Beleid inzake re-integratie en hervalpreventie bij burn-out in de huisartsenpraktijk

Haio: MARTENS Lyssa , U.G.
Promotor: DECAT Peter , U.G.
Praktijkopleider: BAERT Didier , CLAEYS Jeroen , MYLLE Johan , VAN DE WIELE NELE

Context: Stressklachten en burn-out zijn een toenemend probleem in onze maatschappij. Burn-out omvat een geheel van werkgerelateerde psychische klachten waarbij uitputting typisch op de voorgrond staat en ook spanningsklachten (verstoorde slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte of lawaai kunnen, labiliteit, piekeren, gejaagd gevoel, concentratieproblemen), gevoel van controleverlies en disfunctioneren voorkomen. Ongeveer een kwart van de afwezigheden op het werk is te wijten aan ‘algemeen psychische dysfuncties’ waaronder burn-out. Bij deze klachten is de ziekteduur bovendien een stuk langer dan gemiddeld.

Onderzoeksvraag: Wat is de rol van de huisarts bij re?integratie en hervalpreventie bij patiënten met burn?out?

Methode: Om te beginnen heb ik een literatuuronderzoek verricht naar bestaande richtlijnen omtrent re-integratie en hervalpreventie bij burn-out en naar wetenschappelijke studies rond factoren geassocieerd met langere duur van arbeidsongeschiktheid, de verwachtingen van de patiënt rond werkhervatting, interventies die re-integratie kunnen bevorderen – zowel werkplekgericht als individugericht –, de beste graad van werkhervatting – deeltijds of voltijds –, de evolutie van patiënten na werkhervatting en manieren om herval van burn-out te voorkomen. Nadien heb ik de resultaten van dit literatuuronderzoek getoetst aan de handelswijze van huisartsen aan de hand van twee focusgroepgesprekken met huisartsen uit twee praktijken. Van deze gesprekken heb ik nadien een analyse gemaakt aan de hand van een boomstructuur. Vervolgens heb ik getracht een advies op te stellen voor de huisarts rond het beleid bij patiënten met burn-out om het werk succesvol te kunnen hervatten en om herval te voorkomen. Hiervoor heb ik een steekkaart opgesteld die gebruikt kan worden in de huisartsenpraktijk.

Resultaten: Wat betreft re-integratie wordt aanbevolen dat de huisarts vóór de werkhervatting de verwachtingen van de patiënt navraagt om in te schatten of de patiënt klaar is voor werkhervatting, en dat de verwachtingen van de patiënt ook moeten correleren met de verwachtingen van de werkgever. Voor een succesvolle werkhervatting wordt aanbevolen om gebruik te maken van een combinatie van werkplekgerichte interventies – zoals aanpassing van werkuren en werkbelasting – en individugerichte interventies – bijvoorbeeld aan de hand van het driefasenmodel dat gericht is op ‘graded activity’. Bij de opvolging van de patiënt met burn-out en het plannen van de werkhervatting is het interessant voor de huisarts om in gedachte te houden dat bepaalde persoons- en werkgerelateerde factoren voorspellend kunnen zijn voor een vlottere of moeilijkere werkhervatting. De huisarts kan deze factoren tijdens de opvolging van de patiënt inschatten en navragen en hierop inspelen. Wat betreft hervalpreventie leken de gevonden richtlijnen eerder gebaseerd op consensus en ervaring dan op wetenschappelijke studies. Nochtans geven enkele cijfers aan dat bij burn-outpatiënten een belangrijk risico op herval bestaat, met name tussen 20 en 40 procent. Het beleid voor preventie van herval komt grotendeels overeen met adviezen die gegeven worden voor betere re-integratie. Werkplekgerichte interventies zijn van belang om te voorkomen dat de patiënt opnieuw in dezelfde situatie terechtkomt met dezelfde risicofactoren die hebben bijgedragen tot zijn burn-out. Hiervoor kan een voorbereidend gesprek op de werkplek vóór werkhervatting faciliterend werken. De huisarts kan eventueel overleggen met de arbeidsarts om na

te gaan of aan bepaalde voorwaarden voor werkhervatting voldaan zijn. Individugerichte interventies helpen om de draagkracht van de patiënt te verhogen zodat die weerbaarder is en alerter is voor tekenen van een nakend herval van burn-out. Na werkhervatting dient de patiënt van dichtbij opgevolgd te worden door de huisarts om na te gaan of de nodige aanpassingen op de werkplek gebeurd zijn en om de evolutie van de patiënt in te schatten. Het is van belang om bij elke opvolgconsultatie alert te zijn voor symptomen die kunnen wijzen op een mogelijk herval, zodat tijdig kan worden ingegrepen. Ook is het belangrijk dat de patiënt zelf alert is voor alarmsymptomen die kunnen wijzen op herval, zodat die zelf laagdrempelig contact kan opnemen met de huisarts.

Conclusie: Ter bevordering van re-integratie kan de huisarts bij een patiënt met burn-out erop letten de verwachtingen van de patiënt na te vragen vóór werkhervatting en een combinatie van werkplek- en individugerichte interventies doorvoeren. De huisarts dient bedacht te zijn op bepaalde factoren die voorspellend kunnen zijn voor moeilijkere re-integratie zodat hij hierop kan inspelen. Wat betreft preventie van herval van burn-out werd weinig literatuur gevonden. Ook hiervoor wordt een combinatie van werkplek- en individugerelateerde interventies voorgesteld. Overleg met de bedrijfsarts wordt aanbevolen, ook zodat de huisarts kan pleiten voor progressieve tewerkstelling. De huisarts dient bedacht te zijn op mogelijke struikelblokken die een hoger risico op herval met zich meebrengen. Ook is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat sommige patiënten niet in staat zijn om uiteindelijk terug te keren naar het vroegere werkregime, en dat bepaalde burn-outklachten kunnen blijven bestaan ook na herstel, met name een (mild) aandachtstekort. Gezien de weinige literatuur die gevonden werd omtrent hervalpreventie bij burn-outpatiënten is het aanbevolen dat verder onderzoek hierrond plaatsvindt in de toekomst.