10%
			Ja	Neen
Voortzetting van de follow-up met de BO-begeleider (POST1_H3)	Bank	74	21,60%	78,40%
	Ziekenhuis en verzorging	236	24,60%	75,40%
	TOTAAL	310	23,90%	76,10%
			Ja	Neen
Voortzetting van de follow-up met de individuele begeleider of zorgverlener (POST1_H31)	Bank	73	24,70%	75,30%
	Ziekenhuis en verzorging	232	31,90%	68,10%
	TOTAAL	305	30,20%	69,80%

## 9.4 Perceptie van de huidige situatie (post-test 1)

### 9.4.1 Op het niveau van de werkorganisatie

Aan de hand van de gegevens in tabel 9.4.1 kan men nagaan in hoeverre de deelnemer een verbetering van de werkorganisatie ervaart. Er is meer interindividuele variatie in de waarnemingen. Bijna 60% van de deelnemers vindt dat het bedrijf op collectief niveau zich niet bewust is van het probleem. Bijna 80% vindt dat er geen verandering is in de managementstijl. Bijna 65% vindt dat er niet meer actie is ondernomen voor welzijn, en meer dan 75% vindt dat er niet meer materiële steun is gekomen.

Over de relatie met de hiërarchie zijn de meningen verdeeld. Tussen 45% en 50% van de deelnemers is van mening dat er geen verbetering is opgetreden, terwijl de overige deelnemers een verbetering aangeven. De meningen zijn positiever over de relatie met collega's aangezien bijna 75% van de deelnemers een verbetering van deze relatie ziet.

Tabel 9.4.1: Perceptie van de huidige situatie op bedrijfsniveau

Perceptie van de huidige situatie	Sector	N	Helemaal niet mee eens	Geen overeenkomst	Daar ben ik het mee eens	Helemaal mee eens
Bedrijf is zich bewust van het probleem op collectief niveau (POST1_J11)	Bank	63	30,20%	27,00%	34,90%	7,90%
	Ziekenhuis en verzorging	210	28,10%	33,80%	30,50%	7,60%
	TOTAAL	273	28,60%	32,20%	31,50%	7,70%
Verandering in managementstijl (POST1_J12)	Bank	64	31,30%	40,60%	21,90%	6,30%
	Ziekenhuis en verzorging	211	40,30%	39,80%	18,00%	1,90%
	TOTAAL	275	38,20%	40,00%	18,90%	2,90%
Meer acties voor welzijn (POST1_J13)	Bank	65	27,70%	40,00%	24,60%	7,70%
	Ziekenhuis en verzorging	210	23,30%	40,00%	31,90%	4,80%
	TOTAAL	275	24,40%	40,00%	30,20%	5,50%
Verbetering van de relatie met de hiërarchie (POST1_J21)	Bank	55	20,00%	30,90%	38,20%	10,90%
	Ziekenhuis en verzorging	194	20,60%	23,20%	42,30%	13,90%
	TOTAAL	249	20,50%	24,90%	41,40%	13,30%
Verbetering van de relatie met collega's (POST1_J22)	Bank	41	12,20%	22,00%	48,80%	17,10%
	Ziekenhuis en verzorging	182	9,30%	18,10%	55,50%	17,00%
	TOTAAL	223	9,90%	18,80%	54,30%	17,00%
Meer materiële ondersteuning (POST1_J23)	Bank	48	27,10%	47,90%	25,00%	0%
	Ziekenhuis en verzorging	163	38,70%	39,30%	19,60%	2,50%
	TOTAAL	211	36,00%	41,20%	20,90%	1,90%

#### 9.4.2 Op het niveau van de eigen verhouding tot het werk

Uit tabel 9.4.2 blijkt dat meer dan 65% van de deelnemers het eens tot helemaal eens is met het feit dat zij meer positieve aspecten in hun werk zien. Bijna 90% is het er ook mee eens dat zij meer afstand van het werk hebben genomen en meer dan 80% is het er ten slotte mee eens dat zij nu meer realistische verwachtingen hebben ten aanzien van het werk.



Tabel 9.4.2: Perceptie van de relatie met werk na de behandeling

Relatie tot het werk	Sector	N	Helemaal niet mee eens	Geen overeenkomst	Daar ben ik het mee eens	Helemaal mee eens
Perceptie van positieve aspecten in het werk (POST1_J31)	Bank	63	7,90%	31,70%	<b>47,60%</b>	12,70%
	Ziekenhuis en verzorging	212	6,60%	24,10%	<b>53,30%</b>	16,00%
	TOTAAL	275	6,90%	25,80%	<b>52,00%</b>	15,30%
Afstand nemen van het werk (POST1_J32)	Bank	65	1,50%	12,30%	<b>43,10%</b>	43,10%
	Ziekenhuis en verzorging	230	2,20%	7,00%	<b>57,40%</b>	33,50%
	TOTAAL	295	2,00%	8,10%	<b>54,20%</b>	35,60%
Meer realistische verwachtingen (POST1_J33)	Bank	64	4,70%	14,10%	<b>68,80%</b>	12,50%
	Ziekenhuis en verzorging	219	1,40%	12,80%	<b>63,90%</b>	21,90%
	TOTAAL	283	2,10%	13,10%	<b>65,00%</b>	19,80%

## 10. Aanpassingen op de werkpost

### 10.1 Behoud/verandering van werkgever (WG) en/of werkpost (WP)

Volgens de gegevens uit de vragenlijsten, net na het traject (post-test 1) en drie tot zes maanden na het traject (post-test 2) zijn circa 88% van de werknemers nog aan de slag bij dezelfde werkgever, en is bijna 3 op 4 nog op dezelfde werkpost. Circa 11.5 % is van werkgever veranderd (Tabel 10.1.1 en 10.1.2).

Tabel 10.1.1: Behoud/verandering van werkgever en/of werkpost post-test 1 (N = 216)

	Tewerkstelling Post 1	
	N	%
Zelfde WG, zelfde WP	160	74.1
Zelfde WG, andere WP	31	14.4
Subtotaal 1	191	88.5
Andere WG, zelfde WP	10	4.6
Andere WG, andere WP	15	6.9
Subtotaal 2	25	11.5
Totaal	216	100

Tabel 10.1.2: Behoud/verandering van werkgever en/of werkpost post-test 2 (N = 212)

	Tewerkstelling Post 2	
	N	%
Zelfde WG, zelfde WP	153	72.2
Zelfde WG, andere WP	34	16.0
Subtotaal 1	187	88.2
Andere WG, zelfde WP	12	5.7
Andere WG, andere WP	13	6.1
Subtotaal 2	25	11.8
Totaal	212	100

In 183 finale rapporten wordt vermeld dat 54 personen van werkgever en/of werkpost veranderden (29.5%) en 116 (63.4%) niet en 13 “andere” (7.1%) vermeldingen. In 40 finale rapporten wordt niets vermeld.

In 163 finale rapporten wordt vermeld dat 4 personen van sector wisselden (2.5%) en 159 personen niet (97.5%). Er worden geen gegevens teruggevonden in 60 finale rapporten.

De steekproef bevat voor sommige cellen minder dan 5 deelnemers zodat het niet relevant is om een statistische test op zo'n kleine steekproef uit te voeren.

Er is geen significant verschil post-test 1 ( $p=0.636$ ) en post-test 2 ( $p=0.396$ ) voor de sectoren

Tabel 10.1.3: Behoud/verandering van werkgever en/of werkpost post-test 1 per sector (N = 216)

	Tewerkstelling Post 1 - N	
	Banksector	Zorgsector
Zelfde WG, zelfde WP	34	126
Zelfde WG, andere WP	8	23
Subtotaal 1	42	149
Andere WG, zelfde WP	1	9
Andere WG, andere WP	2	13
Subtotaal 2	3	22
Totaal	45	171

Tabel 10.1.4: Behoud/verandering van werkgever en/of werkpost post-test 2 per sector (N = 212)

	Tewerkstelling Post 2 - N	
	Banksector	Zorgsector
Zelfde WG, zelfde WP	31	122
Zelfde WG, andere WP	10	24
Subtotaal 1	41	146
Andere WG, zelfde WP	3	9
Andere WG, andere WP	1	12
Subtotaal 2	4	21
Totaal	45	167

## 10.2 Werkpostaanpassingen door werkgever (WG) en/of werknemer (WN)

Aanpassingen van de werkpost werden bevraagd bij de deelnemers net na het traject (Post-test 1) en drie tot zes maanden na de beëindiging van het begeleidingstraject (Post-test 2).

Werkpostaanpassingen door de werkgever werden uitgevoerd bij 30% van de deelnemers net na het traject en bij 28% van de deelnemers drie tot zes maanden na de beëindiging van het traject (Tabel 10.2.1).

Werkpostaanpassingen door de werknemer werden uitgevoerd bij 45.8% van de deelnemers na de beëindiging van het traject en bij 41.4% van de deelnemers drie tot zes maanden na de beëindiging van het traject. Er was een significante associatie tussen werkpostaanpassingen door de werkgever en werkpostaanpassingen door de werknemer zowel na de beëindiging van het begeleidingstraject ( $p < .001$ ) als drie tot zes maanden na de beëindiging van het begeleidingstraject ( $p < .001$ ). Er zijn geen significante verschillen tussen de sectoren, noch voor werkpostaanpassing werkgever noch werknemer, op beide tijdstippen.

In 183 finale rapporten wordt vermeld dat bij 89 personen acties ondernomen werden op het werk (74.8%) en bij 30 personen niet (25.4%).

Tabel 10.2.1: Frequentie van werkpostaanpassingen door werkgever (WG) en werknemer (WN) post-test 1 en post-test 2

	Aantal totaal	% Totaal	Banksector	Zorgsector
Werkpostaanpassing WG post-test 1	65/217	30.0%	12/46	53/171
Werkpostaanpassing WG post-test 2	59/211	28.0%	12/45	47/166
Werkpostaanpassing WN post-test 1	99/216	45.8%	18/46	81/170
Werkpostaanpassing WN post-test 2	87/210	41.4%	13/45	74/165

Chi kwadraattesten wijzen niet op significante verschillen op post-test 1 maar wel op post-test 2:

### Werkpostaanpassing WG post-test 2:

Leeftijd ( $p = .031$ ): er zijn meer aanpassingen bij werknemers > 45 jaar.

Taal ( $p = .033$ ): er zijn meer aanpassingen bij NL werknemers.

### Werkpostaanpassing WN post-test 2:

Verwijzer ( $p = .039$ ): er zijn meer aanpassingen na verwijzing door de arbeidsarts en PAPSY

### 10.3 Soort werkpostaanpassingen door werkgever (WG) en/of werknemer (WN)

Om een idee te krijgen van het soort werkpostaanpassingen, werden de werkpostaanpassingen door de werknemer en door de werkgever, die in vrije tekst werden genoteerd net na het traject, gecodeerd naar verschillende categorieën.

Voor de werkpostaanpassingen door werkgever weerhielden we 65 antwoorden waarvan sommige antwoorden bestonden uit meerdere soorten werkpostaanpassingen. In tabel 10.3.1 kan de frequentie per categorie teruggevonden worden. De meest frequente werkpostaanpassingen doorgevoerd door de werkgever waren aanpassingen van het uurrooster, minder uren presteren, wijziging van afdeling voor een deel van of het gehele werk, extra collega's aanwerven en ander werk toekennen. Voor elk van de werkpostaanpassingen werd hieronder een voorbeeld toegevoegd van een antwoord:

*“Geen late diensten tijdens wekdagen.”*

*“Momenteel deeltijds werk en vaste dag opname overuren.”*

*“Voorlopig enkel materniteit en thuiszorg, ... Geen verloskamer.”*

*“De collega-groep werd uitgebreid.”*

*“Voorlopig ander werk in afwachting van andere job binnen bedrijf.”*

Tabel 10.3.1: Werkpostaanpassingen door werkgever net na het traject (post-test 1)

Werkpostaanpassing	Frequentie
Aanpassingen van het uurrooster	14
Minder uren presteren	12
Wijziging van afdeling voor een deel van of het gehele werk	9
Extra collega's aanwerven	7
Ander werk	7
Aanpassen/inperken/beter verdelen van het takenpakket	6
Minder overuren presteren/ overuren (sneller) recupereren	4
Duidelijkheid over taken/ begrenzing van taken	4
Minder werkdruk	4
Communicatie op de werkvloer over moeilijkheden	3
Aanpassingen van bureau/ bureauruimte	3
Aanpassen verlofregeling	2
Steun van/betere samenwerking tussen collega's	2
Meer evaluaties	2
Administratieve load verlagen	2
Wachtsysteem aanpassen	2
Overige	13

Voor de werkpostaanpassingen door werknemer weerhielden we 98 antwoorden waarvan sommige antwoorden bestonden uit meerdere soorten werkpostaanpassingen maar ook veranderingen in persoonlijke copingstijl en werkstrategie. In tabel 10.3.2 kan de frequentie per categorie teruggevonden worden. De meest frequente werkpostaanpassingen doorgevoerd door de werknemer waren minder uren presteren, duidelijkheid over taken/begrenzing van taken, respecteren van werkuren/tijdig stoppen/deconnectie na het werk, pauzes respecteren/rustmomenten inbouwen en aanpassing van het uurrooster.

Voor elk van de aanpassingen (werkpost en persoonlijke coping) werd hieronder een voorbeeld toegevoegd van een antwoord:

*“Het werkregime wordt in onderling overleg en op mijn aangeven progressief maandelijks verhoogd.”*

*“Een terugkeer uit ziekteverlof kan maar indien er een duidelijk kader werd gevormd waarin de taakomschrijvingen staan en waar op regelmatige tijdstippen evaluatiemomenten worden voorzien.”*

*“Ik neem geen werk meer mee naar huis.”*

*“Ervoor gestreefd om middagpauze te kunnen nemen.”*

*“Geen shiften meer.”*

Tabel 10.3.2: Werkpostaanpassingen door de werknemer net na het traject (post-test 1)

Werkpostaanpassing	Frequentie
Minder uren presteren	16
Duidelijkheid over taken/ begrenzing van taken	14
Werkuren respecteren/ tijdig stoppen met werken/deconnectie na het werk	11
Pauzes respecteren/ extra pauzes of rustmomenten inbouwen	10
Aanpassingen van het uurrooster	10
Communicatie op de werkvloer over moeilijkheden	8
Ander werk	8
Minder overuren presteren/ overuren (sneller) recupereren	7
Prioriteren/niet multi-taken	7
Wijziging van afdeling voor een deel van of het gehele werk	5
Loslaten van het werk/ meer afstand creëren	5
Aanpassingen van bureau/ bureauruimte	4
Aanpassen verlofregeling	3
Aanpassen/inperken/beter verdelen van het takenpakket	3
Telewerk voorzien	3
Dialog met de hiërarchie	3
Meer structuur	2
Geen leidinggevende functie meer	2
Betere communicatie in het team	2
Overige	20

Bij de werkpostaanpassingen van de werkgever die aanleiding gaven tot een positieve evolutie in tewerkstelling (i.e. van ziekte/loopbaanonderbreking naar deeltijdse/volgtijdse betrekking en van deeltijdse naar voltijdse betrekking) weerhouden we voornamelijk de aanpassingen van het uurrooster en mutaties naar een andere afdeling binnen de onderneming.

Bij de werkpostaanpassingen van de werknemer die aanleiding gaven tot een positieve evolutie in tewerkstelling weerhouden we voornamelijk het verminderen van de werkuren en een functieverandering. Daarnaast zijn ook enkele gedragswijzigingen van de werknemers belangrijk zoals het stellen van prioriteiten op het werk en het stellen van grenzen zowel wat betreft de inhoud van het takenpakket als begrenzing van de uren waarbinnen ze werken (geen werk meenemen naar huis).

Vervolgens werd nagegaan of er een significant verschil bestond tussen het aanwezig zijn van werkpostaanpassingen en de verandering in de tewerkstellingssituatie.

Er was geen significant verschil in de tewerkstelling naargelang het al dan niet gebeuren van aanpassingen aan de werkpost door de werkgever na het beëindigen ( $p = .073$ ) en drie tot zes maanden na het beëindigen van het begeleidingstraject ( $p = .508$ ). Er was ook geen significant verschil in tewerkstelling naargelang het al dan niet gebeuren van aanpassingen aan de werkpost door de werknemer na het beëindigen ( $p = .088$ ) en drie tot zes maanden na het beëindigen van het begeleidingstraject ( $p = .370$ ).

Wanneer de groep deelnemers opgesplitst werd per taal werd er noch voor de Franstalige deelnemers net na ( $p = .279$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .571$ ), noch voor de Nederlandstalige deelnemers net na ( $p = .202$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .727$ ) een significant verschil in tewerkstelling gevonden naargelang de werkpostaanpassing door de werkgever.

Wanneer de groep deelnemers opgesplitst werd per sector werd er noch voor de bankensector net na ( $p = .718$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .440$ ), noch voor de zorgsector net na ( $p = .070$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .774$ ) een significant verschil in tewerkstelling gevonden naargelang de werkpostaanpassing door de werkgever.

Er was ook geen significant verschil in tewerkstelling naargelang het al dan niet gebeuren van aanpassingen aan de werkpost door de werknemer na het beëindigen ( $p = .088$ ) en drie tot zes maanden na het beëindigen van het begeleidingstraject ( $p = .370$ ).

Wanneer de groep deelnemers opgesplitst werd per taal werd er noch voor de Franstalige deelnemers net na ( $p = .279$ ) en drie maanden tot zes na het traject ( $p = .419$ ), noch voor de Nederlandstalige deelnemers net na ( $p = .202$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .910$ ) een significant verschil in tewerkstelling gevonden naargelang de werkpostaanpassing door de werknemer.

Wanneer de groep deelnemers opgesplitst werd per sector werd er noch voor de banksector net na ( $p = .408$ ) en drie maanden tot zes na het traject ( $p = .292$ ), noch voor de zorgsector net na ( $p = .118$ ) en drie maanden tot zes na het traject ( $p = .915$ ) een significant verschil in tewerkstelling gevonden naargelang de werkpostaanpassing door de werknemer.

Meer tabellen zijn beschikbaar in de bijlage (bijlage 17.8).

## **11. Kenmerken van het behandelprogramma (gebaseerd op gegevens uit het eindverslag van de BO-begeleider)**

---

**Het totale aantal sessies bedraagt gemiddeld 12.41** (12.81 in de banksector en 12.29 in de ziekenhuis- en zorgsector). 161 deelnemers (77,2%) hebben 10 of meer sessies bijgewoond (142, of 63,7%, met 12 sessies of meer en 119, of 53,4%, met 14 sessies of meer). Tabel 11.1 toont de frequentie van de deelnemers volgens het aantal sessies dat zij hebben bijgewoond. U vindt deze gegevens ook per module in de tabellen van Bijlage 17.9. Uit deze tabellen blijkt dat 86,8% van de deelnemers 4 arbeidsklinieksessies hebben bijgewoond, 74,4% 3 starterskitsessies, 46,2% 7 individuele follow-upsessies (maar ook 22% die 4 à 6 individuele sessies hebben bijgewoond), 80,2% 1 of 2 follow-upsessies en 27,8% 1 of 2 heroriëntatiesessies.



Tabel 11.1: Totaal aantal door de deelnemers bijgewoonde sessies

Totaal aantal sessies	N	%	% valid	% cumul
1 sessie	1	,4	,4	,4
2 sessies	2	,9	,9	1,3
3 sessies	3	1,3	1,3	2,7
4 sessies	3	1,3	1,3	4,0
5 sessies	4	1,8	1,8	5,8
6 sessies	7	3,1	3,1	9,0
7 sessies	8	3,6	3,6	12,6
8 sessies	16	7,2	7,2	19,7
9 sessies	18	8,1	8,1	27,8
10 sessies	9	4,0	4,0	31,8
11 sessies	10	4,5	4,5	36,3
12 sessies	10	4,5	4,5	40,8
13 sessies	13	5,8	5,8	46,6
14 sessies	16	7,2	7,2	53,8
15 sessies	17	7,6	7,6	61,4
16 sessies	44	19,7	19,7	81,2
17 sessies	12	5,4	5,4	86,5
18 sessies	22	9,9	9,9	96,4
19 sessies	6	2,7	2,7	99,1
21 sessies	2	,9	,9	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	

Tabel 11.2 toont ook het gemiddeld aantal sessies per module in het behandeltraject. Gemiddeld zijn er dus 3,69 arbeidsklinieksessies; 2,45 psycho-educatieve sessies (starterskit); 4,35 individuele sessies; 1,32 follow-upsessies en 0,46 heroriëntatiesessies. Het traject omvat dus gemiddeld iets meer dan 6 sessies met de burn-outbegeleider en bijna 4 sessies met de individuele begeleider voor een lichaamsgerichte of cognitief-emotionele aanpak. Er worden ook 2 tot 3 psycho-educatieve sessies gevraagd. De covidmodules werden in dit behandeltraject weinig gebruikt. Dit geldt ook voor de multidisciplinaire vergadering, een module van het behandelprogramma die dus niet geanalyseerd zal worden in dit hoofdstuk. Ten slotte kan worden opgemerkt dat er zeer weinig sessies werden geannuleerd.

Tabel 11.2: Kenmerken van het behandeltraject

Kenmerken van het behandeltraject	Sector	N	Ja	Neen	Gemiddeld aantal sessies (E-T)
Arbeidsklinieksessies (RF10Y - RF2CC)	Bank	74	97,30%	2,70%	3.70 (0.86)
	Ziekenhuis en verzorging	238	97,90%	2,10%	3.69 (0.83)
	TOTAAL	312	97,80%	2,20%	3.69 (0.83)
Starterskitsessies (RF30Y - RF4CC)	Bank	74	91,90%	8,10%	2.58 (0.94)
	Ziekenhuis en verzorging	238	89,10%	10,90%	2.41 (1.03)
	TOTAAL	312	89,70%	10,30%	2.45 (1.01)
Covid Starterskitsessies (RFCOV10Y - RFCOV2CC)	Bank	74	9,50%	90,50%	0.09 (0.30)
	Ziekenhuis en verzorging	238	4,60%	95,40%	0.05 (0.21)
	TOTAAL	312	5,80%	94,20%	0.06 (0.23)
Individuele sessies (RF50Y - RF6CC)	Bank	74	81,10%	18,90%	4.73 (2.78)
	Ziekenhuis en verzorging	238	71,80%	28,20%	4.23 (3.00)
	TOTAAL	312	74,00%	26,00%	4.35 (2.95)
Follow-upsessies (RF70Y - RF8CC)	Bank	74	73,00%	27,00%	1.24 (0.86)
	Ziekenhuis en verzorging	238	77,30%	22,70%	1.34 (0.83)
	TOTAAL	312	76,30%	23,70%	1.32 (0.83)
Heroriëntatiesessies (RF90Y - RF10CC)	Bank	74	25,70%	74,30%	0.46 (0.81)
	Ziekenhuis en verzorging	238	26,50%	73,50%	0.47 (0.81)
	TOTAAL	312	26,30%	73,70%	0.46 (0.81)
Covidmodule sessies (RFCOV30Y - RFCOV4CC)	Bank	74	0%	100%	0 (0.00)
	Ziekenhuis en verzorging	238	2,50%	97,50%	0.11 (0.70)
	TOTAAL	312	1,90%	98,10%	0.08 (0.61)
Annulering van sessies (RF120Y - RF13CC)	Bank	72	11,10%	88,90%	0.14 (0.42)
	Ziekenhuis en verzorging	234	14,50%	85,50%	0.21 (0.59)
	TOTAAL	306	13,70%	86,30%	0.20 (0.56)

Het is ook belangrijk om op te merken dat bijna 75% van de deelnemers een volledig behandeltraject volgde, maar dat 26% dit onderbrak (tabel 11.3).

Tabel 11.3: Percentage volledige vs. onderbroken trajecten

Volledige versus onderbroken BOTP-trajecten (RF29CM)	Sector	N	Volledig	Onderbroken
	Bank	74	77,00%	23,00%
	Ziekenhuis en verzorging	229	72,50%	27,50%
	TOTAAL	303	73,60%	26,40%

Wat het aantal bij de behandeling betrokken geconventioneerde zorgverleners betreft, blijkt uit de gegevens in tabel 11.3 (die door de BO-begeleider in zijn of haar eindverslag werden vermeld) dat bijna 90% van de deelnemers binnen hun behandeling prestaties ontvingen van maximaal twee zorgverleners.

Tabel 11.4: Aantal bij de behandeling betrokken geconventioneerde zorgverleners (gegevens uit het eindverslag van de zorgverlener)

Aantal bij de behandeling betrokken geconventioneerde zorgverleners (RF14CC_REC0D)			
Sector	Bank	Ziekenhuis en verzorging	TOTAAL
N	74	238	312
1	52,70%	50,80%	51,30%
2	35,10%	39,90%	38,80%
3 en meer	12,20%	9,20%	9,90%

Tabel 11.5 toont een diversiteit in de volgorde van de verschillende soorten voorgestelde sessies. Toch is de eerste sessie meestal een arbeidsklinieksessie (in meer dan 80% van de gevallen) of een psycho-educatieve sessie. De laatste sessie is logischerwijs in bijna 60% van de gevallen een follow-upsessie.

Tabel 11.5: Type sessie voor de eerste en laatste raadpleging

Sector	Type van de eerste BOTP-sessie (RF23CM)			Type van de laatste BOTP-sessie (RF25CM)		
	Bank	Ziekenhuis en verzorging	TOTAAL	Bank	Ziekenhuis en verzorging	TOTAAL
N	74	236	312	74	238	312
Arbeidskliniek	<b>81,10%</b>	<b>83,10%</b>	<b>82,60%</b>	2,70%	6,30%	5,40%
Starterskit	17,60%	13,60%	14,50%	12,20%	10,50%	10,90%
Individueel	1,40%	2,10%	1,90%	21,60%	14,30%	16,00%
Follow-up	0%	0,40%	0,30%	<b>54,10%</b>	<b>58,40%</b>	<b>57,40%</b>
Covidmodule	0%	0,80%	0,30%	0%	0%	0%
Heroriëntatie	0%	0%	0%	9,50%	10,50%	10,30%

Uit tabel 11.6 blijkt dat de overgrote meerderheid van de arbeidsklinieksessies en individuele sessies op individuele basis worden georganiseerd, wat logisch lijkt en verwacht wordt. Wat de psycho-educatieve sessies (starterskit) betreft, kiest 27% van de deelnemers in de banksector voor groepsessies tegenover 12% van de deelnemers in de ziekenhuis- en zorgsector. Dit lijkt gerechtvaardigd omdat de inhoud van psycho-educatieve sessies zich goed leent voor groepsessies.

Tabel 11.6: Organisatie van individuele of groepsessies

#### Organisatie van individuele of groepsessies

	Sector	N	Individueel	In groep	Beide
Arbeidsklinieksessies (RF26CM)	Bank	69	<b>98,60%</b>	1,40%	0%
	Ziekenhuis en verzorging	213	<b>100%</b>	0%	0%
	TOTAAL	282	<b>99,60%</b>	0,40%	0%
Starterskitsessies (RF27CM)	Bank	67	<b>73,10%</b>	26,90%	0%
	Ziekenhuis en verzorging	195	<b>86,70%</b>	11,80%	1,50%
	TOTAAL	262	<b>83,20%</b>	15,60%	1,10%
Individuele sessies (RF28CM)	Bank	54	<b>98,10%</b>	1,90%	0%
	Ziekenhuis en verzorging	157	<b>99,40%</b>	0,60%	0%
	TOTAAL	211	<b>99,10%</b>	0,90%	0%

## 12. Diagnostische aspecten (gebaseerd op gegevens uit het eindverslag van de BO-begeleider of zorgverlener)

Tabel 12.1 bespreekt de aspecten van de diagnose door de BO-begeleider op basis van zijn/haar klinisch oordeel. In bijna 90% van de gevallen wordt de oorspronkelijke diagnose burn-out bevestigd en minder dan 3% van de respondenten vindt het nodig de diagnose te wijzigen in "non-burn-out". Bijna 70% van de gevallen wordt bevestigd als stadium 1 of 2 burn-out, terwijl minder dan 10% wordt bevestigd als stadium 3 burn-out. In de meeste gevallen blijven we dus binnen het kader van de secundaire preventie. Ten slotte kan worden vastgesteld dat in 70% van de gevallen sprake is van een hoofdzakelijk werkgerelateerd burn-outprobleem.

Tabel 12.1: Diagnose door klinisch oordeel na behandeling

### Bevestiging van de diagnose na de behandeling (in het eindverslag)

Bevestiging van aanvankelijke diagnose bevestiging (RF40OY)	Sector	N	Ja	Neen
	Bank	29	93,10%	6,90%
Ziekenhuis en verzorging	105	87,60%	12,40%	
TOTAAL	134	88,80%	11,20%	
Wijziging van diagnose (RF41CM)	Sector	N	Burn-out	Geen burn-out
	Bank	63	98,40%	2%
Ziekenhuis en verzorging	206	97,10%	2,90%	
TOTAAL	269	97,40%	2,60%	
Diagnose BO - Vroeg stadium (1 of 2) (RF411PA)	Sector	N	Niet gecontroleerd	Gecontroleerd
	Bank	74	33,80%	66,20%
Ziekenhuis en verzorging	238	26,50%	73,50%	
TOTAAL	312	28,20%	71,80%	
Diagnose BO - Gevorderd stadium (3) (RF412PA)	Sector	N	Niet gecontroleerd	Gecontroleerd
	Bank	74	89,20%	10,80%
Ziekenhuis en verzorging	238	92,00%	8,00%	
TOTAAL	312	91,30%	8,70%	
Diagnose BO - Duidelijk werkgerelateerd (RF413PA)	Sector	N	Niet gecontroleerd	Gecontroleerd
	Bank	74	27,00%	73,00%
Ziekenhuis en verzorging	238	30,70%	69,30%	
TOTAAL	312	29,80%	70,20%	

Met name tabel 12.2 laat zien dat in de meeste gevallen (d.w.z. meer dan 80%) burn-out inderdaad de belangrijkste aandoening is die aanleiding geeft tot de symptomen. In 5% van de gevallen denkt de zorgverlener na behandeling dat de burn-out de oorzaak is van andere psychische stoornissen en in 12% van de gevallen dat de burn-out het gevolg is van eerdere moeilijkheden of stoornissen.

Tabel 12.2: Herziening van aanvankelijke hypothese

Herziening van aanvankelijke hypothese (RF42CM)	Sector	N	BO belangrijkste aandoening aan de oorsprong van de symptomen	BO komt voort uit andere psychologische aandoeningen	BO als gevolg van eerdere moeilijkheden of aandoeningen
	Bank	51	<b>86,30%</b>	7,80%	5,90%
	Ziekenhuis en verzorging	165	<b>81,80%</b>	3,60%	14,50%
	TOTAAL	216	<b>82,90%</b>	4,60%	12,50%

Tabel 12.3 geeft informatie over de evolutie van de burn-outsymptomen na behandeling. In meer dan 75% van de gevallen is de diagnose burn-out na behandeling niet meer van toepassing voor de deelnemer. Van de 24% bij wie de BO nog aanwezig is, bevindt meer dan 65% zich in stadium 1 van de BO, 24% in stadium 2 en minder dan 10% in stadium 3. Bij ongeveer 95% van de gevallen zijn de symptomen verbeterd; in ongeveer 80% van de gevallen traden geen andere psychologische moeilijkheden op. Ten slotte was het BOTP in 93% van de gevallen geschikt voor de werknemer.

Tabel 12.3: Evolutie van de BO

	Sector	N	Ja	Neen	
BO altijd aanwezig (RF43OY)	Bank	70	32,90%	<b>67,10%</b>	
	Ziekenhuis en verzorging	226	20,80%	<b>79,20%</b>	
	TOTAAL	296	23,60%	<b>76,40%</b>	
BO altijd aanwezig - Stadium (RF44CM)	Sector	N	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3
	Bank	23	<b>65,20%</b>	30,40%	4,30%
	Ziekenhuis en verzorging	43	<b>67,40%</b>	20,90%	11,60%
	TOTAAL	66	<b>66,70%</b>	24,20%	9,10%
Verbetering van BO-symptomen (RF45OY)	Sector	N	Ja	Neen	
	Bank	58	<b>87,90%</b>	12,10%	
	Ziekenhuis en verzorging	171	<b>96,50%</b>	3,50%	
	TOTAAL	229	<b>94,30%</b>	5,70%	
Optreden van andere psychische problemen (RF46OY)	Bank	69	24,60%	<b>75,40%</b>	
	Ziekenhuis en verzorging	221	19,90%	<b>80,10%</b>	
	TOTAAL	290	21,00%	<b>79,00%</b>	
BOTP aangepast aan de werknemer (RF47OY)	Bank	70	<b>90,00%</b>	10,00%	
	Ziekenhuis en verzorging	223	<b>94,60%</b>	5,40%	
	TOTAAL	293	<b>93,50%</b>	6,50%	

## 12.1 Voortgezette behandeling met de BO-begeleider (BOB) volgens de evolutie van de diagnose en symptomatologie van burn-out (in het eindverslag - (EV))

Uit tabel 12.1.1 blijkt dat 81% van de deelnemers die aan het eind van de behandeling geen BO meer hadden, de behandeling niet hebben voortgezet met hun BOB. Van degenen die aan het eind van de behandeling nog steeds de diagnose BO hadden, koos 35% ervoor om de behandeling met zijn of haar BOB voort te zetten, terwijl 65% er de voorkeur aan gaf om de behandeling met zijn of haar BOB stop te zetten ( $\chi^2(1, 294) = 7.37, p = .007$ ).

Tabel 12.1.1: BO altijd aanwezig in eindverslag x BOB zet behandeling voort

			Behandeling voortgezet met BOB		Totaal
			Ja	Neen	
BO altijd aanwezig (EV)	Ja	Aantal werknemers	24	45	69
		% van BO altijd aanwezig (EV)	34,8%	65,2%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	43	182	225
		% van BO altijd aanwezig (EV)	19,1%	80,9%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	67	227	294
		% van BO altijd aanwezig (EV)	22,8%	77,2%	100,0%

Uit tabel 12.1.2 blijkt dat een hoger percentage van deelnemers (66,7%) die hun behandeling met het BOB voortzetten degenen zijn die in het eindrapport na afloop van het behandeltraject nog steeds in stadium 3 burn-out zitten. De statistische test is echter niet relevant omdat wij cellen hebben met een N van minder dan 5 deelnemers.

Tabel 12.1.2: BO-stadium gespecificeerd in het eindverslag x behandeling voortgezet door de BOB

			Behandeling voortgezet met BOB		Totaal
			Ja	Neen	
BO-stadium aangegeven in het EV	Stadium 1	Aantal werknemers	14	29	43
		% in BO-stadium in EV	32,6%	67,4%	100,0%
	Stadium 2	Aantal werknemers	5	11	16
		% in BO-stadium in EV	31,3%	68,8%	100,0%
	Stadium 3	Aantal werknemers	4	2	6
		% in BO-stadium in EV	66,7%	33,3%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	23	42	65
		% in BO-stadium in EV	35,4%	64,6%	100,0%

Voor de volgende tabel is de statistische toets ook niet significant ( $\chi^2(1, 227) = .86, p = \text{NS}$ ).

Bij de meerderheid van de deelnemers werd verbetering van de BO-symptomen geconstateerd en was er geen significant verschil in de follow-up van de behandeling door de BOB afhankelijk van een verbetering van de symptomen.

Tabel 12.1.3: Verbetering van BO-symptomen gespecificeerd in eindverslag x behandeling voortgezet door BOB

			Behandeling voortgezet met BOB		Totaal
			Ja	Neen	
Verbetering van de BO-symptomen in EV	Ja	Aantal werknemers	57	157	214
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	26,6%	73,4%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	5	8	13
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	38,5%	61,5%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	62	165	227
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	27,3%	72,7%	100,0%

Tabel 12.1.4 toont dat 34,4% van de deelnemers voor wie andere psychische moeilijkheden opdoken doorgaat met zijn of haar BOB, tegenover 20% voor degenen die geen nieuwe psychische moeilijkheden ondervinden ( $\chi^2(1, 288) = 4.65, p = .03$ ).

Tabel 12.1.4: Verschijnen van andere in het eindverslag gespecificeerde problemen x behandeling voortgezet met BOB

			Behandeling voortgezet met BOB		Totaal
			Ja	Neen	
Optreden van andere psychische problemen in EV	Ja	Aantal werknemers	21	40	61
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	34,4%	65,6%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	48	179	227
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	21,1%	78,9%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	69	219	288
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	24,0%	76,0%	100,0%



## 12.2 Voortgezette behandeling met de zorgverlener in individuele sessies (IB) volgens de evolutie van de diagnose en de evolutie van de BO-symptomen

Uit tabel 12.2.1 blijkt dat 73% van de deelnemers die aan het eind van de behandeling geen BO meer hadden, de behandeling niet hebben voortgezet met hun IB. Van degenen die aan het eind van de behandeling nog steeds de diagnose BO hebben, kiest 39% ervoor om de behandeling met zijn of haar IB voort te zetten, tegenover 61% die er de voorkeur aan geeft de behandeling met zijn of haar IB te stoppen ( $\chi^2(1, 289) = 3.71, p = .05$ ).

Tabel 12.2.1: BO altijd aanwezig in eindverslag x behandeling voortgezet met IB

			Behandeling voortgezet met IB		Totaal
			Ja	Neen	
BO altijd aanwezig (EV)	Ja	Aantal werknemers	26	41	67
		% van BO altijd aanwezig (EV)	38,8%	61,2%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	59	163	222
		% van BO altijd aanwezig (EV)	26,6%	73,4%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	67	85	204
		% van BO altijd aanwezig (EV)	22,8%	29,4%	70,6%

Uit tabel 12.2.2 blijkt dat een hoger percentage van de deelnemers (60%) die hun behandeling met IB voortzetten in het eindverslag na afloop van het behandeltraject nog steeds als stadium 3 burn-out wordt aangemerkt. De statistische test is echter niet relevant omdat wij cellen hebben met een N van minder dan 5 deelnemers.

Tabel 12.2.2: BO-stadium gespecificeerd in het eindverslag x behandeling voortgezet met IB

			Behandeling voortgezet met IB		Totaal
			Ja	Neen	
BO-stadium aangegeven in het EV	Stadium 1	Aantal werknemers	17	26	43
		% in BO-stadium in EV	39,5%	60,5%	100,0%
	Stadium 2	Aantal werknemers	5	10	15
		% in BO-stadium in EV	33,3%	66,7%	100,0%
	Stadium 3	Aantal werknemers	3	2	5
		% in BO-stadium in EV	60,0%	40,0%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	25	38	63
		% in BO-stadium in EV	39,7%	60,3%	100,0%

Voor de volgende tabel is de statistische test ook niet significant ( $\chi^2(1, 223) = .09, p = \text{NS}$ ).

Bij de meeste deelnemers werd een verbetering van de BO-symptomen vastgesteld, en er was geen significant verschil in de follow-up door IB, afhankelijk van de vraag of de symptomen al dan niet zijn verbeterd.

Tabel 12.2.3: Verbetering van BO-symptomen gespecificeerd in eindverslag x behandeling voortgezet met IB

			Behandeling voortgezet met IB		Totaal
			Ja	Neen	
Verbetering van de BO-symptomen in EV	Ja	Aantal werknemers	72	138	210
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	34,3%	65,7%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	5	8	13
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	38,5%	61,5%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	77	146	223
		% in Verbetering van symptomen BO in EV	34,5%	65,5%	100,0%

Uit tabel 12.2.4 blijkt dat 48,3% van de deelnemers bij wie tijdens de follow-up bij hun IB andere psychische problemen opdoken de follow-upbehandeling met hun IB voortzetten, tegenover 24% bij degenen die geen nieuwe psychische problemen ondervonden ( $\chi^2(1, 284) = 13,43, p < 0,001$ ).

Tabel 12.2.4: Andere in het eindverslag vermelde moeilijkheden x behandeling voortgezet met IB

			Behandeling voortgezet met IB		Totaal
			Ja	Neen	
Optreden van andere psychische problemen in EV	Ja	Aantal werknemers	29	31	60
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	48,3%	51,7%	100,0%
	Neen	Aantal werknemers	54	170	224
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	24,1%	75,9%	100,0%
Totaal		Aantal werknemers	83	201	284
		% in Optreden van andere psychologische moeilijkheden in EV	29,2%	70,8%	100,0%

### 13. Samenvatting en bespreking van de resultaten

---

#### BEKENDMAKING VAN HET PROJECT, VERWIJZING EN BESCHRIJVING DEELNEMERS

De meerderheid van de deelnemers aan het pilootproject (85%) werd geïnformeerd via werkgerelateerde bronnen (preventieadviseurs, werkgever, leidinggevende, ...), terwijl circa 10-15% werd bereikt door niet-werkgerelateerde informatieverstrekking (zorgverlener, psycholoog, ...). De verwijzer, zoals voorzien in het pilootproject, was ofwel de arbeidsarts, de preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPSY) of de behandelende arts. De arbeidsarts was de belangrijkste informatieverstrekker en verwijzer, in het bijzonder voor de Nederlandstalige deelnemers. Franstalige werknemers werden vooral geïnformeerd en ook doorverwezen door de PAPSY terwijl de behandelende arts de werknemers doorverwees die door andere informatieverstrekking op de hoogte waren gebracht van het project.

Er is weinig vergelijkingsmateriaal te vinden in de literatuur welke kanalen men idealiter dient te gebruiken om een pilootproject voor burn-out bekend te maken en deelnemers te rekruteren. In een overzichtsstudie van Ahola et al, uit 2017 hadden in vijf onderzoeken werknemers meegedaan aan een enquête en de interventie aangeboden gekregen vanwege hun hoge score op burn-out of uitputting. In de overige drie onderzoeken hadden deelnemers ofwel contact opgenomen met een arbeidsgeneeskundige dienst, zich aangemeld voor rehabilitatie, of waren ze toegelaten na een doorverwijzing en via de media. Het Fedris-pilootproject is de afgelopen jaren niet alleen bekend geraakt via de bedoelde werkgerelateerde kanalen (preventieadviseurs, brochures op de werkplek, ...) maar ook via "mond tot mondreclame" (familie, burn-outbegeleiders). De verwijzing via drie actoren/ingangspoorten is voldoende en laagdrempelig genoeg opdat iedere werknemer die tot de doelgroep behoort, toegang krijgt tot het programma.

De meerderheid van de deelnemers in het pilootproject waren vrouwen, met een mediane leeftijd van 44 jaar en hoger opgeleid. De ziekenhuis- en zorgsector is bij uitstek een vrouwelijke sector, met emotioneel beladen werk en in zowel de zorg- als de bankensector zijn veel hoogopgeleiden aan de slag. Deze kenmerken komen tevens zeer goed overeen met de karakteristieken van deelnemers aan andere burn-outinterventies. Perski et al, 2017 rapporteren in hun review van 16 studies dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers tussen 39.5 en 46 jaar ligt, dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn en gemiddeld tot hoog geschoold zijn. Een gelijkaardig beeld wordt geschetst door Dreison et al, in hun meta-analyse van 35 jaar onderzoek naar job burn-out bij mentale zorgverleners (2018). De meerderheid van de deelnemers was vrouw (70.6%), blank (72.7%) en had een diploma (59.7%). De meest voorkomende disciplines waren verpleegkundigen (44.1%) en therapeuten (34.7%). Gelijkaardige observaties zijn ook terug te vinden in de review van De Simone et al uit 2021. Volgens de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor is er geen verschil in burn-out naargelang het scholingsniveau van de werknemers, maar wel volgens geslacht, leeftijd en beroep : het aandeel werknemers met burn-out symptomen is lager bij mannen, bij de leeftijdsgroep jonger dan 30 jaar en het hoogst in de onderwijs- en zorgsector (Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, 2022).

## DOELTREFFENDHEID VAN DE BEHANDELING

De effectiviteit van het behandeltraject ten aanzien van de geestelijke gezondheid wordt zowel aangetoond op het niveau van burn-out als volgens de scores voor depressie, angst en stress. Voor al deze maatregelen is er een significante afname na de behandeling. Interessant is ook dat de na de behandeling waargenomen dalingen 3 tot 6 maanden na het einde van de behandeling aanhouden.

Ongeacht het tijdstip van testen hebben deelnemers uit de banksector een hogere burn-outscore (BAT) dan deelnemers uit de ziekenhuis- en zorgsector. Ook blijkt dat Franstalige deelnemers een hogere depressie- en stressscore hebben dan Nederlandstalige deelnemers. Deze resultaten komen overeen met die van het onderzoek van Sciensano van 2018 over de mentale gezondheid (Gisle et al., 2020), waaruit blijkt dat de inwoners van Vlaanderen beter af zijn dan de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Wallonië, ongeacht de stoornis (depressie, angst, eet-of zelfmoordgedrag). Ook wordt geconstateerd dat vrouwen een hoger niveau van angst vertonen dan mannen. Hetzelfde onderzoek van Sciensano van 2018 (Gisle et al., 2020) ondersteunt deze bevindingen ook door aan te tonen dat er ongelijkheden bestaan tussen mannen en vrouwen bij de verdeling van de onderzochte geestelijke gezondheidsproblemen in de bevolking, waarbij vrouwen vaker worden getroffen dan mannen. Volgens Mensah (2018) zou het verschil te wijten zijn aan een maatschappelijke segregatie tussen mannen en vrouwen en een verschil van de werksector. Mannen en vrouwen zouden niet blootgesteld zijn aan dezelfde stressniveaus omdat ze niet dezelfde jobs uitoefenen, ze worden in de maatschappij niet op dezelfde wijze gezien en behandeld en ze hebben geen toegang tot dezelfde werkomstandigheden. Wat ten slotte het stadium van burn-out betreft, werd tussen de deelnemers vastgesteld dat het niveau van depressie en angst lager was voor deelnemers met de diagnose stadium 1 burn-out. De zelfbeoordeelde fysieke en psychische gezondheid verbetert (stijgt) aanzienlijk na de behandeling. Het is ook interessant om op te merken dat de na de behandeling waargenomen verbeteringen 3 tot 6 maanden na het einde van het behandeltraject aanhouden.

Het is moeilijk om in de literatuur vergelijkingspunten te vinden, aangezien de behandelmethoden van studie tot studie verschillen. Ahola et al. (2017) maken melding van een klein aantal studies over de doeltreffendheid van de behandeling, maar benadrukken vooral de heterogeniteit van de gebruikte methoden. Pijpker et al. (2019) merken op dat de meeste van die studies de methodologie van de ingevoerde interventies slechts in zeer algemene termen beschrijven, wat het moeilijk maakt ze te vergelijken. Wij kunnen echter zeggen dat deze positieve resultaten over het geheel genomen in overeenstemming zijn met de wetenschappelijke literatuur. Corbière et al. (2019) wijzen bijvoorbeeld op de positieve effecten van therapie of medische follow-up in hun scoping review over de re-integratie in het werk van werknemers die uitvallen door veel voorkomende psychische aandoeningen (waaronder stressgerelateerde aandoeningen bij werknemers). De auteurs zijn het er ook over eens dat gecombineerde behandelingen (gericht op zowel het individu als de organisatie), een groter positief effect hebben op burn-out en positieve effecten vertonen die langer aanhouden. Westermann et al. (2014) laten zien dat gecombineerde (en organisatorische) behandelingen een langdurig effect hebben op burn-out (meer dan een jaar). Awa et al. (2010) sluiten zich hierbij aan en wijzen erop dat gecombineerde behandelingen positieve effecten hebben

op burn-out en dat deze effecten langer aanhouden. Het Fedris-programma werd oorspronkelijk bepaald als een gecombineerde interventie door de mogelijkheid voor de deelnemer om het verzoek om een multidisciplinaire vergadering te activeren om zijn/haar werkomstandigheden aan te passen. Deze specifieke module werd echter slechts door een deelnemer geactiveerd. We stellen in de resultaten echter vast dat meer dan 60% van de deelnemers geantwoord hebben op de vraag over hun tevredenheid over de dynamiek van de multidisciplinaire vergadering, wat ons doet geloven dat er informele mechanismen zijn ingesteld. Het is mogelijk dat de arbeidsklinieksessies, waar de burn-outbegeleider de werknemer helpt na te denken over oplossingen gericht op zijn werk en de werknemer voorbereidt om zijn werkomstandigheden te bespreken met de betrokken preventie- of bedrijfsmedewerkers, actieve maar informele benaderingen van de deelnemers in deze richting hebben gestimuleerd.

Wij hebben ook de doeltreffendheid van de behandeling beoordeeld aan de hand van de verbeteringen die na de behandeling werden ervaren qua algemeen welzijn, welzijn op het werk, gemak van taakuitvoering, slaap, levenskwaliteit en evenwicht tussen werk en privéleven. Gemiddeld waren de deelnemers het erover eens of geheel mee eens dat deze aspecten na hun behandeling waren verbeterd. Deze positieve resultaten blijven gehandhaafd tussen post-test 1 en post-test 2, d.w.z. tussen 3 en 6 maanden na het einde van de behandeling. Ongeacht het tijdstip van de test vertonen deelnemers ouder dan 55 jaar een grotere overeenkomst dan 35-55-jarigen over de verbetering van de levenskwaliteit. De resultaten komen overeen met de resultaten van het EUROFOUND-onderzoek 2015 (p.188) die tonen dat hoe ouder de deelnemer is, hoe negatiever het effect van het werk op de gezondheid wordt ervaren, behalve voor werknemers boven de 55 die nog actief zijn. Dit kan volgens de auteurs verklaard worden door het "healthy worker effect", dat het idee ondersteunt dat oudere werknemers die nog actief zijn, positieve werkomstandigheden genieten en weinig invloed van hun werkomstandigheden op hun gezondheid voelen. Het is duidelijk dat er in de werkomgeving verder moet worden nagedacht over het leeftijdsbeleid. Bovendien ervaren 7 deelnemers met een contract van bepaalde duur (CBD) een grotere verbetering van hun algemeen welzijn, welzijn op het werk en gemak bij het uitvoeren van hun taken dan deelnemers met een contract van onbepaalde duur (COD) of statutaire werknemers. Dit resultaat kan verklaard worden door het feit dat de deelnemers met een CBD die lijden op het werk meer faciliteiten en minder wettelijke beperkingen hebben dan de COD/statutairen om te veranderen van werkomgeving, in plaats van te proberen te onderhandelen over een aanpassing van hun werkomstandigheden.

Ter conclusie, deze resultaten komen overeen met de bevinding van Maslach en Leiter (2016): dat behandelingen om de eisen van het werk te verminderen in combinatie met verbeteringen in herstelstrategieën (door betere slaap, meer beweging en betere voeding) een direct effect hebben op burn-outgerelateerde vermoeidheid. De combinatie van reflectie over de realiteit van het werk (arbeidsklinieksessies) met psycho-educatieve sessies zou de waargenomen resultaten gedeeltelijk kunnen verklaren.

## ZORGCONSUMPTIE

De verbeteringen die de deelnemers na het traject rapporteren op vlak van algemeen welzijn, slaap, levenskwaliteit en work-life balance (cf. supra) worden weerspiegeld in hun zorgconsumptie. Het aantal consultaties bij de verschillende gezondheidsmedewerkers tijdens en na het traject daalt in vergelijking met het aantal contacten voor de start van het traject, evenals het aantal medische onderzoeken en inname van medicatie (met uitzondering van antidepressiva). Voor het traject consulteren meer dan 80% de huisarts en meer dan 50% de arbeidsarts en een specialist. Na het traject valt dit flink terug: 34.5% voor de huisarts, 21.2 % arbeidsarts en 26.2% andere zorgverlener. Deze gegevens zijn niet onverwacht of uitzonderlijk want de werknemer voelt zich eerst uitgeput en vertoont allerlei gezondheidsklachten waarvoor hij een oorzaak en/of behandeling zoekt. Er worden medische onderzoeken uitgevoerd (vooral een bloedafname en beeldvorming) om een differentiële diagnose te stellen. Deelnemers die arbeidsongeschikt zijn, hebben meer consultaties t.o.v. personen die nog aan het werk zijn: deze eerste groep kan getroffen zijn door meer en ernstigere klachten maar zij hebben tevens een ziekteattest nodig (in kader van gewettigde afwezigheid) en dienen daarvoor een arts te contacteren. De personen die naast de huisarts het frequentst worden geconsulteerd, zijn de psycholoog, de kinesist, coach en psychiater. Fedris werkt in het begeleidingstraject immers samen met erkende psychologen en artsen als burn-outbegeleider en met kinesisten als individuele begeleider.

Er worden geen verschillen in zorgconsumptie vastgesteld per sector, geslacht of burn-outstadium.

Er is wel een belangrijk verschil tussen de Franstalige en Nederlandstalige deelnemers: Franstaligen maken meer gebruik van het zorgaanbod en slikken meer medicatie, vooral tranquillizers. Dit verschil is in overeenstemming met de hierboven besproken resultaten van de Sciensano-enquête in 2018 over geestelijke gezondheid in het Vlaams Gewest, Brussel en het Waals Gewest (Gisle et al., 2020). Oudere werknemers (>45 jaar) consulteren frequenter de huisarts en nemen meer geneesmiddelen in. Met de leeftijd neemt immers de kans op een chronische aandoening toe en wordt er vaak een medicamenteuze behandeling ingesteld.

In de epidemiologische studie bij Zwitserse zorgverleners die mensen met een professionele burn-out in hun patiëntenpopulatie hebben (Plys et al, 2022), neemt slechts 14,6% hun toevlucht tot biologische analyses of metingen om hun "diagnose" te verfijnen, zoals speeksel- of bloedcortisol (19,5%), ontstekingsmarkers (43,7%) en hartslagvariabiliteit (35,5%).

De belangrijkste therapie bestond uit het voorschrijven van ziekteverlof (80,2%), medicamenteuze behandeling (67,9%) en een vermindering van de activiteitsgraad (49,8%). Antidepressiva werden het meest voorgeschreven gevolgd door tranquillizers en slaapmiddelen. In de discussie wordt echter vermeld dat men in plaats van een medicamenteuze beter een andere of een gecombineerde therapie (vb. psychologische interventie, psycho-educatie, relaxatie, ...) voorschrijft maar dat er wachttijden zijn bij de psychologen en dat mensen met een lager inkomen deze sessies niet kunnen betalen, waardoor medicatie een “gemakkelijke” oplossing vormt. Gemiddeld was het verzuim of het cumulatieve verzuim bij burn-out rond de 5 maanden.

De burn-out richtlijnen uit EBMPracticeNet (oorspronkelijk gebaseerd op een Duodecim Finse richtlijn en aangepast aan de Belgische zorgcontext in 2017) en van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (2018) raden aan om bij ernstige vermoeidheid een ziekteverlof van 2-3 weken voor te schrijven. Doordat vermoeidheid en uitputting centraal staan en de functionele capaciteit belemmerd is, is het een noodzaak om de werknemer rust te geven. In die periode is het de bedoeling dat de werknemer tot rust kan komen; hij/zij mag echter niet met rust gelaten worden. Vervolgens is er activerende en ondersteunende begeleiding nodig om structuur te brengen in de problemen en oplossingen te zoeken, samen met de werknemer/patiënt en diens omgeving. Het oppakken van activiteiten zoals werk is zinvol als de werknemer/patiënt zicht heeft op concrete oplossingen. Normaal kan de werknemer/patiënt binnen 3 maanden weer functioneren. Indien de werknemer na 4-6 weken zich nog steeds niet in staat voelt om te werken, is er nood aan meer ondersteuning en verder doorverwijzen.

Het medicatiegebruik door de deelnemers in het pilootproject, is in tegenspraak met bovenstaande richtlijnen waarin medicatie bij burn-out niet aanbevolen wordt daar de effectiviteit van medicijnen om burn-out te behandelen niet is aangetoond. In de (huisarts)praktijk komt het echter voor dat gedurende de eerste periode van "uitval" door psychische klachten en bij ernstige slaapproblemen kortdurend gebruik gemaakt wordt van benzodiazepines (slaapmedicatie) voor slaapproblemen en spanningsklachten en van symptomatische middelen ter bestrijding van functionele lichamelijke klachten zoals pijn en maagdarmklachten.

In tegenstelling met Nederland en België, stellen de therapeutische aanbevelingen van het Zwitsers netwerk van burn-out experts (SEB) wel een medicamenteuze behandeling voor (Hochstrassera et al, 2016). Het betreft voornamelijk antidepressiva om co-morbide depressie te behandelen en sederende medicatie om de slaap te herstellen.

## TEVREDENHEID VAN DE DEELNEMERS OVER HET BEHANDELTRAJECT

Wat de logistieke aspecten van het behandeltraject betreft, was een zeer hoog percentage deelnemers tevreden tot zeer tevreden over de aspecten nabijheid, gemakkelijke toegang en aanpasbaarheid van de behandellocaties. Aangezien bijna 90% van de deelnemers door één of twee zorgverleners werd behandeld, was een zeer hoog percentage van de deelnemers tevreden tot zeer tevreden over de logistieke aspecten van de diensten van zijn of haar zorgverlener, wat betreft het gemak van de afspraak, de flexibiliteit van de tijdstippen, de stiptheid en de coördinatie van het BOTP. De meeste deelnemers zijn tevreden tot zeer tevreden over de sessies van hun zorgverlener.

Wat de inhoud van het behandeltraject betreft, was meer dan 90% van de deelnemers tevreden tot zeer tevreden over het aantal sessies, de diversiteit van de aangeboden sessies, de moduleerbaarheid of het personalisatieniveau van het aan hen voorgestelde aanbod en de duur van het behandeltraject. Wat de uitleg over het behandeltraject betreft, is meer dan 95% tevreden tot zeer tevreden over de uitleg van de BO-begeleider, tegenover bijna 90% voor die van Fedris. Wat ten slotte de dynamiek van de multidisciplinaire bijeenkomst betreft, was bijna 80% van de deelnemers over het geheel genomen tevreden tot zeer tevreden.

In 80% van de gevallen trad een psycholoog alleen op voor de behandeling van de deelnemer. Zijn optreden ging in 16% en 2% van de gevallen gepaard met dat van een kinesitherapeut of arts. Meer dan 80% van de deelnemers is tevreden tot zeer tevreden over de mogelijkheid van behandeling door verschillende gezondheidswerkers.

Bijna 75% van de deelnemers geeft een algemene evaluatie van het behandelprogramma van meer dan 8 op 10 (bijna 90% als een score van meer dan 7 op 10 in aanmerking wordt genomen). De gemiddelde waardering was 8,01 op 10 (met een standaardafwijking van 1,79). Er was geen significant verschil in de algemene beoordeling van de behandeling afhankelijk van het aantal bij de behandeling betrokken personen. Bijna 95% van de deelnemers zou dit behandeltraject aan anderen aanbevelen. Iets meer dan 75% van de deelnemers vond het niet nodig om de follow-up met zijn of haar BO-begeleider of individuele-sessiebegeleider voort te zetten.

## PERCEPTIE VAN DE HUIDIGE SITUATIE (POST-TEST 1)

Bijna 60% van de deelnemers vond dat het bedrijf op collectief niveau zich niet bewust was van het probleem. Bijna 80% vond dat er geen verandering is in de managementstijl. Bijna 65% vond dat er niet meer actie is ondernomen voor welzijn, en meer dan 75% vond dat er niet meer materiële steun is gekomen. Onze resultaten geven een meer heterogeen beeld wat betreft acties in verband met de organisatie van het werk. De literatuur wijst echter op de positieve rol van organisatorische acties bij de bestrijding van burn-out. De studies van Kärkkäinen et al. (2017, 2018a, 2018b) laten zien dat werkaanpassingen gunstig zijn. In de scoping review van Corbière et al. (2019) over terugkeer naar het werk na werkonderbreking wegens stressgerelateerde aandoeningen, suggereren de meeste artikelen dat de nodige middelen (materieel en menselijk) moeten worden ingezet. Op Belgisch niveau benadrukt het advies nr. 2330 van de Nationale Arbeidsraad (NAR)



(<https://cnt-nar.be/nl/thema-dossiers/burn-out>) betreffende de pilootprojecten voor primaire preventie van burn-out (gestart in het kader van de uitvoering van het interprofessioneel akkoord 2017-2018 en in nauwe samenwerking met de FOD Werkgelegenheid) "het belang om, naast interventies die zich richten op individuele redmiddelen om met uitdagende beroepssituaties om te gaan, zich te richten op het veranderen van de organisatorische context en omstandigheden". De NAR bevestigt de volgende principes als goede praktijken voor de primaire preventie van burn-out: (1) een multidisciplinaire, brede aanpak, die gericht is op het individu én de organisatie, (2) de noodzaak van een participatieve aanpak die ondersteund wordt door zowel de werkgever/het management als de werknemers, (3) een aanpak die mee gedragen wordt door de overlegorganen conform hun respectieve bevoegdheden, (4) een aanpak die structureel is ingebed in het strategisch beleid van de organisatie op langere termijn. Volgens deze principes zou men dus de organisaties en bedrijven meer moeten sensibiliseren en aanzetten om na te denken over primaire preventie en de jobinhoud, de arbeidsomstandigheden, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsrelaties en de organisatie van het werk in vraag te stellen en te verbeteren.

Daarnaast benadrukken de artikelen dat de werkgever of HR moet zorgen voor de veranderingen in het werk en de uitvoering ervan. Bastien en Corbière (2019) leggen echter uit dat managers de neiging hebben om zich vooral te richten op aspecten die strikt verband houden met het werk (planning en taakwijzigingen) in plaats van op acties om psychosociale risico's (stress, conflicten, gebrek aan sociale steun enz.) te verminderen. Daarom zou het nuttig zijn dat de PAPSY na het behandelingstraject kan zorgen voor een follow-up door het management te adviseren over specifieke interventies voor psychosociale risico's.

De module "Multidisciplinaire vergadering" van ons behandelingstraject werd echter niet geactiveerd of gevraagd door de deelnemer, maar bijna 80% van de deelnemers zijn tevreden of heel tevreden over de dynamiek van deze vergadering. Het is dus waarschijnlijk dat de bezinning over een mogelijke aanpassing of bijstelling van de werkomstandigheden van de deelnemer met preventie- of bedrijfsmedewerkers informeel plaatsvond, zonder het activeren van het voorstel van Fedris voor een multidisciplinaire vergadering met opheffing van de anonimiteit. Dit bevestigt de vaststelling van Pijpker et al. (2019), dat in een systematisch overzicht van de literatuur over gecombineerde behandelingen om burn-out te verminderen en terugkeer naar het werk te bevorderen, de betrokkenheid van werknemers bij de besluitvorming, verbeterde baancontrole en sociale steun, en verminderde stressfactoren de doeltreffendheid van deze behandelingen verklaren.

Over de relatie met de hiërarchie zijn de meningen verdeeld. Tussen 45% en 50% van de deelnemers is van mening dat er geen verbetering is opgetreden, terwijl de overige deelnemers een verbetering aangeven. De meningen zijn positiever over de relatie met collega's aangezien bijna 75% van de deelnemers een verbetering van deze relatie ziet. Volgens Hämmig (2017) is gebrek aan steun van de leidinggevende een risicofactor voor welzijn op het werk. Etuknwa (2019) en de Vries et al. (2017) wijzen op het belang van steun van collega's en de leidinggevende tijdens de re-integratie op de werkplek. Een Duitse studie over de re-integratie op het werk na een crisis (Schroder et al., 2022) gevoerd door BAuA, een instelling die gelijkaardig is aan Fedris, gaat nog verder in de bezinning.

Een van de conclusies gaat over het feit dat "alle bevroegde personen zeer waarschijnlijk sociale steun krijgen van collega's, minder van hun superieuren en nog minder van de onderneming", wat redelijk overeenkomt met onze resultaten. De studie gaat verder en benadrukt dat mensen met op kennissen gebaseerde copingstrategieën meer profiteren van sociale steun van hun collega's en superieuren en het als positief ervaren, in vergelijking met zij die andere copingstrategieën gebruiken. Dit onderstreept het belang en de gedifferentieerde impact volgens de individuele begeleiding om de bijdrage van organisatorische middelen te maximaliseren.

Deze resultaten suggereren dat we enerzijds moeten nadenken over hoe we de sensibilisering en de opleiding van het lokale management op deze punten kunnen verbeteren. In dit verband kan worden verwezen naar de toolkit voor managementcompetenties met betrekking tot psychosociale risico's van Yarker et al. (2008, zie ook FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociale Dialoog, 2017). Anderzijds zal het een kwestie zijn van het voorstellen van een follow-up door de PAPSY tijdens of na het einde van het behandelingstraject om de aanpak van de vastgestelde psychosociale risico's te optimaliseren.

Wat hun eigen relatie met het werk betreft, is meer dan 65% van de deelnemers het ermee eens dat zij meer positieve aspecten in hun werk zien. Bijna 90% is het er ook mee eens dat zij meer afstand van het werk hebben genomen en ten slotte is meer dan 80% het ermee eens dat zij nu realistischer verwachtingen hebben ten aanzien van het werk. Deze positieve resultaten worden ook door de literatuur ondersteund. Verscheidene studies, waaronder die van Karkkainen et al. (2017) en Gragnano et al. (2017), melden dat een positieve relatie met werk een belangrijke factor lijkt te zijn voor re-integratie op de werkplek. In een meta-analyse stellen Etuknwa et al. (2019) dat een positieve werkhouding leidt tot duurzame re-integratie. De Vries et al. (2017) melden dat een slechte relatie met het werk schadelijk is.

Stegmann et al. (2021), opnieuw in de door BAuA in Duitsland uitgevoerde studie, gaan verder met een integratie van persoonlijke middelen als hefboom voor een succesvolle re-integratie op de werkplek. Volgens deze auteurs kan de terugkeer naar het werk in het geheel begrepen worden als een coherent en continu proces. Een geslaagde en duurzame terugkeer naar het werk kan beschreven worden als een op middelen gebaseerd proces. In deze studie blijkt zelfeffectiviteit een centrale hulpbron te zijn tijdens de terugkeer naar het werk. Werknemers slagen in hun terugkeer als ze actief hulp zoeken en een open houding aannemen ten aanzien van samenwerking, waarbij ze positieve interactie toepassen (prosociale coping). De resultaten van de studie laten ook zien dat mensen die hun copingstrategie richten op kennissen vaker een hoog werk- en prestatieniveau bereiken na zes maanden en een beter resultaat op lange termijn hebben dan andere copingstrategieën.

## TEWERKSTELLING EN WERKPOSTAANPASSINGEN

Voor de aanvang van het begeleidingstraject was slechts 45% van de deelnemers aan het werk, hiervan was een kleine helft deeltijds tewerkgesteld. De tewerkstelling nam toe na het begeleidings-traject tot ongeveer 80% maar de helft -zeker de vrouwen- is nog steeds maar deeltijds aan het werk. Deze positieve resultaten van een gestegen tewerkstelling zijn in overeenstemming met andere studies (Pijpker et al, 2019; Perski et al, 2017; Ahola et al, 2017). Niet elke studie vindt echter een toename in tewerkstelling en deze resultaten zijn te verklaren door verschillen in duur en intensiteit van de interventies, de onderzochte populaties, de follow-up periode etc.

Circa 88% van de deelnemers is in dienst gebleven bij dezelfde werkgever en iets meer dan 70% op dezelfde werkpost. Slechts bij 30% werden er aanpassingen door de werkgever doorgevoerd en dan vooral bij oudere werknemers (>45 jaar). Deze bestonden in belangrijke mate uit aanpassingen van het uurrooster en het muteren van werknemers naar een andere afdeling.

45% van de werknemers ondernam zelf ook actie, in het bijzonder na een verwijzing door de arbeidsarts of PAPSY. Zoals in de succesvolle interventies beschreven in de review van Perski et al (2017) hebben deze deelnemers door het contact met de preventieadviseur(s) gerichte verbeteradviezen gekregen en door het volgen van het begeleidingstraject de vaardigheden om hierover in dialoog te gaan met hun werkgever/ leidinggevende of collega's. Een vermindering in het aantal werkuren en een verandering van functie werd in de meeste situaties doorgevoerd. Daarnaast traden ook veranderingen op in hun copingstijl, veerkracht en gedrag en stelden deze werknemers meer grenzen zowel wat betreft de inhoud van het takenpakket als de werktijd.

Alhoewel de veranderingen door werkgever enerzijds en werknemer anderzijds een gunstige invloed hebben op (weder)tewerkstelling, zijn deze volgens de wetenschappelijke literatuur nog onvoldoende om een veralgemeende en duurzame impact te hebben. Zoals in bovenstaande paragraaf beschreven is, dient een participatief en preventief welzijnsbeleid gevoerd te worden met aandacht voor individuele én organisatorische interventies.

## KENMERKEN VAN HET BEHANDELPROGRAMMA

**Het totale aantal sessies bedroeg gemiddeld 12,41** (12,81 in de banksector en 12,29 in de ziekenhuis- en zorgsector), met een gemiddelde van 3,69 arbeidskliniksessies; 2,45 psycho-educatieve sessies (starterskit); 4,35 individuele sessies; 1,32 follow-upsessies en 0,46 heroriëntatiesessies. Het traject omvat dus gemiddeld iets meer dan 6 sessies met de burn-outbegeleider en bijna 4 sessies met de individuele begeleider voor een lichaamsgerichte of cognitief-emotionele aanpak. Er worden ook 2 tot 3 psycho-educatieve sessies gevraagd. Zeer weinig sessies werden geannuleerd. Bijna 75% van de deelnemers volgde een volledig behandeltraject terwijl slechts 26% het traject onderbrak.

Het is interessant om op te merken dat de volgorde van de verschillende soorten aangeboden sessies verschilt. Toch is de eerste sessie meestal een arbeidsklinieksessie (in meer dan 80% van de gevallen) of een psycho-educatieve sessie. De laatste sessie is logischerwijs in bijna 60% van de gevallen een follow-upsessie.

Een zeer grote meerderheid van de arbeidsklinieksessies en individuele sessies wordt op individuele basis georganiseerd, wat logisch lijkt en door het projectteam werd verwacht. Wat de psycho-educatieve sessies (starterskit) betreft, kiest 27% van de deelnemers in de banksector voor groepsessies tegenover 12% van de deelnemers in de ziekenhuis- en zorgsector. Dit lijkt gerechtvaardigd omdat de inhoud van psycho-educatieve sessies zich goed leent voor groepsessies.

#### DIAGNOSTISCHE ASPECTEN EN RELEVANTIE VAN HET BEHANDELTRAJECT (gebaseerd op gegevens uit het eindverslag van de BO-begeleider)

Na behandeling wordt in bijna 90% van de gevallen de oorspronkelijke diagnose burn-out bevestigd en vindt minder dan 3% van de zorgverleners het nodig om de diagnose te wijzigen naar "non-burn-out". Bijna 70% van de gevallen wordt bevestigd als stadium 1 of 2 burn-out, terwijl minder dan 10% wordt bevestigd als stadium 3 burn-out. In de meeste gevallen blijven we dus binnen het kader van de secundaire preventie. Ten slotte kan worden vastgesteld dat in 70% van de gevallen sprake is van een hoofdzakelijk werkgerelateerd burn-outprobleem.

In de meeste gevallen (meer dan 80%) is burn-out inderdaad de belangrijkste oorzaak van de symptomen. In 5% van de gevallen denkt de zorgverlener na de behandeling dat de burn-out de oorzaak is van andere psychische aandoeningen, en in 12% van de gevallen dat de burn-out het gevolg is van eerdere problemen of aandoeningen.

Wat de evolutie van de burn-outsymptomen na de behandeling betreft, is in meer dan 75% van de gevallen de diagnose burn-out niet langer van toepassing voor de deelnemer na de behandeling. Van de 24% bij wie de BO nog aanwezig is, bevindt meer dan 65% zich in stadium 1 van de BO, 24% in stadium 2 en minder dan 10% in stadium 3. In bijna 95% van de gevallen verbeterden de symptomen en in bijna 80% van de gevallen traden er geen andere psychologische problemen op. Ten slotte was het BOTP in 93% van de gevallen geschikt voor de werknemer.

Het gegeven dat werknemers met burn-out aan het werk zijn, wordt ook in andere studies vastgesteld. Volgens Ahola et al (2017) is burn-out geen stabiel fenomeen; het vermindert na verloop van tijd en de meerderheid van de patiënten blijft werken. In het kader van terugkeer naar het werk en re-integratie, is het niet noodzakelijk dat werknemers 100% fit zijn om terug aan de slag te gaan. Uit verschillende studies in het domein van de arbeidspsychologie (Schaufeli & Bakker, 2013) is aangetoond dat tewerkstelling bijdraagt aan de gezondheid. Het verrichten van arbeid werkt als een "medicijn" en men spreekt zelfs van "arbeidstherapie". Dit kan in verband gebracht worden met het opnemen van een actieve rol en het leveren van een nuttige bijdrage in de maatschappij wat een positieve impact heeft op het zelfbeeld.

Ten slotte kan uit onze analyse van de resultaten worden geconcludeerd dat de doeltreffendheid van het behandelprogramma in dit proefproject is bevestigd met, als aandachtspunt, de noodzaak om te werken aan die aspecten die de kans op een evolutie/aanpassing van de arbeidsomstandigheden maximaliseren. Ook kan worden geconcludeerd dat alle modules in dit behandeltraject nuttig zijn. Dit komt overeen met de bevindingen van Maslach en Leiter (2016) dat de meest voorkomende aanbevelingen voor de behandeling en preventie van burn-out het volgende omvatten: (1) het werkpatroon veranderen (minder werken, meer pauzes nemen enz.), (2) copingstrategieën ontwikkelen (conflictoplossing, tijdmanagement enz.), (3) sociale steun krijgen (van collega's en familie), (4) ontspanningstechnieken gebruiken, (5) een goede gezondheid bevorderen en (6) een beter zelfinzicht ontwikkelen (via therapie, zelfanalysetechnieken, enz.). Het vooropgestelde pilootproject maakt het mogelijk om deze verschillende aanbevelingen op te nemen.

## **14. STERKTES EN ZWAKTES**

---

De meeste studies naar preventie en behandeling van burn-out zijn kleinschalig en hebben een korte follow-up periode. Dit longitudinaal pilootproject volgt een grote steekproef van "honderden" werknemers over een lange periode. De hier gerapporteerde bevindingen hebben betrekking op 223 deelnemers bij wie op drie meetmomenten gegevens verzameld zijn, nl. voor de start van het begeleidingstraject (pre-test), net na het traject (dat een maximale looptijd heeft van 9 maand, post-test 1) en drie tot zes maanden na het traject (post-test 2). Op deze drie meetmomenten zijn zowel indicatoren van burn-out, stress, depressie en angst bevestigd aan de hand van gevalideerde vragenlijsten (vb. OLBI, DASS, BAT) als gegevens met betrekking tot arbeids(on)geschiktheid, werkaanpassingen en zorgconsumptie. Net na het traject gebeurt er tevens een evaluatie bij de deelnemers en stakeholders (burn-outbegeleiders, preventieadviseurs, ...) van de tevredenheid met het aangeboden interventieprogramma qua inhoud, aantal sessies, praktische organisatie etc. Naast de online datacollectie vinden er ook klinische evaluaties plaats en is er rapportering door de burn-outbegeleiders. Deze begeleiders dienen aan welbepaalde criteria te voldoen qua opleiding en ervaring met burn-out patiënten.

De aangeboden interventie is gebaseerd op een wetenschappelijke literatuurstudie en gesprekken met experts. Het programma bestaat uit individuele gerichte interventies én organisatie-gerichte acties, vermits een gecombineerde aanpak de beste resultaten oplevert. Een beperking van het pilootproject is dat de organisatiegerichte interventie, namelijk de multidisciplinaire vergadering, bijna niet heeft plaatsgevonden. Uit de verzamelde data kan echter afgeleid worden dat er wel op een informele manier organisatie-gerichte interventies plaats vonden tijdens het pilootproject

Een selectiebias kan opgetreden zijn omdat Fedris het programma aanbiedt en financiert. Werknemers die niet willen dat de werkgever, collega's, preventieadviseurs op de hoogte zijn van hun gezondheidstoestand (burn-out) nemen niet deel aan het project en/of de vergadering en zoeken opvang en begeleiding buiten het werk en dit programma.

Andere beperkingen zijn bijvoorbeeld het feit dat enkel werknemers uit de bank- en ziekenhuis/zorgsector in het pilootproject geïnccludeerd werden. Of het traject ook positieve effecten heeft op burn-out en tewerkstelling in andere sectoren, dient verder onderzocht te worden. De laatste datacollectie gebeurde drie tot zes maand na het traject maar om te kunnen spreken van een duurzaam effect, zijn nog meer follow-up metingen nodig vb. na 1 jaar, 2 jaar etc.

Het pilootproject was gericht op secundaire preventie van burn-out, namelijk werknemers in een vroegtijdig stadium van burn-out en nog aan het werk of pas kort in ziekteverlof (max 2 maand). Of het interventieprogramma effectief is bij personen met ernstigere klachten of die langer in ziekteverlof zijn (tertiaire preventie), dient afzonderlijk onderzocht te worden. Het natuurlijk verloop van burn-out is niet volledig gekend en mogelijks kunnen de klachten ook spontaan verbeteren. Aangezien er geen controlegroep is, kunnen we hierover geen uitspraken doen.

Het project is in januari 2019 gestart: de wereld en de werkvloer werden vanaf maart 2020 geconfronteerd met de Covid-19 pandemie. Heel wat mensen hebben fysieke en mentale gezondheidsproblemen gekregen. Het programma werd uitgebreid met een covidmodule, maar slechts 4 van de 223 personen hebben deze extra sessies gevolgd. Dit aantal is te klein om hierover uitspraken te doen.

## **15. AANBEVELINGEN**

---

- Wegens het verschil in informatieverstrekker en verwijzer tussen beide landstalen is het aangewezen om nog via andere kanalen de werknemers en zorgverleners te informeren om de mogelijkheid tot deelname aan het project te verhogen. Zowel mannen als vrouwen, in de drie landstalen, van alle leeftijdsgroepen en opleidingsniveaus, zouden de kans moeten krijgen om in het begeleidingsprogramma te stappen. Een blijvende oproep en sensibiliseringscampagne is nodig aangezien noch de nieuw afgestudeerden zorgverleners noch de werknemers die op de arbeidsmarkt komen, het project wellicht niet of onvoldoende kennen.
- De huidige toegang/instroom tot het interventieprogramma dient behouden te worden want het getrapte systeem werkt effectief: eerst de verwijzing door arbeidsarts, PAPSY of behandelende arts, gevolgd door een klinische diagnose bij de psycholoog (via anamnese, vragenlijsten, uitsluiten andere oorzaken). Men kan zich de vraag stellen of de derde stap (de controle van de BO diagnose en het stadium door de Fedris psychologen) eveneens behouden dient te blijven? Deze bijkomende check/controle geeft extra werkbelasting voor de Fedris ambtenaren maar vermits het momenteel moeilijk is om duidelijke objectieve criteria op te stellen voor de diagnose van burn-out, blijft deze derde stap nodig.

- De doeltreffendheid van het programma werd geverifieerd door een gemengde bevestiging van de effecten op zowel zelfgerapporteerde schalen van psychologische en fysieke gezondheid of waargenomen verbeteringen als op meer objectieve variabelen zoals gezondheidszorg en medicijngebruik of veranderingen in de werkstatus van de deelnemers. De effecten hielden ook na verloop van tijd aan, met een hoge mate van tevredenheid onder de deelnemers over de organisatie van het behandeltraject en de inhoud ervan, het feit dat de deelnemers hun eigen relatie met het werk hadden veranderd enz. Deze resultaten suggereren dat de doelgroepen moeten worden verbreed en dat een preventieprogramma moet worden ingevoerd. Een grote uitdaging voor Fedris zal dus zijn om de methodologie voor de registratie van de beroepsblootstelling en de doelgroep van een dergelijk programma te bepalen.
  
- Wij constateren echter een minder positief resultaat voor het effect op de werkorganisatie. De meningen van de deelnemers lopen op dit punt meer uiteen of vertonen in ieder geval aanzienlijke interindividuele verschillen in tevredenheid. Deze vaststelling laat ons toe om te herinneren aan het belang van primaire preventie, maar ook aan het belang van bewustmaking in organisaties en bij managers in het bijzonder. Er is echt een geïntegreerde aanpak nodig: primaire, secundaire en tertiaire preventie.
  
- Ter herinnering, gemiddeld bedraagt het totaal aantal sessies 12.41. Interessanter is dat we vinden dat 187 deelnemers (of 83,9%) een aantal sessies kregen variërend van 8 tot 18. Overigens bedraagt het gemiddeld aantal sessies per module van het behandeltraject 3.69 arbeidsklinieksessies (BOB), 2.45 psycho-educatieve sessies (starterskit) (BOB of IB); 4,35 individuele sessies; 1,32 follow-upsessies (BOB) en 0,46 heroriëntatiesessies (BOB). Het gemiddelde traject omvat dus iets meer dan 6 sessies met de BOB en bijna 4 sessies met de IB voor een lichaamsgerichte of cognitief-emotionele aanpak. Er worden ook 2 tot 3 psycho-educatieve sessies gevraagd. Deze analyses stellen ons in staat om het volgende voorstel te doen. Wetende dat de patiënt in psychotherapie geneigd is de therapie te beëindigen wanneer de winst voldoende is (Stiles, Barkham et Wheeler, 2015), stellen wij een flexibele aanpak voor volgens de noden van de deelnemers van het BOTP, op basis van maximaal 18 sessies te kiezen uit het onderstaande assortiment:
  - Maximum 2 diagnostische sessies (+ indien nodig een debriefingsessie of heroriëntatiesessie in het geval van een weigering voor het BOTP Fedris),
  - Maximum 4 arbeidsklinieksessies,
  - Maximum 3 starterskitsessies,
  - Maximum 7 individuele sessies,
  - Maximum 2 heroriëntatiesessies,
  - Maximum 2 follow-up sessies.

Uit de statistieken van het proefproject (bijlage 17.9) blijkt dat de 2 heroriëntatiesessies slechts door 21,1% van de deelnemers werden gebruikt, de meerderheid gebruikte ze niet (72,2%). De sessies zijn niettemin nuttig voor sommige deelnemers, wanneer alternatieve werkgelegenheid moet worden overwogen. Men moet vaststellen dat de meerderheid van de deelnemers in de vroege stadia van burn-out eerder de wens hebben een oplossing te vinden om hun eigen werkgelegenheid te behouden.

Overigens blijkt uit de statistieken van het proefproject (bijlage 17.9) dat de 2 follow-upsessies slechts door 21,1% van de deelnemers werden gebruikt (de anderen gebruikten ze niet, of slechts een enkele sessie). Deze follow-upsessies en eventueel overleg met de arbeidsarts zijn belangrijk omdat na het traject 80% van de deelnemers werken, maar de meesten deeltijds, en dit zelfs na 3-6 maanden. Follow-upsessies kunnen nuttig zijn om de terugkeer naar voltijds werk te vergemakkelijken. We weten overigens dat 23,6% van de deelnemers gediagnosticeerd blijven met burn-out na de behandeling (voor 66,7% van hen in stadium 1 van burn-out). Over het algemeen zijn hun burn-out symptomen afgenomen, maar op de een of andere manier zijn ze nog niet "100%" en de follow-upsessies zouden nuttig kunnen zijn om na te denken over het behouden van het werk op langere termijn. Daartoe worden de te ondernemen acties vaak samen met de burn-outbegeleider voorbereid, maar ook beslist in overleg met de werknemer, de bedrijfsarts en de verschillende actoren van de werkomgeving.

- Ons BOTP was bedoeld voor secundaire preventie, d.w.z. voor werknemers in een vroeg burn-outstadium die nog aan het werk zijn of minder dan 2 maanden afwezig zijn. De vraag rijst of dit relevant is voor tertiaire preventie. Voor dit soort preventie adviseert EBM ons een iets andere tijdsdynamiek, met een rustfase aan het begin van het behandelproces om de persoon in staat te stellen te rusten en te recupereren. Ook zou tertiaire preventie meer gericht moeten zijn op voorbereiding op de terugkeer naar het werk, re-integratie en kwaliteit van de terugkeer naar het werk.
- De "formele" multidisciplinaire bijeenkomst werd niet door de deelnemers geactiveerd. We stellen in de resultaten echter vast dat meer dan 60% van de deelnemers geantwoord hebben op de vraag over hun tevredenheid over de dynamiek van de multidisciplinaire vergadering, wat ons doet geloven dat er informele mechanismen zijn ingesteld. Het is de vraag of de opheffing van de anonimiteit de enige belemmering is voor deze terughoudendheid. Het formele karakter van de aanpak, met de betrokkenheid van vele preventie- en bedrijfsfactoren, speelt zeker ook een rol. Er zou een minder formele aanpak kunnen worden voorgesteld omdat die als minder "blootstellend" wordt beschouwd: geen "formele bijeenkomst" maar eerder een spontaan gesprek, een overleg met slechts 1 of 2 personen, en vervolgens een uitbreiding op eventueel verzoek van de deelnemer. Het geplande BOTP was gebaseerd op het belang van een gemengde aanpak. Hier kan men stellen dat de gemengde aanpak werd ingevoerd als we aanvaarden dat de arbeidsklinieksessies het werk ter discussie stellen en leiden tot een bezinning over een mogelijke aanpassing of bijstelling van de arbeidsomstandigheden. Het is mogelijk dat de arbeidsklinieksessies, waar de burn-outbegeleider de werknemer helpt na te denken over oplossingen gericht op zijn werk en de



werknemer voorbereidt om zijn werkomstandigheden te bespreken met de betrokken preventie- of bedrijfsmedewerkers, actieve maar informele benaderingen van de deelnemers in deze richting hebben gestimuleerd.

- Ook is het nodig om gegevens te blijven verzamelen en statistische analyses van de huidige (en toekomstige) gegevens te ontwikkelen en te publiceren. Wij beschikken over een gegevensbestand van meer dan 1000 variabelen die het onderwerp zouden kunnen zijn van specifieke studies. Wij denken bijvoorbeeld aan studies over de symptomen van burn-out, aan een diepgaande studie van de specificiteit van bepaalde BOTP-modules op onze uitkomsten (geestelijke en lichamelijke gezondheid, waargenomen verbeteringen, consumptie van medische zorg enz.) of de psychosociale aspecten die de meeste impact hebben op die uitkomsten. Behalve naar statistieken zou het ook interessant zijn om te kijken naar de analyse van de praktijken van burn-outbegeleiders en zorgverleners in individuele sessies, zowel wat betreft de diagnose als de behandeltechnieken, aan de hand van het diagnostisch verslag en het eindverslag dat van deze gezondheidswerkers wordt gevraagd.

## 16. Bibliografie

---

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient education and counseling*, 78(2), 184–190. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.008>
- Bastien M-F, Corbière M. Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *J Occup Rehabil*. 2019;29:423–432. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9801-y>.
- Ebpracticenet.be (2018). Burnout richtlijn. Duodecim Publishing Company Ltd. Gescreend door ebpracticenet. [Ebsources | Ebpracticenet \(ebpnet.be\)](https://www.ebpracticenet.be)
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S., & Lecomte, T. (2019). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- DeChant, P. F., Acs, A., Rhee, K. B., Boulanger, T. S., Snowdon, J. L., Tutty, M. A., Sinsky, C. A., & Thomas Craig, K. J. (2019). Effect of Organization-Directed Workplace Interventions on Physician Burnout: A Systematic Review. *Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes*, 3(4), 384–408. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.006>
- De Simone, S., Vargas, M. & Servillo, G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res* 33, 883–894 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>
- De Vries, H., Fishta, A., Weikert, B., Rodriguez Sanchez, A., & Wegewitz, U. (2017). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 393-417. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of occupational health psychology*, 23(1), 18–30. <https://doi.org/10.1037/ocp0000047>
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>

- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S. & Van der Heyden, J. (2020). *Enquête Sciensano. Épidémiologie et santé publique - Mode de vie et maladies chroniques. Santé mentale HIS 2018*. Bruxelles : Belgique. <https://www.sciensano.be/en/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-mentale-principaux-resultats>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. & Corbière, M. (2017). Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach.
- Hämmig, O. (2017). Health and well-being at work: The key role of supervisor support. *SSM-Population Health*, 3, 393-402. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.04.002>
- Hochstrassera B, Brühlmannb T, Cattapanc K, Hättenschwilerd J, Holsboer-Trachslere E, Kawohlf W, et al., editors. (2016). Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques. Forum Médical Suisse; EMH Media.
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., Hiltunen, S., Ryyänen, O.P., & Räsänen, K. (2017). Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*, 67(6), 461–468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018a). Occupational health care return-to-work practices for workers with job burnout. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(3), 194-204. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1441322>
- Kärkkäinen, R., Saaranen, T., & Räsänen, K. (2018b). Return-to-work Coordinators' Practices for Workers with Burnout. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(6), 493-502. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9810-x>
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mensah, A. (2021). Job Stress and Mental Well-Being among Working Men and Women in Europe: The Mediating Role of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2494. doi: 10.3390/ijerph18052494.
- Nederlands Huisartsen Genootschap richtlijn Overspanning en burn-out (2018). NHG-werkgroep Van Avendonk M, Oeij S, Seeleman J, Starmans R, Terluin B, Wewerinke A, Wiersma Tj. [Overspanning en burn-out | NHG-Richtlijnen](#)
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A., & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 551–561. <https://doi.org/10.1111/sjop.12398>
- Pijpker, R., Vaandrager, L., Veen, E. J., & Koelen, M. A. (2019). Combined Interventions to Reduce Burnout Complaints and Promote Return to Work: A Systematic Review of Effectiveness and Mediators of Change. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010055>

- Plys E., Al-Gobari M., Farine A., Shoman Y., Rochat L., Talpain O., Blanc S., Weissbrodt R., Saillant S., Rota F., Droz N., Wahlen A., Guseva Canu I. (2022). Prise en charge des personnes en burnout en Suisse : Résultats de l'étude épidémiologique auprès des professionnels de la santé. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. (Raisons de santé 337). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/337>
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2013). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (3 ed.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schroder, U.B., Stegmann, R., Schulz, I.L., & Wegewitz, U. (2022). *Psychische Krisen : Biografische Deutungen, Bewältigungsstrategien und der Einfluss auf den Return to Work Prozess*. BAuA – Germany.
- SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale (2017). *Managers de proximité: bien-faire et bien-être au travail. Guide de formation aux risques psychosociaux*. Bruxelles, Belgique : SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale. Le guide est uniquement disponible en téléchargement: [Managers de proximité: bien-faire et bien-être au travail. Guide de Formation aux risques psychosociaux \(PDF, 874 KB\)](#).
- Stegmann, R., Schulz, I.L., & Schroder, U.B. (2021). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Betriebliche Wiedereingliederung aus der Perspektive der Zurückkehrenden*. BAuA, Project F 2386: Germany.
- Stiles, W.B., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 115–122. doi: 10.1192/bjp.bp.114.145565
- Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (2022). Burn-out. Analyse van de werksituatie van werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen. Brussel: SERV. [SERV Raad 20220523 burnout StIA RAP.pdf](#)
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M., & Nienhaus, A. (2014). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 51(1), 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>
- Yarker, J., Lewis, R., Donaldsofeilder, E. (2008). *Management competencies for preventing and reducing stress at work. Identifying and developing the management behaviors necessary to implement the HSE Management Standards: Phase two*. Prepared by Goldsmiths, University of London for the HSE, 108p.

## 17. Bijlagen

### 17.1 Bijlage bij punt 1 "Beschrijvende variabelen"

Gemeten antwoordtijden	N	%
Pre-test	581	46.7
Pre-test + Post-test 1	89	7.2
Pre-test + Post-test 1 + Post-test 2	223	17.9
Overige	350	28.2
<b>TOTAAL</b>	<b>1243</b>	<b>100</b>

Steekproef 3 meettijden (N = 223)

Activiteitssector	N	%
Banksector	49	22
Ziekenhuis- en zorgsector	174	78
<b>TOTAAL</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Geslacht	Vrouw	28	57,1	151	86,8	179	80,3
	Man	21	42,9	23	13,2	44	19,7
<b>TOTAAL</b>		<b>49</b>	<b>100</b>	<b>174</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Taal	Franstalig	16	32,7	53	30,5	69	30,9
	Nederlandstalig	33	67,3	121	69,5	154	69,1
<b>TOTAAL</b>		<b>49</b>	<b>100</b>	<b>174</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
LEEFTIJD	Jonger dan 35 jaar	4	8,2	44	25,3	48	21,5
	Tussen 35 en 45	14	28,6	55	31,6	69	30,9
	Tussen 46 en 55	24	49,0	50	28,7	74	33,2
	Ouder dan 55 jaar	7	14,3	25	14,4	32	14,3
<b>TOTAAL</b>		<b>49</b>	<b>100</b>	<b>174</b>	<b>100</b>	<b>223</b>	<b>100</b>

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Provincie	Antwerpen	1	2,0	32	18,4	33	14,8
	Vlaams-Brabant	0	0	29	16,7	29	13,0
	Waals-Brabant	0	0	7	4,0	7	3,1
	Brussel-Hoofdstad	40	81,6	7	4,0	47	21,1
	West-Vlaanderen	1	2,0	21	12,1	22	9,9
	Oost-Vlaanderen	5	10,2	19	10,9	24	10,8
	Henegouwen	0	0,0	6	3,4	6	2,7
	Luik	0	0,0	5	2,9	5	2,2
	Limburg	1	2,0	18	10,3	19	8,5
	Namen	1	2,0	30	17,2	31	13,9
TOTAAL		49	100	174	100	223	100

Pre- en post-test 1 steekproef (N = 312)

Activiteitssector	N	%
Banksector	74	23,7
Ziekenhuis- en zorgsector	238	76,3
TOTAAL	312	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Geslacht	Vrouw	43	58,1	205	86,1	248	79,5
	Man	31	41,9	33	13,9	64	20,5
TOTAAL		74	100	238	100	312	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Taal	Franstalig	26	35,1	73	30,7	99	31,7
	Nederlandstalig	48	64,9	1,5	69,3	213	68,3
TOTAAL		74	100	238	100	312	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
LEEFTIJD	Jonger dan 35 jaar	8	10,8	60	25,2	68	21,8
	Tussen 35 en 45	19	25,7	73	30,7	92	29,5
	Tussen 46 en 55	36	48,6	70	29,4	106	34,0
	Ouder dan 55 jaar	11	14,9	35	14,7	46	14,7
TOTAAL		74	100	238	100	312	100

	Sector	TOTAAL
--	--------	--------

		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Provincie	Antwerpen	3	4,1	42	17,6	45	14,4
	Vlaams-Brabant	0	0	41	17,2	41	13,1
	Waals-Brabant	0	0	7	2,9	7	2,2
	Brussel-Hoofdstad	63	85,1	13	5,5	76	24,4
	West-Vlaanderen	1	1,4	29	12,2	30	9,6
	Oost-Vlaanderen	5	6,8	26	10,9	31	9,9
	Henegouwen	0	0	7	2,9	7	2,2
	Luik	0	0	6	2,5	6	1,9
	Limburg	1	1,4	25	10,5	26	8,3
Namen	1	1,4	42	17,6	43	13,8	
TOTAAL		74	100	238	100	312	100

Steekproef die ten minste aan de pre-test heeft deelgenomen (N = 893)

Activiteitssector	N	%
Banksector	220	24,6
Ziekenhuis- en zorgsector	673	75,4
TOTAAL	893	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Geslacht	Vrouw	140	63,6	593	88,1	733	82,1
	Man	80	36,4	80	11,9	160	17,9
TOTAAL		220	100	673	100	893	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Taal	Franstalig	65	29,5	201	29,9	266	29,8
	Nederlandstalig	155	70,5	472	70,1	627	70,2
TOTAAL		220	100	673	100	893	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
LEEFTIJD	Jonger dan 35 jaar	20	9,1	169	25,1	189	21,2
	Tussen 35 en 45	64	29,1	232	34,5	296	33,1
	Tussen 46 en 55	98	44,5	190	28,2	288	32,3
	Ouder dan 55 jaar	38	17,3	82	12,2	120	13,4
TOTAAL		220	100	673	100	893	100

		Sector				TOTAAL	
		Banksector		Ziekenhuis- en zorgsector			
		N	%	N	%	N	%
Provincie	Antwerpen	7	3,2	93	13,8	100	11,2
	Vlaams-Brabant	6	2,7	122	18,1	128	14,3
	Waals-Brabant	0	0	17	2,5	17	1,9
	Brussel-Hoofdstad	180	81,8	35	5,2	215	24,1
	West-Vlaanderen	4	1,8	58	8,6	62	6,9
	Oost-Vlaanderen	20	9,1	98	14,6	118	13,2
	Henegouwen	0	0	19	2,8	19	2,1
	Luik	0	0	22	3,3	22	2,5
	Limburg	2	0,9	91	13,5	93	10,4
	Luxemburg	0	0	1	0,1	1	0,1
	Namen	1	0,5	117	17,4	118	13,2
TOTAAL		220	100	673	100	893	100

## Tewerkstelling volgens diploma

			PRE - Huidige activiteit					Totaal
			Voltijds	Deeltijds	Loopbaan- onderbreking	Ziekte- verlof	Andere	
PRE – Opleidings- niveau	Hoger middelbaar	N	2	3	0	16	2	23
	Hoger middelbaar algemeen	N	2	2	0	2	1	7
	Graduaat/ Bachelor	N	30	33	1	74	3	141
	Licentie/ Master	N	17	9	0	22	0	48
	Doctoraat	N	2	1	0	1	0	4
Totaal			53	48	1	115	6	223



## 17.2 Bijlage bij punt 2 "Informatieverstrekker en verwijzer"

Socio-demografische en werkkenmerken van de deelnemers per type verwijzer (N = 223)

		Verwijzer						Totaal	
		PAPSY		Arbeidsarts		Behandelende arts			
		N	%	N	%	N	%		
Geslacht (p = 0,119)	Man	11	22,4	15	14,2	18	26,5	44	19,7
	Vrouw	38	77,6	91	85,8	50	73,5	179	80,3
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Opleiding (p=0,845)	Lager middelbaar onderwijs	0	0	3	2,8	0	0	3	1,3
	Hoger middelbaar TBK	6	12,2	9	8,5	5	7,4	20	9
	Hoger middelbaar algemeen onderwijs	0	0	6	5,7	1	1,5	7	3,1
	Graduaat/Bachelor	32	65,3	69	65,1	40	58,8	141	63,2
	Licentiaat/Master	10	20,4	18	17,0	20	29,4	48	21,5
	Doctoraat	1	2	1	0,9	2	2,9	4	1,8
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
	<b>Sector (p&lt;0,001)</b>	Ziekenhuissector	40	81,6	92	86,6	42	62,1	174
Banksector	9	18,4	14	13,2	26	37,9	49	21,7	
Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0	
<b>Taal (p &lt; .001)</b>	Frans	30	61,2	13	12,3	26	38,2	69	30,9
	Nederlands	19	38,8	93	87,7	42	61,8	154	69,1
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Leeftijd (p = .381)	≤45 jaar	30	61,2	53	50,0	34	50,0	117	52,5
	>45 jaar	19	38,8	53	50,0	34	50,0	106	47,5
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Contract type (p = .711)	Bepaalde duur	1	2	3	2,8	3	4,4	7	3,1
	Onbepaalde duur	45	91,8	95	89,6	63	92,6	203	91,0
	Statutair	3	6,1	8	7,5	2	2,9	12	5,8
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0

Tijd in functie ( $p = .252$ )	0-1 jaar	5		6		4		15	
	1,5-5 jaar	10		28		20		58	
	6-10 jaar	8		22		10		40	
	11-20 jaar	20		22		20		62	
	21-30 jaar	4		19		6		29	
	31-40 jaar	2		9		8		19	
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Uurrooster ( $p = .438$ )	Vast	21	42,9	50	47,2	37	54,4	108	48,4
	Variabel	28	57,1	56	52,8	31	45,6	115	51,6
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0
Dag/nacht ( $p = .242$ )	Dag	36	73,5	79	75,2	55	80,9	170	76,6
	Nacht	2	4,1	0	0	2	2,9	4	1,8
	Dag & nacht	11	22,4	26	24,8	11	16,2	48	21,6
	Totaal	49	100,0	105	100,0	68	100,0	223	100,0
BO stadium ( $p = .899$ )	1	13	27,1	21	21,4	14	22,2	48	23,0
	2	28	58,3	66	67,3	43	68,3	137	65,5
	3-4	7	14,6	11	11,2	6	9,5	24	11,5
	Totaal	48	100,0	98	100,0	24	100,0	209	100,0
Tewerkstelling ( $p = .140$ )	Voltijds	16	32,7	25	23,6	12	17,6	53	23,8
	Deeltijds	10	20,4	27	25,5	11	16,2	48	21,5
	Ziekte	21	42,9	49	46,2	45	66,2	115	51,6
	Onderbreking	0	0	1	0,9	0	0	1	0,4
	Andere	2	4,1	4	3,8	0	0	6	2,7
	Totaal	49	100,0	106	100,0	68	100,0	223	100,0

### 17.3 Bijlage bij punt 3 "Doeltreffendheid van het traject voor geestelijke gezondheidszorg"

Variantieanalyses met herhaalde metingen (3 meetmomenten) waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen leeftijd, taal, geslacht, type contract en stadium van burn-out.

Geestelijke gezondheid x leeftijd

	Leeftijd (in jaren) (PRE_SD6_ RECOD)	Gemiddelde pre-test	Gemiddelde post-test1	Gemiddelde Post-test2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	- dan 35	63,37	51,50	51,70	Binnen deelnemers	99,57 (1,81 ; 257,16)	$p < ,001$	***
	35-45	61,96	52,39	50,87				
	46-55	63,35	52,98	53,16	Tussen deelnemers	0,99 (3 ; 142)	$p = ,398$	/
	+ dan 55	63,03	55,99	55,74				
	TOTAAL	62,86	52,84	52,42				
Burn-out (BAT)	- dan 35	3,27	2,52	2,42	Binnen deelnemers	83,80 (1,66 ; 121,26)	$p < ,001$	***
	35-45	3,36	2,52	2,51				
	46-55	3,16	2,46	2,33	Tussen deelnemers	0,690 (3 ; 73)	$p = ,561$	/
	+ dan 55	3,56	2,66	2,54				
	TOTAAL	3,29	2,51	2,43				
Depressie (DASS)	- dan 35	21,63	8,41	9,71	Binnen deelnemers	134,12 (1,82 ; 393,69)	$p < ,001$	***
	35-45	21,41	11,48	11,27				
	46-55	18,70	9,91	9,80	Tussen deelnemers	0,867 (3 ; 216)	$p = ,459$	/
	+ dan 55	20,00	9,24	8,34				
	TOTAAL	20,36	9,97	10,05				
Angst (DASS)	- dan 35	18,00	7,92	8,37	Binnen deelnemers	110,21 (1,81 ; 393,87)	$p < ,001$	***
	35-45	19,35	10,50	9,86				
	46-55	15,27	8,12	8,45	Tussen deelnemers	2,450 (3 ; 218)	$p = ,065$	/
	+ dan 55	15,93	6,20	6,67				
	TOTAAL	17,21	8,54	8,62				
Stress (DASS)	- dan 35	27,58	14,21	14,67	Binnen deelnemers	159,48 (1,91 ; 412,69)	$p < ,001$	***
	35-45	27,85	14,97	15,32				
	46-55	25,49	14,12	13,38	Tussen deelnemers	0,988 (3 ; 216)	$p = ,399$	/
	+ dan 55	25,43	13,31	12,47				
	TOTAAL	26,67	14,29	14,14				

/ = NS; \* = <0,05; \*\* <0,01; \*\*\* <0,001

## Geestelijke gezondheid x taal

	Taal (LANG)	Gemiddelde pre-test	Gemiddelde post-test1	Gemiddelde Post-test2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	Franstalig	63,11	53,92	52,58	Binnen deelnemers	113,98 (1,80 ; 269,51)	$p < ,001$	***
	Nederlandstalig	62,61	52,04	52,06	Tussen deelnemers	0,60 (1 ; 150)	$p = ,439$	/
	TOTAAL	62,76	52,60	52,21				
Burn-out (BAT)	Franstalig	3,21	2,60	2,54	Binnen deelnemers	74,07 (1,78 ; 143,93)	$p < ,001$	***
	Nederlandstalig	3,31	2,43	2,33	Tussen deelnemers	0,44 (1 ; 81)	$p = ,509$	/
	TOTAAL	3,28	2,48	2,39				
Depressie (DASS)	Franstalig	24,14	12,14	12,45	Binnen deelnemers	142,10 (1,79 ; 409,17)	$p < ,001$	***
	Nederlandstalig	18,66	8,65	8,59	Tussen deelnemers	15,10 (1 ; 227)	$p < ,001$	***
	TOTAAL	20,36	9,73	9,79				
Angst (DASS)	Franstalig	18,39	9,21	8,85	Binnen deelnemers	112,91 (1,79 ; 404,69)	$p < ,001$	***
	Nederlandstalig	16,53	7,89	8,24	Tussen deelnemers	1,53 (1 ; 229)	$p = ,217$	/
	TOTAAL	17,10	8,30	8,43				
Stress (DASS)	Franstalig	29,21	16,53	15,04	Binnen deelnemers	173,95 (1,88 ; 426,37)	$p < ,001$	***
	Nederlandstalig	25,65	12,82	13,28	Tussen deelnemers	08,22 (1 ; 227)	$p = ,005$	**
	TOTAAL	26,76	13,97	13,83				

/ = NS ; \* = < ,05 ; \*\* < ,01 ; \*\*\* < ,001

## Geestelijke gezondheid x geslacht

	Type (PRE_SD7)	Gemiddelde pre-test	Gemiddelde post-test1	Gemiddelde Post-test2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	Man	62,17	52,11	50,87	Binnen deelnemers	76,54 (1,80 ; 269,61)	$p < ,001$	***
	Vrouw	62,87	52,69	52,46	Tussen deelnemers	0.38 (1 ; 150)	$p = ,375$	/
	TOTAAL	62,76	52,60	52,21				
Burn-out (BAT)	Man	3,12	2,42	2,34	Binnen deelnemers	43,74 (1,76 ; 142,24)	$p < ,001$	***
	Vrouw	3,30	2,49	2,39	Tussen deelnemers	0,33 (1 ; 81)	$p = ,569$	/
	TOTAAL	3,28	2,48	2,39				
Depressie (DASS)	Man	21,51	11,64	9,15	Binnen deelnemers	102,93 (1,78 ; 403,36)	$p < ,001$	***
	Vrouw	20,08	9,26	9,95	Tussen deelnemers	0.58 (1 ; 227)	$p = ,447$	/
	TOTAAL	20,36	9,73	9,79				
Angst (DASS)	Man	14,09	7,60	6,19	Binnen deelnemers	70,16 (1,78 ; 408,49)	$p < ,001$	***
	Vrouw	17,83	8,47	8,97	Tussen deelnemers	4.37 (1 ; 229)	$p = ,038$	*
	TOTAAL	17,10	8,30	8,43				
Stress (DASS)	Man	24,98	13,31	11,78	Binnen deelnemers	122,11 (1,88 ; 426,86)	$p < ,001$	***
	Vrouw	27,19	14,13	14,33	Tussen deelnemers	2.26 (1 ; 227)	$p = ,134$	/
	TOTAAL	26,76	13,97	13,83				

/ = NS ; \* = < ,05 ; \*\* < ,01 ; \*\*\* < ,001

## Geestelijke gezondheid x type contract

	Type contract (PRE_T2)	Gemiddelde pre-test	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	CBD	62,78	46,66	42,84	Binnen deelnemers	41,88 (1,81 ; 269,04)	$p < ,001$	***
	COD	62,87	52,72	52,59				
	Statutair	61,20	54,49	52,73	Tussen deelnemers	1,68 (2 ; 149)	$p = ,190$	/
	TOTAAL	62,76	52,60	52,21				
Burn-out (BAT)	CBD	2,54	2,10	1,76	Binnen deelnemers	13,76 (1,75 ; 140,26)	$p < ,001$	***
	COD	3,30	2,48	2,39				
	Statutair	3,25	2,54	2,50	Tussen deelnemers	1.13 (2 ; 80)	$p = ,329$	/
	TOTAAL	3,28	2,48	2,39				
Depressie (DASS)	CBD	22,86	7,43	6,57	Binnen deelnemers	25,21 (1,80 ; 407,34)	$p < ,001$	***
	COD	20,46	9,53	9,67				
	Statutair	17,38	14,15	13,38	Tussen deelnemers	0,35 (2 ; 226)	$p = ,702$	/
	TOTAAL	20,36	9,73	9,79				
Angst (DASS)	CBD	15,14	6,86	7,43	Binnen deelnemers	16,78 (1,79 ; 407,67)	$p < ,001$	***
	COD	17,12	8,09	8,28				
	Statutair	17,85	12,46	11,38	Tussen deelnemers	1.05 (2 ; 228)	$p = ,352$	/
	TOTAAL	17,10	8,30	8,43				
Stress (DASS)	CBD	28,86	13,14	15,43	Binnen deelnemers	30,06 (1,89 ; 426,27)	$p < ,001$	***
	COD	26,72	13,74	13,53				
	Statutair	26,15	18,15	17,69	Tussen deelnemers	0,84 (2 ; 226)	$p = ,433$	/
	TOTAAL	26,76	13,97	13,83				

/ = NS ; \* = &lt; ,05 ; \*\* &lt; ,01 ; \*\*\* &lt; ,001

## Geestelijke gezondheid x burn-outstadium

	Burn-outstadium (STAF2CM)	Gemiddelde pre-test	Gemiddelde post-test1	Gemiddelde Post-test2	Het testen van de effecten	F(ddl)	P	Teken.
Burn-out (OLBI)	Stadium 1	61,49	52,88	52,22	Binnen deelnemers	41,82 (1,91 ; 243,96)	$p < ,001$	***
	Stadium 2	63,67	53,65	53,18				
	Stadium 3	61,89	51,73	50,20	Tussen deelnemers	0,77 (2 ; 128)	$p = ,467$	/
	TOTAAL	62,94	53,32	52,74				
Burn-out (BAT)	Stadium 1	3,40	2,66	2,56	Binnen deelnemers	29,06 (1,64 ; 104,61)	$p < ,001$	***
	Stadium 2	3,28	2,53	2,49				
	Stadium 3	2,72	1,92	1,87	Tussen deelnemers	2,48 (2 ; 64)	$p = ,092$	/
	TOTAAL	3,28	2,53	2,47				
Depressie (DASS)	Stadium 1 <sup>a</sup>	15,91	8,04	8,82	Binnen deelnemers	68,78 (1,82 ; 353,02)	$p < ,001$	***
	Stadium 2 <sup>a</sup>	21,73	11,01	10,43				
	Stadium 3	23,47	9,20	9,33	Tussen deelnemers	3,55 (2 ; 194)	$p = ,031$	*
	TOTAAL	20,48	10,16	9,96				
Angst (DASS)	Stadium 1 <sup>a</sup>	13,96	6,77	6,81	Binnen deelnemers	50,26 (1,75 ; 343,06)	$p < ,001$	***
	Stadium 2 <sup>a</sup>	18,49	9,54	9,02				
	Stadium 3	16,80	7,07	7,73	Tussen deelnemers	3,84 (2 ; 196)	$p = ,023$	*
	TOTAAL	17,29	8,70	8,40				
Stress (DASS)	Stadium 1	24,51	13,74	13,06	Binnen deelnemers	79,19 (1,90 ; 369,04)	$p < ,001$	***
	Stadium 2	27,43	15,11	14,31				
	Stadium 3	27,60	12,27	14,27	Tussen deelnemers	1,10 (2 ; 194)	$p = ,335$	/
	TOTAAL	26,75	14,57	14,01				

/ = NS; \* = < ,05; \*\* < ,01; \*\*\* < ,001- <sup>ab</sup> post-hocverschillen

## 17.4 Bijlage betreffende punt 3 "Doeltreffendheid van het behandeltraject met betrekking tot de geestelijke gezondheid": normen

OLBI-STANDAARDEN (gestandaardiseerde scores)

[https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/burnout2019\\_annexes\\_rapport\\_recherche.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/content/documents/Bien-être%20au%20travail/Projets%20de%20recherche/burnout2019_annexes_rapport_recherche.pdf)

	OLBI
Zwak	Minder dan 40
Matig	Tussen 40 en 60
Hoog	Meer dan 60

BBT-NORMEN (*Manual BAT - Version 2.0, Table 66, p. 113*)

<https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/User-Manual-BAT-version-2.0.pdf>

		Scores				
		ITU	DIS	ECO	CCO	TOT
	Groene score: "In goede gezondheid"	1 - 3,05	1 – 2,49	1 – 2,09	1 – 2,69	1 – 2,58
	Oranje score: "Risico op burn-out"	3,06 - 3,3	2,5 – 3,29	2,1 – 2,89	2,7 – 3,09	2,59 - 3,01
	Rode score: "Hoog risico op burn-out"	3,31 – 5	3,3 – 5	2,9 – 5	3,1 – 5	3,02 – 5

DASS-NORMEN

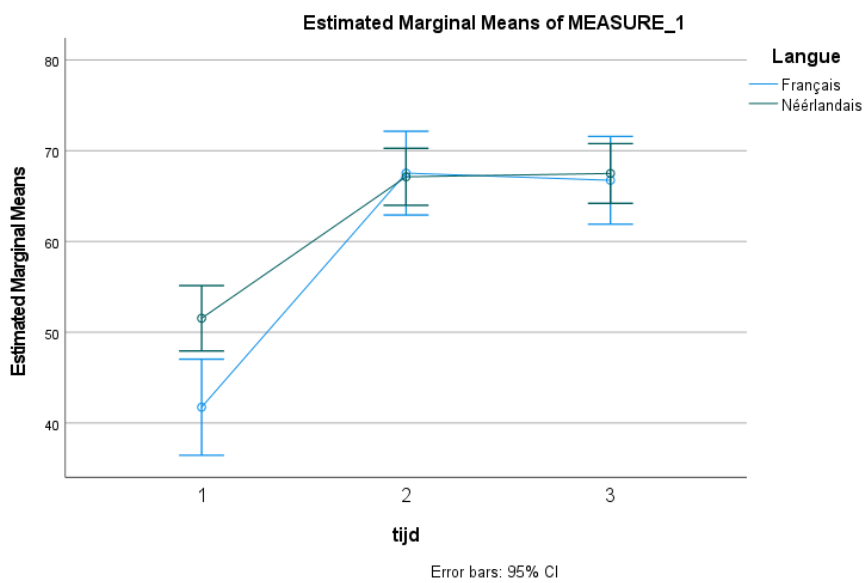
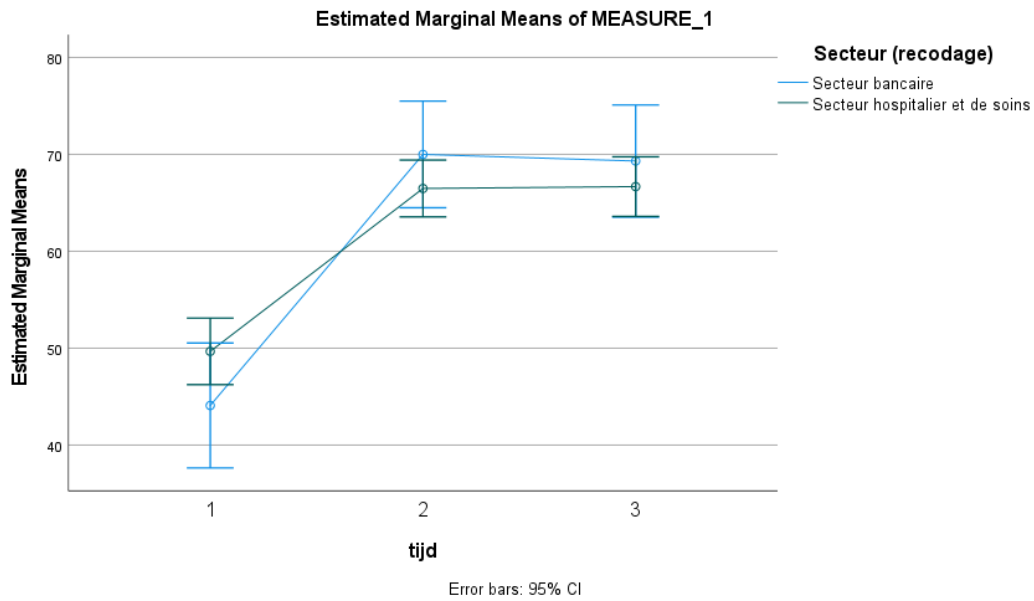
Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation

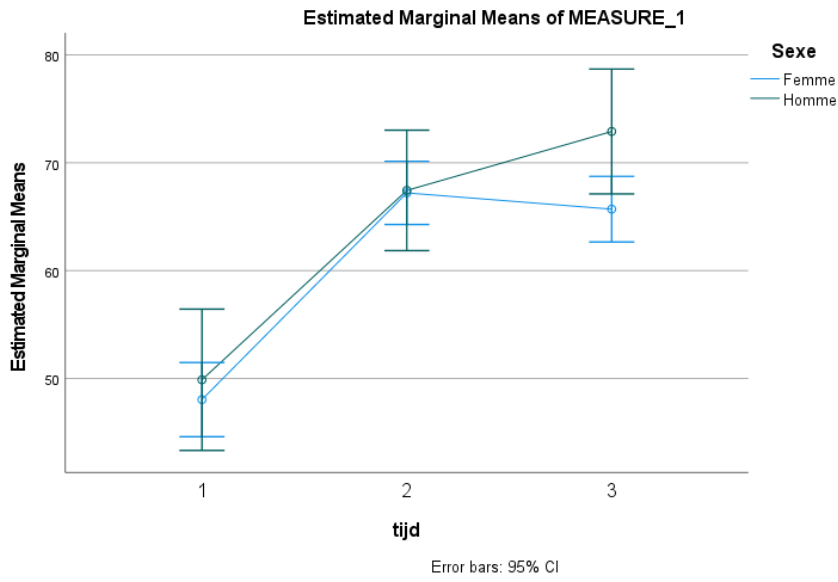
	Depressie	Angst	Stress
Gewoon	0-9	0-7	0-14
Licht	10-13	8-9	15-18
Matig	14-20	10-14	19-25
Ernstig	21-27	15-19	26-33
Zeer ernstig	28+	20+	34+



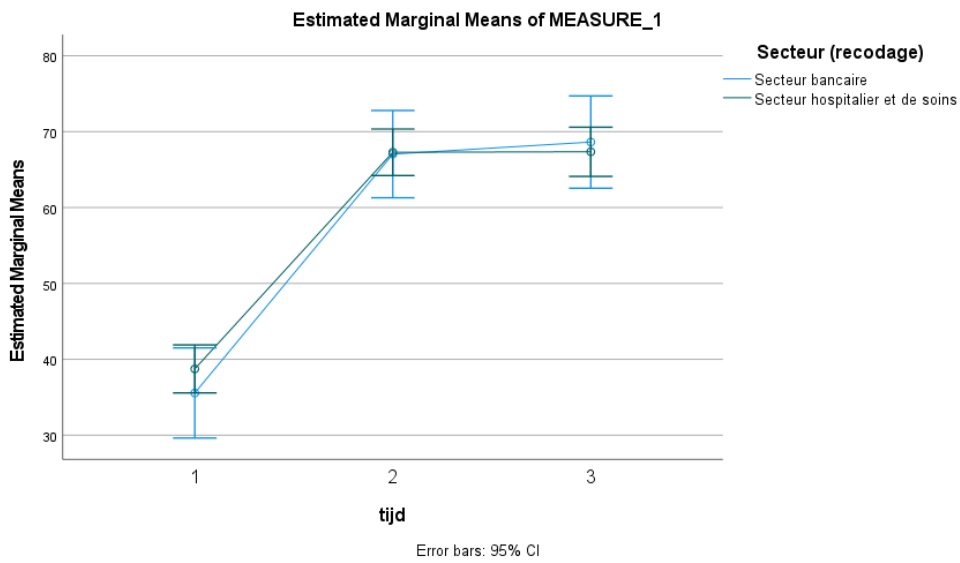
## 17.5 Bijlage bij punt 4 "Zelfgerapporteerde gezondheidstoestand (fysiek en psychologisch) "

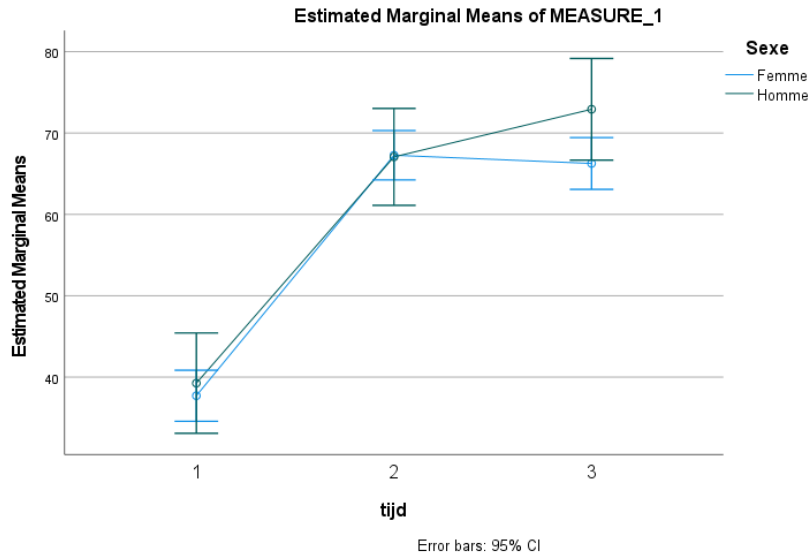
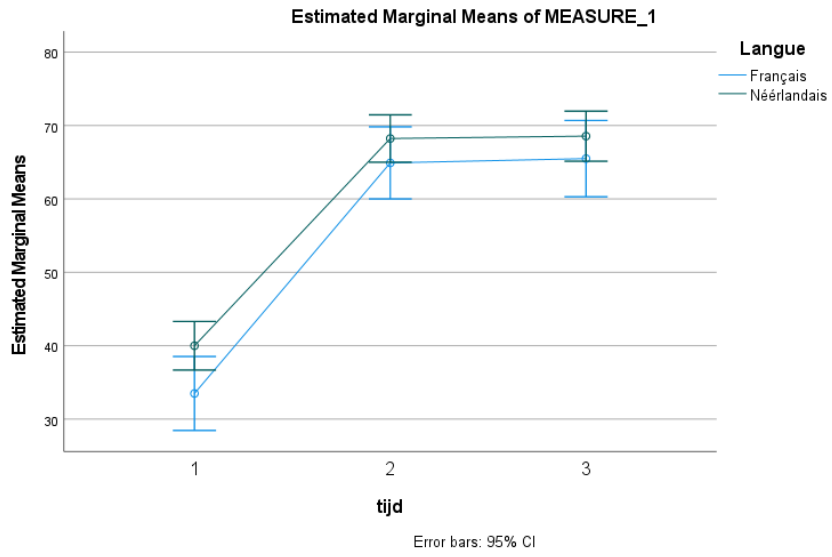
Evolutie fysieke toestand over tijd volgens sector – taal en geslacht





Evolutie psychologische toestand over tijd volgens sector – taal en geslacht





## 17.6 Bijlage bij punt 6 "Efficiëntie van het behandeltraject in termen van waargenomen verbeteringen"

Variantieanalyses met herhaalde metingen (3 meetmomenten) waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen leeftijd, taal, geslacht, type contract en stadium van burn-out.

Waargenomen verbeteringen x leeftijd

	Leeftijd (in jaren) (PRE_SD6_REC0D)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	- dan 35	3,30	3,30	Binnen deelnemers	0,121 (1 ; 211)	$p = ,728$	/
	35 – 45	3,20	3,18				
	46 – 55	3,09	3,11	Tussen deelnemers	2,15 (3 ; 211)	$p = ,095$	/
	+ dan 55	3,36	3,43				
	TOTAAL	3,20	3,21				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	- dan 35	2,95	3,12	Binnen deelnemers	1,12 (1 ; 186)	$p = ,235$	/
	35 – 45	3,02	3,00				
	46 – 55	2,77	2,83	Tussen deelnemers	1,46 (3 ; 186)	$p = ,227$	/
	+ dan 55	2,79	2,88				
	TOTAAL	2,89	2,95				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	- dan 35	2,95	3,07	Binnen deelnemers	2,91 (1 ; 184)	$p = ,090$	/
	35 – 45	2,82	2,93				
	46 – 55	2,71	2,84	Tussen deelnemers	01,23 (3 ; 184)	$p = ,300$	/
	+ dan 55	2,83	2,92				
	TOTAAL	2,81	2,93				
Verbeterde slaap (D43)	- dan 35	3,15	2,96	Binnen deelnemers	3,97 (1 ; 204)	$p = ,048$	*
	35 – 45	2,85	2,81				
	46 – 55	2,97	2,87	Tussen deelnemers	1,84 (3 ; 204)	$p = ,142$	/
	+ dan 55	3,22	3,07				
	TOTAAL	3,01	2,90				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	- dan 35	3,15	3,13	Binnen deelnemers	0,03 (1 ; 205)	$p = ,870$	/
	35 – 45	2,95	3,03				
	46 – 55 <sup>b</sup>	3,13	3,03	Tussen deelnemers	2,86 (3 ; 205)	$p = ,038$	*
	+ dan 55 <sup>ab</sup>	3,37	3,44				
	TOTAAL	3,11	3,11				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	- dan 35	3,07	3,05	Binnen deelnemers	1,79 (1 ; 184)	$p = ,183$	/
	35 – 45	2,98	3,02				
	46 – 55	3,17	3,09	Tussen deelnemers	0,69 (3 ; 184)	$p = ,560$	/
	+ dan 55	3,33	3,08				
	TOTAAL	3,11	3,06				

/ = NS; \* = <0,05; \*\* <0,01; \*\*\* <0,001 - <sup>ab</sup> post-hocverschillen

## Gevoelde verbeteringen x taal

	Taal (LANG)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	Franstalig	3,27	3,23	Binnen deelnemers	0,03 (1 ; 232)	$p = ,869$	/
	Nederlandstalig	3,21	3,23	Tussen deelnemers	0,14 (1 ; 232)	$p = ,705$	/
	TOTAAL	3,23	3,23				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	Franstalig	2,92	3,05	Binnen deelnemers	1,52 (1 ; 207)	$p = ,337$	/
	Nederlandstalig	2,91	2,93	Tussen deelnemers	0,31 (1 ; 207)	$p = ,581$	/
	TOTAAL	2,91	2,97				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	Franstalig	2,79	3,00	Binnen deelnemers	4,33 (1 ; 203)	$p = ,039$	*
	Nederlandstalig	2,83	2,89	Tussen deelnemers	0,10 (1 ; 203)	$p = ,755$	/
	TOTAAL	2,82	2,92				
Verbeterde slaap (D43)	Franstalig	3,04	2,86	Binnen deelnemers	5,20 (1 ; 224)	$p = ,024$	*
	Nederlandstalig	2,99	2,92	Tussen deelnemers	0,01 (1 ; 224)	$p = ,957$	/
	TOTAAL	3,01	2,90				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	Franstalig	3,08	3,10	Binnen deelnemers	0,04 (1 ; 224)	$p = ,833$	/
	Nederlandstalig	3,14	3,14	Tussen deelnemers	0,32 (1 ; 224)	$p = ,571$	/
	TOTAAL	3,12	3,13				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	Franstalig	3,07	3,07	Binnen deelnemers	0,49 (1 ; 203)	$p = ,487$	/
	Nederlandstalig	3,15	3,07	Tussen deelnemers	0,13 (1 ; 203)	$p = ,720$	/
	TOTAAL	3,13	3,07				
/ = NS ; * = < ,05 ; ** < ,01 ; *** < ,001							

## Gevoelde verbeteringen X geslacht

	Type (PRE_SD7)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	Man	3,09	3,16	Binnen deelnemers	0,21 (1 ; 222)	$p = ,648$	/
	Vrouw	3,26	3,24	Tussen deelnemers	1,50 (1 ; 222)	$p = ,222$	/
	TOTAAL	3,22	3,22				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	Man	2,77	3,03	Binnen deelnemers	3,11 (1 ; 197)	$p = ,079$	/
	Vrouw	2,95	2,95	Tussen deelnemers	0,15 (1 ; 197)	$p = ,698$	/
	TOTAAL	2,92	2,96				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	Man	2,80	2,89	Binnen deelnemers	1,52 (1 ; 195)	$p = ,219$	/
	Vrouw	2,83	2,94	Tussen deelnemers	0,14 (1 ; 195)	$p = ,713$	/
	TOTAAL	2,83	2,93				
Verbeterde slaap (D43)	Man	2,95	2,97	Binnen deelnemers	0,78 (1 ; 214)	$p = ,379$	/
	Vrouw	3,03	2,88	Tussen deelnemers	0,01 (1 ; 214)	$p = ,937$	/
	TOTAAL	3,01	2,89				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	Man	3,02	3,07	Binnen deelnemers	0,06 (1 ; 216)	$p = ,805$	/
	Vrouw	3,15	3,13	Tussen deelnemers	0,77 (1 ; 216)	$p = ,380$	/
	TOTAAL	3,12	3,12				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	Man	3,08	3,14	Binnen deelnemers	0,05 (1 ; 195)	$p = ,820$	/
	Vrouw	3,14	3,06	Tussen deelnemers	0,01 (1 ; 195)	$p = ,926$	/
	TOTAAL	3,13	3,07				
/ = NS ; * = < ,05 ; ** < ,01 ; *** < ,001							

## Gevoelde verbeteringen X type contract

	Type contract (PRE_T2)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	CBD <sup>ab</sup>	3,86	3,71	Binnen deelnemers	0,06 (1 ; 221)	p = ,806	/
	COD <sup>a</sup>	3,22	3,21				
	Statutaire <sup>b</sup>	2,92	3,15	Tussen deelnemers	3,87 (2 ; 221)	p = ,022	*
	TOTAAL	3,22	3,22				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	CBD <sup>ab</sup>	3,50	3,83	Binnen deelnemers	3,96 (1 ; 196)	p = ,048	*
	COD <sup>a</sup>	2,93	2,95				
	Statutaire <sup>b</sup>	2,36	2,82	Tussen deelnemers	4,67 (2 ; 196)	p = ,010	**
	TOTAAL	2,92	2,96				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	CBD <sup>ab</sup>	3,83	3,33	Binnen deelnemers	0,02 (1 ; 194)	p = ,897	/
	COD <sup>a</sup>	2,82	2,92				
	Statutaire <sup>b</sup>	2,36	2,82	Tussen deelnemers	5,24 (2 ; 194)	p = ,006	**
	TOTAAL	2,83	2,93				
Verbeterde slaap (D43)	CBD	3,29	3,14	Binnen deelnemers	1,64 (1 ; 213)	p = ,201	/
	COD	3,01	2,90				
	Statutair	2,92	2,67	Tussen deelnemers	0,86 (2 ; 213)	p = ,426	/
	TOTAAL	3,01	2,89				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	CBD	3,57	3,57	Binnen deelnemers	0,25 (1 ; 215)	p = ,620	/
	COD	3,11	3,11				
	Statutair	3,17	3,00	Tussen deelnemers	1,80 (2 ; 215)	p = ,169	/
	TOTAAL	3,12	3,12				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	CBD	3,17	3,17	Binnen deelnemers	0,38 (1 ; 194)	p = ,538	/
	COD	3,13	3,08				
	Statutair	3,09	2,91	Tussen deelnemers	0,15 (2 ; 194)	p = ,860	/
	TOTAAL	3,13	3,07				

/ = NS; \* = < ,05 ; \*\* < ,01 ; \*\*\* < ,001 <sup>ab</sup> post-hoever verschillen

## Gevoelde verbeteringen x burn-outstadium

	Burn-out-stadium (STAF2CM)	Gemiddelde post-test 1	Gemiddelde Post-test 2	Het testen van de effecten	F(ddl)	Probabiliteit	Teken.
Verbetering van het algemeen welzijn (J41)	Stadium 1	3,17	3,28	Binnen deelnemers	1,83 (1 ; 190)	$p = ,178$	/
	Stadium 2	3,20	3,17				
	Stadium 3	3,07	3,29	Tussen deelnemers	0,90 (2 ; 190)	$p = ,911$	/
	TOTAAL	3,19	3,21				
Verbetering van het welzijn op het werk (J412)	Stadium 1	2,95	2,98	Binnen deelnemers	1,89 (1 ; 165)	$p = ,171$	/
	Stadium 2	2,89	2,89				
	Stadium 3	2,92	3,25	Tussen deelnemers	0,51 (2 ; 165)	$p = ,601$	/
	TOTAAL	2,90	2,94				
Gemakkelijker taken uitvoeren (J42)	Stadium 1	2,80	2,93	Binnen deelnemers	3,65 (1 ; 163)	$p = ,058$	/
	Stadium 2	2,82	2,92				
	Stadium 3	2,75	3,08	Tussen deelnemers	0,03 (2 ; 163)	$p = ,967$	/
	TOTAAL	2,81	2,93				
Verbeterde slaap (D43)	Stadium 1	3,02	2,89	Binnen deelnemers	0,03 (1 ; 184)	$p = ,863$	/
	Stadium 2	2,98	2,86				
	Stadium 3	2,79	3,00	Tussen deelnemers	0,06 (2 ; 184)	$p = ,940$	/
	TOTAAL	2,98	2,88				
Verbeterde levenskwaliteit (J44)	Stadium 1	3,15	3,11	Binnen deelnemers	0,70 (1 ; 184)	$p = ,404$	/
	Stadium 2	3,09	3,09				
	Stadium 3	2,93	3,14	Tussen deelnemers	1,14 (2 ; 184)	$p = ,870$	/
	TOTAAL	3,09	3,10				
Beter evenwicht tussen werk en privéleven (J45)	Stadium 1	3,15	3,15	Binnen deelnemers	2,93 (1 ; 163)	$p = ,089$	/
	Stadium 2	3,04	3,04				
	Stadium 3	3,27	2,82	Tussen deelnemers	0,35 (2 ; 163)	$p = ,706$	/
	TOTAAL	3,08	3,05				
/ = NS ; * = < ,05 ; ** < ,01 ; *** < ,001							



## 17.7 Bijlage bij punt 7 "Tewerkstellingssituatie voor, tijdens en na traject"

### Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per sector

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang de sector voor het traject ( $p = .646$ ) maar wel een borderline significant verschil net na het traject ( $p = .050$ ), en een significant verschil drie tot zes maanden na het traject ( $p = .035$ ).

		Sector			
		Bankensector		Zorgsector	
		N	%	N	%
Voor traject	Voltdijs	10	20.4%	43	24.7%
	Deeltijds	10	20.4%	38	21.8%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.6%
	Ziekteverlof	29	59.2%	86	49.4%
	Andere	0	0.0%	6	3.4%
	Totaal	49	100%	174	100%
Na traject	Voltdijs	24	49.0%	67	39.0%
	Deeltijds	16	32.7%	74	43.0%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.6%
	Ziekteverlof	7	14.3%	21	12.2%
	Werkloosheid	2	4.1%	0	0.0%
	Andere	0	0%	9	5.2%
	Totaal	49	100%	172	100%
4 maanden na traject	Voltdijs	25	51.0%	65	37.6%
	Deeltijds	11	22.4%	76	43.9%
	Loopbaanonderbreking	1	2.0%	2	1.2%
	Ziekteverlof	7	14.3%	20	11.6%
	Werkloosheid	4	8.2%	4	2.3%
	Andere	1	2.0%	6	3.5%
	Totaal	49	100%	173	100%

## Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per leeftijd

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang de leeftijd voor het traject ( $p = .448$ ), net na het traject ( $p = .216$ ), en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .825$ ).

Tewerkstelling		Leeftijd			
		≤ 45 jaar		> 45 jaar	
		N	%	N	%
Voor traject	Voltijds	33	28.2%	20	18.9%
	Deeltijds	24	20.5%	24	22.6%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.9%
	Ziekteverlof	57	48.7%	58	54.7%
	Andere	3	2.6%	3	2.8%
	Totaal	117	100%	106	100%
Na traject	Voltijds	53	45.7%	38	36.2%
	Deeltijds	42	36.2%	48	45.7%
	Loopbaanonderbreking	1	0.9%	0	0.0%
	Ziekteverlof	12	10.3%	16	15.2%
	Werkloosheid	2	1.7%	0	0%
	Andere	6	5.2%	3	2.9%
	Totaal	116	100%	105	100%
4 maanden na traject	Voltijds	52	44.4%	38	36.2%
	Deeltijds	42	35.9%	45	42.9%
	Loopbaanonderbreking	1	0.9%	2	1.9%
	Ziekteverlof	14	12.0%	13	12.4%
	Werkloosheid	4	3.4%	4	3.8%
	Andere	4	3.4%	3	2.9%
	Totaal	117	100%	105	100%

## Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per verwijzer

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang de verwijzer voor het traject ( $p = .114$ ), net na het traject ( $p = .787$ ), en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .979$ ).

Tewerkstelling		Verwijzer					
		Arbeidsarts		Behandelende arts		Preventieadviseur psychosociale	
		N	%	N	%	N	%
Voor traject	Voltijds	25	24.0%	12	17.9%	16	32.7%
	Deeltijds	27	26.0%	11	16.4%	10	20.4%
	Loopbaanonderbreking	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Ziekteverlof	48	46.2%	44	65.7%	21	42.9%
	Andere	3	2.9%	0	0%	2	4.1%
	Totaal	104	100%	67	100%	49	100%
Na traject	Voltijds	42	40.8%	27	40.3%	22	45.8%
	Deeltijds	41	39.8%	31	46.3%	15	31.3%
	Loopbaanonderbreking	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Ziekteverlof	13	12.6%	7	10.4%	8	16.7%
	Werkloosheid	1	1.0%	1	1.5%	0	0.0%
	Andere	5	4.9%	1	1.5%	3	6.3%
	Totaal	103	100%	67	100%	48	100%
4 maanden na traject	Voltijds	43	41.7%	26	38.8%	21	42.9%
	Deeltijds	40	38.8%	27	40.3%	17	34.7%
	Loopbaanonderbreking	1	1.0%	1	1.5%	1	2.0%
	Ziekteverlof	13	12.6%	8	11.9%	6	12.2%
	Werkloosheid	2	1.9%	3	4.5%	3	6.1%
	Andere	4	3.9%	2	3.0%	1	2.0%
	Totaal	103	100%	67	100%	49	100%

## Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per burn-out stadium

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang het burn-out stadium, voorafgaand aan het begeleidingstraject, voor het traject ( $p = 0.223$ ), net na het traject ( $p = 0.422$ ) en drie tot zes maanden na het traject ( $p = 0.118$ ).

Tewerkstelling		Burn-out stadium					
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3 & 4	
		N	%	N	%	N	%
Voor traject	Voltijds	15	31.3%	30	21.9%	7	29.2%
	Deeltijds	13	27.1%	28	20.4%	2	8.3%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Ziekteverlof	18	37.5%	75	54.7%	15	62.5%
	Andere	2	4.1%	4	2.9%	0	0.0%
	Totaal	48	100%	137	100%	24	100%
Na traject	Voltijds	14	29.8%	59	43.4%	12	50.0%
	Deeltijds	25	53.2%	53	39.0%	6	25.0%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
	Ziekteverlof	6	12.8%	17	12.4%	4	16.0%
	Werkloosheid	0	0.0%	2	1.5%	0	0.0%
	Andere	2	4.2%	4	3.0%	2	8.0%
	Totaal	47	100%	136	100%	24	100%
4 maanden na traject	Voltijds	17	35.4%	57	41.9%	10	41.7%
	Deeltijds	25	52.1%	52	38.2%	5	20.8%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	2	1.5%	0	0.0%
	Ziekteverlof	3	6.2%	15	11.0%	7	29.2%
	Werkloosheid	2	4.2%	6	4.4%	0	0.0%
	Andere	1	2.1%	4	3.0%	2	8.3%
	Totaal	48	100%	136	100%	24	100%

## Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per geslacht

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang het geslacht voor het traject ( $p = .530$ ), maar wel net na het traject ( $p = .013$ ), en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .006$ ).

Tewerkstelling		Geslacht			
		Man		Vrouw	
		N	%	N	%
Voor traject	Voltijds	14	31.8%	39	21.8%
	Deeltijds	8	18.2%	40	22.3%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.6%
	Ziekteverlof	22	50.0%	93	52.0%
	Andere	0	0.0%	6	3.3%
	Totaal	44	100%	179	%
Na traject	Voltijds	25	56.8%	66	37.3%
	Deeltijds	10	22.7%	80	45.2%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	1	0.6%
	Ziekteverlof	8	18.2%	20	11.3%
	Werkloosheid	1	2.3%	1	0.6%
	Andere	0	0.0%	9	5.1%
	Totaal	44	100%	177	100%
4 maanden na traject	Voltijds	27	61.4%	63	35.4%
	Deeltijds	8	18.2%	79	44.4%
	Loopbaanonderbreking	0	0.0%	3	1.7%
	Ziekteverlof	7	15.9%	20	11.2%
	Werkloosheid	2	4.5%	6	3.4%
	Andere	0	0.0%	7	3.9%
	Totaal	44	100%	178	100%

## Arbeidsongeschiktheid opgesplitst per taal

Er was geen significant verschil in tewerkstelling naargelang de taal voor het traject ( $p = .214$ ), net na het traject ( $p = .215$ ), en drie tot zes maanden na het traject ( $p = .762$ ).

Tewerkstelling		Taal			
		Nederlands		Frans	
		N	%		%
Voor traject	Voltijds	38	24.7%	15	21.7%
	Deeltijds	38	24.7%	10	14.5%
	Loopbaanonderbreking	1	0.6%	0	0.0%
	Ziekteverlof	72	46.8%	43	62.3%
	Andere	5	3.2%	1	1.5%
	Totaal	154	100%	69	100%
Na traject	Voltijds	62	40.3%	29	43.3%
	Deeltijds	67	43.5%	23	34.3%
	Loopbaanonderbreking	1	0.7%	0	0%
	Ziekteverlof	17	11.0%	11	16.4%
	Werkloosheid	0	0.0%	2	3.0%
	Andere	7	4.5%	2	3.0%
	Totaal	154	100%	67	%
4 maanden na traject	Voltijds	61	39.9%	29	42.0%
	Deeltijds	62	40.5%	25	36.2%
	Loopbaanonderbreking	2	1.3%	1	1.5%
	Ziekteverlof	18	11.8%	9	13.0%
	Werkloosheid	4	2.6%	4	5.8%
	Andere	6	3.9%	1	1.5%
	Totaal	153	100%	69	100%

## 17.8 Bijlage bij punt 10 "Aanpassingen op de werkpost"

### 17.8.1 WERKPOSTAANPASSINGEN WERKGEVER NA TRAJECT

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang leeftijd ( $p = .523$ )

Werkpostaanpassing		Leeftijd			
		≤ 45 jaar		> 45 jaar	
		N	%	N	%
Ja	36	31.8%	29	27.9%	
Nee	77	68.2%	75	72.1%	
Totaal	113	100%	104	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang geslacht ( $p = .149$ )

Werkpostaanpassing		Geslacht			
		Man		Vrouw	
		N	%	N	%
Ja	9	20.9%	56	32.2%	
Nee	34	79.1%	118	67.8%	
Totaal	43	100%	174	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang verwijzer ( $p = .784$ )

Werkpostaanpassing		Verwijzer					
		Arbeidsarts		Behandelend arts		PA-psychosociaal	
		N	%	N	%	N	%
Ja	29	28.4%	20	30.8%	16	34.0%	
Nee	73	71.6%	45	69.2%	31	66.0%	
Totaal	102	100%	65	100%	47	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang burn-out stadium voor aanvang traject ( $p = .664$ )

Werkpostaanpassing		Burn-out stadium					
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3	
		N	%	N	%	N	%
Ja	13	27.1%	40	30.5%	9	37.5%	
Nee	35	72.9%	91	69.5%	15	62.5%	
Totaal	48	100%	131	100%	24	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang taal ( $p = .175$ )

Werkpostaanpassing		Taal			
		Nederlands		Frans	
		N	%	N	%
Ja	50	32.7%	15	23.4%	
Nee	103	67.3%	49	76.6%	
Totaal	153	100%	64	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever na traject naargelang sector ( $p = .519$ )

Werkpostaanpassing		Sector			
		Bank		Zorg	
		N	%	N	%
Ja	12	26.0%	53	31.0%	
Nee	34	74.0%	118	69.0%	
Totaal	46	100%	171	100%	

### 17.8.2 WERKPOSTAANPASSINGEN WERKNEMER NA TRAJECT

Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang leeftijd ( $p = .546$ )

Werkpostaanpassing		Leeftijd			
		≤ 45 jaar		> 45 jaar	
		N	%	N	%
Ja	54	47.8%	45	43.7%	
Nee	59	52.2%	58	56.3%	
Totaal	113	100%	103	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang geslacht ( $p = .559$ )

Werkpostaanpassing		Geslacht			
		Man		Vrouw	
		N	%	N	%
Ja	18	41.9%	81	46.8%	
Nee	25	58.1%	92	53.2%	
Totaal	43	100%	173	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang verwijzer ( $p = .344$ )

Werkpostaanpassing		Verwijzer					
		Arbeidsarts		Behandelend arts		PA-psychosociaal	
		N	%	N	%	N	%
Ja	51	50%	25	38.5%	21	45.7%	
Nee	51	50%	40	61.5%	25	54.3%	
Totaal	102	100%	65	100%	46	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang burn-out stadium voor aanvang van het traject ( $p = .430$ )

Werkpostaanpassing		Burn-out stadium					
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3	
		N	%	N	%	N	%
Ja	18	37.5%	62	47.7%	12	50%	
Nee	30	62.5%	68	52.3%	12	50%	
Totaal	48	100%	130	100%	24	100%	



Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang taal ( $p = .485$ )

Werkpostaanpassing		Taal			
		Nederlands		Frans	
		Ja	72	47.4%	27
Nee	80	52.6%	37	57.8%	
Totaal	152	100%	64	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer na traject naargelang sector ( $p = .304$ )

Werkpostaanpassing		Sector			
		Bank		Zorg	
		Ja	18	39.1%	81
Nee	28	60.9%	89	52.3%	
Totaal	46	100%	170	100%	

### 17.8.3 WERKPOSTAANPASSINGEN WERKGEVER DRIE TOT ZES MAANDEN NA TRAJECT

Werkpostaanpassingen werkgever 3-6 maanden na traject naargelang leeftijd ( $p = .031$ )

Werkpostaanpassing		Leeftijd			
		≤ 45 jaar		> 45 jaar	
		Ja	24	21.6%	35
Nee	87	78.4%	65	65.0%	
Totaal	111	100%	100	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever 3-6 maanden na traject naargelang geslacht ( $p = .292$ )

Werkpostaanpassing		Geslacht			
		Man		Vrouw	
		Ja	9	21.4%	50
Nee	33	78.6%	119	70.4%	
Totaal	42	100%	169	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever 3-6 maanden na traject naargelang verwijzer ( $p = .800$ )

Werkpostaanpassing		Verwijzer					
		Arbeidsarts		Behandelend arts		PA-psychosociaal	
		Ja	27	27%	19	30.2%	11
Nee	73	73%	44	69.8%	34	75.6%	
Totaal	100	100%	63	100%	45	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever 3-6 maanden na traject naargelang burn-out stadium voor aanvang van het traject ( $p = .375$ )

Werkpostaanpassing		Burn-out stadium					
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3	
		Ja	15	33.3%	31	24.0%	8
Nee	30	66.7%	98	76.0%	16	66.7%	
Totaal	45	100%	129	100%	24	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever 3-6 maanden na traject naargelang taal ( $p = .033$ )

Werkpostaanpassing		Taal			
		Nederlands		Frans	
		Ja	48	32.2%	11
Nee	101	67.8%	51	82.3%	
Totaal	149	100%	62	100%	

Werkpostaanpassingen werkgever vier maanden na traject naargelang sector ( $p = .827$ )

Werkpostaanpassing		Sector			
		Bank		Zorg	
		Ja	12	26.7%	47
Nee	33	73.3%	119	71.7%	
Totaal	45	100%	166	100%	

#### 17.8.4 WERKPOSTAANPASSINGEN WERKNEMER DRIE TOT ZES MAANDEN NA TRAJECT

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang leeftijd ( $p = .128$ )

Werkpostaanpassing		Leeftijd			
		≤ 45 jaar		> 45 jaar	
		Ja	51	46.4%	36
Nee	59	53.6%	64	64.0%	
Totaal	110	100%	100	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang geslacht ( $p = .624$ )

Werkpostaanpassing		Geslacht			
		Man		Vrouw	
		Ja	16	38.1%	71
Nee	26	61.9%	97	57.7%	
Totaal	42	100%	168	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang verwijzer ( $p = .039$ )

Werkpostaanpassing		Verwijzer					
		Arbeidsarts		Behandelend arts		PA-psychosociaal	
		Ja	46	46.0%	18	28.6%	22
Nee	54	54.0%	45	71.4%	22	50%	
Totaal	100	100%	63	100%	44	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang burn-out stadium voor aanvang van het traject ( $p = .687$ )

Werkpostaanpassing		Burn-out stadium					
		Stadium 1		Stadium 2		Stadium 3	
		Ja	16		55		10
Nee	29		74		13		
Totaal	45		129		23		

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang taal ( $p = .833$ )

Werkpostaanpassing		Taal			
		Nederlands		Frans	
		Ja	62	41.9%	25
Nee	86	58.1%	37	59.7%	
Totaal	148	100%	62	100%	

Werkpostaanpassingen werknemer 3-6 maanden na traject naargelang sector ( $p = .054$ )

Werkpostaanpassing		Sector			
		Bank		Zorg	
		Ja	13	28.9%	74
Nee	32	71.1%	91	55.2%	
Totaal	45	100%	165	100%	

17.9 Bijlage bij punt 11 "Kenmerken van het behandelprogramma (gebaseerd op gegevens uit het eindverslag van de BO-begeleider)"

17.9.1 Totaal aantal arbeidsklinieksessies

Totaal aantal arbeidsklinieksessies	N	%	% valid	% cumul
0 sessie	1	,4	,4	,4
1 sessie	5	2,2	2,2	2,7
2 sessies	10	4,5	4,5	7,2
3 sessies	14	6,3	6,3	13,5
4 sessies	193	86,5	86,5	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	

17.9.2 Totaal aantal starterskitsessies (Psycho-educatie)

Totaal aantal starterskitsessies	N	%	% valid	% cumul
0 sessie	18	8,1	8,1	8,1
1 sessie	16	7,2	7,2	15,2
2 sessies	22	9,9	9,9	25,1
3 sessies	166	74,4	74,4	99,6
4 sessies	1	,4	,4	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	

17.9.3 Totaal aantal individuele sessies

Totaal aantal individuele sessies	N	%	% valid	% cumul
0 sessie	51	22,9	22,9	22,9
1 sessie	3	1,3	1,3	24,2
2 sessies	6	2,7	2,7	26,9
3 sessies	11	4,9	4,9	31,8
4 sessies	19	8,5	8,5	40,4
5 sessies	12	5,4	5,4	45,7
6 sessies	18	8,1	8,1	53,8
7 sessies	103	46,2	46,2	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	

17.9.4 Totaal aantal follow-upsessies

Totaal aantal follow-upsessies	N	%	% valid	% cumul
0 sessie	44	19,7	19,7	19,7
1 sessie	48	21,5	21,5	41,3
2 sessies	131	58,7	58,7	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	

17.9.5 Totaal aantal heroriëntatiesessies

Totaal aantal heroriëntatiesessies	N	%	% valid	% cumul
0 sessie	161	72,2	72,2	72,2
1 sessie	15	6,7	6,7	78,9
2 sessies	47	21,1	21,1	100,0
Totaal	223	100,0	100,0	