Prevalentie en preventie van burn-out bij de Belgische beroepsbevolking: pilootstudie bij mensen waar (beginnende) burn-out is vastgesteld.

Haio: SMEETS Pieter , U.G.
Promotor: BRAECKMAN Lutgart , U.G.
Praktijkopleider: BAEYENS Hilde , ECTORS Luc , THOOLEN Milly , VAN BEVER Karel

Context: burn-out is prevalent, en geeft aanleiding tot ziekteverzuim, kosten voor de ziekteverzekering, en een lager psychisch welzijn. O.w.v. deze redenen startte FEDRIS een pilootproject met als doel het opzetten van een secundair preventieprogramma voor burn-out. Werknemers uit de bank- en zorgsector nemen deel aan een gecombineerd persoons- en organisatiegerichte interventie bestaande uit sessies psycho-educatie en kliniek van de arbeid, en een multidisciplinaire vergadering. Deze masterproef tracht de rol van de huisarts te belichten. Uit literatuur blijkt dat er drempels zijn tot verwijzing voor huisartsen en dat huisartsen psychische klachten vaak zelf behandelen. Mogelijk verwijst de huisarts werknemers in een laattijdiger stadium van burn-out naar het pilootproject, waarbij er ernstiger symptomen, meer werkverzuim en een hoger zorggebruik aanwezig zijn.

Onderzoeksvraag: er werd onderzocht of er een verschil in zorggebruik, werkverzuim, jobkenmerken en ernst van symptomen van burn-out, was naargelang type verwijzer naar het traject (behandelende arts vs. arbeidsarts vs. PAPSY) voor aanvang en na afloop van het traject. Er werd ook onderzocht of consulteren bij de huisarts verband hield met medicatiegebruik en werkverzuim.

Methode: een longitudinale prospectieve cohortstudie bij werknemers werkzaam in de bank-en zorgsector. Werknemers vullen een vragenlijst in voor aanvang en na afloop van het traject. Deze peilt naar ziekteverzuim, medicatiegebruik, verandering van werk en subjectieve gezondheidstoestand. Ook depressie, angst en stress (DASS-21, Depressie-Angst-Stress-Schaal-21), en klachten van burn-out worden bevraagd (OLBI, Oldenburg Burnout Inventory).

Resultaten: 230 werknemers vulden beide vragenlijsten in. 69 deelnemers werden door hun behandelende arts verwezen. Zij werden via diverse kanalen over het project geïnformeerd. Werknemers die door hun behandelende arts werden doorverwezen, hebben voor aanvang van het traject gelijklopende OLBI- en DASS-21-scores en medicatiegebruik, maar wel een significant lagere zelfgerapporteerde fysieke gezondheid t.o.v. werknemers verwezen door de arbeidsarts voor aanvang van het traject (43,8 vs 54,1; $p<0,001$). Werknemers verwezen door hun behandelende arts consulteren frequenter de huisarts voor en tijdens het traject. Tijdens het traject zijn ze vaker en langer arbeidsongeschikt, en nemen ze even vaak medicatie als andere werknemers. Er is geen verschil in OLBI- en DASS-21-scores, en zelfgerapporteerde gezondheid na afloop van het traject. Werknemers die de huisarts consulteren voor en tijdens het traject zijn vaker arbeidsongeschikt en nemen vaker medicatie, en ze hebben een lagere zelfgerapporteerde gezondheidstoestand.

Conclusie: werknemers verwezen door hun behandelende arts scoren niet hoger op de DASS-21- en OLBI-vragenlijsten, maar hebben wel een lagere zelfgerapporteerde fysieke gezondheid dan werknemers verwezen door de arbeidsarts, voor aanvang van het traject. Ze verzuimen vaker het werk en hebben een hoger zorggebruik voor en gedurende het traject. Werknemers die voor en tijdens het traject de huisarts consulteren nemen vaker medicatie en zijn vaker arbeidsongeschikt. Een sterkte van deze studie is het grote aantal deelnemers, en het longitudinale karakter. Er is nog verbetering mogelijk qua bekendheid van het project bij huisartsen.