Productomschrijving
‘Ergotherapie bij burn-out’ - eerste lijn

Versie 1.0
Publicatiedatum: november 2026
Auteurs: Yvette Zwart, Monique van Poppel en Jeroen Zagers – Vakgroep GGZ

Productomschrijving	**Ergotherapie bij burn-out in de eerste lijn**
Cliënt (-en groep)/klant	Volwassenen met een burn-out
Indicaties/hulpvraag	Ergotherapie kan worden ingezet bij volwassenen met burn-outklachten. De behandeling kan zich richten op herstel van energiemanagement, stressmanagement, werk-privébalans, prikkelverwerking, slaap en begeleiding bij arbeidsre-integratie.
Doel van het product	De eerstelijns ergotherapeut heeft handvatten om een behandeling vorm te kunnen geven. Dit kan bestaan uit o.a. 1. Ergotherapeutische diagnostiek 2. Advies en Instructie cliënt(systeem) 3. Training en begeleiding cliënt 4. Advies hulpmiddelen en voorzieningen 5. Advies zorg en begeleiding 6. Advies arbeidsomstandigheden
Aanbieder (+expertise) Naam instelling/praktijk	Ergotherapeut in de eerste lijn
Werksetting	Eerste lijn

Inhoud/werkwijze (Product + toelichting)	**1. Ergotherapeutische diagnostiek/intake**
	Anamnese
	Specifieke aandachtspunten:
	• Oorzaak/aanleiding en duur van de klacht(en)
	• Moeheid, slaapproblemen, prikkelbaarheid, niet tegen drukte/lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel, concentratieproblemen,
	• Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid
	• Somberheid of angst: welke klacht was er eerder (angst, somberheid of spanningsklachten), suïcidale gedachten/plannen
	• Beperkingen in sociaal en beroepsmatig functioneren en werkverzuim
	• Onderhoudende factoren zoals: huisvestings- en financiële problemen en gebruik van alcohol en drugs
	• Coping
	• Wat de patiënt zelf heeft gedaan om de klachten te verminderen
	• Eerdere vergelijkbare klachten en behandelingen
	
	(Meet) instrumenten:
	• Bij vermoeidheid: Borgschaal, Checklist Individual Strength (CIS), Dutch Multifactor Fatigue Scale (DMFS), Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)
	• Bij overprikkeling: Sensory Profile – Nederlandse versie (SP-NL)
	• Bij verdenking van depressie, angst en/of somatisering: Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)
	• Om coping inzichtelijk te krijgen: Utrechtse Coping Lijst-Revised (UCL-R)
	• Breed inzetbaar:
	  ○ Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
	  ○ Impact on Participation and Autonomy (IPA)
	  ○ Occupational Self Assessment (OSA), gericht op het handelen en participatie
	  ○ De Activiteitenweger
	  ○ Tijdschrijflijsten

	2. Advies & **3. Training en begeleiding handelingsvaardigheid cliënt(systeem)** • Psycho-educatie aansluitend op de klachten van de patiënt te denken aan het stresssysteem, informatieverwerking, cognitieve hiërarchie en overprikkeling • Uitleg over de fases van herstel en ergotherapeutische interventies Een belangrijk aspect om voorhand te benoemen is de therapeutische relatie. Het succes van de therapie hangt grotendeels af van een gedeelde overeenkomst over de doelen, aanpak en samenwerking om deze te bereiken. Voor een sterke therapeutische relatie dient de behandelaar aandacht te hebben voor zijn empathische vermogen, authenticiteit, duidelijkheid en het opbouwen van vertrouwen: ga in dialoog met de cliënt, wees flexibel. Investeer in de relatie en reflecteer. De **behandeling en begeleiding** van handelingsvaardigheden gericht op het verbeteren van energie- en stress management is een belangrijke thema van de ergotherapeutische behandeling. Deze dient aan te sluiten op de ernst van de burn-out, grofweg onder te verdelen in verschillende fases: (Gebaseerd op: Van Dam, A. 2021): • *De Crisisfase* In de crisisfase zijn de ergotherapeutische interventies gericht op: psycho-educatie over o.a. Het stress-systeem, informatieverwerking, cognitieve hiërarchie, bespreken en begeleiding bij het zo nodig (deels) laten vallen van werkzaamheden, huishoudelijke taken en verplichtingen. Stressoren elimineren en het sociale netwerk betrekken. Met als doel dat de cliënt zijn problemen erkent • *De Herstelfase* In de herstelfase zijn de ergotherapeutische interventies gericht op: registratie van stress- en activiteitenniveau, ontspanning en slaap, gezonde leefstijl-adviezen, graduele opbouw van sociale activiteiten, sport en voorbereiding op terugkeer naar werk. Met als doel het opbouwen van vitaliteit met een duurzame balans tussen inspanning en herstel. • *De re-integratiefase* In de re-integratiefase zijn de ergotherapeutische interventies gericht op het aanleren van nieuwe coping strategieën, sociale vaardigheden, tijd- en stressmanagement en het maken van keuzes m.b.t. werk en persoonlijk leven. Met als doel het ontwikkelen en eigen maken van handelingsvaardigheden om terugval te voorkomen. Specialisatie in (werk) re-integratie kan van meerwaarde zijn in het begeleiden van cliënten. De extra kennis m.b.t. de wet- en regelgeving, rechten en plichten kan ingezet worden om een meer aansluitend behandelplan op te stellen of mee te denken met een re integratieplan. **4. Advies hulpmiddelen** Omdat er wordt uitgegaan van volledig herstel is er de verwachting geen hulpmiddelen te hoeven adviseren. **5. Advies zorg en begeleiding** • Gericht op weekinvulling (belasting/belastbaarheid). Als de cliënt begeleiding heeft dan is samenwerking essentieel. Op het gebied van weekinvulling

	(belasting/belastbaarheid) kunnen er kaders gezet worden. Begeleiding kan dit wekelijks samen met de cliënt continueren en indien nodig bijsturen. • Gericht op activering aansluitend bij de fase van burn-out • Zorg en begeleiding kan helpend zijn op het gebied van activeren van de cliënt. Het oppakken van betekenisvolle activiteiten kan soms helpend zijn als dit samen met zorg en/of begeleiding gedaan worden. Zo kan cliënt dit uiteindelijk zelfstandig weer oppakken. • Gericht op monitoren stemming Begeleiding en zorg kunnen stemming monitoren. Zij zien de cliënt meestal frequenter. Als er sprake is van achteruitgang is contact met huisarts, psycholoog of andere behandelaren noodzakelijk. Gezamenlijke afstemming zal dan zorgen voor een effectieve behandeling. **6. Advies arbeidsomstandigheden** Eventueel kan de ergotherapeut (als behandelaar), met toestemming van de cliënt, in gesprek gaan met de bedrijfsarts of werkgever over aandachtspunten ten gunste van de duurzame opbouw belasting/belastbaarheid met een behoud van gezonde balans in het werk-privé. Dit zorgt ervoor dat er een eenduidig advies en plan opgevolgd kan worden, wat voor alle partijen duidelijk is.
Evaluatie	De meetinstrumenten die bij de intake zijn afgenomen zouden ter evaluatie opnieuw ingezet kunnen worden.
Behandel/advies-locatie	Behandeling kan zowel in de praktijk, op school of thuis plaatsvinden.
Tijdsinvestering	*Directe cliëntgebonden tijd (totaal)* Cliënt heeft vanuit de basisverzekering recht op 10 uur ergotherapie per kalenderjaar. Directe werkzaamheden: cliëntcontact. Indirecte werkzaamheden: contacten/overleggen/rapportage. *Reistijd* Afhankelijk van waar de cliënt woont.
Kosten	*Inschatting op basis van registratie en calculatie van de te verwachten kosten*
Vergoeding	*Welke financiering is mogelijk en van toepassing?* • Zorgverzekeringswet (Zvw), vergoeding van 10 uur vanuit de basisverzekering, met aanspraak op het eigen risico • Werkgever van de cliënt kan indien nodig een re-integratiecoach/deskundige met specifieke kennis en/of opleiding op dit vlak inzetten tijdens het re-integratietraject.
Toegankelijkheid	Een arts kan naar ergotherapie verwijzen. Ook de gemeente kan een ergotherapeut inschakelen. Daarnaast is ergotherapie direct toegankelijk (DTE). Hier zijn bepaalde voorwaarden aan verbonden. Voor de meeste cliënten is het mogelijk zich zonder verwijzing aan te melden.
Kwaliteit	*Het beschreven product is:* • Gebaseerd op literatuur /evidence • Cliëntgericht • Toepasbaar in multidisciplinaire behandeling/ketenzorg
Kwaliteit ergotherapeut	De ergotherapeut moet geregistreerd zijn in het Kwaliteitsregister Paramedici wanneer de behandeling gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar.

Literatuur	• American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. • Borg, G. A. V. (1973). Perceived exertion: A note on history and methods. *Medicine and Science in Sports, 5*(2), 90–93. • Brosschot, J. F., Verkuil, B., & Thayer, J. F. (2017). Exposed to events that never happen: Generalized unsafety, the default stress response, and prolonged autonomic activity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 74*(Pt B), 287–296. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.019 • Cardol, M., de Haan, R. J., de Jong, B. A., van den Bos, G. A. M., & de Groot, I. J. M. (2001). Psychometric properties of the Impact on Participation and Autonomy Questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82*(2), 210–216. • Cup, E. H. C., Satink, T., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (Red.). (2019). *Grondslagen van de ergotherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. • Dunn, W. (1999). *Sensory Profile: User's manual*. Psychological Corporation. • Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., & Schlech, W. F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical Infectious Diseases, 18*(Suppl. 1), S79–S83. • Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 57*(2), 82–87. • Schreurs, P. J. G., & Van de Willige, G. (2023). *UCL-R: Utrechtse Coping Lijst: Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Pearson. • Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en Wetenschap, 39*, 538–547. • Van Dam, A. (2021). A clinical perspective on burnout: Diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 30*(5), 732–741. https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1948400 • Vercoulen, J. H. M. M., Swanink, C. M. A., Fennis, J. F. M., Galama, J. M. D., van der Meer, J. W. M., & Bleijenberg, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(5), 383–392. • Visser-Keizer, A. C., Hogenkamp, A., Westerhof-Evers, H. J., Egberink, I. J. L., & Spikman, J. M. (2015). Dutch Multifactor Fatigue Scale: A new scale to measure the different aspects of fatigue after acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*(6), 1056–1063 (bekijk online)
Auteur(s)	Yvette Zwart (voorzitter), Monique van Poppel en Jeroen Zagers. Leden Vakgroep GGZ
Contactadres	EN@ergotherapie.nl