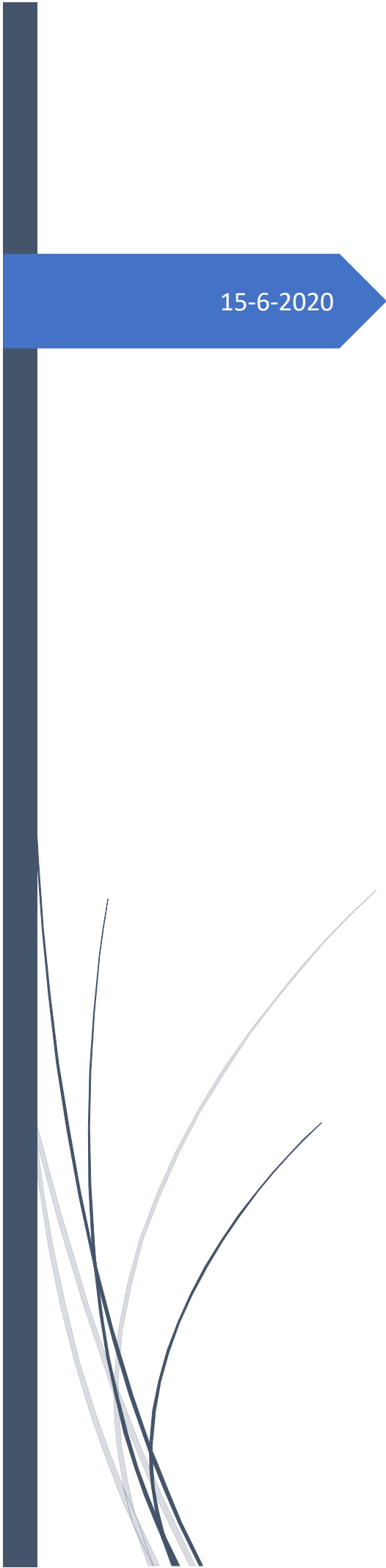


A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow-shaped box points to the right from this bar, containing the date. Below the arrow, several thin, curved lines in dark blue and light grey sweep upwards from the bottom left towards the center of the page.

15-6-2020

Behandelplan op maat voor een burn-out patiënt

Scriptie

Lorna Kreuk, 434230

Afstudeerscriptie Toegepaste Psychologie
Saxion Deventer
Eerste Begeleider Georg Riemann
Tweede Begeleidster Fenneke Woertman

Voorwoord

Worden patiënten met een burn-out wel goed geholpen? Dat is de vraag die ik mezelf stelde toen ik stage liep bij de POH-GGZ van huisartsenpraktijk in Hierden en Harderwijk. Aangezien de patiënten allemaal verschillende persoonlijke eigenschappen hebben vond ik het bijzonder dat de richtlijnen voor een behandeling zo algemeen zijn. De vraag of patiënten met een burn-out wel op de juiste manier worden geholpen hield ook mijn stagebegeleidster bezig. Ze besloot dan ook mijn opdrachtgeefster voor deze scriptie te worden. Tijdens mijn scriptie had ik een aantal momenten waarop het even tegenzat. Zo vond ik het lastig om tijdens de coronatijd respondenten te vinden die bereid waren mee te doen aan dit onderzoek. Gelukkig kreeg ik veel tips van studiegenoten en mijn begeleiders.

Ik wil allereerst mijn begeleider Georg Riemann bedanken voor zijn feedback tijdens het schrijven van deze scriptie. Door hem is mijn scriptie iedere keer opnieuw beter geworden. Ik wil mijn tweede begeleider Taner Demir bedanken voor zijn kritische opmerkingen. Hier heb ik veel aan gehad. Wegens ziekte is mijn tweede begeleider vervangen. Ik wil dan ook Fenneke Woertman bedanken voor het oppakken van deze rol. Daarnaast wil ik mijn studiegenoten bedanken voor het geven van tips en het overleggen bij moeilijkheden. Ook wil ik Wijmie van der Veen bedanken voor het geven van deze kans en het vertrouwen in mijn kunnen.

Het plan is nu om aan de slag te gaan met mijn vervolgstudie en mezelf te blijven ontwikkelen op het gebied van Psychologie.

Harderwijk, Juni 2020

Samenvatting

Steeds vaker komt het voor dat mensen overspannen raken. Psychische aandoeningen zijn al jarenlang de belangrijkste reden van arbeidsongeschiktheid (Hupkens, 2005). Inzicht verkrijgen in de reden van de lange duur van een burn-out is belangrijk voor alle betrokkenen: voor patiënten en hun naasten, die nu niet weten waar ze aan toe zijn, en voor behandelaars, die hun beleid kunnen aanpassen als ze weten waar het probleem ontstaat. Hetzelfde geldt voor huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die nu vaak geen handvatten hebben, doordat de richtlijnen geen inzichten en toegespitste remedies bevatten voor stagnerende voortgang of terugval na mislukte re-integratie (Van Zweden, 2015). Daarbij is lang niet alle stress onder controle te krijgen. Wat voor de één werkt, blijkt bij de ander de stress juist te verergeren (Karsten, 2018). Volgens Flach (2014) blijft de klinisch-diagnostische differentiatie van de uiteenlopende ziektebeelden van burn-out achterwege sinds de invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in 2002, bedoeld om de stijgende kosten van de WAO te drukken. Dit leidt misschien tot besparing op korte termijn, echter een kwart van de mensen, voor wie de standaardbehandeling mogelijk geen goede indicatie was, is na een jaar nog niet hersteld (Van Zweden, 2015).

De POH-GGZ van huisartsenpraktijk Ter Horst vermoedt dat burn-out patiënten nog niet op de meest effectieve en efficiënte manier worden geholpen. In dit Human Centered Design (HCD) onderzoek zal er gekeken worden naar verschillende behandelplannen en meningen van ervaringsdeskundigen. Het doel van het onderzoek is ervoor zorgen dat de POH-GGZ handvatten krijgt om effectiever en efficiënter om te gaan met een burn-out patiënt. De patiënt zal inzicht krijgen in zijn eigen problematiek, zichzelf rust gunnen en erachter komen hoe hij met stress om kan gaan. Het inzicht in eigen patronen zorgt ervoor dat de kans op terugval in de burn-out kleiner is, wat voordelig is voor de patiënt evenals voor de werkgever, die korter zonder werknemer zit.

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Er zijn diverse methoden gebruikt om het probleem inzichtelijk te maken. Bij deze methoden is er sprake geweest van zowel literatuuronderzoek, als interviews met POH-GGZ, burn-out coaches en ervaringsdeskundigen.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een geschikte psycho educatie kan bestaan uit een multimediale tekst. Hierbij moet rekening gehouden worden met eventuele beperkingen. Ook moet er een vorm van terugkoppeling plaatsvinden om erachter te komen of de informatie goed is aangekomen bij de patiënt. Verder blijkt dat er verschillende vragenlijsten worden gebruikt bij de beoordeling van een burn-out. Het is tijdens de behandeling in de crisisfase voldoende rust te nemen. Dit kan worden bereikt door een vast dagritme. Vroeg naar bed, vroeg opstaan, voldoende buitenlucht en beweging langzaam opbouwen helpen om dit te bereiken. Ook de geschikte voeding heeft baat bij de behandeling. Door de onderzoeker wordt aangeraden om de hulp van een diëtist in te schakelen. Het bieden van perspectief kan worden bereikt door middel van een behandelplan waarbij rekening wordt gehouden met de thuissituatie, werksituatie, leeftijd, persoonlijkheid, omstandigheden kwetsbaarheid en perfectionisme. Tijdens de probleem- en oplossingsfase is het belangrijk om te werken aan het mentale herstel. Enkele interventies zijn: het invuldocument over piekeren, beroepskeuzetest en een persoonlijkheidstest. Tijdens de Toepassingsfase zijn enkele interventies: G-schema en eventueel hulp van een burn-out coach.

De resultaten van het literatuuronderzoek hebben ervoor gezorgd dat het adviesnota met diverse interventies is gevuld. Het literatuuronderzoek is betrouwbaar en valide. Echter zullen veel van de onderzoeken die aangehaald zijn limitaties hebben zoals een kleine sample en niet generaliseerbaar naar de Nederlandse context. Hierdoor zijn er ook limitaties opgetreden in dit onderzoek. De

interviews laten juist wisselende resultaten zien zoals het wel of niet stellen van een diagnose. Over het algemeen is het onderzoek minder betrouwbaar vanwege het aantal respondenten. In het adviesnota beveelt de onderzoeker aan om gebruik te maken van een multidisciplinair team waar mogelijk. Hierdoor zal de individuele behoeftes van de patiënt meer worden vervuld en is de behandeling meer op maat. De aanbeveling voor vervolgonderzoek is het veranderen van de hoofdvraag zodat hij meer toegespitst wordt: welke interventies kunnen POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van een burn-out patiënt om de behandeling meer op maat te maken? Wanneer de hoofdvraag is veranderd wordt ook aangeraden om sommige interviewvragen toegespitst te maken op de nieuwe hoofdvraag. Hierdoor wordt de begripsvaliditeit vergroot.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	2
Begrippenlijst.....	6
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Probleemstelling.....	7
1.3 Doelstelling.....	8
1.4 Opdrachtgever.....	8
1.5 Opbouw verslag.....	9
1.6 Onderzoeksvraag.....	10
Deel I: Inspiration fase.....	11
2. Theoretisch kader.....	11
2.1 Burn-out	11
2.2 Prevalentie.....	12
2.3 Herstelproces	12
2.4 Psycho educatie.....	13
2.5 Interventies	14
Crisisfase.....	14
Probleem- en oplossingsfase.....	18
Toepassingsfase.....	18
Overige interventies	19
3. Onderzoeksmethode.....	20
3.1 Onderzoeksmethode	20
3.2 Interviews	20
Deel II: Ideation fase.....	22
4. Resultaten.....	22
4.1 Resultaten literatuuronderzoek	22
4.2 resultaten interviews methodebeschrijving.....	24
4.3 Resultaten interviews POH-GGZ.....	24
4.4 Resultaten interviews burn-out coach	25
4.5 Resultaten interviews ervaringsdeskundigen	26
4.6 Algemene resultaten interviews	26
4.7 Conclusie	27
Stellen van de diagnose.....	27
Voorlichting geven.....	27

Geven van perspectief.....	27
Dagstructuur.....	27
Beweging	28
Slaap	28
Ontspanning	28
Voeding.....	28
Probleem- en oplossingsfase.....	28
Toepassingsfase.....	29
4.8 Aanbeveling.....	29
4.9 Discussie	30
4.9.1 Terugblik op het onderzoek	31
4.9.2 Vooruitkijkend naar de toekomst.....	32
Literatuurlijst	33
Bijlagen	35
Bijlage 1. Invulblad interview burn-out coach & POH-GGZ.....	35
Bijlage 2. Invulblad interviewvragen ervaringsdeskundige	36
Bijlage 3. Toestemmingsformulieren	38
Bijlage 4. Inge vulde toestemmingsformulieren	39
Bijlage 5. Informatiebrief.....	44
Bijlage 6. Checklist ethische toetsing (scriptie)onderzoek	46
Bijlage 7. Getranscribeerde interviews	48
Interview burn-out coach.....	48
Interview 2 ervaringsdeskundigen & burn-out coach.....	54
Interview 3 burn-out coach/re-integratie coach.....	60
Interview 1 POH-GGZ	68
Interview 2 POH-GGZ	70

Begrippenlijst

4DKL: Vierdimensionale Klachtenlijst

CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek

CGT: Cognitieve Gedragstherapie

CIS: Checklist Individuele Spankracht

DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale

Ervaringsdeskundige: iemand die het vermogen heeft te reflecteren op eigen ervaringen en die van anderen, daaruit collectieve ervaringskennis te filteren en deze aan anderen over te kunnen dragen en/of daar anderen mee te ondersteunen in zijn herstel.

G-schema: een hulpmiddel dat gebruikt kan worden om erachter te komen welke (onbewuste of automatische) gedachten ertoe leiden dat een bepaalde gebeurtenis bepaalde gevoelens oproept. Deze gevoelens leiden tot bepaald gedrag, dat gedrag heeft weer bepaalde gevolgen.

HCD: Human Centered Design

LESA: Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak

MDR: De Multidisciplinaire Richtlijn

Patiënt: iemand aan wie medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp wordt verleend

POH-GGZ: Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg

UBOS: Utrechtse Burn-out Schaal

WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering

WVP: Wet Verbetering Poortwachter

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling en relevantie van dit onderzoek inzichtelijk gemaakt. Het doel en de opdrachtgever worden beschreven. Tot slot zal uitgelegd worden hoe deze scriptie gelezen kan worden.

1.1 Aanleiding

Steeds vaker komt het voor dat mensen overspannen raken. Psychische aandoeningen zijn al jarenlang de belangrijkste reden van arbeidsongeschiktheid (Hupkens, 2005). Het aantal arbeidsongeschikten groeit behoorlijk. Volgens onderzoek van Hupkens (2005) had in 1998 32 procent van de arbeidsongeschikten psychische klachten, zes jaar later is het percentage opgelopen tot 37 procent. Ook recent onderzoek laat zien dat veertien procent van de werknemers in Nederland jaarlijks last heeft van burn-outklachten en is één op de twintig hierdoor jaarlijks langdurig arbeidsongeschikt (Mulder, 2018). Depressies, angststoornissen en *burn-out* zijn de belangrijkste psychische aandoeningen als oorzaak voor arbeidsongeschiktheid (Hupkens, 2005). Wanneer er sprake is van langdurige spanning, kan de overspannenheid langzaam overgaan in een burn-out. Burn-out is een uit het Engels afkomstige metafoor die verwijst naar een psychische uitputtingstoestand. In het Nederlands spreekt men ook wel van 'opgebrand zijn' (Bakker, Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Uit onderzoek van Van Zweden (2015) blijkt dat een burn-out soms een jaar van de patiënt zijn/haar leven kan beïnvloeden.

Vaak hebben patiënten met een burn-out het in eerste instantie zelf niet door. De meest voorkomende signalen die huisartsen bij hun collega's zien zijn: snel geïrriteerd zijn, toenemende vermoeidheid en verminderde betrokkenheid bij het werk. Andere signalen zijn: het afschuiven van werk, geuit cynisme over het vak en patiënten, het uitlopen van spreekuren, (over)controlegedrag en conflicten met personeel (van den Hil, 2017). Collega's, vrienden en familie hebben de signalen van een naderende burn-out dikwijls eerder in de gaten (van den Hil, 2017). Langdurige stress kan voor een burn-out zorgen. Zij gaan veelal vervolgens naar de huisarts en komen bij de POH-GZZ terecht. Meestal benoemen patiënten eerst fysieke klachten zoals: oververmoeid, slecht slapen, gespannen gevoel en emotionele uitbarstingen.

Bij mensen die in een burn-out zijn geraakt, is het noodzakelijke biologische herstel, wat normaal gesproken door rust en slaap gebeurd en in verhouding staat tot de eisen van dagelijkse belasting, over langere tijd systematisch tekortgeschoten. Zij verbruiken overdag meer energie dan ze 's nachts tijdens de slaap kunnen recupereren. Zo ontstaat een groeiende 'herstelschuld', wat wil zeggen dat er een toenemend tekort aan brandstof is voor de productie van energie, waardoor lichamelijk herstel achterblijft (Sluiter, 1999). Onvoldoende herstel bedreigt eveneens de lichamelijke gezondheid, zowel acuut als op langere termijn (Sluiter, 2003). Onder invloed van chronische stress verandert bijvoorbeeld de werking van het immuunsysteem, de bloeddruk, het hartritme, de ademhaling, de *heart rate variability* (HRV) en de spijsvertering (Van Zweden, 2015).

1.2 Probleemstelling

De Praktijkondersteuner Huisartsen op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) van huisartsenpraktijk Ter Horst ervaart dat burn-out patiënten nog niet op de meest effectieve en efficiënte manier worden geholpen. De behandelplannen zijn namelijk vrij algemeen. Uit onderzoek van Van Zweden (2015) blijkt dat een burn-out soms een jaar van de patiënt zijn/haar leven negatief kan beïnvloeden. Inzicht verkrijgen in de reden van de lange duur is belangrijk voor alle betrokkenen: voor patiënten en hun naasten, die nu niet weten waar ze aan toe zijn, en voor behandelaars, die hun beleid kunnen aanpassen als ze weten waar het probleem ontstaat. Hetzelfde geldt voor huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen die nu vaak geen handvatten hebben, doordat de

richtlijnen geen inzichten en toegespitste remedies bevatten voor stagnerende voortgang of terugval na mislukte re-integratie (Van Zweden, 2015). Daarbij is lang niet alle stress onder controle te krijgen. Wat voor de één werkt, blijkt bij de ander de stress juist te verergeren (Karsten, 2018). De één haalt ontspanning uit mindfulness, de ander vindt het zweverig. De patiënten krijgen een algemeen behandelplan in plaats van een behandelplan die specifiek op de verschillende patiënten gericht is. Hierdoor ontstaat er een grote variatie in herstelduur. De grote variantie in herstelduur bij burn-out hangt onder andere samen met de huidige wijze van classificeren van patiënten (Flach, 2014). Volgens Flach (2014) blijft de klinisch-diagnostische differentiatie van de uiteenlopende ziektebeelden van burn-out achterwege sinds invoering van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) in 2002, bedoeld om de stijgende kosten van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) te drukken. Dit leidt misschien tot besparing op korte termijn, echter een kwart van de mensen, voor wie de standaardbehandeling mogelijk geen goede indicatie was, is na een jaar nog niet hersteld (van Zweden 2015).

Volgens Van Zweden (2015) bestaat de huidige reguliere zorg voor een burn-out - conform de richtlijnen - uit een wachtperiode, gevolgd door *cognitieve gedragstherapie* (CGT). Het is aannemelijk dat de patiënten deze wachtperiode benutten om te herstellen van hun vermoeidheid. Bij de één zal dat beter lukken dan bij de ander, mede afhankelijk van het herstelgedrag. Voor de één zal de tijd toereikend zijn en voor de ander niet, afhankelijk van de ernst van de burn-out. Deze individuele verschillen kunnen mede de grote variantie in herstelduur (Flach, 2014).

Hier is dus een wereld te winnen, door deskundige begeleiding van het herstelgedrag in de wachtperiode, waarin de patiënten normaal aan hun lot worden over gelaten. Gezien de grote variatie in herstelduur is een voor iedereen gelijke en tijd contingente aanpak niet optimaal effectief en waarschijnlijk niet realistisch (Zweden, 2015). Dat een geïndividualiseerde behandeling meer consistente en homogene verbeteringen geeft, tonen de resultaten van de *Chronic Stress Reversal-methode* (CSR), waarbij minder spreiding en een hoge effectiviteit bereikt worden, door een flexibele *stepped care*-aanpak, in combinatie met fysiologische metingen (Van Zweden, 2015).

1.3 Doelstelling

Zoals hierboven genoemd is, is een wereld te winnen in een geïndividualiseerde behandeling. Dit onderzoek is gestart om erachter te komen hoe een behandelplan voor een burn-out patiënt eruit moet zien om een geïndividualiseerde behandeling te waarborgen. In dit *Human Centered Design* (HCD) onderzoek zal onderzoek plaatsvinden worden naar verschillende behandelplannen, het effect van de behandelingen en de meningen van ervaringsdeskundigen. Het doel van het onderzoek is ervoor zorgen dat de POH-GGZ handvatten krijgt om effectiever en efficiënter om te gaan met een burn-out patiënt. De patiënt zal inzicht krijgen in zijn eigen problematiek, zichzelf rust gunnen en erachter komen hoe hij met stress om kan gaan. Het inzicht in eigen patronen zorgt ervoor dat de kans op terugval in de burn-out kleiner is. Wat voordelig is voor zowel de patiënt als voor de werkgever, die korter zonder werknemer zit.

1.4 Opdrachtgever

De organisatie die het onderzoek heeft aangevraagd, betreft huisartsenpraktijk Ter Horst. De twee locaties waar de huisartsenpraktijk gevestigd is, zijn Hierden en Harderwijk. Samen bieden 22 medewerkers zorg voor 7600 patiënten. Deze vaste medewerkers zijn onder te verdelen in zeven huisartsen, onder wie twee huisartsen in opleiding, elf doktersassistenten, twee praktijkondersteuners somatiek, één verpleegkundig specialist en ten slotte één praktijkondersteuner voor de GGZ. Ook zijn er op meerdere ochtenden medewerkers van het afname lab van ziekenhuis St. Jansdal, een fysiotherapeut en een verloskundige aanwezig. Het hoofddoel van

de organisatie betreft het bieden van zowel preventieve behandelingen als het vaststellen van ziekten en klachten, het doorverwijzen van patiënten naar de juiste zorgverleners en het bieden van lichte en kortdurende behandelingen.

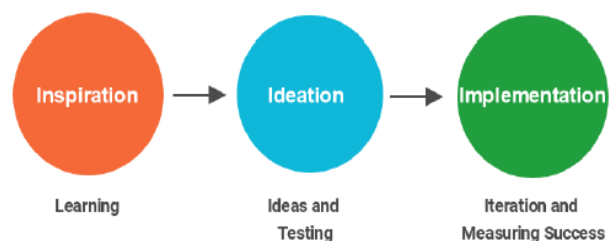
Binnen Huisartsenpraktijk Ter Horst werkt de POH-GGZ. Mok, de Vries en Wenning (2016) beschrijven de taken van een POH-GGZ als het ondersteunen, begeleiden en soms kortdurend behandelen van patiënten met diverse hulpvragen op het gebied van de GGZ. Hierbij dient rekening te worden gehouden met persoonlijke ontwikkeling, medische voorgeschiedenis en de wensen van de patiënt. Naast deze hoofdtaken zijn diverse andere taken te herkennen, zoals het doorverwijzen naar de juiste hulpverlener, het corresponderen met eerdergenoemde hulpverlener en het verrichten van korte diagnostische onderzoeken om een beeld te krijgen van de klachten van de patiënt. De rol van de POH-GGZ binnen huisartsenpraktijk Ter Horst is zeer duidelijk afgebakend. Omdat de POH-GGZ op het gebied van de GGZ gespecialiseerd is, neemt hij of zij een adviserende rol in bij het begeleiden van patiënten evenals het assisteren bij de huisartsen. De POH-GGZ heeft de mogelijkheid patiënten te verwijzen naar de basis of specialistische GGZ. Doordat er een duidelijke afbakening is welke patiënten wel of geen baat hebben bij begeleiding van een POH-GGZ, is er weinig overlap met andere functies binnen de huisartsenpraktijk.

De POH-GGZ biedt tijdens een half uur ondersteuning bij lichte psychische, psychosomatische en psychosociale klachten. Piekeren, somberheid, angstklachten en overspannenheid/burn-out zijn hier voorbeelden van. De POH-GGZ maakt gebruik van oplossingsgerichte therapie en interventies van de cognitieve gedragstherapie. De patiënten kunnen zeer uiteenlopende klachten waarbij soms geen duidelijke hulpvraag bij aanvang van het gesprek aanwezig is.

1.5 Opbouw verslag

Dit onderzoek is gedaan via de HCD-methode. In deze methode staat de eindgebruiker centraal. In dit onderzoek is de eindgebruiker de POH-GGZ. Het proces wordt meerdere keren herhaald, een iteratief proces. In het proces zijn drie hoofdfasen te onderscheiden: de *Inspiration* fase, *Ideation* fase en de *Implementation* fase. Tijdens dit onderzoek wordt er gewerkt met de eerste twee fases van de methode.

Tijdens de Inspiration fase wordt een beter begrip gecreëerd van wat een burn-out is en wat volgens de literatuur essentiële onderdelen zijn voor de behandeling hiervan. Ervaringsdeskundigen geven hun mening over de behandeling van een burn-out. Verder delen burn-out coaches en POH-GGZ meer informatie over hun eigen behandeling en geven ze tips ter verbetering. Hierdoor worden de wensen omtrent een behandelrichtlijn inzichtelijk.



Figuur 1: HCD-proces (Corbé, 2019)

In de Ideation fase worden er ideeën gecreëerd voor een behandelrichtlijn. In figuur 1 is het HCD-proces inzichtelijk gemaakt. In dit onderzoeksverslag zullen de eerste twee fases chronologisch besproken worden. Doordat het een iteratief proces is, is het mogelijk dat, tijdens het proces van deze scriptie, van de ene fase terug naar de vorige fase gegaan wordt. Om te zorgen voor meer duidelijkheid, zal in de scriptie de fase waarin de lezer zich op dat moment bevindt, aangegeven worden door middel van kleur

1.6 Onderzoeksvraag

Om het gewenste resultaat te bereiken (een effectief en efficiënt geïndividualiseerd behandelplan voor een burn-out patiënt) is er een onderzoeksvraag geformuleerd. De onderzoeksvraag die in deze scriptie centraal staat, is als volgt geformuleerd: *‘Welke interventies kan de POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van de burn-out patiënten van Huisartsenpraktijk Ter Horst?’* Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag zijn deelvragen geformuleerd. Deelvragen die de hoofdvraag ondersteunen zijn als volgt geformuleerd:

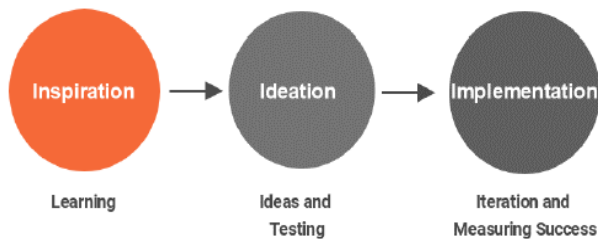
‘Wat is een geschikte psycho-educatie bij patiënten die geen kennis hebben van overspannenheid en/of burn-out?’

‘Welke interventies voor patiënten op het gebied van overspannenheid en burn-out zijn er al?’

‘Welke onderdelen mogen niet ontbreken in een behandelrichtlijn volgens burn-out coaches, POH-GGZ en ervaringsdeskundigen?’

Deel I: Inspiration fase

In de Inspiration fase, zie figuur 2, van dit onderzoek zal de onderzoeker ideeën opdoen omtrent het probleem van de organisatie en de theorie. De onderzoeker hoopt een beter begrip te krijgen van de situatie en de mogelijke oplossingen. Aan het eind van deze fase hoopt de onderzoeker antwoord te hebben op de deelvragen.



Figuur 2: HCD-proces (Corbé, 2019)

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de achtergrond van dit onderzoek theoretisch onderbouwd. In deze scriptie wordt gekeken naar het behandelplan van de POH-GGZ bij een burn-out patiënt. Om een goed begrip omtrent burn-out te krijgen, is het van belang om eerst het begrip uit te leggen. Hoe beoordeelt de POH-GGZ of de patiënt een burn-out heeft? Wat is de prevalentie? Uiteindelijk zal de literatuur antwoord geven op een deel van de onderzoeksvragen.

2.1 Burn-out

Over het algemeen blijkt uit de literatuur dat er amper verschillende definities van burn-out worden gebruikt. De term burn-out is de laatste jaren steeds bekender geworden. In het midden van de jaren zeventig werd burn-out voor het eerst beschreven als een psychologisch fenomeen (Maslach & Schaufeli, 1993). Maslach en Jackson (1986) definiëren burn-out als *“a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishments that can occur among individuals who do ‘people work’ of some kind”*. Dit komt overeen met de Nederlandse definitie van een burn-out. De frequent voorkomende elementen van de in Nederland gehanteerde definities en omschrijvingen van burn-out zijn: chroniciteit (c.q. een lange duur van de klachten), de relatie met werkstress en het op de voorgrond staan van uitputting (NVAB, 2011). Aan vermoeidheid worden behalve een algemeen beleevingsaspect tevens lichamelijke, emotionele, cognitieve, motivationele en handelingsaspecten onderscheiden. Volgens Schaufeli en Houtman (2000) is psychische vermoeidheid het complexe verschijnsel dat optreedt ten gevolge van voorafgaande fysieke en/of mentale activiteit, die zodanige psychische belasting is geworden dat men niet meer in staat is om adequaat te reageren op de eisen die de taaksituatie of de omgeving aan het psychisch functioneren stelt dan wel, hiertoe slechts in staat is ten koste van toenemende mentale inspanning en het overwinnen van psychische weerstand.

De Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) en de gelijknamige Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) definiëren overspanning als een combinatie van spanningsklachten (*distress*), controleverlies en sociaal disfunctioneren. Huisartsen duiden overspanning vaak aan met het Franse leenwoord *surmenage* (ICPC-code P78). De MDR en LESA zien burn-out als een vorm van overspanning waarbij aan twee aanvullende criteria is voldaan: a) de klachten zijn langer dan zes maanden geleden begonnen, en b) moeheids- en uitputtingsklachten staan sterk op de voorgrond.

Deze kenmerken wijzen mogelijk op een minder effectieve stijl van stresshantering, respectievelijk op een neiging tot somatiseren. Het verschil tussen burn-out en 'gewone' overspanning is dus gradueel. Volgens de MDR en LESA is burn-out niet noodzakelijkerwijs werk gerelateerd. De oorzaken zijn in beide gevallen divers en betreffen zelden alleen het werk. Dit verschilt niet tussen burn-out en overspanning. De behandeling van burn-out is in principe dezelfde als die van overspanning, maar vergt meer tijd en deskundigheid (Terluin, 2015).

2.2 Prevalentie

De resultaten van prevalentiestudies over burn-out verschillen. Het is volgens Desart, Schaufeli en De Witte (2017) momenteel niet mogelijk om op een betrouwbare manier informatie te geven over de prevalentie van burn-out. Bovendien kunnen werkgevers niet goed inschatten hoe hoog het risico op burn-out in hun organisaties is, ondanks de wettelijke verplichting daartoe. Karsten (2001) geeft daarentegen aan dat burn-out 13,4 procent van de werknemers treft. Volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) lijdt circa 8- 10 procent van de Nederlandse beroepsbevolking aan burn-out, het gaat daarbij om ongeveer 700.000 personen (Schaufeli, 2007). Voorts zijn psychische problemen – waarvan overspanning en burn-out het leeuwendeel uitmaken – sinds jaar en dag de belangrijkste reden voor arbeidsongeschiktheid. Circa een derde van alle arbeidsongeschikten heeft een psychische diagnose (Schaufeli, 2007).

2.3 Herstelproces

Volgens Terluin (2015) kent het herstelproces van overspanning drie fasen (zie figuur 2). In fase één, de crisisfase, is vooral sprake van ontreddering en veel spanningsklachten bij de patiënt. In fase twee, de probleemoplossingsfase, analyseert de patiënt de problemen en pakt hij deze stap voor stap aan. In fase drie, de toepassingsfase, pakt de patiënt geleidelijk aan zijn sociale rollen weer op. In fase één kan de huisarts uitleggen dat overspanning een normale, begrijpelijke reactie op te veel stress is en dat de patiënt met een actieve gestructureerde aanpak goed en vlot kan herstellen (Terluin, 2015).

Procesfase	Interventies	Doel
Crisisfase Controleverlies leidt tot crisis	Basis: Voorlichting geven ■ Dagstructuur aanbrengen ■ Perspectief bieden Optioneel: ■ Praatadviezen ■ Schrijfoopdrachten ■ Piekeropdrachten ■ Ontspannende activiteiten ■ Dagstructuur/slaapstructuur	Patiënt en omgeving werken aan: ■ acceptatie ■ begrip en inzicht ■ rust en ontspanning ■ dagstructuur
Probleem- en oplossingsfase Zicht op oorzaken leidt tot zicht op oplossingen	Optioneel: Probleem- en oplossingsinventarisatie met behulp van schrijf- en registratieopdrachten	■ oriënteren op problemen én op oplossingen ■ in kaart brengen van problemen en oplossingsrichtingen
Toepassingsfase Toepassen van oplossingen leidt tot hervinden grip op de situatie	Optioneel: ■ Schema's voor opbouwen activiteiten ■ Opdracht om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij oppakken van rollen en taken ■ Opdracht om te saneren in belastende factoren	■ oriënteren op toepassingen ■ oppakken van alle rollen en taken ■ functioneringsherstel

Figuur 3: Schema behandeling (NHG, 2011)

2.4 Psycho educatie

Om informatie over te kunnen brengen bij de patiënt, dient er rekening worden gehouden met de manier van communiceren en manier van leren.

Communicatie is het proces van informatie-uitwisseling tussen personen (en machines). Een definitie voor communicatie is het overbrengen van informatie door een zender met de bedoeling de mening of de handeling van de ontvanger daarmee te beïnvloeden (Bots & Jansen, 1996). Hierbij moet aandacht worden besteed aan het vermijden van ruis en het optimaliseren van de ontvangst van berichten (onder andere door terugkoppeling). Het communicatiemodel van Lasswell in figuur 4 geeft de elementen van communicatie weer, inclusief de terugkoppeling. Deze terugkoppeling is het gedrag van de ontvanger; hieraan kan de zender zien of het verzonden bericht het gewenste effect heeft gehad.



Figuur 4: Communicatiemodel van Lasswell (Bots & Jansen, 1996)

In dit onderzoek is de communicator de POH-GGZ. Het bericht is informatie overbrengen over een burn-out. De informatie moet helder gestructureerde inhoud hebben, voorspelbaar gedrag, geen knipperende, flitsende of andere afleidende inhoud en eenvoudige tekst. Hierin worden onder andere de volgende vragen beantwoord: wat is een burn-out? Hoe ontstaat een burn-out? Hoe nu verder? In dit onderzoek is de ontvanger de patiënt met een burn-out. Het is belangrijk om te kijken naar de cognitieve of neurologische beperkingen die informatieopname mogelijk in de weg zitten. Aangezien deze beperkingen spraak, gehoor, zicht, beweging en begrip kunnen beïnvloeden. Enkele voorbeelden zijn: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Autism spectrum disorder (ASD), leerstoornis, psychische beperking, beperkingen aan het geheugen, multiple sclerose, epilepsie en migraine. Verder is het belangrijk om te kijken naar de aandachtsspanne. Aangezien iemand met een burn-out het lastig vindt om zijn aandacht erbij te houden. De aandachtsspanne bij een burn-out verschilt per persoon.

Om erachter te komen via welk kanaal de informatie het beste kan worden gegeven, wordt er onderzoek gedaan naar de manier van leren. Volgens Mayer (2005) kan multimedia leereffecten vergroten. Multimedia kan de instructie verrijken en variatie bieden. Multimediale teksten combineren verschillende media bijvoorbeeld: geschreven tekst met plaatjes, gesproken tekst met plaatjes, geschreven of gesproken tekst en bewegend beeld. Mensen leren meer van een multimediale tekst dan van een geschreven tekst (Mayer, 2005).

Voordat een ontvanger een bericht kan bevatten, moet hij dit na verzending 'decoderen', dat wil zeggen: de betekenis uit de code halen en het bericht ontdoen van ruis (Bots & Jansen, 1996). In de praktijk komt ruis voor in alle fasen van het communicatieproces, dat wil zeggen: in alle fasen kunnen gedeelten van het bericht worden vervormd of weggelaten, waardoor een verkeerd of onvolledig bericht bij de ontvanger aankomt. Ruis heeft tot gevolg dat meer of minder van de bedoeling van de zender verloren gaat, waardoor de communicatie niet het gewenste effect heeft. Niet alleen ruis kan de informatieoverdracht verstoren, iemand die last heeft van een burn-out heeft tevens last van concentratieproblemen (Schaufeli & Houtman, 2000). Terugkoppeling is hierdoor noodzakelijk. Het is

daarom belangrijk of er sprake is geweest van ruis, om erachter te komen of de ontvanger de informatie heeft begrepen en of hij/zij dingen nog niet snapt.

2.5 Interventies

Zoals eerdergenoemd kent het herstelproces van overspanning zich door middel van 3 fases Terluin (2015). De behandeling van burn-out is in principe dezelfde als die van overspanning, maar vergt meer tijd en deskundigheid (Terluin, 2015).

Crisisfase

Stellen van de diagnose

Uit de literatuur blijkt dat mensen verschillende vragenlijsten gebruiken om te diagnosticeren. Ten eerste uit enquêtes en interviews van Maslach en Leiter (2006), waarin meer dan 10,000 personen in een breed scala van organisaties in verschillende landen zijn beoordeeld, is gebleken dat de verschillen in burn-out vallen in zes categorieën: werkdruk (teveel werk, niet genoeg hulpmiddelen); controle (micromanagement, gebrek aan invloed, verantwoording zonder macht); beloning (onvoldoende beloning, erkenning of tevredenheid); gemeenschap (isolatie, conflict, gebrek aan respect); eerlijkheid (discriminatie, vriendjespolitiek); en waarden (ethische conflicten, zinloze raken). Zij maken gebruik van een *'quick burn-out assessment'*.

Ten tweede maken Kristensen, Borritz, Villadsen, en Christensen (2005) gebruik van de CBI, *de Copenhagen Burn-out Inventory*. Deze vragenlijst bestaat uit drie *subdimensies*: persoonlijke burn-out, werk gerelateerde burn-out en klant gerelateerde burn-out. De drie afzonderlijke delen van de vragenlijst zijn ontworpen om in verschillende domeinen te worden toegepast. De vragen over persoonlijke burn-out zijn zo geformuleerd dat iedereen ze kunnen beantwoorden (een echt generieke schaal). De werk gerelateerde burn-out-vragen gaan ervan uit dat de respondent een of ander betaald werk heeft verricht. Ten slotte bevatten de klant gerelateerde burn-out vragen met gebruik van de term 'patiënt' (of een vergelijkbare term indien van toepassing, zoals patiënt, student, gevangene, enz.).

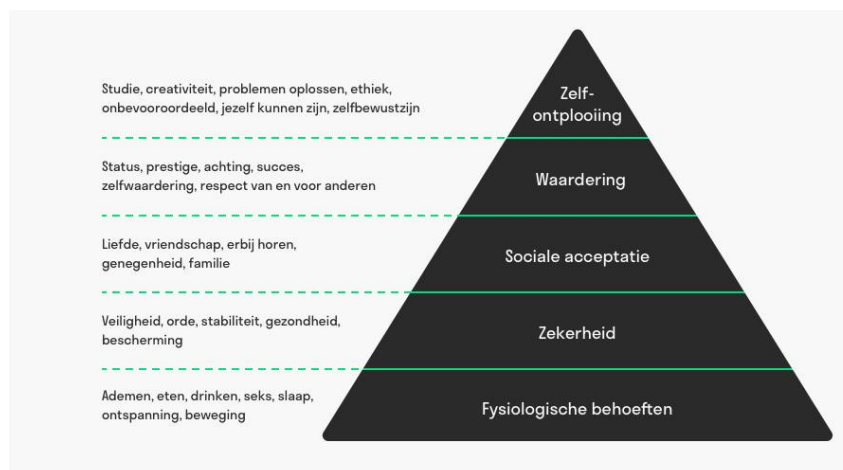
Het burn-out-concept is internationaal sterk gekoppeld aan de meest gebruikte vragenlijst om burn-out-verschijnselen te meten: de *Maslach Burn-out Inventory* (MBI) die in het Nederlands vertaald is als de Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) (NVAB, 2011). De MBI wordt in meer dan negentig procent van alle empirische artikelen gebruikt (Schaufeli & Enzmann, 1998). Echter is deze vragenlijst ontwikkeld als onderzoeksinstrument en is in wezen niet geschikt voor bijvoorbeeld diagnostische doeleinden. Toch is er een traditie gegroeid, vooral in wetenschappelijk onderzoek, om zich te blijven baseren op de MBI (Desart, Schaufeli & De Witte, 2017). Ook de psychometrische kwaliteiten van de MBI worden in twijfel getrokken. Bepaalde items zijn vrij extreem geformuleerd, wat resulteert in een scheve antwoordverdeling. De positief geformuleerde items voor persoonlijke bekwaamheid zijn problematisch (Schaufeli & Salanova, 2007) en er is twijfel over het feit of de component 'persoonlijke bekwaamheid' überhaupt wel een onderdeel van burn-out is (Schaufeli & Taris, 2005).

Tijdens het onderzoek van Bruin (2013) werd in het kader van de diagnostiek en ten behoeve van de coaching gebruik gemaakt van een aantal vragenlijsten: de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21); deze meet afzonderlijk angst, depressie en stressklachten; er wordt dus gescoord op 3 subschalen en er wordt een totaalscore berekend. De Checklist Individuele Spankracht (CIS); deze meet vermoeidheid, motivatie, activatie en concentratie; hier wordt gescoord op vier subschalen en een totaalscore berekend. Een vragenlijst Cognitief functioneren; deze meet één totaalscore. De achterliggende gedachte is dat bij chronische stress de capaciteit en energie van het werkgeheugen afnemen, waardoor mensen problemen krijgen met cognitieve functies. Als laatste maakte ze gebruik van een vragenlijst Herstelbehoefte na het werk.

Als laatste maakt de POH-GGZ nu gebruik van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), de vierdimensionale klachtenlijst. Deze vragenlijst doet een beroep op de gebieden: distress, depressie, angst en somatisatie.

Piramide van Maslow

Volgens Mcleod (2007) moet er eerst sprake zijn van vier levensbehoeften voordat de patiënt zijn problemen op kan lossen (zelfontplooiing). Figuur 4 laat deze levensbehoeften zien: fysiologische behoeften, veiligheid en zekerheid, sociaal contact en sociale acceptatie en waardering. Voordat herstel van burn-out (zelfontplooiing) mogelijk is, is het de taak van de POH-GGZ om te kijken of alle andere behoeftes al aanwezig zijn. Wanneer dit niet het geval is, is het de taak van de POH-GGZ om te kijken hoe die behoeftes kunnen worden bevredigd.



Figuur 5: Piramide van Maslow (Mulder, 2012)

Voorlichting geven

Voorlichting geven kan op verschillende manieren. Volgens Terluin (2015) moet informatie gedurende de crisisfase de patiënt perspectief bieden. Snappen wat er aan de hand is en weten waar de patiënt aan toe is, vormen een krachtig medicijn tegen ontredde en demoralisatie (Terluin, 2015). Terluin (2015) spreekt over het draaglast-draagkrachtmodel aan de hand van een weegschaalmetafoor. Het model van de draagkracht-draaglast analyse maakt inzichtelijk waarom een situatie te veel kan zijn voor iemand. Wanneer de draaglast groter wordt dan de draagkracht ontstaan problemen. De weegschaal slaat door naar één kant. Dit kan gebeuren doordat er bijvoorbeeld veel in korte tijd gebeurt of het heel druk is, waardoor de draaglast groter wordt (zwaarder). Maar het kan ook zijn dat iemand moe of ziek is, waardoor zijn draagkracht vermindert. Resultaat is dat de eisen die gesteld worden groter zijn dan wat de persoon aan kan of denkt aan te kunnen.

Door de juiste voorlichting te geven heeft de patiënt meer inzicht in zijn problematiek. Inzicht is een belangrijke eerste stap. Het accepteren van de overspanning is de volgende stap. Volgens Terluin (2015) is acceptatie een absoluut vereiste om de problematiek te kunnen oplossen. Een interventie die kan helpen bij het accepteren is de patiënt stimuleren om zijn omgeving te vertellen dat hij overspannen is. Ook Van Loghum (2018) adviseert patiënten om te praten met personen in hun directe omgeving. Praten levert namelijk vaak nieuwe gezichtspunten op, zeker voor patiënten die sterk op één aspect gefocust zijn (Van Loghum, 2018).

Een methode van genezing die artsen zal aanspreken is de "bibliotherapie": het lezen over de eigen ziekte en proberen te begrijpen hoe het gelezen in relatie staat tot de eigen situatie. Er bestaat een

groot aantal boeken over burn-out en daaraan gerelateerde levensvragen, van zakelijk tot filosofisch en van populairwetenschappelijk tot spiritueel (Bergman, 2005). Zoals eerder benoemd leren mensen meer van een multimediale tekst dan van een geschreven tekst (Mayer, 2005). Wanneer de arts kiest voor 'bibliotherapie' zal dus niet worden voldaan aan de eisen van een multimediale tekst.

Geven van perspectief

Volgens Terluin (2015) kan de POH-GGZ eventueel positieve eigenschappen van de patiënt benadrukken die onbedoeld tot de overspanning hebben bijgedragen (bijvoorbeeld verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen, grote inzet etc.). De patiënt moet de overspanning stapsgewijs aanpakken. De eerste stap bestaat uit het in kaart brengen van wat er aan stress speelt, waar het mis is gegaan. In een later stadium kan de patiënt naar oplossingen zoeken. In het begin moet de patiënt niet proberen meteen oplossingen te bedenken (Terluin, 2015). Ook is het opschrijven van gedachten en gevoelens een probaat middel om stressvolle gebeurtenissen op een rijtje te krijgen, om het bewustzijn van en inzicht in deze gebeurtenissen en gevoelens te vergroten, en om de gebeurtenissen te verwerken. Een kwartier tot een half uur is doorgaans haalbaar en voldoende. Na afloop van een schrijfsessie moet de patiënt iets ondernemen om de spanning weer te laten zakken, bijvoorbeeld: fietsen, een spelletje met de kinderen doen, een boodschap doen, een vriend(in) bellen voor een praatje (Terluin, 2015).

Dagstructuur

Het is belangrijk om een vaste dagstructuur aan te houden, met ruimte voor noodzakelijke activiteiten, zoals verzorging van de kinderen, boodschappen doen, het huis opruimen en sociale contacten onderhouden (Terluin, 2015). Roelands (2017) maakt gebruik van een schematische dagindeling als interventie bij de behandeling van een burn-out. Ze let hierbij op de volgende punten: ruim de tijd nemen voor de start van de dag, na elke maaltijd iets rustigs doen waardoor het spijsverteringssysteem de maaltijd rustig kan verteren, alleen leuke activiteiten of taken waar de patiënt zin in heeft, activiteiten kort houden, maaltijden op een vast tijdstip, sport- of bewegingsactiviteit voor elke dag, na inspanning altijd ontspanning inplannen, 's avonds de tijd nemen om de dag af te bouwen, vroeg naar bed en uitslapen tot de patiënt zonder wekker wakker wordt en als laatste een siësta houden wanneer de patiënt moe is (Roelands, 2017, p. 44). Rogier (2017) geeft ook het belang aan van een dagstructuur bij patiënten met een burn-out. Hoe die dagstructuur eruit moet zien geeft hij echter niet aan.

Ontspanning

Er bestaan volgens de literatuur meerdere manieren om te ontspannen. Passieve vormen zijn bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen of gewoon rusten. Actieve en afleidende vormen zijn vaak beter uitvoerbaar dan passievere vormen (Terluin, 2015). Interventies zijn dan bijvoorbeeld wandelen of een klusje doen. Uit het tijdschrift van Van Zweden (2015) blijkt dat het 'loslaten' van elke gedachte aan werk tijdens de vrije tijd het herstel in hoge mate bevordert. Maar detachement doet meer: het brengt psychische en lichamelijke ontspanning teweeg en is niet alleen positief gerelateerd aan goede slaap, gevoelens van uitgerustheid en zin in het werk, maar ook aan algemene gezondheid en allerlei andere positieve psychische en fysieke variabelen (Van Zweden, 2015).

Volgens Bergman (2005) zijn bekende klachten tijdens een burn-out verergering van astmatische bronchitis. Hij adviseert ademhalingsoefeningen die kunnen worden gedaan onder begeleiding van een Cesar-therapeut. Ook kan er sprake zijn van rug-, schouder- en/of neklachten. Die klachten kunnen eveneens door een fysiotherapeut kunnen worden aangepakt. Alle bezigheden, waarbij aandachtig tijd wordt besteed aan lichaam en gezondheid kunnen in deze fase thuishoren waaronder: schoonheidsspecialiste, sauna en massage. (Bergman, 2005).

Slaap

Elementen ten behoeve van herstel op het gebied van slapen zijn: slaap zoveel als nodig is, maar houd vast aan vaste tijdstippen; sluit de dag af met ontspanning, reserveer de slaapkamer voor slapen en vrijen, als de patiënt langer dan de normale inslaaptijd wakker ligt, ga dan uit bed; bevorder het inslapen door piekergedachten niet serieus te nemen, slaap met oordopjes in, doe een ontspanningstraining als het niet lukt om te ontspannen, bewegen overdag is eveneens een bewezen manier voor verbeterde slaap en probeer overdag geregeld pauzes in te lassen in de activiteiten (Roelands, 2017, pp. 48-49). Echter is volgens Bergman (2005) uitslapen een taboe: de dag moet een gezond ritme hebben waarbij men redelijk op tijd opstaat, een middagdutje doet en vervolgens weer redelijk op tijd naar bed gaat.

Voeding

Algemene tips die worden gegeven op het gebied van voeding zijn: wees matig met koffie, wees matig met alcohol, gebruik geen drugs, gebruik weinig suiker en drink veel water (Roelands, 2017, pp. 47-48). Over de individuele behoeftes op het gebied van voeding valt in de literatuur niet veel te vinden. Het boek van Hoes (2013) geeft aan dat een op zichzelf normale voeding bij individuele gevoeligheid voor serine of glycine zelfs tot psychosen leiden. De hulp van de diëtist is van belang bij het herstellen van een normale voeding bij primair psychiatrische stoornissen, bij het herstel van de voedingstoestand bij deficiënties van bijvoorbeeld vitaminen en bij diëten beperkt in serine, glycine of tyramine ter preventie van psychiatrische of lichamelijke stoornissen (Hoes, 2013).

Volgens Bergman (2005) is in deze fase ook plaats voor het ontwerpen van een persoonlijk dieet, in het ene geval een vermageringsdieet, in 't andere geval bloedsuiker-stabiliserend of cholesterol-verlagend. Dit kan desgewenst onder leiding van een diëtiste. Nagedacht kan worden over lacunes in de voeding en de eventuele noodzaak van voedingssupplementen of multivitaminen. Dit alles in het kader van aandacht voor het lichaam, dat in veel opzichten is verwaarloosd, vooral waar het verwennerij betreft, want daar was immers geen tijd voor (Bergman, 2005).

Beweging

Onderzoek naar het verband tussen beweging en burn-out is schaars, zeker in vergelijking met het groot aantal studies naar het effect van beweging op depressie (Knapen, Moriën & Vancampfort, 2017). Cross-sectioneel onderzoek ($n = 197$) toont aan dat werknemers met een gemiddelde tot hoge cardio-respiratorische fitheid minder burn-out en depressieve symptomen ervaren dan personen met een zwakke fitheid (Knapen, Moriën & Vancampfort, 2017). De onderzoekers concluderen dat een aeroob trainingsprogramma een protectief effect kan hebben op de evolutie naar een diepere depressie en een positief effect op de fysiologische mechanismen die de link tussen burn-out en cardiovasculaire aandoeningen verklaren (Knapen, Moriën & Vancampfort, 2017).

Roelands (2017) concludeert dat op het gebied van beweging er opbouw van conditie en energievoorraad nodig is. Ze geeft aan dat om energie op te bouwen, de accu weer te vullen en om de burn-out te doorbreken, conditieopbouw nodig is. Het is van belang om drie keer per week aan conditieopbouw te doen, een sport te kiezen die de patiënt bij aanvang goed aankan, niet te hard van stapel te lopen, beter een rustig tempo aan te houden en om na het bewegen tien minuten te gaan zitten en de tijd te nemen om de hartslag en ademprequentie te laten zakken (Roelands, 2017, pp. 40-42).

Probleem- en oplossingsfase

Tijdens de crisisfase zijn de fysiologische behoeften, zoals in figuur 4, bevredigd. De patiënt heeft meer geleerd over burn-out en de samenhang tussen ademhaling, eten, drinken, slaap, ontspanning en beweging. De patiënt heeft meer zekerheid en sociale acceptatie, dan tijdens de burn-out, nadat hij zijn huidige situatie heeft gedeeld met de mensen om hem heen. In de probleem- en oplossingsfase is het tijd voor waardering. De eerste stap is kijken naar de problemen waar de patiënt nog wat mee aan moet. De volgende stap is kijken naar wat de patiënt wil bereiken. Dit doel moet realistisch zijn, aangezien de patiënt anders te hoge eisen stelt. De belangrijkste vraag die de patiënt moet beantwoorden, is het bespreken van mogelijke opties (Terluin, 2015).

Meer waardering krijgen kan op verschillende manieren. Bergman (2005) geeft aan dat cognitieve therapieën het snelst werken bij patiënten met een ongecompliceerde burn-out en geen grote achterliggende psychopathologie. Echter, op CGT gebaseerde behandelingen laten een gemengd effect zien op de duur van verzuim afhankelijk van wie de interventie uitvoert. Waar bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen de behandelingen gaven was er een positief effect op het werkverzuim te zien, waar psychosociale hulpverleners (psychologen/ psychotherapeuten en maatschappelijk werkers) of huisartsen de interventie gaven werd geen effect op het verzuim gezien (NVAB, 2011).

Tijdens deze fase kan het helpen om inzicht te krijgen in de persoonlijke eigenschappen die de burn-out kunnen hebben veroorzaakt. Perfectionisme is een veel voorkomende factor bij patiënten met een burn-out, evenals het niet kunnen aangeven van de eigen grenzen (Bergman, 2005). Ook is het tijdens deze fase belangrijk om inzicht te krijgen in wat ervoor zorgt dat de patiënt stress ervaart. Roelands (2017) maakt in deze fase gebruik van de interventie 'het stressregistratieformulier'. Het formulier helpt de patiënt door middel van kleuren zich bewust te worden van de hoeveelheid energie in zijn lichaam. Hierbij staat groen voor vitaal, geel voor belasting, paars voor een flink lege accu en rood voor een compleet lege accu. Per dag houdt de patiënt dit bij voor een week lang.

Ook inzicht krijgen in de eigen gedachten kan helpend zijn om terugval van een burn-out te voorkomen. Roelands (2017) maakt gebruik van het invuldocument bij piekeren. Het is de bedoeling dat de patiënt antwoord geeft op de volgende vier vragen: waar piekert de patiënt over? Wat is het ergste? Hoe zou het volgens de patiënt moeten gaan en wat is een goede eerste stap? Roelands (2017) maakt tijdens deze fase ook gebruik van een ontspanningslijst.

Om meer inzicht te krijgen in de 'energievreeters en energiegevers' op het werk maakt Roelands (2017) gebruik van een schema. De patiënt geeft antwoord op de volgende vragen: wat geeft energie? Wat vreet energie? Wat valt hieraan op en welke conclusie kan verbonden worden hieraan? Als laatste maakt Roelands (2017) tijdens deze fase gebruik van de werkhervattingskolom. De patiënt schrijft zijn taken op en geeft vervolgens een cijfer van één tot en met tien (waarbij tien weinig is en één veel is tijdens de eerste schaal) op de schalen: plezier, tijdsdruk, afhankelijkheid en een kolom naar keuze. Uiteindelijk rekent de patiënt zijn totaalscore uit.

Toepassingsfase

De Wet Verbetering Poortwachter (WVP) stelt werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk beperken van het ziekteverzuim in omvang en duur. Daartoe moet de werkgever bereid zijn om de aard en omstandigheden van het werk en de werktijden (tijdelijk) aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. In elk geval moet langdurig verzuim (langer dan drie maanden) worden voorkomen, omdat de kans op succesvolle werkhervatting snel kleiner wordt naarmate het verzuim langer duurt (Terluin, 2015).

Tijdens de laatste fase maakt Roelands (2017) gebruik van het G-schema om erachter te komen wat automatische gedachten zijn bij de patiënt. Verder geeft ze als opdracht om erachter te komen welke eigenschappen de burn-out kunnen hebben veroorzaakt. De patiënt gaat een gesprek aan met zijn 'primaire ikke'. Ook leert hij stressmomenten tijdig om te buigen, leert hij randvoorwaarden voor prettig werk, leer hij zijn eigen drijfveren kennen en leert hij terugval te voorkomen.

Overige interventies

Een interventie die tijdens het gehele traject gebruikt kan worden, is het (zelfhulp)boek 'nooit meer burn-out'. Net zoals Terluin (2015) de behandeling van overspannenheid en een burn-out indeelt in drie stappen doet het boek dat ook. Basis, bewust en bekwaam zijn de stappen die worden behandeld.

Van Bruin (2013) heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de behandeling van het CRS-centrum. Hun visie is dat een cognitief gedragsmatige aanpak deel uit kan maken van de behandeling, maar niet centraal staat. In de behandeling, hoofdzakelijk in de vorm van coaching, wordt allereerst gewerkt aan het herstel van het recuperatievermogen (recupereren is op krachten komen) en herstel en opbouw van de fysieke en mentale belastbaarheid. Met name in het begin zijn belangrijke speerpunten het krijgen van inzicht van een patiënt in de stress-fysiologie door middel van biofeedback, het vergroten van het lichaamsbewustzijn en het leren van een goede balans tussen inspanning/beweging en ontspanning/rust. Later komt het accent meer te liggen op verbetering van het zelfmanagement; elementen kunnen bijvoorbeeld zijn aandacht training (mindfulness) of het leren van vaardigheden als nee-zeggen of prioriteiten stellen. CSR Centrum kan ook een psycholoog inzetten. Het onderzoek laat zien dat er van een klinisch relevante verbetering kan worden gesproken bij het gebruik van deze behandeling (Van Bruin, 2013).

Een aantal interventies die Knapen, Moriën en Vancampfort (2017) noemen, zijn: de mogelijkheid om deeltijds het werk te hervatten, re-integratiegesprekken voeren, personeelsleden op de hoogte brengen van het ondersteuningsaanbod van het bedrijf en therapeutische begeleiding.

Kinesitherapeuten met een specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg (psychomotorische therapie) kunnen een specifieke bijdrage leveren in de multidisciplinaire behandeling. Het complexe karakter van de burn-outproblematiek vereist een samenwerking met deskundigen zoals de verwijzende psychiater of een andere arts, psycholoog, bedrijfsarts en andere disciplines.

3. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk worden de gebruikte onderzoeksmethoden toegelicht. Er zal verantwoording gegeven worden over elk gebruikte onderzoeksmethode.

3.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek heeft een kwalitatief karakter. De stakeholders worden gekozen door na te gaan wie er betrokken zijn tijdens de behandeling van een burn-out. Dit kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op het verkrijgen van nieuwe inzichten door het afnemen van interviews bij burn-out coaches, ervaringsdeskundigen en POH-GGZ.

De onderzoeksmethoden zullen in de paragrafen hieronder beschreven worden. De onderzoeksmethoden zijn vertaald aan de hand van het HCD boek van IDEO (2015). Om deze reden zullen de Engelse termen van de onderzoeksmethoden aangehouden worden. De resultaten zullen tussen 13 april en 27 april 2020 afgenomen worden. Voordat de onderzoeker de resultaten heeft afgenomen, is er een ethische checklist ingevuld. Door het invullen van deze checklist is er vastgesteld of er toetsing noodzakelijk was. In deze toetsing is de scriptiecoördinator, eventueel in overleg met de Saxion Ethische Advies Commissie, beoordeeld of dit onderzoek in lijn was met de gedragscode. Na invullen van deze checklist, werd duidelijk dat toetsing niet noodzakelijk was voor dit onderzoek. De ingevulde ethische checklist is opgenomen in bijlage zes.

Alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hebben een informed consent ondertekend. Voor het tekenen van de informed consent is er, via de mail, een informatiebrief uitgedeeld. Een voorbeeld van de informatiebrief en informed consent bevindt zich in de bijlagen drie en vier. De informed consenten worden door de onderzoeker bewaard en zullen na drie jaar vernietigd worden. Van alle interviews die gehouden werden in dit onderzoek zijn audio opnames gemaakt, na mondelinge en schriftelijke toestemming. De audio opnames van het interview werden alleen gebruikt door de onderzoeker als naslagwerk voor dit onderzoek. De audio opnames zullen na het afronden van dit onderzoek vernietigd worden. Omwille van de privacy zullen de getranscribeerde interviews zonder namen in bijlage zes worden toegevoegd. De interviewer/onderzoeker wordt gekenmerkt door een 'A'. De geïnterviewde wordt gekenmerkt door een 'B'.

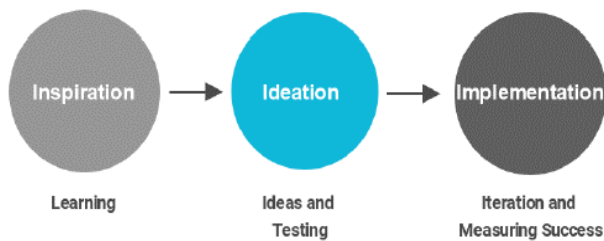
3.2 Interviews

De ervaringsdeskundigen en burn-out coaches werden benaderd via het e-mailadres dat te vinden is op hun site. De POH-GGZ worden benaderd via de eigen sociale kring. In de e-mail staat uitleg over dit onderzoek en de vraag medewerking te verlenen aan een individueel interview. Het heeft de voorkeur om de interviews onder vier ogen af te nemen op de praktijk in een aparte ruimte. Helaas is dit niet mogelijk vanwege het Corona-virus. De interviews vinden plaats door middel van Microsoftteams, telefonisch contact of via een vragenlijst die wordt bijgevoegd in de mail. De geïnterviewde wordt eerst op zijn gemak gesteld doordat de onderzoeker iets over zichzelf verteld. De hoofdonderwerpen die uitgevraagd worden tijdens het interview zijn afgeleid van de richtlijnen van NVAB en NHG. Onderwerpen die aan bod komen tijdens de interviews met ervaringsdeskundigen zijn: algemene vragen, voor diagnose, beoordeling, behandeling, nazorg en evaluatie. Onderwerpen die aan bod komen tijdens de interviews met burn-out coaches en POH-GGZ zijn: algemene vragen, bewustwording, behandeling, nazorg, verbetering en eventuele eigen ervaring. Voor de semigestructureerde interviews is een vragenlijst opgesteld, zie bijlagen een en twee. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews omdat de onderzoeker door wil vragen als de respondent iets interessants zegt of er sprake is van onduidelijkheden. Het doel van de semigestructureerde interviews is om meer en gedetailleerde informatie te krijgen. Er is niet gekozen voor een

ongestructureerd interview omdat de kans aanwezig was dat de onderzoeker vragen vergeet. Er wordt getracht alleen open vragen te stellen tijdens het interview. De volgorde waarin de vragen gesteld worden varieerden. Dit is afhankelijk van het antwoord op een vraag.

De interviews worden na afname getranscribeerd en open gecodeerd. Er is gekozen voor woordelijk transcriberen, waarin stotteren, herhalingen en tussenwerpsels niet worden meegenomen. Elk transcript is als een apart beschreven tekstverwerkingsbestand opgeslagen. Het open coderen is in tabellen ingedeeld om de resultaten overzichtelijker te maken.

Deel II: Ideation fase



Figuur 6: HCD-proces (Corbé, 2019)

4. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten, zie figuur 6, besproken worden. De uitslagen van deze interviews zullen per subparagraaf besproken worden, waarbij eerst de uitslag van de POH-GGZ en de burn-out coaches en vervolgens de uitslag van de ervaringsdeskundigen worden besproken. In de subparagrafen van de interviews van de POH-GGZ en burn-out coaches zullen achtereenvolgens de algemene informatie, beoordeling, bewustwording, behandeling en tot slot de nazorg van de behandeling van een burn-out worden besproken. Ook zullen de resultaten van de interviews met de ervaringsdeskundigen besproken worden. De resultaten worden opgedeeld in de onderwerpen: voor diagnose, beoordeling, behandeling en evaluatie van de behandeling van de burn-out. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn namen weggelaten. Als laatste worden er conclusies getrokken aan de hand van de resultaten van de interviews en het literatuuronderzoek.

4.1 Resultaten literatuuronderzoek

Deelvraag 1: Wat is een geschikte psycho-educatie bij patiënten die geen kennis hebben van overspannenheid en/of burn-out?

Bij een geschikte psycho-educatie voor patiënten die geen kennis hebben van overspannenheid en/of burn-out dient rekening te houden met de manier van communiceren en de manier van leren van de patiënt. Multimedia kan de instructie verrijken en variatie bieden. Multimediale teksten combineren verschillende media bijvoorbeeld: geschreven tekst met plaatjes, gesproken tekst met plaatjes, geschreven of gesproken tekst en bewegend beeld. Mensen leren meer van een multimediale tekst dan van een geschreven tekst (Mayer, 2005). Het is daarom verstandig om te kiezen voor een multimediale benadering tijdens het geven van informatie over de burn-out/overspannenheid.

Het is belangrijk om te kijken naar de cognitieve of neurologische beperkingen die informatieopname mogelijk in de weg zitten. Deze beperkingen kunnen spraak, gehoor, zicht, beweging en begrip beïnvloeden. Enkele voorbeelden zijn: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Autism spectrum disorder (ASD), leerstoornis, psychische beperking, beperkingen aan het geheugen, multiple sclerose en epilepsie/migraine. Verder is het belangrijk om te kijken naar de aandacht spanne. Iemand met een burn-out vindt het lastig om zijn aandacht erbij te houden. De aandacht spanne bij een burn-out verschilt per persoon.

Een vorm van terugkoppeling is noodzakelijk voor het controleren van de informatieopname bij de patiënt.

Deelvraag 2: Welke interventies voor patiënten op het gebied van overspannenheid en burn-out zijn er al?

Uit de literatuur blijkt dat mensen verschillende vragenlijsten voor het diagnosticeren van een burn-out. Zo maken Maslach en Leiter (2006) gebruik van de quick burn-out assessment, Kristensen, Borritz, Villadsen, en Christensen (2005) maken gebruik van de CBI en Bruin (2013) maakt tijdens zijn onderzoek gebruik van wel 4 vragenlijsten namelijk: de Dass-21, de CIS, een vragenlijst voor cognitief functioneren en een vragenlijst herstelbehoefte na werk. De MBI is in wezen niet geschikt voor bijvoorbeeld diagnostische doeleinden. Toch is er een traditie gegroeid, vooral in wetenschappelijk onderzoek, om zich te blijven baseren op de MBI (Desart, Schaufeli en de Witte, 2017). De POH-GGZ maakt nu gebruik van de 4DKL. Het geven van een voorlichting biedt de patiënt inzicht en perspectief. Interventies die worden toegepast zijn: Draagkracht- draaglast model en de omgeving vertellen. De omgeving vertellen helpt de patiënt om de burn-out meer te accepteren.

Interventies die worden toegepast voor het geven van perspectief zijn: het benoemen van positieve eigenschappen, het opschrijven van gedachten het en in kaart brengen van de problemen. Op het gebied van een dagstructuur worden de volgende interventies benoemd: rust, ontspanning, afleiding, een schematische dagstructuur. Interventies die worden aangeraden voor ontspanning zijn: ademhalingsoefeningen, cesar therapeut, fysiotherapeut, schoonheidsspecialiste, sauna, massage, detachement van het werk. Interventies die worden toegepast voor beweging zijn: aeroob trainingsprogramma en conditieopbouw. Interventies op het gebied van slapen zijn: slaap zoveel als nodig is, vaste tijdstippen, dag afsluiten met ontspanning, slaapkamer alleen gebruiken voor slapen en vrijen, uit bed gaan als patiënt moeilijker inslaapt, piekergedachten niet serieus nemen, oordopjes in, ontspanningstraining, bewegen overdag en overdag geregeld pauzes. Volgens Bergman (2005) is uitslapen een taboe: de dag moet een gezond ritme hebben waarbij men redelijk op tijd opstaat, een middagdutje doet en vervolgens weer redelijk op tijd naar bed gaat. Interventies op het gebied van slapen zijn ook gezond ritme hebben: redelijk op tijd opstaan, een middagdutje en redelijk op tijd naar bed gaan. De tijden van opstaan en naar bed gaan zijn niet duidelijk uit de literatuur. Algemene interventies op het gebied van voeding zijn: wees matig met koffie, wees matig met alcohol, gebruik geen drugs, gebruik weinig suiker, drink veel water en de hulp van een diëtist. De hulp van de diëtist is van belang bij het herstellen van een normale voeding bij primair psychiatrische stoornissen, bij het herstel van de voedingstoestand bij deficiënties van bijvoorbeeld vitaminen en bij diëten beperkt in serine, glycine of tyramine ter preventie van psychiatrische of lichamelijke stoornissen.

Probleem- en oplossingsfase

Interventies tijdens deze fase zijn: het stressregistratieformulier, invuldocument over piekeren, energiegevers en energievreters, het werkhervattingsmodel en CGT. Op CGT gebaseerde behandelingen laten een gemengd effect zien op de duur van verzuim afhankelijk van wie de interventie uitvoert.

Toepassingsfase

De interventies tijdens deze fase zijn: G-schema, eigenschappen ontdekken, stressmomenten ombuigen, drijfveren ontdekken, randvoorwaarden voor prettig werk ontdekken en terugval voorkomen.

Overige interventies

Interventies die kunnen worden gebruikt zijn: boek 'nooit meer burn-out' (Roelands, 2017), een multidisciplinair team en CRS-behandeling.

4.2 resultaten interviews methodebeschrijving

De ervaringsdeskundigen en burn-out coaches zijn benaderd via het e-mailadres dat te vinden is op hun site. De POH-GGZ zijn benaderd via de eigen sociale kring. Er zijn twee ervaringsdeskundigen, twee burn-out coaches en twee POH-GGZ geïnterviewd. De interviews vonden, vanwege het coronavirus, plaats door middel van Microsoftteams, telefonisch contact of via een vragenlijst die werd bijgevoegd in de mail. De interviews werden na afname getranscribeerd en open gecodeerd. Er was gekozen voor woordelijk transcriberen, waarin stotteren, herhalingen en tussenwerpsels niet werden meegenomen. Elk transcript is als een apart beschreven tekstverwerkingsbestand opgeslagen. Het open coderen is in tabellen ingedeeld om de resultaten overzichtelijker te maken.

De interviews werden na afname getranscribeerd en open gecodeerd. De interviews zijn geanalyseerd op de hoofdonderwerpen die zijn afgeleid van de richtlijnen van het NVAB en NHG. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews met ervaringsdeskundigen zijn: algemene vragen, voor diagnose, beoordeling, behandeling, nazorg en evaluatie. Onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews met burn-out coaches en POH-GGZ zijn: algemene vragen, bewustwording, behandeling, nazorg, verbetering en eventuele eigen ervaring. Voor de semigestructureerde interviews is een vragenlijst opgesteld, zie bijlagen een en twee. Er is gekozen voor woordelijk transcriberen, waarin stotteren, herhalingen en tussenwerpsels niet worden meegenomen. Elk transcript is als een apart beschreven tekstverwerkingsbestand opgeslagen. Het open coderen is in tabellen ingedeeld om de resultaten overzichtelijker te maken. Er is rekening gehouden met het benoemen van interventies en de gevolgen van de interventies op de patiënt. De interventies zijn beschreven in de tabellen. Eventuele problemen die plaatsvinden tijdens de behandeling worden ook genoemd. Hierdoor is een verband te vinden tussen de interventie en het proces van herstel bij de patiënten.

4.3 Resultaten interviews POH-GGZ

Deelvraag 3: 'Welke onderdelen mogen niet ontbreken in een behandelrichtlijn volgens burn-out coaches, POH-GGZ en ervaringsdeskundigen?'

De tijd die de POH-GGZ voor de patiënt heeft is 30 à 45 minuten. Het duurt gemiddeld 10 sessies voordat de patiënt behandeld is voor zijn burn-out. De POH-GGZ uit het tweede interview geeft aan na vijf sessies te evalueren hoe het met het proces van herstel gaat. De 4DKL wordt vooraf ingevuld door de patiënt. De POH-GGZ maken gebruik van verschillende interventies op het gebied van bewustwording: psycho-educatie door middel van Minddistrict en het boek 'nooit meer burn-out'. Waarbij de ene POH-GGZ uitleg geeft over hoe het lichaam werkt en wat hij bij de patiënt zien, geeft de ander uitleg over welke eigenschappen een burn-out kunnen veroorzaken. De behandeling is gericht op herstel en inzicht geven bij de patiënt. Hierbij wordt rekening gehouden met de thuissituatie, werksituatie, leeftijd, persoonlijkheid, omstandigheden, kwetsbaarheid en perfectionisme. Waarbij de één meer gespecialiseerde adviezen geeft naar aanleiding van de wensen van de patiënt (energiemanagement, dagritme, beweging en buitenlucht), geeft de ander meer algemene adviezen (mindfulness, wandelen, ademhalingsoefeningen en na elk uur vijftien minuten rust). Aspecten die niet mogen ontbreken op het gebied van slaap zijn de interventies om in de avond niks meer te doen en vooral te ontspannen. Nazorg vindt plaats door de assertiviteit bij de patiënt te vergroten. Een probleem dat de POH-GGZ tegenkomt is dat de werkgever de lat nog wel eens te hoog legt. Bij beiden POH-GGZ missen sommige patiënten inzicht en geduld. Zie tabel 1.

Tabel 1*Interview POH-GGZ (N=2) uitkomsten behandeling*

Algemeen:	30 à 45 min. Gemiddeld 10 sessies. Na 5 sessies evaluatie
Beoordeling:	4DKL. De een kijkt naar draaglast, draagkracht en persoonlijkheid. De ander niet
Bewustwording:	Psycho-educatie d.m.v. Minddistrict & boek 'nooit meer burn-out'
Behandeling:	De een geeft uitleg over hoe het lichaam werkt en wat hij ziet, de ander geeft uitleg over welke eigenschappen een burn-out kunnen veroorzaken.
	Herstel en inzicht geven. De een maakt een plan. Er wordt rekening gehouden met thuissituatie, werksituatie, leeftijd, persoonlijkheid, omstandigheden, kwetsbaarheid en perfectionisme.
	Beiden hebben problemen met inzicht en het missen van geduld
	De een geeft advies gespecialiseerd op de wensen van de individu: energiemangement, ritme, bewegen en buitenlucht
	De ander geeft algemene adviezen namelijk; mindfulness, wandelen en ademhalingsoefeningen. Na elk uur 15 minuten rust.
Nazorg	Slaapritme verbeteren door in de avond niks meer te doen, ontspanning.
	Gedachte schema's, Ruud Meulenberg.
	Assertiviteit uitbreiden. Werkgever legt lat te hoog.

4.4 Resultaten interviews burn-out coach

In vergelijking met de POH-GGZ heeft de burn-out coach langer de tijd voor de patiënt, zie ook tabel 2. De burn-out coach heeft een uur de tijd, maar er wordt vooral gekeken naar waar de patiënt behoefte aan heeft. Een sessie kan ook korter duren wanneer de patiënt erg vermoeid is. Gemiddeld heeft de burn-out coach 10 à 15 sessies. Bij de behandeling van de re-integratie coach/burn-out coach is de beoordeling al vastgesteld door een huisarts of psycholoog. De andere burn-out coach geeft niet veel om de beoordeling. Het gaat voor haar meer om de behandeling zelf. De re-integratie coach zoekt ontspanning die bij de patiënt past als een vorm van bewustwording. De burn-out coach geeft psycho educatie over adrenaline. De behandeling gaat om herstel. Een band vormen met de patiënt is hiervoor belangrijk. Het is gericht op een dagindeling, verdelen van taken, inzicht geven, leren grenzen aangeven, buikademhaling, langer uitademen. Er vindt geen contact plaats met de Arboarts. De re-integratie coach kijkt naar wat de patiënt wil. Dit doet ze door middel van een beroepskeuzetest en een persoonlijkheidstest. Op het gebied van nazorg heeft de burn-out coach na 1 maand van de behandeling contact en nogmaals na een half jaar. De re-integratie coach neemt een tevredenheidsonderzoek af. De re-integratie coach krijgt wel te maken met terugval. Het is niet duidelijk wat de oorzaak hiervan is aangezien de patiënten wel erg tevreden zijn over de behandeling.

Tabel 2*Interview burn-out coach (N=2) uitkomsten behandeling*

Algemeen	Uur de tijd. Tijd waar de patiënt behoefte aan heeft. 10 à 15 sessies.
Beoordeling	Beoordeling is al gesteld. Bij de ander maakt de beoordeling niet uit.
Bewustwording	Ontspanning vinden die bij de persoon past. Psycho educatie geven over adrenaline.
Behandeling	Herstel. Band vormen met de patiënt. Dagindeling, verdelen van taken. Inzicht geven. Leren grenzen aangeven. Buikademhaling, langer uitademen. Wandelen. Geen contact met Arboarts. De een let op voeding, de ander niet.
	Wat wil patiënt? Beroepskeuzetest en persoonlijkheidstest
	Problemen: terugval bij geen psycho educatie
Nazorg	Nazorg: na 1 maand en na een half jaar. Tevredenheidsonderzoek.

4.5 Resultaten interviews ervaringsdeskundigen

Voor de diagnose melden de ervaringsdeskundigen lichamelijke klachten, zie ook tabel 3. Het zoeken van hulp begint vaak wanneer de druppel is bereikt. De behandeling van de burn-out vindt plaats bij een psycholoog en is gericht op een depressie. Ze hadden geen ervaring met een POH-GGZ. Ook kregen ze geen uitleg over de burn-out. Een van de ervaringsdeskundige, die tevens burn-out coach is geworden, heeft zichzelf uit de burn-out geholpen. Dit heeft ze gedaan door: energiemangement, leuke dingen doen, letten op de ademhaling, zich houden aan een strikt schema, regelmatig tijdens rustmomenten kijken hoe het met haar gaat. Ze vraagt zichzelf elke dag af of de activiteiten van die dag haar vreugde geven en of ze haar energie geven. Tijdens de behandeling die ze zelf geeft kijkt ze naar de patiënt zijn kwaliteiten en wat diegene zingeving geeft. Ook zij geeft als tip om een multidisciplinair team in te zetten.

Tabel 3

Interview burn-out ervaringsdeskundigen (N=2) uitkomsten eigen ervaring

Voor diagnose	Melden van lichamelijke klachten. Zoeken hulp wanneer de druppel is bereikt.
Beoordeling	Bij beiden is de behandeling gericht op het behandelen van een depressie. Beiden hadden geen ervaring met een POH-GGZ. Beiden geen uitleg over een burn-out
Behandeling	Raad energiemangement aan. Leuke dingen doen. Letten op ademhaling. Strikt schema. Regelmatig tijdens rustmomenten kijken hoe het met de patiënt gaat. Geeft het mij vreugde? Krijg ik er energie van? Wat zijn iemand zijn kwaliteiten? Wat geeft iemand zingeving?
Evaluatie	Multidisciplinair team inzetten.

4.6 Algemene resultaten interviews

Uit de interviews blijkt dat de behandeling van een burn-out zich nu voornamelijk richt op het stellen van een diagnose en advies geven op het gebied van beweging en ontspanning, zie tabel 4. Daarna wordt er waarde gehecht aan het geven van psycho educatie en advies op het gebied van slaap. Tegen verwachtingen van de onderzoeker in wordt er tijdens de behandeling rekening gehouden met de persoonlijke eigenschappen van de patiënt. Ook het bieden van nazorg wordt vaker gegeven dan verwacht. De behandeling van burn-out richt zich nu het minst op het geven van advies op het gebied van voeding.

Tabel 4

Algemene uitkomsten interviews (N=6)

Codering	Aantal geïnterviewden
Stelt diagnose/ heeft diagnose gehad	5
Gebruikt psycho educatie/ heeft psycho educatie gekregen	4
Geeft advies/ heeft advies gekregen op gebied van beweging	5
Geeft advies/ heeft advies gekregen op gebied van ontspanning	5
Geeft advies/ heeft advies gekregen op gebied van voeding	3
Geeft advies/ heeft advies gekregen op gebied van slaap	4
Houdt rekening/ is rekening gehouden met persoonlijke eigenschappen	4
Biedt nazorg/ heeft nazorg gehad	4

4.7 Conclusie

Stellen van de diagnose

Uit het literatuuronderzoek is het moeilijk te bepalen welke vragenlijst het meest geschikt is om de diagnose burn-out te stellen. De voorkeur gaat niet uit naar de MBI, ondanks dat deze veel wordt gebruikt als onderzoeksinstrument, is het in wezen niet geschikt voor diagnostische doeleinden, volgens Desart, Schaufeli en de Witte (2017). Uit de interviews kan de conclusie worden getrokken dat de POH-GGZ de voorkeur geven aan de 4DKL. De burn-out coaches maken geen gebruik van een vragenlijst. Echter hebben zij ook geen mogelijkheid om een patiënt door te verwijzen wanneer er bijvoorbeeld ook sprake is van een depressie. De ervaringsdeskundigen werden ook niet beoordeeld. De ervaringsdeskundige geeft echter wel aan dat ze hier baat bij had gehad, aangezien ze voor een depressie is behandeld in plaats van voor de burn-out.

Voorlichting geven

Het geven van een voorlichting is noodzakelijk om de patiënt inzicht en perspectief te bieden. Multimediale teksten werken beter bij het geven van een voorlichting dan een platte tekst. Na het geven van de voorlichting moet gekeken worden of de patiënt de boodschap heeft begrepen. POH-GGZ maken nu gebruik van Minddistrict en het (zelfhulp)boek 'nooit meer burn-out'. Ondanks de voorlichting is het opvallend dat er bij de POH-GGZ patiënten soms inzicht en geduld mist. Het is daarom belangrijk om de werking van de twee vormen van psycho-educatie in twijfel te nemen.

De burn-out coaches geven psycho-educatie over adrenaline en vinden een vorm van ontspanning die bij de patiënt past. De burn-out coach die psycho-educatie geeft in de vorm van ontspanning heeft ook te maken met terugval bij de patiënten. De ervaringsdeskundigen hebben geen psycho-educatie gehad. Beiden hebben geen terugval gehad, echter was een ervaringsdeskundige niet tevreden over de behandeling die ze had gehad. Zij heeft zelf onderzoek gedaan naar hoe ze kon genezen van de burn-out door te kijken wat haar lichaam en geest nodig hadden.

Kortom, het geven van een voorlichting is noodzakelijk om de patiënt inzicht en perspectief te bieden. Multimediale teksten werken beter bij het geven van een voorlichting dan een platte tekst. Echter heeft het, volgens de uitkomsten van de interviews, geen invloed op mogelijke terugval.

Geven van perspectief

Het geven van perspectief zorgt ervoor om het bewustzijn van en inzicht in gebeurtenissen en gevoelens te vergroten, en om de gebeurtenissen te verwerken. De POH-GGZ maakt gebruik van een plan om perspectief te bieden aan de patiënt. Het geven van perspectief wordt persoonlijker gemaakt door middel van het rekening houden met de thuissituatie, werksituatie, leeftijd, persoonlijkheid, omstandigheden, kwetsbaarheid en perfectionisme. Het vertellen aan de omgeving dat de patiënt last heeft van een burn-out helpt bij het accepteren.

Dagstructuur

Uit de literatuur blijkt dat een goede dagstructuur bestaat uit de afwisseling van inspanning en ontspanning. Op vaste tijden opstaan en naar bed gaan, maaltijden op een vast tijdstip inplannen en elke dag een bewegingsactiviteit inplannen zorgen voor een routine. De ervaringsdeskundigen geven het belang aan van een strikt tijdschema. Volgens de ervaringsdeskundigen is het belangrijk om tijdens de rustmomenten te checken hoe het mentaal en fysiek gaat met de patiënt. De patiënt moet zichzelf afvragen wat hem energie geeft en waar hij blij van wordt. Leuke dingen moeten ook ingepland worden. Ook de POH-GGZ geeft het belang aan van een dagritme, bewegen en energiemanagement. De burn-out coach raadt aan om een dagdeel een activiteit in te plannen.

Beweging

Er is schaars onderzoek naar beweging en burn-out. Werknemers met een gemiddelde tot hoge cardio-respiratorische fitheid hebben minder burn-out en depressieve symptomen dan personen met een zwakke fitheid. Het belang van beweging is daarom wel noodzakelijk tijdens de behandeling van een burn-out. Welke interventie hier het best past wordt niet duidelijk vanuit de literatuur. Wel is het van belang om drie keer per week aan conditieopbouw te doen, een sport te kiezen die de patiënt bij aanvang goed aankan, niet te hard van stapel te lopen, beter een rustig tempo aan te houden en om na het bewegen tien minuten te gaan zitten en de tijd te nemen om zijn hartslag en ademprequentie te laten zakken. Bewegen helpt tevens bij het verbeteren van het slaapritme. De POH-GGZ raadt het aan om te wandelen. Ook werkt psychosomatische fysio goed volgens de POH-GGZ. Hoeveel minuten geeft hij echter niet aan. De ervaringsdeskundige raadt 20 minuten maximaal aan om te wandelen. Ook moet het wandelen langzaam worden opgebouwd. Yoga kan ook zorgen voor beweging en tevens ontspanning bij de patiënt. Volgens de burn-out coach is het belangrijk om te kijken naar wat bij de patiënt past.

Slaap

Het is belangrijk dat de patiënt op vaste tijdstippen gaat slapen en opstaat. Voor het slapen geen activiteiten die voor inspanning zorgen bij de patiënt. Volgens de POH-GGZ kan het helpen om niet naar de tv en telefoon te kijken voor het slapen. Hij raadt tevens aan om muziek te luisteren of te lezen. Het is niet bewezen dat uitslapen goed werkt tijdens de behandeling. Middagdutjes kunnen geen kwaad. Ook de ervaringsdeskundige geeft aan dat op vaste tijdstippen opstaan en gaan slapen goed werkt bij de burn-out patiënt.

Ontspanning

Actieve en afleidende vormen zijn vaak beter uitvoerbaar dan passievere vormen. De POH-GGZ geeft als advies op het gebied van ontspanning mindfulness en ademhalingsoefeningen. Na elke uur moet de patiënt een kwartier rusten. Interventies die kunnen zorgen voor ontspanning zijn ademhalingsoefeningen, cesar therapeut, fysiotherapeut, schoonheidsspecialiste, sauna, massage, detachement van het werk. Om de behandeling meer op maat te maken is het belangrijk om te kijken wat ontspannend is voor de patiënt. Dit kan worden nagegaan door aan de patiënt te vragen wat hem in het verleden ontspanning bracht. Ook de burn-out coach geeft het belang aan van de buikademhaling voor ontspanning.

Voeding

Er zijn algemene tips waar de patiënt zich aan kan houden om zijn gezondheid op het gebied van voeding te verbeteren: wees matig met koffie, wees matig met alcohol, gebruik geen drugs, gebruik weinig suiker, drink veel water. Om de behandeling meer op maat te maken kan de hulp van een diëtist worden ingeschakeld. De hulp van de diëtist is van belang bij het herstellen van een normale voeding bij primair psychiatrische stoornissen, bij het herstel van de voedingstoestand bij deficiënties van bijvoorbeeld vitaminen en bij diëten beperkt in serine, glycine of tyramine ter preventie van psychiatrische of lichamelijke stoornissen. De ervaringsdeskundige raadt warm eten aan bij patiënten die moeten aankomen. De POH-GGZ raadt aan om vers te eten.

Probleem- en oplossingsfase

Tijdens de probleem- en oplossingsfase is het belangrijk om te werken aan het mentale herstel. Erachter komen waar de patiënt nog behoefte aan heeft en hoe hij terugval kan voorkomen zijn de hoofdonderwerpen. Interventies die kunnen helpen zijn het stressregistratieformulier, invuldocument over piekeren, energiegevers en energievreters, het werkhervattingsmodel en CGT. Op CGT gebaseerde behandelingen laten echter een gemengd effect zien op de duur van verzuim

afhankelijk van wie de interventie uitvoert. Uit het interview met de ervaringsdeskundigen blijkt dat er tijdens deze fase gekeken wordt naar wat iemand zijn kwaliteiten zijn en wat iemand zingeving geeft. De burn-out coach maakt tijdens deze fase gebruik van een beroepskeuzetest en een persoonlijkheidstest om erachter te komen wat de patiënt wil. De POH-GGZ kijkt hier echter niet naar. De POH-GGZ werkt tijdens deze fase aan assertiviteit uitbreiden. De burn-out coach leert de patiënt grenzen aan te geven tijdens deze fase.

Toepassingsfase

De interventies tijdens deze fase zijn: G-schema, eigenschappen ontdekken, stressmomenten ombuigen, drijfveren ontdekken, randvoorwaarden voor prettig werk ontdekken en terugval voorkomen. Communicatie met de patiënt kan helpen tijdens deze fase. Na één maand en na een half jaar na de behandeling zoekt de burn-out coach weer contact op met de patiënt. Tevens doet de burn-out coach een tevredenheidsonderzoek.

De ervaringsdeskundige en burn-out coach geven aan dat een multidisciplinair team zou kunnen helpen om de behandeling meer op maat te maken.

4.8 Aanbeveling

‘Welke interventies kunnen POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van een burn-out patiënt?’

Voordat er kan worden gestart aan de behandeling is het belangrijk om te kijken waar de patiënt zich bevindt in het proces van herstel. Dit heeft namelijk invloed op de behandeling zelf. Het afnemen van een vragenlijst kan helpen om erachter te komen waar de patiënt last van heeft en of hij moet worden doorverwezen. Ook kan het helpen om erachter te komen in welke mate de patiënt last heeft van zijn klachten. Het gaat hier dus niet zozeer om het stellen van een diagnose. Om te zorgen dat de patiënt op de juiste plek terecht komt is het wel belangrijk om te kijken of er sprake is van problematiek buiten de burn-out om. De 4DKL heeft nu de voorkeur voor de POH-GGZ en daarom wordt deze nu aanbevolen. Tijdens deze fase kan een patiënt worden doorverwezen naar een psycholoog wanneer er sprake is van klachten buiten de burn-out om. Hierdoor wordt er rekening gehouden met de wachttijden voor een psycholoog binnen de GGZ.

Verder kan het afnemen van een persoonlijkheidsvragenlijst helpen om de behandeling van een burn-out meer op maat te maken. Echter is de voorkeur voor een gesprek wanneer er kan worden geconstateerd dat de patiënt erg last heeft van concentratieproblemen.

Het geven van een voorlichting is noodzakelijk om de patiënt inzicht en perspectief te bieden. Informatie geven over adrenaline en hoe het invloed heeft op ons lichaam is een psycho-educatie die het meeste succes heeft, blijkt uit de interviews. Tijdens de voorlichting wordt aangeraden om gebruik te maken van multimediale tekst. Na de voorlichting wordt het aangeraden dat er een ‘feedback’ moment plaatsvindt. Hierdoor kan de POH-GGZ checken of de boodschap duidelijk was voor de patiënt.

Een behandelplan maken kan de patiënt perspectief bieden. Het geven van perspectief wordt persoonlijker gemaakt door middel van het rekening houden met de thuissituatie, werksituatie, leeftijd, persoonlijkheid, omstandigheden, kwetsbaarheid en perfectionisme.

De behandeling van een burn-out bestaat uit 3 fases. Tijdens de eerste fase is rust, routine en regelmaat belangrijk. Er moet gekeken worden naar de individuele behoefte van de patiënt. Het lijf moet zich eerst herstellen. Op het gebied van ontspanning zijn interventies: mindfulness, wandelen, ademhalingstechnieken, cesar therapeut, fysiotherapeut, schoonheidsspecialiste, sauna, massage en detachement van het werk. Om de behandeling meer op maat te maken is het belangrijk om te

kijken wat ontspannend is voor de patiënt. Dit kan worden nagegaan door aan de patiënt te vragen wat hem in het verleden ontspanning bracht.

Op het gebied van voeding kan een vitaliteitscoach worden ingeschakeld. Beweging en buitenlucht zijn belangrijk, maar wel in mate. Dit hangt af van waar de patiënt zich bevindt in zijn herstel. Wanneer de patiënt in het begin zit van zijn burn-out kan er, tijdens de eerste week er elke dag 5 minuten worden gewandeld, tijdens de tweede week 10 minuten enzovoort.

Wanneer er sprake is van voldoende rust, routine en regelmaat kan de behandeling meer op maat worden gemaakt. Voedingsadviezen van de vitaliteitscoach worden vastgehouden en er vindt nog steeds beweging plaats. De patiënt kan terecht bij een psycholoog wanneer er sprake is problematiek buiten de burn-out om. Wanneer het lijf weer is opgeladen, is het tijd voor het hoofd. De concentratieproblemen zijn minder, aangezien het lichaam al deels is hersteld. De ontspanning wordt bereikt door te kijken naar wat de patiënt in het verleden fijn vond om te doen. Door te kijken naar het gedachteschema van de patiënt wordt er gewerkt aan de mentale gezondheid. Eigenschappen ontdekken die een aandeel kunnen hebben gehad bij het ontstaan van de burn-out is belangrijk. Grenzen aan leren geven, leren luisteren naar het lijf en regelmatig checken hoe vol de batterij is kan terugval voorkomen. In deze fase kan een beroepskeuzetest en eventueel een persoonlijkheidstest (wanneer die nog niet tijdens de intake is afgenomen) worden afgenomen om erachter te komen wat de patiënt wil na de behandeling. Aangezien er meer tijd komt kijken bij het verkleinen van de kans op een terugval kan de burn-out coach hier goed van pas zijn. Burn-out coaches hebben een uur voor de patiënt terwijl de POH-GGZ maar een half uur heeft.

4.9 Discussie

De toegevoegde waarde van dit onderzoek is dat er meer inzicht verkregen wordt in de effectiviteit van het behandelplan van een POH-GGZ voor een burn-out patiënt. Dit is gerealiseerd door gebruik te maken van het HCD-model.

Tijdens de Ideation fase is voornamelijk literatuuronderzoek gedaan. Hieruit is naar voren gekomen dat er verschillende methodes zijn tijdens de behandeling van een burn-out. Zo blijkt dat men verschillende vragenlijsten gebruikt. Hierdoor was de aanbeveling van een vragenlijst moeilijk te bepalen. Al snel kon het herstel van een burn-out opgedeeld worden in de drie fases. Ook hieruit bleek dat de interventies vrij algemeen zijn: praatadviezen, ontspannende activiteiten enz. Het literatuuronderzoek geeft dus goed het doel van het onderzoek weer: Welke interventies kunnen POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van een burn-out patiënt? Na afloop zou de hoofdvraag echter iets veranderd kunnen worden namelijk: Welke interventies kunnen POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van een burn-out patiënt om de behandeling meer op maat te maken?

Tijdens de Ideation fase is er op zoek gegaan naar een geschikte psycho educatie bij patiënten die geen kennis hebben van overspannenheid of een burn-out en is er gekeken naar welke interventies er al zijn op het gebied van overspannenheid en burn-out. Er is voldoende literatuuronderzoek gedaan voor beiden deelvragen.

De interviews met de POH-GGZ, burn-out coaches en ervaringsdeskundigen vonden plaats in de Ideation fase. De onderwerpen waar de interviewvragen op gebaseerd waren zijn bedacht naar aanleiding van het literatuuronderzoek. Achteraf hadden de interviewvragen anders kunnen worden opgesteld. De interviewvragen zouden meer valide kunnen zijn. Zo geven sommige vragen geen antwoord op de hoofdvraag. Meer vragen over de individuele behoeftes van de patiënten had het onderzoek meer op maat kunnen maken.

Naar aanleiding van de resultaten van het literatuuronderzoek en de interviews is het ontwerp gemaakt voor een adviesnota. De semigestructureerde interviews zijn verlopen zoals gewenst. Er is voldoende uitgevraagd waardoor er genoeg informatie was voor de adviesnota.

De Implementation fase is belangrijk voor het uiteindelijke beroepsproduct. In eerste instantie was het idee er om een behandelplan te maken die bij elke fase (crisis-, probleem- en oplossingsfase) verschillende interventies gaf als opties om de behandeling meer op maat te maken. Dit was helaas niet mogelijk binnen de verkregen tijd. In plaats daarvan is er een adviesnota ontstaan. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om een behandelplan te maken zoals in eerste instantie was gepland. Hierdoor heeft de POH-GGZ een inzichtelijk schematische weergave met interventies die ze tijdens de procesfases kan toepassen om de behandeling meer op maat te maken.

4.9.1 Terugblik op het onderzoek

Terugkijkend op het onderzoek om interventies te vinden voor de behandeling van een burn-out, kan gesteld worden dat de onderzoeker grondig te werk is gegaan. De onderzoeker heeft verschillende methoden toegepast. Dit heeft ertoe geleid dat de behandeling van een burn-out vanuit verschillende perspectieven belicht is.

De schemabehandeling van het NHG, waar het literatuuronderzoek en de interviewvragen op gebaseerd is, is een wetenschappelijk bewezen model. Dit heeft een positieve invloed op de begripsvaliditeit van dit onderzoek. Het model geeft niet alleen de procesfases weer, maar ook het doel tijdens deze fases. Hierdoor was de schemabehandeling een betrouwbare tool om te gebruiken tijdens het onderzoek. Als de onderzoeker opnieuw dit onderzoek zou doen, zou er weer gekozen worden voor de schemabehandeling van het NHG als leidraad.

In dit onderzoek zijn de respondenten niet face-to-face geïnterviewd. Dit is vanwege de Corona-crisis helaas niet mogelijk geweest. In plaats daarvan zijn de meeste respondenten via de telefoon of via beeldbellen geïnterviewd. Beide POH-GGZ hebben de interviewvragen via de mail beantwoord. Hierdoor konden sommige respondenten hun antwoorden niet toelichten. De kans is hierdoor groter dat de onderzoeker een antwoord verkeerd heeft geïnterpreteerd. De anonimiteit heeft ertoe geleid dat de respondenten eerlijk hun mening konden geven. De onderzoeker heeft veel verschillende methoden gebruikt om het probleem inzichtelijk te maken. Hierdoor is het probleem vanuit verschillende perspectieven belicht. Dit heeft de externe validiteit van dit onderzoek positief beïnvloed.

Als andere beperking in dit onderzoek kan genoemd worden dat er zes respondenten zijn geïnterviewd. Dit maakt dit onderzoek kwetsbaar en heeft invloed op de validiteit van het onderzoek. De onderzoeker heeft geprobeerd dit effect op de validiteit van het onderzoek te beperken door van elk stakeholder (POH-GGZ, burn-out coach en ervaringsdeskundigen) twee respondenten te vinden en te interviewen. De stakeholders vormen echter ook een beperking in dit onderzoek. Zo kwam naar voren dat binnen de stakeholders ook verschillende interventies werden gebruikt. Verder zaten de verschillende POH-GGZ niet op elk gebied op één lijn. De resultaten waren hierdoor erg wisselend. Hierdoor is het mogelijk dat er niet een representatief beeld is gecreëerd door de stakeholders. Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om meer respondenten te vinden die bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Voor vervolgonderzoek wordt verder aanbevolen om de respondenten face-to-face te zien, omdat er hierdoor mogelijkheid is om door te vragen bij onduidelijkheden.

Een andere beperking is de tijd waarin dit onderzoek heeft plaats gevonden. In verband met de corona-crisis was het niet mogelijk respondenten face-to-face te zien. Ook hadden hulpverleners het erg druk tijdens deze tijd. Overleg met de opdrachtgever vond hierdoor ook minder plaats. Verder zorgde de corona-crisis ervoor dat er dus minder respondenten waren dan in eerste instantie

gewenst was. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden om het onderzoek af te nemen in een tijd waar er geen sprake is van Corona.

4.9.2 Vooruitkijkend naar de toekomst

Vooruitkijkend denkt de onderzoeker dat dit onderzoek veel inzicht geeft in de huidige behandelplannen van POH-GGZ en burn-out coaches. Dit onderzoek vormt een mooi startpunt om vanuit verder te ontwikkelen.

De aanbeveling voor vervolgonderzoek is het veranderen van de hoofdvraag zodat hij meer toegespitst wordt: welke interventies kunnen POH-GGZ inzetten tijdens het herstelproces van een burn-out patiënt om de behandeling meer op maat te maken? Wanneer de hoofdvraag is veranderd wordt ook aangeraden om sommige interviewvragen toegespitst te maken op de nieuwe hoofdvraag. Hierdoor wordt de begripsvaliditeit vergroot.

Aangezien burn-out nog een redelijk 'nieuw' begrip is, is het maken van een behandelplan een fenomeen waar continu aan gewerkt moet worden. Het is de mening van de onderzoeker dat erachter komen hoe een behandelplan meer op maat gemaakt kan worden een mooie stap is richting een effectieve en efficiënte behandeling. Hier profiteren zowel de werkgever als de werknemer van.

Literatuurlijst

- Bakker, A., Schaufeli, W.B., Dierendonck, D. van (2000) Burn-out: prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In: Houtman, I.L.D., Schaufeli, W.B., Taris, T. (red.) *Psychische vermoeid en werk*. NWO/Samsom, Alphen aan de Rijn
- Bastiaanssen MMH. LM, Terluin B, AA Vendrig AA, C.M. Verschuren CM, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en Burn-out [afbeelding]. *Huisarts Wet* 2011;54(11): 11-6.
- Bergman, W. (2005). Dermatologie in een burn-out. *Dermatologie Venereologie*, 262.
- Bots, R. T. M., & Jansen, W. (1996). *Organisatie en informatie* [afbeelding]. Samsom Bedrijfsinformatie.
- Bruin, P. D. (2013). De waarde van het gebruik van de door CSR Centrum geprotocolleerde biofeedback-meting voor de diagnostiek en behandeling van stress-gerelateerde klachten. *Onderzoek rapportage Sociale Geneeskunde, Arbeid en Gezondheid*. Amsterdam: NSPOH.
- Corbé, P. (2019, 12 maart). Waar we zijn met Human Centered Design voor de FBS App [afbeelding]. Terugggevonden uit <https://www.snrd-africa.net/fr/where-are-we-at-with-the-fbs-mobile-application-development/>
- Desart, S., Schaufeli, W. B., & De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out. *Tijdsch. Steunpunt Werk*, 1(2017), 90-91.
- Flach, P.A. (2014). Sick leave management beyond return to work. Academisch proefschrift. Groningen: RUG.
- Hoes, M. J. A. J. M. (2013). Voeding en psyche. In *Informatorium Voeding en Diëtetiek-Dieetleer* (pp. 1506-1515). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Hupkens, C. (2005). Burn-out: de rol van psychische werkbelasting. *CBS, Sociaaleconomische trends*, 3e kwartaal, 18-22.
- IDEO (2015). De Field Guide to Human-Centered Design. Canada: IDEO.org.
- Karsten, C. (2001). Omgaan met burnout. *Preventie, hulp en re-integratie*. Rijswijk: Elmar.
- Karsten, C. (2018). Stresstypen herkennen en stress en burn-out behandelen.
- Knapen, J., Moriën, Y., & Vancampfort, D. (2017). Evidentie voor lichaamsbeweging in de preventie en behandeling van burn-out. *Neuron*, 21(4), 6-10.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). De Copenhagen Burnout Inventory: Een nieuwe tool voor de beoordeling van burn-out. *Werk & Stress*, 19(3), 192-207.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory: Manual (2e red.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologen Press
- Maslach, C. & Schaufeli, W.B. (1993). Historische en conceptuele ontwikkeling van burn-out. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professionele burn-out*. Recente ontwikkelingen in theorie en onderzoek (p. 1-16). Washington: Taylor & Francis.

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2006). Burnout. *Stress en kwaliteit van het beroepsleven: huidige perspectieven op het gebied van de gezondheid van het werk*, 37, 42-49.
- Mayer, R.E. (2005). Cognitieve theorie van multimedia leren. *Het Cambridge handboek van multimedia leren*, 3148.
- McLeod, S. (2007). Maslow's hiërarchie van behoeften. *Gewoon psychologie*, 1, 1-8.
- Mulder, E. N. (2018). *Opgebrand door gebrek aan herstel: Een kwantitatief onderzoek naar het effect van technology-assisted supplemental work op burn-out risico en de modererende rol van home resources en home demands* (Master's thesis).
- Mulder, P. (2012). *Piramide van Maslow*. [afbeelding]. Retrieved from ToolsHero: <https://www.toolshero.nl/psychologie/piramide-van-maslow/>
- NHG. (2011). LESA Overspanning en burn-out | NHG [afbeelding]. Teruggehaald uit <https://www.nhg.org/themas/artikelen/lesa-overspanning-en-burn-out>
- NVAB. (2011). Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Retrieved from https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf
- Roelands, A. (2017). *Nooit meer burn-out!* (7th ed.). Amsterdam, Netherlands: SWP.
- Rogier, A. (2017). *Handboek coachen bij stress en burn-out*. Boom.
- Schaufeli, W. (2007). Burn-out in discussie. *De Psycholoog*, 10, 534-540.
- Schaufeli, W.B., & Salanova, M. (2007). Werkzaamheid of inefficacy, dat is de vraag: Burn-out en werkbetrokkenheid, en hun relaties met effectiviteit overtuigingen. *Angst, stress, en coping*, 20(2), 177-196.
- Schaufeli, W.B., & Taris, T. W. (2005). De conceptualisering en meting van burn-out: Common ground en werelden uit elkaar. *Werk & Stress*, 19(3), 256-262.
- Schaufeli, W. I. L. M. A. R., & Houtman, I. (2000). Psychische vermoeidheid en werk. *Psychische Vermoeidheid en Werk: Cijfers, Trends en Analyses*. ILD Houtman, WB Schaufeli, T Taris (red.) Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). De burn-out metgezel om te studeren en onderzoek. Een kritische analyse. Londen: Taylor & Francis.
- Sluiter, J.K. (1999). Hoe zit het met werkeisen, herstel en gezondheid? Neuro-endocrinefieldstudy tijdens en na het werk. Academischproefschrift. Amsterdam:AMC/UvA.
- Sluiter, J.K., Croon, E.M.de, Meijman, T.F. en Frings-Dresen, M.H.W. (2003). Behoeft aan herstel van werkgerelateerde vermoeide en de ontwikkeling en het voorspellen van subjectieve gezondheidsklachten. *Beroeps- en milieugeneeskunde*, 60,62-70.
- Terluin, B. (2015). Interventies bij overspanning en burn-out. *Huisarts en wetenschap*, 58(4), 212-216.
- Van den Hil, S. (2017). Begeleiding bij dreigende overspannenheid, voorkomen van burn-out. *Bijblijven*, 33(7-8), 556-570.
- Van Loghum, B. S. (2018). NHG-Standaard Overspanning en burn-out. *Huisarts en wetenschap*, 61(11), 81-86.

Van Zweden, S. (2015). Waarom duurt burn-out zo lang? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 41(1), 5-21.

Bijlagen

Bijlage 1. Invulblad interview burn-out coach & POH-GGZ

1. Hoeveel tijd heeft u per patiënt? Per keer?
2. Welke criteria hanteert u bij het beoordelen van een patiënt met burn-out klachten?
3. Met welke (andere) vragenlijsten/methoden met beoordelen van een burn-out bent u bekend?
4. Doet u onderzoek naar persoonlijke eigenschappen die te maken kunnen hebben bij de oorzaak van een burn-out?
5. Op welke manier zorgt u voor inzicht in de problematiek bij de patiënt?
6. Wat is volgens u een geschikte psycho educatie?
7. Hoe zorgt u voor bewustwording, bij de patiënt, van het belang van ontspanning en rust?
8. Wat zijn, volgens u, essentiële onderdelen tijdens de behandeling?
9. Op welke manier wordt de behandeling gestart?
10. Met welke persoonlijke kenmerken van de patiënt wordt tijdens de behandeling rekening gehouden?
11. Hoe lang duurt een behandeling?
12. Welke problemen komt u tijdens de behandeling tegen?
13. Welk advies geeft u aan de patiënt op het gebied van ontspanning?
14. Hoe zorgt u voor een beter slaappatroon bij de patiënt?
15. Hoe helpt u patiënten op het gebied van weerbaarheid? (Bijvoorbeeld piekeren)
16. Welke adviezen geeft u op het gebied van fysieke activiteiten?
17. Welke adviezen geeft u op het gebied van voeding?
18. Hoe biedt u inzicht in de eigen denkpatronen van de patiënt?
19. Op welke manier vindt contact plaats tussen u en de Arboarts?
20. In hoeverre vindt contact plaats tussen u en het bedrijf waar de patiënt voor werkt?
21. Welke stappen moeten bereikt zijn voordat de patiënt weer aan het werk kan volgens u?
22. Hoe zorgt u voor een langzame opbouw naar het werk toe?

23. Wat zijn essentiële onderdelen voor een goeie nazorg?
24. Hoe zorgt u ervoor dat de patiënt minder snel terug kan vallen in een burn-out?
25. In hoeverre zijn patiënten tevreden over uw behandeling?
26. Welke tips heeft u ter verbetering van de behandeling?
27. Welke tips heeft u ter verbetering van de nazorg?
28. Heeft u zelf ervaring gehad met een burn-out? (Zo ja, vragenlijst ervaringsdeskundige ook graag invullen)
29. Wat wilt u nog kwijt wat nog niet ter sprake is gekomen?

Bijlage 2. Invulblad interviewvragen ervaringsdeskundige

1. In welke sector werkt(e) u?
2. Hoe merkte u dat u last had van een burn-out?
3. Vanaf wanneer heeft u hulp gezocht?
4. Wat was de reden om hulp te zoeken?
5. Welke vorm van hulp heeft u gekregen?
6. Hoe lang heeft de behandeling geduurd?
7. Hoe lang heeft de burn-out geduurd?
8. Hoe is beoordeeld of u last van een burn-out had?
9. Welke informatie heeft u uitleg gekregen over wat een burn-out is?
10. Wat vond u belangrijk voor de behandeling van uw burn-out?
11. Welke behandeling heeft u van uw burn-out af geholpen?
12. Welke adviezen zijn er gegeven op het gebied van ontspanning?
13. In hoeverre heeft u daar baat bij gehad?
14. Welke adviezen zijn er gegeven op het gebied van fysieke activiteiten? In hoeverre heeft u daar baat bij gehad?
15. Welke adviezen zijn er gegeven op het gebied van voeding? In hoeverre heeft u daar baat bij gehad?

16. Op welke manier heeft de behandelaar voor een beter slaappatroon gezorgd voor u?
17. Hoe heeft de behandelaar u geholpen op het gebied van mentale gezondheid? (Bijvoorbeeld piekeren)
18. Welke inzichten heeft u over uw leef- en denkpatronen gekregen?
19. In hoeverre heeft contact plaatsgevonden tussen uw behandelaar en de Arboarts?
20. In hoeverre heeft contact plaatsgevonden tussen uw behandelaar en het bedrijf waar u werkt(e)?
21. Hoe heeft u uw werk hervat? Wat is hiervoor afgesproken? In hoeverre was u er op dat moment klaar voor?
22. Hoe is de nazorg bij u verlopen?
23. In hoeverre bent u tevreden geweest over de behandeling? Wat miste er volgens u?
24. In hoeverre is er rekening gehouden met uw persoonlijke eigenschappen en wensen tijdens de behandeling?
25. In hoeverre bent u tevreden geweest over de nazorg? Wat miste er volgens u?
26. Welke adviezen heeft u wel opgevolgd en welke niet? Wat was de reden?
27. Heeft u tips ter verbetering van de behandeling?
28. Heeft u tips ter verbetering van de nazorg?
29. Wat wilt u nog kwijt?

Bijlage 3. Toestemmingsformulieren



Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek,

Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

Ja/nee

Datum interview: ____/04/2020

In dit document worden vragen gesteld over u als burn-out coach of POH-GGZ. Mocht u ervaring hebben met een burn-out, graag de interviewvragen 'ervaringsdeskundige' ook invullen.

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker: Lorna Kreuk

Datum: 17 /04 /2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Kreuk', with a stylized flourish underneath.

Handtekening:

Bijlage 4. Inge vulde toestemmingsformulieren

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek,

Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.



Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

Datum interview: 29/04/2020

ja

Handtekening:

In dit document worden vragen gesteld over u als burn-out coach of POH-GGZ. Mocht u ervaring hebben met een burn-out, graag de interviewvragen 'ervaringsdeskundige' ook invullen.

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker: Lorna Kreuk

Handtekening:

Datum: 17 /04 /2020

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek.



Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

☒ Ja/~~nee~~

Datum interview: 17 /04/2020

Handtekening:

In dit document worden vragen gesteld over u als burn-out coach of POH-GGZ. Mocht u ervaring hebben met een burn-out, graag de interviewvragen 'ervaringsdeskundige' ook invullen.

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker: Loma Kreuk

Handtekening:

Datum: 17/04/2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Loma Kreuk", with a stylized flourish underneath.

From: Bos, Jeanette <Jeanette.Bos@ttifcompany.nl>
Sent: Wednesday, May 6, 2020 8:27:29 AM
To: Lorna Kreuk <434230@student.saxion.nl>
Subject: RE: Onderzoek behandeling burn-out

Hoi Lorna.

Ik ben helaas niet in staat om te printen.

Ik kan je wel via deze weg akkoord geven op deelname aan het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Jeanette Bos
Mobiliteitscoach

ttifwerk

+31 (0)6-52027478
+31 (0)20-5626364
Koningin Wilhelminaplein 12
1062 HK Amsterdam
info@ttifcompany.nl
www.ttifenwerk.nl

Aanwezig: ma-di-wo-do-vrij



Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek,



Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

☒ Ja/nee

Datum interview: 22/04/2020

Handtekening:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "L. Kreuk".

In dit document worden vragen gesteld over u als burn-out coach of POH-GGZ. Mocht u ervaring hebben met een burn-out, graag de interviewvragen 'ervaringsdeskundige' ook invullen.

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker: Lorna Kreuk

Handtekening:

Datum: 17 /04 /2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "L. Kreuk".

Bedankt voor de deelname aan dit onderzoek.



Ik heb de informatie over dit onderzoek voor de deelnemer gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik deelneem aan dit onderzoek.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik ben me ervan bewust dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik weet dat de onderzoeker(s) en begeleiders van de onderzoeker(s) mijn gegevens kunnen inzien. Die mensen staan vermeld in de informatiebrief. Mijn gegevens zullen vertrouwelijk en waar mogelijk anoniem opgeslagen worden. Het gebruik van mijn gegevens in de rapportage is in ieder geval anoniem.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan. Mocht er aanleiding zijn om de gegevens te gebruiken voor een ander onderzoeksdoel dan zal opnieuw toestemming aan mij worden gevraagd.

Ik ga akkoord met deelname aan dit onderzoek

Ja/~~nee~~

Datum interview: 22 /04/2020

Handtekening:

A handwritten signature in dark ink, appearing to be "L. Kreuk", written over a horizontal line.

In dit document worden vragen gesteld over u als burn-out coach of POH-GGZ. Mocht u ervaring hebben met een burn-out, graag de interviewvragen 'ervaringsdeskundige' ook invullen.

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik deze deelnemer voldoende heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de deelnemer zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte op een wijze waardoor ik er zeker van ben dat de informatie de deelnemer bereikt heeft.

Naam onderzoeker: Lorna Kreuk

Handtekening:

Datum: 17 /04 /2020

A handwritten signature in dark ink, appearing to be "L. Kreuk", written over a horizontal line.

Bijlage 5. Informatiebrief

Behandelplan op maat voor een burn-out patiënt

Datum: 30-03-2020

Geachte heer/mevrouw,

Ik vraag u vriendelijk om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Deelname wordt gewaardeerd.

Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u bij mij terecht. Onderaan deze informatiebrief vindt u mijn contactgegevens.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

De opdrachtgever (POH-GGZ) heeft op het moment geen duidelijke handvatten hoe ze patiënten met burn-out het meest effectief en efficiënt kan behandelen. Het doel van het onderzoek: 'Welke interventies/tools kunnen worden ingezet/ontwikkeld tijdens het herstelproces van de burn-out patiënt?'

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Het onderzoek wordt uitgevoerd d.m.v. interviews onder burn-out coaches, ervaringsdeskundigen en verschillende POH-GGZ. De interviews kunnen schriftelijk of telefonisch worden uitgevoerd. U bepaalt hoeveel tijd u hieraan wilt besteden aan de hand van hoe uitgebreid u antwoord wilt geven.

3. Wat wordt er van u verwacht?

Uw kijk op de behandeling van een burn-out en uw mening ter verbetering van die behandeling.

4. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Deelname zal leiden tot betere adviezen voor de opdrachtgever en zorgt hopelijk tot een effectievere en efficiëntere behandeling van de burn-out patiënt.

5. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u tijdens het onderzoek niet meer mee wilt doen, kunt u ook zonder opgave van reden uw deelname aan het onderzoek beëindigen.

6. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Gegevens uit het onderzoek worden vertrouwelijk bewaard. Uw persoonlijke gegevens worden gecodeerd opgeslagen en alleen de onderzoeker weet om wie het gaat. Naast de onderzoeker, kunnen ook docenten, die de kwaliteit van het onderzoek bewaken, uw gegevens inzien.

De onderzoeksgegevens worden gebruikt voor wetenschappelijke publicatie in de vorm van een onderzoeksrapport voor onderwijsdoeleinden, waarin individuele gegevens van participanten niet herkenbaar zijn. Uw privacy blijft dus volledig gewaarborgd.

7. Zijn er extra kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er zijn voor u geen extra kosten verbonden aan dit onderzoek, en er is geen vergoeding voor deelname aan dit onderzoek.

8. Wilt u verder nog iets weten?

Neemt u rustig de tijd, om deze informatie te lezen. Op korte termijn zal de ik contact met u opnemen om te horen of u wilt deelnemen aan dit onderzoek.

Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u deze gerust stellen. Hieronder volgen mijn contactgegevens.

Lorna Kreuk

0623897354

434230@student.saxion.nl

Bijlage 6. Checklist ethische toetsing (scriptie)onderzoek

1. Valt het onderzoek onder de Wet medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO)? Onderzoek valt onder de WMO als het aan de volgende twee voorwaarden voldoet: er is sprake van medisch wetenschappelijk onderzoek én personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd (zie voor meer informatie: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>)
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
2. Gaat het bij het voorgenomen onderzoek om een gezonde populatie?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
3. Is er sprake van onderzoek bij minderjarigen (<16 jaar) of bij wilsonbekwamen?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
4. Worden deelnemende personen aan handelingen onderworpen of worden aan de deelnemende personen bepaalde gedragswijzen opgelegd, die ONGEMAK kunnen inhouden?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
5. Zijn er VEILIGHEIDS- EN/OF GEZONDHEIDSRISICO'S VOOR DE RESPONDENTEN verbonden aan het onderzoek?
☐ Ja → Toetsing noodzakelijk
☒ Nee
6. Is er een aanspreekpunt waar deelnemende personen terecht kunnen met vragen over het onderzoek en worden zij hiervan op de hoogte gesteld?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
7. Zijn de deelnemende personen volledig vrij om deel te nemen aan het onderzoek, en om hiermee op elk moment te stoppen wanneer zij dat willen, om welke reden dan ook?
☒ Ja
☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

8. Worden deelnemers aan het onderzoek voorafgaand aan deelname schriftelijk en mondeling voorgelicht over doel, de aard en duur, risico's en bezwaren van het onderzoek?
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
9. Tekenende deelnemende personen en/of hun vertegenwoordigers voor toestemming met het onderzoek?
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Toetsing noodzakelijk
10. Is de verwerking van persoonsgegevens in overeenstemming met de AVG? DENK AAN HET ZORGVULDIG OMGAAN MET (PERSOONS)GEGEVENS (ZOWEL OP PAPIER ALS DIGITAAL) EN EEN VEILIGE MANIER VAN DATAOPSLAG.
- ☒ Ja
- ☐ Nee → Toetsing noodzakelijk

Toetsing noodzakelijk: Wanneer de uitkomst één of meerdere keren 'toetsing noodzakelijk' is, dan zal de scriptiecoördinator beoordelen of het onderzoek in lijn is met de gedragscode. Bij twijfel zal de SEAC (Saxion Ethische Advies Commissie) worden geconsulteerd.

Bijlage 7. Getranscribeerde interviews

Interview burn-out coach

A: hoi, fijn dat het op deze manier kan.

B: Je bent aan de studie?

A: Ja, ik maak nu mijn scriptie. Daarvoor neem ik interviews af bij burn-out coaches en POH GGZ. Fijn dat je wilt meedoen. Ik heb een aantal onderwerpen waar ik vragen over ga stellen. Ik ben als eerst benieuwd naar hoeveel tijd u heeft per patiënt en per keer.

B: In principe een uur.

A: Duurt de intake ook een uur?

B: Ja.

A: Fijn dat u zo lang de tijd heeft.

B: Is dat lang?

A: Ja, bij de POH GGZ is het meestal een half uur.

B: Ah oké, ja. Nee ik neem voor elk gesprek een uur en soms loopt het wel eens uit.

A: Hoeveel uitloop tijd rekent u?

B: 10 minuten of kwartiertje.

A: Welke criteria hanteert u bij het beoordelen van de patiënt?

B: Om wat te weten?

A: Om te weten of diegene echt een burn-out heeft. Naar welke onderwerpen kijkt u?

B: Voor mij is het uiteindelijk, klinkt misschien een beetje raar, niet relevant of het echt zo is of niet. Iemand geeft aan dat de huisarts heeft gezegd dat hij een burn-out heeft. Ik kijk naar of iemand genoeg slaapt 's nachts. Als ik met PRI aan de slag ga terwijl iemand nog op zijn gat licht zeg maar dan heeft iemand eerst een beetje bij te komen. Dus de criteria zijn: slaapt iemand genoeg en als dat niet zo is begin ik met de slaapinstructies.

A: welke slaapinstructies geeft u?

B: als iemand een burn-out heeft is hij in een adrenaline cirkel beland. Adrenaline blijft continu te hoog zitten waardoor je uiteindelijk uitputtingsverschijnselen krijgt. Dat leg ik mensen dan uit. Hoe dat werkt en waarom dat zou is, dus meer de psycho educatie. Mensen gaan snappen dat het niet zo gek is dat ze daar opgebrand van raken. Afhankelijk van waar iemand zit, je mag maar 1 dagdeel iets doen. Iets doen is dan boodschappen of bij een vriendin langs, wat dan ook. Andere dagdelen houd je rust om die adrenaline naar beneden te krijgen. Dus rust, rust, rust. Als iemand zich een beetje gewoon begint te voelen, dan kan ik met PRI aan de slag. Dan ga ik ze leren hoe het gekomen is en hoe ze het in de toekomst kunnen voorkomen.

A: Dus dan krijgen ze meer inzicht in hun eigenschappen waardoor de burn-out ontstaat?

B: Ja mensen gaan snappen waar het vandaan komt. Weet je iets van PRI?

A: Nee ben benieuwd.

B: PRI is een redelijk nieuwe methode. Nederlandse Psycholoog heeft 6 boeken geschreven. Gaat ervan uit dat we als kind ervaringen opdoen die voor ons eigenlijk te groot zijn. We zijn als kind totaal overgeleverd aan de omgeving. We zijn totaal afhankelijk. Onze ouders kunnen ons niet altijd op emotioneel vlak geven wat we nodig hebben. En hebben we geen besef van tijd. Veel kinderen zijn opgegroeid door te eten op bepaalde tijden. Je moet kinderen niet te veel oppakken want daarvoor ben je ze. Alsof kinderen kleine monsters zijn die de ouders manipuleren dat is natuurlijk ver van de waarheid. We zijn totaal onschuldig afhankelijk en doen graag een eigen ontdekkingen maar natuurlijk wel met sturing. En zo doen we allemaal ervaringen op die we eigenlijk niet aankunnen. Omdat als ik heb geen tijdsbesef hebben duurt dat op dat moment voor eeuwig want je weet niet dat het over 10 minuten oké is en dan komt mama wel. Daar splitst ons bewustzijn in twee delen. Boven de splitsing worden onze ervaringen verdrongen. Die zitten dus nog wel in ons lijf. Om die ervaringen niet te voelen bouwen allemaal afweeringen op. De eerste afweer is Angst. Hierdoor krijg je de illusie dat we kunnen vluchten terwijl als kind aan die angst zijn overgegeven. Als we iets ouder zijn dan ontwikkelen we primaire afweering dan kunnen we als kind denken dat het aan ons ligt. Ik doe iets niet goed Ik ben stout en fout Ik ben slecht, dat soort gedachtes. Dus als ik als kind denk het ligt aan mij dan hoef ik op dat moment niet te voelen dat ik niet krijg wat ik nodig heb. Die gedachte helpt mij die situatie te overleven. Daar overheen groeit valse hoop. Daar ontstaat een burn-out. Dan gaan we denken als het aan mij ligt dan kan ik er iets aan doen: Ik ga heel erg mijn best doen en ik ga hard werken. Vast hoop: als ik maar iets anders doe dan komt het goed, ook een illusie. Aan de andere kant is valse macht dan gaan we denken dat als de ander maar iets goed doet dan zou het goed komen voor mij. Daar overheen groeit ontkenning van behoeften dan gaan we denken ik heb dus niks nodig. Dat heb ik dus als volwassene ook. Mensen met een burn-out zitten vaak in de valse hoop. Mensen blijven doorgaan omdat ze de behoefte die eronder ligt niet begrijpen. Ik neem het onbewust waar waardoor ik heel hard gaat werken en als ik daar bij ontkenning van behoeften daarboven voel, en ik heb daar bovenop niet veel contact meer met je lichaam, dan ontstaat een risico op een burn-out. En dan leg ik mensen uit dit is hoe het werkt. Ik laat mensen te zien hoe dit werkt bij hun en wat voor diegene symbolen zijn die de meeste niet aanzetten. Als er mensen hebben een scan op ons hoofd die de omgeving scannen en onbewust pikken we signalen op die ons doen herinneren aan de pijn van vroeger.

Mevrouw legt PRI uit.

Iemand met een burn-out die heeft in de afweer en in de valse hoop gezeten. Waardoor het opbrandt. En in ons volwassen leven hebben we niet last van de pijn van vroeger maar aan de afweer die we nu toepassen. Want dat is al lang voorbij, maar ons brein heeft dat nog niet in de gaten omdat we dat verdrongen hebben. En als we geen bewustzijn hebben van dat het gebeurt dan blijft het aan de gang. Iemand met een burn-out die geen inzicht heeft met dat het gebeurt heeft dus grotere kans op een terugval van een burn-out. In de reguliere zorg zitten we toch meestal in de cognitieve- en gedragstherapie. Daar krijgt je wel handvatten, maar als je niks doet aan het gevoel eronder, dan loop je het risico dat je opnieuw een burn-out krijgt.

A: Heeft u het gevoel dat een burn-out altijd uit dat kind zijn is ontstaan?

B: ja. We hebben er geen verhaal bij. Als we nog klein zijn hebben niet de hersencapaciteit capaciteit om het uit te leggen. Dat ontwikkelt zich natuurlijk later. Vanaf een jaar vanaf half kunnen we denken, maar de amygdala is al wel ontwikkeld als we zijn geboren. Dus de angst hebben we al, dus dat is heel fysiek. Niet leert gigantisch snel. Je hersencellen ontwikkelen zich snel. Dat gaat in je hele systeem zitten tussen al je cellen sla je op wat gevaar is. Er zit dus niet echt een verhaal bij. Het hele systeem gaat aan als je dingen zit waarvan je onbewust voelt dat dit gevaar is.

A: Focussed u tijdens de behandeling echt op het kind zijn of ligt hier op het nu?

B: Ik heb het heel erg over het nu. Mijn focus ligt op mensen dit aan te leren en waar je nu last van hebben daar ga ik aan werken. Onbewust nemen iets waar. Luister maar naar je lijf en ga voelen wanneer iets aangaat dan kom je erachter wat het symbool is. Wat raakt je het meest. Stel iemand heeft een baas die heel boos kijkt, diegene zit heel erg op deadlines. Diegene kijkt boos of is heel kortaf. Op dat moment vraagt diegene zich af wat er emotioneel op zich afkomt. Dat kan van alles zijn. Die betekenis is een echo van hoe het ooit was dat nemen we niet bewust waar. Ik ga mensen daarvan bewust van maken. Dan mag je in te zien hoe het is geweest en nu ga je eraan werken om dat goed te krijgen. Ne machteloosheid kan je voelen en als je dat voelt en integreert en weet dat dit nu niet aan de hand is dan heeft die afweer geen functie meer.

A: bijzonder hoe inzicht zo veel kan doen.

B: En inzicht en gevoel en gedrag alle drie zijn even belangrijk. En dat heeft allemaal invloed op elkaar.

A: Net noemde u ook psycho-educatie. Welke vormen gebruikt u daarvan?

B: Ik leg te veel uit met behulp van een cirkel. Als met veel angst hebben dan leg ik uit wat er gebeurt met je lijf en met de adem. Ik leg mensen uit hoe je ervoor zorgt dat je jezelf in het nu houdt. Ik leg mensen uit hoe de angst kan opkomen en dat het over het verleden gaat en niet over nu. Je bent niet meer het kleine kindje dat is overgeleverd aan de situatie.

A: Soms is het best lastig om bewustwording van rust te laten doordringen. Sommige patiënten vindt het erg lastig om zichzelf rustig kunnen. Hoe gaat u daarmee om?

B: Ook daar kom psycho-educatie om de hoek. Je legt uit hoe het werkt. Op het moment dat mensen dat niet doen, betekent het dat er een symbool is waardoor het niet lukt. Ik laat mensen voorstellen dat als ze het niet doen dat er angst ontstaat. Op dat moment snappen ze waarom ze geen rust nemen. De Cirkel gebruik ik weer om dezelfde methode uit te leggen. Door Het inzicht snapt ze waarom ze doen. Het is niet gek. Dat komt omdat er een angst onder zit. En als je dat snapt kan je gedrag veranderen.

A: het eerste deel is vooral inzicht bieden?

B: ja.

A: Zijn er bepaalde persoonlijke kenmerken die vaak terugkomen tijdens de behandeling?

B: Ik noem het geen persoonlijke eigenschappen dat zijn mensen die heel veel in valse hoop zijn. Dat er mensen die heel veel voor de ander, doen zichzelf wegcijferen en die maar doorgaan, maar dat is allemaal vanuit de afweer. Mensen denken vaak dat het bij de persoon hoort. Het zijn niet allemaal slechte eigenschappen, maar je gaat nakijken wat het allemaal kost. Zolang je vasthoudt aan de illusie, vertel je jezelf dat je nog steeds dat kleine kind bent totdat je het doorhebt. Alsof je nog afhankelijk bent van de ander dat hij gaat zeggen dat je geweldig bent. Het gaat vaak over de behoefte die niet meer over nu gaat. Dat zijn behoeftes die heel erg handig zijn als klein kind. Je leven hangt er nu niet meer vanaf mijn gedraagt zich alsof het wel zo is.

A: Iedereen maakt het op zijn eigen manier mee.

B: Ja toch dat je door hebt.

A: Hoe bent u bij de behandeling gekomen?

B: Ik ben de boeken gaan lezen en toen wist ik dat het zo zat. Ik zat in een baan voelde me niet mezelf. Als ik niet oppaste belangrijk ik in een burn-out. Toen ben ik een therapeut gaan opzoeken en deze boeken gaan lezen. Ik ben echt aan mezelf uitgekomen. Als je die afweren laat zitten komt kom je bij jezelf uit. Ik heb altijd in mijn hoofd geleefd, het lijkt niet op hoe ik me nu voel. Om dat te kunnen delen met mensen vind ik echt fantastisch. Dit ga ik de rest van mijn leven doen.

A: het lijkt me best confronterend om terug te gaan naar je machteloze kind zijn.

B: Ja maar dat gevoel dat er onder drukt is voorbij. Degene zelf contact te maken met hoe dat ooit was en dat gaat steeds makkelijker. Het is verdrietig maar het gaat wel voorbij. Je kan het beter accepteren en je leert er mee leven. Het is meer rustgevend dan dat het stresserend is.

A: Merkt u dat ook veel bij patiënten?

B: Ja alle stress zit eigenlijk in die muur en al die afweer. Om te proberen te voorkomen te voelen hoe het ooit was. Dat is ontspannend uiteindelijk.

A: Hoe lang duurt een totale behandeling?

B: Dat wisselt per persoon. Moet je eerst nog stappen nemen in ontspanning en bijkomen? Er zijn mensen die heel goed contact kunnen maken met hun gevoel en snappen heel snel hoe het werkt. Ze durven het ook aan. We richten ons op 10 tot 15 sessies. Het doel is zo dat ze het zelf kunnen toepassen. Het doel is niet we helpen je uit een burn-out. Klinkt eigenlijk wel een beetje gek, maar het afkomen van de burn-out is een bijzaak.

A: Dus het is maar net hoeveel je ernaar durft te kijken?

B: Ja. Ik had een keer een patiënt die zich te veel richt op spiritualiteit en dat zit daar eigenlijk dan tussen. Die mensen hebben het idee dat het allemaal al weten.

A: Zijn er bepaalde tips die u geeft op het gebied van ontspanning?

B: ja buikademhalingsoefeningen. Doe drie keer op een dag de ademhalingsoefeningen. Dus langer uitademen dan inademen. Waardoor je meer contact met je lichaam hebt.

A: Dus meer uit het hoofd dan in het lijf?

B: Ja precies en als mensen dat niet doen ga ik daar ook weer naar kijken.

A: Welke tips geeft u op het gebied van slaap?

B: Zorg vooral dat het adrenaline niveau naar beneden gaat. En toen maar een ding op een dagdeel. Zorgen dat je systeem tot rust komt en dan komt die slaap vanzelf.

A: Geef u tips op dat gebied van beweging?

B: Ja ga een rondje wandelen. Doe dingen die je in contact brengen met je lijf. Doe dingen waar je blij van wordt.

A: Hoe zorgt ervoor langzaam opbouw naar het werk toe?

B: Dat doe ik eigenlijk niet in die zin dat ik geen bedrijfsarts ben. Wat ik doe is inzicht geven bij de patiënt. De grootste valkuil is te snel weer te veel willen doen. Ik maak mensen bewust van het gevaar. Let goed op je lijf.

A: Begeleid u patiënten wel als ze weer aan het werk zijn?

B: Ik stop wanneer ze bewustzijn van het model. Of ze werken of niet doet er eigenlijk niet toe. Als het eenmaal werkt kunnen zij toepassen op andere gebieden leven.

A: Als ik het goed begrijp vindt daar ook geen contact plaats met de Arboarts of het bedrijf zelf?

B: Nee dat klopt. Ik vind het wel belangrijk dat Arboarts weten dat ik besta. Ik ben anders dan de reguliere zorg en ik denk dat het veel mensen hier baat bij kunnen hebben. Ik zoek zelf wel contact met de Arboarts zodat ze weten wie ik ben. Stel dat de Arboarts veel trekt aan de patiënt, dan ga ik wel in contact met Arboarts om te laten weten hoe het met de patiënt gaat, maar dat heb ik nog niet gehad.

A: vind er nazorg plaatst?

B: Ik neem alle technieken door en dan gaan ze dat een maand zelf toepassen. In principe spreek ik ze om de twee weken en dan een maand niet. Als het voor hun dan oké is om af te ronden dan ronden we af en anders spreken we nog een keer af. Vervolgens spreken we een half jaar later af en kijken of het nog steeds goed gaat.

A: Komt er vaak voor dat ze na een half jaar die hulp niet meer nodig hebben.

B: Ja in principe wel.

A: lijkt me mooi om te zien hoe iemand opknapt.

B: Ja dat is echt fantastisch.

A: Heeft u zelf nog tips ter verbetering van de behandeling?

B: PRI zit in de aanvullende zorg. Een wens van mij is om de samenwerking op te zoeken. Elkaar niet uitsluiten. Elkaar kunnen aanvullen.

A: werkt u samen met andere coaches?

B: Wij als PRI-coaches werken met 60 mensen. Ik zoek contact ook met de andere POH GGZ. Vervolgens komen patiënten ook bij ons op gesprek. Helaas wordt het niet vergoed. Terwijl ik meer ruimte en meer tijd heb. Ik kijk naar wat een patiënt nodig heeft. Ik kijk ook niet naar welke ziekte of stoornis de patiënt heeft. Ik gebruik de DSM niet in mijn werk. De stoornissen plaats ik in de Cirkel. Iemand met een depressie heeft last van primaire afweer. Heb iets meer perspectief. Het is een andere manier van kijken. Of je hebt een stoornis voor de rest van je leven of je kan naar je gedachten kijken en die proberen te veranderen.

A: Is ook wat meer optimistisch lijkt me?

B: Dat biedt meer perspectief inderdaad. Je bent er niet aan overgeleverd. Dat is niet wie ik ben.

A: Heeft u tips ter verbetering van de nazorg?

B: Nee eigenlijk niet. Laat GGZ mensen weten hoe dit werkt. Ze zitten vaak met cognitieve gedragstherapie en evidence based methodes. Dit is nog niet evidence based, het komt er wel aan. Sommige mensen zijn bang, kennen de methode niet en weten niet wat hij doet. Je moet naar jezelf durven kijken en ik staat gelijk op level met de patiënt. In de reguliere zorg is er vaak wel een verhouding verschil. De behandelaar heeft zagezegd nergens last van. Je zit gelijk in een afhankelijkheidspositie, maar we hebben het allemaal.

A: Heeft u patiënten gehad die zich niet open durfde te stellen?

B: Ja.

A: En hoe gaat u daarmee om?

B: Dan vertel ik dat dit is waar het over gaat en dan vraag ik me af of ze het wel echt willen. Een patiënt heeft de behandeling gestopt. Uiteindelijk kijk ik ernaar dat zij zich niet ervoor open durfde te stellen. Mensen die zich niet open durven te stellen hebben vaak last van grote pijn. De basis van PRI is dat je kijk op de omgeving mogelijk niet kan kloppen. Mensen die onveilig gehecht zijn, vinden het moeilijk om te twijfelen aan hun perceptie en zich open te stellen. Daar zijn bepaalde tussenstappen voor.

A: Welke tussenstappen zijn dat?

B: Wat denk ik dat mensen over mij denken en wat denk ik eigenlijk over andere mensen? Wat is eigenlijk mijn overtuiging? Dan begrijp zijn visie op de wereld, waardoor ze zich uiteindelijk durven open te stellen. Waardoor blijven ze op afstand en als iemand te dichtbij komt is dat gevaarlijk? Dan is herstel pas mogelijk.

A: Dus eigenlijk is inzicht in je overtuiging krijgen die je van jongs af aan hebt meegekregen het belangrijkste?

B: Ja dat je gevoel deels klopt en deels van vroeger. Dat zit in je hele systeem in al je cellen. Als je dat beseft dan gaat het heel onveilig voelen en vooral als je onveilig bent gehecht voel je het opnieuw. Daar komt psycho-educatie weer om de hoek om te leren dat dit gebeurt in je lijf en het is heel normaal dat je dit voelt.

A: heeft hij zelf nog dingen die ik kwijt wil die nog niet echt praktisch zijn gekomen?

B: Nee dat heb ik niet. Ik ben blij dat iedereen aan wie ik kan vertellen dat het bestaat. Ik heb het van Ingeborg Bos.

B: Heb jij nog vragen?

A: Nee wel bedankt voor de tijd en het interview.

B: Succes met afstuderen!

A: Heel erg bedankt!

Interview 2 ervaringsdeskundigen & burn-out coach

B: Hé Lorna, met ...

A: Hoi met Lorna

B: je studeert op het Saxion zag ik.

A: Ja klopt ik zit nu in mijn laatste jaar van toegepaste psychologie.

B: en is dat een HBO opleiding?

A: Ja klopt hierna wil ik nog wel naar de universiteit.

B: Ja want welk jaar zat er ook alweer?

A: Ik zit nu in mijn vierde, dus mijn laatste jaar.

B: oh wow

A: welke studie heeft u gedaan?

B: Ja Jemig ik ben al ... jaar, Ik heb al zoveel gedaan Ik heb facilitair management gedaan in Wageningen, daarna heb ik personeelsmanagement gedaan en toen heb ik mij 5 jaar geleden helemaal omgeschoold. Toen heb ik coaching opleiding gedaan Daar komt natuurlijk ook heel veel toegepaste psychologie dingen in voor. Nu ben ik life coach en yogadocent.

A: het is wel druk bezig?

B: erg druk wel haha

A: maar management is wel heel wat anders dan coaching toch?

B: nou eigenlijk niet echt. De Rode Draad ook bij personeelsmanagement is ook met coaching en begeleiding. Hoe zijn talenten kunnen inzetten in het werk. Ik ben ook HRM-adviseur geweest dan zit je best wel een vast stramien. Dus wat ik nu doe is heel fijn.

A: als ik het goed begrepen had ik zelf ook last gehad van een burn-out?

B: Ik heb eind 2014 rond de Kerst een hele ernstige burn-out gehad met een depressie eroverheen. Dat was ook aanleiding voor mij om mijn hele leven de onder de loep te nemen en mijn zware baan op te zeggen.

A: Welke baan had hij op dat moment als ik vragen mag?

B: ik was toen HR-adviseur

A: en hoe merkte u dat u last van een burn-out?

B: nou dat was heel erg ingeslopen. Ik krijg heel veel lichamelijke klachten zoals niet meer slapen, hartkloppingen, hoge bloeddruk hoog cholesterol, duizelig als ik liep, heel erg piekeren, niet meer kunnen concentreren. Het hele circus zeg maar.

A: eigenlijk alles wat erbij hoort inderdaad.

B: precies alles wat erbij hoort.

A: Wanneer begon u zelf hulp daarvoor te zoeken?

B: Ik had al heel vaak aan de bel getrokken bij de huisarts dat het niet goed ging. Ik had zelf niet goed door dat het een burn-out was. Helemaal instorten, toen wist ik dat het heel ernstig was. Met kerstvakantie en in het nieuwe jaar wil ik naar de huisarts gegaan. Hij zei Je hebt niet alleen een burn-out maar ook een hele zware depressie. Toen wist ik dat ik echt iets moest gaan veranderen. Het moest bij mij heel ver komen voordat ik besepte dat het echt een burn-out was. Duurde zelfs al jaren maar dat sluipt er zo in. Lichamelijke klachten ga je negeren. Geeft het de schuld aan de overgang of dat je te hard hebt gewerkt. Een burn-out had ik me nooit gerealiseerd.

A: Nee het is alleen maar doorgaan dan hè?

B: Ja alleen maar doorgaan. Ik ben denk ik echt wel 20 jaar over mijn grens gegaan.

A: Zo ja...

B: Ja echt vreselijk als ik daaraan terugdenk. Dat denk ik oh wat erg.

A: lijkt me heel zwaar en confronterend om dat in te zien.

B: Ja is achteraf best wel verdrietig. Jeetje wat heb ik mezelf gesloopt in de jaren. Alles valt ook wel op zijn plek. Ook de geboorte van de kinderen viel heel erg zwaar. Ik kan eigenlijk niet zoveel aan. Ik

begon steeds cynischer te worden en steeds narriger, maar daar gaan echt jaren overheen.

A: kan ik me voorstellen ja

B: ik geloof ook dat als je burnout verwaarloost en je lichaam uitvalt dat je kop dan op een gegeven moment zegt ho stop. En dan krijg je gewoon een depressie eroverheen.

A: dat zeg je hoofd eigenlijk dat je nu wel moet luisteren.

B: Ja precies. Dat was best wel pijnlijk om te ervaren. Je krijgt zoveel lichamelijke waarschuwingen. Dat het zo ver moet komen dat je komt echt ik doe echt niks meer. Dat is best wel heftig.

A: Heeft u toen ook afstand genomen van het werk?

B: Ja het was zo erg dat ik niks bij kon ik kon niet eens meer lopen. Ik kon niet meer de trap oplopen. Lichamelijk kon ik helemaal niks meer dus ik heb afstand genomen van mijn werk. Ik was wel ziek thuis maar er was helemaal geen communicatie mogelijk via werk, daar werd ik alleen maar ziek van. Daar gingen ze wel goed mee om ze hebben me niet helemaal lopen te stalken. Niks van hoe gaat het met je of kom eens een kop koffie drinken.

A: Oh gelukkig.

B: Ja gelukkig inderdaad haha. Het was best wel erg Ik moest heel lang wachten voordat ik hulp krijg. Ik denk wel 3 maanden. En in die 3 maanden ging het echt heel erg slecht steeds slechter. De name met die depressie. Dat was best wel een linke periode eigenlijk. Ik had wel redelijk gezond verstand om te beseffen dat het echt niet kon: 3 maanden zonder hulp. Toen ben ik begonnen zelf dan maar op de yoga mat te gaan liggen. Dat was echt bizar want ik kon niet eens de trap oplopen, maar ik kon nog wel een beetje yoga doen. Toen besepte ik dat dat blijkbaar wel goed voor mij was.

A: Op welke hulp was u aan het wachten?

B: Mijn huisarts kende mijn hele geschiedenis. Mijn depressie was zo zwaar. Mijn moeder was ook zwaar depressief. Ik was 28 jaar toen mijn moeder aan suïcide was overleden. Mijn huisarts zei dat ik echt naar psychiater moest. Die had alleen geen tijd dus kreeg ik een psychotherapeut waar ik 3 maanden op moest wachten. Dat was voor mij echt afzien. Toen moest ik eerst haar dossier lopen in te vullen. Ik werd eigenlijk helemaal zieker van die gesprekken. Want je wil niet in gesprek voeren je wilt geholpen worden. Ik heb dat een jaar braaf gedaan. Na een jaar kon ik eindelijk antidepressiva krijgen. Toen kreeg ik allemaal afschuwelijke nachtmerries, echt afschuwelijk van dromen echt hysterisch. Toen had ik helemaal geen nachtrust meer. Verwisseld van andere antidepressiva, maar dan ben je wel weer een half jaar verder. Die sloeg uiteindelijk aan. Toen ging het eigenlijk best wel snel beter. Nou ja beter deed wel een jaar geduurd. Maar mij lijf ging echt nog helemaal niet. Dus langzaam maar zeker door middel van een heel strak dagritme. Heb ik allemaal zelf gedaan. Hoe moet je dag er dan uitzien? Ik ben gelukkig ook geen dom persoon. Laat ik op tijd opstaan wel mijn bed uitkomen. Echt een heel schema gemaakt. Iedere dag proberen op te bouwen. Ik ging ook veel te hard van stapel niemand die tegen me zei: je moet niet een halfuur gaan wandelen maar vijf minuten is ook prima. Ik kreeg daar helemaal geen hulp bij.

A: wat erg is dat eigenlijk hè.

B: zo erg ja. Ja dat werkt heel erg gefocust op mijn hoofd en cognitieve gedragstherapie. Dat heeft misschien iets geholpen. Het enige zinnetje dat heeft geholpen is wat wil IK nu. Maar als je van je leven dat nooit hebt bedacht dan heeft dat zinnetje niet heel veel zin. Ik was heel druk bij mijn gezin en mijn werk en helemaal niet omdat ik wilde. Ik heb echt heel erg behoefte aan hulp. Ik viel af als een gek, het eten bleef niet plakken. Dan krijg ik geen mineralen binnen en dan wordt mijn hoofd zeker niet beter. Ik ben echt alles zelf gaan uitvinden heel anders eten. Hoeveel warm eten wat weinig energie kost om te verteren. Hele dag ritme leren te compenseren, compassie voor jezelf.

A: Dat is echt knap.

B: Ja vreselijk.

A: Had uw psychotherapeut wel door dat u last had van een burn-out?

B: Ja maar ik weet niet hoe dat nu zit hoor, maar afwachten DSM-classificatie valt een burn-out niet

te classificeren. Dus is een behandelplan van een depressie op mijn los geslagen. Ik zei iedere keer ik ben wel depressief, maar de onderliggende oorzaak is een totale uitputting. Heel kwalijk dat mensen met een burn-out onder depressie protocol vallen. Dan moet je eerst een hele vragenlijst invullen over je vader en je moeder. Ik raakte daar heel erg van uitgeput. Na ieder uur en iedere week met haar kon ik eigenlijk niet meer. Groeide niet in energie. Maar je bent zo labiel als een aap. Je kunt ook niet zeggen tegen een therapeut dat helpt niet, komt niet eens in je op. Je voelt het wel, maar je hoofd is zo in de war. Naast het traject ben ik 3 keer in de week op de hoogte yoga mat gaan liggen. Ik heb alleen maar lopen te huilen en te brullen. Na een jaar besepte ik dat het zo goed voor mij was. Met een halve burnout lijf ben ik nog de yoga opleiding gaan doen.

A: heel erg knap. U heeft de burn-out eigenlijk zelf opgelost.

B: Ja ik geloof er wel in dat mijn doorzettingsvermogen die me ook een burn-out heeft gezorgd, er ook voor heeft gezorgd dat ik snel weer op de been was. Om alles aan te grijpen zodat ik snel weer op de been zou zijn. En dat blijft wel mijn valkuil, maar het heeft me ook gebracht daar waar ik nu ben. Tijdens de cognitieve gedragstherapie, als je last hebt van een burn-out, dan snap je niet alle vragen want je hoofd doet het niet zo goed. Terwijl ik wel een IQ heb.

A: IQ heeft er niks mee te maken.

B: toen zei die vrouw: Ik denk dat je autistisch bent. Ik zei oh volgens mij ben ik gewoon overgevoelig en een beetje ADHD, maar autistisch zeker niet. De therapeut dacht het toch echt wel gezien het verhaal van mijn vader en moeder. Toen ging het hele diagnostische circus in om te testen op autisme. Ik heb dat gedaan. Dat heeft me zoveel energie gekocht dat testen. 3 dagen lang. Ik heb het helemaal over me heen laten komen. Dan begin je zelfs nog te twijfelen aan jezelf en dan ga ik opzoeken online. Maar als je last hebt van een burn-out en een depressie dan kan je bijna alle dingen van autisme eraan koppelen. Ik was super boos op die vrouw. Alleen maar omdat ze me beter zou kunnen behandelen door mij in een hokje te stoppen. Ik kwam uit dat ik een bovengemiddeld IQ had. Nou daar had ik helemaal niks aan, want dat wist ik al. Dat soort dingen.

A: dat lijkt me heel erg frustrerend want je komt voor de behandeling en niet voor de beoordeling.

B: precies, goed gezien. Ik denk dat ze het niet zo goed raad wist met mij en heel graag en strak behandelplan wilde aanbieden. Maar ze keek niet verder dan mijn hoofd.

A: zag niet zozeer de mens, maar de stoornis?

B: Ja precies.

A: Heeft ze wel gekeken naar de beoordeling van de burn-out?

B: nee, want burnout valt niet te classificeren. Ze zei je hebt geen burn-out Je hebt een depressie. Toen zei ik: nee ik heb een depressie in met een onderliggende burn-out. Als je tot de depressie gaat behandelen heeft dus geen zin. Ik was zo zwak. Aan het eind van het jaar dacht ik nu ben ik er klaar mee. Dat was een heel grappig gesprek want ik zei: ik wil eigenlijk stoppen Ik heb hier niks aan gehad. Toen zei ze: Ja we gaan stoppen want je hebt zoveel vooruitgang geboekt. En het jaar was om dus we gaan nu stoppen. Ze trok de stekker eruit. Ik had het zelf al besloten, maar stel je voor dat ik nog heel veel zorg nodig had. Dat is leuk, als je jaar om is in je krijgt het niet meer vergoed. Waar kom je dan terecht.

A: Dus ze heeft eigenlijk je alleen geholpen met de depressie?

B: Ja

A: Dat is eigenlijk het gevolg en niet de oorzaak?

B: Nee er zijn natuurlijk verschillende typen depressie. Misschien is depressie ook wel gevolg van uitputting. Als ik ook naar mijn moeder kijk. Mijn moeder leefde ook volledig in dienst van een ander. Ze heeft zichzelf ook helemaal gesloopt. Kijk, ik heb aan de bel getrokken, zij niet. Eind jaren 80 was het misschien niet zo bekend om hulp te zoeken. Ik weet zeker dat als ik zo door was gegaan dat ik

dan ook had gezegd: 'in een weiland val ik voorover in een sloot, vind het wel gesneden.' Ook met terugwerkende kracht zo sneu voor mensen met een depressie waar gewoon een totale uitputting aan de grondslag ligt.

A: Ja en dat zij niet goed worden geholpen? Hebben ze nog hulp geboden ter overbrugging of dat je naar een POH ging de eerste 3 maanden?

B: Nee. Op de wachtlijst.

A: had uw huisarts wel een POH-GGZ

B: Nee toen niet.

A: Wel heftig om die tijd te overbruggen.

B: Wat ik wel heb geleerd de eerste 3 maanden. Iedereen was in de paniekstand. Weet je wat ik laat mij gewoon opnemen in een privékliniek. U centrum, daar heb ik ook een intake gehad. Toen dacht ik: 'o nee, dan kom ik met allemaal verslaafden. Dit is heel slecht voor mij. Hij zat mij heel erg te pushen om te gaan. Binnen 7 weken zou ik herstellen. Hij noemde telkens de 7 weken. Toen dacht ik nee, ik heb er 20 jaar over gedaan om ziek te worden, ik ga niet herstellen binnen 7 weken. Ik had een redelijk gezond verstand, ik wist echt wel dat ik niet binnen 7 weken beter zou worden minstens 1,5 jaar. Bij mij dus zeker wel 2 jaar. Alsnog ben je nooit de oude, je moet er altijd voor zorgen dat je je energiemanagement in de gaten houdt.

A: hoe heeft u dat gedaan? Waar heeft u op gelet?

B: ik heb eerst besloten dat ik niet meer zo'n drukke baan zou nemen. Dat betekent ook afscheid nemen aan bepaalde gehechtheid aan status. 2^e jaar van mijn ziektewet heb ik ontslag genomen. Ik ben anders gaan eten. Ik at al heel gezond, maar voor mijn lijf nog niet gezond genoeg. Dat betekend warm eten. Dus tussen de middag soep met kip. Echt maaltijden goed verdelen over de dag. Zorgen voor een heel strikt schema. Vroeg opstaan, vroeg naar bed. Zodat ik energie heb om de dag te doorkomen. Goed doseert alles doen. Met jou ook, nooit langer dan een uur. Zorgen dat ik rust neem. Iedere dag wandelen, niet overdrijven. 20 minuten max. dagelijks yoga. Dan heb ik ook nog mijn gezin en de coaching praktijk. Ik kijk heel goed of de klant bij mij past, ik ga niet trekken en sleuren aan iemand. 2 regels die ik iedere dag hanteer zijn: geeft het mij vreugde? Krijg ik er energie van? Ik probeer zo min mogelijk dingen tegen mijn zin te doen. Echt veel meer die vrijheid.

A: hoe bent u erbij gekomen dat het goed is om een vast routine te hebben, buiten te komen en te letten op ontspanning.

B: ik heb heel veel gehad aan een boek die ik heb gekregen van mijn yogadocent. Het boek heette adempauzes. In dat boek staan 10 gezondheidsregels. Die ben ik op mezelf gaan loslaten. Die waren zo logisch voor mij. Ik pas ze zelf ook toe op mijn burn-out patiënten. Dat zijn een soort heilige leefregels. Ze zijn zo simpel. Ik ben zelf opgevoed met rust, reinheid en regelmaat. Dus het was voor mij super logisch. Ik merkte dat als ik dat doe dat ik dan energie aan het opbouwen. Die regels hebben te maken met voldoende regelmaat, voldoende rust, ontspanning, spelen. Echt leuke dingen doen, huisartsen zeggen vaak tegen depressieve mensen dat ze leuke dingen moeten doen. Ze zeggen er niet bij dat je van leuke dingen doen, je energie krijgt, dat je dat vreugde geeft. Een depressief iemand weet alleen niet eens meer wat leuke dingen doen zijn. Dus dat moet je echt goed begeleiden. Hoe dan en welke dingen dan? Je moet iemand met een burn-out echt bij de hand nemen. Ik hou heel erg van mijn salsa dansen. Mijn salsa dansjuf belde mij. 'Zou je willen dansen?' toen zei ik: 'ja maar ik kom niet eens de trap op.' Toen vroeg de dans juf: 'hoe zie je het voor je?'

toen zei ik: 'nou als het een op een is en iemand met heel veel geduld, dan zou ik het nog wel eens willen proberen.' Toen heeft ze een hele geduldige dansleraar geregeld. Dat was de 4^e maand. Daar ontmoette ik mijn dansleraar. We zijn heel rustig gaan dansen. Iedere week heb ik mijn privéles gehad. Ik kon echt letterlijk niet de trap op. Ik moest ook nadenken dat als ik ging lopen welke passen ik zou inzetten. Toen ik op die dansschool was, dat salsa dansen was geen probleem. Dan gaan endorphines stromen door je lijf en weet het lichaam dat je dit zo leuk vindt. Dat heb ik 2 jaar gedaan. Plezier maken, ontspanning, iets doen wat je vroeger ook leuk vond. Dan ga je opbouwen, energie opbouwen.

A: hoe bent u erbij gekomen om zelf burn-out coach te worden.

B: die yoga hielp mij heel erg. Toen ben ik les gaan geven. Ik ben de coaching opleiding gaan doen. Dat was vitaliteitscoach. Dat heb ik puur voor mezelf gedaan. Ik kreeg steeds meer mensen op mijn yoga matje waarvan ik dacht dat ze nog wel eens een burn-out konden hebben. Ik weet zo goed hoe je uit een burn-out kan komen. Ik ben heel veel opleiding gaan volgen. Voeding, voeding en hormonen, noem maar op. Toen ben ik vitaliteitscoach gaan worden.

A: was u toen al van de burn-out af?

B: af en toe is het goed dat ik nog aan het worstelen was. Ik kan mij heel goed inleven. Ik moest echt goed doseren. Heel erg afbaken in de coaching. Niet constant bellen. Ik moest dat strak organiseren. Dat werkt voor mij en de klant, want die wil ook te veel.

A: hoe kwam u erachter hoe u zelf op uw grenzen kon letten?

B: ik leer heel goed mijn dag te plannen, met blokken tussen afspraken in. In die blokken vraag ik mij af: 'hoe gaat het nu met mij?' ik check telkens in met mijn lijf. Zo gedurende de dag zorgen dat je genoeg pauze hebt om elke keer te resetten en energie op te bouwen. Heel goed pauze tussendoor.

A: Wat vindt u essentieel voor een behandeling van een burn-out

B: essentieel vind ik iemand leren om te gaan met energiemangement. Op alle vlakken. Eten. Wat voor de een goed is, is niet voor een ander goed. De een is gebaat aan rauwkost, maar iemand die aan het afvallen is, is helemaal niet gebaat bij rauwkost. Dat kost energie om te verbranden, het is koud in je buik. Iemand moet goed op de hoogte zijn van energie met betrekking tot voeding. De tweede bron van energie is de adem. Heel goed met diegene kijken hoe diegene ademt. Kan hij ontspannen ademen. Waar gaat hij naar buiten. Kan diegene ontspannen de buik loslaten? Dan bewegen. Is diegene gedoseerd aan het bewegen? Of gaat hij een half uur wandelen waardoor hij helemaal niks meer kon. Weten wat doseren is. Wandelen is goed maar 5 minuten in week 1. 10 minuten in week 2. En zo langzaam opbouwen. Dat is kennis hebben over wat is goed bewegen. Dat is kennis hebben over wat zijn leuke dingen die energie geven. Goed invoelen wat iemand zijn batterij kan opladen. Wat kan meehelpen om dat hoofd blijer te krijgen? Dan gaat het over dagindeling. En dat begint al 's ochtends. Begin je als een gek klaar te maken. Of mag je rustig opstarten, douchen en ontbijten. En dan gaat het over de slaap. Sommige mensen slapen te veel, anderen te weinig. Mensen doen geen leuke dingen meer, komen niet naar buiten. Slaap begint bij de ochtend. Als je een rustige dag hebt kan je 's nachts beter slapen. Heb je een drukke dag, dan kan je 's nachts ook niet slapen. Het is op alle vlakken. De fase die ik het 2^e jaar inging. Wat wil iemand? Wat zijn zijn kwaliteiten? Doet diegene wel waar hij blij van wordt? Dan gaat het echt over zingeving. Zijn beleving. Ik was goede HR-adviseur, maar liep helemaal leeg. Ik kon mijn kwaliteiten beter ergens anders inzetten. Heel veel mensen met burn-out doen dingen die ze super goed kunnen, maar doen niet de dingen die ze eigenlijk leuk vinden om te doen.

A: dat is zonde

B: blijkbaar moet je eerst een burn-out en depressie krijgen voordat je daar inzicht in krijgt.

A: dus tijdens de behandeling let je wel op de persoon en zijn eigenschappen?

B: Ja. Ik had een keer iemand die ook moest wachten, dan ga je alleen maar zitten op het energiemanagement. En toen kreeg hij na 4 maanden een psychotherapeut en zijn wij gestopt. Ik ben met haar yoga en mindfulness blijven doen. Zij is een ander pad op gegaan, dat is prima. Maar voor mensen die wat verder in de burn-out zitten daar ga ik ook wel, naast dat energieverhaal, ook wel na zijn kwaliteiten kijken. Daar kan je op varen. Dat helpt mensen enorm. Dat helpt mensen assertiever te worden. Ze helpt om minder perfectionistisch te zijn en liever voor zichzelf. Dat tweede deel hoort echt in zo'n traject in mijn optiek. Als je daarop gaat richten. Dat kost ook geen energie. Ik begeleid mensen om dingen te doen wat zo min mogelijk moeite kost. Dat is bij mij yoga geven. Ik heb net ook yoga gegeven via zoom, daar word ik ook ontspannen van.

A: heeft u tips ter verbetering van de behandeling die u heeft gehad of ter verbetering van de nazorg?

B: Iemand met een burn-out CGT toegewezen krijgt, dat er toch een multidisciplinair team naast moet worden gezet. En vitaliteitscoach. Dat is moeilijk in het reguliere circuit. Met name GGZ. Dat is best wel eigenwijs. Meer mindfulness en CGT wordt aangeboden, maar echt die vitaliteit. Dat vinden ze misschien een beetje simpel. Dat zijn meestal geen dokters, dus die zitten vaak niet in die teams. Dat is ook een probleem in de reguliere zorg. Die willen hun handen alleen inslaan met mensen die een academische achtergrond hebben. Er zijn ontzettend veel vitaliteitscoaches die echt wel een goeie opleiding hebben gehad. Ik heb evidence-based opleiding gehad. Mijn advies is sla de handen ineen. Bied een totaalpakket aan samen. Wees niet bang voor iets als zweverig yoga. Ik heb nog nooit iemand van zijn mat zien zweven, maar je pakt wel het hele systeem aan. Ik heb ook de traditionele Chinese geneeswijze gedaan en dat integreer ik in mijn yoga. Het rekken en strekken van de mediterrane. Wat je ook bij acupunctuur doet. Dan druk je op die drukpunten. Alles om die energieblokkades op te lossen. Ook bij privé yoga pas ik die geneeswijze toe. Dat werkt echt top. Dat sla je de westerse en Chinese geneeswijze ineen. De Chinezen begonnen daar al vroeg mee. Ze hadden nog nooit een lijf opengesneden, maar hadden al wel door dat als er blokkades zijn in je lijf, hoofd dat er energieblokkades komen. Als er iets niet stroomt bij burn-out is het wel levensenergie. Ik heb een opleiding yin yoga gedaan. Die integreerde ook de zienswijze in de yoga houdingen. Ik heb dat een jaar gedaan. Ik had nog steeds heel veel hartkloppingen. Ik moest mijn eigen cyclus doen. Na 3 maanden was ik er gewoon van af. Dat adviseer ik ook iedere keer. Waar zitten de blokkades? Dan laat ik ze minstens 3 maanden die oefeningen doen en altijd werkt het. Altijd.

A: geest en lichaam is verbonden.

B: het is een systeem. In de reguliere zorg staan ze meestal los van elkaar. Ik denk dat we lekker moeten afronden. Dan ga ik zo een wandeling maken

A: Bedankt voor de openheid en het interview.

B: Bedankt voor je goeie vragen en succes met je scriptie. Mocht je je scriptie af hebben, zou ik zeker een exemplaar willen.

A: Is goed, zal ik doen.

B: Dankje, wie weet tot ziens.

Interview 3 burn-out coach/re-integratie coach

A: Ik zal mezelf eerst even voorstellen. Mijn naam is Lorna. Ik zit op het Saxion in Deventer. Ik studeer Toegepaste Psychologie. Ik zit in mijn laatste jaar en doe dus mijn scriptie over behandeling van de burn-out.

B: Interessant. Heel breed ook.

A: Ik probeer erachter te komen wat de meest effectieve en efficiënte behandeling is voor een burn-out. Ik interview meerdere mensen en probeer daar dus achter te komen.

B: Heb je zelf wel eens mensen in je omgeving gehad die het hebben?

A: Ja, best wel veel nog. Ik heb ook stage gelopen bij een POH-GGZ. Daar ben ik ook best veel mensen tegen gekomen die daar last van hebben.

B: Nou interessant.

A: Ik ben ook benieuwd naar jou. Zou je kort je taken kunnen omschrijven?

B: Ja wat ik doe is eigenlijk best breed. Ik werk bij een re-integratie bureau. Wij begeleiden mensen weer naar het werk. Wij doen ook coaching en coaching is eigenlijk heel erg breed. Werkdruk coaching, coaching om mensen bewust te maken om te kijken of ze wel op de goeie plek zitten. Kan je het werk wat je doet wel volhouden tot je pensioen. Ga je met plezier naar je werk? T is ook maar net wat de vraag is van de werkgever. We komen ook bij bedrijven. Daar gaan we in gesprek met mensen en anders thuis. Dat hangt af van wat de beperkingen zijn van mensen. Als je kijkt naar lichamelijk en mentale beperken. Iemand moet wel in staat zijn hulp te krijgen. We gaan dan bij mensen op bezoek, daar zijn ze toch wel het prettigste voor mensen. Hun eigen omgeving. Hoe ziet hun omgeving en omstandigheden eruit. Het tweede spoor zijn mensen die uitgevallen zijn voor hun eigen werk. Dit kan echt alles zijn. Dan heeft de Arboarts aangegeven dat terug naar werk nu niet mogelijk is. Dan gaan wij onderzoeken wat nog voor hun mogelijk is op de arbeidsmarkt. Dit is ook heel breed, dit kan mentale tot fysieke beperkingen zijn. Heel veel diverse beperkingen krijgen we. Heel interessant, maar ook heftig. Je krijgt ook mensen met kanker, mensen die burn-out hebben en mentale klachten.

A: Wel heftig.

B: Ja soms wel hoor. Laatst ook een jonge vrouw die kanker had. Ze is tig keer geopereerd, vol in de bestraling. En dan komen wij kijken. En moeten we ander werk vinden terwijl ze de dagen niet eens door komen. Maar goed, we kunnen gelukkig met de collega's onderling goed praten en elkaar ondersteunen.

A: Als we kijken naar de mensen met burn-out. Hoeveel tijd heb je met ze en hoe vaak zie je ze?

B: Dat hangt ervan af wat iemand aankan. Normaal komen we bij mensen thuis en praten we een uur met ze. Dat verschilt heel erg in hoe iemand in zijn herstel zit. Soms is een half uur praten al intensief. We kijken echt naar de persoon: hoe het gaat, hoe het herstel gaat. Normaal gesproken dus een uur. Hangt ervan hoe het traject is ingezet. Normaal gezien zien we ze om de 2 à 3 weken, en wekelijks contact hoe het gaat met iemand. Dus dat is best wel intensief.

A: Kijken jullie ook naar de beoordeling van de burn-out?

B: Nee dat is allemaal al geconstateerd door de arbeidsdeskundige en de bedrijfsarts. Het is allemaal al geconstateerd wat voor beperking diegene heeft.

A: Dus jullie nemen geen vragenlijsten af?

B: Tijdens het herstel iemand altijd nog klachten. Als het echt niet gaat geven we dit terug aan de bedrijfsarts. Dan kan hij kijken of diegene er wel klaar voor is om op te zoek te gaan naar ander werk. Dit komen we ook vaak genoeg tegen. Iemand is dan echt niet in staat om iets te doen.

A: Oké.

B: We zijn zelf geen arts dus mogen dat officieel niet. Wij constateren het wel, we mogen geen oordeel over geven.

A: Behandelen jullie wel de burn-out of is het de weg weer naar de arbeidsmarkt.

B: Weg naar de arbeidsmarkt. We doen wel coaching. Dus geven mensen wel handvaten om ze weer te helpen. Maar de meeste hebben psycholoog en POH-GGZ. Wij adviseren dat ook, omdat wij hiervoor niet opgeleid zijn.

A: Wat voor handvaten geven jullie?

B: Voornamelijk het invoeren van een goeie dagindeling, grenzen aangeven. Als je 's morgens iets doet is je batterij meestal 's middags en 's avonds al leeg. Een beetje een spiegel voor houden wat iemand wel en niet kan. Ze denken vaak dat ze heel veel kunnen, maar je lichaam trekt zo aan de handrem. Het is heel erg belangrijk om een goeie dagindeling met ze te vinden. Dat ze de energie verdelen over de dag.

A: Ja, en hoe ziet een goeie dagindeling eruit? Wat voor adviezen geven jullie?

B: Niet 's morgens al tegelijk alles willen. Het moeten moet er eigenlijk af. Ze leggen zichzelf heel veel druk op. Als wij ze een taak geven, schieten ze vaak in de stress. Proberen dat te verdelen, als dat niet gaat neem je rust. Leren nee zeggen. Nee zeggen tegen sociale contacten. Heel duidelijk je grenzen aangeven, dat is heel erg belangrijk.

A: Ja, dat is juist voor mensen met burn-out best lastig.

B: Ja. Dat gaat ook met vallen en opstaan. En ze komen zichzelf wel tegen. Op langere termijn leren ze dat absoluut. Je lichaam geeft vanzelf wel aan wat je wel en niet kan.

A: Ja precies, meestal bij de POH-GGZ komen patiënten die het lastig vinden om zichzelf rust te gunnen. Hoe gaan jullie daarmee om?

B: We adviseren heel vaak om met ze te gaan wandelen. Ik heb zelf ook een burn-out gehad. Ik heb heel veel gewandeld. Mij had dat heel erg geholpen. Het moet ook wel bij de persoon passen, waar hij zijn rust in vindt. Je kan wel zeggen tegen iemand: "ga maar wandelen en probeer je rust te vinden door ademhalingsoefeningen, yoga, pilates noem maar op." Het moet wel bij de persoon passen. Daar moet je naar gaan zoeken, wat het beste bij de persoon past.

A: En hoe doen jullie dat?

B: We hebben geen lijstje met hoe ze het moeten doen. We kijken naar hoe iemand is en wat de omstandigheden zijn. Dat echt goed in kaart brengen.

A: Ja en hoe doen brengen jullie dat in kaart?

B: Door veel met ze te praten natuurlijk en het dan op te schrijven of iemand daar behoefte aan heeft. De een kan het heel moeilijk in zich opnemen, de informatie. Dus je schrijft het op papier. Schrijven is sowieso een goeie optie, maar wat ik al zei: kijken of dat bij iemand past. Iemand moet

het zelf ook aangeven. We geven mensen handvaten, maar ze moeten er zelf achter zien te komen of het wel of niet bij ze past.

A: Ja precies, wat zijn volgens jullie essentiële onderdelen tijdens de behandeling?

B: Sowieso moet je een goeie klik hebben met diegene, betrouwbaar zijn. Ik denk vanuit daaruit de rest in principe daaruit volgt. Vertrouwen is het belangrijkste, omdat je best wel een intensief traject met iemand aangaat. Vertrouwen en open en eerlijk communiceren met elkaar vind ik het allerbelangrijkste.

A: En hoe zorg je daarvoor bij een patiënt, want dat lijkt me nog best wel lastig soms.

B: Dat gaat vanzelf. Als ik naar mezelf kijk dan rustig zijn, rustig praten, oogcontact, ruimte geven, aangeven wat precies de bedoeling is, daar eerlijk over communiceren, niet te veel willen verwachten en dat ze zelf aangeven als iets te snel gaat. Veel bij hun neerleggen, begrip tonen. Al die facetten zijn belangrijk.

A: Welke problemen komt u tegen tijdens de behandeling.

B: Terugval, heel vaak terugval. Je probeert een weg te vinden hoe snel je kan gaan en hoe erg het nog is. Het is niet zichtbaar, als iemand een glimlach opzet zie je niet aan de buitenkant wat er aan de hand is. Ik vergelijk het meestal met een been breken, dan kan je zien hoe snel het geneest. Dat kan je niet zien als iemand mentale beperkingen heeft. Dat is lastig. Kijken hoe snel iemand hersteld. Als ze een goeie dag hebben, willen ze te veel, maar komen ze zichzelf weer tegen.

A: Denk je dat het te maken heeft met persoonlijke eigenschappen? Dat ze te veel willen en daardoor weer terugvallen?

B: Ja dat kan natuurlijk van alles zijn. Kan met kinderen te maken hebben, wat er privé speelt, werk gerelateerd of dat de werkgever in een keer te veel van ze wil. Dan vindt de werkgever dat ze te lang thuis zitten en vragen ze zich af waarom het zo lang duurt. Veel onbegrip van andere mensen, dat speelt wel een rol denk ik. Daardoor kan misschien terugval komen.

A: Ja en in hoeverre vindt contact plaats met het bedrijf en de Arboarts?

B: Arboarts verschilt, vaak 1 keer in de 6 à 8 weken. Dan vindt een afspraak plaats. Met de werkgever moeten ze officieel wekelijks contact hebben. Ook al is het een belletje om te kijken hoe het gaat. Ze maken natuurlijk een plan van aanpak die vaak moet worden bijgesteld. Wenselijk is 1 keer 1 à 2 weken dat er contact moet zijn. Dan is het zelf onderling of diegene op het werk komt of dat het telefonisch kan. Dat spreken ze onderling af.

A: Hebben jullie dan ook contact met de Arboarts?

B: Nou dat is alleen als we vraagstukken hebben of we merken dat iemand het traject niet kan volgen door de beperkingen. Dat laten we meestal via de werkgever of de casemanager lopen door de vraag te stellen: is iemand überhaupt al belastbaar voor het tweede spoor? Het kan zijn dat we wel eens rechtstreeks contact hebben, maar dat gebeurt niet super vaak.

A: Wat doen jullie als jullie merken dat diegene toch te diep in de burn-out zit?

B: Nou ja, dan leggen we dat in principe terug bij de bedrijfsarts zodat hij er een oordeel over kan geven. Als we merken dat iemand echt niet mee kan doen aan het tweede spoortraject, dan is de kans dat het traject niet goed verloopt erg groot. Als ik niet verder kom met iemand, dan ga ik advies vragen aan de bedrijfsarts. Als hij een bepaald advies geven, dan gaan we een gesprek aan met

werkgever, werknemen en met mij. Zodat we duidelijke afspraken kunnen maken. Als de bedrijfsarts zegt dat diegene wel belastbaar is voor het tweede spoortraject dan zou je een gesprek aan moeten gaan met de werkgever en werknemer om toch het traject goed te laten verlopen. Anders kan een werkgever of werknemer een deskundig oordeel aanvragen. Dat is een oordeel die het UWV geeft.

A: Alleen daar kijken jullie niet echt naar, is dat buiten jullie om?

B: Ik kan het wel constateren, maar ik leg het terug bij de werkgever of bedrijfsarts, maar verder kan ik er zelf niet over beoordelen.

A: Wat zijn stappen die moeten zijn bereikt bij de patiënt voordat hij terug kan naar het werk?

B: Ten eerste herstel natuurlijk. Kijken of het werk bij ze past. Je maakt een soort stage voor ze om te kijken of iemand het werk aankan. Je vindt na het volgen van het traject een nieuwe werkplek en door de stage ga je kijken of dat werk bij je past.

A: Houden jullie daarbij rekening met persoonlijke eigenschappen?

B: Ja zeker.

A: Hebben jullie daar een vragenlijst voor?

B: We zetten vaak een beroepskeuzetest en een persoonlijkheidstest in. Vaak is het door middel van gesprekken dat je iemand steeds beter leert kennen. We hebben dus niet allemaal lijsten, eigenlijk de gesprekken die we voeren. We hebben ook een arbeidsmarktprofiel die we invullen. Die wordt telkens weer bijgesteld.

A: Ja precies, maar als je gebruik maakt van de vragenlijst, welke zijn dat?

B: Ja dat is het arbeidsmarktprofiel en die persoonlijkheidstest dat zijn 180 vragen. Ik weet niet welke vragen er allemaal in staan. Dat zijn vragen die we gebruiken. Bewustwording, wat kan je, wat wil je. Het is heel divers, heel breed.

A: Ja dat komt omdat je zoveel verschillende patiënten hebt.

B: Ja elke persoon is anders en uniek. Het moet wel bij de persoon passen. Als de persoon geen prater is moet je toch een weg vinden om toch aan de antwoorden te komen. Dan is het makkelijker om een vragenlijst in te zetten. Als ik een open vraag stel, dan klapt iemand dicht. Dus via de mail of een document kan je vragen stellen zodat diegene er rustig over na kan denken. Aan de hand van zijn antwoorden toch erop door gaan.

A: Lijkt me lastig als iemand gesloten is.

B: Dan is ook weer rust heel erg belangrijk en dan moet je een andere weg vinden. Het valt niet altijd mee, maar dat is ook weer een uitdaging.

A: Ik had een aantal vragen op het gebied van de behandeling zelf, ik weet niet of die vragen op jullie toepassen. Jullie zitten meer richting de nazorg.

B: Echt behandeling doen we niet nee. Het is meer ondersteuning in lichte coaching, maar niet echt behandeling en diepgaande gesprekken van wat er in het verleden gespeeld heeft. In principe is dat niet onze rol.

A: Wat zijn essentiële onderdelen voor een goede nazorg?

B: Ook weer communicatie. Aangeven dat diegene ons altijd kan bereiken, mocht hij ergens tegen aanlopen. Zorgen dat hij op een nieuwe werkplek goed wordt opgevangen. Dat hij daar dingen ook kan aangeven. Ik denk dat dat toch het allerbelangrijkste is.

A: Leren jullie iemand ook gesprekstechnieken aan?

B: Ja natuurlijk, we bereiden iemand voor als diegene een sollicitatiegesprek heeft. Veel technieken komen daarin voor. Ja dat zeker.

A: Doen jullie dan een rollenspel?

B: Ja we oefenen wel eens een sollicitatie, maar toch is dat anders dan in het echt. We proberen het wel, maar het is niet helemaal te vergelijken. Je probeert ze gerust te stellen. Je weet toch nooit wat een werkgever echt wil weten. Meer de houding, hoe ze over kunnen komen. Denken aan de ademhaling. In het begin aangeven als ze echt heel zenuwachtig zijn. Dat geeft ook helemaal niet.

A: Dat geeft ook meer rust denk ik.

B: Ja dat breekt het ijs ook een beetje. Anders kan degene direct een oordeel over je hebben. Als je het aangeeft is het ook echt niet erg.

A: In hoeverre zijn de patiënten tevreden over jullie traject?

B: We sturen altijd een tevredenheidsonderzoek. Daar krijgen we ook cijfers van. Ik weet niet de exacte. We doen van werkgevers en werknemers. Van werknemers zitten we volgens mij op een 8,6 dus dat ik best hoog. Ik weet het niet exact hoor, een 9,1 hebben we ook wel eens gehad. Dat is echt superfijn.

A: Dat doen jullie goed.

B: Het staat vast op onze website als je het zeker wilt weten.

A: Hoe zorgen jullie ervoor dat de patiënt minder snel terug kan vallen.

B: Dat is ook weer een beetje. Communicatie met de nieuwe werkgever is belangrijk. Aangeven als het niet gaat, eerder grenzen aangeven als er wat is. Dat is wel heel erg belangrijk. Dat ze zichzelf herkennen als ze terugval krijgen. Dat moeten ze communiceren bij hunzelf maar ook de omgeving zowel privé als werk. In principe bieden we altijd contact aan als er toch nog wat is. Voornamelijk is het aangeven op het werk als er wat speelt. Ze houden de werkdruk in de gaten. Ze hebben natuurlijk zoveel geleerd over wat er in het verleden is gebeurd, dat ze eigenlijk ook geen werkdruk meer willen. Al die facetten samen kunnen terugval voorkomen.

A: Omdat ze het al hebben meegemaakt?

B: Ja en een keer in de zoveel tijd live praten met een POH en duidelijk aangeven bij je werk, leidinggevende, collega wanneer hij niet lekker in zijn vel zit. Eerder aan de bel trekken als het niet gaat.

A: Heeft u zelf nog tips ter verbetering van jullie traject of ter verbetering van de nazorg?

B: Nee, want het loopt in principe wel lekker en goed. Natuurlijk staan we altijd open om zelf te leren. Elke persoon is uniek en daardoor helpt bij de een deze nazorg en bij de andere helpt die. We staan open om te leren en te blijven ontwikkelen.

A: Gelukkig dat het al zo goed gaat.

B: Elke situatie en aanmelding is weer een andere. Je kan het niet vergelijken met elkaar. Soms is het voor ons ook wel zwaar dat er zo veel problematiek is dat wij het ook niet aankunnen. Dan verwijst je door naar een psycholoog of een andere therapie. Daar moeten we ook eerlijk in zijn en dat doen we ook. Als het te hoog gegrepen is schakelen we extra hulp in. We moeten we beseffen dat we geen echte psycholoog zijn.

A: Dat je ook je eigen grenzen daarin kan aangeven?

B: Ja in het begin wil je dat wel eens, maar je moet daar wel eerlijk in zijn naar jezelf en de patiënt. Aangeven als het te heftig, intensief of te hoog gegrepen is. Dat wordt dan wel gewaardeerd. Wij kunnen heel veel, maar uiteindelijk moet je wel aangeven wat we kunnen. We zijn geen psychologen en daar moet je wel eerlijk in zijn.

A: Je gaf aan dat je zelf ook last had gehad van burn-out, vind je het goed dat ik daar een aantal vragen over stel?

B: Ja is goed.

A: Hoe merkte je dat je last had van een burn-out?

B: Heel veel lichamelijke klachten. Ik werk nu thuis, maar normaal gesproken gaan we naar iemand zijn huis. Ik kon helemaal geen afspraken meer volhouden. Autorijden was al te veel. Ik kon een afspraak volhouden en dan kwam ik doodmoe thuis. Dan moest ik bij wijze van spreken de eerste 2 uur platliggen om bij te komen. In de stress schieten door een telefoontje.

A: Heel erg moe ook?

B: Ja, heel erg slecht kunnen concentreren. Gewoon in de war zijn. Noem maar op. Het ging gewoon echt niet goed. Voornamelijk in de stress schieten om de kleinste dingen. Denken dat je van alles moet. Terwijl dat dan niet zo is, maar dat ervaar je dan zo.

A: Ja en vanaf wanneer ben je zelf hulp gaan zoeken?

B: In die periode had ik al op werk aangegeven dat het niet goed ging. Het speelde al een tijdje. Ik had aangegeven dat ik halve dagen wilde werken. Dat is ons werk eigenlijk niet te doen. Ik kon een afspraak houden en dan was de druk nog steeds te hoog. Mijn moeder was ook ernstig ziek. In 2 maanden nadat ze constatering van kanker had gekregen is ze overleden. Dat is vorig jaar maart geweest. Dat is dus nog vrij vers. Die dag zou ik mij eigenlijk helemaal ziekmelden. Dat ging allemaal sneller, omdat ze die dag overleed. Op dat moment heb ik wel aangegeven dat het echt niet goed ging. Daarvoor had ik dat ook wel gedaan, ook wel gesprekken gehad. Ik stond er zelf nog niet open genoeg voor. Pas echt na die periode heb ik hulp gezocht bij de psychiater, psycholoog.

A: Dat is wel heftig ja.

B: Ja klopt. Dat was eigenlijk de druppel. Daarvoor ging het al een tijd niet goed. Helemaal op was het.

A: Kan ik mij voorstellen, veel tegelijk. Heftig. Je bent naar een psycholoog geweest als ik het goed begreep. Kreeg je ook eerst gesprekken bij een POH-GGZ?

B: Nee ik ben gelijk doorverwezen. Via via kreeg ik voorrang. Ik heb haar gebeld en kon heel snel terecht. Het was een vrouw. Direct een hele goeie klik met haar. Dat was echt super belangrijk en heel erg fijn. Dat heeft mij heel erg goed geholpen.

A: Op welke manier heeft ze je kunnen helpen?

B: Dat is eigenlijk heel breed. Je bespreekt zoveel dingen, een spiegel voorhouden. Wat mij is bijgebleven zijn hele kleine dingen. Hele kleine bewustwordingen. Wat ik al zei, je legt jezelf heel veel druk op. Dat is helemaal niet nodig. Je zit er zo middenin dat je het zelf niet zien. Heel stukje bewustwording.

A: Is best confronterend lijkt me?

B: Aan de ene kant wel, maar het was wel nodig. Het scheelt ook dat ik er wel over voor stond. Je moet er wel open voor staan. Anders bereik je niet wat je wilt bereiken.

A: Ik heb gehoord dat psychologen niet echt een burn-out behandelen, maar een andere stoornis. Was dat ook bij jou het geval?

B: Er is in het verleden best veel gebeurd waar ik last van had. Daar zijn we eerst dieper op ingegaan. Ze heeft me met de burn-out wel geholpen, maar het was meer bewustwording over wat ik allemaal van mezelf moet. Het klopt wel wat je zegt hoor. Ik ben ook geholpen met een trauma. Ik heb ook EMDR gehad. Dat heeft ook super geholpen. Uiteindelijk ga je op lange termijn kijken hoe het gaat met werk. Klopt wat je zegt.

A: Fijn dat EMDR zo goed heeft geholpen.

B: Ja ongelooflijk dat zoiets simpel, zo kan helpen. Dat is ongelooflijk.

A: Ik vind het echt interessant en bijzonder hoe zoiets kan werken.

B: Die gebeurtenis kon ik niet eens meer voor me halen.

A: Ja wel bijzonder. In hoeverre is er tijdens de behandeling rekening gehouden met persoonlijke eigenschappen?

B: Volgens mij niet echt nee. We hebben we gehad over hoe ik ben, maar niet echt nee. Ik kan me dat niet heel erg meer herinneren.

A: Vooral dingen uit het verleden ja.

B: Het was geen hoofddoel nee.

A: Zijn er adviezen die ze heeft gegeven die je niet hebt opgevolgd?

B: Nee ook niet. Ik heb alles gedaan wat ze heeft gevraagd. Dat weet ik wel zeker ja. Ik was heel erg naar op zoek naar iemand die mij kon helpen. Ik kon diegene niet vinden totdat ik bij haar kwam. Het was ook best snel gegaan. Ik stond er heel erg voor open en wilde graag aan mezelf werken. Ik was blij met alle hulp en adviezen die zij mij gaf.

A: Gelukkig. Hoe lang duurde het voordat de burn-out voorbij was?

B: Ik heb ongeveer een half jaar in de ziektewet gezeten. 6 à 7 maanden. Na 6 maanden ben ik weer begonnen. Toen wilde ik echt wel weer wat doen. Ik denk niet dat het een hele diepe burn-out is geweest. De mensen die ik begeleid zitten echt een jaar a 2 jaar in de problemen om het zo maar te zeggen. Omdat ik eigenlijk daarvoor al bezig was met zoeken naar herstel. Het overlijden van mijn moeder een dieptepunt, waardoor ik direct op de rem was gebracht. Daarna kon ik wel werken aan mijn herstel. Ik denk dat ik na 6 maanden weer aan het werk was. 2 maanden daarna was ik weer volledig aan het werk.

A: Dat ging best snel inderdaad. Kreeg je zelf ook hulp toen je weer richting de arbeidsmarkt ging?

B: Ja van mijn collega en leidinggevende kreeg ik een traject aangeboden. Ik had daar geen behoefte aan. Voor mezelf was ik al zover dat ik geleerd had mijn grenzen aan te geven, ook werk gerelateerd. Mijn leidinggevende had mij ook goed geholpen.

A: Heb je zelf nog dingen die je kwijt wilt?

B: Nou zou ik eigenlijk niet weten nee. Ik ben wel benieuwd dat je hier eigenlijk mee wilt doen. Dan bedoel ik niet alleen je scriptie, maar wat je na je opleiding wilt gaan.

A: Ik denk naar de universiteit, klinische psychologie.

B: Dat is wel leuk inderdaad. Dat is heel breed. Dan kom je erachter wat het beste bij je past he.

A: Ja net als met stage.

B: Wat denk jij dat echt kan helpen om het herstellen bij de mensen, wat heb jij gezien wat het meeste helpt?

A: Tijdens mijn stage kwam vooral het luisteren naar voren. Als iemand zich gehoord voelt en zijn emotie kwijt kan en dat het er mag zijn. Ik denk dat dat al enorm veel effect heeft. Ik denk nog meer zelfs dan adviezen.

B: Ik heb heel vaak dat mensen bij mij huilen. Eigenlijk is dat positief, want dan voelen ze zich heel erg vertrouwd. Dat luisteren, dat mensen zichzelf kunnen zijn. Klinkt misschien gek maar ik vind het een compliment voor mezelf als mensen bij mij durven te huilen. Dat schept ook wel weer een band.

A: Dat heb ik zelf ook ja. Klinkt gek, maar diegene voelt zich wel vertrouwd.

B: Zo'n uitkomst van een onderzoek, wordt dat gedeeld. Ik ben er benieuwd naar.

A: Ja ik zou mijn scriptie met je kunnen delen, als het af is.

B: Ja fijn, ben ik benieuwd naar. Ik ben mezelf ook aan het ontwikkelen. Ken je Tony Robbins. Ga maar eens zoeken. Ik heb een boek van hem. Ik heb hier heel veel aan. Je moet maar eens naar hem gaan googelen. Ik ontwikkel mijzelf ook altijd. Dit jaar worden we verder opgeleid. Voor mezelf ga ik een extra opleiding doen. Dat is het NLP. Google daar maar eens naar.

A: Oké, waar staat NLP voor?

B: Neurologisch programmeren volgens mij. Google maar eens.

A: Is goed. Ben wel benieuwd. Bedankt voor de tip.

B: Heb je nog tips of advies voor mij?

A: Nee eigenlijk niet.

B: Dat geeft ook niet, ik ben wel benieuwd naar scriptie. Succes ermee.

A: Bedankt voor je openheid

B: Helemaal goed. Succes he.

A: Dankjewel, doei.

B: Doei.

Interview 1 POH-GGZ

1. Hoeveel tijd heeft u per patiënt? Per keer?

30 minuten, maar indien gewenst heb ik alle ruimte om meer tijd in te plannen.

2. Welke criteria hanteert u bij het beoordelen van een patiënt met burn-out klachten?

Hoe lang de klachten duren, intensiteit, beloop, eerdere klachten.

3. Met welke (andere) vragenlijsten/methoden met beoordelen van een burn-out bent u bekend?

DKL

4. Doet u onderzoek naar persoonlijke eigenschappen die te maken kunnen hebben bij de oorzaak van een burn-out?

Ja ik kijk wel naar de persoonlijkheid en de draaglast en draagkracht.

5. Op welke manier zorgt u voor inzicht in de problematiek bij de patiënt?

Verwoorden wat ik zie, aangeven wie veelal een burnout krijgen

6. Wat is volgens u een geschikte psycho educatie?

Ik ken alleen Minddistrict

7. Hoe zorgt u voor bewustwording, bij de patiënt, van het belang van ontspanning en rust?

Vertellen, Minddistrict, uitleg

8. Wat zijn, volgens u, essentiële onderdelen tijdens de behandeling?

Herstellen, inzicht, veranderen en volhouden

9. Op welke manier wordt de behandeling gestart?

Kennismaken, tot rust komen

10. Met welke persoonlijke kenmerken van de patiënt wordt tijdens de behandeling rekening gehouden?

Thuisituatie, werksituatie persoonlijkheid, leeftijd omstandigheden.

11. Hoe lang duurt een behandeling?

Wisselend, zo lang als nodig.

12. Welke problemen komt u tijdens de behandeling tegen?

Mensen worstelen met zichzelf, vinden geduld moeilijk.

13. Welk advies geeft u aan de patiënt op het gebied van ontspanning?

Doen wat bij hen past, waar zij hun batterij mee opladen, wat energie geeft. Ik adviseer altijd wel een goed ritme, buitenlucht en bewegen.

14. Hoe zorgt u voor een beter slaappatroon bij de patiënt?

Ritme, buitenlucht, in de avond niet veel meer doen.

15. Hoe helpt u patiënten op het gebied van weerbaarheid? (Bijvoorbeeld piekeren)

Ontspannen, afleiding, gedachteschema.

16. Welke adviezen geeft u op het gebied van fysieke activiteiten?

Lat minder hoog leggen, maar bewegen voor het plezier, het liefst in de buitenlucht.

17. Welke adviezen geeft u op het gebied van voeding?

Gezond eten.

18. Hoe biedt u inzicht in de eigen denkpatronen van de patiënt?

Gedachteschema Minddistrict, filmpjes you tube , columns Ruud meulenberg

19. Op welke manier vindt contact plaats tussen u en de Arboarts?

Zelden/ nooit

20. In hoeverre vindt contact plaats tussen u en het bedrijf waar de patiënt voor werkt?

Zelden/ nooit

21. Welke stappen moeten bereikt zijn voordat de patiënt weer aan het werk kan volgens u?

Het moet thuis gaan, stabiel, balans. Patiënt moet er weer zin in hebben, goede begeleiding

22. Hoe zorgt u voor een langzame opbouw naar het werk toe?

Gefaseerd beginnen, eerst koffie drinken, dan uurtje en steeds uitbreiden in overleg met patiënt.

23. Wat zijn essentiële onderdelen voor een goeie nazorg?

Zorgen dat patiënt niet opnieuw over zijn grenzen gaat

24. Hoe zorgt u ervoor dat de patiënt minder snel terug kan vallen in een burn-out?

Alert maken op hoe het anders kan.

25. In hoeverre zijn patiënten tevreden over uw behandeling?

Tevreden

26. Welke tips heeft u ter verbetering van de behandeling?

Geen idee

27. Welke tips heeft u ter verbetering van de nazorg?

Wat ik soms lastig vind is dat werkgever niet meegaat n het proces en de lat weer snel te hoog legt.

28. Heeft u zelf ervaring gehad met een burn-out? (Zo ja, vragenlijst ervaringsdeskundige ook graag invullen)

Nee

29. Wat wilt u nog kwijt wat nog niet ter sprake is gekomen?

Interview 2 POH-GGZ

1. Hoeveel tijd heeft u per patiënt? Per keer?

Intake 50 minuten vervolgesprek 45 minuten.

2. Welke criteria hanteert u bij het beoordelen van een patiënt met burn-out klachten?

4 dkl en 6 maanden overspanning.

3. Met welke (andere) vragenlijsten/methoden met beoordelen van een burn-out bent u bekend?

Huisarts.nl Heb ik burnout.

4. Doet u onderzoek naar persoonlijke eigenschappen die te maken kunnen hebben bij de oorzaak van een burn-out?

Nee

5. Op welke manier zorgt u voor inzicht in de problematiek bij de patiënt?

Vragenlijst en persoonlijk gesprek

6. Wat is volgens u een geschikte psycho educatie?

Boek: Nooit meer burn-out

7. Hoe zorgt u voor bewustwording, bij de patiënt, van het belang van ontspanning en rust?

Uitleg, hoe het lichaam werkt.

8. Wat zijn, volgens u, essentiële onderdelen tijdens de behandeling?

Inzicht-uitleg en haalbare stappen.

9. Op welke manier wordt de behandeling gestart?

Intake uitleg inzicht en plan.

10. Met welke persoonlijke kenmerken van de patiënt wordt tijdens de behandeling rekening gehouden?

Kwetsbaarheid, hoog streefniveau, perfectionisme.

11. Hoe lang duurt een behandeling?

Na 5 behandelingen evaluatie. Kan als er veranderingen zijn vervolg krijgen. Tot 10 gesprekken. Mogelijkheid ook bij psychosomatisch fysiotherapeut in combinatie met POH-GGZ.

12. Welke problemen komt u tijdens de behandeling tegen?

Mensen inzicht missen en daadwerkelijk aan verandering werken.

13. Welk advies geeft u aan de patiënt op het gebied van ontspanning?

Ademhalingstechnieken, mindfulness en wandelen/lopen. Elke uur een kwartier rust te nemen en accu op te laden.

14. Hoe zorgt u voor een beter slaappatroon bij de patiënt?

Het leeg maken van het hoofd, geen tv en telefoon na 21.00 uur. Muziek lezen.

15. Hoe helpt u patiënten op het gebied van weerbaarheid? (Bijvoorbeeld piekeren)
- Informatie stoppen met piekeren. Gedachten toelaten en niet analyseren, het zijn maar gedachten. Uitleg mindfulness.
16. Welke adviezen geeft u op het gebied van fysieke activiteiten?
- Lopen, wandelen gym, yoga en alles met mate. Opladen tussendoor.
17. Welke adviezen geeft u op het gebied van voeding?
- Koolhydraat verminderen en zout. Vers.
18. Hoe biedt u inzicht in de eigen denkpatronen van de patiënt?
- Uitleg n.a.v. eigen situaties patiënt
19. Op welke manier vindt contact plaats tussen u en de Arboarts?
- Sporadisch
20. In hoeverre vindt contact plaats tussen u en het bedrijf waar de patiënt voor werkt?
- Niet
21. Welke stappen moeten bereikt zijn voordat de patiënt weer aan het werk kan volgens u?
- Dit is aan de bedrijfsarts.
22. Hoe zorgt u voor een langzame opbouw naar het werk toe?
- Assertiviteit van patiënt vergroten, duidelijk plan zelf maken
23. Wat zijn essentiële onderdelen voor een goeie nazorg?
- Leidinggevende van het werk evalueren wekelijks en later afbouwen in tijd.
24. Hoe zorgt u ervoor dat de patiënt minder snel terug kan vallen in een burn-out?
- Is eigen verantwoordelijkheid. Op tijd weer in overleg op het werk of thuis.
25. In hoeverre zijn patiënten tevreden over uw behandeling?
- Door inzicht, feedback en vooral uitleg functies lichaam. Dat maakt de behandeling en zo ervaren mensen dat ook.
26. Welke tips heeft u ter verbetering van de behandeling?
- Eigen regie weer terug te krijgen. Begrijpen hoe het werkt voor die persoon.
27. Welke tips heeft u ter verbetering van de nazorg?
- Na 3 maanden weer gesprek zou kunnen op de praktijk/
28. Heeft u zelf ervaring gehad met een burn-out? (Zo ja, vragenlijst ervaringsdeskundige ook graag invullen)
- Nee.
29. Wat wilt u nog kwijt wat nog niet ter sprake is gekomen?
- Ik heb goede ervaringen in samenwerken met Psychosomatisch fysiotherapeuten.