

Werkhervatting na een depressie of burn-out

Vaes, P., Vanheel, A., Claesen, B., Nuyts, E., Luts, A., Timmers, F., Schollen, C., Ruppel, P., Vanheel A., & Spooren, A. (te verschijnen september 2016). Terug aan het werk na een depressie of een burn-out: onderzoek naar de effecten van een specifieke coachingsmethodiek en ervaringen van hulpvragers. In: *Jaarboek Ergotherapie 2016*. Acco.

Werkcontinuering en werkhervatting bij depressie en burn-out moeten op een constructieve manier gebeuren om ziekte herval te vermijden en een langdurige vlotte samenwerking tussen werkgever en werknemer te bekomen. Uit de realiteit blijkt dat de tijd dat mensen thuis zitten vaak lang is, wat werkhervatting moeilijk maakt. Verder hebben deze mensen het moeilijk om hun werk te behouden. Toch zijn er tot op heden maar weinig mogelijkheden om zowel de hulpvrager (klant), als de werkgever te begeleiden in dit proces, deze worden doorgaans te weinig gebruikt. Om een brug te bouwen tussen het zorgnetwerk, het werknemersnetwerk en de werknemer is er binnen het ESF-project 'Depressie en Werk' een methodiek ontwikkeld om extra ondersteuning te bieden aan zowel hulpvragers als werkgevers. Deze methodiek heeft als doel het aan de slag te blijven of succesvol terug aan de slag te gaan bij een depressie of burn-out. Hierbij werden een coachingsprogramma en een website (www.zorgwerkportaal.be) ontwikkeld en getest.

(mannen: 4,9%, vrouwen: 8,3%) (Volksgezondheid, 2013). In Nederland werd berekend dat depressie tot een jaarlijkse maatschappelijke kostenpost van 1,3 miljard euro leidt: 15% van deze kosten worden gemaakt door beroep te doen op zorg, de overige 85% ontstaan door productieverliezen ten gevolge van ziekteverzuim (Riper et al., 2007). In België is er momenteel maar 16,6% van de beroepsbevolking met een depressie aan het werk (Samoy, 2015). Ook burn-out komt steeds meer voor in België. In een peiling bij huisartsen en bedrijfsartsen in 2010 bleek er een prevalentie voor burn-out te zijn van 0,8% (Hansez, Mairiaux, Firket, & Braeckman, 2010). Het is dan ook van groot belang dat werkcontinuering en re-integratie op de werkvloer vlot verlopen, zodat herval voorkomen kan worden.

In 2000 stond depressie wat betreft oorzaken van ziektelast wereldwijd op de vierde plaats en op Europees niveau op de derde plaats (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004). Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2013 zou 6,7% van de Belgische bevolking ouder dan vijftien last hebben van depressieve symptomen

De meerderheid van de personen met een depressie of burn-out doet beroep op zijn/haar huisarts. Indien nodig wordt de zorg uitgebreid naar meer gespecialiseerde zorgactoren zoals psychotherapeuten (Hansez et al., 2010). Momenteel is het zo dat deze begeleiding door de zorgactoren enkel loopt tot aan de werkhervatting. Voor de

werkhervatting zelf, of het zoeken naar een gepaste job kan er onder andere beroep gedaan worden op trajectbegeleiding (VDAB/gespecialiseerde trajectbegeleiding (GTB)). Ongeveer de helft van de trajecten binnen GTB betreft werkzoekers met een psychische kwetsbaarheid. Bedrijven hebben zelf ook vaak een aantal interne actoren en grotere bedrijven maken vaak gebruik van een 'Employee Assistance Programme' (EAP) om hun medewerkers (onder andere psychologisch) te ondersteunen. Vanuit het zorgnetwerk wordt er echter te weinig de link gelegd naar de werkcontext en *vice versa*. Er is ook geen onderbouwde, gestructureerde manier die deze twee werelden met elkaar verbindt. De knowhow is vaak wel aanwezig, maar deze kan versterkt worden, en een aangepast traject zou uitgewerkt moeten worden. Integratie van de verschillende betrokkenen, zoals GTB, maar ook arbeidsgeneesheren, preventiedienst, medische adviseurs, psychologen (al dan niet via een EAP) en werkgevers in deze return-to-work begeleiding is hierbij van groot belang. Dit idee is in lijn met de welzijnswetgeving die recent vernieuwd werd en nog meer benadrukt dat werkgevers bekommerd moeten zijn omtrent het welzijn van de medewerkers en actie moeten nemen hieromtrent.

Werkgevers willen medewerkers die behandeld werden voor een depressie of burn-out wel (re-) integreren in het bedrijf. Ze weten echter niet hoe ze dit best aanpakken en kennen de weg niet naar de juiste diensten, die vlot aanspreekbaar zijn om hen hierbij, indien nodig, te ondersteunen. Het is voor werkgevers van groot belang dat ze erop kunnen rekenen dat de productiezekerheid niet zal verminderen en dat talent niet zal verdwijnen. Daarom is een doorzichtig en geïntegreerd aanbod van actoren die allen actief zijn op het domein werk en zorg, en die een expertise hebben in de specifieke problematiek noodzakelijk. Denk maar aan gespecialiseerde trajectbegeleiding (GTB), gespecialiseerd opleidings-, begeleidings- en bemiddelingscentrum (GOB), arbeidsgeneeskundige diensten, preventiediensten, medisch adviseurs, psychologen (al dan niet via EAP) en loopbaan-coachen.

Tot op heden is er geen (gestandaardiseerde, neutrale) hulp die zowel de werknemer als de werkgever hierin begeleid. Het doel van dit project is

de ontwikkeling van een methodiek die een brug bouwt tussen werkgevers en werknemers, om beide partijen op een neutrale en goede manier te begeleiden naar een constructieve, langdurige samenwerking. Precies om die reden werd een coachingsprogramma en een website ontwikkeld waarbij de hulpvrager geholpen wordt bij het behouden, hervatten van of zoeken naar een job, maar waar ook de werkgever betrokken en geholpen wordt in dit proces. Verder beoogt dit project ook de evaluatie van deze methodiek. Dit aan de hand van een pilootstudie.

Methodologie

Ontwikkeling website en coachingsprogramma

Heel wat informatie, tools, tips en tricks werden geselecteerd en ontwikkeld om binnen dit project ondersteuning te bieden aan mensen met een depressie of burn-out die aan de slag wilden blijven of terug aan de slag wilden gaan. Algemene info, tips en tricks werden op de website www.zorgwerkportaal.be geplaatst. Op deze website wordt er een onderscheid gemaakt tussen de verschillende actoren: de hulpvrager (de persoon met een depressie of burn-out), de begeleider of coach en de werkgever. Het hoofddoel van de site is het aanbieden van enkele basistools en tips voor werkgevers en werknemers. Het coachingsprogramma biedt op de website ook gepersonaliseerde ondersteuning (in de vorm van een online dagboek) en andere tools aan via een persoonlijke login.

Buiten de online tools die ter beschikking gesteld worden via de website, bestaat het coachingsprogramma ook uit persoonlijke begeleiding. Hierbij zal een begeleider samen met de hulpvrager en zijn zorg- en werknetwerk aspecten van het werk bespreken en de werkhervatting (indien van toepassing) voorbereiden en opvolgen. De methodiek van het coachingsprogramma verloopt in vier stappen: intake, analyse, aan de slag en opvolging. Hierbij wordt benadrukt dat de begeleider geen psychologische hulpverlening biedt, maar wel samen met de hulpvrager zoekt hoe vaardigheden nog beter ingezet kunnen worden aan de hand van oefeningen en tools. Daarnaast ondersteunt de coach ook het concreet toepassen van deze vaardigheden in

de werkcontext. Het volledige programma met de tools is te vinden op het portaal.

Proof of concept

De effectiviteit van dit coachingsprogramma werd door middel van een pilotstudie getest. Hierbij werd een kleine groep van hulpvragers geïncludeerd in het coachingsprogramma; er was geen controlegroep. Een *informed consent* werd getekend door alle deelnemers. Hun algemene stemming, depressieve klachten en eigen competentie inschatting werden via onderbouwde vragenlijsten zoals de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) en de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) nagegaan. Dit gebeurde zowel aan de start van het programma, als bij afsluiting van de begeleiding. Gebruikte vragenlijsten zijn algemeen geaccepteerde instrumenten die breed verspreid worden gebruikt. De PANAS brengt de gevoelens en emoties van de hulpvragers in beeld (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Depressieve symptomen werden aan de hand van de CES-D vragenlijst bekomen, dit is een korte zelfrapportage tool die depressieve symptomen in de voorbije week rapporteert (Lyness et al., 1997). Een Nederlandstalige versie van deze origineel Engelstalige vragenlijst werd uitgewerkt door het Noordelijk Centrum Gezondheidsvraagstukken in Nederland (Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995). Ook werd de SPOED vragenlijst ontwikkeld. SPOED staat voor sociale vaardigheden, persoonlijke ingesteldheid, organisatievermogen, emotionele bekwaamheid en doelgerichtheid. Deze vragenlijst geeft inzicht in de inschatting van de eigen competentie.

Verder werden de ervaringen van hulpvragers over het programma bevestigd aan de hand van focusgroepen. Hierbij werden enkele hulpvragers (van verschillende coaches, representatieve groep) uitgenodigd voor een groepsgesprek. Dit gesprek werd door twee onafhankelijke onderzoekers geleid, dit aan de hand van een topiclijst. Zo werd er onder andere gepolst naar het gebruik en het nut van de verschillende tools, de hulp die geboden werd door de coaches bij werkhervatting, de kwaliteit van de coaching en goede en minder goede punten aan het programma. Analyse gebeurde aan de hand van hermeneutiek en thematische analyse.

Resultaten

Verloop coaching

De methodiek die ontwikkeld werd voor het coachingsprogramma verloopt in vier stappen. Tijdens het intake moment zullen hulpvrager en begeleider in een confidentiële sfeer samen de problemen situeren. Hierbij is er ook veel aandacht voor de doelen die hulpvrager en begeleider samen voorop stellen voor het verloop van de coaching. Zo vroeg mogelijk in de coaching worden zowel het zorg- als het werknetwerk van de deelnemer betrokken bij de begeleiding. Tijdens de analyse zal de hulpvrager samen met zijn begeleider de noden en mogelijkheden bespreken die van belang zijn bij de werkhervatting. Het online dagboek wordt geïntroduceerd, waarbij de hulpvrager gedurende de verschillende fases, liefst dagelijks, een aantal korte vragen beantwoordt. Deze resultaten zijn confidentieel, maar kunnen worden gebruikt bij de gesprekken met de begeleider. Hierbij wordt de balans tussen energienemers en energiegevers in kaart gebracht.

Wanneer er een goed beeld is van de situatie, de noden en mogelijkheden besproken zijn, wordt er een actieplan opgesteld. Hierbij worden de eerste gesprekken met de werkgever indien gewenst ook voorbereid. Tijdens de 'aan de slag fase' wordt de concrete instap in de job gedaan. Hierbij kan de begeleider in overeenstemming met de hulpvrager ook zelf contact opnemen met de werkgever, of aanwezig zijn bij het eerste gesprek. Opvolging tijdens de eerste maanden na werkhervatting gebeurt door middel van het online portaal en persoonlijke gesprekken tussen hulpvrager en/of werkgever en coach. Het online dagboek, met ook het identificeren van energienemers en energiegevers, is hierbij een grote hulp. De begeleider zal tools op maat van de hulpvrager/werkgever aanbieden om een duurzame samenwerking te ondersteunen. Deze methodiek en de gebruikte tools zijn gebaseerd op tien vuistregels die het uitgangspunt vormen van het aanbod en de werking van het coachingsprogramma (tabel 1).

De coaching tijdens het pilotproject duurde gemiddeld een kleine vier maanden. Hierbij was er tussen de coach en de hulpvrager gemiddeld zes

Tabel 1.

Vuistregels van het coachingsprogramma

Evidence-based	Waar mogelijk worden methodieken gehanteerd die bewezen effectief zijn of gebaseerd zijn op goed onderbouwde wetenschappelijke modellen, richtlijnen of benaderingen.
Empowerment	De verschillende partijen worden op een 'empowerende' manier benaderd en gestimuleerd en/of ondersteund om zoveel mogelijk zelf te handelen of initiatief te nemen.
Geïntegreerde benadering	Er wordt gewerkt vanuit een systemische benadering. De verschillende actoren worden van bij het begin van het traject in kaart gebracht en krijgen zo vroeg mogelijk bij de aanvang van het traject een rol. Bijzondere aandacht gaat hierbij uit naar het verkrijgen van het engagement van de werkgever.
Persoonlijk en op maat hulpvrager	De aanpak is afgestemd op de individuele noden van de deelnemer en zijn context. Er kan gebruik gemaakt worden van de richtlijnen, methoden en structuren waar nodig, maar deze worden flexibel ingezet. De persoonlijke band die de deelnemer opbouwt met de coach is belangrijk voor het vertrouwen.
Blended gebruik van de methodieken	Er wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden (individueel, groep, online). Telkens wordt afgewogen of en wanneer deze een meerwaarde of nut zouden kunnen hebben voor het traject.
Op maat van de organisatie/werkgever	De aanpak is ook afgestemd op de specifieke noden van de werkgever en/of de organisatie waarin de deelnemer heropstart.
Aanpak van de werkgever Informatie Opvang werkgever-eigen bezorgdheden	De werkgever wordt zo vroeg mogelijk in het traject betrokken. Ideaal gezien wordt hij aangespoord om van bij aanvang van ziekte contact te houden met de deelnemer. De coach is aanspreekpunt voor bezorgdheden van de werkgever-eigen bezorgdheden.
Ingebed in het bestaande zorg/werk netwerk	Naast de deelnemer, werkgever en zijn context wordt er ook samengewerkt met de meer gespecialiseerde partners uit het zorgnetwerk onder andere de arts, therapeut van het CGG, gespecialiseerde DGO- medewerker en het werknetwerk onder andere GTB, loopbaanbegeleiders.
Meerzijdig partijdig	De coach heeft een sterke bemiddelende rol en tracht hulpvrager en werkgever mee te krijgen in het integratietraject. Met respect voor de individuele privacy zal de coach enkel die informatie doorgeven aan de andere partij waarvoor hij/zij toestemming heeft gekregen van de betrokken partij.
Duurzaam	Tijdens de coaching wordt er gebouwd aan een duurzame nieuwe samenwerking en netwerk op de werkvloer en met de zorgpartners. De doelstelling is dat de deelnemer nieuwe vaardigheden verwerft doorheen het traject en een sterk netwerk opbouwt zodat hij/zij op een zelfstandige manier toekomstige problemen zelf kan aanpakken.

keer contact. Deze contacten bestonden voor het grootste deel uit persoonlijke face-to-face meetings. Daarnaast werden ook een aantal contacten via telefoon of mail afgehandeld. Naast de contacten tussen de coach en de hulpvrager was er soms ook contact met de werkgever. In de meeste gevallen ging dit om een face-to-face meeting, maar bij enkele hulpvragers waren er ook meerdere meetings en telefonische contacten. Daarenboven werd er ook contact opgenomen met zorgactoren zoals psycholoog of huisarts en met mutualiteit (figuur 1). Tijdens het pilootproject kwam 72% van de deelnemers tot een re-integratie op de werkvloer.

Evolutie stemming, depressieve symptomen, competentie inschatting

Aan de hand van vragenlijsten zowel aan de start als bij afsluiting van de coaching werd de evolutie van de stemming, depressieve symptomen en de eigen competentie inschatting van de hulpvragers in kaart gebracht. Met de PANAS vragenlijst werd er gekeken naar veranderingen in positieve en negatieve affectiviteit. Wanneer we de resultaten van de vragenlijst voor en na het coachingsprogramma vergelijken, is er een daling te zien van de negatieve affectiviteit.

Figuur 1.

Voorbeeldcase

Case

Socio-demografische gegevens: vrouw, leeftijdsgroep 25-34 jaar, bachelor opleiding

Diagnose: burn-out

Duur ziekteverzuim: 6 maanden

Coachingsprogramma

Totale duur: 4 maanden

Tijdstip van re-integratie: 1 maand na start coaching

Totaal # contacten: 15

Persoonlijk, individueel met WN: 6

met WG: 1

Mail/telefonisch

met WN: 4

met WG: 2

met therapeut: 2

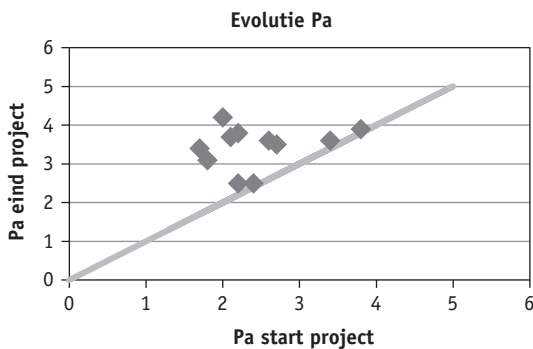
Dit wil zeggen dat er minder negatieve emoties en stemmingen zijn aan het einde van het traject. Daarenboven is er ook een stijging in de positieve affectiviteit. Er is dus een verbetering van de stemming bij de hulpvragers gedurende de coaching. In figuur 2 zijn de resultaten te zien van de positieve affectiviteit. Op de X-as is de score te zien aan de start van de coaching, op de Y-as de score na afloop van de coaching. Wanneer de punten op de grafiek zich boven de bissectrice (diagonale lijn) bevinden, geeft dit een stijging van de score weer gedurende

de coaching. Dit geeft dus weer dat de hulpvragers meer positieve affectiviteit tonen aan het einde van de coaching in vergelijking met de start.

De CES-D is een peiling naar depressieve symptomen, maar toont geen klinische depressie aan. Aan het einde van de coaching is er een daling van de depressieve symptomen te zien in vergelijking met de start. Ook hier zien we dus een verbetering optreden. Een derde vragenlijst, de SPOED, geeft de inschatting van de eigen competentie weer. Uit de resultaten van de vragenlijst blijkt dat na afloop van het coachingsprogramma de eigen competentie als beter wordt ingeschat. Over het algemeen geven dus alle drie de vragenlijsten weer dat er gedurende de coaching een verbetering optreedt van de gevoelens en emoties van de hulpvragers.

Figuur 2.

Positieve affectiviteit PANAS



Noot: De score voor positieve affectiviteit zowel voor (X-as) als na (Y-as) het coachingsprogramma wordt hier weergegeven. Ieder punt op de grafiek geeft de score van een hulpvrager weer. De deelnemers tonen een grotere positieve affectiviteit aan het einde van de coaching in vergelijking met bij de start.

Bevindingen hulpvragers

De coaching werd over het algemeen als zeer positief ervaren. Hulpvragers gaven aan dat de grootste meerwaarde lag bij de hulp die aangeboden werd bij het eerste contact met de werkgever. Hierbij ontstond er volgens de hulpvragers begrip en gehoor bij de werkgever, en een betere communicatie tussen werkgever en werknemer. Aandachtspunten die werden aangehaald zijn een mogelijk langere opvolging na werkhervatting, nog meer praktische tips na de werkhervatting en een regelmatig contact met de begeleider (idealerweise een keer om de twee weken). De eventuele meerwaarde van

groepsessies en eventuele workshops met vaardigheden en technieken werden aangehaald door de hulpvragers tijdens deze focusgroep.

Conclusie

In de maatschappij is er een toenemend aantal personen met depressie en burn-out. Dit heeft een grote impact op de persoon (op gebied van gezondheid en welbevinden), maar ook op socio-economisch vlak. Tot op heden focuste onderzoek vooral op de verlichting van kernsymptomen, maar dit heeft niet noodzakelijk een effect op het ziekteverzuim, de functionaliteit of de productiviteit op het werk. Begeleiding stopt immers vaak wanneer de hulpvrager terug aan het werk gaat of, in het geval hij doorloopt, worden er te weinig linken gelegd met de werkcontext. De kans op herval wordt dus groter. Een onderbouwde begeleiding ook na de re-integratie, bij voorkeur door een neutraal iemand, kan zorgen voor een langdurige samenwerking tussen werkgever en werknemer. Het helpt in de uitbouw van een trajectbegeleidingsplan aangepast aan de specifieke noden van werknemers met een depressie of burn-out. Bovendien worden in dit project ook de noden van de werkgever in rekening gebracht. Zo fungeert de coach ook als aanspreekpunt voor werkgevers.

Met het coachingsprogramma wordt deze voortgezette begeleiding, met focus op zowel werknemer als werkgever, aangeboden, vanuit een meerzijdig partijdig perspectief. De resultaten van zowel de vragenlijsten naar gevoelens en competenties, als de kwalitatieve resultaten uit de focusgroep geven aan dat de hulpvrager nood heeft aan een dergelijke begeleiding. Uit de resultaten blijkt dat de inschatting van de eigen competentie stijgt en de gevoelens en de depressieve symptomen positief evolueren gedurende het traject. De deelnemers geven aan vooral meerwaarde te hechten aan de hulp die ze krijgen bij de eerste contacten met de werkgever. Hoewel het hier gaat om een kleine steekproef, zijn deze resultaten een indicatie dat deze voortgezette begeleiding een meerwaarde kan bieden voor zowel werknemer als werkgever.

Naar de toekomst toe moet deze coaching dus geïmplementeerd en uitgebreid worden. Uit het focusgroepsprek zijn een aantal werkpunten

naar voor gekomen die zeker in rekening gebracht moeten worden. De contactmomenten met de coach mogen op regelmatigere basis, ideaal om de twee weken. Ook de opvolging na werkhervatting, die nu gemiddeld drie maanden duurde, zou best langer worden doorgezet volgens de hulpvragers. De aanvulling van coaching met eventuele groepsessies en workshops moet als mogelijkheid worden bekeken. Desondanks tonen de positieve resultaten bekomen in de pilootstudie van deze methodologie aan dat dit soort van onderbouwde, concrete en neutrale begeleiding succesvol is. Een algemene implementatie met een breder draagvlak is hierin dus de logische volgende stap. Deze implementatie gebeurt nu binnen het kader van de GTB arbeidstrajectbegeleiding en vanuit ISW Limits door de coachingstechniek toe te passen in haar dienstverlening in het kader van het Employee Assistance Programme (EAP), een professionele manier voor het ondersteunen van medewerkers op verschillende vlakken (waaronder psychologisch). We wensen met dit project dan ook een springplank te kunnen zijn voor andere initiatieven rond dit thema.

Annelies Vanheel
Annemie Spooren
Hogeschool PXL, Departement Healthcare, Hasselt

Anke Luts
Fran Timmers
ISW Limits N.V., Leuven

Caroline Schollen
Patrick Ruppel
GTB Vlaanderen

Bibliografie

- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen/Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Hansez, I., Mairiaux, P., Firket, P., & Braeckman, L. (2010). *Onderzoek naar burnout bij de Belgische beroepsbevolking: samenvatting van het eindverslag*.
- Lyness, J. M., Noel, T. K., Cox, C., King, D. A., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1997). Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale

- and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med*, 157(4), 449-454.
- Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health, High tech, high touch, high trust*. Trimbos-institute, i.com.
- Samoy, E. (2015). Wat is de invloed van specifieke gezondheidsproblemen op de arbeidsparticipatie? *Over: Werk. Tijdschrift van het Steunpunt WSE*, 25(1), 22-27. Leuven: Steunpunt Werk en Sociale Economie /Uitgeverij Acco.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*, 184, 386-392.
- Volksgezondheid, Wetenschappelijk Instituut. (2013). *Gezondheidsenquête 2013*.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, 54(6), 1063-1070.