

Brussel, 23 mei 2019

**Verslag 2019/01**

**Uitgebracht op vraag van de minister van Zelfstandigen en de minister van Sociale Zaken**

Artikel 110, §1 van de wet van 30 december 1992 houdende sociale en diverse bepalingen

## **Burn-out**

Inleiding.....	2
Deel I. Burn-out als concept.....	2
1 Een concept dat nog vaag blijft.....	2
2 Oorzaken van burn-out : Risicofactoren en verklaringsmodellen.....	5
3 Gevolgen van burn-out .....	11
4 Overzicht .....	12
Deel II. Omvang van het fenomeen .....	13
1 Meetinstrumenten .....	13
2 Prevalentie van burn-out .....	14
Deel III. Diagnose, behandeling en preventie .....	20
1 Opsporing en diagnose.....	20
2 Preventie .....	21
3 Ondersteuning.....	22
Deel IV. Initiatieven ter preventie en ondersteuning van zelfstandigen met burn-out.....	23
1 Sensibilisering.....	23
2 Psychosociale begeleiding voor zelfstandigen in moeilijkheden .....	23
3 Financiële tegemoetkomingen bij arbeidsongeschiktheid .....	25
4 Pilotprojecten rond een betere preventie van burn-out .....	27
Deel V. Aanbevelingen .....	30
1 Kennisverwerving.....	31
2 Sensibilisering en primaire & secundaire preventie .....	31
3 Tertiaire preventie .....	33
4 Geïntegreerde en gecoördineerde aanpak.....	34
Bijlage I. Referenties.....	37
Bijlage II. Differentiële diagnose .....	39

## Inleiding

In april 2018 vroeg de minister van Zelfstandigen het ABC om zich te buigen over de problematiek van burn-out bij zelfstandigen. Meer bepaald werd het Comité gevraagd om verslag uit te brengen over de kennis die hierover beschikbaar is en aan te geven welke de specifieke noden van zelfstandigen zijn in verband met burn-out. Het Comité zou ook moeten nagaan welke initiatieven reeds in het leven werden geroepen om dit fenomeen te voorkomen en/of individuen met burn-out te begeleiden. Tot slot wilde de minister dat het ABC voorstellen zou formuleren om de problematiek van burn-out bij zelfstandigen in de toekomst (beter) aan te pakken. Hij vroeg het ABC om in dit kader ook het spoor van geïntegreerde, individuele begeleidingstrajecten te verkennen.

In het rapport dat voorligt, tracht het Comité een antwoord te formuleren op de hoger genoemde vragen. Het document is opgebouwd uit vijf delen. In het eerste deel wordt toelichting gegeven bij het concept 'burn-out' en bij de oorzaken en gevolgen van het fenomeen. Deel II geeft een overzicht van de diverse initiatieven die in het verleden werden ondernomen om de prevalentie van burn-out in kaart te brengen. Delen II en IV focussen op de diagnose, behandeling en preventie van burn-out. In deel V formuleert het Comité tot slot een reeks aanbevelingen met betrekking tot de aanpak van de problematiek van burn-out bij zelfstandigen.

## Deel I. Burn-out als concept

### 1 Een concept dat nog vaag blijft

#### 1.1 Oorsprong

De oorsprong van het concept burn-out gaat terug tot het midden van de jaren '70, toen via bevraging en observatie de eerste verkennende pogingen werden ondernomen om het fenomeen te beschrijven en te duiden (Soukupová, 2016 ; Hansez et al., 2010 ; Hoge Gezondheidsraad, 2017). Het werk van de Amerikaanse psychiater Freudenbergert geldt in de literatuur als één van de belangrijkste referentiepunten voor het vroege onderzoek naar burn-out. Hij introduceerde de term burn-out in 1974 om uitputting op het werk van hulp- en zorgverleners te beschrijven; beroepen waar interpersoonlijke contacten een essentieel onderdeel uitmaken van de professionele activiteit. Tijdens deze pioniersfase ging de aandacht in het onderzoek rond burn-out vooral uit naar de persoonlijke kenmerken van het individu (zoals perfectionisme, idealisme, etc.) en naar de symptomen van burn-out (Hansez et al., 2010).

#### 1.2 Evolutie

Vanaf de jaren '80 kreeg het onderzoek naar burn-out een meer systematische, empirische onderbouwing en kreeg het ook weerklank buiten de Verenigde Staten. Het werd gebaseerd op grotere onderzoekspopulaties en kreeg een sterkere methodologische basis (Hansez et al., 2010 ; Soukupová, 2016). Bovendien werd ingezet op de ontwikkeling van instrumenten om burn-out te meten. Zo werd begin jaren '80 de zogenaamde Maslach Burn-out Inventory (MBI) ontwikkeld, dat tot op vandaag één van de meest gebruikte instrumenten vormt om burn-out te meten en ter zake als een gouden standaard geldt (Schaufeli, De Witte en Desart, 2019).

In de jaren '90 kende het onderzoek naar burn-out i) uitbreiding naar andere types van arbeid dan deze met sterke interpersoonlijke contacten ii) werd het methodologisch en statistisch verfijnd en iii) werd ook een longitudinale dimensie geïntroduceerd (Hansez et al., 2010 ; Soukupová, 2016). Deze evoluties lieten toe om de relatie tussen de symptomen van burn-out, de werkomgeving, de arbeidsorganisatie en de persoonlijke kenmerken individu (opvattingen en gevoelens) in kaart te brengen.

Na de eeuwwisseling werd in het onderzoek naar burn-out ingezet op de verdere ontwikkeling en verfijning van verklaringsmodellen (Soukupová, 2016).

### 1.3 Definities

Op dit ogenblik bestaat er geen eenduidige of officiële definitie van burn-out. Zoals de reeks definities die is opgenomen in het onderzoeksrapport van Hansez et al. (2010) illustreert, is de invulling van het concept burn-out in de literatuur soms erg uiteenlopend (het één- versus multidimensionele of het statische versus dynamische karakter van burn-out). Niettemin blijken sommige elementen in deze definities van terugkerende aard te zijn. Zo is er grote overeenstemming dat mentale uitputting de essentie vormt van burn-out (Schaufeli, De Witte en Desart, 2019) en dat burn-out een werkgerelateerd<sup>1</sup> probleem is (Hoge Gezondheidsraad, 2017). In de literatuur werden dan ook reeds verschillende pogingen ondernomen om te komen tot een omschrijving van burn-out die kan gezien worden als de grootste gemene deler van de verschillende definities (Hansez, 2010). Op basis van deze omschrijvingen en rekening houdend met de definitie die Schaufeli, De Witte en Desart recent uitwerkten in het kader van de ontwikkeling van hun Burn-out Assessment Tool (BAT), is de Hoge Gezondheidsraad in ons land in 2017 tot onderstaande omschrijving van burn-out gekomen.

*"Burn-out is i) een multifactorieel proces ii) dat voortvloeit uit een langdurige blootstelling (meer dan 6 maanden) iii) in een arbeidssituatie iv) aan voortdurende stress, een gebrek aan reciprociteit tussen de investering (eis) en wat daar tegenover staat (hulpmiddelen) of een gebrek aan evenwicht tussen de verwachtingen en de reële werksituatie, v) die professionele uitputting (zowel emotioneel, fysiek als psychisch) veroorzaakt: extreme vermoeidheid waarbij de normale rusttijd niet volstaat om te recupereren en die chronisch wordt, het gevoel zijn hulpmiddelen volledig uitgeput te hebben.*

*Deze uitputting kan ook een impact hebben op de controle van de emoties (prikkelbaarheid, woede, huilbuien enz.) en het cognitieve vermogen (aandacht, geheugen, concentratie), wat dan weer kan leiden tot veranderingen in het gedrag en de attitudes:*

- *Mentaal afstand nemen: de persoon distantieert zich en wordt cynisch. Dit is in feite een (ondoeltreffende) strategie van 'coping' ten opzichte van de eisen waaraan de persoon niet meer kan voldoen: langzaam raakt het individu minder betrokken bij zijn werk, leg hij er zich minder op toe en houdt hij zijn omgeving op afstand of krijgt hij een slecht beeld van de personen met wie hij werkt. Deze afstand wordt op zich een probleem.*

---

<sup>1</sup> Globaal wordt aangenomen dat de oorzaak van burn-out te vinden is in de uitoefening van de beroepsactiviteit maar sommigen zijn van mening dat burn-out weliswaar tot uiting komt bij de uitoefening van het werk maar een oorzaak daar buiten kan hebben.

- *De mentale verwijdering leidt tot een gevoel van professionele onbekwaamheid: verminderde persoonlijke bekwaamheid op het werk, verminderde eigenwaarde, de persoon heeft het gevoel dat hij niet meer efficiënt werkt.*
- *Die gemoedstoestand kan voor de werkende bovendien vaak lange tijd onopgemerkt blijven."*

#### 1.4 Dimensies van burn-out

Over het algemeen, en voornamelijk op grond van de werkzaamheden van Maslach, wordt burn-out in de literatuur beschreven als een syndroom<sup>2</sup> dat drie dimensies omvat:

- emotionele uitputting (de centrale dimensie van het syndroom), psychische en fysieke uitputting: rust volstaat niet meer;
- cynisme tegenover het werk: een negatieve en afstandelijke houding, een verminderde betrokkenheid;
- verminderde persoonlijke bekwaamheid op het werk: het gevoel niet opgewassen te zijn tegen zijn taak, verminderde eigenwaarde.

Deze derde dimensie is echter omstreden. Sommige auteurs menen dat zij een gevolg is van werkstress of een persoonlijkheidskenmerk is, en niet als een dimensie van burn-out moet worden beschouwd.

Recent ontwikkelden Schaufeli, De Witte en Desart (2018) in het kader van hun werkzaamheden rond de Burn-out Assessment Tool en de formulering van een nieuwe definitie van burn-out, een nieuwe typologie van burn-out die is samengesteld uit:

- 4 kerndimensies
  - vermoeidheid : uitputting, leeg voelen, geen energie hebben
  - cognitieve ontregeling : concentratieproblemen, vergeetachtigheid, minder efficiënt
  - emotionele ontregeling : wenen, prikkelbaarheid, kwaadheid
  - mentale distantie : geen motivatie, zich terugtrekken, onverschilligheid, cynisme en
- 3 secundaire dimensies:
  - depressieve klachten : somberheid, initiatiefloos, apathisch,
  - psychische spanningsklachten : gejaagdheid, slaapproblemen, gespannenheid,
  - psychosomatische klachten : hoofdpijn, maag- en darmproblemen, spierzwakte, hartkloppingen.

---

<sup>2</sup> een verzameling van steeds samen voorkomende klinische verschijnselen

## 2 Oorzaken van burn-out : Risicofactoren en verklaringsmodellen

De wetenschappelijke literatuur identificeert een reeks oorzaken van burn-out en bevat tevens een aantal theoretische kaders om de onderliggende mechanismes te verklaren. Daarbij wordt klassiek het onderscheid gemaakt tussen werkgerelateerde en persoonsgebonden oorzaken (Taris, Houtman, Schaufeli, 2013). In een deel van de literatuur wordt hieraan met 'omgevingsfactoren' nog een extra dimensie toegevoegd (Hansez et al., 2010 ; Hoge Gezondheidsraad, 2017).

### 2.1 Algemeen kader

#### 2.1.1 Werkgerelateerde factoren

Voor wat betreft de werkgerelateerde oorzaken geldt als uitgangspunt dat de aan- of afwezigheid van bepaalde werk- of taakkenmerken de kans op burn-out vergroten (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013) :

- taakeisen, regelmogelijkheden en sociale steun<sup>3</sup> : hoge taakeisen, weinig regelmogelijkheden en weinig sociale steun leiden tot hogere niveaus van stress en ongezondheid.
- investering in het werk versus opbrengsten uit het werk<sup>4</sup> : als de investeringen van een individu in zijn werk te hoog zijn ten opzichte van de opbrengsten, leidt dat tot vermoeidheid, frustratie en afstand nemen van het werk – met andere woorden, burn-out
- taakeisen versus hulpbronnen : hoge taakeisen en weinig hulpbronnen zijn gerelateerd aan hoge niveaus van burn-out<sup>5</sup>
- inspanning versus herstel<sup>6</sup> : de balans tussen inspanning en de mogelijkheid tot herstel (bv. rust) is belangrijk voor het welzijn van werkenden.

---

<sup>3</sup> Eén van de belangrijkste verklaringsmodellen vormt het Job Demands-Control (JDC)-model van Karasek dat veronderstelt dat de combinatie van hoge taakeisen en weinig regelmogelijkheden zal leiden tot hoge niveaus van stress en ongezondheid (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013).

<sup>4</sup> Deze sociaalpsychologisch georiënteerde theoretische stroming gaat ervan uit dat de relatie tussen een werknemer en diens werkgever opgevat kan worden als een uitwisselingsrelatie waarbij de werknemer 'investeert' in het werk (bijvoorbeeld in termen van inspanning, kennis en betrokkenheid) en daaruit ook 'opbrengsten' terugkrijgt (bijvoorbeeld een salaris, werkzekerheid, aanzien, sociale contacten) (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013)

<sup>5</sup> Taakeisen zijn de aspecten van de taak die inspanning vereisen en die gerelateerd zijn aan de centrale doelen van het werk (kwantitatieve, emotionele en kwalitatieve taakeisen) en hulpbronnen zijn aspecten van het werk die helpen deze doelen te bereiken, dan wel de daarvoor benodigde inspanning verlichten (bijvoorbeeld regelmogelijkheden en sociale steun, maar ook een goed salaris, goede werkroosters, enzovoort) (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013)

<sup>6</sup> De Effort-Recovery (E-R)-theorie. Deze theorie veronderstelt dat het moeten leveren van inspanning gepaard gaat met vermoeidheidsverschijnselen, zowel mentaal als fysiek. Men kan van deze vermoeidheid herstellen door voldoende rust te nemen. Doet men dat niet, dan zullen de vermoeidheidseffecten zich opstapelen en op den duur resulteren in (chronische) gezondheidsklachten, zoals burn-out.

In dit soort modellen ziet men twee types van factoren verschijnen: risicofactoren die het risico om een burn-out te ontwikkelen, verhogen, en zogenaamde salutogene factoren, die tegen dit risico beschermen. Het gaat daarbij o.a. de volgende factoren (Hoge Gezondheidsraad (2016); Aymar-Pintar, Cerf, Parent-Thirion (2018)):

- taakgebonden factoren: de (ervaren) werkdruk, het gebrek aan beschikbare middelen, de controle, de variatie in de uit te voeren taken, het benutten van de competenties,
- interpersoonlijke factoren: de sociale ondersteuning, de kwaliteit van de relaties met de collega's en met de oversten, de solidariteit,
- groeigebonden factoren: de carrièremogelijkheden, de erkenning voor het geleverde werk en
- organisatiegebonden factoren: de moeilijkheden om zijn mening te geven, de participatie aan de besluitvorming.

### 2.1.2 Persoonsgebonden factoren

Er wordt verondersteld dat de aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidskenmerken de kans om 'opgebrand' te raken vergroot. Waar een verband met demografische (geslacht, leeftijd, studieniveau) of fysiologische kenmerken<sup>7</sup> (zoals hormoonspiegels, bloeddruk) nog niet werd aangetoond, zouden een aantal specifieke persoonlijkheidsaspecten echter wel relatief sterke voorspellers van burn-out zijn (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013 ; Hoge Gezondheidsraad, 2017). In zijn rapport van 2017 (p.21) geeft de Hoge Gezondheidsraad o.m. volgende opsomming van persoonsgebonden kenmerken die van invloed kunnen zijn:

- neuroticisme dat gepaard gaat met een angstige, vijandige en depressieve persoonlijkheid (neiging om de werkelijkheid en de gebeurtenissen als bedreigend, zwaar en problematisch te ervaren);
- aanpassingsstrategieën voor stressvolle situaties (coping) die veeleer vermijndend of
- eerder passief zijn dan strijdbaar of actief;
- een laag zelfbeeld ;
- meer vertrouwen op feeling dan op reflectie bij het handelen;
- neiging tot perfectionisme, een consciëntieuze persoonlijkheid (methodisch, georganiseerd, verzorgd, nauwgezet, doorzettend enz.);
- de mate waarin iemand de oorzaken van wat hem overkomt bij zichzelf of juist buiten zichzelf zoekt (de "locus of control").

### 2.1.3 Omgevingsfactoren

Verschillende auteurs geven tot slot aan dat ook maatschappelijke factoren bijdragen tot het ontstaan van burn-out, onder meer de tijdsdruk en de zich opstapelende rollen en taken, de toegenomen individualisering, de digitalisering, de prestatiedruk en het belang dat aan succes wordt gehecht, de intensivering van de productie (en dus van de eigen betrokkenheid), het

---

<sup>7</sup> zogenaamde 'biomarkers'

belang van gekwantificeerde doelstellingen, het zelfmanagement (verantwoordelijk zijn voor zichzelf in alle omstandigheden).

#### 2.1.4 Samenvattend

Er is een groot aantal potentiële risicofactoren voor burn-out in de werksituatie en -omgeving. Er dient te worden opgemerkt dat algemeen wordt aangenomen dat de werkgerelateerde factoren een grotere invloed op burn-out hebben dan de individuele kenmerken. Er lijkt immers een consensus te bestaan onder wetenschappers en zorgverleners dat burn-out verband houdt met het werk, dat het er over algemeen de hoofdoorzaak maar niet altijd en niet noodzakelijk de enige oorzaak van is (Schaufeli, De Witte, Desart, 2019). Gebeurtenissen in de privésfeer en persoonlijkheidskenmerken kunnen het risico op burn-out evenwel vergroten of verkleinen.

Hoewel geen enkele factor op zichzelf burn-out kan verklaren, lijkt er overeenstemming te zijn dat vooral overbelasting (m.n. de subjectieve ervaring dat de draaglast hoger is dan de draagkracht), een gebrek aan de mogelijkheid tot voldoende herstel en het gebrek aan relevante hulpbronnen, dan wel adequate compensatie, een grote predicatieve waarde hebben (Hoge Gezondheidsraad, 2017; Taris, Houtman en Schaufeli, 2013).

Wat de risicofactoren van burn-out betreft, is het nodig om voorzichtig te blijven. Het is mogelijk dat een factor waarvan wordt vastgesteld dat hij de risico's van burn-out verhoogt, de eigenlijke oorzaak of een gevolg van burn-out is.

## 2.2 Specifieke risicofactoren bij zelfstandigen

De meeste studies rond burn-out hebben betrekking op de situatie van de werknemers. Men kan dan ook zeker niet zonder meer stellen dat de risicofactoren die erin naar voren worden geschoven, eveneens en/of op dezelfde manier van toepassing zijn op de zelfstandigen. Zo heeft, ter illustratie, het Inserm<sup>8</sup> (2011) de werkgerelateerde psychosociale risicofactoren die door het Collège d'expertise sur le suivi statistique des facteurs de risques psychosociaux au travail werden vastgelegd (2011), onderzocht bij zelfstandigen. Het Inserm kwam daarbij tot de volgende vaststellingen:

- De zelfstandigen hebben doorgaans uitgebreidere uurroosters, maar die roosters zijn weliswaar minder problematisch, aangezien de zelfstandige er een zekere controle over heeft.
- De emotionele eisen zijn hoger voor de zelfstandige omdat zij over het algemeen in contact staan met publiek en de erkenning meestal van de klant komt
- De waardenconflicten zijn zeldzamer bij de zelfstandigen, die vrijer zijn in het bepalen van de manier waarop zij hun taken uitvoeren, maar kunnen zich voordoen wanneer de zelfstandige afstand moet nemen van zijn waarden om aan de vraag van de klant te voldoen.
- Het isolement van de zelfstandigen is groter, maar men mag de contacten met hun werknemers, de concurrentie en de klanten niet uit het oog verliezen in de analyse.

---

<sup>8</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale en France (Franse Nationaal instituut voor gezondheids- en medisch onderzoek).

- De werkonzekerheid is gelijkaardig voor de zelfstandigen en de werknemers, maar de angst in verband met fluctuerende inkomsten is groter bij de zelfstandigen.

De verschillende studies en bevragingen die verder in dit advies vermeld worden (zie deel II), leggen de nadruk op een aantal factoren die een rol kunnen spelen in het kader van stress en eventueel van burn-out bij de zelfstandigen:

- een hoge werklast, met inbegrip van de administratieve lasten en het aantal gepresteerde uren,
- een hoge emotionele belasting,
- onzekerheid over de professionele toekomst,
- het gebrek aan fysieke activiteit, het gebrek aan ontspanning,
- fysiek belastende arbeidsomstandigheden,
- een gebrek aan competentie op managementvlak en het beheer van het personeel,
- een kleinere mogelijkheid om zijn eigen capaciteiten te gebruiken,
- het slaapgebrek, het gebrek aan rust,
- het gebrek aan passie voor het werk,
- geldproblemen.

Lamberts en Neyens (2018) merken bovendien op<sup>9</sup> dat bijna de helft van de zeer kleine ondernemingen (ZKO's) in België<sup>10</sup> geen adequate personeelsbezetting heeft (onder- of overbezetting). Zij stellen echter vast dat het hebben van een adequaat personeelsbestand de werkstress, burn-out en depressieve stoornissen onder bestuurders van ZKO's vermindert. Zij gaan ervan uit dat bestuurders van ZKO's de gevolgen van personeelsgebrek vooral zelf trachten te ondervangen en dat het gebrek aan voldoende personeel leidt tot andere personeelsproblemen (hoger ziekteverzuim, problematische relaties tussen collega's) die de bestuurder van een ZKO bijkomend moet zien op te lossen.

In Frankrijk heeft Ben Tahar (2014) getracht om een eerste model van burn-out bij KMO-ondernemers op te stellen, dat rekening houdt met de oorzaken en de gevolgen ervan. Hij vertrok daarbij van de Job Demands-Resources<sup>11</sup> theorie en van de theorie van het behoud van de resources (hulpbronnen)<sup>12</sup> en ging na hoe deze op de specifieke situatie van de zelfstandigen

---

<sup>9</sup> Dit onderzoek richt zich meer in het algemeen op het welzijn en de arbeidssatisfactie van ZKO-bestuurders.

<sup>10</sup> Ondernemingen met minder dan 20 werknemers.

<sup>11</sup> Volgens het Job demands-resources model (JD-R) laten de werkgerelateerde hulpbronnen toe de negatieve effecten van de buitensporige werkeisen op het welzijn van de personen te verminderen. De werkeisen houden verband met de fysieke, sociale en organisatorische aspecten van het werk. Voor de ondernemers kan men denken aan de hoge werkdruk, de verantwoordelijkheid, de financiële risico's, de diversiteit van de taken, de relaties met de belanghebbende partijen. De werkgerelateerde hulpbronnen kunnen de werkeisen verminderen. Voor de ondernemers kan men denken aan de professionele voldoening, de autonomie, de controle, de persoonlijkheid, de ervaring, de sociale erkenning en de financiële winst.

<sup>12</sup> Volgens de theorie van het behoud van de hulpbronnen treedt stress op wanneer de hulpbronnen bedreigd worden of zijn teloorgegaan en wanneer onvoldoende inkomsten worden verkregen ten opzichte van de investeringen.



konden worden toegepast. In die studie werd burn-out gedefinieerd als een fenomeen: emotionele uitputting en verminderde betrokkenheid.

Ben Tahar (2014) kwam tot de volgende conclusies:

- de psychologische<sup>13</sup> en emotionele eisen<sup>14</sup> zijn een positief gecorreleerd met burn-out;
- de emotionele eisen hebben een sterkere impact op burn-out dan de psychologische eisen;
- de psychologische eisen hebben een directe invloed op spanning tussen werk en gezin<sup>15</sup> en op de professionele voldoening<sup>16</sup>. Burn-out versterkt dit effect;
- de emotionele eisen hebben enkel een directe, maar sterke, invloed op de spanning tussen werk en gezin en burn-out versterkt dit effect;
- psychologische en emotionele eisen hebben enkel een invloed op de ondernemingszin<sup>17</sup> wanneer de betrokkene zich in een burn-outsituatie bevindt. Men kan eruit afleiden dat de ondernemingszin wordt aangetast in geval van burn-out;
- het hebben van beslissingsruimte<sup>18</sup> vermindert het risico op burn-out. Het mildert de invloed van psychologische en emotionele eisen op burn-out echter niet.;
- de sociale ondersteuning<sup>19</sup> van familie of vrienden lijkt niet van invloed te zijn, niet op de psychologische en emotionele eisen waarmee de zelfstandige geconfronteerd wordt, noch op het optreden van burn-out zelf;
- de professionele eisen en de burn-out verminderen de ondernemingsprestaties.

---

<sup>13</sup> De psychologische eisen omvatten de hoge werkdruk (de indruk dat men te veel moet doen in te weinig tijd), de tijdsdruk, de concentratie, de waakzaamheid, de complexiteit van het werk)

<sup>14</sup> Onder emotionele eisen verstaat men de werkaspecten die aanhoudende emotionele inspanningen vereisen, zoals de persoonlijke interacties.

<sup>15</sup> Het conflict werk-gezin ontstaat wanneer de eisen inzake werk en inzake gezin niet met elkaar verzoend kunnen worden. Het kan gaan om conflicten die het werk meebrengt op het gezin, maar tevens om conflicten die het gezin meebrengt op het werk. De ondernemers hebben misschien met een groter conflictniveau werk-gezin te kampen.

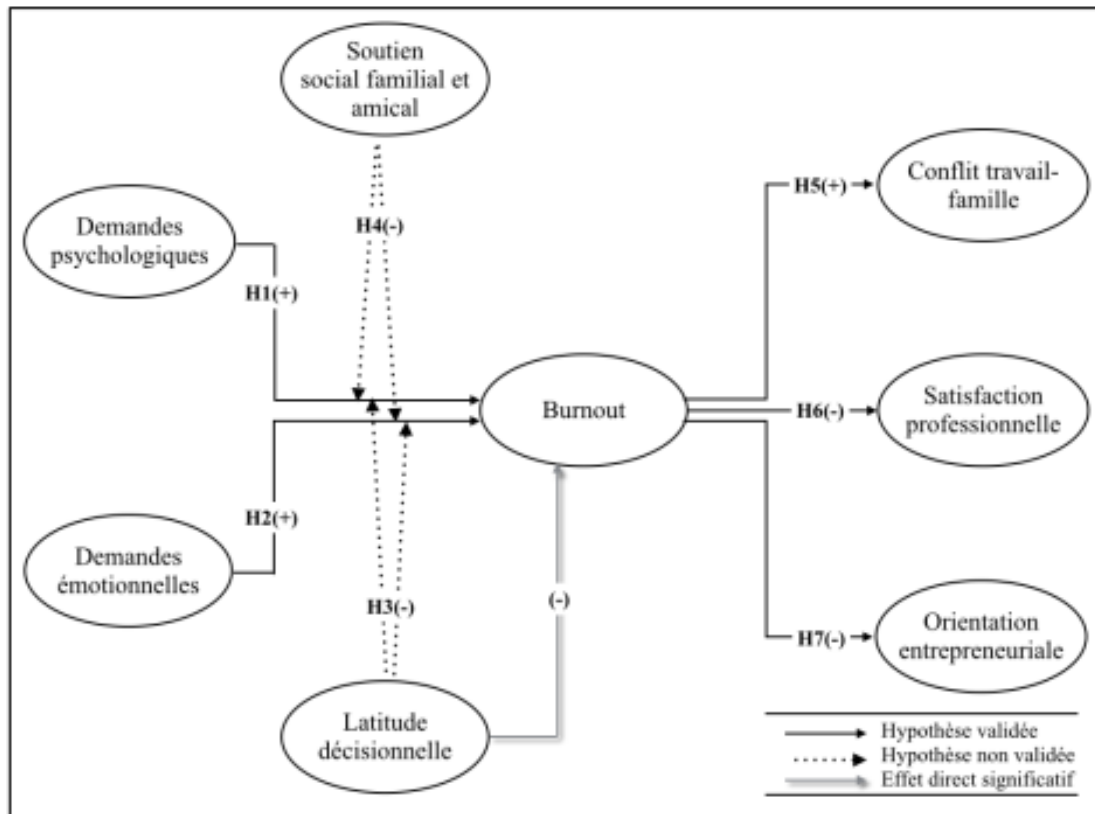
<sup>16</sup> Ben Tahar meent dat de professionele voldoening eveneens een hulpbron kan zijn tegen burn-out, maar zijn studie is niet gericht op deze interactie met burn-out.

<sup>17</sup> De ondernemingszin bestaat uit de volgende onderdelen: het dragen van risico's (persoonlijkheidskenmerk dat tot innovatie leidt), proactiviteit (het nemen van initiatieven en acties om de omgeving te wijzigen) en innovatie (gevolg van de twee andere onderdelen). Dit concept moet nog nader onderzocht worden om het beter te definiëren.

<sup>18</sup> Beslissingsruimte omvat i) de autonomie om beslissingen te nemen en ii) het gebruik en de ontwikkeling van vaardigheden

<sup>19</sup> De sociale ondersteuning wordt gedefinieerd als het geheel van de relaties die een gevoel geven van steun en samenhang. Bij de ondernemers is deze sociale ondersteuning niet zozeer te zoeken in de professionele sfeer maar eerder in het gezin.

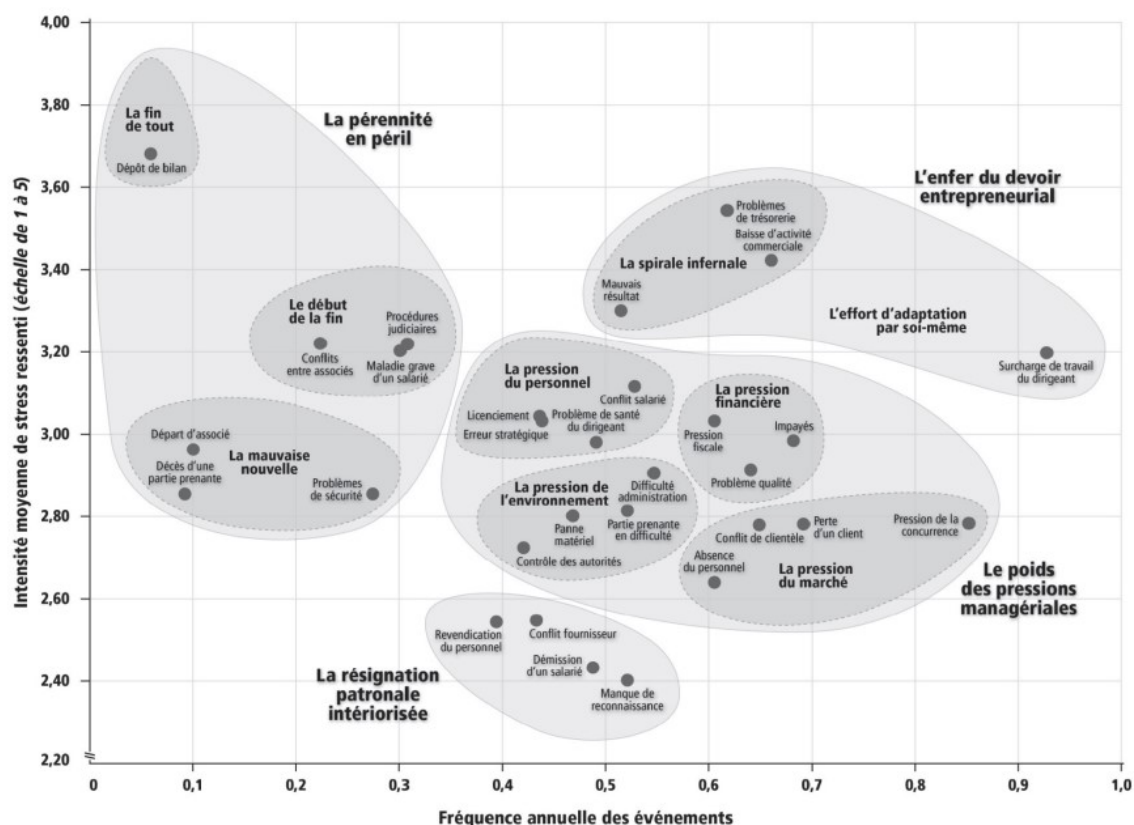
Figuur 1. Verklaringsmodel burn-out bij zelfstandige ondernemers



Bron : Ben Tahar, 2014

In Frankrijk hebben Lechat en Torrès (2016) getracht om de stressfactoren te identificeren (frequentie en intensiteit) waarmee managers van KMO's te maken krijgen. Sommige stressoren kunnen inderdaad veelvoorkomend zijn, maar hebben misschien niet veel invloed op het welzijn, terwijl andere minder frequente stressoren er een veel grotere invloed kunnen hebben. Opgemerkt moet worden dat het onderzoeksteam niet heeft getracht een verband aan te tonen tussen deze stressoren en burn-out.

Figuur 2. Typologie van stressoren bij zaakvoerders van KMO's



Source : Lechat et Torrès, 2016

### 3 Gevolgen van burn-out

Burn-out heeft niet alleen persoonlijke gevolgen voor het individu, maar ook voor zijn uitoefening van het werk.

Wat het eerste betreft, brengt de Hoge Gezondheidsraad (2017) de symptomen onder in 4 categorieën, nl. lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige symptomen.

Tabel 1. Symptomen van burn-out naar categorie

Lichamelijk	Affectief/emotioneel	Cognitief	Gedragsmatig
<ul style="list-style-type: none"> <li>• slaapstoornissen</li> <li>• spierspanningen met pijn ter hoogte van de ruggengraat</li> <li>• verstoorde eetlust</li> <li>• maagpijn</li> <li>• hoofdpijn</li> <li>• misselijkheid</li> <li>• duizeligheid</li> <li>• plotse gewichtsafname of -toename</li> <li>• asthenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• angst</li> <li>• prikkelbaarheid</li> <li>• nerveuze spanning</li> <li>• depressieve stemming</li> <li>• futloosheid</li> <li>• volkomen emotioneel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gebrek aan concentratie</li> <li>• moeilijkheden om verschillende taken tegelijk uit te voeren</li> <li>• moeilijkheden om te nuanceren</li> <li>• moeilijkheden om beslissingen te nemen</li> <li>• geheugenstoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cynisme</li> <li>• onverschilligheid</li> <li>• verminderde empathie</li> <li>• isolement</li> <li>• agressief gedrag</li> <li>• verminderde motivatie</li> <li>• terugtrekking</li> <li>• verminderde eigenwaarde</li> <li>• verslavingsgedrag (drugs, medicatie en alcohol)</li> </ul>

Er dient opgemerkt dat, nadat de andere symptomen zijn verdwenen, de cognitieve stoornissen gedurende een vrij lange periode, en dus ook nog na de werkhervatting, kunnen aanhouden (Schaufeli, De Witte et Desart, 2019).

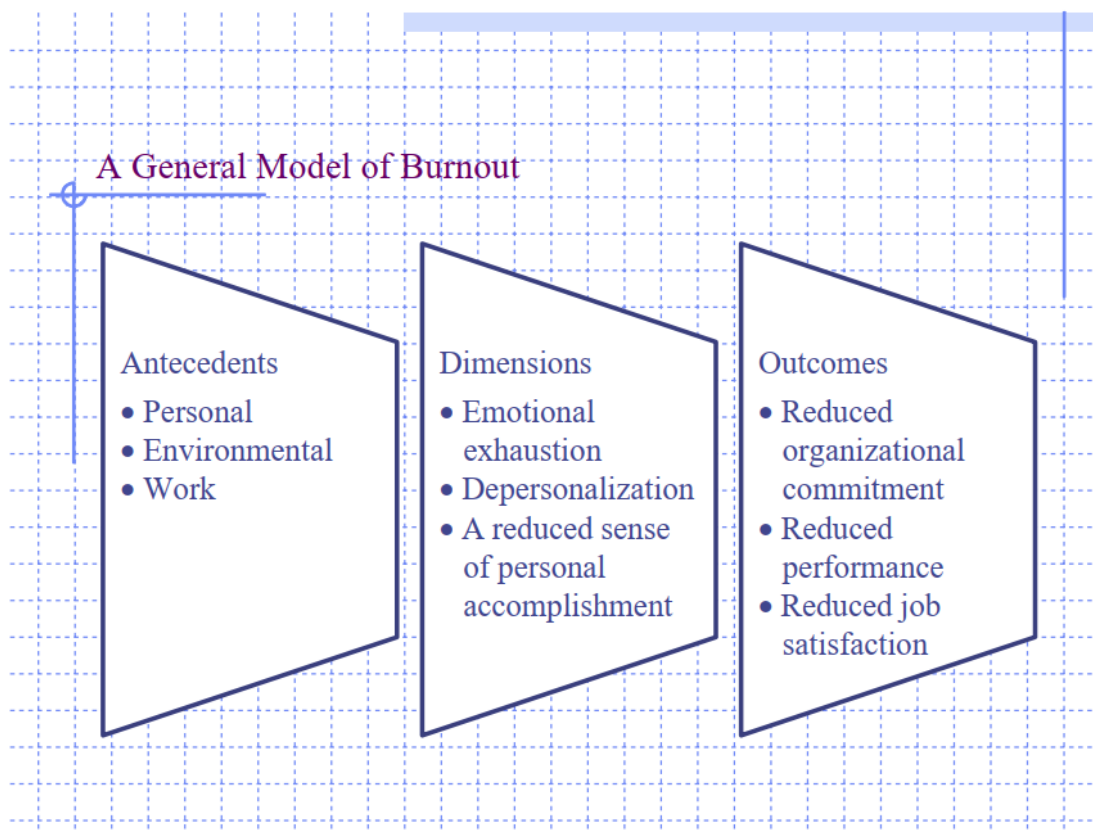
Voor wat het effect op de uitoefening van de professionele activiteit betreft, heeft Eurofound op basis van een Europees vergelijkende studie aangetoond dat burn-out een negatief effect kan hebben op de professionele prestaties, met onder meer een verlies aan motivatie, een daling van de individuele productiviteit, terugtrekking en negatieve reacties op klanten (Aumayr-Pintar, Cerf et Parent-Thirion, 2018).

Verder mag ook niet worden vergeten dat een burn-out een maatschappelijke kost heeft (langdurige afwezigheid van de arbeidsmarkt, uitgaven in de sociale zekerheid (vervangingsinkomens bij arbeidsongeschiktheid en uitgaven gezondheidszorgen).

## 4 Overzicht

Figuur 3, overgenomen uit Shepherd et al. (2010), geeft een overzicht van het burn-outproces, waarbij rekening wordt gehouden met zijn oorzaken, de drie algemeen aanvaarde dimensies ervan en zijn gevolgen.

**Figuur 3. Algemeen verklaringsmodel voor burn-out bij zelfstandige ondernemers**



Bron: Shepard et al. 2010

Meerdere auteurs zien burn-out als een proces in meerdere stadia. Het Zwitserse netwerk van burn-outexperts (SEB) stelt in zijn therapeutische aanbevelingen een vereenvoudigd model van de ontwikkeling van burn-out voor, van een verhoogde stress tot een ernstige burn-out met klinische depressie (Hochstrasser, 2016).

**Figuur 4. Overzicht van de verschillende stadia in het burn-outproces**

**Tableau 2: Modèle simplifié des phases du processus du burnout.**

<b>Stade</b>	<b>Principaux symptômes</b>
<b>Stade 1</b> Stress accru	Nervosité, irritabilité, troubles de l'attention, hyper-activité, symptômes végétatifs, troubles du sommeil irréguliers, symptômes réversibles dans le cas d'une phase de récupération prolongée
<b>Stade 2</b> Burnout léger ou moyennement grave	Epuisement, troubles du sommeil réguliers (troubles de l'endormissement et de la continuité du sommeil, activité réduite, repliement social, labilité émotionnelle, lassitude, démotivation, capacité de récupération réduite, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, symptômes cognitifs (troubles de la concentration et de la mémoire), dépression, préservation de l'intérêt et de la capacité de se réjouir
<b>Stade 3</b> Burnout grave avec dépression clinique	Epuisement prononcé, capacité de récupération réduite, insomnies, réveil précoce, manque d'intérêt et de joie, dépressivité, réduction de l'appétit et de la libido, symptômes cognitifs prononcés, symptômes végétatifs durables, douleurs multiples, désespérance, tendance suicidaire, le cas échéant

Bron : Hochstrasser, 2016

## Deel II. Omvang van het fenomeen

### 1 Meetinstrumenten

Doorheen de jaren werden verschillende instrumenten ontwikkeld<sup>20</sup> om burn-out te meten. Het gaat telkens om vragenlijsten waarin respondenten dienen aan te geven hoe zij de verschillende dimensies van burn-out ervaren<sup>21</sup>. Het meest gebruikte, gevalideerde instrument vandaag is de Maslach Burn-out Inventory (en de Nederlandstalige equivalent de Utrechtse Burn-out-Schaal)

<sup>20</sup> Voor een overzicht zie Hoge Gezondheidsraad, 2017; Hansez et al., 2010 ; Taris, Houtman en Schaufeli, 2013)

<sup>21</sup> hoe uitgeput zij zich voelen, hoe groot de afstand is die zij ervaren tot hun werk, en in hoeverre zij twijfelen aan hun eigen capaciteiten

(Schaufeli, W., De Witte, H., Desart, S. 2019 ; Hansez et al. 2010 ; Taris, Houtman en Schaufeli, 2013)<sup>22</sup>. Het gaat om een vragenlijst met drie dimensies, verdeeld over 22 items<sup>23</sup> :

- Emotionele uitputting (9 items)
- Depersonalisatie (5 items)
- Persoonlijke bekwaamheid (8 items)

Een hoge score op emotionele uitputting en depersonalisatie en een lage score op persoonlijke bekwaamheid wijzen op burn-out (Schaufeli, De Witte en Desart, 2019).

Dit soort instrumenten heeft echter belangrijke tekortkomingen. Het vaststellen van burn-out door respondenten te vragen naar hun beleving van hun gemoedstoestand, impliceert een sterke subjectieve component in de meting. Dit kan leiden tot allerlei vertekeningen (Taris, Houtman en Schaufeli, 2013). Naast het feit dat de kennis over en ervaring met burn-out sterk geëvolueerd is sinds de ontwikkeling van deze instrumenten en er ook kritiek is op de psychometrische kwaliteiten ervan, is een belangrijke tekortkoming bovendien ook dat deze tools in oorsprong ontwikkeld werden als onderzoeksinstrument. Ze werden dus niet ontworpen voor praktisch gebruik bij screening, diagnostiek, behandeling of re-integratie (Schaufeli, De Witte en Desart, 2019). Doorgaans is het dan ook nooit de bedoeling geweest om deze vragenlijsten te gebruiken als diagnostisch instrument om mensen met ernstige burn-out klachten te identificeren, maar eerder om de problematische relatie van mensen met hun werk te onderzoeken (Schaufeli, De Witte en Desart, 2019).

Het dient in dit verband opgemerkt dat een onderzoeksteam van de KULeuven recent een nieuwe zelfbeoordelvragenlijst heeft ontwikkeld, de zogenaamde Burn-out Assessment Tool (BAT), die zowel op individueel niveau als op het niveau van de organisatie kan gebruikt worden bij screening, diagnostiek, behandeling of re-integratie<sup>24</sup>.

## 2 Prevalentie van burn-out

Het is moeilijk om zicht te krijgen op de precieze omvang en evolutie van burn-out in de samenleving. Ten eerste wordt burn-out in de meeste landen niet beschouwd als een beroepsziekte<sup>25</sup>, waardoor men niet kan terugvallen op officiële statistieken ter zake om uitspraken te doen over de prevalentie van het fenomeen. Ten tweede is het veelal onmogelijk om op een valide wijze, algemeen geldende conclusies te trekken op basis van de gegevens die via bevraging (wetenschappelijke of andere) worden verzameld over burn-out. Grootschalige representatieve bevragingen om het fenomeen in kaart te brengen over de sectoren heen, zijn immers eerder beperkt. Zo werd in België in 2010 pas een eerste maal een grootschalig onderzoek gevoerd om burn-out in kaart te brengen (Hansez et al. 2010)<sup>26</sup>. Bovendien wordt het

---

<sup>22</sup> Naar schatting in 88% van alle wetenschappelijke artikelen over burn-out wordt van deze schaal gebruik gemaakt (Boudreau et al.(2015) geciteerd in Schaufeli 2019

<sup>23</sup> Rapport Hoge Gezondheidsraad (2017)

<sup>24</sup> Schaufeli, De Witte en Desart (2019), Handleiding Burn-out Assessment Tool

<sup>25</sup> Voor een overzicht van landen waar burn-out wel erkend wordt als beroepsziekte, zie Lastovkova et al. (2018)

<sup>26</sup> In 2017 werd in opdracht van de FOD WASO een update van deze studie uitgevoerd.

vergelijken van resultaten uit verschillende onderzoeken vaak bemoeilijkt door een verschillend gebruik van definities, methodologieën of diagnostische criteria. Overigens zijn de bevragingen niet altijd specifiek gericht op het fenomeen van de burn-out, maar wel op bepaalde elementen die worden beschouwd als factoren die de kans op ontwikkeling van een burn-out aanzienlijk verhogen. Burn-out kan overigens makkelijk worden verward met andere, gelijkaardige aandoeningen (bijv. depressie – cf. supra). Tot slot blijkt de prevalentie van burn-out over het algemeen groter wanneer gemeten aan de hand van zelfevaluatie<sup>27</sup>.

## 2.1 (Wetenschappelijk) onderzoek naar burn-out

### 2.1.1 Hansez et al : le burn-out au sein de la population active belge (2010 & 2019)

Tot 2010 was er geen enkele studie beschikbaar over de frequentie van burn-out bij de Belgische beroepsbevolking. De FOD Werkgelegenheid wilde deze leemte in 2010 verhelpen en liet de omvang van het fenomeen in België in kaart brengen door een onderzoeksconsortium bestaande uit de Universiteit van Luik, de Universiteit van Gent en de Clinique du Stress de mesurer l'ampleur du phénomène en Belgique (C.I.T.E.S) (Hansez et al.)(Hansez et al.).

In deze studie werden 178 huisartsen en 168 arbeidsgeneesheren ondervraagd. Over een periode van 3 maanden werden er 1.089 gevallen van burn-out geregistreerd onder 135.131 contacten met patiënten. De conclusie van de studie was dus dat de prevalentie onder de Belgische bevolking 0,8 % bedroeg.

Destijds gaven de onderzoekers aan dat het om een onderschatting ging, aangezien dit cijfer slechts rekening hield met personen die zich in een (ver genoeg gevorderde) toestand bevonden om een gezondheidswerker te raadplegen.

In 2017 gaf de FOD Werkgelegenheid opdracht voor een update van deze studie. Door het beperkte aantal deelnemende artsen en niet-representatieve karakter van de steekproef, waren de onderzoekers echter niet in staat om de gegevens over de prevalentie van burn-out bij de Belgische bevolking te actualiseren.

### 2.1.2 Universiteit van Luik: burn-out des dirigeants de PME (2012)<sup>28</sup>

In 2012 kon de Universiteit van Luik dankzij de steun van het Fonds SMIL en de medewerking van de UCM en de Kamer van het Bouwbedrijf onder 7.156 bedrijfsleiders van KMO's in de provincies Luik en Luxemburg een schriftelijke vragenlijst over hun gezondheid verspreiden. 684 bedrijfsleiders hebben het gedeelte over burn-out volledig ingevuld. De ondervraagde populatie was echter onvoldoende representatief, aangezien ze niet genoeg vrouwen en niet genoeg jongeren omvatte.

---

<sup>27</sup> Eurofound (2018), Burn-out in the work place. A review of data and policy responses in the EU, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

<sup>28</sup>P. Mariaux et al. (ULG), Stress & Santé des indépendants. Quelles réalités, quelles solutions ?, octobre 2012, online <https://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2012-10/stresssanteindependants.pdf>

Op grond van een zogenaamde OLBI-vragenlijst<sup>29</sup> kon de Universiteit van Luik niettemin vaststellen dat 15 % van de bedrijfsleiders aan hoge professionele uitputting lijdt, 69 % aan gemiddelde professionele uitputting en 16 % aan lage professionele uitputting. Men concludeerde dat 1 bedrijfsleider op 5 voortekenen van burn-out vertoonde in de vorm van professionele uitputting.

Na een diepgaandere analyse heeft de Universiteit van Luik tevens bepaalde factoren aangewezen die de door de OLBI-vragenlijst gemeten burn-outscore kunnen verhogen: een verminderd aantal uren slaap (minder dan 6 uur per nacht), het gebrek aan lichaamsbeweging en een geringe passie voor het werk. De onderzoekers benadrukten tevens dat de werkdruk, de administratieve lasten, de geldproblemen en het personeelsbeheer de frequentste oorzaken van stress zijn bij de zelfstandigen.

### 2.1.3 RIZIV: zelfstandigen in invaliditeit met een burn-out (2016)

Van de 24.749 zelfstandigen die zich op 31 december 2017 in invaliditeit bevonden<sup>30</sup>, raamde het RIZIV het aantal gevallen van burn-out op 1.266 (5 %). Aangezien er geen officiële medische diagnose bestaat van burn-out, zijn de cijfers over het aantal individuen dat wegens een burn-out gerechtigd is op een invaliditeitsuitkering, uitsluitend ramingen die zijn gebaseerd op een bepaald aantal pathologiecodes<sup>31</sup> (van de internationale classificatie van ziekten) die zo nauw mogelijk aansluiten bij hoe burn-out in de praktijk wordt vastgesteld.

Het is belangrijk om op te merken dat deze cijfers betrekking hebben op personen in invaliditeit, d.w.z. langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn. Het is heel goed mogelijk dat meer zelfstandigen met burn-out worden geconfronteerd, maar het werk hervatten alvorens ze als invalide worden beschouwd. Het is eveneens mogelijk dat bepaalde burn-outpatiënten onder een andere een gerelateerde aandoening in de statistieken zijn opgenomen (angst, depressie).

---

<sup>29</sup> De Oldenburg Burn-out Inventory is een internationaal gevalideerde vragenlijst om burn-out te evalueren en werd ontwikkeld door Demerouti, Bakker, Nachreiner en Shaufeli in 2001. Hij houdt rekening met twee dimensies van burn-out: de emotionele uitputting (algemeen gevoel van leegte, nood aan rust) en verminderde betrokkenheid (afstandelijke houding, cynisme).

<sup>30</sup> Een jaar en één dag arbeidsongeschiktheid.

<sup>31</sup> Tot in 2015 baseerde het RIZIV zich uitsluitend op de de ICD-9 codes. Sindsdien wordt meer en meer gebruikt gemaakt van ICD-10-codes. Sinds 2017 worden uitsluitend deze laatste nog gebruikt. Voor gevallen van invaliditeit die sinds 2016 niet meer zijn herzien, zijn de ICD-9-codes echter behouden. De dossiers waarin neurasthenie (ICD-10 code F48.0), overwerk (code Z73.0) en reacties op significante stressoren en aanpassingsstoornissen (code F43). Is vastgesteld, catalogeert het RIZIV als dossiers van burn-out. Een dossier wordt als een geval van depressie beschouwd wanneer gebruik is gemaakt van de pathologische codes voor periodes van depressie (code F32), terugkerende depressieve stoornissen (code F33), persistente (affectieve) stemmingsstoornissen (code F34), andere (affectieve) stemmingsstoornissen (code F38) en stemmingsstoornissen (affectief), zonder precisie (code F39).



Tabel 2. Geraamd aantal zelfstandigen in invaliditeit als gevolg van burn-out of depressie, 2014 tot 2018

Oorzaak invaliditeit	31/12/2014	31/12/2015	31/12/2016	31/12/2017	30/06/2018
Burn-out	1.130	1.302	1.277	1.266	1.339
Depressie	1.863	1.944	2.041	2.317	2.407
<b>Totaal Depressie +</b>	<b>2.993</b>	<b>3.246</b>	<b>3.318</b>	<b>3.583</b>	<b>3.746</b>
Ziektegroepen	4.655	5.035	5.401	5.620	5.773
<b>Totaal invaliden</b>	<b>22.353</b>	<b>23.437</b>	<b>24.472</b>	<b>24.749</b>	<b>25.237</b>
<i>Percentage burn-out in de totale groep invaliden</i>	5,06%	5,56 %	5,22%	5,12 %	5,31%

Bron: dienst Financiën en Statistieken van de dienst Uitkeringen, RIZIV

## 2.2 Bevragingen naar het psychisch welbevinden en stress op de werkvloer

### 2.2.1 Stichting Innovatie & Arbeid : acute psychische vermoeidheidsproblemen als risicofactor (2016)

Op grond van bevragingen in 2007 (2.251 respondenten), 2010 (2.156 respondenten), 2013 (3.635 respondenten) en in 2016 (2.615 respondenten) in het kader van de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor, heeft de Stichting Innovatie & Arbeid in 2018<sup>32</sup> de evolutie van de acute psychische vermoeidheidsproblemen bij de Vlaamse werknemers geëvalueerd.

Bij acute psychische vermoeidheidsproblemen gaat het om "mensen die (nog) aan het werk zijn maar niet meer naar behoren functioneren op de werkplek en in de vrije tijd". Dit begrip dekt de burn-outproblematiek niet volledig, maar volgens de Stichting Innovatie & Arbeid laat het toe om de risicogroep van burn-out in de beroepsbevolking<sup>33</sup> te bepalen. De cijfers die werden verstrekt, laten dus niet toe om het aantal werkenden vast te stellen dat aan een burn-out lijdt. Zij kunnen echter nuttig zijn in het kader van de ontwikkeling van een preventiebeleid.

Volgens deze analyse bevond 11,4 % van de Vlaamse zelfstandigen zich in 2016 in een zeer problematische situatie op het vlak van psychische vermoeidheid<sup>34</sup>. Het aantal zelfstandigen in deze situatie zou tussen 2007 en 2013 gedaald zijn (van 13 % naar 10,2 %). Dit zou vooral het geval zijn bij de mannen (van 14,1 % in 2007 naar 11,4 % in 2016) en bij de zelfstandigen zonder personeel (van 11,6 % in 2007 naar 8,8 % in 2016). Het aantal Vlaamse zelfstandigen dat daarentegen lijdt aan acute psychische vermoeidheidsproblemen zou zijn gestegen onder de laaggekwalificeerde zelfstandigen (van 9,3 % in 2013 naar 14,4 % in 2016) en onder de zelfstandigen die actief zijn in de bouwsector (van 10,0 % naar 17,4 %). In 2016 stelt de Stichting

<sup>32</sup> R. Bourdeaud'hui, F. Janssens, S. Vanderhaege (Stichting Innovatie & Arbeid), Acute psychische vermoeidheidsproblemen bij werknemers en zelfstandigen. Analyse op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004-2016, Brussel, maart 2018

<sup>33</sup> De Vlaamse werkbaarheidsmonitor richt zich op de kwaliteit van het werk bij de actieve personen.

<sup>34</sup> Tegen 12,3 % van de Vlaamse werknemers.

Innovatie & Arbeid geen significante verschillen vast naar geslacht, leeftijd, anciënniteit, gezinsstatus en opleidingsniveau. Er zouden echter verschillen zijn naar:

- ondernemingsgrootte: er zouden meer zelfstandigen met personeel in dienst zijn die acute psychische vermoeidheidsproblemen hebben (16,8 % van de zelfstandigen met ten minste 5 personeelsleden en 13,9 % van de zelfstandigen met maximaal 4 personeelsleden, tegen 8,8 % van de Vlaamse zelfstandigen zonder personeel);
- verwachte groei: er zijn meer zelfstandigen die een terugloop van hun activiteit verwachten, die acute psychische vermoeidheidsproblemen hebben (15,8 % tegen 10,4 % van de Vlaamse zelfstandigen die verwachten dat hun onderneming in de toekomst sterk zal groeien, en 10,7 % van de Vlaamse zelfstandigen die verwachten dat hun activiteit stabiel zal blijven);
- sector: de meest getroffen sectoren zouden de bouwsector zijn (17,4 %), de vervoers- en productiesector (13,8 %) en de horecasector (12,9 %);
- werkdruk: de kans op acute psychische vermoeidheidsproblemen is 5 keer groter voor zelfstandigen met hoge werkdruk;
- emotionele belasting: de kans op acute psychische vermoeidheidsproblemen is meer dan 3 keer groter voor de zelfstandigen die zich in een problematische situatie bevinden op emotioneel vlak;
- fysiek belastende arbeidsomstandigheden: de kans op acute psychische vermoeidheidsproblemen is 1,6 keer groter voor zelfstandigen met fysiek belastende jobs;
- gewerkte uren: meer dan 50 uren werken per week verhoogt de kans op acute psychische vermoeidheidsproblemen;
- competentie op het vlak van managementcapaciteit: de kans op acute psychische vermoeidheidsproblemen is 2,51 keer groter voor zelfstandigen die menen een ernstig competentiedeficit te hebben op het vlak van management.

De Stichting Innovatie & Arbeid heeft zich tevens gebogen over de gevolgen van acute psychische vermoeidheidsproblemen voor de uitoefening van hun professionele activiteit:

- slechts 46,4 % van de zelfstandigen met acute psychische vermoeidheidsproblemen acht zich in staat zijn werk te doen tot zijn pensioen (tegen 82,7% van de zelfstandigen zonder acute psychische vermoeidheidsproblemen) en
- 51 % van de zelfstandigen met acute psychische vermoeidheidsproblemen is tevreden met zijn keuze voor een zelfstandige activiteit (tegen 80 % van de zelfstandigen zonder acute psychische vermoeidheidsproblemen).

## 2.2.2 Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen: burn-out en aan het werk blijven (2016)<sup>35</sup>

In 2016 hield het Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen een bevraging onder de zelfstandigen (862 respondenten). De organisatie stelde vast dat 18 % van de zelfstandigen ooit al te kampen kreeg met een burn-out en dat 11 % ermee te maken had op het ogenblik van de bevraging. 34 % onder hen verklaarde dat hun burn-out meer dan 1 jaar heeft geduurd, terwijl 33 % heeft verklaard dat hij minder dan 3 maanden heeft geduurd. 46 % van de zelfstandigen die een burn-out hebben gehad, heeft zich laten verzorgen door een arts.

Van de zelfstandigen die een burn-out hebben (gehad), bleef overigens 58 % normaal aan de slag, bleef 32 % gedeeltelijk aan de slag en heeft slechts 10 % zijn activiteit stopgezet. De helft van de zelfstandigen die aan de slag bleven, deed dit uit financiële noodzaak (57 %) of om hun klant niet teleur te stellen (56 %).

## 2.2.3 Unizo: bevraging over de uitputting bij Vlaamse ondernemers (2015)<sup>36</sup>

In 2015 ondervroeg Unizo 954 Vlaamse ondernemers over hun gezondheidstoestand. Een deel van deze bevraging was gewijd aan de uitputting van de zelfstandigen. Unizo beschouwde dit element als een belangrijke component van burn-out. Een derde van de ondernemers zei uitgeput te zijn. Er waren meer ondernemers onder de 40 jaar en meer ondernemers met 5-9 personeelsleden die zich uitgeput voelden. Volgens Unizo was de eerste oorzaak van deze uitputting een hoge werkdruk, een grote onzekerheid over de professionele toekomst en een verminderde mogelijkheid de eigen capaciteiten te gebruiken.

## 2.2.4 Securex: Stress van de bedrijfsleiders

In 2012 heeft Securex een stress-enquête gehouden bij 1.380 bedrijfsleiders. 65 % van de zelfstandigen zei dat ze te kampen hadden met erge problemen van spanning en stress<sup>37</sup> en 81 % vond zijn beroep emotioneel zwaar<sup>38</sup>. Volgens deze studie zijn de belangrijkste stressoren bij de zelfstandigen de werkdruk, de emotionele belasting en het gebrek aan ontspanning.

---

<sup>35</sup> Neutraal Syndicaat voor Zelfstandigen (juli 2017), 6 op de 10 zelfstandigen met een burn-out bleven de hele tijd of zoveel mogelijk verder werken

<sup>36</sup> Unizo, Brand New Health, KULeuven (2015), Een ondernemende geest in een gezond lichaam

<sup>37</sup> Tegen 35 % van de werknemers.

<sup>38</sup> Tegen 35 % van de werknemers.

## Deel III. Diagnose, behandeling en preventie

### 1 Opsporing en diagnose

Burn-out heeft geen officiële diagnostische criteria in de medische referentieclassificaties (International Classification of Diseases (ICD-10) en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM5). Burn-out wordt in de ICD-10 wel vermeld als stoornis waarmee een psychische stoornis gepaard kan gaan maar dus niet als een aparte psychische stoornis (Hoge Gezondheidsraad, 2017).

Het vaststellen van burn-out, gebeurt dus in de praktijk niet aan de hand van een klinische diagnose maar op basis van een medische uitsluitingsdiagnose (Hoge Gezondheidsraad, 2017). Immers, burn-out wordt gezien als een syndroom waarvan de symptomen op zich niet eigen zijn aan het syndroom zelf, maar ook aansluiten bij andere stoornissen (cf. bijlage II voor een overzicht). Er dient daarom vaak een ruimere evaluatie te gebeuren van het psychische en lichamelijke functioneren van een persoon, waarbij rekening wordt gehouden met zowel klinische symptomen als met de werkomstandigheden en persoonskenmerken van een individu.

In België werden de voorbije jaren de volgende drie opsporingsinstrumenten ontwikkeld, nl. :

1. Een tool voor de vroegtijdige opsporing van burn-out
2. De 'Burnout Assessment Tool'
3. De 'Preventing Burn-out Test'

#### 1.1 Tool voor de vroegtijdige opsporing van burn-out (FOD WASO)

Op basis van een studie uitgevoerd door Hansez et al., heeft de FOD Werkgelegenheidschecklist opgesteld die toelaat om de voortekenen van burn-out op te sporen. Dit instrument moet worden ingevuld door een arbeidsgeneesheer, een huisarts, een preventieadviseur voor de psychosociale risico's of een psycholoog.

Een eerste gedeelte van de vragenlijst is gewijd aan de symptomen, hun frequentie van voorkomen en hun duur. In een tweede gedeelte wordt het verband onderzocht tussen de klachten van de werknemer en bepaalde elementen van de werksituatie.

#### 1.2 Burn-out Assessment Tool (KULeuven)<sup>39</sup>

Uitgaande van de vaststelling dat er een reële nood is aan een aangepast instrument<sup>40</sup> om de gevallen van burn-out op te sporen, te voorkomen en op te volgen, heeft de KU Leuven begin 2019 een nieuw instrument ontwikkeld om burn-out op te sporen: de Burnout Assessment Tool.

Dit instrument is samengesteld uit 4 groepen van vragen m.b.t. uitputting (8 items), mentale distantie (5 items), emotionele ontregeling (5 items) en cognitieve ontregeling (5 items).

---

<sup>39</sup> <https://burnoutassessmenttool.be/>

<sup>40</sup> Volgens de auteurs is de MBI, het instrument dat in de studies het meest wordt gebruikt, niet (meer) geschikt om de burn-outgevallen af te bakenen, aangezien hij bepaalde lacunes en onnauwkeurigheden bevat en niet werd bijgewerkt op grond van nieuwe kennis op dit gebied.

Daarnaast omvat het instrument vragen m.b.t. de secundaire symptomen die ermee gepaard gaan: symptomen van psychische spanning en psychosomatische klachten. Wat betreft depressieve gevoelens, raden de onderzoekers van de KULeuven aan om een bestaande tool te gebruiken: de 4DKL. Daarnaast hebben de onderzoekers waarden vastgesteld die bepalen of de respondent zich al dan niet in een situatie van een (verhoogd) risico op burn-out bevindt.

De Burnout Assessment Tool kan worden gebruikt:

- op een individuele schaal: hij maakt een individuele diagnostiek<sup>41</sup> en een analyse van de evolutie van de patiënt mogelijk. Om een beter zicht te krijgen op de klachten en symptomen van de persoon is het in dit geval interessant om niet alleen rekening te houden met de globale score, maar tevens met de scores voor elk onderdeel van de test.
- op een organisatorische schaal: hij kan aan de basis liggen van preventiemaatregelen of van een benchmarkinganalyse ten opzichte van andere bedrijven. In dit geval lijkt het gepaster om zich te beperken tot de globale score.

Om ook de situatie te kunnen evalueren van personen die sinds meerdere maanden hun activiteit hebben stopgezet wegens een burn-out, werd er tevens een aangepaste vragenlijst ontwikkeld.

### 1.3 Preventing Burn-out Test ©

De Preventing Burnout Test (PBT) is het resultaat van meerdere jaren universitair onderzoek aan de Université catholique de Louvain. De PBT is niet bedoeld om een burn-out te diagnosticeren of om te gebruiken voor curatieve doeleinden. Hij maakt het mogelijk om bepaalde indicatoren op te sporen en te evalueren, teneinde het risico op een burn-out van een individu of het risico binnen een organisatie vast te stellen. Dankzij dit instrument kan de organisatie een doeltreffender preventiebeleid ontwikkelen.

Het gaat om een vrij lange vragenlijst, die moet worden aangepast aan elke organisatie volgens haar profiel.

## 2 Preventie

Voor wat betreft de aanpak van burn-out, wordt doorgaans gesproken van 3 soorten preventie: nl. de primaire, de secundaire en de tertiaire preventie.

Primaire preventie is bedoeld om burn-out te voorkomen door de oorzaken van burn-out aan te pakken. Het heeft dus betrekking op de fase vóór de arbeidsgerelateerde mentale aandoening aanwezig is. Het doel is om de middelen van het individu te versterken en om collectieve maatregelen tegen risico's in de organisatie op te zetten. Interventies hoeven echter niet beperkt te blijven tot het niveau van de arbeidsorganisatie (door werkeisen en hulpmiddelen met elkaar in balans te brengen), maar zijn soms ook wenselijk op het niveau van de samenleving in haar geheel (bv. door te zorgen voor een realistische beeldvorming van beroepen, door te

---

<sup>41</sup> Er dient te worden opgemerkt dat een officiële diagnose steeds door een professional moet worden gesteld.

werken aan de maatschappelijke bewustmaking rond de burn-outproblematiek, welzijn en stressbeheersing, om een gezonde levensstijl te promoten, om workaholisme te bestrijden, etc.).

De secundaire preventie heeft betrekking op het detecteren van de eerste symptomen van een burn-out en het verlenen van bijstand aan personen die dreigen geconfronteerd te worden met burn-out. Dit moet de verdere ontwikkeling ervan voorkomen en/of te vertragen. Men kan bijvoorbeeld denken aan het opzetten van ondersteuningsgroepen, van programma's voor stressbeheersing, etc.. Op individueel niveau kan de werkende zich tegen burn-out beschermen door te waken over zijn lichamelijk (sport, gezonde voeding, voldoende rust) en moreel welzijn (behoud van zijn mentale veerkracht door iets nieuws te proberen, door de contacten met belangrijke personen te onderhouden en door tijd alleen te durven doorbrengen).

Tertiaire preventie richt zich op individuen die effectief het slachtoffer zijn geworden van burn-out. Het is gericht op het beperken van de gevolgen en op de bevordering van de terugkeer naar het werk, zonder terugval. De acties die moeten worden ondernomen, moeten zowel interventies op het niveau van het individu als op het niveau van de werkomgeving omvatten.

### 3 Ondersteuning<sup>42</sup>

Omdat er geen officiële medische diagnose van burn-out bestaat, werden er in het verleden geen gestandaardiseerde zorgtrajecten uitgewerkt voor personen die er het slachtoffer van werden (tertiaire preventie). Elke zorgverlener bepaalt bijgevolg welke zorg aan de patiënt wordt verleend.

Recent werd burn-out wel erkend als een werkgerelateerde aandoening. Een erkenning als een werkgerelateerde aandoening laat toe dat Fedris kan inzetten op de opsporing van burn-out en op het organiseren van begeleidingstrajecten.

Over het algemeen start de behandeling van burn-out met een periode van werkonderbreking (van twee tot drie maanden), zodat de werknemer kan uitrusten, zich opnieuw kan focussen en de draad weer kan oppakken. Deze periode van onderbreking moet deel uitmaken van een begeleiding die mee evolueert.

De begeleiding gebeurt doorgaans door een of meer opgeleide gezondheidswerkers: behandelend arts, psychiater, psychotherapeut / psycholoog, sofroloog, coach. Er dient te worden opgemerkt dat sommige zorgverleners zichzelf professioneel bevoegd voor burn-out verklaren, zonder over de nodige kwalificaties te beschikken.<sup>43</sup>

Een multidimensionele/multidisciplinaire aanpak van burn-out wordt aanbevolen. Verschillende technieken van therapeutische interventie zijn mogelijk: cognitieve gedragstherapie, lichaamstherapie, positieve psychologische interventies, psychoanalytisch geïnspireerde

---

<sup>42</sup> Hoge Gezondheidsraad, Burn-out en werk (2017)

<sup>43</sup> BeSWIC, Burn-outcoaches: veel kaf tussen het koren, 25 mei 2018. Artikel dat verwijst naar een enquête van Test-Aankoop.

<https://www.beswic.be/nl/blog/burn-outcoaches-veel-kaf-tussen-het-koren>

therapie, systeemtherapie, gestalttherapie en EMDR. Het gebruik van geneesmiddelen daarentegen, wordt niet aangewezen bij de behandeling van burn-out.

Zodra de crisisperiode voorbij is, kan de begeleiding worden gestart om terug aan het werk te gaan. Over het algemeen is het belangrijk dat bepaalde aanpassingen in de werkomgeving worden doorgevoerd.

## Deel IV. Initiatieven ter preventie en ondersteuning van zelfstandigen met burn-out

### 1 Sensibilisering

#### 1.1 Website rond burn-out (FOD Sociale Zekerheid)

Begin 2019 heeft de FOD Sociale Zekerheid een website<sup>44</sup> online geplaatst, die volledig is gewijd aan de problematiek van burn-out in al zijn verschillende aspecten. Hoewel de aanpak meer gericht is op de werknemer en de werkgever, zijn enkele pagina's van de website gewijd aan de zelfstandigen. Deze gedeeltes blijven echter beperkt tot een herinnering aan de verschillende wettelijke mogelijkheden in geval van burn-out: arbeidsongeschiktheidsregeling, vrijstelling van bijdragen, een beroep doen op een vervangende ondernemer en socioprofessionele re-integratie.

#### 1.2 Brochure voor de KMO's ( FOD Werkgelegenheid)

In 2015 heeft de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg een brochure, 'Eerste hulp voor meer psychosociaal welzijn in kmo's'<sup>45</sup> gepubliceerd, om de werkgevers van kleine ondernemingen te helpen bij het beheren van bepaalde psychosociale problemen waarmee hun werknemers en zichzelf worden geconfronteerd.

De derde fiche van deze brochure betreft stress, overspannenheid en burn-out. Zij bevat enkele tips om als werkgever de werkomgeving in een KMO aan te passen en enkele linken voor meer informatie over dit onderwerp.

## 2 Psychosociale begeleiding voor zelfstandigen in moeilijkheden

Sommige beroepsorganisaties bieden ondersteuning aan zelfstandigen met psychosociale problemen. Vaak zijn deze initiatieven gericht op zelfstandigen die actief zijn in een bepaalde sector. Hieronder worden enkele voorbeelden toegelicht.

---

<sup>44</sup> <https://www.stressburn-out.belgie.be/nl>

<sup>45</sup> <http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=44023>

## 2.1 Agricall<sup>46</sup>

Agricall is een organisatie die landbouwers in moeilijkheden individueel begeleidt om oplossingen te vinden en hen in staat te stellen hun activiteit te hervatten of over te schakelen naar een andere activiteit.

De meeste dossiers betreffen zelfstandigen met psychosociale problemen. Er is echter zelden sprake van één enkel probleem. Het psychosociale probleem is vaak slechts de eerste klacht. De oorzaken die landbouwers het vaakst noemen voor hun problemen van psychische aard zijn: de weersomstandigheden, de onzekerheid op de markt, de werklast, de administratieve lasten, de druk, de concurrentie, het isolement en de familierelaties.

In de praktijk wordt elke tussenkomst opgestart op verzoek van de zelfstandige. De landbouwer moet er immers mee instemmen dat hij wordt geholpen om de begeleiding succesvol te maken. Na een een (of meerdere) telefoongesprekken bezoekt het veldwerkteam<sup>47</sup> (bestaande uit landbouwdeskundigen, juristen, psychologen en financiers) de zelfstandige en bepaalt de te nemen stappen. Tijdens haar interventie werkt Agricall samen met het persoonlijke netwerk van de landbouwer en met externe deskundigen, zoals financiële analisten, dierenartsen of advocaten. De psychologische begeleiding wordt verzekerd door interne en externe psychologen, mobiele teams<sup>48</sup> en andere Agricall-medewerkers die bewust zijn van de problematiek.

Agricall biedt steeds een totaalpakket aan begeleiding aan, waaronder: psychologische begeleiding, financiële begeleiding, juridische begeleiding, technische begeleiding en sociale begeleiding. In de meeste gevallen hebben de moeilijkheden van de zelfstandige gelijktijdig betrekking op meerdere van deze domeinen.

## 2.2 "Groupe de Soutien aux Agriculteurs en difficultés"<sup>49</sup>

Binnen de Union des Agricultrices Wallonnes (UAW) werd een project ontwikkeld voor hulp aan de landbouwers. Onder de naam "Groupe de Soutien aux Agriculteurs en Difficultés" biedt een groep vrijwillige vrouwelijke landbouwers gratis een luisterend oor en hulp aan voor landbouwers die hierom verzoeken. Waar nodig, verwijst deze groep door naar andere, meer gespecialiseerde diensten, zoals psychologen of artsen. De groep organiseert tevens bewustmakingacties.

In zijn opdrachten steunt de groep op de terreinkennis van zijn leden alsook op gespecialiseerde opleidingen in sleutelgebieden (waaronder stress en burn-out).

---

<sup>46</sup> Initiatief aan Waalse zijde

<sup>47</sup> In de vorm van een team samengesteld uit diverse specialiteiten.

<sup>48</sup> Er is er een per provincie. Het gaat om psychologen en psychiaters die alleen tussenbeide komen op verzoek van professionals (waaronder Agricall) bij een crisis.

<sup>49</sup> Initiatief aan Waalse zijde



## 2.3 Arts in nood<sup>50</sup>

Arts in nood is een onafhankelijke organisatie die artsen (inclusief artsen in opleiding) met psychische problemen helpt. De geboden ondersteuning is toegankelijk, discreet en vertrouwelijk. Het eerste contact kan worden gelegd door de arts zelf of door een persoon uit zijn omgeving.

Naast deze ondersteunings- en assistentiemissie wil Arts in nood ook meewerken aan het verbeteren van de bewustwording van de psychosociale risico's die verbonden zijn aan hun beroep en aan het wegnemen van het taboe rond deze kwestie

## 3 Financiële tegemoetkomingen bij arbeidsongeschiktheid

Zoals bij elke andere medische reden die de voortzetting van de beroepsactiviteit verhindert, kunnen de zelfstandigen met een burn-out:

- beroep doen op een uitkering in het kader van de arbeidsongeschiktheidsverzekering,
- aanspraak maken op een tegemoetkoming voor (een deel) van de uitgaven voor de gezondheidszorg.

In de mate dat zelfstandigen dit afsloten, kunnen zij in bepaalde gevallen ook beroep doen op:

- een verzekering gewaarborgd inkomen,
- een sociaal VAPZ.

### 3.1 Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Net als bij andere werkonderbrekingen om gezondheidsredenen, kan de zelfstandige in geval van een burn-out in aanmerking komen voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Op basis van een bewijs van arbeidsongeschiktheid afgeleverd door een arts en overgemaakt aan het ziekenfonds, heeft de zelfstandige na 7 dagen arbeidsongeschiktheid<sup>51</sup> recht op een vervangingsinkomen<sup>52</sup>.

Hij kan ook de gebruikelijke aanverwante maatregelen aanvragen. In geval van erkende arbeidsongeschiktheid kan de zelfstandige:

- vragen om een gelijkstelling omwille van ziekte<sup>53</sup>,
- met instemming van een adviserend arts, verzoeken om een deel van de beroepsactiviteit te hervatten met een beperkt effect voor de hoogte van het uitkeringsbedrag<sup>54</sup>.

---

<sup>50</sup> Initiatief aan Vlaamse zijde

<sup>51</sup> De carenperiode gedurende welke de zelfstandige geen vervangingsinkomen ontvangt.

<sup>52</sup> Indemnité journalière de 60,26 EUR pour les indépendants avec charge de famille, de 48,22 EUR pour les indépendants isolés et de 36,47 EUR pour les cohabitants (montants 2019).

<sup>53</sup> De zelfstandige is vrijgesteld van de betaling van zijn sociale bijdragen zonder verlies van zijn sociale rechten (met inbegrip van de opbouw van de pensioenrechten). Om deze gelijkstelling te verkrijgen, moet de zelfstandige alle (zelfs minimale) beroepsactiviteiten staken en een aanvraag indienen bij zijn sociaal verzekeringsfonds of bij het RSVZ.

<sup>54</sup> Volledige uitkeringen gedurende de eerste 6 maanden van gedeeltelijk herstel, verminderd met 10% vanaf de 7e maand tot het einde van het 3de jaar en daarna opnieuw beoordeeld op basis van de werkelijke inkomsten.

### 3.2 Terugbetaling van de geneeskundige verzorging bij burn-out

De zelfstandige met burn-out kan een beroep doen op de gebruikelijke terugbetalingen voor de uitgaven in het kader van de gezondheidszorg: terugbetalingen voor raadplegingen bij de behandelende arts, terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen, enz.

Daarnaast is eind 2018 een overeenkomst gesloten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de 20 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Als gevolg van deze overeenkomst worden nu maximaal 8 raadplegingen bij de psycholoog per kalenderjaar (verdeeld over twee voorschriften van 4 zittingen) vergoed. De voorwaarden voor deze terugbetaling zijn echter zeer strikt. De patiënt moet:

- tussen 18 en 64 jaar oud zijn op het moment van de eerste raadpleging;
- milde tot matige psychische klachten hebben, zoals angst, depressie of alcoholgebruik, die adequaat kunnen worden behandeld door middel van een beperkt aantal raadplegingen bij een psycholoog;
- zijn doorverwezen door een huisarts of psychiater.

Alleen sessies met klinisch psychologen en orthopedagogen die deel uitmaken van de 20 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, komen in aanmerking voor vergoeding.

Er dient opgemerkt dat sommige ziekenfondsen ook voorzien in de vergoeding van een deel van de raadplegingen bij psychologen. Deze interventies blijven echter beperkt en zijn onderworpen aan voorwaarden die variëren van ziekenfonds tot ziekenfonds.

### 3.3 Verzekeringen gewaarborgd inkomen

Een analyse van de algemene voorwaarden van een reeks verzekeringen gewaarborgd inkomen, leert dat deze verzekeringen de verzekerde in geval van psychische aandoeningen geen dekking bieden, met uitzondering van een beperkte lijst van aandoeningen waarvan burn-out geen deel uitmaakt. Wanneer burn-out wel door de verzekering gewaarborgd inkomen wordt gedekt, is deze dekking bijzonder restrictief: bijkomende toegangsvoorwaarden, beperkte tijdsduur.

Tevens moet opgemerkt worden dat de prijzen en de aangeboden dekking sterk variëren al naargelang:

- de verzekering;
- de verzekeringnemer;
- de dekking door een persoon of door een sector wordt aangegaan.

### 3.4 Sociaal VAPZ

De zelfstandige heeft tevens de mogelijkheid om een sociaal VAPZ te onderschrijven. Net zoals voor het vrij aanvullend pensioen (VAPZ), draagt de zelfstandige voor de opbouw van een pensioensupplement bij op grond van zijn beroepsinkomsten (maximaal 9,40 % van zijn beroepsinkomsten in geval van het sociale VAPZ) en zijn de betaalde premies fiscaal aftrekbaar. Het sociaal VAPZ breidt de dekking van het klassieke VAPZ uit. Het omvat over het algemeen tevens een dekking bij arbeidsongeschiktheid:

- een maandelijkse rente bij arbeidsongeschiktheid : volgens de verzekeraars wordt een controle uitgevoerd op grond van arbeidsongeschiktheid en worden er al dan niet uitsluitingscriteria toegepast;
- de ten laste neming van de premie gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid.

## 4 Pilootprojecten rond een betere preventie van burn-out

### 4.1 Oproep tot het indienen van pilootprojecten voor geïntegreerde preventie tegen burn-out, op initiatief van het kabinet De Block. 55

In 2018 heeft de minister van Sociale Zaken, Maggie De Block, een oproep gedaan tot het indienen van pilootprojecten om een geïntegreerd preventiebeleid op te zetten voor de werkgerelateerde psychische aandoeningen. De geselecteerde projecten zullen tijdens het jaar 2019 lopen en zullen kunnen rekenen op een subsidie (van maximaal 300.000 EUR). Een van de twaalf geselecteerde projecten heeft betrekking op de zelfstandigen.

Het project "De veerkrachtige zelfstandige"<sup>56</sup>, dat een initiatief is van UNIZO, Integraal (een opleidingsinstelling) en Liantis, zal zich focussen op de primaire en secundaire preventie van burn-out bij de zelfstandigen. De bedoeling is om de informatie rond deze problematiek bij de zelfstandigen te verbeteren en preventietrajecten te testen. Er zal onder meer gefocust worden op een brede sensibiliseringscampagne, specifieke tools, opleidingen, infosessies en individuele begeleidingen. Dit alles op maat van de zelfstandige ondernemer en onderbouwd door recent wetenschappelijk onderzoek. Een van de doelstellingen van de organisatoren is om een procedure vast te leggen die past binnen het concept van het gezondheidsbudget.

### 4.2 Studie over burn-out uitgevoerd door de KU Leuven en gefinancierd door het RIZIV 57

Eind 2018 heeft de KU Leuven een studie aangevat over burn-out om:

- een zorgtraject voor burn-out vast te leggen en te testen, dat een snelle terugkeer naar het werk bevordert;
- aanbevelingen te formuleren op grond hiervan.

Dit project beoogt dus de tertiaire preventie van burn-out.

---

<sup>55</sup> Zie website van de FOD Sociale Zekerheid voor meer informatie <https://socialsecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/pilootprojecten-geintegreerd-preventiebeleid-burn-out>

<sup>56</sup> Voor meer informatie zie Liantis : De veerkrachtige zelfstandige: grootschalig project rond burn-out bij zelfstandigen (<https://www.liantis.be/nl/nieuws/veerkrachtige-zelfstandige-burn-out-zelfstandigen>)

<sup>57</sup> [www.werkenburn-out.be](http://www.werkenburn-out.be)

### 4.2.1 Basisvaststellingen

De basisvaststelling van de onderzoekers is dat hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe minder waarschijnlijk het is dat men de beroepsactiviteit hervat. De voorgeschreven periode van arbeidsongeschiktheid beïnvloedt de kansen op herstel en werkhervatting. Hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe moeilijker de terugkeer naar het werk is, doordat die terugkeer gehinderd wordt door factoren buiten de ziekte. Bovendien zijn 30% van de langdurige ziekten psychische stoornissen.

### 4.2.2 Ontwikkeling van een zorgtraject

Op basis van een literatuurstudie hebben de onderzoekers een ontwerp van zorgtraject uitgewerkt. Zij hebben vastgesteld dat benaderingen die rekening houden met de werkomgeving, meer kans op succes hebben.

Dit ontwerp van zorgtraject werd aan meerdere stakeholders voorgelegd<sup>58</sup>, die een aantal problemen naar voren hebben geschoven:

- Burn-out opsporen is moeilijk. Een voorbarige diagnose kan de behandeling bemoeilijken. Bijgevolg moet de diagnose steunen op een samenwerking tussen behandelend geneesheer (tekenen) en psycholoog (differentiële diagnose).
- Er bestaat geen consensus over het tijdstip waarop men de tussenkomsten en de psychologische opvolging moet beginnen: aan het begin van de arbeidsongeschiktheid of na een min of meer lange rustperiode. In het zorgtraject heeft een snelle tussenkomst de voorkeur, met een eerste contact met de psycholoog binnen vier weken na de vaststelling van de behandelend arts.
- In het geval van burn-out schrijven de artsen niet onmiddellijk lange periodes van stopzetting voor omdat patiënten dit niet aanvaarden en weer aan het werk willen. De psychologen zouden graag hebben dat onmiddellijk een langere periode zou worden voorgeschreven, aangezien de burn-outbehandeling lang duurt en de patiënt dan niet meerdere keren naar zijn behandelend geneesheer hoeft terug te keren.
- Het gebrek aan communicatie tussen de verschillende optredende personen verhindert een goede opvolging van de patiënt. Er zal een stroomdiagram worden opgesteld zodat alle optredende personen in overleg handelen. De psycholoog zal voor een regelmatige opvolging zorgen naar de behandelend geneesheer (één verslag per maand), de arbeidsgeneesheer en de adviserend geneesheer.
- De toename van de optredende personen en de afwezigheid van een coördinator is problematisch. De behandelend geneesheer zorgt voor de coördinatie van het zorgtraject.

---

<sup>58</sup> Behandelend geneesheren, arbeidsgeneesheren, psychologen, professionele coaches, adviserend geneesheren, psychiaters.

Het zorgtraject, dat het voorwerp zal zijn van de studie, zal er als volgt uitzien:

- Raadpleging bij de behandelend geneesheer, eventueel gevolgd door een tweede raadpleging binnen een kort tijdsbestek.
- Binnen de 4 weken: eerste contact met de psycholoog en diagnose.
- Van de 4e tot de 12e week: maximaal 10 sessies met de psycholoog en minstens één afspraak met de behandelend geneesheer.
- Tussen de 8e en de 12e week: voorbereiding op de terugkeer naar het werk en contact met andere optredende personen (bv. arbeidsgeneesheer).
- Vóór de werkhervatting (na de 12e week): raadpleging bij de behandelend geneesheer en bij de psycholoog.

Het zorgtraject duurt 12 weken, aangezien dit volgens psychologen de optimale duur is. Wellicht zullen echter sommige patiënten voor of na deze termijn het werk hervatten. Zodra de psycholoog tussenbeide komt, zal het dossier in de studie in aanmerking worden genomen.

De studie zal het werk van de psycholoog niet analyseren. De psycholoog zal vrij zijn om het aantal sessies en de noodzakelijke duur van de behandeling te bepalen. De -cognitieve gedragsbenadering zal de voorkeur krijgen. Er zal bijzondere aandacht worden besteed aan de werkomgeving.

#### 4.2.3 Analyse

In de studie zullen 250 Nederlandstalige en 250 Franstalige patiënten worden verdeeld in een testgroep en in een controlegroep. De controlegroep zal de gebruikelijke zorg krijgen en de behandelende arts zal nauwkeurig moeten noteren uit wat deze zorg bestaat.

De eerste zorgtrajecten zullen eind 2018 in Vlaanderen worden aangevat en iets later in Wallonië. De zorgtrajecten zullen 12 maanden duren.

### 4.3 Retrospectieve studie door het RIZIV

Tussen september 2018 en oktober 2020 plant het RIZIV een retrospectieve epidemiologische studie over burn-outpatiënten. Die studie zal zich focussen op de behandeling en het professionele traject van deze patiënten en zal beogen om beleidsaanbevelingen te formuleren.

#### 4.3.1 Stelsel van de werknemers en van de ambtenaren.

In het stelsel van de werknemers en van de ambtenaren zullen in de loop van 2019 eveneens andere pilootprojecten worden opgezet. Bijvoorbeeld:

- Fedris<sup>59</sup> organiseert een pilootproject met als doel het aan het werk houden (of het snel hervatten ervan) van de werknemers in burn-out, door middel van een multidisciplinaire aanpak. Fedris stelt een zorgtraject voor van maximaal 9 maanden aan werknemers, uit de sector van de financiële diensten en de sector van de ziekenhuisactiviteiten, die minstens 2 maanden in arbeidsongeschiktheid zijn of burn-outsymptomen vertonen zonder in arbeidsongeschiktheid te zijn (tussen 300 en 1.000 personen).

---

<sup>59</sup> <https://fedris.be/nl/node/2540>

- Binnen de Nationale Arbeidsraad<sup>60</sup> ondersteunen de sociale partners, in nauwe samenwerking met de FOD WASO, projecten inzake primaire preventie van burn-out binnen de ondernemingen.
- De andere pilootprojecten die binnen het kader van de oproep tot het indienen van projecten van het kabinet De Block werden geselecteerd.<sup>61</sup>

## Deel V. Aanbevelingen

Burn-out is het voorwerp van groeiende maatschappelijke en beleidsaandacht. Er is dan ook in toenemende mate vraag naar meer kennis over de prevalentie van het fenomeen en over de oorzaken, de behandeling en preventie ervan.

Dit rapport illustreert dat de wetenschappelijke inzichten rond burn-out nog in volle ontwikkeling zijn en dat pogingen worden ondernomen om de prevalentie van het fenomeen op een meer systematische en wetenschappelijke manier in kaart te brengen. Daarnaast blijken op het terrein waardevolle inspanningen te worden geleverd om individuen met (een verhoogd risico op) burn-out (vroegtijdig) op te sporen en te begeleiden alsook om het fenomeen te voorkomen.

Het Comité stelt echter vast dat dit alles gebeurt met een sterke (en soms éézijdige) focus op de problematiek van burn-out bij werknemers. Nochtans kan men ervan uitgaan dat burn-out een problematiek is die zich evenzeer stelt bij zelfstandigen. Het Comité meent evenwel dat de aanpak ervan niet louter kan gebeuren door een veralgemening van de inzichten of de initiatieven die reeds bestaan omtrent burn-out bij werknemers. Er zijn immers indicaties dat de oorzaken van burn-out en de onderliggende mechanismen, verschillend kunnen zijn bij zelfstandigen en werknemers. Bovendien maakt de specifieke aard van het zelfstandig ondernemerschap dat de behandeling en preventie van burn-out bij zelfstandigen om eigen accenten vragen.

Voor wat betreft de aanpak van burn-out bij zelfstandigen ziet het Comité dan ook de volgende uitdagingen :

- Verdere kennisverwerving rond de problematiek van burn-out bij zelfstandigen.
- Bewustmaking en inzet op primaire en secundaire preventie. Het Comité ziet hierin een belangrijke taak weggelegd voor de beroeps- en sectororganisaties evenals voor de socialeverzekeringsfondsen.

---

<sup>60</sup> <http://www.cnt-nar.be/Dossier-NL-burn-out.htm>

<sup>61</sup> <https://socialsecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/pilootprojecten-geintegreerd-preventiebeleid-burn-out>

- Een beleid inzake tertiaire preventie dat gestoeld is op drie pijlers, nl. :
  - Inventarisatie van het bestaande ondersteuningsaanbod en een goede ontsluiting van deze informatie voor de zelfstandige.
  - Hulpverlening via het aanbieden van zorgtrajecten, aangepast aan het specifieke karakter van het zelfstandig ondernemerschap.
  - Financiële ondersteuning van uitgaven inzake primaire, secundaire en tertiaire preventie.
- Een gecoördineerde beleidsaanpak van de problematiek.

In wat volgt worden deze uitdagingen verder toegelicht.

## 1 Kennisverwerving

Het Comité acht het in de eerste plaats noodzakelijk om vanuit het beleid in te zetten op het stimuleren van (wetenschappelijke) kennisverwerving rond burn-out bij zelfstandigen, m.n. voor wat betreft :

- de (specifieke) oorzaken en onderliggende mechanismen ervan;
- de instrumenten tot detectie ervan;
- de prevalentie ervan.

Dit kan door bijkomend onderzoek te (laten) verrichten dat specifiek gericht is op situatie van zelfstandige ondernemers, maar ook door na te gaan in welke mate bestaande inzichten (algemeen of voor werknemers) ook van toepassing zijn op zelfstandigen. Volgens het Comité is het daarbij van belang dat men oog heeft voor de heterogeniteit van de populatie zelfstandigen en dus aandacht schenkt aan elementen zoals de diversiteit van de activiteiten of de aard van de sector waarin zelfstandigen werkzaam zijn, de mate waarin voor de uitoefening van de activiteit beroep wordt gedaan op personeel, het feit dat zelfstandigen niet snel geneigd zijn om hun beroepsactiviteit te onderbreken omwille van gezondheidsredenen<sup>62</sup>, etc.. Bijkomende inzichten zouden kunnen toelaten om de burn-out bij zelfstandigen beter te voorkomen, sneller te detecteren en meer aangepaste zorgtrajecten uit te werken voor de betrokkenen.

## 2 Sensibilisering en primaire & secundaire preventie

Het Comité meent dat er voor wat betreft burn-out bij zelfstandigen in de tweede plaats een belangrijke taak is inzake bewustmaking. Het aanvoelen leeft immers dat onder zelfstandigen nog groot een taboe rust op het fenomeen. Door dit taboe te doorbreken zullen zelfstandigen makkelijker open staan om de symptomen van burn-out te herkennen en te erkennen. Dit is een eerste noodzakelijke stap naar remediëring.

---

<sup>62</sup> In dit verband zou het bijvoorbeeld interessant zijn om te onderzoeken of een systeem van deeltijdse werkonderbreking beter zou toelaten om burn-out te voorkomen bij zelfstandigen die geconfronteerd worden met de eerste tekenen ervan. Momenteel is enkel een deeltijdswerkhervatting mogelijk, d.w.z. na eerst volledig de activiteit te hebben onderbroken.

Het Comité is van oordeel dat niet vroeg genoeg kan gestart worden met de bewustmaking rond burn-out<sup>63</sup> en dat initiatieven hiertoe daarom reeds een plaats moeten krijgen tijdens de aanlooptrajecten naar het zelfstandig ondernemerschap, zoals in de beroepsopleidingen of de startertrajecten die veelvuldig worden georganiseerd. Dergelijke bewustmaking moet voor het Comité dan ook een fundamenteel onderdeel uitmaken van het beleid inzake primaire preventie bij zelfstandigen.

Overigens is het Comité van mening dat men vooral moet inzetten op initiatieven van primaire en secundaire preventie om de problematiek van burn-out bij zelfstandigen aan te pakken. Zelfstandigen helpen om de eerste tekenen van burn-out te herkennen en de weg te vinden naar gepaste hulpverlening kan immers voorkomen dat burn-out zich effectief manifesteert. Voor het Comité is het van belang dat deze preventie gebeurt vanuit een positieve, individu-versterkende benadering. Het moet de bedoeling zijn om (potentiële) zelfstandigen weerbaar te maken (door bewustmaking en het aanreiken van hulpinstrumenten) voor de eventuele psychosociale moeilijkheden waarmee ze tijdens hun ondernemerschap geconfronteerd worden, zonder hen af te schrikken of risico-avers te maken.

Voor de initiatieven van primaire en secundaire preventie ziet het Comité, naast de artsen of ziekenfondsen, een belangrijke rol weggelegd voor actoren die dicht bij de zelfstandige staan. Het denkt daarbij in de eerste plaats aan de beroeps- en sectororganisaties en de sociale verzekeringsfondsen. Zij zijn immers het meest vertrouwd met de dagelijkse realiteit van zelfstandigen en staan in rechtstreeks contact met hen. Aandacht voor het psychosociale welzijn (herkennen van eerste tekenen van burn-out) van de zelfstandige en voor de verschillende ondersteuningsinitiatieven (psychosociaal en financieel) zou deel kunnen/moeten uitmaken van de opleidingen of de begeleidingstrajecten die deze organisaties hun aangeslotenen vaak aanbieden.

Daarnaast denkt het Comité dat men ook moet overwegen om informatie of initiatieven in het kader van primaire en secundaire preventie, ook op een meer geaggregeerd niveau aan de zelfstandige aan te bieden. Dit kan bijvoorbeeld via een centraal contactpunt of een centraal digitaal portaal. Het Comité verwijst in dit verband naar de website [www.stressburnout.belgie.be](http://www.stressburnout.belgie.be) die er kwam op initiatief van minister De Block. Dit portaal is echter vooral gericht op informatieverstrekking rond burn-out bij werknemers. Om tegemoet te komen aan de kennis- en ondersteuningsnoden van zelfstandigen, zou voor deze doelgroep een vergelijkbaar initiatief kunnen worden uitgewerkt of zou de informatie op dit bestaande portaal kunnen worden uitgebreid.

---

<sup>63</sup> Maar ook meer algemeen rond de psychosociale risico's waarmee men kan geconfronteerd worden bij zelfstandig ondernemerschap.



## 3 Tertiaire preventie

### 3.1 Informatieverstrekking

Het is niet evident om vandaag een goed overzicht te krijgen van de bestaande initiatieven ter ondersteuning en begeleiding van zelfstandigen met burn-out. De verkenning van het aanbod die in het kader van dit rapport werd uitgevoerd, leert dat het aanbod zeer versnipperd is en dat hulpverlening vaak niet specifiek gericht is op ondersteuning van individuen met burn-out, maar eerder een onderdeel vormt van ruimere opgevatte initiatieven tot begeleiding en ondersteuning van zelfstandigen met psychosociale problemen<sup>64</sup>.

Het is van belang dat zelfstandigen die geconfronteerd worden met burn-out op een eenvoudige en laagdrempelige manier hun weg kunnen vinden naar gepaste hulpverlening. Voor het Comité bestaat een derde uitdaging er dan ook in om het bestaande ondersteuningsaanbod op een systematische manier te inventariseren en deze informatie op een eenvoudige en overzichtelijke manier te ontsluiten voor de zelfstandige.

Op welke manier de ontsluiting van die informatie het best verloopt, moet nog worden onderzocht. Anders dan bij werknemers is er bij zelfstandigen geen intermediaire actor in de vorm van de arbeidsgeneesheer of de preventiedienst die hen in geval van burn-out kan toeleiden naar het bestaande ondersteuningsaanbod. Volgens het Comité is het daarom, meer nog dan bij werknemers, van belang om ondersteunings- en begeleidingsinitiatieven actief onder de aandacht te brengen van zelfstandigen. Het Comité ziet hiervoor – net zoals voor de primaire als de secundaire preventie - een belangrijke taak weggelegd voor (naast artsen en ziekenfondsen) de actoren die het nauwst contact hebben met de zelfstandigen, zoals de beroeps- en de sectororganisaties en de socialeverzekeringsfondsen.

### 3.2 Hulpverlening

Voor werknemers met burn-out start het vooropgestelde hersteltraject veelal met i) een werkonderbreking (2 à 3 maanden), die wordt gevolgd door een ii) individuele begeleiding met indien mogelijk en wenselijk eventuele iii) aanpassingen in de werkomgeving, en iv) een werkherleving, al dan niet via een re-integratietraject.

Voor wat betreft het aspect van de werkonderbreking, merkt het Comité op dat uit bevragingen<sup>65</sup> in het verleden is gebleken dat zelfstandigen niet snel geneigd zijn om hun professionele activiteit te onderbreken om gezondheidsredenen. Een werkonderbreking in geval van burn-out is des te moeilijker omdat een goed herstel een relatief lange periode van onderbreking vereist.

Met betrekking tot het aspect van de individuele begeleiding (of de toeleiding ernaar) werd hoger reeds opgemerkt dat zelfstandigen hiervoor niet kunnen terugvallen op een arbeidsgeneesheer of een preventiedienst. Hiermee ontbreekt tevens een figuur die de zelfstandige kan bijstaan in het doorvoeren van de nodige aanpassingen van de werkomgeving

---

<sup>64</sup> Al dan niet samenhangend met financiële of economische problemen waarin de zelfstandige of zijn onderneming zich bevindt.

<sup>65</sup> UCM en Unizo

of arbeidsomstandigheden. De zelfstandige is hiervoor in grote mate aangewezen op zichzelf. Overigens zijn dergelijke ingrepen in de organisatie of de inhoud van de professionele activiteit of de werklast voor zelfstandigen vaak minder evident dan voor werknemers.

Het Comité meent dan ook dat men voor zelfstandigen met burn-out niet zonder meer de aanpak kan hanteren die algemeen wordt vooropgesteld voor werknemers. Er is een benadering vereist die meer rekening houdt met het specifieke karakter van het zelfstandig ondernemerschap. Een vierde uitdaging bestaat er volgens het Comité dan ook in om voor zelfstandigen met burn-out meer aangepaste zorgtrajecten te voorzien.

### 3.3 Financiële ondersteuning

#### 3.3.1 Preventie van burn-out : een gezondheidsbudget

Anders dan werknemers, staan zelfstandigen zelf in voor de financiering van investeringen voor welzijnspreventie. Deze kost kan voor zelfstandigen echter een drempel vormen tot het nemen van dergelijke initiatieven. Een vijfde uitdaging bestaat er volgens het Comité dan ook in om te zoeken naar manieren om de investeringen inzake welzijnspreventie voor zelfstandigen betaalbaar en dus aanvaardbaar te houden. In dit kader lanceert het Comité een voorstel tot invoering van een zogenaamd 'gezondheidsbudget'. Dit is een financieel rugzakje van waaruit zelfstandigen uitgaven in het kader van primaire, secundaire of tertiaire preventie (zoals de uitgaven voor coaches, opleidings- of informatiesessies, fysieke aanpassingen van de werkomgeving, etc.) zouden kunnen financieren.

#### 3.3.2 Voorwaarden aanvullende verzekeringen

Zelfstandigen die een aanvullende verzekering afsluiten willen zich beter beschermen tegen de financiële gevolgen van gezondheidsrisico's, ook deze van psychologische aard. De bijkomende restrictieve bepalingen of de uitzonderingsvoorwaarden die vaak gelden in geval van aandoeningen van (meer) psychische aard zijn hiermee in tegenspraak. Het Comité vraagt dan ook dat deze bepalingen en voorwaarden in de toekomst zouden herbekeken worden zodat zelfstandigen ook beroep kunnen doen op hun aanvullende verzekering bij een medisch vastgestelde mentale aandoening, zoals burn-out.

## 4 Geïntegreerde en gecoördineerde aanpak

Omdat het een problematiek met vele facetten is, veronderstelt een goede aanpak van burn-out een geïntegreerde benadering vanuit de verschillende beleidstakken. Het Comité stelt met tevredenheid vast dat de recente initiatieven die door minister De Block werden genomen, reeds vanuit dit perspectief werden opgezet. Zorgtrajecten die worden uitgewerkt voor zelfstandigen moeten vanuit dezelfde benadering worden vormgegeven. In dit verband kijkt het Comité uit naar de uitkomsten van het pilootproject rond de geïntegreerde aanpak van burn-out door het consortium Unizo-Lianitis-Integraal (cf. supra).

Daarnaast vereist een goede aanpak van burn-out ook een coördinatie van de initiatieven die door de verschillende beleidsniveaus worden genomen. De diverse aspecten van burn-out ressorteren onder verschillende beleidsniveaus.

Als werkgerelateerde psychosociale aandoening valt de preventie ervan onder het welzijn op het werk, dat een federale bevoegdheid is. De ondersteuning van het bedrijfsleven vormt daarentegen een bevoegdheid van de gewesten. Hetzelfde geldt voor sommige begeleidingsinitiatieven voor zelfstandigen in moeilijkheden. Een zesde uitdaging vormt volgens het Comité tot slot dan ook een goede samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus zodat zelfstandigen in het kader van de problematiek rond burn-out op de zo best mogelijke manier kunnen worden begeleid.

Namens het Algemeen Beheerscomité voor het sociaal statuut der zelfstandigen, op 23 mei 2019:

**Veerle DE MAESSCHALCK,**

**Secretaris**

**Jan STEVERLYNCK,**

**Voorzitter**

## Bijlage I. Referenties

Aumayr-Pintar, C., Cerf, C., Parent-Thirion, A. (2018). *Burnout in the workplace : A review of data and policy responses in the EU*. Geraadpleegd via Eurofound : <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-in-the-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu>.

Ben Tahar, Y. (2014). *Analyse du burnout en entrepreneuriat : étude empirique sur les dirigeants de PME*. Geraadpleegd via Observatoire Amarok : [http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/these\\_yosr\\_ben\\_tahar-2.pdf](http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/these_yosr_ben_tahar-2.pdf).

Bourdeaud'hui, R., Janssens, F., Vanderhaege, S. (2018). *Acute psychische vermoeidheidsproblemen bij werknemers en zelfstandigen. Analyse op basis van de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004-2016*, Stichting Innovatie & Arbeid. Brussel.

Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2010), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*.

Desart, S. Schaufeli, W-B., De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out. *OVER.WERK*, 27 (1), 86-87.

Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L. Mairiaux, P. (2010) *Recherche sur le burnout au sein de la population active belge* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg website: <http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=33630>

Hansez, I., Firket, P., Braeckman, L. Mairiaux, P. (2010) *Onderzoek over burn-out in België* (Samenvatting). Geraadpleegd via Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg website: <http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=39576>

Hochstrasser B. et al. (2016). Le traitement du burnout, partie 2: recommandations pratiques. *Forum Médical Suisse*, 2016;16(26-27), 561-566.

Hoge Gezondheidsraad (2017). *Burn-out en werk*. Advies HGR nr. 9339. Geraadpleegd via Hoge Gezondheidsraad website : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_9339\\_burn\\_out\\_update\\_09102017.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9339_burn_out_update_09102017.pdf)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (2011). *Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Synthèse et recommandations*. Geraadpleegd via Inserm iPubli : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/216>.

Lamberts, M., Neyens, I. (2018), *Welzijn en welbevinden van bedrijfsleiders van zeer kleine ondernemingen (ZKO's) in België – Tabellenboek en thematische analyse*, Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Brussel.

Lastokova, M., Carder, M., Rasmussen, H.-M., Sjoberg, L., De Groene, G.-J., Sauni, R., Vevoda, J., Vevodova, S., Lasfargues, G., Svartengren, M., Varga, M., Colosio, C., Pelclova, D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial Health*, 56, 160-165.

Lechat T., Torrès O. (2016). Les risques psychosociaux du dirigeant de PME : typologie et échelle de mesure des stressseurs professionnels. *RIPME*, 29, 135-159. Geraadpleegd via Observatoire Amarok: [http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/lechat\\_torres\\_ripme\\_2016\\_vol\\_29\\_ndeg3-4\\_pp\\_135-159\\_0-2.pdf](http://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/lechat_torres_ripme_2016_vol_29_ndeg3-4_pp_135-159_0-2.pdf).

Mairiaux, P., Schippers, N., Eubelen, I., Panda, J.-P., Hansez, I., Angenot, A., Dupont, M., Donneau, A.-F. (2012), *Stress & Santé des indépendants. Quelles réalités, quelles solutions?* (Synthesedocument enquête resultaten) Geraadpleegd via Université de Liège website <https://www.ulg.ac.be/upload/docs/application/pdf/2012-10/stresssanteindependants.pdf>

Schaufeli, W., De Witte, H., Desart, S. (2019). Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT). KULeuven, België : intern rapport.

Shepherd, D., Marchisio, G., Morrish, S., Deacon, J., Miles, M. (2010). Entrepreneurial burnout : exploring antecedents, dimensions and outcomes. *Journal of Research in Marketing and Entrepreneurship*, 12 (1), 71-79.

Syndicat neutre pour indépendants (juillet 2017), *6 indépendants sur 10 ont continué à travailler tout le temps ou le plus que possible lors d'un burnout.*

Soukupová, Z. (2016). *Burn Out Syndrome* [Diploma Thesis]. Mendel University Brno, Faculty of Regional Development and International Studies.

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (2015). *Premiers conseils pour plus de bien-être psychosocial dans le PME*. Geraadpleegd via SPF ETCS : <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=44023>.

Taris, T., Houtman, I., Schaufeli, W. (2013). *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29 (3), 241-257.

## Bijlage II. Differentiële diagnose

Stress	Burn-out
<p>Direct gevolg van professionele stressfactoren. De zingeving van het werk staat niet centraal</p> <p>Is tijdelijk of chronisch</p> <p>Kan elke werknemer treffen</p> <p>Gaat niet noodzakelijk gepaard met negatieve houdingen t.o.v. anderen</p> <p>Sociale steun en copingstrategieën kunnen een bemiddelende rol spelen tussen stress en burn-out</p>	<p>Belangrijke rol van de zingeving van het werk in het optreden van het syndroom</p> <p>Is het gevolg van een langdurige blootstelling aan aanhoudende stress</p> <p>Treft vooral mensen die het werk heel belangrijk vinden</p> <p>Negatieve houding en gedrag t.o.v. collega's, klanten, patiënten ... Cynisme</p>
Depressie	Burn-out
<p>Emotionele uitputting en prikkelbaarheid</p> <p>Raakt alle aspecten van het leven</p> <p>Gekenmerkt door een verlies van interesse en levenslust</p> <p>Lager zelfbeeld, doemdenken, minder vitaliteit</p> <p>Een voorgeschiedenis van depressie kan een burn-out in de hand werken</p>	<p>Emotionele uitputting en prikkelbaarheid</p> <p>Specifiek gebonden aan het werk</p> <p>Behoud van interesse in de aspecten van het leven die geen verband houden met het werk</p> <p>Beter zelfbeeld en realisme, meer vitaliteit dan bij een depressie</p> <p>Een burn-out kan afglijden in een depressie</p>
Fibromyalgie	Burn-out
<p>Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress</p> <p>Pijn in spieren en botten</p> <p>Niet veroorzaakt door het werk</p>	<p>Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress</p> <p>Fysieke pijn is geen centraal symptoom</p> <p>Doet zich voor op het werk</p>

Chronische vermoeidheid	Burn-out
<p>Algemene vermoeidheid</p> <p>Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress</p> <p>Niet systematisch veroorzaakt door het werk</p>	<p>Emotionele vermoeidheid wordt geassocieerd met twee andere elementen (depersonalisatie en verlies van verwezenlijking)</p> <p>Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress</p> <p>Werkgebonden</p>
Problemen door een levensgebeurtenis	Burn-out
<p>Er is niet noodzakelijk een verband met het werk (bijvoorbeeld overlijden, scheiding, uit elkaar gaan ...) maar er kan er één zijn (bijvoorbeeld degradatie om te werken, ontslag ...)</p> <p>Treedt op na een specifieke gebeurtenis, vaak van korte duur</p>	<p>Werkgebonden</p> <p>Treedt op als gevolg van een langdurige spanning</p>
Workaholisme	Burn-out
<p>Werknemers brengen enorm veel tijd door op het werk, ze nemen niet gemakkelijk afstand van hun werk en leveren werk af dat verder gaat dan wat er van hen verwacht wordt</p> <p>Het werk beïnvloedt het privéleven</p> <p>Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft</p> <p>Kan leiden tot een burn-out want de overmatige betrokkenheid bij het werk kan de reserves uitputten.</p> <p>Er worden positieve emoties gevoeld op het werk</p> <p>Negatieve emoties zijn actiever (irritatie, woede, opwinding)</p> <p>Kan een risicofactor van burn-out zijn</p>	<p>Burn-out treft personen die hoge verwachtingen hebben van hun werk.</p> <p>Belang van het werk en de betekenis die de persoon aan het werk geeft</p> <p>De uitputting die typisch is voor een burn-out is niet verenigbaar met een sterke betrokkenheid bij het werk (werkverslaving).</p> <p>Positieve emoties worden buiten de professionele sfeer gevoeld</p> <p>Negatieve emoties zijn minder actief (vermoeidheid, verdriet, lethargie)</p> <p>Burn-out wordt gekenmerkt door een afname in prestaties</p>
Bore-out	Burn-out
<p>Monotonie en gebrek aan zingeving</p> <p>Te weinig stimulatie-uitdaging</p> <p>Onaangename staat van lage opwinding en ontevredenheid</p> <p>De werknemer is in staat om inspanningen te leveren</p> <p>Behoeft/nood aan stimulatie</p> <p>Belangrijk om het werk zinvoller en uitdagender te maken</p>	<p>Verhoogde eisen en weinig hulpbronnen</p> <p>Overbevroegd</p> <p>Reactie (uitputting en mentale afstand) op chronische professionele stress</p> <p>Arbeidsongeschikt (vanwege uitputting) en weigering (wegens afstand nemen) om inspanningen te leveren</p> <p>Behoeft aan inactiviteit</p> <p>Herstel het evenwicht tussen inspanningen en beloning</p>



Brown-out	Burn-out
<p>Treft prioritair de beroepen waar de menselijke en de relationele inhoud belangrijk zijn (beroepen met een roeping »)</p> <p>In staat om taken uit te voeren maar met een gevoel van onmiddellijke moeheid</p> <p>Eerder gekenmerkt door een totaal verlies aan zingeving</p>	<p>Treft prioritair de beroepen waar de menselijke en de relationele inhoud belangrijk zijn (beroepen met een roeping »)</p> <p>Niet meer in staat om taken uit te voeren</p> <p>Eerder gekenmerkt door overbelasting (over-stimulatie)</p>

Bron : Hansez et al (2019)