

UPDATE VAN DE KENNIS OVER OVERSPANNING EN BURNOUT: DIAGNOSE, PROGNOSE, INTER- VENTIES EN PATIËNTENPERSPEC- TIEF

Verslag van de kennis over overspanning en burnout beschikbaar gekomen tussen 2005 en 2015.

Dit onderzoek is met subsidie van UWV tot stand gekomen.

Dr. Anne Rongen

Drs. Charifa Zemouri

Dr. Karen Nieuwenhuijsen

Prof. dr. Carel Hulshof

Prof. dr. Judith Sluiter

Prof. dr. Monique Frings-Dresen

Amsterdam, 30 november 2015

Rapport nummer: 15-05

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	6
1.1 Het onderzoek	6
1.2 Doel van het rapport	7
1.3 Definitie overspanning en burnout	7
1.4 Leeswijzer	7
2 Methode	9
2.1 Zoeken naar bewijs	9
2.1.1 Hoofdstuk 3: prevalentie en incidentie	9
2.1.2 Hoofdstuk 4: vaststellen van klachten en functioneren	9
2.1.3 Hoofdstuk 5 en 6: prognose en interventie	9
2.1.4 Hoofdstuk 7: patiëntenperspectief	10
2.2 Extraheren van bewijs	10
2.3 Beoordelen van het bewijs	10
2.3.1 Methodologische kwaliteit	10
2.3.2 Sterkte van het bewijs	11
2.4 Proces	12
Resultaten	13
3 Prevalentie en incidentie	14
3.1 Voor 2005	14
3.2 Na 2005	14
3.2.1 Werkende populatie	14
3.2.2 Huisartsenpopulatie	14
3.3 Conclusie	14
4 Vaststellen van klachten en functioneren	16
4.1 Classificatiesystemen	16
4.2 Instrumenten overspanning en burnout	16
4.3 Vragenlijst functioneren met overspanning en burnout	17
4.4 Cognitief functioneren bij burnout	17
4.5 Conclusie	18
5 Prognostische factoren	19
5.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen	19
5.2 Nieuwe kennis uit update wetenschappelijke literatuur	19
5.3 Conclusie	21
6 Interventies	22
6.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen	22
6.2 Nieuwe kennis uit update wetenschappelijke literatuur	22
6.3 Conclusie	26
7 Patiëntenperspectief	27
7.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen	27

7.2	Nieuwe kennis uit kennis update wetenschappelijke literatuur	27
7.3	Conclusie	27
8	Witte vlekken in actuele kennis	29
9	Conclusies	32
	Referenties	35
	Bijlage	39
	Bijlage 1: Zoekactie wetenschappelijke literatuur prognose en interventie ...	40
	Bijlage 2: In- en exclusiecriteria voor prognose en interventie.....	42
	Bijlage 3: Stroomdiagram van wetenschappelijke artikelen prognose en interventie	43
	Bijlage 4: In- en exclusiecriteria voor patiëntenperspectief	44
	Bijlage 5: Stroomdiagram van wetenschappelijke artikelen patiëntenperspectief.....	45
	Bijlage 6: Berekenen van effectmaat	46
	Bijlage 7: AMSTAR checklist	47
	Bijlage 8: QUIPS checklist.....	49
	Bijlage 9: Cochrane risk of bias tool	50
	Bijlage 10: Operationalisering GRADE voor prognose	51
	Bijlage 11: Operationalisering GRADE voor interventie	52
	Bijlage 12: Proces project	53
	Bijlage 13: Tabel prevalentie en incidentie overspannenheid en burnout in Nederland onder de werkende bevolking.....	55
	Bijlage 14: Tabel prevalentie en incidentie overspannenheid en burnout in Nederland onder huisartsenpatiënten	56
	Bijlage 15: Tabel instrumenten voor vaststellen overspanning en burnout ...	57
	Bijlage 16: Evidence tabel primaire studies prognostische factoren	61
	Bijlage 17: Methodologische kwaliteit primaire studies prognostische factoren	71
	Bijlage 18: GRADE prognostische factoren	72
	Bijlage 19: Evidence tabel systematische reviews interventies.....	76
	Bijlage 20: Evidence tabel primaire studies interventies.....	79
	Bijlage 21: Methodologische kwaliteit primaire studies interventies	87
	Bijlage 22: GRADE interventies.....	88
	Bijlage 23: Evidence tabel systematische review patiëntenperspectief terugkeer naar werk.....	94
	Bijlage 24: Evidence tabel primaire studies patiëntenperspectief terugkeer naar werk	95
	Bijlage 25 Beroepsverenigingen.....	97

Samenvatting

Het huidige verzekeringsgeneeskundig protocol overspanning dateert uit 2006 en de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout uit 2011. Beide documenten zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en kennis van experts en praktijk-professionals voor 2005. Sinds de ontwikkeling van deze documenten is waardevol wetenschappelijk onderzoek verricht op het thema overspanning en burnout en is er een nieuwe methodiek ontwikkeld om de kwaliteit van het bewijs te beoordelen (GRADE).

Hoewel er geen definitie van de begrippen overspanning en burnout bestaat die door alle professionals en wetenschappers wordt onderschreven, wordt in dit rapport aangesloten bij de definitie zoals gehanteerd in de multidisciplinaire richtlijn. In deze definitie moet er voor overspanning minstens drie klachten aanwezig zijn zoals bijvoorbeeld moeheid, emotionele labiliteit, piekeren of concentratieproblemen die niet uitsluitend aan een psychiatrische stoornis zijn toe te schrijven. Daarbij moet sprake zijn van gevoelens van machteloosheid en/of controleverlies ten aanzien van de stressoren en dienen er significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren te zijn. Van burnout is sprake wanneer er sprake is van overspannenheid, de klachten langer dan zes maanden geleden zijn begonnen en de gevoelens van vermoeidheid en uitputting sterk op de voorgrond staan.

Het doel van dit project is om de wetenschappelijke kennis over overspanning en burnout die in de afgelopen tien jaar gegenereerd is te verzamelen en hierover te rapporteren. De kennis dient van toepassing te zijn voor diverse professionals werkzaam op het gebied van arbeid en gezondheid zoals verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, huisartsen en psychologen. Hoewel in dit project nadrukkelijk geen protocol of richtlijn wordt ontwikkeld, dient deze kennis wel bruikbaar te zijn bij het updaten van de protocollen en richtlijnen gericht op overspanning en burnout door beroepsverenigingen.

Het onderzoek dat aan dit rapport ten grondslag ligt richtte zich specifiek op:

De prevalentie en incidentie van overspanning en burnout.

Het vaststellen van overspannings- of burnoutklachten en het fysiek en cognitief functioneren van mensen met overspannings- of burnoutklachten.

De prognostische factoren voor een gunstige verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten.

De interventies gericht op een gunstige verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten.

Factoren door patiënten genoemd die belemmeren of bevorderend zijn voor terugkeer naar werk.

Er is gezocht naar (wetenschappelijke) kennis gericht op prevalentie en incidentie, instrumenten voor het vaststellen van klachten, prognostische factoren, interventies en patiëntenperspectief. Vanuit de verzamelde kennis, aangevuld met expertmeetings, advies van beroepsverenigingen en zoekacties in Google is voor elk onderwerp de kennis van de afgelopen tien jaar samengevat. De methodologische kwaliteit van de wetenschappelijke artikelen over prognostische factoren en interventies is beoordeeld met checklists en voor het vormen van een oordeel over de kwaliteit van het bewijs (hoog, redelijk, laag, zeer laag) is GRADE toegepast voor vraag 3 en 4. Hoe hoger de kwaliteit van bewijs, hoe minder aannemelijk het is dat toekomstig onderzoek een ander resultaat zal hebben.

Prevalentie en incidentie

De schattingen van de prevalentie van overspanning en burnout lopen uiteen door het gebruik van verschillende populaties en verschillende definities. De prevalentie van burnout op basis van vragenlijstonderzoek, is met 2% toegenomen tussen 2004 en 2013 (van 11% naar 13%) onder de werkende bevolking. Verder kwamen

er in 2013 73 per 100.000 werkende meldingen binnen bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten van bedrijfsartsen van overspanning en burnout. Onder de huisartsenpopulatie was de incidentie van klachten hoger, 6,6 keer per 1.000 patiënten werd burnout vastgesteld.

Vaststellen van klachten en functioneren

In de recente DSM-5 bestaat geen classificatie die precies past bij overspanningsklachten of burnoutklachten. Hierdoor blijft, zoals ook al in de DSM-IV, de classificatie van 'aanpassingsstoornis' het best dekkend voor overspannings- en burnoutklachten. In de afgelopen tien jaar zijn de SMBQ en de GHQ ontwikkeld die gebruikt kunnen worden om klachten van overspanning en burnout in kaart te brengen. Verder is de WHODAS 2.0 beschikbaar gekomen om functioneren in kaart te brengen. Bij mensen met burnoutklachten lijkt met name het cognitief functioneren op verschillende gebieden verminderd te zijn.

Prognostische factoren

Er zijn tien primaire studies gevonden die prognostische factoren onderzochten, waarvan er drie als uitkomstmaat vermindering in overspanningsklachten hadden, vier vermindering in burnoutklachten en zes verslechtering in werkgerelateerde uitkomst (meer ziekteverzuim, latere terugkeer naar werk).

In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout staat dat er zwak bewijs is dat de factoren (hogere) leeftijd en (langere) verzuimhistorie geassocieerd zijn met langer durend verzuim. Op basis van het recent wetenschappelijk onderzoek is het bewijs dat een hogere leeftijd gerelateerd is aan een slechtere werkgerelateerde uitkomst nu sterker (bewijs van redelijke kwaliteit) en voor verzuimhistorie blijft dit inconsistent. Er is een hoge mate van zekerheid dat een bezoek aan een professional niet geassocieerd is met werkgerelateerde uitkomsten. Daarnaast is er enige mate van zekerheid dat opleidingsniveau en een lager inkomen hiermee niet geassocieerd zijn. Voor de factoren meer ziekteverzuim en het hebben van comorbiditeit is de relatie inconsistent.

Op basis van het verrichte onderzoek is er enige zekerheid dat meer steun van collega's een significante relatie heeft met het verminderen van overspanningsklachten. Een kortere duur van de klachten bleek ook samen te hangen met deze uitkomst, maar over deze bevinding is weinig zekerheid. Daarentegen is er redelijke mate van zekerheid dat een lagere leeftijd niet geassocieerd is met een vermindering van overspanningsklachten. Voor de factoren minder emotionele uitputting, minder autonomie, mannelijk geslacht, lagere psychologische/somatische attributie, kortere verzuimduur en minder werkuren is er inconsistent bewijs.

Voor vermindering van burnoutklachten is er enige zekerheid dat minder uitputting een significante voorspeller is, waar met dezelfde zekerheid kan worden gesteld dat minder taakvariatie en minder werkuren geen relatie hebben tot deze uitkomst. Ook voor deze uitkomstmaat geldt dat er voor meerdere factoren, namelijk minder autonomie in het werk, kortere duur van de klachten, meer steun van collega's, meer steun van leidinggevende en een lagere leeftijd, inconsistent bewijs is voor een relatie.

Interventies

Er zijn drie systematische reviews gevonden en 20 primaire artikelen waarvan negen al waren geïncludeerd door de systematische reviews. Om die reden zijn 11 primaire studies los opgenomen in dit rapport.

Er zijn veel interventies ontwikkeld gericht op het verminderen van overspannings- en burnoutklachten en die terugkeer naar werk kunnen bespoedigen. Veel van deze interventies zijn gebaseerd op een vorm van cognitieve gedrags- of oplossingsgerichte therapie (CGT, OGT). Deze vormen van therapieën werden al aangeraden in

de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. In de huidige wetenschappelijke literatuur zijn de interventies onderzocht ten opzichte van een diversiteit aan controlegroepen (andere interventie, behandeling niet volgens de richtlijn, geen interventie). Dit maakt het formuleren van een eenduidige conclusie over welke interventie het meest effectief is problematisch totdat meer onderzoek beschikbaar is.

Op basis van de recente wetenschappelijke literatuur kunnen we alleen met grote zekerheid concluderen dat OGT niet effectiever is in het verminderen van klachten dan een niet op een richtlijn gebaseerde behandeling door een huisarts of bedrijfsarts. Daarnaast kunnen we met enige zekerheid concluderen dat OGT vergeleken met deze controlegroep wel de gedeeltelijke maar niet de volledige terugkeer naar werk kan bevorderen.

Van geen enkele andere interventie is aangetoond dat deze terugkeer naar werk kan bevorderen. Ten aanzien van het verminderen van klachten kan er met enige zekerheid gesteld worden dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedingssupplement effectiever zijn dan geen interventie. En dat CGT effectiever is dan OGT. Echter, al deze bevindingen zijn gebaseerd op telkens één studie.

Patiëntenperspectief

Er zijn één systematische review en twee primaire studies geïdentificeerd die werknemers hebben gevraagd naar de factoren die zij als belemmerend of bevorderend hebben ervaren voor het terugkeren naar werk.

Er wordt een grote verscheidenheid aan factoren genoemd door werknemers die hen belemmeren en bevorderen bij terugkeer naar werk gerelateerd aan de werksituatie, werkzaamheden en de persoon zelf. De belangrijkste belemmerende factoren die worden genoemd zijn onvoldoende hersteld zijn of niet goed weten wanneer weer te beginnen op basis van de klachten. Verder noemden de patiënten dat het als belemmerend wordt ervaren dat de collega's niet geloven in hun reden van afwezigheid door de ziekte. De belangrijke bevorderende factoren die worden genoemd zijn dat er steun wordt ervaren van collega's en leidinggevende en dat er aanpassingen worden gedaan in het werk zoals uren of taken.

Witte vlekken in actuele kennis

In het rapport wordt beschreven hoe in de toekomst overwogen kan worden om minder nadruk te leggen op de specifieke classificaties van psychische aandoeningen en meer op symptoomclusters. Ten aanzien van interventies is behoefte aan kennis over welke interventies werken voor populaties met bepaalde kenmerken (over diagnose categorieën heen). Daarnaast is er een gebrek aan kennis over hoe klachten en functioneren zich ontwikkelen in de tijd en aan hoe deze zich tot elkaar verhouden.

Conclusie

Recentelijk is veel onderzoek verricht naar het thema overspanning en burnout. De belangrijkste conclusies op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur staan hierboven vermeld. Echter, er is beperkt bewijs van hoge kwaliteit gevonden in de huidige wetenschappelijke literatuur. Het is hierdoor van groot belang dat er meer onderzoek naar dit thema wordt gedaan. De huidige update van kennis levert een belangrijke bijdrage aan het herzien van evidence based richtlijnen. Echter, het traject van richtlijnontwikkeling omvat ook het verzamelen en verwerken van ervaringskennis bij professionals en andere overwegingen (zoals organisatie van de zorg, haalbaarheid en kosten) om tot uiteindelijke aanbevelingen voor de praktijk te komen.

1 Inleiding

Ongeveer 40% van de ontvangers van een WIA-uitkering (Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen) ontving deze vanwege een psychische aandoening. Deze aandoening was veelal een reactie op ernstige stress (www.volksgezondheidenzorg.info, september 2015).

In Nederland is sprake van overspanning wanneer er voldaan wordt aan verschillende klachten zoals vermoeidheid en concentratieproblemen en wanneer deze het beroepsmatig of sociaal functioneren beïnvloeden. Van burnout wordt gesproken wanneer de overspanningsklachten voor minimaal zes maanden aanwezig zijn en gevoelens van vermoeidheid en uitputting sterk op de voorgrond staan (zie paragraaf 1.3). Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat ongunstige werkomstandigheden kunnen leiden tot overspanning en burnout. Zo leiden onder andere hoge taakeisen, weinig autonomie, weinig steun van de leidinggevende en collega's en een grote disbalans tussen de inspanningen en beloning van de werknemer tot een hoger risico op het ontstaan van overspanning en burnout (1, 2). Dezelfde risicofactoren brengen ook een hoger risico op ziekteverzuim en/of het ontvangen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering met zich mee (3, 4). Verder heeft onderzoek aangetoond dat werknemers die een burnout hebben gehad een hoger risico hebben om eerder te overlijden (5).

Werknemers met overspanning of burnout hebben een hoger risico op het niet kunnen participeren op de arbeidsmarkt, hebben een grotere afstand tot de arbeidsmarkt en voor hen is het vinden en behouden van een baan een groter probleem dan mensen zonder deze klachten (www.cbs.nl, www.volksgezondheidenzorg.info, september 2015). Het is hierom belangrijk om inzicht te krijgen in factoren die bijdragen aan herstel van de klachten of tot een snellere terugkeer naar werk leiden en welke interventies ingezet kunnen worden om herstel en terugkeer naar werk te bespoedigen.

1.1 Het onderzoek

De meest recente protocollen en richtlijnen gericht op overspanning en burnout zijn gedateerd. Het verzekeringsgeneeskundig protocol dateert uit 2006 en de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout dateert uit 2011 (6, 7). De Landelijke Eerstelijns Samenwerking Afspraak overspanning en burnout (LESA) is in 2011 opgesteld, op basis van de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout (8). Deze drie documenten zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek gecombineerd met visies van experts en praktijkbeoefenaars.

Voor dit project is een SUWI subsidie beschikbaar gesteld, verleend door het Uitkeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Het doel van het project is om de kennis over overspanning en burnout die gegenereerd is in de afgelopen tien jaar, sinds het verschijnen van het verzekeringsgeneeskundig protocol, over overspanning en burnout te verzamelen en hierover te rapporteren.

Hoewel in dit project nadrukkelijk geen protocol of richtlijn wordt ontwikkeld, dient deze kennis wel bruikbaar te zijn bij het updaten van de protocollen en richtlijnen gericht op overspanning en burnout voor diverse professionals werkzaam op het gebied van arbeid en gezondheid zoals verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, huisartsen en psychologen.

1.2 Doel van het rapport

Het rapport heeft als doel om de kennis op het gebied van overspanning en burnout van de afgelopen tien jaar te verzamelen en samen te vatten. Specifiek richt het rapport zich op:

De prevalentie en incidentie van overspanning en burnout.

Het vaststellen van overspannings- of burnoutklachten en het fysiek en cognitief functioneren van mensen met overspannings- of burnoutklachten.

De prognostische factoren voor een gunstige verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten.

De interventies gericht op een gunstige verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten.

Factoren door patiënten genoemd die belemmeren of bevorderend zijn voor terugkeer naar werk.

1.3 Definitie overspanning en burnout

In dit rapport wordt de definitie van overspanning en burnout gebruikt zoals deze is geformuleerd in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout en de LESA (8, 9).

Van overspanning is sprake wanneer er is voldaan aan alle vier de onderstaande punten:

1) Er is ten minste sprake van drie van de volgende klachten: moeheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen.

2) Gevoelens van machteloosheid en/of controleverlies treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren.

3) Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

4) De symptomen zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis.

Van burnout is sprake wanneer er wordt voldaan aan de volgende drie punten:

1) Er is sprake van overspannenheid.

2) De klachten zijn langer dan zes maanden geleden begonnen.

3) De gevoelens van vermoeidheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Het begrip 'overspanning' is niet gangbaar in het buitenland evenmin als de definitie van burnout zoals beschreven in de LESA en de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Om wetenschappelijke kennis uit het buitenland wel te kunnen includeren zijn de begrippen overspanning en burnout als volgt geoperationaliseerd: 1) ziekteverzuim ten gevolge van stress-gerelateerde klachten, of 2) een score boven een bepaalde afkapwaarde op een gevalideerde vragenlijst voor vermoeidheid, stress, burnout of niet-specifieke psychische klachten of 3) als aanpassingsstoornis gedefinieerd door de DSM-IV/DSM-5 of ICD-10.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de gebruikte onderzoeksmethode uiteengezet. In hoofdstuk 3 wordt de prevalentie en incidentie van overspanning en burnout in Nederland besproken. Hoofdstuk 4 gaat in op veel gebruikte instrumenten om overspanning en burnout vast te stellen, instrumenten die gebruikt kunnen worden om functionele mogelijkheden vast te stellen en het cognitief functioneren van mensen met overspannings- of burnoutklachten. Hoofdstuk 5 geeft inzicht in factoren die bijdragen aan het herstel van klachten en tot een snellere terugkeer naar werk. Hoofdstuk 6 geeft een overzicht

van interventies gericht op het verminderen van klachten en het bevorderen van terugkeer naar werk. In hoofdstuk 7 worden de belemmerende en bevorderende factoren beschreven genoemd door patiënten in relatie tot terugkeer naar werk. Het rapport wordt afgesloten met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en de belangrijkste conclusies uit dit onderzoek.

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de methodiek die werd toegepast voor het zoeken en interpreteren van (wetenschappelijke) artikelen gericht op de doelstelling per hoofdstuk.

2.1 Zoeken naar bewijs

2.1.1 Hoofdstuk 3: prevalentie en incidentie

Met behulp van Google werd gezocht naar prevalentie- en incidentiecijfers van overspanning en burnout in Nederland. In Google werden de volgende termen ingevoerd: overspanning, burnout, incidentie, prevalentie. Verder werd er gezocht op de cascode P619 (Overige aanpassingsstoornissen / surmenage), P611 (burnout) en ICPC P-78 (neurasthenie/surmenage). Van de resultaten werd beoordeeld of de gegevens waren verzameld in een Nederlandse populatie in de afgelopen tien jaar. Wanneer dit het geval was werden de gegevens genoteerd met betrekking tot auteur, jaar van dataverzameling, kenmerken van de populatie en de gehanteerde definitie van overspanning en/of burnout. Wanneer meerdere documenten werden gevonden gebaseerd op dezelfde type data, werd het meest recente document geïncludeerd.

2.1.2 Hoofdstuk 4: vaststellen van klachten en functioneren

Dit hoofdstuk richt zich op drie onderwerpen: 1) instrumenten gebruikt voor het vaststellen van het klachtenniveau van overspannings- of burnoutklachten, 2) instrumenten gebruikt voor het verkrijgen van inzicht in het functioneren van mensen met overspanning of burnout en 3) inzicht verkrijgen in de cognitieve beperkingen van mensen met overspanning of burnout. Er is geen aparte zoektocht naar instrumenten uitgevoerd in de internationale literatuur. Voor het beschrijven van instrumenten voor het vaststellen van overspanning en burnout werd gekozen om de instrumenten zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout uit 2011 aan te vullen met instrumenten die ten minste twee keer werden gebruikt in de wetenschappelijke artikelen geïncludeerd voor hoofdstuk 5 (prognose) en 6 (interventie) (6). Met de zoekactie beschreven bij 2.1.3 werd één systematische review gevonden die het cognitief functioneren beschrijft bij mensen met stressgerelateerde klachten. Er werden daarnaast twee primaire studies aangedragen door een expert op dit onderwerp, deze waren allebei al geïncludeerd in de systematische review.

2.1.3 Hoofdstuk 5 en 6: prognose en interventie

In samenwerking met een medisch informatie specialist van de medische bibliotheek van het AMC te Amsterdam werd gezocht in twee online databases van wetenschappelijke literatuur (Medline, PsycInfo). De zoekactie was opgebouwd uit termen gerelateerd aan psychische klachten, woorden die een werkende populatie beschrijven en termen gerelateerd aan de opzet van een studie (zie bijlage 1).

Er werden 9.187 afzonderlijke wetenschappelijke artikelen gevonden. Deze artikelen werden door drie onderzoekers beoordeeld op het voldoen aan vooraf vastgestelde in- en exclusiecriteria (zie bijlage 2). Veel artikelen werden op basis van titel en abstract geëxcludeerd (zie bijlage 3). Gedurende het project werden door experts drie artikelen aangedragen. Uiteindelijk werden er tien artikelen geïncludeerd voor hoofdstuk 5 (prognose) en 23 artikelen voor hoofdstuk 6 (interventies) waaronder drie reviews. Om te voorkomen dat studies meerdere keren werden besproken zijn de primaire studies gevonden voor hoofdstuk 6 die waren opgenomen in één van de drie systematische reviews niet opgenomen in de evidence tabellen.

Aanvullend is in de Cochrane Library binnen de thema's 'health and safety', 'mental health' en 'public health' gezocht naar systematische reviews. Er werden zeven re-

views geïdentificeerd waarvan er één voldeed aan de inclusiecriteria. Echter, deze review was ook al gevonden via de zoekactie in de databases.

2.1.4 Hoofdstuk 7: patiëntenperspectief

Voor het identificeren van wetenschappelijke literatuur werd dezelfde zoekactie gebruikt van hoofdstuk 5 en 6 waarbij zoektermen met betrekking tot studieopzet werden toegespitst op kwalitatieve onderzoeken.

Er werden 1.243 wetenschappelijke artikelen gevonden. Deze artikelen werden beoordeeld op geschiktheid op basis van vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria (zie bijlage 4). Voor dit hoofdstuk werd bij de inclusie van artikelen gekozen voor een bredere definitie van psychische klachten omdat verwacht werd dat er geen kennis beschikbaar was specifiek over overspanning of burnout. Er werden uiteindelijk drie artikelen geïnccludeerd waarvan één systematische review (zie bijlage 5).

2.2 Extraheren van bewijs

Voor de beschrijving van de vragenlijsten in het hoofdstuk over het vaststellen van klachten werd informatie uit het artikel over de ontwikkeling van de vragenlijst gecombineerd met gegevens uit de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Informatie over de auteurs, de vragenlijst (bijv. schalen, aantal items), psychometrische eigenschappen en afkappunten voor zover bekend werd geëxtraheerd.

Van de wetenschappelijke artikelen geïnccludeerd in de hoofdstukken over prognose, interventie en patiëntenperspectief werden gegevens geëxtraheerd. Voor elk hoofdstuk werd van de primaire studie informatie over de studie (bijv. auteur, jaar van publicatie), de methode (bijv. opzet van de studie), de definitie van overspanning en/of burnout gehanteerd in het artikel en uitkomst genoteerd. Bij systematische reviews werd daarnaast ook genoteerd wat de in- en exclusiecriteria waren en welke primaire studies zij hadden geïnccludeerd. Specifiek voor hoofdstuk 5 werden de onderzochte prognostische factoren en het ongecorrigeerde en het gecorrigeerde effect van de prognostische factoren geëxtraheerd. Voor hoofdstuk 6 werd de beschrijving van de interventie en het effect ervan op de uitkomstmaat geëxtraheerd. Hierbij werd het effect direct na de interventie en, wanneer beschikbaar, het effect met de langste follow-up tijd overgenomen uit de studies (zie bijlage 6). Voor hoofdstuk 7 werden de thema's die genoemd werden ten aanzien van terugkeer naar werk benoemd door de patiënt geëxtraheerd waarbij onderscheid werd gemaakt tussen de belemmerende en bevorderende factoren.

2.3 Beoordelen van het bewijs

2.3.1 Methodologische kwaliteit

De methodologische kwaliteit van de geïnccludeerde studies werd onafhankelijk van elkaar door twee onderzoekers beoordeeld.

De in dit rapport opgenomen reviews werden met de 'a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews' (AMSTAR) beoordeeld op de methodologische kwaliteit. De AMSTAR bestaat uit 11 punten waarop gescoord moet worden met 'ja', 'nee', 'kan niet beantwoorden' of 'niet van toepassing' (zie bijlage 7)(10). Een systematische review met een AMSTAR score van 0 tot 3 werd beschouwd als lage kwaliteit; score 4 tot 7 gemiddelde kwaliteit en score 8 tot 11 als hoge kwaliteit review (11).

De methodologische kwaliteit van de primaire studies over prognostische factoren werd beoordeeld met vijf van de zes domeinen van de 'quality in prognostic studies

tool' (QUIPS) (zie bijlage 8) (12). Het domein 'confounders' was niet relevant omdat in dit onderzoek alleen werd uitgegaan van de univariate analyses. Op elk thema werd 'geen' of 'wel' risico op bias gescoord. Voor de QUIPS werd een arbitraire score van 3 of lager gekozen voor een hoog risico op bias.

De methodologische kwaliteit van de primaire studies over interventies werd beoordeeld met de 'Cochrane risk of bias tool'. Deze checklist bestaat uit zeven thema's waarbij elk thema op 'geen' of 'wel' risico op bias werd gescoord (zie bijlage 9). Hiervoor werd de arbitraire grens van een score van 5 of lager gekozen voor een hoog risico op bias.

De in het rapport opgenomen systematische reviews bevatten allen een beoordeling van de methodologische kwaliteit van de erin opgenomen primaire studies. Deze beoordeling werd overgenomen.

2.3.2 Sterkte van het bewijs

Voor de beoordeling van de kwaliteit van het bewijs (van de prognostische factor of van de interventie) werd gebruik gemaakt van 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (GRADE) (www.gradeworkinggroup.org, september 2015). Wat betreft de prognostische studies bepaalt de fase van het prognostische onderzoek het startniveau van bewijs in GRADE (13). Fase 1 prognostische studies zijn studies waar vele prognostische factoren zonder een verondersteld werkingsmechanisme worden getest. Bij fase 2 en 3 studies wordt onderzoek gedaan naar vooraf veronderstelde relaties. Bij fase 2 en 3 studies werd het startniveau 'hoge kwaliteit van bewijs' toegepast en bij fase 1 studies het startniveau 'redelijke kwaliteit van bewijs.' Interventiestudies met een RCT-design startten als hoge kwaliteit bewijs.

Om een oordeel te vellen over de kwaliteit van bewijs van een prognostische factor of interventie met GRADE, werden de studies gecategoriseerd naar uitkomstmaat. Name-lijk herstel van klachten dan wel werkgerelateerde uitkomstmaten. Vervolgens werden studies die over dezelfde uitkomstmaat rapporteerden, samengenomen voor één kwaliteit score van bewijs (bijlage 8 en 9). Wanneer systematische reviews zelf al de sterkte van het bewijs hadden beoordeeld met behulp van GRADE, werd deze beoordeling overgenomen.

GRADE beschrijft vijf factoren die het vertrouwen in het resultaat van studies met de classificatie 'hoge kwaliteit van bewijs' of 'redelijke kwaliteit van bewijs' kunnen verla- gen:

- 1) Risico op bias van de primaire studies
- 2) Inconsistentie van de resultaten tussen de studies
- 3) De overlap tussen de studie en de doelstelling van het eigen onderzoek
- 4) Onnauwkeurigheid van de gerapporteerde effecten
- 5) Publicatie bias

Wanneer er op één factor negatief werd gescoord werd de kwaliteit steeds met één trede verlaagd. Er zijn vier niveaus van kwaliteit van bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. In de huidige definitie worden de niveaus van de kwaliteit van het bewijs gerelateerd aan de grootte van het vertrouwen dat het geschatte effect het werkelijke effect benaderd. De betekenis van de gradaties van kwaliteit van bewijs staan hieronder beschreven in het kader.

Hoge kwaliteit van bewijs

Het is zeer onwaarschijnlijk dat verder onderzoek het vertrouwen in het geschatte effect zal veranderen.

Redelijke kwaliteit van bewijs

Het is waarschijnlijk dat toekomstig onderzoek een belangrijke impact zal hebben op ons vertrouwen in het geschatte effect en kan het effect ook veranderen.

Lage kwaliteit van bewijs

Het is zeer waarschijnlijk dat toekomstig onderzoek een belangrijk impact zal hebben op ons vertrouwen in het geschatte effect en het is waarschijnlijk dat het effect zal veranderen.

Zeer lage kwaliteit van bewijs

Elk geschatte effect is zeer onzeker.

Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van bewijs van een prognostische factor met GRADE werden de studies gecategoriseerd naar uitkomstmaat. Binnen de studies die het effect op dezelfde uitkomstmaat hadden onderzocht werden de factoren geïdentificeerd die in ten minste twee studies waren onderzocht. Er werd uitgegaan van de univariatie associaties aangezien de studies niet voor dezelfde factoren hebben gecorrigeerd in multivariate analyses. Bij meerdere follow-up momenten werd gekozen voor de langste follow-up tijd.

Voor het beoordelen van de kwaliteit van bewijs van de interventies met GRADE werden de studies eerst gecategoriseerd op uitkomstmaat. Studies met dezelfde uitkomstmaat en waarin dezelfde vergelijking werd onderzocht (interventie en controlegroep) werden samengenomen. Kon dit niet gedaan worden, dan werd de kwaliteit van bewijs beoordeeld op basis van één studie. Er werd uitgegaan van het effect gemeten op de laatste follow-up meting.

Wanneer systematische reviews zelf al de sterkte van het bewijs hadden beoordeeld met behulp van GRADE werd deze beoordeling overgenomen. Uitzondering is dat wij niet zoals Doki en collega's (2015)(14) een punt hebben afgetrokken voor publicatie bias aangezien deze – zoals zij zelf ook aangaven – niet kon worden beoordeeld om overeenstemming tussen de studies te bewaken.

2.4 Proces

In bijlage 12 zijn de bijdragen aan de totstandkoming van dit rapport van de diverse wetenschappelijke onderzoekers en (klinische) experts beschreven.

Resultaten

3 Prevalentie en incidentie

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is:

Wat is de prevalentie en incidentie van overspanning en burnout in Nederland?

Specifiek wordt gezocht naar gegevens verzameld in de periode van 2005 tot 2015 in overeenstemming met het algemene doel van dit rapport om over nieuwe kennis te rapporteren die in de afgelopen tien jaar beschikbaar is gekomen.

3.1 Voor 2005

In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout staat vermeld dat de prevalentie neurasthenie/surmenage onder de huisartsenpopulatie 7,8 per 1.000 patiënten was in 2004 en overspanning en burnout 9,4 per 1.000 mannelijke patiënten en 6,2 per 1.000 vrouwelijke patiënten. De prevalentie van burnout onder de werkende bevolking was 11% in 2004 (CBS).

3.2 Na 2005

Er zijn zeven bronnen gevonden waarin is gerapporteerd over prevalentie en/of incidentie van overspanning en burnout in Nederland tussen 2005 en 2015 (bijlage 13 en 14). De prevalentie- en incidentiecijfers onder werknemers zijn gebaseerd op gegevens verzameld in de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) vanuit TNO en op basis van gegevens verzameld door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Verder zijn er gegevens beschikbaar van patiënten die bij hun huisarts komen met klachten.

3.2.1 Werkende populatie

In 2011 zijn er bij de NCvB 307 meldingen van beroepsgebonden burnout en 713 van beroepsgebonden overspanning door bedrijfsartsen binnengekomen van de in totaal 3.883 meldingen van beroepsziekten op het gebied van psychische aandoeningen. De incidentie in 2013 van overspanning was 73 werknemers op de 100.000 werknemers. Op basis van de NEA blijkt dat in 2013 ongeveer 13% van de beroepsbevolking klachten van burnout had. In de NEA wordt burnout iets vaker gerapporteerd door mannen (13%) dan vrouwen (12%).

3.2.2 Huisartsenpopulatie

In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout staat vermeld dat ongeveer 14 op iedere 1.000 patiënten die per jaar bij de huisarts komen overspanningsklachten heeft. Dit cijfer is vermeld in een recent rapport maar de gegevens dateren uit ouder onderzoek. Uit cijfers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) blijkt dat de incidentie van burnout in 2011 6,6 per 1.000 patiënten was. Op basis van deze gegevens blijkt dat meer vrouwen dan mannen gediagnostiseerd waren met een burnout; bij 2,8 mannen en 4,9 vrouwen per 1.000 mensen werd een burnout vastgesteld door de huisarts. Het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de gezondheidszorg) documenteerde dat in 2013 de incidentie van neurasthenie/surmenage 7,0 per 1.000 patiëntjaren was (5/1.000 mannen; 9/1.000 vrouwen) en de prevalentie 12,3 per 1.000 patiëntjaren (8,6/1.000 mannen; 15,9/1.000 vrouwen).

3.3 Conclusie

De meest recente incidentie- en prevalentiecijfers over overspanning en burnout dateren uit 2011 en 2013. De incidentie in 2013 van beroepsgebonden overspanning en burnout in de werkende populatie, zoals gemeld bij het NCvB, was 73 per 100.000 werkenden. Bij patiënten die een huisarts bezochten was de incidentie van burnout in 2011 6,6 per 1.000 patiënten en van overspanningsklachten 7,0 per 1.000 patiënten

jaren. Zowel overspanning als burnout kwam vaker bij vrouwelijke huisartsenpatiënten dan mannelijke. De zelfgerapporteerde prevalentie van burnout in 2013 onder de werkende bevolking was 13% en is dus met 2% toegenomen sinds 2004. Er is geen prevalentiecijfer van burnoutklachten bekend onder de patiënten die bij de huisarts komen. Burnout lijkt dus vaker gerapporteerd te worden door werknemers zelf dan dat het geconstateerd wordt door huisartsen en veel vaker dan dat er door bedrijfsartsen melding van wordt gemaakt.

4 Vaststellen van klachten en functioneren

De onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord zijn:

- 1) *Welke classificatiesystemen zijn er voor het classificeren van overspanning en burnout.*
- 2) *Welke instrumenten worden er gebruikt voor het meten van het niveau van overspanning- en burnoutklachten.*
- 3) *Welke instrumenten zijn er om inzicht te krijgen in het functioneren van mensen met overspanning of burnout*
- 4) *Welke inzichten zijn er over beperkingen in het cognitief functioneren van mensen met overspanning en burnout.*

4.1 Classificatiesystemen

In de NVAB-richtlijn "Handelen van de bedrijfsarts bij Psychische Problemen" uit 2007 werd een eerstelijns classificatie bij stressgerelateerde klachten voorgesteld en die ook is overgenomen in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. In deze classificatie worden overspanning en burnout onderscheiden van spanningsklachten enerzijds en van psychiatrische ziektebeelden als depressieve stoornis, angststoornissen en overige psychiatrie anderzijds. Het onderscheid tussen spanningsklachten en overspanning/burnout wordt bepaald door de aanwezigheid van beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren. Zodra die beperkingen aanwezig zijn, wordt er niet meer gesproken van spanningsklachten maar van overspanning of burnout. Voor het vaststellen van een depressieve of angststoornis wordt verwezen naar de DSM-IV criteria.

Voor de classificatie van overspanning en burnout door bedrijfsartsen en verzeke-
ringsartsen wordt gebruik gemaakt van CAS-codes. De code P619 wordt gebruikt voor
overspanning (overige aanpassingsstoornissen/surmenage) en de code P611 voor
burnout. Hoe tot deze classificaties wordt gekomen is niet vast omschreven. In de
DSM-IV classificatie is er geen classificatie die overspanning en burnout voldoende
dekt, het begrip aanpassingsstoornis benadert die twee begrippen het beste. Echter, al
in de bedrijfsartsenrichtlijn werd benoemd dat het begrip overspanning aanmerkelijk
breder is dan de DSM-IV classificatie aanpassingsstoornis. Voor het classificeren van
een aanpassingsstoornis moet het beeld voldoen aan eisen ten aanzien van de duur en
de start van de klachten na blootstelling aan een herkenbare bron van stress. De
komst van de DSM-5 brengt hier geen verandering in, aangezien de hoofdcriteria ge-
lijk blijven.

4.2 Instrumenten overspanning en burnout

De multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout beschrijft zeven instrumenten
die specifiek zijn gericht op het meten van overspanning- of burnoutklachten door
middel van zelfrapportage. In de hoofdstukken 5 en 6 zijn 15 instrumenten gebruikt
voor het vaststellen van overspannings- of burnoutklachten waarvan er vijf in ten
minste twee studies worden gebruikt. Van deze vijf vragenlijsten zijn er twee niet op-
genomen in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout: General Health
Questionnaire (GHQ), Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ).

De Maslach Burnout Inventory (MBI) is een veel gebruikte vragenlijst in de weten-
schappelijke literatuur en is in het Nederlands verkrijgbaar als de Utrecht Burnout
Schaal (UBOS). In totaal zijn negen instrumenten beschreven in dit rapport (UBOS,
Vragenlijst ArbeidReintegratie (VAR), BurnOut-Neurasthenie KlachtenSchaal (BO-
NKS), Depressie-Angst-Stress-Schaal (DASS), Checklist Individuele Spankracht (CIS),
Vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL), Overspanningsklachtenlijst (OK), GHQ, SMBQ).

Van al deze instrumenten is de betrouwbaarheid goed. De kenmerken van de instrumenten staan beschreven in bijlage 15. Met name de MBI wordt vaak in wetenschappelijk onderzoek gebruikt voor het vaststellen van het klachtenniveau van burnout. Daarnaast wordt in onderzoek uitgevoerd door Nederlanders de CIS en de 4-DKL vaak gebruikt voor het vaststellen van overspanningsklachten. Van de UBOS, CIS, 4-DKL en GHQ zijn afkapwaardes bekend maar niet van de stress-schaal van de DASS (zie bijlage 15).

4.3 Vragenlijst functioneren met overspanning en burnout

Voor verzekeringsartsen is het van belang om de functionele mogelijkheden te kunnen vaststellen. Een diagnose als overspanning of burnout laat zich niet eenvoudig vertalen in functionele mogelijkheden, de interindividuele verschillen in functioneren zijn groot. Om het functioneren bij psychische aandoeningen in kaart te brengen wordt er in de DSM-5 gekozen voor een nieuw instrument dat de oude GAF (Global Assessment of Functioning) vervangt; de WHODAS 2.0. De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft de 'World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0' (WHODAS 2.0) ontwikkeld (www.who.int) welke ook is vertaald naar het Nederlands. De vragenlijst is gebaseerd op het conceptuele raamwerk van de International Classification of Functioning (ICF).

De WHODAS 2.0 beslaat zes domeinen: 1) begrijpen en communiceren (cognitie), 2) bewegen en zich verplaatsen (mobiliteit), 3) zelfverzorging, 4) omgaan met mensen, 5) activiteiten (werk en studie), 6) deelname aan de samenleving (participatie). De persoon wordt gevraagd naar de klachten en functies met betrekking op de afgelopen 30 dagen. Er wordt een antwoord gegeven op een vijfpuntschaal. De WHODAS 2.0 is er in twee vormen; bestaande uit 12 of 36 items. Hierbij levert de 36 items tellende vragenlijst meer informatie op de verschillende domeinen en geeft de 12 items tellende vragenlijst vooral een kort inzicht over iemands totale functioneren. De score van de vragenlijst wordt berekend door het optellen van de score op de items en deze om te zetten naar een getal op de range van 0 tot 100 waarbij '0' geen beperking is en '100' volledig beperkt. Er zijn geen afkapwaardes bekend om onderscheid te kunnen maken tussen normaal en verminderd functioneren. Echter, op basis van eerder wetenschappelijk onderzoek is gevonden dat een verandering in de score van ten minste 9,3 boven de meetfout is van het instrument en daarmee een klinisch relevante verandering is (15). De psychometrische eigenschappen van de WHODAS 2.0 zijn goed. De interne consistentie is hoog (Cronbach's alpha: 0,86), de test- hertestbetrouwbaarheid is hoog (0,98) en de construct validiteit is goed (16).

4.4 Cognitief functioneren bij burnout

We hebben geen kennis kunnen vinden over veranderingen in functionele mogelijkheden over de tijd bij patiënten met overspannings- of burnoutklachten. Echter, er is wel recentelijk een review verschenen over het cognitief functioneren bij burnoutpatiënten.

Deligkaris en collega's (2014) hebben een systematische review uitgevoerd naar de relatie tussen burnout (gemeten met een gevalideerde methode) en cognitief functioneren (gemeten met diverse testen) (17). De systematische review includeerde vijftien primaire studies met verschillende studiedesigns. De methodologie van de systematische review scoorde drie van de 11 punten op de AMSTAR en wordt hiermee beoordeeld als zijnde van lage kwaliteit. De lage kwaliteit van de uitvoering van de studie werd met name veroorzaakt doordat niet alle stappen van de selectie en data-extractie door twee mensen waren uitgevoerd en de methodologische kwaliteit was de geïncludeerde studies niet was bepaald.

Dertien van de vijftien studies vonden dat het hebben van meer burnoutklachten significant was geassocieerd met verminderd cognitief functioneren. In de tien studies die executief functioneren (bijv. informatie updaten, inhibitie van respons) hadden gemeten vonden negen studies een significante associatie tussen meer burnoutklachten en verminderd functioneren. In de zeven studies die aandachtsvermogen hadden gemeten werden in vijf studies een significante associatie gevonden tussen meer burnoutklachten en verminderd aandachtsvermogen. In de zeven studies die geheugen hadden gemeten vonden zes studies een associatie tussen meer burnoutklachten en verminderd geheugen.

4.5 Conclusie

In de recente DSM-5 is geen classificatie die precies past bij overspanningsklachten of burnoutklachten. Hierbij blijft, zoals ook al in de DSM-IV de classificatie van 'aanpassingsstoornis' het best dekkend voor overspannings- en burnoutklachten. In de afgelopen tien jaar zijn de SMBQ en de GHQ ontwikkeld die gebruikt kunnen worden om klachten van overspanning en burnout in kaart te brengen. Verder is de WHODAS 2.0 beschikbaar gekomen op basis van classificatie volgens de DSM-5 om functioneren in kaart te brengen. Bij mensen met burnoutklachten lijkt met name het cognitief functioneren op verschillende gebieden verminderd te zijn.

5 Prognostische factoren

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is:

Welke factoren zijn er bekend die bijdragen aan een verbetering van overspanning en/of burnout en die tot verslechtering van werkgerelateerde uitkomsten leiden?

Prognostische factoren omvatten alle factoren die samenhangen met het verdere verloop als de aandoening eenmaal is vastgesteld. Prognostische factoren kunnen voor een deel hetzelfde zijn als etiologische factoren die een rol speelden bij het ontstaan van de aandoening. Bij werkgerelateerde uitkomstmaten worden vermindering van ziekteverzuim en terugkeer naar werk bedoeld.

5.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen

In het verzekeringsgeneeskundig protocol wordt onderscheid gemaakt tussen factoren die kunnen bijdragen aan het voortbestaan van overspanningsklachten en aan een langere verzuimduur. Factoren die bijdragen aan het voortbestaan van overspanningsklachten kunnen zijn: 1) cumulatie van stressoren, 2) levensgebeurtenissen, 3) conflicten, 4) cumulatie van eisen, 5) gebrek aan regelmogelijkheden, 6) gebrek aan sociale steun, 7) ongewenst gedrag, 8) loopbaanproblematiek. Factoren die samenhangen met een langere verzuimduur zijn: 1) hogere leeftijd, 2) hoger opleidingsniveau, 3) negatieve verwachtingen ten aanzien van herstel, 4) lager niveau van sociaal functioneren.

In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout worden enkele factoren genoemd waar de professional (huisarts, bedrijfsarts, eerstelijnspsycholoog, de psycholoog Arbeid en Gezondheid) extra aandacht voor dient te hebben bij de begeleiding van personen met psychische klachten aangezien deze het beloop negatief beïnvloeden. Deze factoren zijn: hogere leeftijd (>50 jaar), grotere verzuimhistorie (>100 dagen in de 12 maanden ervoor), op angst gebaseerde overtuigingen, passieve copingstijl, weinig vertrouwen hebben in voorspoedige terugkeer naar werk, sterke aanwezigheid van vermoeidheid.

Het verzekeringsgeneeskundig protocol is gebaseerd op eerdere richtlijnen en experts en op uitsluitend Nederlandse documenten. De ontwikkelaars van de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout hebben zich niet beperkt tot studies die uitsluitend mensen met overspanning of burnout includeerden. Hierdoor is de nieuw verzamelde kennis van een andere orde dan de bestaande kennis zoals die is vastgelegd in richtlijnen. De conclusies ten aanzien van de sterkte van het bewijs voor prognostische factoren is daarom alleen gebaseerd op de kennis uit de update.

5.2 Nieuwe kennis uit update wetenschappelijke literatuur

Er zijn in totaal tien primaire studies gevonden over prognostische factoren. Hiervan gaven drie informatie over overspanningsklachten (Leone et al., 2006; Leone et al., 2008; de Vente et al., 2015, (18-20)), vier over burnout klachten (Leone et al., 2008; Sonnenschein et al., 2008; Glise et al., 2012; de Vente et al., 2015, (18, 20-22)) en zes over een werkgerelateerde uitkomsten (Leone et al., 2006; Brouwers et al., 2009; Stansfeld et al., 2011; Catalina-Romero et al., 2012; Arends et al., 2014, (19, 23-27)). Er is een grote diversiteit aan factoren onderzocht; van sociaal-demografische factoren tot factoren gerelateerd aan de persoon en de werksituatie. De details van de studies staan beschreven in bijlage 16. De studies scoorden gemiddeld een 4,1 (range: 3-5) op een vijfpuntschaal op methodologische kwaliteit (zie bijlage 17). Een lagere methodologische kwaliteit was meestal het gevolg van een lagere initiële participatie of een hoge drop-out van deelnemers gedurende de studie. De kwaliteit van het bewijs loopt uiteen van zeer laag tot hoog (zie bijlage 18).

Overspanningsklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat meer steun van collega's (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) en laag kwaliteit bewijs dat kortere duur van klachten (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 20) geassocieerd zijn met vermindering van overspanningsklachten. Lagere leeftijd (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) blijkt op basis van redelijk bewijs kwaliteit geen effect te hebben op de uitkomstmaat en voor de factoren minder autonomie in werk (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20), mannelijk geslacht (n=2, follow-up: 13-48 maanden) (18, 19), lagere psychologische/somatische attributie (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 20), kortere duur van verzuim (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 19) en minder werkuren(n=2, follow-up: 13-48 maanden) (18, 19) is er laag kwaliteit bewijs van het inconsistente effect. Het bewijs dat minder emotionele uitputting (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 20) een inconsistente relatie heeft met de uitkomstmaat is zelfs van zeer lage kwaliteit.

Tabel 1: Prognostische factoren voor vermindering van overspanningsklachten.

Prognostische factor	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
Meer steun van collega's	2	0	Redelijk
Korte duur van klachten	2	0	Laag
Minder emotionele uitputting	1	1	Zeer laag
Lagere leeftijd	0	2	Redelijk
Minder autonomie in werk	1	1	Laag
Man	1	1	Laag
Lagere psychologische of somatische attributie	1	1	Laag
Kortere duur van verzuim	1	1	Laag
Minder werkuren	1	1	Laag

Burnoutklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat minder uitputting (n=2, follow-up: 6-48 maanden)(20, 22) samenhangt met meer vermindering in burnoutklachten. Er is ook bewijs van redelijke kwaliteit dat meer taakvariatie op het werk (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) en minder uren werken (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20) deze uitkomst niet voorspellen. Voor minder autonomie (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20), kortere duur van de klachten (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21), meer steun van collega's en leidinggevende (n=2, follow-up: 13-48 maanden)(18, 20), lagere leeftijd(elk jaar jonger of onder de 39 jaar) (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21) en man zijn (n=2, follow-up: 13-18 maanden)(18, 21) is er inconsistent bewijs van lage kwaliteit voor een relatie met vermindering van burnoutklachten.

Tabel 2: Prognostische factoren voor vermindering van burnoutklachten.

Prognostische factor	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
Minder autonomie in werk	2*	0	Laag
Minder uitputting	2	0	Redelijk
Meer taakvariatie	0	2	Redelijk
Minder werkuren	0	2	Redelijk
Kortere duur van klachten	1	1	Laag
Meer steun van collega's	1	1	Laag
Meer steun van leidinggevende	1	1	Laag
Lagere leeftijd	1	1	Laag
Man	1	1	Laag

* De richtingen van de effecten zijn allemaal dezelfde kant op, uitzondering is autonomie (1 negatief, 1 positief).

Werkgerelateerde uitkomsten

Er is bewijs van hoge kwaliteit dat bezoek aan een professional (fysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werker) geen relatie heeft met werkgerelateerde uitkomsten (n=2, follow-up: 6-12 maanden)(23, 24). Er is daarnaast bewijs van redelijke kwaliteit dat een lager inkomen (n=2, follow-up: 12 maanden)(23, 25) en opleidingsniveau (n=2, follow-up: 48 maanden) geen relatie hebben met deze uitkomst. Echter, een hogere leeftijd (elk jaar ouder of boven de 25 jaar) (n=2, follow-up: 48 maanden)(19, 25) is wel een voorspeller (redelijke kwaliteit van bewijs). Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat meer ziekteverzuim (n=2, follow-up: 3-6 maanden)(19, 24) en bewijs van lage kwaliteit dat het hebben van co-morbiditeit (n=2, follow-up: 12 maanden) (23, 25) een inconsistente relatie hebben met deze uitkomst.

Tabel 3: Prognostische factoren voor een verslechtering in werkgerelateerde uitkomstmaat.

Prognostische factor	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Kwaliteit van bewijs (GRADE)
Een bezoek aan een professional	0	2	Hoog
Hogere leeftijd	2	0	Redelijk
Meer ziekteverzuim	1	2	Redelijk
Opleidingsniveau	0	2	Redelijk
Lager inkomen	0	2	Redelijk
Wel co-morbiditeit	1	1	Laag

5.3 Conclusie

In de afgelopen tien jaar is bekend geworden dat er enige zekerheid is dat meer steun van collega's significant samenhangt met een vermindering van overspanningsklachten. Voor een kortere duur van klachten werd deze relatie ook gevonden, maar is er weinig zekerheid. Er is daarnaast enige zekerheid dat een lagere leeftijd geen voorspeller is van deze uitkomst en voor de factoren mindere autonomie, mannelijk geslacht, lagere psychologische/somatische attributie, kortere verzuimduur en minder werkuren is er inconsistent bewijs.

Voor de vermindering van burnoutklachten is er enige zekerheid dat minder uitputting een significante voorspeller is, en dat minder taakvariatie en minder werkuren geen relatie hebben tot deze uitkomst. Ook voor deze uitkomst geldt dat er voor meerdere factoren, namelijk minder autonomie in het werk, kortere duur van de klachten, meer steun van collega's, meer steun van leidinggevende en een lagere leeftijd inconsistent bewijs voor een relatie is.

Voor werkgerelateerde uitkomsten blijkt er een redelijke mate van zekerheid te bestaan dat een hogere leeftijd geassocieerd is met een verslechtering, terwijl er hoge mate van zekerheid bestaat dat een bezoek aan een professional geen voorspeller is. Voor een lager opleidingsniveau en een lager inkomen bestaat er enige zekerheid dat het geen voorspellers zijn. Voor de factoren meer ziekteverzuim en het hebben van co-morbiditeit is de relatie inconsistent.

6 Interventies

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is:

Welke interventies zijn er bekend die herstel bespoedigen van werknemers met overspanning of burnout of een positief effect hebben op werkgerelateerde uitkomsten?

Werkgerelateerde uitkomstmaten zijn vermindering van ziekteverzuim en terugkeer naar werk.

6.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen

In het verzekeringsgeneeskundig protocol staat over de behandeling van klachten dat deze "bestaat uit een activerende en structurerende begeleiding die erop gericht is de patiënt te ondersteunen bij het doorlopen van een uit drie fase bestaand herstelproces". De fasen die worden onderscheiden zijn: crisisfase, probleem- en oplossingsfase, toepassingsfase. In de crisisfase staat voorop dat de controle wordt hervonden, de patiënt tot rust komt, acceptatie van overspanning. In de probleem- en oplossingsfase is het doel dat de problemen op een rij worden gezet en concrete oplossingen worden gezocht. In de laatste fase – toepassingsfase – moeten deze bedachte oplossingen toegepast worden met als doel dat het functioneren herstelt.

In de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout staat over behandeling het volgende: "Er is voldoende evidentie en steun om aan te nemen dat een procescontingente, activerende en op Cognitieve Gedragstherapie (CGT) gebaseerde begeleiding effectief is op verzuimreductie, vooral wanneer deze begeleiding uitgevoerd wordt door professionals in de arbeidscontext". Daarnaast wordt aangeraden om zo snel mogelijk te starten met voorlichting, het geven van perspectief en begeleiding door een professional. Medicijngebruik wordt afgeraden tenzij er in de eerste periode slaapproblemen of lichamelijke klachten zijn waarvoor medicatie geïndiceerd is.

In het verzekeringsgeneeskundig protocol is uitgegaan van eerdere richtlijnen en experts en zijn de aanbevelingen uitsluitend gebaseerd op Nederlandse documenten. De wetenschappelijke artikelen waarop de aanbeveling in de multidisciplinaire richtlijn is gedaan zijn bijna allemaal geïncludeerd in de systematische review van Arends en collega's uit 2012 (28). In de overige studies waarnaar in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout wordt gerefereerd was de relatie met werk onduidelijk. Vanwege de andere inclusiecriteria gehanteerd in dit onderzoek en de overlap in de inclusie van studies wordt de kennis verzameld in het huidige onderzoek niet samengevoegd met de kennis uit het verzekeringsgeneeskundig protocol overspanning en de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout.

6.2 Nieuwe kennis uit update wetenschappelijke literatuur

Er zijn drie systematische reviews (Arends et al., 2012 AMSTAR: 9 hoog kwaliteit; Doki et al., 2015 AMSTAR: 6 gemiddelde kwaliteit; Virgili et al., 2015 AMSTAR: 5 gemiddelde kwaliteit (14, 28, 29)) gevonden en 20 primaire artikelen waarvan negen waren geïncludeerd door de systematische reviews (30-37). Hierdoor zijn 11 primaire studies (van Rhenen et al., 2005; Peterson et al., 2008; Grossi et al., 2009; Flaxman et al., 2010; Karlson et al., 2010; Gavelin et al., 2015; Jacquet et al., 2015; Jansson et al., 2015; Saganha et al., 2012; Sato et al., 2014; Willert et al., 2014, (38-48)) los beschreven. Er zijn diverse interventies onderzocht. De details van de studies staan beschreven in bijlage 19 en 20.

De methodologische kwaliteit van de systematische reviews was redelijk tot goed. De gemiddelde methodologische kwaliteit van de primaire studies was 4,4 (range: 3-7) op een zevenpuntschaal (zie bijlage 21). De lagere methodologische kwaliteit van de pri-

maire studies was vaak het gevolg van geen of onduidelijke randomisatie en onvoldoende blindering van de deelnemers, wat bij psychologische begeleiding vrijwel onontkoombaar is. Met behulp van GRADE werd de kwaliteit van het bewijs dat de interventie wel of geen effect had op verbetering van klachten of op een werkgerelateerde uitkomstmaat (ziekteverzuim, terugkeer naar werk) bepaald (zie bijlage 22). Hoewel de Doki review methodologisch in orde was, is besloten om de evidentie uit deze review wel te beschrijven in de tabel maar verder buiten beschouwing te laten. De reden hiervoor was dat de wijze van indeling van vergelijkingsgroepen onnavolgbaar bleek en daarmee de conclusie uit die review niet te staven is.

Overspanningsklachten

Er is bewijs van hoge kwaliteit dat Oplossingsgerichte Therapie (OGT) niet effectiever is dan een behandeling die niet gebaseerd is op een richtlijn in het verminderen van overspanningsklachten, gebaseerd op drie studies uit één review (Arends et al., 2012)(28). De niet op een richtlijn gebaseerde behandelingen omvatte in deze studies reguliere zorg geleverd door huisarts of bedrijfsarts. Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat participatieve OGT voor deze uitkomst niet effectiever is dan OGT zonder participatieve aanpak, gebaseerd op één studie (28).

Er is bewijs van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) niet effectiever is dan geen behandeling in het verminderen van overspanningsklachten (28). Daarnaast is er bewijs van lage kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat CGT niet effectiever is dan een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn(28). De niet op een richtlijn gebaseerde behandeling omvatte in deze studie zorg geleverd door huisarts of bedrijfsarts. In een directe vergelijking tussen CGT en OGT werd bewijs gevonden van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat CGT effectiever is dan OGT in het verminderen van overspanningsklachten (42).

Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit, gebaseerd op één studie, dat acupunctuur effectiever is dan geen interventie in het verminderen van overspanningsklachten (46). Voor de andere vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van (zeer) lage kwaliteit dat deze wel of niet effectief zijn (zie tabel 4). Zo is er bijvoorbeeld bewijs van zeer lage kwaliteit dat mindfulness zorgt voor een afname in burnoutklachten, gebaseerd op 19 studies (29). Opgemerkt moet worden dat veel van de interventies wel tot een vermindering in overspanningsklachten over de tijd leiden maar dat deze daling niet significant groter is dan die in de referentiegroep.

Burnoutklachten

Er is bewijs van redelijke kwaliteit dat psychosociale therapie ten opzichte van geen interventie effectief is in het verminderen van burnoutklachten wanneer gekeken wordt naar uitputting maar niet effectief in het veranderen van bevlogenheidsaspect van burnout, gebaseerd op één studie (44). Verder is er bewijs van redelijke kwaliteit dat het innemen van een specifiek voedingssupplement effectiever is dan het innemen van een placebo in het verlagen van burnoutklachten, gebaseerd op één studie (41). Daarnaast is er bewijs gevonden van redelijke kwaliteit dat Qigong (fysieke oefeningen volgens een Chinese leermethode gericht op lichaamsenergie stromingen en ademhaling) niet effectiever is dan op een wachtlijst worden geplaatst in het verlagen van burnoutklachten, gebaseerd op één studie (45). Voor de andere onderzochte vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van (zeer) lage kwaliteit over de effectiviteit (zie tabel 4).

Werkgerelateerde uitkomstmaten

De Arends review uit 2012 (28) had meerdere studies opgenomen waarin gedeeltelijke of volledig terug naar werk werd gemeten door verschillende studies.

Zo blijkt dat er redelijk kwaliteit van bewijs is dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) niet effectiever is in het bevorderen van een gedeeltelijke terugkeer naar werk dan geen interventie. Er is ook bewijs van redelijke kwaliteit dat Oplossingsgerichte Therapie (OGT) beiden niet effectiever is in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk dan een behandeling die niet gebaseerd is op een richtlijn door een huisarts of bedrijfsarts. OGT blijkt wel effectiever te zijn dan een behandeling niet gericht op richtlijn voor gedeeltelijke terugkeer naar werk, hiervoor is er redelijk kwaliteit van bewijs gebaseerd op één studie (28).

In een directe vergelijking, gebaseerd op één studie, bleek er redelijke kwaliteit van bewijs te zijn voor de bevinding dat OGT niet effectiever is dan CGT in beide vormen van terugkeer naar werk. Tevens is participatieve OGT niet effectiever dan alleen OGT in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk, op basis van redelijke kwaliteit bewijs, gebaseerd op één studie (28).

Voor de andere vergelijkingen tussen de interventie- en controlegroep is er bewijs van lage kwaliteit dat deze niet effectief zijn (zie tabel 4), dit geldt voor de effectiviteit van CGT versus geen behandeling of een behandeling niet gebaseerd op een richtlijn in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk. Er is ook lage kwaliteit van bewijs dat CGT met fysieke relaxatie niet effectiever is dan fysieke relaxatie alleen in het bevorderen van een gedeeltelijke of volledige terugkeer naar werk. Voor individuele CGT versus groep CGT is er kwaliteit van laag bewijs dat individueel niet effectiever is in het bevorderen van volledige terugkeer naar werk (28). Eén studie heeft het effect gemeten van stress management met gewoonlijke zorg versus gewoonlijke zorg, dit bleek na vijf jaar follow-up de tijd tot terugkeer naar werk niet te verminderen, hoewel de kwaliteit van bewijs hier van zeer lage kwaliteit is (40).

Tabel 4: De onderzochte interventies en vergelijkingsgroep gegroepeerd naar effectief/niet effectief op basis van significantie in het verlagen van klachten of op terugkeer naar werk gecategoriseerd naar kwaliteit van bewijs op basis van GRADE.

Uitkomst	Niet effectief		Effectief		
	Verbeteren	Klachten	Terugkeer naar werk	Klachten	Terugkeer naar werk
Hoge kwaliteit van bewijs	- OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (OK) (N=3)	-	-	-	-
Redelijke kwaliteit van bewijs	- CGT vs. geen behandeling (OK) (N=1) - Participatieve OGT vs. OGT (OK) (N=1) - Psychosociale therapie vs. geen interventie (BU bevlogenheid) (N=1) - Qigong vs. wachtlijst (BU) (N=1)	- CGT vs. geen behandeling (gedeeltelijk) (N=2) - OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (volledig) (N=2) - OGT vs. CGT (gedeeltelijk & volledig) (N=1&1) - Participatieve OGT vs. OGT (volledig) (N=1)	- Psychosociale therapie vs. geen interventie (BU uitputting) (N=1) - CGT vs. OGT (OK) (N=1) - Acupunctuur vs. geen interventie (OK) (N=1) - Voedingssupplement vs. placebo (BU) (N=1)	- OGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (gedeeltelijk) (N=1)	-
Lage kwaliteit van bewijs	- CGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn* (OK) (N=1) - Individuele CGT vs. groep CGT (OK) (N=1) - Fysieke en relaxatie oefeningen vs. CGT (OK, BU) (N=1) - Multimodale stress revalidatie plus cognitieve training via computer vs. multimodale stress revalidatie (BU) (N=1)	- CGT vs. geen behandeling (volledig) (N=1) - CGT vs. behandeling niet gebaseerd op richtlijn (volledig) (N=1) - Individuele CGT vs. groep CGT (volledig) (N=1) - CGT plus fysieke relaxatie vs. fysieke relaxatie (gedeeltelijk, volledig) (N=1)	- CGT plus fysieke relaxatie vs. fysieke relaxatie (BU) (N=1) - Stress inoculation training vs. wachtlijst (OK) (N=1) - Acceptatie en commitment therapie vs. wachtlijst (OK) (N=1)	-	-
Zeer lage kwaliteit van bewijs	- Multicomponent interventie binnen vs. buiten (OK) (N=1)	- Stress management+gebruikelijk vs. gebruikelijk (volledig, N=1)	- Mindfulness (alleen pre- post-test) (OK) (N=19) - Gesprek over RTW vs. geen interventie (OK) (N=1)	-	-

Afkortingen: BU=burnout; CGT=Cognitieve Gedragstherapie; N= het aantal studies geïncludeerd in de vergelijking; OK=overspanningsklachten; OGT= Oplossingsgerichte therapie; vs= versus. * Zorg door huisarts of bedrijfsarts.

6.3 Conclusie

Er zijn veel interventies ontwikkeld gericht op het verminderen van overspanning en burnout en die terugkeer naar werk zouden moeten bespoedigen. Veel van deze interventies zijn een vorm van CGT of OGT. Deze vormen van therapieën werden al aangeraden in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Echter, in de huidige wetenschappelijke literatuur zijn de interventies onderzocht ten opzichte van een diversiteit aan controlecondities (andere interventie, behandeling niet volgens richtlijn, geen interventie etc.). Dit maakt het formuleren van een eenduidige conclusie over welke interventie het meest effectief is problematisch zonder dat er eerst meer onderzoek verricht wordt.

Op basis van de recente wetenschappelijke literatuur kunnen we met grote zekerheid concluderen dat OGT niet effectiever is in het verminderen van klachten dan een niet op een richtlijn gebaseerde behandeling door een huisarts of bedrijfsarts. Daarnaast kunnen we met enige zekerheid concluderen dat OGT vergeleken met deze controlegroep wel de gedeeltelijke maar niet de volledige terugkeer naar werk kan bevorderen.

Van geen enkele andere interventie is aangetoond dat deze terugkeer naar werk kan bevorderen. Ten aanzien van het verminderen van klachten kan er met enige zekerheid gesteld worden dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedingssupplement effectiever zijn dan geen interventie. En dat CGT effectiever is dan OGT. Echter, al deze bevindingen zijn gebaseerd op telkens één studie.

7 Patiëntenperspectief

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is:

Wat is het patiëntenperspectief op factoren die bijdragen aan terugkeer naar werk of die dit belemmeren?

In dit hoofdstuk staat het perspectief van de werknemer centraal. Om deze reden zijn alleen kwalitatieve studies geïncludeerd.

7.1 Bestaande kennis uit richtlijnen en protocollen

In het verzekeringsgeneeskundig protocol staan enkele factoren in de arbeidssituatie genoemd die gerelateerd zijn aan de werknemer en zijn omgeving die terugkeer naar werk belemmeren. De volgende factoren werden beschreven: 1) overtuiging dat de klachten over moeten zijn voordat er weer begonnen kan worden met werken, 2) disfunctionele ideeën en attitudes bij collega's en leidinggevenden, 3) afwezigheid van beleid gericht op verzuim- en werkhervatting, 4) onwil of onmogelijk om werkomstandigheden of –belasting aan te passen. In dit protocol en de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout wordt niet specifiek gesproken over belemmerende of bevorderende factoren zoals ervaren door de werknemer met psychische klachten zelf.

De factoren beschreven in het verzekeringsgeneeskundig protocol overspanning zijn niet specifiek gericht op terugkeer naar werk, maar betreffen factoren die het herstel kunnen belemmeren. Daarnaast is het onduidelijk hoe deze lijst van factoren is opgesteld. De conclusies ten aanzien van de interventies zijn om die reden alleen gebaseerd op de in dit project verzamelde kennis.

7.2 Nieuwe kennis uit kennis update wetenschappelijke literatuur

Er is één systematische review gevonden aangevuld met twee primaire studies die zijn uitgewerkt in bijlage 24 en 25 (49-51).

Op basis van de review van Andersen en collega's (2012) (AMSTAR: 5 gemiddelde kwaliteit) kan geconcludeerd worden dat werknemers het moeilijk vinden om de beslissing te nemen over wanneer het tijd is om weer aan het werk te gaan (49). Een focus van de belanghebbende op een snelle terugkeer naar werk en het verantwoordelijkheidsgevoel van de werknemer zelf kunnen hieraan bijdragen. Bij terugkeer naar werk ervaart men onder andere problemen met concentratie, het bewaken van grenzen, het uitvoeren van de geleerde strategieën tijdens het herstel en ongeloof van collega's met betrekking tot ziekte. Positief zou kunnen bijdragen dat terugkeer naar werk geleidelijk plaats vindt, dat de aanstelling wordt aangepast in uren of taken en dat leidinggevenden en collega's voldoende steun bieden. Daarnaast worden de interventies gegeven door arbodiensten en gezondheidszorginstellingen als positief ervaren. Deze bevindingen worden ondersteund door Norlund en collega's (2013) (50). Zij vonden dat de volgende punten belangrijk waren: steun op het werk, het juist toepassen van coping strategieën, collega's die de reden van het ziekteverlof van de persoon geloven, het hebben van een eigen casemanager en duidelijke verwachtingen bij terugkeer naar werk. Sandmark en collega's (2010) vonden dat mensen factoren noemden gerelateerd aan de werk-privé situatie (onvoldoende herstel, privéproblemen, disbalans), aan de werksituatie (steun van leidinggevende, verhouding mannen/vrouwen) en gerelateerd aan de baan (niet stimulerend, niet passend, tekortkoming in vaardigheden) (51).

7.3 Conclusie

Er wordt een grote verscheidenheid aan factoren genoemd door werknemers die hen belemmeren en bevorderen bij terugkeer naar werk gerelateerd aan de werksituatie, werkzaamheden en de persoon zelf. De belangrijkste belemmerende factoren die wor-

den genoemd zijn onvoldoende hersteld zijn of niet goed weten wanneer weer te beginnen op basis van de ervaren klachten. Verder noemden de patiënten dat het als belemmerend wordt ervaren dat de collega's niet geloven in hun reden van afwezigheid door de ziekte. De belangrijke bevorderende factoren die worden genoemd zijn dat er steun wordt ervaren van collega's en leidinggevende en dat er aanpassingen worden gedaan in het werk zoals uren of taken.

8 Witte vlekken in actuele kennis

Dit hoofdstuk beschrijft de gebieden waarop nog nauwelijks tot geen kennis beschikbaar is. Deze gebieden zijn geïdentificeerd door de onderzoekers en de benaderde beroepsverenigingen welke feedback op het conceptrapport leverden. De lacunes in onderzoek zijn uitgesplitst naar de onderwerpen die in dit rapport behandeld zijn: 1) prevalentie en incidentie, 2) vaststellen van klachten en functioneren, 3) prognostische factoren, 4) interventies en 5) patiëntenperspectief.

Prevalentie en incidentie

Er zijn door enkele instanties in Nederland cijfers verzameld over de prevalentie en incidentie van overspanning en/of burnout. Echter, de gebruikte definitie van klachten en populatie verschilden waardoor het vergelijken van de cijfers niet mogelijk was. Wij bevelen aan dat toekomstig onderzoek, verricht in Nederland, gebruik maakt van de case definitie opgesteld in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout welke is beschreven in de inleiding van dit rapport.

Classificatie van overspanning en burnout

Een overweging is om in de toekomst minder nadruk te leggen op de verschillende classificaties binnen de psychische aandoeningen. De netwerkbenadering van psychopathologie is momenteel in opkomst. Uitgangspunt van deze benadering is dat symptomen elkaar beïnvloeden en niet goed gescheiden kunnen worden in op zichzelf staande categorieën zoals in de DSM-5 verondersteld wordt. Deze benadering heeft tot op heden een beperkte weerslag gehad op de literatuur over overspanning en burnout. In toekomstig onderzoek en richtlijnen moet overwogen worden in hoeverre discrete categorieën van psychische aandoeningen gehanteerd moeten worden. Zie bijgaand interview voor een begrijpelijke uitleg van de netwerkbenadering.

<http://vittoriobusato.nl/usr/uploads/pdf/INT%20DennyBorsboom.pdf>

Vaststellen van klachten en functioneren

Het ontbreekt bij de recent ontwikkelende WHODAS 2.0 aan gevalideerde afkapwaarden op grond waarvan vastgesteld kan worden of het functioneren van de patiënt is beperkt. Deze afkapwaarden zouden in toekomstig onderzoek bepaald moeten worden. Hiermee wordt ook de kans vergroot dat deze vragenlijst in de praktijk gebruikt kan worden.

Dit rapport had niet als doel om het discriminerend vermogen van verschillende ziektebeelden op basis van de instrumenten te onderzoeken. Wanneer er een protocol of richtlijn ontwikkeld zou worden gericht op overspanning en burnout zou dit een waardevolle aanvulling zijn. Professionals krijgen hierdoor inzicht in welk instrument wanneer het beste gebruikt kan worden.

Er is in dit onderzoek alleen kennis gevonden over het cognitief functioneren van mensen met een burnout gemeten met testen. Echter, er zijn nieuwe technieken beschikbaar welke op een objectieve manier de klachten en het functioneren meten. Zo is er een studie uitgevoerd door van Luijtelaar en collega's (2010) waarbij middels EEG wordt gediscrimineerd tussen mensen met of zonder burnoutklachten (52). Daarnaast zijn er computertechnieken waarmee concreet kan worden aangetoond hoe breindelen met elkaar samenwerken en hoe de frontale cortex functioneert om zo inzicht te krijgen in de gradatie van het cognitief functioneren.

In dit onderzoek hebben wij geen evidentie gevonden over hoe klachten zich ontwikkelen in de tijd. Inzicht hierin is wenselijk voor diverse professionals om bijvoorbeeld in te kunnen spelen op verwachte veranderingen.

Prognostische factoren

Het is noodzakelijk om meer onderzoek te doen naar prognostische factoren voor zowel herstel van klachten als voor werkgerelateerde uitkomsten. Meer uniformiteit in de operationalisering van de factoren zou het samenvoegen van factoren en het beoordelen met GRADE kunnen vergemakkelijken.

In dit onderzoek hebben we alleen bevindingen specifiek gericht op verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten kunnen beschrijven. Met de ontwikkeling van de WHODAS 2.0 voor het in kaart brengen van het functioneren zou het interessant zijn om in toekomstig onderzoek ook de relatie tussen het klachtenniveau en niveau van functioneren te onderzoeken.

Voor werkgerelateerde uitkomsten hebben wij alleen kennis gevonden waarin is gekeken naar tijd tot terugkeer naar werk, ziekteverzuim of status van arbeidsongeschiktheid. Verder was er ook gezocht naar kennis omtrent presenteeïsm (verminderde productiviteit van de persoon terwijl deze nog wel op het werk aanwezig is) maar hier is geen kennis over gevonden. Kennis omtrent deze vorm van verminderde productiviteit zou een goede aanvulling zijn op de bestaande kennis om zo een completer beeld te vormen over hoe de klachten het functioneren in relatie tot werk beïnvloed.

Interventies

Tien jaar onderzoek naar interventies heeft verrassend weinig hard bewijs opgeleverd ten aanzien van de effectiviteit van interventies. Er is meer onderzoek nodig om te achterhalen welk type interventie, uitgevoerd door welk type professional, het meest effectief is voor het verminderen van klachten en welke leidt tot de snelste terugkeer naar werk. Dit hoeven immers niet per se dezelfde te zijn. Verder is het mogelijk dat de effectiviteit afhangt van kenmerken van de persoon of dat eigenschappen van de behandelaar van invloed zijn op het succes van de interventie. Dit zijn interessante onderwerpen om, gekoppeld aan interventies, toekomstig onderzoek op te richten. Hierbij kan naast wetenschappelijk onderzoek ook gedacht worden aan het verzamelen van 'best practices'. Tenslotte valt in de toekomst te overwegen om kennis ten aanzien van de effectiviteit van interventies bij psychische klachten, in plaats van bij specifieke aandoeningen, samen te vatten. Dit sluit aan bij nieuwe ontwikkelingen zoals beschreven onder het kopje classificatie van overspanning en burnout hierboven.

In de wetenschap wordt steeds meer onderzoek gedaan naar e-health of m-health interventies voor verschillende gezondheidsklachten. Echter, in dit onderzoek hebben wij geen studie gevonden die zo'n type interventie heeft onderzocht. Het is interessant om te onderzoeken of deze vorm van levering van een interventie effectief is bij patiënten met overspannings- of burnoutklachten.

Patiëntenperspectief

In dit onderzoek hebben we ons gericht op het patiëntenperspectief in relatie tot belemmerende en bevorderende factoren voor terugkeer naar werk. Om een compleet beeld te krijgen van het proces zou ook het werkgeversperspectief en het behandelarsperspectief meegenomen moeten worden. Hierdoor kunnen eventuele verschillen in ervaringen geïdentificeerd worden.

Bovengenoemde past ook bij de nieuwe definitie van gezondheid opgesteld door Hubert (53). Hierin wordt het belang onderschreven dat er een verschil is in de definitie van herstel tussen patiënten en dat van de behandelaar.

De gevonden kennis was gebaseerd op studies waarin een brede definitie van psychische klachten werd gehanteerd. Hierdoor is het niet zeker of deze factoren ook specifiek van belang zijn bij mensen met overspannings- en burnoutklachten. Ook zou on-

derzoek naar het onderscheid in beleving tussen deze twee aandoeningen interessant zijn.

Kennis ontbreekt over de voorkeuren van patiënten met betrekking tot een interventie. Toekomstig onderzoek zou er bijvoorbeeld gericht kunnen zijn op de voorkeuren van patiënten met betrekking tot een type interventie, samenstelling (groep of individu), vorm van levering van de interventie.

Binnenkort te verschijnen relevante documenten

In dit onderzoek is de etiologie van overspanning en burnout buiten beschouwing gelaten. Er is echter wel bestaande kennis over de (werkgerelateerde) oorzaken van overspanning en burnout. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten heeft een registratie richtlijn gepubliceerd waarin de relatie tussen psychosociale risicofactoren en het ontstaan van overspanning en burnout systematisch in kaart is gebracht. Momenteel is de update van de registratierichtlijn in een afrondende fase. De richtlijnen worden gepubliceerd op de website van het NCvB. (<http://www.beroepsziekten.nl/registratierichtlijnen>).

9 Conclusies

Dit onderzoek was erop gericht om de kennis van de afgelopen tien jaar over overspanning en burnout te verzamelen en hierover te rapporteren. Er zijn 37 wetenschappelijke artikelen geïdentificeerd op basis waarvan de verschillende onderzoeksvragen zijn beantwoord. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat er beperkt bewijs van hoge kwaliteit is over prognostische factoren en interventies ten aanzien van verandering in klachten en werkgerelateerde uitkomsten bij mensen met overspannings- of burnoutklachten. Dit toont de noodzaak aan om meer onderzoek naar dit thema te doen. De conclusies per doelstelling van dit rapport zijn als volgt:

Prevalentie en incidentie

De meest recente incidentie- en prevalentiecijfers over overspanning en burnout dateren uit 2011 en 2013. De incidentie in 2013 van beroepsgebonden overspanning en burnout in de werkende populatie, zoals gemeld bij het NCvB, was 73 per 100.000 werkenden. Bij patiënten die een huisarts bezochten was de incidentie van burnout in 2011 6,6 per 1.000 patiënten en van overspanningsklachten 7,0 per 1.000 patiënten jaren. Zowel overspanning als burnout kwam vaker bij vrouwelijke huisartsenpatiënten dan mannelijke. De zelfgerapporteerde prevalentie van burnout in 2013 onder de werkende bevolking was 13% en is dus met 2% toegenomen sinds 2004. Er is geen prevalentiecijfer van burnoutklachten bekend onder de patiënten die bij de huisarts komen. Burnout lijkt dus vaker gerapporteerd te worden door werknemers zelf dan dat het geconstateerd wordt door huisartsen en veel vaker dan dat er door bedrijfsartsen melding van wordt gemaakt.

Classificaties en vaststellen van klachten en functioneren

In de recente DSM-5 bestaat geen classificatie die precies past bij overspanningsklachten of burnoutklachten. Hierdoor blijft, zoals ook al in de DSM-IV, de classificatie van 'aanpassingsstoornis' het best dekkend voor overspannings- en burnoutklachten. In de afgelopen tien jaar zijn de SMBQ en de GHQ ontwikkeld die gebruikt kunnen worden om klachten van overspanning en burnout in kaart te brengen. Verder is de WHODAS 2.0 beschikbaar gekomen om functioneren in kaart te brengen. Bij mensen met burnoutklachten lijkt met name het cognitief functioneren op verschillende gebieden verminderd te zijn.

Prognostische factoren

In de afgelopen tien jaar is bekend geworden dat meer steun van collega's en een kortere duur van klachten een significant effect hebben op het verminderen van overspanningsklachten. Daarentegen heeft een lagere leeftijd geen effect en voor de factoren mindere autonomie, mannelijk geslacht, lagere psychologische/somatische attributie, kortere verzuimduur en minder werkuren is er inconsistent bewijs.

Voor de vermindering van burnoutklachten is er enige zekerheid dat minder uitputting een significante voorspeller is, waar minder taakvariatie en minder werkuren geen relatie hebben tot de uitkomst. Ook voor deze uitkomstmaat geldt dat er voor meerdere factoren inconsistent bewijs voor het effect is.

Voor de werkgerelateerde uitkomstmaat blijkt alleen een hogere leeftijd geassocieerd te zijn met verslechtering, terwijl een bezoek aan een professional, opleidingsniveau en een lager inkomen hier niet mee zijn geassocieerd. Voor de factoren meer ziekteverzuim en het hebben van co-morbiditeit is het effect inconsistent.

Interventies

Er zijn veel interventies ontwikkeld gericht op het verminderen van overspanning en burnout en die terugkeer naar werk zouden moeten bespoedigen. Veel van deze interventies zijn een vorm van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Oplossingsgerichte

Therapie (OGT). Deze vormen van therapieën werden al aangeraden in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout. Echter, in de huidige wetenschappelijke literatuur zijn de interventies onderzocht ten opzichte van een diversiteit aan controlecondities (andere interventie, behandeling niet volgens richtlijn, geen interventie etc.). Dit maakt het formuleren van een eenduidige conclusie over welke interventie het meest effectief is problematisch zonder dat er eerst meer onderzoek verricht wordt.

Op basis van de recente wetenschappelijke literatuur kunnen we alleen met grote zekerheid concluderen dat OGT niet effectiever is in het verminderen van klachten dan een niet op een richtlijn gebaseerde behandeling door een huisarts of bedrijfsarts. Daarnaast kunnen we met enige zekerheid concluderen dat OGT vergeleken met deze controlegroep wel de gedeeltelijke maar niet de volledige terugkeer naar werk kan bevorderen. Echter, het is mogelijk dat toekomstig onderzoek tot andere conclusies leidt doordat het bewijs van kwaliteit ten aanzien van de effecten op werkuitkomsten redelijk is.

Van geen enkele andere interventie is aangetoond dat deze terugkeer naar werk kan bevorderen. Ten aanzien van het verminderen van klachten kan er met enige zekerheid gesteld worden dat psychosociale therapie, acupunctuur en een voedingssupplement effectiever zijn dan geen interventie. En dat CGT effectiever is dan OGT. Echter, al deze bevindingen zijn gebaseerd op telkens één studie.

Patiëntenperspectief

Er wordt een grote verscheidenheid aan factoren genoemd door werknemers die hen belemmeren en bevorderen bij terugkeer naar werk gerelateerd aan de werksituatie, werkzaamheden en de persoon zelf. De belangrijkste belemmerende factoren die worden genoemd zijn onvoldoende hersteld zijn of niet goed weten wanneer weer te beginnen op basis van de klachten, ongeloof van collega's omtrent afwezigheid. Verder noemden de patiënten dat het als belemmerend wordt ervaren dat de collega's niet geloven in hun reden van afwezigheid door de ziekte. De belangrijke bevorderende factoren die worden genoemd zijn dat er steun wordt ervaren van collega's en leidinggevende en dat er aanpassingen worden gedaan in het werk zoals uren of taken.

Van actualisatie wetenschappelijke kennis en inzichten naar de praktijk

Het doel van dit project is om de wetenschappelijke kennis van de afgelopen tien jaar op het gebied van overspanning en burnout te inventariseren en beschikbaar te maken voor toepassing in de praktijk van verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en andere (para-)medische professionals. Deze rapportage laat de resultaten van die inventarisatie op een transparante wijze zien. Hoewel het rapport op zichzelf staat en daarmee ook direct gebruikt kan worden door betrokken beroepsbeoefenaars en andere geïnteresseerde personen en organisaties denken wij dat de resultaten vooral tot hun recht komen bij de ontwikkeling of herziening van richtlijnen (of verzekeringsgeneeskundige protocollen) op dit gebied.

Bij vertaling van wetenschappelijke kennis naar de dagelijkse praktijk van de verzekeringsarts of bedrijfsarts spelen richtlijnen een belangrijke rol. Een richtlijn is 'een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers*'. Belangrijk is het om te beseffen dat het hierbij dus niet alleen om wetenschappelijke kennis gaat. Ook ervaringskennis bij de professionals en bij de zorggebruikers en andere overwegingen

* Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Herziene versie, Den Haag, maart 2012.

(zoals organisatie van de zorg, haalbaarheid en kosten) spelen een rol om tot uiteindelijke aanbevelingen voor de praktijk te komen. Die belangrijke elementen komen, buiten het patiëntenperspectief, in dit rapport echter niet aan de orde. Daarmee levert het rapport wel een belangrijke bouwsteen, namelijk de update van wetenschappelijke kennis, maar niet alle bouwstenen voor aanbevelingen voor de praktijk. Een bevinding als 'OGT lijkt effectiever dan CGT in het verlagen van klachten maar niet in het bespoedigen van terugkeer naar werk' zal in de projectgroep(en) die zich de komende tijd gaan bezighouden met herziening van de bestaande richtlijnen moeten leiden tot discussie over de inhoud van de aanbeveling over de meest gewenste interventie door de bedrijfs- of verzekeringsarts of andere professionals. Bij deze en andere discussies rond overspanning en burnout kunnen de resultaten van dit rapport goed gebruikt worden.

Referenties

1. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(4):277-86.
2. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic review of burnout risk factors among European healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*. 2012;16(3):423-52.
3. Clausen T, Burr H, Borg V. Do psychosocial work conditions predict risk of disability pensioning? An analysis of register-based outcomes using pooled data on 40,554 observations. *Scand J Public Health*. 2014;42(4):377-84.
4. Niedhammer I, Chastang JF, Sultan-Taieb H, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):622-9.
5. Ahola K, Vaananen A, Koskinen A, Kouvonen A, Shirom A. Burnout as a predictor of all-cause mortality among industrial employees: a 10-year prospective register-linkage study. *J Psychosom Res*. 2010;69(1):51-7.
6. Verschuren C. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. *Psychopraktijk*. 2010;2(6):27-31.
7. voor Verzekeringsgeneeskunde NV. Verzekeringsgeneeskundige protocollen. Utrecht: NVVG. 2008.
8. Romeijnders AC, Vriezen J, van der Klink JJ, Hulshof CT, Terluin B, Flikweert S, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*. 2005;13(1):26-31.
9. LVE N, NVAB. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout - Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011.
10. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2007;7(1):10.
11. Sharif MO. Systematic reviews explained: AMSTAR- how to tell the good from the bad and the ugly. *Oral Health Dental Managing*. 2013;12:9-16.
12. Hayden JA, van der Windt DA, Cartwright JL, Că P, Bombardier C. Assessing bias in studies of prognostic factors. *Annals of internal medicine*. 2013;158(4):280-6.
13. Huguet A. Judging the quality of evidence in reviews of prognostic factor research: adapting the GRADE framework. 2013;2:71.
14. Doki S, Sasahara S Fau - Matsuzaki I, Matsuzaki I. Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. (1432-1246 (Electronic)).
15. Nieuwenhuijsen K, Cornelius LR, de Boer MR, Groothoff JW, Frings-Dresen MH, van der Klink JJ, et al. Predicting improvement of functioning in disability claimants. *J Occup Rehabil*. 2014;24(3):410-8.
16. Nieuwenhuijsen K, Cornelius Lr Fau - de Boer MR, de Boer Mr Fau - Groothoff JW, Groothoff Jw Fau - Frings-Dresen MHW, Frings-Dresen Mh Fau - van der Klink JKL, van der Klink Jj Fau - Brouwer S, et al. Predicting improvement of functioning in disability claimants. (1573-3688 (Electronic)).
17. Deligkaris P, Panagopoulou E, Montgomery AJ, Masoura E. Job burnout and cognitive functioning: a systematic review. *Work & Stress*. 2014;28(2):107-23.
18. de Vente W, Kamphuis Jh Fau - Blonk RWB, Blonk Rw Fau - Emmelkamp PMG, Emmelkamp PM. Recovery of Work-Related Stress: Complaint Reduction and Work-Resumption are Relatively Independent Processes. (1573-3688 (Electronic)).

19. Leone SS, Huibers MJ, Kant I, Van Schayck CP, Bleijenberg G, Andre Knottnerus J. Long-term predictors of outcome in fatigued employees on sick leave: a 4-year follow-up study. *Psychol Med.* 2006;36(9):1293-300.
20. Leone SS, Huibers MJ, Knottnerus JA, Kant I. The prognosis of burnout and prolonged fatigue in the working population: a comparison. *J Occup Environ Med.* 2008;50(10):1195-202.
21. Glise K, Ahlborg G, Jr., Jonsdottir IH. Course of mental symptoms in patients with stress-related exhaustion: does sex or age make a difference? *BMC Psychiatry.* 2012;12:18.
22. Sonnenschein M, Sorbi MJ, Verbraak MJ, Schaufeli WB, Maas CJ, van Doornen LJ. Influence of sleep on symptom improvement and return to work in clinical burnout. *Scand J Work Environ Health.* 2008;34(1):23-32.
23. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2014;40(2):195-202.
24. Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *J Occup Rehabil.* 2009;19(4):323-32.
25. Catalina-Romero C, Pastrana-Jimenez JI, Tenas-Lopez MJ, Martinez-Munoz P, Ruiz-Moraga M, Fernandez-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Oxf).* 2012;62(5):375-8.
26. Norlund S, Reuterwall C, Hoog J, Nordin M, Edlund C, Slunga Birgander L. Work related factors and sick leave after rehabilitation in burnout patients: experiences from the REST-project. *J Occup Rehabil.* 2011;21(1):23-30.
27. Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J. Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occup Environ Med.* 2011;68(6):408-13.
28. Arends I, Bruinvels DJ, Rebergen DS, Nieuwenhuijsen K, Madan I, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12: Cd006389.
29. Virgili M. Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness.* 2015;6(2):326-37.
30. Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2014;71(1):21-9.
31. Blonk RW, Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Houtman IL. Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress.* 2006;20(2):129-44.
32. Stenlund T, Ahlgren C, Lindahl B, Burell G, Steinholtz K, Edlund C, et al. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST--a randomized clinical trial. *Int J Behav Med.* 2009;16(3):294-303.
33. Stenlund T, Nordin M, Jarvholm LS. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2012;44(8):684-90.
34. van Oostrom SH, van Mechelen W, Terluin B, de Vet HC, Knol DL, Anema JR. A workplace intervention for sick-listed employees with distress: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2010;67(9):596-602.

35. Willert MV, Thulstrup AM, Bonde JP. Effects of a stress management intervention on absenteeism and return to work--results from a randomized wait-list controlled trial. *Scand J Work Environ Health*. 2011; 37(3):186-95.
36. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health*. 2009; 35(2): 145-52.
37. Wolever RQ, Bobinet KJ, McCabe K, Mackenzie ER, Fekete E, Kusnick CA, et al. Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol*. 2012; 17(2):246-58.
38. Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*. 2010; 48(8):816-20.
39. Gavelin HM, Boraxbekk Cj Fau - Stenlund T, Stenlund T Fau - Jarvholm LS, Jarvholm Ls Fau - Neely AS, Neely AS. Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. (1607-8888 (Electronic)).
40. Grossi G, Santell B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J Rehabil Med*. 2009; 41(8):632-8.
41. Jacquet A, Grolleau A, Jove J, Lassalle R, Moore N. Burnout: evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1 for professional fatigue syndrome (burnout). *J Int Med Res*. 2015; 43(1):54-66.
42. Jansson I, Gunnarsson A, Bjorklund A, Brudin L, Perseus K-I. Problem-based self-care groups versus cognitive behavioural therapy for persons on sick leave due to common mental disorders: A randomised controlled study. *J Occup Rehabil*. 2015; 25(1): 127-40.
43. Karlson B, Jonsson P, Palsson B, Abjornsson G, Malmberg B, Larsson B, et al. Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout--a prospective controlled study. *BMC Public Health*. 2010; 10: 301.
44. Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2008; 63(5):506-16.
45. Saganha JP, Doenitz C, Greten T, Efferth T, Greten HJ. Qigong therapy for physiotherapists suffering from burnout: a preliminary study. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*. 2012; 10(11):1233-9.
46. Sato Kurebayashi LF, da Silva MJP. Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: A randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014; 22(3): 731-8.
47. Van Rhenen W, Blonk RW, van der Klink JJ, van Dijk FJ, Schaufeli WB. The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *Int Arch Occup Environ Health*. 2005; 78(2): 139-48.
48. Willert MV, Wieclaw J, Thulstrup AM. Rehabilitation of individuals on long-term sick leave due to sustained stress-related symptoms: a comparative follow-up study. *Scand J Public Health*. 2014; 42(8): 719-27.
49. Andersen MF, Nielsen Km Fau - Brinkmann S, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. (1795-990X (Electronic)).
50. Norlund S, Fjellman-Wiklund A Fau - Nordin M, Nordin M Fau - Stenlund T, Stenlund T Fau - Ahlgren C, Ahlgren C. Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with Exhaustion Disorder patients. (1573-3688 (Electronic)).

51. Sandmark H, Renstig M. Understanding long-term sick leave in female white-collar workers with burnout and stress-related diagnoses: a qualitative study. (1471-2458 (Electronic)).
52. van Luijtelaar G, Verbraak M Fau - van den Bunt M, van den Bunt M Fau - Keijsers G, Keijsers G Fau - Arns M, Arns M. EEG findings in burnout patients. (1545-7222 (Electronic)).
53. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
54. Schaufeli W, Van Dierendonck D. Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). *De psycholoog*. 2001;36(1):9-12.
55. Vendrig L. De vragenlijst arbeidsreïntegratie. *Diagnostiek Wijzer*. 2005;8:27-39.
56. Verbraak M, Kleyweg J, van de Griendt J, Hoogduin K. Nadere verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten? *Directieve therapie*. 2008;28(3):187-211.
57. Nieuwenhuijsen K, De Boer A, Verbeek J, Blonk R, Van Dijk F. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60(suppl 1):i77-i82.
58. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43.
59. Vercoulen J, Alberts M, Bleijenberg G. De checklist individuele spankracht (CIS). *Gedragstherapie*. 1999;32:131-6.
60. Terluin B, van Marwijk HW, Adèr HJ, de Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *Bmc Psychiatry*. 2006;6(1):34.
61. Schmidt A, Dorant E. De Overspanningsklachtenlijst: achtergronden en praktische toepassing. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*. 2007;15(1):32-4.
62. Jackson C. The general health questionnaire. *Occupational medicine*. 2007;57(1):79-.
63. Lundgren-Nilsson Å, Jonsdottir IH, Pallant J, Ahlberg G. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*. 2012;12(1):1.

Bijlage

Bijlage 1: Zoekactie wetenschappelijke literatuur prognose en interventie

Zoekstrategie in Medline

Zoeken naar	Ingevoerd in database
1. Werkende populatie	exp Occupations/ or Work/ or "return to work"/ or Workplace/ or Rehabilitation, Vocational/ or Occupational Health/ or Sick Leave/ or Absenteeism/ or Retirement/ or workers' compensation/ or exp Employment/
2. Werkende populatie	(worka* or workg* or worki* or workp* or work capacity or work disabilit* or work abilit* or at work or work related or worker? or job* or employee or employees or staff or personnel or occupation or occupations or occupational or vocational rehabilitation or sick leave or absenteeism or sickness absen* or absente* or presente* or "return to work" or vocational reintegration or early retirement or (disabilit* adj3 (benefits or pension)) or employment or unemployed or unemployment or work status or industries or work productivity).ab,kf,ti.
3. 1 OR 2	
4. Psychologische stress	psychological stress/
5. Overspannenheid	mental disorders/ and (stress or distress or sick or sickness or disability or "return to work").ab,kf,ti.
6. Overspannenheid	(stress symptom* or psycholog* stress or psycholog* distress).ab,kf,ti. [burnout gerelateerde symptomen en -aandoeningen]
7. 4 OR 5 OR 6	
8. 3 AND 7 (werk-gerelateerde stress)	
9. Burnout	Burnout, Professional/ or neurasthenia/ or adjustment disorders/
10. Burnout	(burnout or burn out or neurasthenia or adjustment disorder? or emotional exhaustion or job stress or (work adj2 stress) or occupational stress or job strain or work strain).ab,kf,ti.
11. Werk-gerelateerd stress	occupational health/ and (occupational stress or distress).ab,kf,ti.
12. 9 OR 10 OR 11	
13. 8 OR 12	
14. Studie design	(random* or double blind* or risk* or Case control or cohort stud* or Cohort analy* or follow up* or observational stud* or Longitudinal or predict*).ab,kf,ti.
15. 13 AND 14	
16. Gepubliceerd tussen 2005-2015	

Zoekstrategie in PsycINFO

Zoeken naar	Ingevoerd in database
1. Werkende populatie	Reemployment/ or exp vocational rehabilitation/ or Occupational Health/ or exp Retirement/ or employee leave benefits/
2. Werkende populatie	(worka* or workg* or worki* or workp* or work capacity or work disabilit* or work abilit* or at work or work related or worker? or job* or employee or employees or staff or personnel or occupation or occupations or occupational or vocational rehabilitation or sick leave or absenteeism or sickness absen* or absente* or presente* or return to work or vocational reintegration or early retirement or (disabilit* adj3 (benefits or pension)) or employment or unemployed or unemployment or work status or industries or work productivity).ab,id,ti.
3. 1 OR 2	
4. Psychologische stress	Psychological stress/
5. Overspannenheid	Mental disorders/ and (stress or distress or sick or sickness or disability or "return to work").ab,id,ti.
6. Overspannenheid	(stress symptom* or psychologic* stress or psychologic* distress).ab,id,ti.
7. 4 OR 5 OR 6	
8. 3 AND 7 (werk-gerelateerde stress)	
9. Stress	Occupational stress/ or neurasthenia/ or adjustment disorders/
10. Burnout	(burnout or burn out or neurasthenia or adjustment disorder? or emotional exhaustion or job stress or (work adj2 stress) or occupational stress or job strain or work strain).ab,id,ti.
11. Werk-gerelateerd stress	Occupational health/ and (occupational stress or distress).ab,id,ti.
12. 9 OR 10 OR 11	
13. 8 OR 12	
14. Studiedesign	(random* or double blind* or risk* or Case control or cohort stud* or Cohort analy* or follow up* or observational stud* or Longitudinal or predict*).ab,id,ti.
15. 13 AND 14	
16. Gepubliceerd tussen 2005-2015	Limit 15 to yr="2005 -Current"
17. Leeftijd	Limit 16 to ("300 adulthood <age 18 yrs and older>" or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs> or 340 thirties <age 30 to 39 yrs> or 360 middle age <age 40 to 64 yrs>)
18. Type publicatie	Limit 17 to ("0100 journal" or "0110 peer-reviewed journal" or "0120 non-peer-reviewed journal")

Bijlage 2: In- en exclusiecriteria voor prognose en interventie

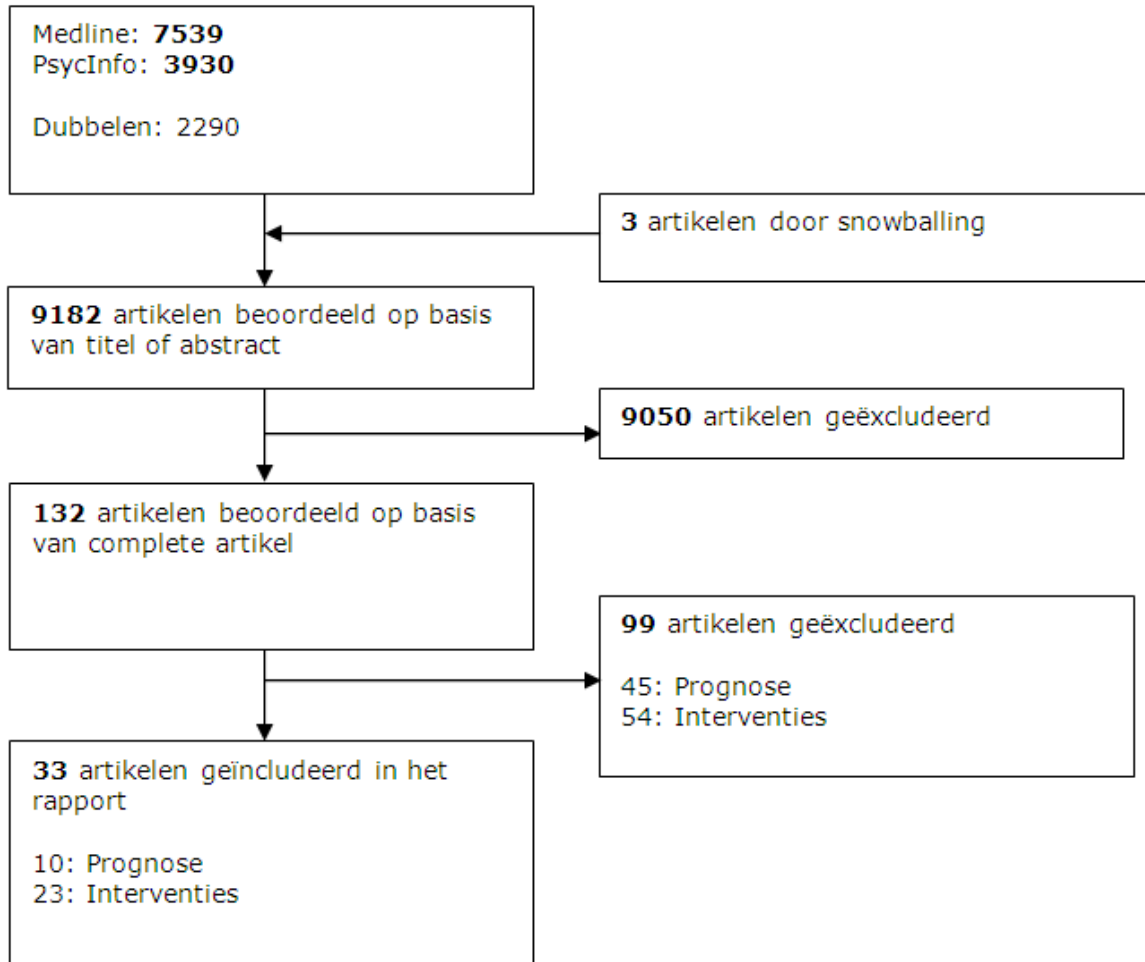
Inclusiecriteria:

1. Gepubliceerd tussen 2005 en juni 2015.
2. Artikel is Engelstalig of Nederlandstalig.
3. Een studieopzet met één begin en minimaal met één nameting.
4. Bij de studiepopulatie is op de beginmeting overspanning of burnout gediagnostiseerd door professional of middels gevalideerde vragenlijst.
5. De context van de studie is werk (werkende populatie, verzuimen van werk, arbeidsongeschiktheid etc.).
6. Verandering gemeten in overspanning, burn-out of werkgerelateerde uitkomst.
7. Duidelijk omschreven wat de case definitie is van de studiepopulatie.
8. Als de studie personen met diverse psychische klachten had geïncludeerd moet er een separate analyses gedaan zijn voor overspannenheid of burn-out.

Specifiek voor reviews:

1. Alleen systematische reviews of meta-analyses worden geïncludeerd.
2. Bij de geïncludeerde primaire studies in de review moet ten minste één studie tussen 2005 en 2015 zijn gepubliceerd.

Bijlage 3: Stroomdiagram van wetenschappelijke artikelen prognose en interventie



Bijlage 4: In- en exclusiecriteria voor patiëntenperspectief

Inclusiecriteria:

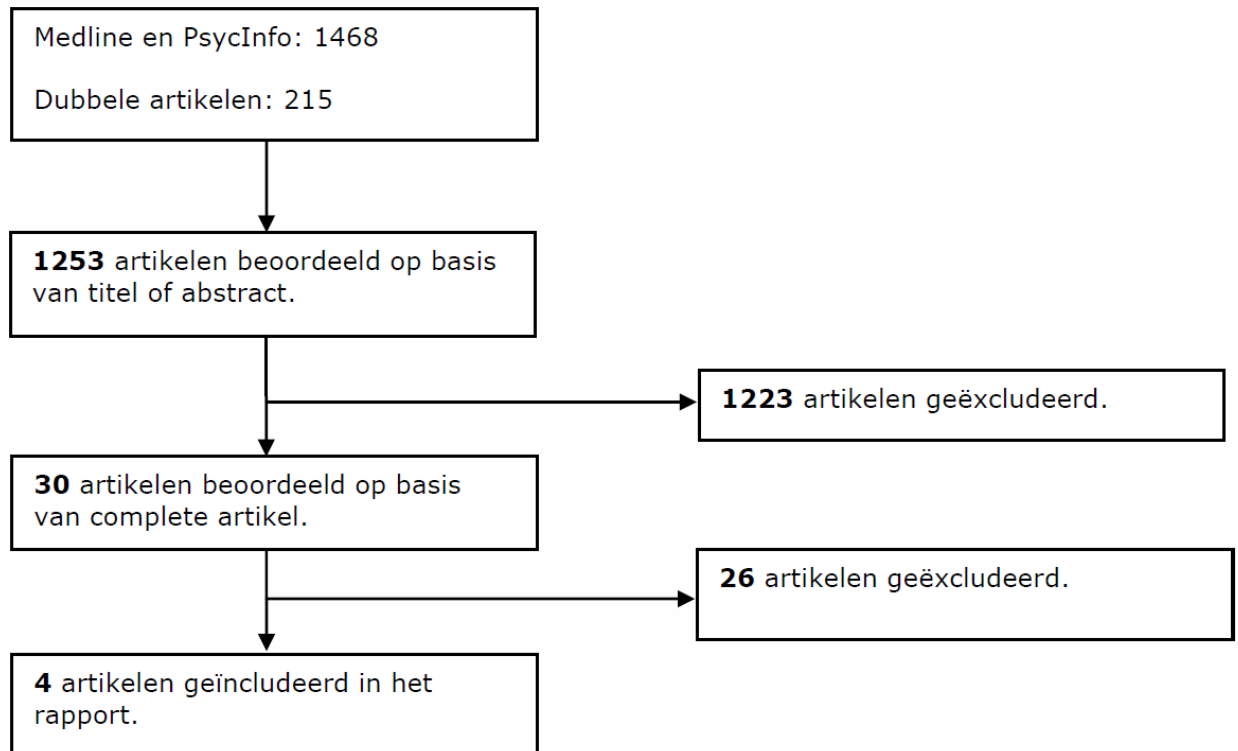
1. Gepubliceerd tussen 2005 en juni 2015.
2. Artikel is Engelstalig of Nederlandstalig.
3. De studiepopulatie heeft psychische klachten.
4. De studiepopulatie betreft werknemers.
5. Er is een duidelijke case definitie van de studiepopulatie.
6. Perspectief is vanuit de werknemer.

Inclusiecriteria specifiek voor reviews:

1. Alleen systematische reviews of meta-analyses worden geïncludeerd.
2. Bij de geïncludeerde primaire studies in de review moet ten minste één studie tussen 2005 en 2015 zijn gepubliceerd.

Exclusiecriteria:

1. Psychische klachten gedefinieerd als zware psychiatrische stoornissen (schizofrenie, psychotisch, paranoia) of stress als gevolg van een trauma.
2. Ervaringen specifiek met betrekking tot een interventie.
3. Studies gebaseerd op interviews met stakeholders, leidinggevenden of caseworkers.

Bijlage 5: Stroomdiagram van wetenschappelijke artikelen patiëntenperspectief

Bijlage 6: Berekenen van effectmaat

Prognostische factoren

Om de mate van effect weer te geven zijn voor studies over prognostische factoren de odds ratio, hazard ratio, risico ratio of beta geëxtraheerd. Wanneer deze gegevens niet beschikbaar waren hebben we de verschillen met betrouwbaarheidsinterval of standaard deviatie (SD) overgenomen of de waarden van de baselinemeting en de nameting met bijbehorende SD's of betrouwbaarheidsintervallen.

Interventiestudies

Voor maten van effect zijn voor interventiestudies de verschillen met betrouwbaarheidsinterval of SD overgenomen of de waarden van de baselinemeting en de nameting met bijbehorende SD's of betrouwbaarheidsintervallen van de verschillende groepen geëxtraheerd. Deze gegevens werden vervolgens gebruikt om met behulp van review manager (ontwikkeld door de Cochrane collaboration) de effectmaat (gemiddeld verschil met 95% betrouwbaarheidsinterval) te berekenen.

Bijlage 7: AMSTAR checklist

AMSTAR – a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews.

1. Was an 'a priori' design provided?

The research question and inclusion criteria should be established before the conduct of the review.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Need to refer to a protocol, ethics approval, or pre-determined/a priori published research objectives to score a "yes."

2. Was there duplicate study selection and data extraction?

There should be at least two independent data extractors and a consensus procedure for disagreements should be in place.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: 2 people do study selection, 2 people do data extraction, consensus process or one person checks the other's work.

3. Was a comprehensive literature search performed?

At least two electronic sources should be searched. The report must include years and databases used (e.g., Central, EMBASE, and MEDLINE). Key words and/or MESH terms must be stated and where feasible the search strategy should be provided. All searches should be supplemented by consulting current contents, reviews, textbooks, specialized registers, or experts in the particular field of study, and by reviewing the references in the studies found.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If at least 2 sources + one supplementary strategy used, select "yes" (Cochrane register/Central counts as 2 sources; a grey literature search counts as supplementary).

4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?

The authors should state that they searched for reports regardless of their publication type. The authors should state whether or not they excluded any reports (from the systematic review), based on their publication status, language etc.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If review indicates that there was a search for "grey literature" or "unpublished literature," indicate "yes." SIGLE database, dissertations, conference proceedings, and trial registries are all considered grey for this purpose. If searching a source that contains both grey and non-grey, must specify that they were searching for grey/unpublished lit.

5. Was a list of studies (included and excluded) provided?

A list of included and excluded studies should be provided.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if the excluded studies are referenced. If there is an electronic link to the list but the link is dead, select "no."

6. Were the characteristics of the included studies provided?

In an aggregated form such as a table, data from the original studies should be provided on the participants, interventions and outcomes. The ranges of characteristics in all the studies analyzed e.g., age, race, sex, relevant socioeconomic data, disease status, duration, severity, or other diseases should be reported.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Acceptable if not in table format as long as they are described as above.

7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?

'A priori' methods of assessment should be provided (e.g., for effectiveness studies if the author(s) chose to include only randomized, double-blind, placebo controlled studies, or allocation concealment as inclusion criteria); for other types of studies alternative items will be relevant.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Can include use of a quality scoring tool or checklist, e.g., Jadad scale, risk of bias, sensitivity analysis, etc., or a description of quality items, with some kind of result for EACH study ("low" or "high" is fine, as long as it is clear which studies scored "low" and which scored "high"; a summary score/range for all studies is not acceptable).

8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?

The results of the methodological rigor and scientific quality should be considered in the analysis and the conclusions of the review, and explicitly stated in formulating recommendations.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Might say something such as "the results should be interpreted with caution due to poor quality of included studies." Cannot score "yes" for this question if scored "no" for question 7.

9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?

For the pooled results, a test should be done to ensure the studies were combinable, to assess their homogeneity (i.e., Chi-squared test for homogeneity, I^2). If heterogeneity exists a random effects model should be used and/or the clinical appropriateness of combining should be taken into consideration (i.e., is it sensible to combine?).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: Indicate "yes" if they mention or describe heterogeneity, i.e., if they explain that they cannot pool because of heterogeneity/variability between interventions.

10. Was the likelihood of publication bias assessed?

An assessment of publication bias should include a combination of graphical aids (e.g., funnel plot, other available tests) and/or statistical tests (e.g., Egger regression test, Hedges-Olken).

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: If no test values or funnel plot included, score "no". Score "yes" if mentions that publication bias could not be assessed because there were fewer than 10 included studies.

11. Was the conflict of interest included?

Potential sources of support should be clearly acknowledged in both the systematic review and the included studies.

- Yes
- No
- Can't answer
- Not applicable

Note: To get a "yes," must indicate source of funding or support for the systematic review AND for each of the included studies.

Shea et al. *BMC Medical Research Methodology* 2007 **7**:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10

Additional notes (in italics) made by Michelle Weir, Julia Worswick, and Carolyn Wayne based on conversations with Bev Shea and/or Jeremy Grimshaw in June and October 2008 and July and September 2010.

Bijlage 8: QUIPS checklist

Studie participatie:

- Percentage van patiënten die aan de inclusiecriteria van de studie voldoen en gevraagd zijn voor deelname >50% → geen risico op bias.
- Is er een non-response analyse gedaan? Toont dit dat er geen verschil is tussen de responders versus de non-responders op belangrijke prognostische factoren en uitkomstmaten? → geen risico op bias.

Studieverloop:

- Is de loss to follow-up beperkt; studies met een populatie tot 200 <10%, en boven n=200 <20% → geen risico op bias.
- Is er een analyse verricht tussen patiënten die niet aan alle meetmomenten hebben meegedaan en patiënten die de hele studie voltooid hebben? Indien geen verschillen tussen beide groepen op belangrijke prognostische factoren en uitkomstmaten → geen risico op bias.
- Zijn de redenen voor uitval ongerelateerd aan de studie → geen risico op bias.

Meting van prognostische factor:

- Maximaal 1/3 van een schaal is geïmputeerd → geen risico op bias. Maximaal 1/3 van een schaal geïmputeerd → geen risico op bias.
- Er staat duidelijk beschreven hoe de prognostische factoren zijn gemeten, inclusief de afkappunten → geen risico op bias.

Meting van uitkomstmaat:

- Duidelijke beschrijving van de uitkomstmaten, inclusief de afkappunten → geen risico op bias.

Statistische analyses en rapportage:

- Geen selectieve reportage van uitkomstmaten → risico op bias.
- Heldere formulering van de statistische analyse, het is goed te volgen welke stappen de auteurs hebben gevolgd met betrekking tot de statistische analyses → geen risico op bias.
- Er is voldoende data gegeven in het artikel zodat je de conclusies die worden getrokken kan terugzien in de gepresenteerde data → geen risico op bias.

Bijlage 9: Cochrane risk of bias tool

Randomisatie:

- Is er in de studie op een correcte manier gerandomiseerd (bijvoorbeeld via een computergestuurde randomisatie)? → geen risico op bias.

Verzwijging toewijzing:

- Is het risico ingeperkt dat de patiënten of onderzoekers zouden kunnen voorzien tot welke groep de patiënten toegewezen worden (er is bijvoorbeeld gebruik gemaakt van dichtgeplakte enveloppen)? → geen risico op bias.

Blinding van de patiënten en onderzoekers:

- Zijn de patiënten en de onderzoekers geblindeerd voor de groep waarin de patiënten zich bevinden? → geen risico op bias.
- Ondanks dat er geen randomisatie heeft plaatsgevonden, is er geen mogelijkheid dat patiënten denken dat ze in een 'mindere' groep zitten → geen risico op bias.

Blinding voor de afname van de uitkomstmaat:

- Er is voldaan aan blinding voor de uitkomstmaten of het is onwaarschijnlijk dat de meting van de uitkomsten wordt beïnvloed ondanks geen gebruikmaking van blinding (bijvoorbeeld bij gebruik van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten) → geen risico op bias.

Incomplete data op de uitkomst:

- ≤20% loss to follow-up (uitgaande van de langste follow-up tijd) → geen risico op bias.
- Is er een intention-to-treat-analyse uitgevoerd? → geen risico op bias.

Selectieve rapportage:

- Er is een studieprotocol aanwezig en die uitkomstmaten die hierin genoemd worden, zijn tevens gerapporteerd in de huidige studie → geen risico op bias.

Andere bronnen van bias:

- Waren de studies vrij van problemen die mogelijk hebben geleid tot een hogere risico op bias? → geen risico op bias.
- Participatie: >50% van de uitgenodigden heeft niet deelgenomen → risico op bias.
- Studiepopulatie: >50 mensen totaal → geen risico op bias.

Bijlage 10: Operationalisering GRADE voor prognose

Het startniveau van bewijs in GRADE:

Fase van de prognostische studie bepaald startniveau van bewijs (Huguet et al. 2013).

- Duidelijke hypothesen vermeldt in de studie (fase 2 en 3 studie): startniveau hoge kwaliteit van bewijs.
- Geen duidelijke hypothese(s) vermeldt in de studie (explorerend; fase 1 studie): startniveau redelijke kwaliteit van bewijs.

Indien meerdere studies dezelfde prognostische factor onderzoeken en $\leq 50\%$ van de studies hebben als startniveau een hoge kwaliteit van bewijs \rightarrow starten vanuit redelijke kwaliteit van bewijs voor de factor.

Afwaarderen of niet?

1) Risico op bias:

Vastgesteld met behulp van de totaalscore van de QUIPS:

- Totaalscore QUIPS 4 t/m 5 \rightarrow niet afwaarderen
- Totaalscore QUIPS ≤ 3 \rightarrow afwaarderen

Indien meerdere studies dezelfde prognostische factor onderzoeken en $\leq 50\%$ van de studies hebben een totaalscore op de QUIPS van 4 of 5 \rightarrow afwaarderen.

2) Inconsistentie:

- Indien een prognostische factor slechts door één studie wordt onderzocht, kan dit niet beoordeeld worden \rightarrow niet van toepassing.
- Bij combinatie van twee studies (of meer) met dezelfde effectmaat:
 - Indien de betrouwbaarheidsintervallen overlappen \rightarrow niet afwaarderen.
- Bij combinatie van twee studies (of meer) met verschillende effectmaten of wanneer er geen effectmaat is gerapporteerd:
 - Wanneer de ene studie een significant effect rapporteert en de andere niet \rightarrow afwaarderen.

3) Indirectheid:

Gezien de breedte van de onderzoeksvragen werd op basis van het criterium 'indirectheid' niet afgewaardeerd \rightarrow niet afwaarderen.

4) Onnauwkeurigheid:

- Indien de factor **significant** is (de 1 valt buiten het betrouwbaarheidsinterval bij odds ratio's) \rightarrow niet afwaarderen.
- Indien de factor **niet significant** is (de 1 valt *binnen* het betrouwbaarheidsinterval bij odds ratio's) \rightarrow afwaarderen, tenzij het betrouwbaarheidsinterval smal is.
 - Een smal betrouwbaarheidsinterval werd gedefinieerd als een betrouwbaarheidsinterval dat binnen de **0.90** en **1.10** valt \rightarrow niet afwaarderen.
 - Als één of beide kanten van het betrouwbaarheidsinterval buiten de 0.90-1.10 valt bij een niet significante factor \rightarrow afwaarderen.

5) Publicatie bias

- Er zijn < 10 primaire studies per prognostische factor, waardoor publicatie bias niet te beoordelen is \rightarrow niet van toepassing.

Opwaarderen?

Indien er voor een prognostische factor reeds afgewaardeerd wordt, kan er *niet* meer opge- waardeerd worden.

Effectmaat:

- Odds ratio: de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval is ≥ 2.0 \rightarrow opwaarderen.

Wanneer $\geq 50\%$ van de studies hieraan voldoet \rightarrow opwaarderen.

Dosis respons relatie:

- Is er sprake van een dosis-respons relatie? \rightarrow opwaarderen.

Bijlage 11: Operationalisering GRADE voor interventie

Risico op bias:

1. De individuele primaire studies zijn met behulp van de risk of bias tool van de Cochrane Collaboration beoordeeld op kwaliteit. De randomisatie en incomplete data op de uitkomstmaat in acht genomen voor de beoordeling van risico op bias.
2. De systematische reviews zijn beoordeeld met de AMSTAR, de onderliggende primaire studies zijn beoordeeld op grond van de methodologie toegepast door de auteurs.
3. Afwaarderen: wanneer er een serieuze risico op bias is in alle studies samen genomen, met name wanneer de individuele studie veel gewicht heeft in de meta-analyse.

Inconsistentie:

- Bij een vergelijking met één studie is het criterium inconsistentie 'niet van toepassing'.
- Heterogeniteit van een I^2 percentage $>50\%$ → afwaarderen.
- Indien er geen overlap bestaat tussen de betrouwbaarheidsintervallen van de individuele studies → afwaarderen.

Indirectheid:

- Verondersteld werd dat afwaarderen op basis van het criterium indirectheid niet nodig zou zijn, gezien de breedte van de onderzoeksvragen → niet afwaarderen.

Onnauwkeurigheid:

- Op basis van het gepoolde effect of, indien niet aanwezig, het totale aantal patiënten:
N = <400 bij een continue of ≤ 300 events bij dichotome uitkomstmaat → afwaarderen.
- Als het betrouwbaarheidsinterval zowel geen effect als een klinisch relevant verschil omvat → afwaarderen.

Publicatie bias:

- Wanneer er <10 studies in een vergelijking zitten dan krijgt deze een 'niet van toepassing'.

Bijlage 12: Proces project

Projectteam

Het projectteam van dit onderzoek bestond uit onderzoekers van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam namelijk: dr. Karen Nieuwenhuijsen (Universiteit docent), dr. Anne Rongen (post-doctoraal onderzoeker) en Charifa Zemouri MSc (junior onderzoeker). Zij voerden het literatuuronderzoek uit en schreven het rapport. Prof.dr. Judith Sluiter was de verantwoordelijke Principal Investigator.

Daarnaast waren er voor dit project twee begeleidingsgroepen (interne en externe begeleidingsgroep) samengesteld die feedback leverden op de voortgang van het proces en het rapport. De interne begeleidingsgroep bestond uit onderzoekers van het Coronel Instituut van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. De interne begeleidingsgroep dacht mee over de opzet van de studie, de uitwerking van de gegevens en leverde feedback op tussentijdse producten. De externe begeleidingsgroep bestond uit experts met verschillende achtergronden. Deze groep voorzag het onderzoek van feedback en beoordeelde het eindrapport. De leden van beide groepen konden documenten aandragen ten bate van het rapport. Naast de begeleidingsgroepen is het conceptrapport naar vijf beroepsverenigingen (Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie) gestuurd om feedback te ontvangen. Hen werd gevraagd naar de toepasbaarheid van de kennis die gegenereerd is en om witte vlekken in de huidige kennis aan te geven, die mogelijk als aanbevelingen voor toekomstig onderzoek konden worden opgenomen.

Interne begeleidingsgroep

De interne begeleidingsgroep bestond naast de projectgroep uit zes wetenschappelijk onderzoekers van het Coronel Instituut van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. De volgende mensen namen zitting in deze groep: Prof.dr. Monique Frings-Dresen (afdelingshoofd Coronel Instituut, hoogleraar ontstaan en preventie van arbeidsgebonden aandoeningen), dr. Jan Hoving (senior onderzoeker Coronel Instituut), Prof.dr. Carel Hulshof (bijzonder hoogleraar arbeid- en bedrijfsgeneeskunde), Prof.dr. Judith Sluiter (hoogleraar medische selectie en begeleiding van werknemers), dr. Marleen van Son (post-doctoraal onderzoeker Coronel Instituut), Prof.dr. Haije Wind (bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde).

Deze groep kwam twee keer fysiek bijeen. Vier leden van de interne begeleidingscommissie (Prof.dr. Monique Frings-Dresen, Prof.dr. Carel Hulshof, Prof.dr. Judith Sluiter, Prof.dr. Haije Wind) leverden twee keer schriftelijk commentaar op een volledige conceptversie van het uiteindelijke rapport.

Externe begeleidingsgroep

De externe begeleidingsgroep bestond uit: Marieke Sweens (patiëntvertegenwoordiger), drs. Ard van Oosten (psychiater en bedrijfskundige, promotieonderzoek naar arbeidsverzuim door psychische klachten), drs. Marjolein Bastiaanssen (bedrijfsarts met expertise op psychische klachten), drs. Cokkie Verschuren (eerstelijnspsycholoog, auteur multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout overspanning en burnout), drs. Hans Bos (verzekeringsarts, UWV), dr. Ingrid Snels (verzekeringsarts, UWV), drs. Cora van Horssen (kennisadviseur, UWV) en dr. Miranda Langendam (klinisch epidemioloog, AMC).

Deze groep kwam drie keer fysiek bijeen. Tijdens de eerste twee bijeenkomsten werd de voortgang en uitvoering van het project besproken. De laatste bijeenkomst stond in het teken van het bepalen of het product voldeed aan de gestelde doelstelling.

Bijlage 13: Tabel prevalentie en incidentie overspannenheid en burnout in Nederland onder de werkende bevolking

Tabel 12: Prevalentie en incidentie van overspannenheid en burnout in Nederland – werkende bevolking (2005-2015).

Referentie	Jaar cijfers	Definitie	Onderzoeksoptzet + dataverstrekking	Populatie	Prevalentie	Incidentie
Sluiter et al; 2013.	2011	<i>Beroepsgebonden Burnout</i> Burnout zoals vastgesteld door bedrijfsarts en vastgelegd in CAS code. Voor vaststellen beroepsgebondenheid is een registratie richtlijn overspannenheid en burnout beschikbaar.	Retrospectief onderzoek naar meldingen van bedrijfsartsen aan Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.	Werknemers	Niet gerapporteerd	307 meldingen.
Sluiter et al; 2013.	2011	<i>Beroepsgebonden overspanning</i> Overspanning zoals vastgesteld door bedrijfsarts en vastgelegd in CAS code. Voor vaststellen beroepsgebondenheid is een registratie richtlijn overspannenheid en burnout beschikbaar.	Retrospectief onderzoek naar meldingen van bedrijfsartsen aan Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.	Werknemers	Niet gerapporteerd	713 meldingen.
Volksgesondheid en zorg.	2013	<i>Overspannenheid en burnout als beroepsziekte</i> Overspanning en burnout zoals vastgesteld door bedrijfsarts en vastgelegd in CAS code. Voor vaststellen beroepsgebondenheid is een registratie richtlijn overspannenheid en burnout beschikbaar.	Retrospectief onderzoek naar meldingen van bedrijfsartsen aan Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.	Werknemers	Niet gerapporteerd	73/100.000 werknemers.
Biering et al; 2012.	2011	<i>Burnout</i> Burnout is in deze studie gedefinieerd als een verhoogde score op een subschaal van de UBOS: de Emotionele uitputting schaal (EE).	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden	Werknemer	Niet gerapporteerd	13% van alle werknemers.
CBS; 2015.	2013	<i>Burnout</i> Burnout is in deze studie gedefinieerd als een verhoogde score op een subschaal van de UBOS: de Emotionele uitputting schaal (EE).	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden	Werknemers	Niet gerapporteerd	12,4% alle werknemers. Mannen: 13% Vrouwen: 11,6%

Afkortingen: CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Bijlage 14: Tabel prevalentie en incidentie overspannenheid en burnout in Nederland onder huisartsenpatiënten

Tabel 13: Prevalentie en incidentie van overspanning en burnout in Nederland – huisarts patiënten (2005-2015).

Referentie	Jaar cijfers	Definitie	Onderzoekopzet + meta-data	Populatie	Prevalentie	Incidentie
Nationaal kompas	2011	Burnout (ICPC-P-78)	Dossieronderzoek LINH (bewerkt door RIVM).	Huisarts patiënten	<u>Puntprevalentie:</u> Mannen: 3,9/1.000 personen. Onder 15-64 jaar: 5,1/1.000 personen. Vrouwen: 7,2/1.000 personen. Onder 15-64 jaar: 9,3/1.000 personen. <u>Jaarprevalentie:</u> 6,6/1.000 personen.	Mannen: 2,8/1.000 personen Onder 15-64 jaar: 4,0/1.000 personen Vrouwen: 4,9/1.000 personen Onder 15-64 jaar: 7,0/1.000 personen
Richtlijn bedrijfsartsen: psychische problemen 2007	2000-2002	Overspanning	Richtlijn	Huisarts patiënten	Niet gerapporteerd	14/1.000 patiënten per jaar
NIVEL 2015	2013	Overspanning Neurasthenie /Surmenage P-78	Huisartsen meldingen	Huisarts patiënten	<u>Jaarprevalentie:</u> 12,3/1.000 patiëntjaren. Mannen: 8,6/1.0000 patiëntjaren. Vrouwen: 15,9/1.000 patiëntjaren.	Totaal: 7,0/1.000 patiëntjaren. Mannen: 5/1.000 patiëntjaren. Vrouwen: 9/1.000 patiëntjaren.

Afkortingen: CBS= Centraal Bureau voor de Statistiek; ICPC-P-78= International Classification of Primary Care code, Psychische aandoening 87= Neurasthenie/Surmenage; LINH= Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg; LVE= Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen; NCvB= Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; NEA= Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden; NHG= Nederlandse Huisarts Genootschap; NVAB= Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde.

Bijlage 15: Tabel instrumenten voor vaststellen overspanning en burnout

Tabel 14: Instrumenten voor klachtenidentificatie gecategoriseerd naar die zijn opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout en die extra zijn gevonden in de huidige wetenschappelijke literatuur.

Vragenlijst	Doel	Inhoud	Eigenschappen vragenlijst	Referenties
Opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout				
Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)	Werkgerelateerde psychische vermoeidheid gekenmerkt door 3 aspecten: emotionele uitputting, depersonalisatie, persoonlijke bekwaamheid.	Drie versies: 1) contactuele beroepen: UBOS-C, 20 items 2) leerkrachten: UBOS-L, 22 items 3) iedere beroepsgroep: UBOS-A, 15 items Scoring: 7-puntsschaal. Subschalen: emotionele uitputting depersonalisatie persoonlijke bekwaamheid	Interne consistentie: goed Test-hertest betrouwbaarheid: goed	Schaufeli en Dierendocnk 2001(54)
De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI)		Er zijn normscores beschikbaar voor verschillende groepen.		
Vragenlijst Arbeids-Re-integratie (VAR)	Een inschatting maken van langdurig verzuim door het meten van belangrijke determinanten ervan. Het geeft een risico inschatting en meet de directe en indirecte factoren die bijdragen aan de kans op langdurig ziekteverzuim bij mensen die kort verzuimen.	Aantal items: 78 Scoring: 4-puntsschaal Subschalen: Distress: 13 items Klachteninterferentie: 11 items Werkdruk: 7 items Lage arbeidssatisfactie: 13 items Onzekerheid: 11 items Perfectionisme: 12 items Belastende thuissituatie: 8 items Op basis van de score wordt een risico-profiel opgesteld.	Interne consistentie: goed (0,80-0,92) Test-hertest betrouwbaarheid: goed (0,83-0,92) Cronbach's alpha: Distress: 0,84 Klachteninterferentie: 0,84 Werkdruk: 0,92 Lage arbeidssatisfactie: 0,91 Onzekerheid: 0,85 Perfectionisme: 0,83 Belastende thuissituatie: 0,90	Vendrig 2005 (55) (www.var-2.nl)

Vragenlijst	Doel	Inhoud	Eigenschappen vragenlijst	Referenties
BurnOut-Neurasthenie KlachtenSchaal (BO-NKS)	Het meten van de ernst van klinische burnout (werkgerelateerde neurasthenie) Neurasthenie-gerelateerd aan werkomstandigheden volgens ICD-10 plus aanwezigheid van twee van de volgende verschijnselen: cynisme; gevoel geestelijk afgestompt te zijn; het gevoel dat de prestaties verminderd zijn.	Aantal items: 15 Scoring: 5-puntsschaal Subschalen: Onrust (6 items) Uitputting (5 items) Lichamelijk ongemak (4 items)	Betrouwbaarheid: Totale schaal, Cronbach's alpha: 0,94 Onrust, Cronbach's alpha: 0,89 Uitputting, Cronbach's alpha: 0,90 Lichamelijk ongemak, Cronbach's alpha: 0,78. Convergente validiteit: goed Divergente validiteit: burnout kan niet onderscheiden worden van andere diagnose groepen (o.a. depressie).	Verbraak 2008 (56) NVAB; 2011; Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout overspanning en burnout voor eerstelijns professionals.
Depressie-Angst-Stress-Schaal/ Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	Het meten van de negatieve consequenties van depressie, angst en stress. En daarnaast deze stoornissen van elkaar onderscheiden. Echter, vooral gebruikt in onderzoek naar depressie en angst.	Aantal items: 32 Scoring: 4-puntsschaal Subschalen: Depressie (14 items) Angst (14 items) Stress (14 items) Hogere score impliceert meer klachten. Depressie: >12 Angst: > 5 Voor stress geen afkappunt gerapporteerd.	Betrouwbaarheid, Cronbach's alpha: 0,88-0,94 Constructvaliditeit: goed Test-hertest betrouwbaarheid: 0,44-0,68 (schalen Angst en Depressie)	Via de website psychisch en werk, Via de website van de DASS. Nieuwenhuijsen 2003 (57); Lovibond 1994 (58)
Vragenlijst	Doel	Inhoud	Eigenschappen vragenlijst	Referentie
Checklist Individuele Spankracht/ Checklist Individual Strength (CIS)	Het meten van subjectieve vermoeidheid en gedragsaspecten die hieraan gerelateerd zijn uitgaande van de laatste twee weken. Doelgroep: patiënten waarbij vermoeidheid tot het klach-	Aantal items: 20 Scoring: 7-puntsschaal Subschalen: Ernst van de vermoeidheid (8 items) Concentratie (5 items) Motivatie (4 items) Lichamelijke activiteit (3 items)	Interne consistentie, alpha: 0,90. Test-hertest betrouwbaarheid, Cronbach's alpha: 0,86. Constructvaliditeit: goed Criteriumvaliditeit: goed	Vragenlijst: Vercoulen et al; 1999 (59); Checklist Individuele Spankracht (CIS).

	tenpatroon hoort, maar kan ook ingezet worden bij gezonde populaties.	Score >35 op vermoeidheid indicatief voor ernstige vermoeidheid. Afkappunten beschikbaar voor verschillende populaties (Vercoulen 1999)		
Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL/4DSQ)	In kaart brengen van psychische klachten. Daarbij onderscheid makend tussen distressklachten van depressie, angst en somatisatie. Daarnaast kan hij ook gebruikt worden bij evaluatie van beloop.	Aantal items: 50 Scoring: 4-puntsschaal Subschalen: Distress (16 items) Depressie (6 items) Angst (12 items) Somatisatie (16 items) Score >20 distress en laag op depressie (<6), angst (<13) en somatisatie (<21) indicatief voor overspanning. Normscores voor verschillende populaties beschikbaar (Terluin 1996, 1998)	Constructvaliditeit: redelijk Onderscheidend vermogen tussen de schalen: goed (Terluin 2006) Betrouwbaarheid, Cronbach's alpha: 0,84-0,94. Interne consistentie, Cronbach's alpha: 0,75-0,86	Terluin 2006 (60)
Vragenlijst	Doel	Inhoud	Eigenschappen vragenlijst	Referentie
De Overspannings-klachtenlijst (OK)	Heeft als doel om de mate van chronische stressgerelateerde klachten vast te leggen en niet om onderscheid te maken tussen verschillende stressgerelateerde syndromen.	Aantal items: 22 Scoring: 5-puntsschaal Vraagstelling: heeft u in de afgelopen week last gehad van 'klacht'? Afkapwaarde: 20	OK kan verschillende groepen onderscheiden.	Schmidt 2007 (61)
Gebruikt in wetenschappelijk onderzoek				
General Health Questionnaire (GHQ)	Het kan met twee doelen gebruikt worden: 1) het meten van het niveau van psychische klachten, 2) het herkennen van mensen met een milde psychische aandoening.	Aantal items: 12, 28, 30 of 60 Scoring: 4-puntsschaal Afkapwaarden >3 (GHQ-12) en >4 op overige voor het hebben van psychische klachten.	Betrouwbaarheid Cronbach's alpha: 0,78-0,95	Website psychisch en werk (www.psychisch-en-werk.nl) Jackson 2007 (62)
Shirom-Melamed Burnout Questionnaire	Metten van verschillende facetten van burnout syndroom.	Aantal items: 22 Scoring: 7-puntsschaal	Geen artikel gevonden. Cronbach's alpha in Glise	Lundgren-Nilsson; 2012 (63)

(SMBQ)	Burnout wordt los van werk gemeten (t.o.v. MBI/UBOS).	Subschalen: Fysieke vermoeidheid: 8 items Cognitieve vermoeidheid: 6 items Spanning: 4 items Lusteloosheid: 4 items Burnout = ≥ 4 ; Ernstige burnout = > 4.4 .	2012: 0,90	Afkappunt overgenomen zoals gerapporteerd in de studies.
--------	---	--	------------	--

Bijlage 16: Evidence tabel primaire studies prognostische factoren

Tabel 15: Prognostische factoren voor 1) verandering in overspanning en burnout en 2) werkgerelateerde uitkomsten bij werknemers met overspanningsklachten of burnout. *Univariate en multivariate (*) relaties weergegeven met 95% betrouwbaarheidsinterval.*

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Arends; 2014; Nederland. (23)	Prospectief Follow-up : 6 en 12 mnd.	Psychische klachten: (ICD-10 code F32,9, F41,9, F43,1, F43,9, R45, Z73,0; zoals ge- steld door be- drijfsarts). Studiepopulatie is getrokken uit pa- tiënten van be- drijfsartsen.	N=158, M:65 V:93 Leeftijd gem. 42.3 jaar (SD: 9.6). Opleiding: Laag: 12% Gemiddeld: 48%. Hoog: 39%.	Sociaal-demografische factoren; Psychofarmaca medicijnen (ja/nee); Verzuimduur (dagen); Ervaren gezondheid (1 item); Mentale of fysie- ke chronische ziekte (meer dan 1, ja/nee); Coping (UCL); Aantal werkjaren (>5), Con- tracttype; Grote bedrijf (>100 mensen); Lei- dinggevende (ja/nee); Maandelijks inkomen; Accommodaties voor RTW (ja/nee); Bezoek bedrijfsarts (ja/nee); Psychosociale werk fac- toren (JCQ, sociale steun, conflicten); Per- centage RTW.	Herhaaldelijk ziekteverzuim: meer dan 30% van werkuren ziekteverzuim (dichotoom).	<u>Predictoren herhaaldelijk ziekteverzuim:</u> <i>Univariate analyse:</i> - Bedrijf groter dan 100 man: OR=2.09 (1.15-3.80). <i>Multivariate analyse:</i> - Meer dan 1 chronische ziekte: * OR=0.54 (0.30- 0.96). - Bedrijf groter dan 100 man: *OR=2.59 (1.40-4.80). - Conflict met collega's: *OR=2.21 (1.21-4.04). <u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse:</i> Sociaal-demografische factoren; Psychofarmaca medicijnen; Verzuimduur; Ervaren gezondheid Coping; Aantal werkjaren; Contracttype; Leidingge- vende positie; Maandelijks inkomen; Accommodaties voor RTW; Bezoek bedrijfs- arts; Steun collega's; Steun leidinggevende; Con- flict leidinggevende; Per-	De kans op herhaaldelijk ziekteverzuim wordt ver- groot door het hebben van meer dan 1 chroni- sche ziekte, werken in een bedrijf met meer dan 100 werknemers en het hebben van conflic- ten met collega's.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Brouwers; 2009; Nederland. (24)	Prospec- tief data uit een RCT. Follow- up: 3 en 6 mnd.	Emotionele distress of psychische klachten. Vastge- steld door huisarts. Studiepopulatie getrokken uit wer- kende mensen die bij een huisarts komen in Almere.	N=194., Interventie 1 M: 136,V: 58. Leeftijd gem. 40.1 jaar (SD: 9.3). Interventie 2 M: 137 V: 57 Leeftijd gem. 39.3 jaar (SD: 9.1).	Start klachten (>3 mnd geleden); Patiënts ver- wachting duur ziekte- verzuim; Patiënts per- spectief oorzaak ziekte- verzuim; Zorggebruik (bezoek bedrijfsarts, fysiotherapeut); Stress klachten (dis- tress/depressie/angst/ somatisatie; 4DSQ); Behandeld zijn door huisarts of maatschap- pelijk werker.	Volledig terug- keer naar werk (dichotoom) na 3 en 6 mnd. Vastgesteld via telefonisch inter- view.	centage RTW. <u>Predictoren terugkeer naar werk na 3 mnd:</u> <i>Univariate analyse</i> - Problemen begonnen voor interventie: OR=0.40 (0.20-0.77). - Eigen predictie over ziek- teverzuim < 6 weken: OR=2.28 (1.03-5.04). - Wel contact met bedrijfs- arts: OR=0.93 (0.88- 0.98). - Somatisatie op baseline volgens 4DSQ: OR=0.93 (0.88-0.98). <u>Predictoren terugkeer naar werk na 6 mnd:</u> <i>Univariate analyse</i> - Problemen begonnen > 3mnd voor interventie: OR=0.28 (0.13-0.58). - Ziekteverzuim >3 weken voor baseline: OR=0.38 (0.19-0.80). - Attributie ziekteverzuim door problemen familie: OR=0.20 (0.05-0.81). - Angst (4DSQ) op baseli- ne: OR=0.90 (0.83-0.99). <u>Niet significant:</u> Contact met fysiotherapeut (3mnd); verwachting duur ziekteverzuim (6mnd).	Kans op terugkeer naar werk na 3 mnd wordt vergroot door geen pro- blemen te hebben voor de start van de interven- tie, een positieve voor- spelling van ziektever- zuim hebben, contact gehad met een bedrijfs- arts en geen somatisatie op baseline. Op 6 mnd wordt de kans op terug- keer vergroot door geen problemen hebben voor de interventie, kort ziek- teverzuim, ziekteverzuim niet toeschrijven aan familieproblemen en geen angst hebben op baseline.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Catalina-Romero; 2012; Spanje. (25)	Prospectief. Follow up: Niet gerapporteerd.	Mensen met ziekteverzuim (>15 dagen) na een klinische diagnose van aanpassingsstoornis. Diagnose volgens DSM-IV, vastgesteld door huisarts en gecheckt door bedrijfsarts. Studiepopulatie getrokken uit Spaans verzekeringsbedrijf.	N=1182; M: 508 V: 674. Leeftijd: 25-55 jaar. Opleiding: Geen: 2% Basis: 36%. Middelbaar: 36%. Hoger: 26%.	Demografische factoren; Type baan (witte boorden/blauwe boorden baan); Type contract (vast/tijdelijk); Meer dan 1 baan hebben; Inkomen; Co morbiditeit (ja/nee); Type co morbiditeit (geen/mentaal/fysiek/beide).	Langdurig ziekteverzuim: ≥ 6 mnd (dichotoom). Data afkomstig van verzekeringsmaatschappij.	<u>Predictoren langdurig ziekteverzuim:</u> <i>Univariate analyse:</i> - Co-morbiditeit: OR=2.23 (1.43-3.49) . - Leeftijd: 25-34 jaar vs <25: OR=2.78 (1.27-6.07) . 35-44 jaar vs <25: OR=3.70 (1.71-8.0) . 45-54 jaar vs <25 jaar: OR=3.58 (1.60-8.02) . >55 jaar vs <25: OR=6.35 (2.64-15.31) . - Blauwe boorden baan: OR=1.51 (1.10-2.09) . <u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse</i> Geslacht; Opleiding; Type contract; Meer dan 1 baan; Inkomen; Type co-morbiditeit.	De kans op langdurig verzuim wordt vergroot door het hebben van co-morbiditeit, oudere leeftijd (>25 jaar) en het hebben van een blauwe boorden baan.
Glise; 2012; Zweden. (21)	Prospectief vragenlijststudie. Follow-up: 6, 12 en 18 mnd.	Emotionele uitputting (diagnose opgesteld volgens Zweedse overheid). Studiepopulatie getrokken uit patiënten doorverwezen naar specialist vanuit arbodienst vanwege stressgerelateerde psychische klachten.	N=232, M: 74, V: 158. Leeftijd gem. 42.9 jaar (SD: 9.3). Opleiding: Hoger: 73%. Lager: 28%.	Leeftijd; Geslacht; Opleidingsniveau; Duur symptomen (minder/meer dan 1 jaar); Depressie (HAD, score ≥ 10); Gebruik van antidepressiva (ja/nee); Ziekteverzuim (volledig/deeltijd/niet).	Herstel van burnout (SMBQ, score: ≥ 40 , dichotoom) in 18 mnd.	<u>Predictoren herstel burnout:</u> <i>Univariate analyse:</i> Duur van de klachten. <i>Multivariate analyse:</i> Geen. <u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse:</i> Leeftijd; Geslacht; Opleidingsniveau; Depressie; Gebruik van antidepressiva.	Geen van de geteste factoren voorspelt herstel van burnout.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Leone; 2006; Nederland. (19)	Prospectief. Follow-up: 4 jaar.	CIS score ≥ 35 en ziekteverzuim van 6 tot 26 weken. Studiepopulatie ge- trokken uit Maas- trichtse cohortstu- die.	N=127, M:56 V: 72 Leeftijd gem. 44.1 jaar (SD:8.2). Opleiding: Laag: 22%. Gemiddeld: 50%; Hoog: 28%.	Leeftijd; Geslacht; Opleidingsniveau; Ernst van vermoeid- heid (CIS); Psycholo- gische attributie (CAL); Somatische attributie (CAL); Fy- siek functioneren (SF- 36, subschaal fysiek functioneren); Psy- chologische distress (SCL-90); Depressie (BDI); Emotionele uitputting (subschaal MBI-GS); Duur ver- moeidheidsklachten en verzuimduur (zelf gerapporteerd).	Arbeidsongeschikt- heid uitkering (zelf gerapporteerd, ont- vangen van volledi- ge arbeidsonge- schiktheidsuitkering, dichotoom).	va; Ziekteverzuim. <i>Multivariaat: Allen.</i> <u>Predictoren arbeidsonge- schiktheid:</u> <i>Uni-, en multivariate *</i> <i>analyse:</i> - Leeftijd: OR=1.98 (1.24-3.13). *OR=1.96 (1.17-3.29). - Fysiek functioneren: OR=0.52 (0.34-0.81) . *OR=0.26 (0.14-0.47). - Emotionele uitputting: OR=1.56 (1.03-2.36). <u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse:</i> Laag opleidingsniveau; Ernst van vermoeidheid; Duur vermoeidheidsklach- ten; Verzuimduur; Psycho- logische problemen; De- pressie.	De kans op arbeids- ongeschiktheid wordt vergroot door hogere leeftijd, ho- gere emotionele uitputting en lager fysiek functioneren.
					Vermoeidheid (CIS score: >35, di- chotoom).	<i>Uni-, en multivariate *</i> <i>analyse:</i> <u>Predictoren vermoeidheid:</u> - Duur van vermoeidheids- klachten: OR=1.58 (1.03-2.36). - Fysiek functioneren: OR=0.46 (0.31-0.70). *OR=0.26 (0.10-0.41). - Psychologische attributie: OR=0.51 (0.34-0.76). *OR=0.58 (0.36-0.94). - Somatische attributie:	De kans op ver- moeidheid wordt vergroot door lange- re duur van ver- moeidheidsklachten, hogere somatische attributie, lagere fysiek functioneren en psychologische attributie.

OR=1.66 (1.14-2.42).

Niet significant:

Multivariate analyse: Geslacht; Verzuimduur; Psychologische problemen; Emotionele uitputting; Depressie; Somatische attributie.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Leone; 2008; Nederland. (20)	Prospectief. Follow-up: 12, 24, 48 mnd.	<p>MBI-GS score in 75^e percentiel van geïnccludeerde personen.</p> <p>Studiepopulatie afkomstig uit Maastricht Cohort Studie.</p>	<p>Groep burnout N=547; M: 427 V: 120 Leeftijd gem. 40.9 jaar (SD: 8.8).</p> <p>Groep vermoeidheid N=912, M: 631 V: 281 Leeftijd gem. 41.6 jaar (SD: 8.5)</p>	<p>Uitputting (subschaal MBI-GS); Professionele effectiviteit (subschaal MBI-GS); Cynisme (subschaal MBI-GS); Langdurige vermoeidheid (CIS): Psychologische distress (GHQ-12); Last van vermoeidheid afgelopen 4 mnd (zelf gerapporteerd); Attributie vermoeidheidsklachten (psychologisch, somatisch, psychologisch & somatisch, onbekend); Ervaren gezondheid (1 item); Chronische ziekte (ja/nee); Bezoek huisarts (ja/nee); Bezoek bedrijfsarts (ja/nee); Werk factoren (taakeisen, variabiliteit in taken, auto-</p>	Herstel van burnout (MBI-GS, dichotoom).	<p><u>Herstel burnout:</u> <i>Univariate analyse:</i> Uitputting; Cynisme; Professionele effectiviteit; Langdurige vermoeidheid; Taakeisen; Autonomie; Steun leidinggevende; Carrière mogelijkheden; Dag werkschema; Emotionele taakeisen; Psychologische en somatische attributie; Ervaren gezondheid; Voldoende ontspanning; Werk-thuis conflict; Bezoek aan bedrijfsarts; Conflict met leidinggevende; Conflict met collega.</p> <p><u>Herstel burnout:</u> <i>Multivariate analyse:</i> - Uitputting: OR=0.60 (0.51-0.71). - Professionele effectiviteit: OR=1.27 (1.09-1.49). - Conflict met collega's</p>	Kans op herstel van burnout wordt verhoogd door lagere score op uitputting, hogere competenties, geen conflicten met collega's, dag werkschema en voldoende ontspanningstijd.

nomie; steun leidinggevende, steun collega's, JCQ); Werkuren (voltijd/parttime); Werkschema (dag/diensten); Ziekteverzuim afgelopen 4 mnd (zelf gerapporteerd); Carrière kansen; Baanonzekerheid; Rol ambiguïteit; Emotionele taak eisen; Leidinggevende positie (ja/nee); Conflict met collega's (ja/nee); Conflict met leidinggevende (ja/nee); Overuren werken (ja/nee); Alleen wonen (ja/nee); Zorg voor kinderen (ja/nee); Werk-thuis conflict (ja/nee); Voldoende ontspanning (ja/nee).

Herstel van vermoeidheid (CIS score: >76, dichotoom)

(ja):
OR=0.45 (0.28-0.73).
 - Werkschema (dag):
OR=1.57 (1.10-2.27).
 - Ontspanning (ja):
OR=1.67 (1.24-2.25).
Niet significant:
 Alle overige factoren.

Herstel vermoeidheid:
Univariate analyse:
 Langdurige vermoeidheid; Uitputting; Steun collega's; Emotionele taakeisen; Rol ambiguïteit; Ervaren gezondheid; Voldoende ontspanning; Werkthuis conflict.

Herstel vermoeidheid:
Multivariate analyse:
 - Langdurige vermoeidheid:
OR=0.81 (0.72-0.92).
 - Uitputting: **OR=0.73 (0.64-0.82).**
 - Steun collega's:
OR=1.16 (1.03-1.32).
 - Onbekende attributie klachten: **OR=0.72 (0.54-0.96).**
Niet significant:
 Alle overige factoren.

Kans op herstel van vermoeidheid wordt verkleind door langdurige vermoeidheid en uitputting.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Norlund; 2010; Zweden. (26)	Longitudinale cohort. Follow-up: 2 jaar, waarvan 1 jaar revalidatie.	Werknemers met ziekteverzuim met als reden burnout (ten minste 25% van baan voor 3-24 mnd). Daarnaast een burnout score ≥ 4.6 op de SMBQ. Studiepopulatie getrokken uit REST-project; RCT uitgevoerd in Zweden binnen centra dat zich richt op revalidatie van mensen met een burnout).	N=117, M: 35, V: 82.	Werken met data/dingen/mensen; Overwerken (ja/nee); Psychosociale werk-omstandigheden (JDC model, ERI model); Vermijden van conflict met leidinggevende en met collega's.	Ziekteverzuim uitgedrukt in verbetering t.o.v. geen verandering/meer ziekteverzuim tussen baseline en nameting (dichotoom). Data uit sociale verzekeringen.	<u>Predictoren ziekteverzuim:</u> <i>Uni-, en multivariate * analyse:</i> - Weinig controle: OR=2.62 (1.14-6.01) . *OR=2.76 (1.10-6.90) . - Hoge betrokkenheid: *OR=0.42 (0.18-0.98) . - Vermijdend gedrag bij conflict met leidinggevende: *OR=2.78 (1.17-6.62) . - Vermijdend gedrag bij conflict met collega's: *OR=2.58 (1.05-6.34) . <u>Niet significant:</u> <i>Gecorrigeerd:</i> Werken met mensen; Hoge taakeisen; Meer dan eens per maand overwerken; Disbalans tussen inspanning en beloning. <i>Ongecorrigeerd:</i> Gecorrigeerd plus: Hoge betrokkenheid; Gebruik van conflict vermijdend gedrag bij leidinggevende en collega's.	Kans op ziekteverzuim wordt vergroot bij weinig controle, lage betrokkenheid bij het werk en toepassen van conflict vermijdend gedrag, meer dagen verzuim gedurende follow-up.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Predictoren	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
de Vente; 2015; Nederland. (18)	Prospectief longitudinaal onderzoek. Follow-up: 13 mnd.	Mensen met ziekteverzuim door werkgerelateerde stress gecontroleerd tijdens interview door psycholoog. Studiepopulatie getrokken uit Arbo praktijken, huisartspraktijken op basis van reactie op advertenties.	N=71, M:30, V:41 Leeftijd gem. 41.61 jaar (SD:9.48). Hoog opleidingsniveau: N=27.	Individuele karakteristieken, coping (UCL); Disfunctionele attitudes (DAS-24); Aantal werkuren; Psychosociale werkomstandigheden (autonomie, steun, variabiliteit in taken, lichamelijke inspanning, JCQ); Duur van ziekteverzuim; Duur van klachten; Werkzekerheid	Distress: Vermoeidheid (combinatie van CIS, DASS continu) Burnout: MBI-GS (continu)	PS; NS; en totaal: Ziekteverzuim voor vrouwen (uni-, en multivariate analyse). *NS voor mannen. <u>Verandering distress: Univariate analyse</u> - Man: beta: -0.459 (-0.823, -0.095) . - Meer werkuren: beta: 0.051 (0.021; 0.082) . - Wel autonomie: beta: 0.061 (0.004; 0.118) . - Wel sociale steun collega's: beta: -0.090 (-0.149; -0.030) . - Duur ziekteverzuim in weken: beta: 0.020 (0.002; 0.038) . <u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse:</i> Duur van klachten; Disfunctionele attitudes; Leef-tijd; Opleiding; Werkzekerheid; Lichamelijke in-spanning. <u>Verandering burnout: Univariate analyse</u> - Man: beta: -0.39 (-0.78, -0.07) . - Leeftijd: beta: 0.02 (0.01-0.03) . - Hoog opleidingsniveau: beta: -0.43 (-0.77-0.10) . - Ontwijkende coping:	Een afname in distress klachten was groter bij mannen, minder uren werken, minder autonomie, meer steun van collega's en kortere ziekteverzuim. Een afname in burnout klachten was groter bij mannen, lagere leeftijd, hogere opleiding, minder ontwijkende coping stijl, minder autonomie, meer werkzekerheid en meer

	beta: 0.04 (0.01-0.08) . steun van collega's. - Wel autonomie: beta: 0.13 (0.06-0.20) . - Wel werkzekerheid: beta: -0.23 (-0.37, -0.09) . - Wel sociale steun collega's: beta: -0.10 (-0.16, -0.03) .
	<u>Niet significant:</u> <i>Univariate analyse</i> Duur klachten; Werkuren; Variabiliteit in taken; Li- chamelijke inspanning; Steun leidinggevende.
Volledige werkhervatting (zelf gerapporteerd ziekteverzuim, continue en dichotoom).	<u>Werkhervatting:</u> <i>Univariate analyse</i> Burnoutklachten: OR: 0.43 (0.24-0.78) , gecorrigeerd voor klachten op baseline.
	Kleinere verandering in burnout leidt tot een kleinere kans op werkhervatting.

Afkortingen: 4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; BDI= Beck Depression Inventory; CAL= Causal Attribution List; CIS= Checklist Individual Strength; DASS= Depression, Anxiety, and Stress Scales; ERI= Effort Reward Imbalance; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale; HBO= Hoger Beroepsonderwijs; JCQ= Job Content Questionnaire; JDC= Job Demand Control; M= man; MBI-GS= Maslach Burnout Inventory; mnd= maanden; N= hoeveelheid; NPS=Non psychiatric sickness; OR= odds ratio; PS= psychiatric sickness; RTW= return to work / terugkeer naar werk; SCL-90= Symptom Checklist 90; SD= standaard deviatie; SF-36= Short Form 36; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; UCL= Utrecht Coping List; V= vrouw.

Bijlage 17: Methodologische kwaliteit primaire studies prognostische factoren

	Studie participatie	Studie verloop	Meting prognostische factor	Meting uitkomstmaat	Statistische analyse en rapportage	Totaal
Arends 2014 (23)	+	+	+	+	+	5
Brouwers 2009 (24)	+	+	+	+	+	5
Catalina-Romero 2012 (25)	-, niet vermeld	-, niet vermeld	+	+	+	3
Glise 2012 (21)	-, onduidelijk	-, 232 → 172 = >10%	+	+	+	3
Leone 2006 (19)	+	-, verschil in groepen	+	+	+	4
Leone 2008 (20)	-, >50% respons	-, selectieve loss to follow-up	+	+	+	3
Norlund 2010 (26)	+	+	+	+	+	5
Sonneschein 2008 (22)	-, 409 → 59	-, 59 → 51	+	+	+	3
Stansfeld 2011 (27)	+, 6623 → 5104	+	+	+	+	5
De Vente 2015 (18)	+, 82 → 71	+	+	+	+	5

Bijlage 18: GRADE prognostische factoren

Tabel 17.1: Prognostische factoren voor positieve verandering van overspanningsklachten.

Uitkomstmaat: Positieve verandering van overspanningsklachten (Leone 2006; 2008; de Vente 2015)										
Prognostische factor	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Effect maat	Dosis respons	Kwaliteit van bewijs
Meer steun van collega's	2	0	-	+	+	+	NVT	-	NR	Redelijk
Korte duur van klachten	2	0	-	+	+	-	NVT	-	NR	Laag
Minder emotionele uitputting	1	1	-	-	+	-	NVT	?	NR	Zeer laag
Lagere leeftijd	0	2	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Minder autonomie in werk	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Man	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Lagere psychologische of somatische attributie	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Kortere duur van verzuim	1	1	-	-	+	?	NVT	-	NR	Laag
Minder werkuren	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag

Afkortingen: n= nummer; NVT= niet van toepassing; NR= niet gerapporteerd; - = risico; + = geen risico

Notitie: bij effect maat met name een '?' gegeven omdat er verschillende effectmaten gebruikt waren die niet met elkaar te vergelijken waren of van de ongecontroleerde analyse geen effectmaten gerapporteerd waren.

? bij Onnauwkeurigheid = kon ik niet beoordelen omdat de effectmaten bij 1 van de 2 studies of beiden niet bekend waren. Geen strafpunten omdat argument mist

Tabel 17.2: Prognostische factoren voor positieve verandering van burnout.

Uitkomstmaat: Positieve verandering van burnout (Leone 2008; Glise 2012; Sonneschein 2008; de Vente 2015)											
Prognostische factor	Follow up	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Effect maat	Dosis respons	Kwaliteit van bewijs
Minder autonomie in werk	13 mnd tot 4 jaar	2*	0	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Minder uitputting	6 mnd tot 4 jaar	2	0	-	+	+	+	NVT	-	NR	Redelijk
Meer variabiliteit in taken	?	0	2	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Minder werkuren	13 mnd ?	0	2	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Kortere duur van klachten	13 tot 18 mnd	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Meer steun van collega's	4 jaar ?	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Meer steun van leidinggevende	4 jaar	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Lagere leeftijd	13 tot 18 mnd	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag
Man	13 tot 18 mnd	1	1	-	-	+	?	NVT	?	NR	Laag

Afkortingen: n= nummer; NVT= niet van toepassing; NR= niet gerapporteerd; - = risico; + = geen risico

Notitie: bij effect maat met name een '?' gegeven omdat er verschillende effectmaten gebruikt waren die niet met elkaar te vergelijken waren of van de ongecontroleerde analyse geen effectmaten gerapporteerd waren.

* = voor de ene studie was minder autonomie positief en de andere negatief geassocieerd met de uitkomstmaat, hierdoor een '-' op inconsistentie.

Tabel 17.3: Prognostische factoren voor slechte werkgerelateerde uitkomstmaat.

Uitkomstmaat: Slechte werkgerelateerde uitkomstmaat (Leone 2006; Stansfeld 2011; Arends 2014; Catalina-Romero 2012; Brouwers 2009)											
Prognostische factor	Follow up	Significant effect (n)	Geen effect (n)	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Effect maat	Dosis respons	Kwaliteit van bewijs
Een bezoek aan een professional	6 tot 12 mnd	0	2	+	+	+	?	NVT	?	NR	Hoog
Hogere leeftijd	4 jaar	2	0	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Meer ziekteverzuim	3 tot 6 mnd	1	2	+	-	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Opleidingsniveau	18 mnd	0	2	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Lager inkomen	18 mnd	0	2	-	+	+	?	NVT	?	NR	Redelijk
Wel co-morbiditeit	12 mnd	1	1	-	-	+	?	NVT	-	NR	Laag

Afkortingen: n= nummer; NVT= niet van toepassing; NR= niet gerapporteerd; - = risico; + = geen risico

Notitie: bij effect maat met name een '?' gegeven omdat er verschillende effectmaten gebruikt waren die niet met elkaar te vergelijken waren of van de ongecontroleerde analyse geen effectmaten gerapporteerd waren.

Onderstaande tabel kan in combinatie gebruikt worden met de evidence tabellen om van de factoren die slechts in één studie zijn onderzocht de kwaliteit van het bewijs te bepalen. Hiervoor moet de studie waarin de factor is onderzocht gecombineerd worden met het algemene GRADE-oordeel van de studie.

Tabel 17.4: Kwaliteit van bewijs (GRADE) primaire studies.

GRADE toegepast op de primaire studies voor beoordelen van de prognostische factoren eenmaal gemeten.									
Studie	Fase	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Effect maat	Dosis respons	Kwaliteit van bewijs
Arends 2014	2	+	NVT	+	-	NVT	?	NR	Laag
Brouwers 2009	2	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Hoog
Catalina-Romero 2012	2	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Hoog
Glise 2012	3	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Redelijk
Leone 2006	3	+	NVT	+	-	NVT	?	NR	Laag
Leone 2008	3	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Redelijk
Norlund 2010	2	+	NVT	+	+	NVT	?	NR	Hoog
Sonnenschein 2008	3	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Hoog
Stansfeld 2011	2	+	NVT	+	+	NVT	?	NR	Redelijk
De Vente 2015	2/3	-	NVT	+	+	NVT	?	NR	Hoog

Afkortingen: n= nummer; NVT= niet van toepassing; NR= niet gerapporteerd; - = risico; + = geen risico

Notitie: bij effect maat met name een '?' gegeven omdat er verschillende effectmaten gebruikt waren die niet met elkaar te vergelijken waren of van de ongecontroleerde analyse geen effectmaten gerapporteerd waren.

Bijlage 19: Evidence tabel systematische reviews interventies

Tabel 18: Systematische review van interventies bij werknemers met overspanning of burnout gericht op herstel van de klachten of werkgerelateerde uitkomsten.

Review Auteur, jaar	Doel & Inclusiecriteria	Kenmerken geïnccludeerde studies	Interventies	Analyse	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Arends 2012 (28)	Bepalen van de effectiviteit van interventies gericht op RTW voor werknemers met acute of chronische aanpassingsstoornis.	N=9 (Nederland: 7, Denemarken: 1, Zweden: 1)	Interventies gericht op terugkeer naar werk.	Meta-analyse van studies met acceptabele homogeniteit.	1) Tijd tot gedeeltelijk RTW 2) Tijd tot volledig RTW	<u>CGT vs geen interventie:</u> Gedeeltelijk RTW: -9.78 (95%BI -23.26, 5.71) Volledig RTW: -35.73 (95%BI -113.15, 41.69)	CGT heeft geen effect op vermindering van stressklachten of op snellere gedeeltelijke of volledige RTW ten opzichte van geen interventie.
<i>Geïnccludeerd:</i> Bakker 2007 Blonk 2006 Brouwers 2006 De Vente 2008 Rebergen 2009 Stenlund 2009 Vd Klink 2003 Van Oostrom 2010 Willert 2011	1) RCTs gericht op RTW van werknemers met ziekteverzuim, 2) werknemers tussen 18-65 arbeidsongeschikt door aanpassingsstoornis met ziekteverzuim als gevolg, 3) aanpassingsstoornis gemeten met gevalideerd meetinstrument voor disstress of burnout of gedefinieerd volgens DSM-IV of ICD-10.	Studiepopulatie: N=1,546, Range: 41-433, Leeftijd: gem 39-49 jaar, Vrouwen: 17%-71%	N= 8, Psychologische interventie (CGT, OGT) N=1, combinatie van psychologische interventie en relaxatieoefeningen	Toepassing van GRADE voor kwaliteit.	3) Stress 4) Burnout	Stress (DASS): 0.06 (95%BI -3.91, 4.02) <u>CGT vs gebruikelijke zorg</u> Volledig RTW: 19.81 (95%BI -26.17, 65.79) Stress (DASS): -0.67 (95%BI -6.06, 4.73)	OGT leidt tot een snellere gedeeltelijke RTW maar niet tot een snellere volledige RTW of tot een vermindering in stressklachten ten opzichte van gebruikelijke zorg.
AMSTAR: 9/11		Follow-up: 10 mnd tot 2 jaar				<u>OGT v.s. gebruikelijke zorg</u> Gedeeltelijke RTW: -17.00 (95%BI -26.48, -7.52) Volledig RTW: -17.73 (95%BI -37.35, 1.90) Stress (4DSQ): -0.36 (95%BI -1.76, 1.04)	

Review Auteur, jaar	Doel & Inclusiecriteria	Kenmerken geïnccludeerde studies	Interventies	Analyse	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Doki 2015 (14) <i>Geïnccludeerd:</i> Groep 1: Brouwers 2007 Rebergen 2009 Vd Feltz-Cornelis 2010 Van Oostrom 2010 Willert 2011 Vlasveld 2013 Groep 2: Proper 2004 Kant 2008 De Vente 2008 Arends 2014 AMSTAR: 6/11	Effectiviteit van interventies uitgevoerd door arbodiensten t.o.v. gebruikelijke zorg op ziekteverzuim a.g.v. psychische klachten t.o.v. aantal ziektedagen. 1) werknemers, 2) ziekteverzuim door psychische klachten, 3) interventie gegeven door leden van arbodiensten (vb. bedrijfsarts), 4) uitkomst was duur ziekteverzuim, 5) RCT. Groep 1: werknemers met ziekteverzuim, dagen tot aan RTW gerapporteerd. Groep 2: werknemers nog niet met ziekteverzuim, dagen tot aan ziekteverzuim gerapporteerd.	N=10 (landen niet gerapporteerd) Groep 1: N=6 Groep 2: N=4 Studiepopulatie: Totale grote: 756 Interventie: 798 Controle 798 Groep 1: 847 (range: 49-240) Groep 2: 707 (range: 35-264) RCT: 10 Individueel: 7 Cluster: 3 Follow-up: 4 tot 18 mnd (gem: 11)	Interventies uitgevoerd door werknemers arbodienst gericht op RTW onder werknemers met psychische klachten (wel of niet met ziekteverzuim) t.o.v. gebruikelijke zorg. Inhoud interventies: Groep 1: OGT eventueel gecombineerd met CGT. Groep 2: Beoordeling patiënt met counseling, gestructureerde consults, CGT, probleem gestuurde therapie.	Meta-analyse met als uitkomst ziekteverzuim. Effect van de interventie t.o.v. controle. Kwaliteit beoordeeld m.b.v. GRADE	Dagen van ziekteverzuim uitgedrukt in effect met 95% betrouwbaarheidsinterval.	Beide groepen: kwaliteit: + +, laag. Beide groepen samen: -6.64 (95%BI -12.69, -0.59) Groep 1: -10.48 (95%BI -22.64, -1.69) Groep 2: -5.38 (95%BI -12.34, -1.59)	Er is zwak bewijs dat gecombineerde interventies van CGT en OGT uitgevoerd door werknemers van arbodiensten het aantal ziektedagen vermindert ten opzichte van gebruikelijk zorg.

Review Auteur, jaar	Doel & Inclusiecriteria	Kenmerken geïnccludeerde studies	Interventies	Analyse	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie artikel
Virgili 2015 (29)	Bepalen effectiviteit van mindfulness interventies op het verlagen van stressklachten in werknemerspopulatie.	N=19 (Noord Amerika: 13, Spanje: 2, Canada: 2, Colombia: 1, Zweden: 1)	Mindfulness als enige of centrale component van de interventie.	Meta-analyse van het effect van de interventie op stressklachten op basis van nameting.	Stress-gerelateerde klachten	In de interventie groep, voor- en nameting effect (Hedges's g) (N=19): 0.68 (95%BI: 0.58, 0.78)	Mindfulness kan stressklachten van werknemers significant verminderen.
<i>Geïnccludeerd:</i> Adam 2011 Brady 2012 Davidson 2003; Geary 2011; Giluk 2010; Goodman 2012 Irving 2011 Josefsson 2012; Kemyeny 2012 Krasner 2009 Manas 2011 Manotas 2012 Martin-Asuero 2010; McGarrigle 2011; Pipe 2009; West 2011; Wilson 2012; Wolever 2012	1) Evaluatie van mindfulness interventie, 2) werknemers, 3) interventie op werk, 4) gevalideerde vragenlijst voor stress als uitkomstmaat, 5) studiestudiepopulatie > 10, 6) kwantitatieve data gerapporteerd.	Studiepopulatie: N=652, Range: 12-239 Gem 62.7 (SD: 50.8) Sector: gezondheidszorg en educatie Studiedesign RCT: 9 CT: 3 Voor-/nameting: 7 Follow-up: 4-64 weken, Gem: 18.9 weken (SD: 19.6)	Duur van de interventie: 4-12 weken Gem: 7.2, SD: 2.2 Intensiteit voor deelnemer: 2-42 uur Gem: 16.1, SD: 12.0	Effect uitgedrukt in Hedges's g	Vragenlijsten: BDI, CES-D, ED-6, HAD, JSS, MHPSS, PANAS-N, POMS, PSS-10, PSQI, STAI, SCL-90, SF-12-MH, SF-36-MCS, SRLE, STAI, TAI.	8 van de 19 studies een significant effect over tijd van interventie. Niet significante studies: richting in positieve verandering door interventie. Effect van interventie hangt niet af van studiedesign, intensiteit van de interventie, duur van de interventie	
AMSTAR: 5/11							

Afkortingen: 4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; BMI= Beck Depression Inventory; CES-D= Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CGT= Cognitieve Gedragstherapie; CT= Controlled Trial/Gecontroleerd Onderzoek; DASS= Depression-Anxiety and Stress Scales; ED-6= Teacher Stress Scale ED-6; Gem= Gemiddelde; mnd= maanden; HAD= Hospital Anxiety and Depression Scale; JSS= Job Stress Survey; MHPSS= Mental Health Professionals Stress Scale; N= Aantal artikelen; OGT= Oplossingsgerichte therapie PANAS-N= Positive and Negative Affect Scales (Negative Affect Scale); POMS= Profile of Mood States; PSS= Perceived Stress Inventory; PSQI= Pittsburgh Sleep Quality Index; RCT= Randomized Controlled Trial/gerandomiseerd onderzoek; RTW= Return to Work/Terugkeer naar Werk; SCL-90= Symptom Checklist 90; SD= Standaard Deviatie; SF-12-MH= Short Form 12 Mental Health scale; SF-36-MCS= Short Form 36 Mental Component Score; SRLE= Survey of Recent Life Experiences; STAI= State Trait Anxiety Inventory; TAI= Trait Anxiety Inventory; vs= versus.

Bijlage 20: Evidence tabel primaire studies interventies

Tabel 19: Primaire studies van interventies bij werknemers met overspanning of burnout gericht op herstel van de klachten of werkgerelateerde uitkomsten.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
Flaxman; 2010; Groot-Brittannië. (38)	RCT	Stress (GHQ-12, >3/4). Studiepopulatie geselecteerd op basis van aanmeldingen in overheidsinstellingen.	Interventie 1: N=19 Interventie 2: N=23 Controle: N=24 Totale populatie: M:19, V:47 Leeftijd gem: 39 jaar (SD: 8.12) Opleiding: Middelbaar: N=40 Universiteit: N=16	<u>Interventie 1:</u> Mindfulness en cognitieve diffusie oefeningen. <u>Interventie 2:</u> Relaxatie en cognitieve herstructurering. Interventie 1 en 2: 2 keer 3 uur met een week ertussen. <u>Controle:</u> Wachtlijst.	Stress (GHQ-12, continu). Op 3 weken (na interventie) en 3 maanden follow-up.	Gemiddelde (SD) <u>Stress:</u> Interventie 1: Baseline: 19.54 (4.36) Na interventie: 10.53 (4.80) Interventie 2: Baseline: 18.61 (4.38) Na interventie: 10.55 (5.96) Controle: Baseline: 21.46 (4.4) Na interventie: 18.71 (7.44) Gemiddeld verschil (95%BI) Interventie 1 vs. controle: -8.18 (-11.86, -4.50) Interventie 2 vs. controle: -8.16 (-12.01, -4.31)	Na de interventies waren de stress-gerelateerde klachten significant lager dan in de controlegroep (gecorrigeerd voor klachten op baseline) maar er was geen verschil tussen de interventies.
Gavelin; 2015; Zweden. (39)	RCT	Emotionele uitputting vastgesteld door een arts en psycholoog. Studiepopulatie geselecteerd uit patiënten die de stress revalidatie kliniek bezochten.	Interventie: N=27. M:7, V:20 Leeftijd gem: 44.74 (SD: 9.11) Opleiding: Basisschool: N=3. Middelbare school: N=9	Alle deelnemers van deze studie kregen een multimodale stress revalidatieprogramma van 24 weken (3 uur p.w.) met CGT. Na 12 weken opgesplitst in interven-	Burnout (SMBQ, continu). Gemeten op baseline, voor randomisatie, eind van programma (36 weken)	<u>Burnout:</u> Gemiddelde (SD) Interventie: Baseline: 5.11 (0.84) Na interventie: 4.21 (1.14) Controle: Baseline: 4.84 (1.03) Na interventie: 4.41 (1.10) Gemiddeld verschil (95%BI)	Burnout wordt niet meer verminderd wanneer er aan een multimodale stressprogramma een cognitieve training via de computer wordt toegevoegd.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
			Universiteit: N=15 Controle: N=32. M:2, V:30 Leeftijd gem: 41.69 (SD: 7.88) Opleiding: Basisschool: N=3 Middelbare school: N=9 Universiteit: N=15	tie en controle. <u>Interventie:</u> Toevoeging proces gebaseerde cogni- tieve training via de computer. <u>Controle:</u> Geen toevoeging.		-0.20 (-0.77, 0.37)	
Grossi; 2009; Zweden. (40)	CT	Stress klachten (ICD-10 F 43.9). Studiepopulatie geselecteerd uit werknemers die bij de bedrijfsarts kwamen.	Interventie: N=12, M:0, V:12 Leeftijd gem: 52.0 jaar (SD:4.0) Controle: N=12, M:0, V:12 Leeftijd gem: 52.0 jaar (SD:6.0)	<u>Interventie:</u> Gebruikelijke zorg (programma vanuit bedrijfsarts) en stress management aange- boden door ergono- misch centrum (12 weken in groep, halve dag p.w. + individue- le sessies). <u>Controle:</u> Gebruikelijke zorg.	Uitputting (KES-Global In- dex, continu). Op 12 weken (na interventie) en 12 maanden follow-up. Percentage vol- ledig RTW (ziek- teverzuim, regis- terdata) op 12 weken (na inter- ventie) en 5 jaar follow-up.	<u>Uitputting:</u> (interventie/controle, Gemiddelde (SD)) Baseline: 109.75 (19.06)/108.92 (16.96) Na interventie: 96.33 (15.10)/102.75 (19.02) Follow-up: 89.50 (15.23)/98.17 (22.13) Gemiddeld verschil (95%BI) Na interventie: -6.42 (-20.16, 7.32) Follow-up: -5.67 (-20.87, 9.53) <u>% RTW</u> (interventie/controle) Na interventie: 6%/12% 5 jaar follow-up: 40%/40%	Het toevoegen van extra therapie naast gebruikelijke zorg leidt niet tot significant minder stress-gerelateerde klachten of minder ziekterezuim

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
Jacquet; 2015; Frankrijk. (41)	RCT (dubbel blind)	Burnout (BMS-10 score ≥4). Nogmaals officieel vastge- steld door onder- zoeker met ver- schillende vragen- lijsten (MBI-HSS, BMS-10, BDI) op baseline. Studiepopulatie gerekruteerd met advertenties in ziekenhuis, huis- artsenpraktijken en lokale kranten.	Interventie: N=44, M: 18, V:26 Leeftijd gem: 46.9 jaar, range 29-61 Controle: N=43, M: 14, V:29 Leeftijd gem: 45.6 jaar, range 27-63	<u>Interventie:</u> Voedingssupple- ment (TARGET-1), dagelijks 2 tablet- ten voor 12 weken. Drie algemene bijeenkomsten (baseline, tussen- tijds, na 12 we- ken). <u>Controle:</u> Placebo	Burnout (BMS-10, continu). Burnout (MBI-HSS – pro- fessionele uitput- ting, depersonali- satie, taak vervul- ling, continu). Op 12 weken (na interventie).	Verschilscore baseline - na interventie (SD), interven- tie/controle: <u>Burnout:</u> -2.3 (0.9)/-0.6 (0.8) <u>Professionele uitputting:</u> -22.9 (9.6)/-3.7 (7.0) <u>Depersonalisatie:</u> -7.9 (4.8)/-0.4 (3.0) <u>Taak vervulling:</u> 7.4 (5.6)/1.1 (5.4)	Een voedingsup- plement leidt na 12 weken tot een vermindering in burnout klachten t.o.v. een placebo.
Jansson; 2015; Zweden. (42)	(pragma- tische) RCT	Psychische klach- ten (ICD: F32-F33, 40- 41, 43 & (risico op) verzuim). Diagnose gesteld door een arts. Studiepopulatie geselecteerd uit twee gemeentes in Zweden via ge- zondheidsinstellin- gen en arbo- diensten.	Interventie: N=22, M:2; V:20 Leeftijd gem: 43.5 jaar Opleiding: uni- versiteit N=8 Controle: N=28, M: 4, V: 24 Leeftijd gem: 43.0 jaar Opleiding: uni- versiteit N=9	<u>Interventie:</u> OGT: 12 weken (1x p.w. 3 uur); in groep. <u>Controle:</u> CGT (12 sessies van 1 uur p.w.)	Stress (SCI-93, continu). Werkvermogen (DOA- subschalen: persoonlijk, patro- nen, fysiek, orga- nisatie, communi- catie, continu). Op 12 weken (na interventie).	Geschatte verschillen (inter- ventie – controle) (95%BI) Gemiddeld verschil (95%BI): <u>Stress:</u> 3.2 (0.7, 5.7) 5.50 (1.06, 9.94) <u>Werkvermogen:</u> Persoonlijk: -3.4 (-6.4, -0.4) -3.60 (-6.38, -0.82) Patronen: 1.5 (-0.6, 3.7) -2.60 (-4.41, -0.79) Fysiek: -1.3 (-2.7, 0.0)	CGT is significant effectiever in het verlagen van stressklachten na 12 weken dan pro- bleemgestuurde groepsinterventie. Echter, op werk- vermogen is effect niet eenduidig.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
						-1.40 (-3.78, 0.98) Organisatie: -2.4 (-4.5, -0.3) -2.50 (-5.04, 0.04) Communicatie: 1.9 (-0.5, 4.2) 2.20 (-0.66, 5.06)	
Karlson; 2010; Zweden. (43)	CT	Stress (ICD-10 classificatie F43 - reactie op stress, aanpassings- stoornis) en ziekte- verzuim in de afge- lopen 2-6 maanden. Studiepopulatie ge- selecteerd met beh- ulp van sociale verzekeringsmede- werkers.	Interventie: N=74, M:15, V:59 Leeftijd gem: 46.6 jaar (SD:9.1) Controle: N=74, M:18, V:56 Leeftijd gem: 46.1 (SD:11.1)	<u>Interventie:</u> Gesprek onderzoe- ker en leidingge- vende (1 keer), gesprek patiënt en leidinggevende (1 keer 1.5 uur) over RTW en bijeen- komst van 6 pati- enten (1x na enkele weken). <u>Controle:</u> Geen interventie.	Ziekteverzuim (register) tot 1.5 jaar sinds start van de studie. Uitgedrukt in percentage ver- zuim ten opzich- te van werk- week.	<u>Volledig RTW:</u> 10/80 weken: Interventie: 15%/64% Controle: 42%/64% <u>100% ziekteverzuim:</u> 10/80 weken: Interventie: 42%/11% Controle: 32%/27%	Werknemers die een werkplek ge- oriënteerd gesprek hebben met hun leidinggevende over terug gaan naar werk zijn minder vaak volle- dig afwezig dan werknemers die dit gesprek niet heb- ben gehad.
Peterson; 2008; Zweden. (44)	RCT	Burnout (in het 75 ^{ste} percen- tel van de OLBI scorede van alle werknemers in een specifiek gebied). Studiepopulatie ge- selecteerd uit werk- nemers in een ge- meente in Zweden.	Interventie: N=51, M:2, V:49 Leeftijd gem: 52.7 jaar (SD:5.6) Controle: N=80, M:13, V:67 Leeftijd gem: 50.7 jaar (SD:6.6)	<u>Interventie:</u> Psychosociale the- rapie (peer support self care), 10 we- ken, 1x p.w. van 2 uur, extra sessie na 4 weken. <u>Controle:</u> Geen interventie.	Burnout (OBLI, 2 sub- schalen uitput- ting, bevlogene- heid, continu). Op 12 maanden.	Gemiddelde (SD) (interven- tie/controle) <u>Uitputting:</u> Baseline: 2.76 (0.35)/2.79 (0.35) Follow-up: 2.51 (0.46)/2.67 (0.39) Gemiddeld verschil (95%BI): -0.16 (-0.31, -0.01) <u>Bevlogenheid:</u> Baseline: 2.46 (0.59)/2.46 (0.58) Follow-up: 2.19 (0.56)/2.31 (0.55)	Geen significant verschil in burnout tussen de interven- tie en controle groep na 12 maanden.

						Gemiddeld verschil (95%BI): -0.12 (-0.32, 0.08)	
Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
van Rhenen; 2005; Nederland. (47)	RCT	Distress (4DSQ >0.32) Studiepopulatie geselecteerd uit uitgenodigde van screening werk- nemers telecom- communicatiebedrijf.	N=130, M:117, V:13 Leeftijd gem: 44.2 jaar (SD:7.4).	<u>Interventie 1:</u> Fysieke en relaxa- tie oefeningen (4 sessies in 8 we- ken). <u>Interventie 2:</u> CGT (frequentie niet gerappor- teerd).	Stress (schaal 4DSQ - distress schaal, continu). Burnout (schaal UBOS – uitputting, cy- nisme, persoon- lijke effectiviteit, continu). Op 10 weken (na interventie) en 6 maanden follow- up.	Interventie 1/2: gemiddelde (SD) <u>Distress:</u> Baseline: 0.54 (0.15)/0.53 (0.16) Na interventie: 0.41 (0.25)/0.33 (0.24) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.08 (-0.03, 0.19) Follow-up: 0.36 (0.22)/0.32 (0.27) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.04 (-0.07, 0.15) <u>Uitputting:</u> Baseline: 3.41 (1.24)/2.75 (1.22) Na interventie: 3.07 (1.51)/2.64 (1.37) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.43 (-0.24, 1.10) Follow-up: 3.13 (1.47)/2.92 (1.45) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.21 (-0.47, 0.89) <u>Cynisme:</u> Baseline: 2.27 (1.11)/2.28 (0.97) Na interventie: 2.18 (1.07) / 2.24(1.01) Gemiddeld verschil (95%BI): -0.06 (-0.54, 0.42)	In beide interven- tie-groepen ver- laagden de stress- gerelateerde klach- ten significant maar geen signifi- cant verschil tus- sen de groepen direct na de inter- ventie of op follow- up.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
Saganha; 2012; Portugal. (45)	RCT	Emotionele uitputting (>26 op subschaal MBI 'emotionele uitputting'). Studiepopulatie geselecteerd uit 19 gezondheidsinstellingen.	Interventie: N=8 Controle: N=8 Geslacht, leeftijd, educatie: niet gerapporteerd	<u>Interventie:</u> Relaxatie (Qigong), 1 week groep (dagelijks 20min) daarna 2 weken individueel (2 dagelijks 5min). <u>Controle:</u> WachtlIJst	Burnout op 3 weken (na interventie) (MBI, continu).	<p>Follow-up: 2.11 (1.12)/2.41 (1.08) Gemiddeld verschil (95%BI): -0.30 (-0.81, 0.21) <u>Persoonlijke effectiviteit:</u> Baseline: 2.00(1.00)/1.82(0.87) Na interventie: 1.81(0.91)/1.65(0.83) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.16 (-0.24, 0.56) Follow-up: 1.84(0.88)/1.61(0.94) Gemiddeld verschil (95%BI): 0.23 (-0.19, 0.65)</p> <p>Baseline en na interventie (interventie/controlle, gemiddelde (SD)): <u>Emotionele uitputting:</u> 38.9(7.3)/33.9(4.1) 31.4(12)/37.9(3.5) Gemiddeld verschil (95%BI): -6.50 (-15.16, 2.16) <u>Depersonalisatie:</u> 10.8(9.0)/7.3(4.3) 6.8(4.6)/10.6(5.0) Gemiddeld verschil (95%BI): -3.80 (-8.51, 0.91) <u>Persoonlijke vervulling:</u> 35.4(10.4)/37.5(2.7) 33.9(6.4)/37.1(3.0) Gemiddeld verschil (95%BI): -3.20 (-8.10, 1.70).</p>	Qigong t.o.v. geen interventie is niet effectief in het verlagen van burnout na 3 weken.

Auteur; jaar; land	Methoden	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
Sato; 2014; Brazilië. (46)	RCT (geblindeerd, 3 groepen)	Stress symptomen (SSL-score: 37-119). Studiepopulatie geselecteerd uit ziekenhuismedewerkers.	Interventie 1: N=58 Interventie 2: N=59 Controle: N=58 Totaal gem leeftijd: 34 jaar (SD: 7.85)	<u>Interventie:</u> Acupunctuur. Interventie 1: vooraf bepaalde punten. Interventie 2: op basis van consult per afspraak. Interventie 1+2: 12 sessies, 2x pw 5-10 min. <u>Controle:</u> Geen interventie.	Stress (SSL, continu). Op 6 weken (na interventie) en 30 dagen follow-up.	<u>Stress:</u> Verschilscore (95%BI) Interventie 1: Na interventie: -23.59 (-31.14, -16.04) Follow-up: -17.78 (-26.26, 9.30) Interventie 2: Na interventie: -16.79 (-24.71, -8.88) Follow-up: -13.76 (-21.93, -5.59) Controle: Na interventie: 7.62 (0.17, 15.01) Follow-up: 5.46 (2.91, 13.81) Gemiddeld verschil (95%BI) Na interventie: Interventie 1 vs controle -19.91 (-28.09, -11.73) Interventie 2 vs controle -23.97 (-31.61, -16.33) Follow-up Interventie 1 vs controle -14.71 (-23.99, -5.43) Interventie 2 vs controle -15.99 (-25.40, -6.58)	Acupunctuur helpt significant in het verlagen van stressklachten na 6 weken interventie t.o.v. geen interventie.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie; sampling	Kenmerken populatie	Interventie; controle	Uitkomstmaten	Resultaten	Conclusie
Willert; 2014; Dene-marken. (48)	Vergelij-kende follow-up studie	Stress assessment uitgevoerd door sociale medewerker en psycholoog. Studiepopulatie geselecteerd uit werknemers met ziekteverzuim als gevolg van stress.	Interventie 1: N=48, M:10, V:38 Leeftijd: 25-59 jaar. Interventie 2: N=45, M:6, V:39 Leeftijd: 26-59 jaar.	<u>Interventie 1+2:</u> Educatie, fysieke activiteiten, ontspanningsoefeningen, activiteiten gericht op RTW in groepen van maximaal 12 personen, 5 hele dagen p.w. voor 16 weken. Interventie 1: buiten, interventie 2: binnen.	Stress (PSS, continu). Werkvermogen (WAI VAS-schaal). Op 3 maanden (na interventie) en 3 maanden follow-up.	Gemiddeld verschil (95%BI): <u>Stress:</u> Na interventie: -0.45(-3.54, 2.63)/ Follow-up: 0.67(-3.07, 4.40). <u>Werkvermogen:</u> Na interventie: 0.70 (-0.43-1.84) Follow-up: 0.46(-0.86-1.78)	De multimodale therapieën verlaagden de stress en verhoogden het werkvermogen tijdens de interventie. Echter, geen verschil of deze therapie binnen of buiten werd gegeven.

Afkortingen: 4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; 95%BI= 95% Betrouwbaarheidsinterval; BDI= Beck Depression Inventory; BMS-10= Burnout Measure Short version; CGT= cognitieve gedragstherapie; CT= controlled trial; GHQ-12= General Health Questionnaire 12; M= man; MBI= Maslach Burnout Inventory; N= aantal; OGT= Oplossingsgerichte therapie; OLBI= Oldenburg Burnout Inventory; PSS= Perceived Stress Scale; p.w.= per week; RCT= Randomized Controlled Trial; RTW= Return To Work/ Terugkeer naar werk; SCI-93= Stress and Crisis Inventory; SD= standaard deviatie; SMBQ= Shirom Melamed Questionnaire; SSL= Stress Symptoms List; UBOS= Utrecht Burnout Schaal; V= vrouw; VAS= visueel analoge schaal; vs= versus.

Bijlage 21: Methodologische kwaliteit primaire studies interventies

	Randomisatie	Verwijzing toewijzing	Blindere van participanten en personeel	Blindere van de afname van de uitkomstmaat	Incomplete data op de uitkomst	Selectieve rapportage	Andere bronnen van bias	Totaal
Flaxman 2010 (38)	?, wordt niet uitgelegd hoe	-, controlegroep weet van zijn status	-, niet uitgelegd	-, controlegroep weet van zijn status	+, >50% deelname van de 107 uitgenodigd	+	+	3
Gavelin 2015 (39)	?, wordt niet uitgelegd hoe	-, mensen weten dat ze of interventie of controle krijgen.	-, beiden weten in welke groep zij zitten	-, subjectieve maten	+	+	+	3
Grossi 2009 (40)	-, geen randomisatie	-, interventiegroep weet van status	-, beiden weten in welke groep zij zitten	+	+	+	+	4
Jacquet 2015 (41)	+	+	+	+	+	+	+	7
Jansson 2015 (42)	+	+	-, niet uitgelegd	+	+, drop-out 44%	+	-, N=50	5
Karls0n 2010 (43)	-, wie toestemt doet mee aan de interventie	-, groepen weten van hun status.	-, iedereen die wil meedoen krijgt de interventie	-, subjectieve maten	+	+	+	3
Peterson 2008 (44)	+	+	-, iedereen weet van zijn status	-, subjectieve maten	+	+	+	5
Saganha 2012 (45)	+	?, onduidelijk	-, het is duidelijk in welke groep iemand zit.	-, subjectieve maten	+	+	-, N=8	3
Sato 2014 (46)	+	+	+	+	+	+	+	7
Van Rhenen 2005 (47)	?, wordt niet uitgelegd hoe	?, onduidelijk	-, niet uitgelegd	+	+	+	+	4
Willert 2014 (48)	-, wordt niet uitgelegd hoe	-, groepen weten van hun status na randomisatie	-, worden op basis van regio ingedeeld in groepen	+	+	+	+	4

Bijlage 22: GRADE interventies

Tabel 20.1: GRADE systematische review Arends et al (2012)

Doel studie: effect van interventies gericht op terugkeer naar werk bij mensen met overspanning of burnout			Arends 2012; systematische review van 9 artikelen. Follow up: 1 jaar (Tenzij anders vermeld)						
Uitkomsten			Kwaliteit van bewijs (GRADE)						
	Klachten	RTW – Gedeeltelijk Dagen	RTW – volledig dagen	Risico op bias	Inconsisten- tie	Indirect- heid	Onnauwkeurig- heid	Publicatie bias	Kwaliteit van be- wijs
CGT (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs geen behandeling	Blonk 2006	0.06 (95%BI -3.91, 4.02) (DASS)		+	+	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
	Blonk 2006; Willert 2011	-8.78 (95%BI -23.26, 5.71)		+	+	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
	Blonk 2006		-35.73 (-95%BI -113.15, 41.69)	+	-1, I ² >50%	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
Vs behan- deling niet gebaseerd op richtlijn	de Vente 2008	-0.67 (95%BI -6.06, 4.73) (DASS)		-1, hoog RoB, attri- tion	+	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
	de Vente 2008		19.81 (95%BI -26.17, 65.79)	-1, hoog RoB, attri- tion	+	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
CGT plus fysieke relaxatie (risico ratio, 95%BI)									
Vs fysieke relaxatie	Stenlund 2009	-0.50 (95%BI -0.97, -0.03) (SMBQ)		-1, attrition bias, co- intervention gelijk	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
	Stenlund 2009	1.04 (95%BI		-1, attrition bias, co-	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag

		0.58, 1.89)		intervention gelijk					
Stenlund 2009		0.72 (95%BI 0.23, 2.20)		-1, attrition bias, co- intervention gelijk	NVT	+	-1, < 400 mensen	NVT	Laag
Doel studie: effect van interventies gericht op terugkeer naar werk bij mensen met overspanning of burnout				Arends 2012; systematische review van 9 artikelen. Follow up: 1 jaar (Tenzij anders vermeld)					
Uitkomsten			Kwaliteit van bewijs (GRADE)						
	Klachten	RTW – gedeeltelijk	RTW – volledig	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Inviduele CGT (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs group CGT	De Vente 2008	-0.86 (-5.84, 4.12) (DASS, 4-12 mnd)		-1, attrition bias	NVT	+	-1, < 400 mensen	NVT	Laag
	De Vente 2008		2.94 (-12.07, 17.95)	-1, attrition bias	NVT	+	-1, < 400 mensen	NVT	Laag
OGT (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs behandeling niet gebaseerd op richtlijn	Bakker 2007; Brouwers 2006; van der Klink 2003	-0.36 (-1.76, 1.04) (4DSQ, 4-12 mnd)		+	+	+	+	NVT	Hoog
	Van der Klink 2003	-17.00 (-26.48, -7.52)		+	+	+	-1, < 400 mensen	NVT	Redelijk
	Bakker 2007; van der Klink 2003		-17.73 (-37.35, 1.90)	+	+	+	-1, < 400 mensen	NVT	Redelijk
Vs CGT	Rebergen 2009	-6.28 (-29.36, 16.80)		+	NVT	+	-1, < 400 mensen	NVT	Redelijk
	Rebergen 2009		-6.74 (-37.43, 23.95)	+	NVT	+	-1, < 400 mensen	NVT	Redelijk

Doel studie: effect van interventies gericht op terugkeer naar werk bij mensen met overspanning of burnout				Arends 2012; systematische review van 9 artikelen. Follow up: 1 jaar (Tenzij anders vermeld)						
Uitkomsten				Kwaliteit van bewijs (GRADE)						
		Klachten	RTW – gedeeltelijk	RTW – volledig	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Participatieve OGT (gemiddeld verschil, 95%BI)										
Vs OGT	Van Oostrom 2010	0.63 (-2.05, 3.31) (4DSQ, 4-12 mnd)			+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
	Van Oostrom 2010	-1.00 (-36.32, 34.32)			+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk

Afkortingen: 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; RTW= Return To Work / terugkeer naar werk; CGT= Cognitieve Gedragstherapie; OGT= Oplossingsgerichte therapie; vs= versus; SMBQ= Shirom Melamed Burnout Questionnaire; DASS= Depression, Anxiety, and Stress Scales; 4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; NVT= niet van toepassing; RoB= risico op bias; mnd= maanden.

Tabel 20.2

Uitkomsten			Kwaliteit van bewijs (GRADE)					
		Tijd tot RTW	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Interventies uitgevoerd door werknemers arbodienst gericht op RTW (gemiddeld verschil, 95%BI)								
Vs gebruikelijke zorg	Doki 2015 (review)	-6.64 dagen (-12.68, -0.59)	-1, RoB door allocation bias, gebrek aan blinding	+	+	+	NVT, 10 studies	Redelijk*
Stress management plus CAU (percentage)								
Vs care as usual	Grossi 2009 (CT)	% RTW Na interventie: 6%/12% 5 jaar follow-up: 40%/40%	-2, geen randomisatie	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Zeer laag

Afkortingen: RTW= Return to Work / terugkeer naar werk; NVT= niet van toepassing; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; RoB= risico op bias; CAU= care as usual / standaard behandeling; CT= controlled trial; CGT= Cognitieve Gedragstherapie. * Het is op basis van de review niet helder waarom studies door de auteurs als "uitgevoerd door werknemers arbodienst" worden gekenmerkt. Er zijn ook studies opgenomen in de meta-analyse waarbij geen arbo-professional bij betrokken was of waarbij arboprofessionals bij beide vergelijkende behandelingen betrokken waren (interventie en controle). De door deze review geleverde interventie is daarom buiten beschouwing gelaten in dit rapport.

Tabel 20.3

		Uitkomsten			Kwaliteit van bewijs (GRADE)				
		Klachten	Tijd tot RTW	Risico op bias	Inconsisten- tie	Indirect- heid	Onnauwkeurig- heid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Psychosociale therapie (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs geen interventie	Peterson 2008 (RCT)	-0.16 (-0.31, -0.01) & -0.12 (-0.32, 0.08 OBLI)	-	+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
OGT (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs CGT	Jansson 2015 (RCT)	5.50 (1.06, 9.94 SCI-93)	WAI	+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
Fysieke en relaxatie oefeningen (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs CGT	Van Rhenen 2005 (RCT)	Distress na interventie: 0.08 (0.03, 0.19 4DSQ) Cynisme na interventie: -0.06 (-0.54, 0.42 4DSQ) Persoonlijke effectiviteit na interventie: 0.16 (-0.24, 0.56 4DSQ)	-	-1, randomisatie onduidelijk.	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag

Afkortingen: RCT= randomized controlled trial; RTW= Return to Work / terugkeer naar werk; NVT= niet van toepassing; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; CGT= Cognitieve Gedragstherapie; OGT= Oplossingsgerichte therapie; vs= versus; OBLI= Oldenburg Burnout Inventory; 4DSQ= Four Dimensional Symptom Questionnaire; SCI-93= Stress and Crisis Inventory 93.

Tabel 20.4

		Uitkomsten	Kwaliteit van bewijs (GRADE)					
		Klachten	Risico op bias	Inconsistentie	Indirectheid	Onnauwkeurigheid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Qigong (gemiddeld verschil, 95%BI)								
Vs wachtlijst	Saganha 2012 (RCT)	-3.20 (-8.10, 1.70 MBI)	+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
Stress inoculation training (gemiddeld verschil, 95%BI)								
Vs wachtlijst	Flaxman 2010 (RCT)	-8.16 (-12.01, -4.31 GHQ-12)	-1, onduidelijke randomisatie	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
Acceptatie en commitment therapie (gemiddeld verschil, 95%BI)								
Vs wachtlijst	Flaxman 2010 (RCT)	-8.18 (-11.86, -4.50 GHQ-12)	-1, onduidelijke randomisatie	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
Mindfulness (effect, 95%BI)								
Alleen pre-post	Virgili 2015 (review)	Hedges's g: 0.68 (0.58, 0.78)	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	Zeer laag

Afkortingen: RTW= Return to Work / terugkeer naar werk; NVT= niet van toepassing; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; vs= versus; DASS= Depression, Anxiety, and Stress Scales; MBI= Maslach Burnout Inventory; GHQ-12= General Health Questionnaire 12.

Tabel 20.5

		Uitkomsten		Kwaliteit van bewijs (GRADE)					
		Klachten	RTW	Risico op bias	Inconsisten- tie	Indirectheid	Onnauwkeurig- heid	Publicatie bias	Kwaliteit van bewijs
Voedingssupplement (interventie/controler verschil baseline & follow-up)									
Vs placebo	Jacquet 2015 (RCT)	-2.3 (0.9)/ -0.6(0.8) (MBI-HSS)	-	+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
Acupunctuur (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs geen interventie	Sato 2014 (RCT)	Na interventie- 19.91 (-28.09, -11.73 SSL)	-	+	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Redelijk
Multimodale stress revalidatie plus cognitieve training via computer (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs multi- modale stress re- validatie	Gavelin 2015 (RCT)	-0.20 (95%BI -0.77, 0.37 SMBQ)	-	-1, on- duidelijk hoe	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Laag
Gesprek over RTW (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs geen interventie	Sato 2014 (RCT)	Na interventie -23.97 (-31.61, -16.33 SSL)	Verskil in volle- dig ziek- tever- zuim na 10 mnd: 10%	-2, geen rando- misatie	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Zeer laag
Multicomponent interventie buiten (gemiddeld verschil, 95%BI)									
Vs multicom- ponent inter- ventie binnen	Willert 2014 (CT)	0.67 (-3.07, 4.40 PSS)	-	-2, geen rando- misatie	NVT	+	-1, <400 mensen	NVT	Zeer laag

Afkortingen: RTW= Return to Work / terugkeer naar werk; NVT= niet van toepassing; 95%BI= 95% betrouwbaarheidsinterval; vs= versus; mnd= maanden; CT= controlled trial; RCT= randomized controlled trial; MBI= Maslach Burnout Inventory; SSL= Stress Symptom List; PSS= Perceived Stress Inventory; SMBQ= Shirom Melamed Burnout Questionnaire.

Bijlage 23: Evidence tabel systematische review patiëntenperspectief terugkeer naar werk

Auteur; jaar; land	Doel Inclusiecriteria	Kenmerk- en stu- dies	Onder- werps- perspectief	Thema's bevoor- dend	Thema's belemmerend	Conclusie
Andersen; 2012; Denemarken. (49) <i>Geïncledeerd:</i> Cowls 2009; Hillborg 2010; Holmgren 2004; Millward 2005; Noordik 2010; Pittam 2010; Saint-Arnaud 2006; Verdonk 2008. AMSTAR: 5/11	<u>Doel:</u> 1) welke obstakels en mogelijkheden ervaren patiënten met CMD? 2) wat karakteriseert RTW voor patiënten met CMD? 3) wat karakteriseert een interventie voor optimale RTW volgens mensen met CMD? <u>Inclusiecriteria:</u> 1) kwalitatieve studie; 2) gericht op RTW; 3) patiënten met CMD; 4) focus op RTW vanuit perspectief persoon met CMD. <u>Exclusiecriteria:</u> Wanneer de studie alleen gebaseerd was op interviews met leidinggevendenden, collega's of casemanagers.	N=8 (Nederland: 2; Canada: 2; GB: 2; Zwen: 2). <u>Studiepopulatie:</u> Leeftijd: 8-37 jaar (gem: 20). <u>Methode:</u> Individuele interviews: N=7. Focus groep: N=1.	Factoren gericht op RTW die belemmerend of bevorderend zijn.	- Gradueel RTW; extra tijd tijdens RTW voor toepassen nieuwe coping strategieën. - Minder werkuren, verantwoordelijkheid en taakomvang bij terugkeer op werk. - Positieve aanpassingen op werk: aanpassingen van taken, betere communicatie, controleren van werk, geen nachtdiensten. - Sociale steun van leidinggevende en collega's tijdens ziekte en RTW. - Interventies van mentale gezondheidszorg instanties. - Interventies van arbodiensten.	- De ziekte op zich; snel vermoeid, weinig concentratie. - Het moeilijk kunnen stellen of afbakenen van grenzen. - Hoge mate van verantwoordelijkheidsgevoel; dus te vroeg RTW. - Perfectionisme. - Onzekerheid over omgaan met werkdruk. - Geen vertrouwen in het vinden van nieuw werk. - Gevoel hebben dat werkgever en collega's denken dat de oorzaak niet bij werk ligt. - Verzekeringsmaatschappij (alleen focus op snelle RTW en minder op klachten). - Niet weten wanneer de juiste tijd is voor RTW. - Geen controle hebben over wanneer weer beginnen met werken. - Gat tussen voorgenomen strategieën om toe te passen en daadwerkelijke implementatie; leidt tot stagnatie RTW/ ziekteverzuim.	Werknemers vinden het moeilijk om te beslissen wanneer ze weer terug naar werk kunnen. Wanneer ze weer terugkeren hebben zij het moeilijk met het implementeren van geleerde strategieën door factoren als perfectionisme, verantwoordelijkheidsgevoel, lage zelf-effectiviteit, slecht grenzen kunnen aangeven, weinig steun van collega's en leidinggevende.

Afkortingen: CMD= common mental disorders; gem= gemiddelde; N= aantal artikelen; RTW= Return to Work/Terugkeer naar Werk.; GB= Groot Britannië.

Bijlage 24: Evidence tabel primaire studies patiëntenperspectief terugkeer naar werk

Tabel 24: Primaire studies gericht op werknemers perspectief op factoren die belemmerend en bevorderend zijn bij terugkeer naar werk.

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Onderwerps-perspectief	Thema's bevorderend	Thema's belemmerend	Conclusie
Norlund; 2013; Zweden. (50)	Individuele semigestructureerd interviews (45-90 min.)	Werknemers met emotionele uitputting die niet langer dan een jaar met ziekteverzuim zijn. Studiepopulatie getrokken uit mensen die zijn doorverwezen naar een stress kliniek.	N=12, M: 2, V: 10. Leeftijd: 25-61 jaar(mediaan: 39). Opleidingsniveau: Universitair: N=16.	Het hebben van de mogelijkheid om weer te werken, niet specifiek in dezelfde baan als voorheen.	<ul style="list-style-type: none"> - Ervaren van steun vanuit de werkplek. - Verzekering en de vakbond. - Familie en vrienden bijna niet genoemd. - Praktische steun: iemand anders nam (deels) verantwoordelijkheid en beslissingen over RTW. - Weten wat de verwachtingen zijn bij terugkeer naar werk. - Emotionele steun: iemand om op te leunen. - Geloofd worden door andere dat de patiënt werkelijk op ziekteverlof was. - Gewaardeerd worden door anderen als persoon en collega. - Nemen van eigen verantwoordelijkheid in (deel van) reden tot ziekteverzuim - Goede coping strategie toepassen in situaties. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leidinggevende en collega's die geloven dat de persoon niet meer hetzelfde kan als voorheen. - Slechte relatie met de verzekering m.b.t. betalen vergoeding, vooral wanneer de persoon geen eigen case manager had. - Gebrek aan emotionele steun door leidinggevende 	De mogelijkheid ervaren om weer aan het werk te gaan komt van interne factoren (inzicht in waarom de persoon ziek is geworden, de juiste coping kunnen inzetten, ervaren van steun, vertrouwen en waardering) en meer externe factoren (praktische en emotionele steun door leidinggevende, collega's en verzekering).

Auteur; jaar; land	Methode	Case definitie	Kenmerken populatie	Onderwerpsperspectief	Thema's bevorderend	Thema's belemmerend	Conclusie
Sandmark; 2010; Zweden. (51)	Thematische individuele open einde interviews (60 min.)	Burnout, minor depressie, vermoeidheidssyndroom (diagnose vaststelling niet gerapporteerd) meer dan 90 dagen ziekteverzuim. Studiepopulatie getrokken uit een lopend Zweeds cohortstudie.	N=16, M:0, V:16. Leeftijd: 31-52. Opleidingsniveau: Universitair: N=16.	Factoren die hebben geleid tot ziekteverzuim.	Geen gerapporteerd.	<ul style="list-style-type: none"> - Werken in een bedrijf met veel mannen. - Weinig begrip voor privé situaties. - Geslachtsdiscriminatie. - Weinig leiderschap, steun, voorbeeldmodellen en sturing. - Tekortkomingen in werkvaardigheden. - Oninteressante of niet stimulerende baan. - Geen passende baan en collega's. - Moeite met het stellen van grenzen. - Incidenten in het privéleven. - Disbalans verdelen van energie tussen privé en werk. - Stress gerelateerde klachten en te weinig rust na drukke periodes. 	Het hebben van een niet passende baan, werkplek, problemen op de werkvloer en ervaren discriminatie op basis van geslacht (bij vrouwen alleen) hebben geleid tot een verminderde gezondheid en burnout syndroom resulterend in verminderde werkcapaciteit en vervolgens ziekteverzuim.

Afkortingen: M=man V= vrouw; min= minuten; N= aantal mensen; RTW= Return to Work/Terugkeer naar Werk.

Bijlage 25 Beroepsverenigingen

In het kader van de toepassing en gebruik van de verrichte literatuurstudie is het huidige rapport voor feedback en aanvullingen op de witte vlekken verstuurd naar: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NvVG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten (NVP) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).

Nederlandse Huisartsen Genootschap

De NHG was van mening dat er passages staan in het rapport die bruikbaar zijn voor de huisarts. Zij vonden echter dat de rest van het rapport sterk gericht is op de interventies van professionals buiten het domein van de huisarts. Zij kaartten als witte vlek aan dat er weinig bekend is over preventie. Aangezien dit buiten onze vraagstelling viel heeft dit niet geleid tot aanpassingen aan het rapport.

Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde

De NvVG was van mening dat de vertaalslag naar de verzekeringsgeneeskunde ontbreekt in dit rapport. Zij gaven aan dat klachten en belemmeringen voor functioneren in het rapport zijn gedocumenteerd maar dat de vertaling naar advies in de verzekeringsgeneeskundige praktijk ontbrak. Er is voor gekozen om de status van de evidence update en de benodigde stappen om tot een richtlijn voor de praktijk te komen expliciet te benoemen in het rapport (hoofdstuk conclusie).

Nederlands Instituut van Psychologen

Het NIP gaf aan dat zij dit rapport als zeer zinvol en bruikbaar vonden voor de kennisproducten in hun beroepsgroep. Zij gaven terecht aan dat het ontbreekt aan voldoende kennis van hoog kwaliteit bewijs, een reden tot het verrichten van meer onderzoek ter het aanpassing van de richtlijnen. De aanvullende witte vlekken betrof gebruik van EEG voor een objectieve meting van de cognitieve functioneringsproblemen. Hierover is informatie opgenomen in het rapport. Het NIP had ook een vraag omtrent de succesfactoren van de behandelaar, preventie omtrent burnout/overspanning en welke persoonlijkheidsfactoren een rol zouden kunnen spelen bij het ontstaan van de klacht. Gezien dit buiten de scope van het onderzoek lag is dit niet opgenomen in dit rapport.

Nederlands Vereniging van Psychotherapie

De NVP was van mening dat de verzamelde en gerapporteerde kennis over relevante interventies op het gebied van werk en psychische gezondheid in de toekomst kan worden gebruikt als kennisproducten voor de beroepsgroep. De aanvullende witte vlekken betreft de vraag omtrent het effect van de interventie bij verschillende patiënten en de stand van zaken betreft het toepassen van e-health of m-health. Hiervoor zijn geen interventies gevonden of opgenomen. Wel is e-health en m-health opgenomen als onderwerp in het hoofdstuk over witte vlekken.

Nederlands Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

De NVAB waardeerde het opgestelde onderzoek en gaf aan dat zij het als fijn ervoeren dat het stuk wordt geopenbaard zodat iedereen hieruit kan putten. Als witte vlekken zijn op aanraden van de NVAB de nieuwe kijk op gezondheid volgens Huber en pre-

senteïsme als uitkomstmaat opgenomen. Daarnaast zijn wij geattendeerd op de prevalentie en incidentie data van 2013 gerapporteerd door de NIVEL, die waren gemist in de periode van de zoekactie. Deze werden uiteraard opgenomen in de laatste versie van dit rapport.