

Hoe gaan huisartsen om met arbeidsongeschiktheid bij patiënten met depressieve klachten?

Referentie

Sylvain C, Durand MJ, Maillette P, Lamothe L. How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. BMC Fam Pract 2016;17:71. DOI: 10.1186/s12875-016-0459-2

Duiding

Maaïke Heyerick, Marc Lemiengre, Huisartsenpraktijk De Wijngaard Roeselare; Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Klinische vraag

Hoe gaan huisartsen om met werkhervatting bij patiënten met depressieve klachten? Hoe beïnvloedt de organisatie van de gezondheidszorg hun aanpak?

Achtergrond

Depressieve klachten zijn een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Uit Nederlands onderzoek (1) blijkt dat 56% van de mensen met een stemmingsstoornis nog arbeidsongeschikt is na 6 maanden en dat 30% dit nog steeds is na 1 jaar. Een recente meta-analyse (2) wees erop dat een gebrek aan afspraken en coördinatie tussen sleutelfiguren een van de belangrijkste elementen is die patiënten met psychische problemen ervaren tijdens het proces van werkhervatting. De huisarts heeft de maatschappelijke rol om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven en toezicht te houden op de terugkeer naar de werksituatie. Ondanks deze centrale rol zijn de praktijk en de attitude van de huisarts inzake het toestaan van arbeidsongeschiktheid en zijn rol binnen het kader van werkhervatting tot op heden weinig bestudeerd.

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- 13 huisartsen en 6 geestelijke gezondheidszorgwerkers in 2 regio's in Quebec, Canada; 1 regio met weinig beschikbare (wachtijd voor een psychiatrisch consult >6 maanden) en 1 regio met meer beschikbare (wachtijd <3 maanden) geestelijke gezondheidszorg
- inclusiecriteria: gevarieerde praktijkpopulatie en werkzaam in een eerstelijnscentrum ('primary health clinic') in 1 van de 2 regio's; geen exclusiecriteria
- rekrutering via het verspreiden van informatie en een oproep om deel te nemen aan de studie; ook gebruikte men het sneeuwbal effect (men vroeg aan geïnterviewden de gegevens van andere geïnteresseerde gezondheidsmedewerkers).

Onderzoeksopzet

- kwalitatief onderzoek
- semigestructureerde interviews die peilden naar:
 - welke is de huidige praktijk i.v.m. het bepalen van de arbeidsongeschiktheid en de planning van de werkhervatting bij mensen met depressie?
 - wat is de rol van de huisarts bij de behandeling van werkende patiënten met depressie (van majeure tot subklinische depressie)?
 - wat is de interactie en de relatie met sleutelfiguren (professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg, werkgevers, verzekeraars)?

Resultaten

De auteurs brachten de bevindingen onder in 3 thema's:

1) **Aanpak van depressieve klachten in de huisartsenpraktijk** (vermeld bij alle geïnterviewden):

- *inschatten van arbeidsongeschiktheid*, namelijk de ernst van de symptomen en de repercussies op het functioneren: geen enkele huisarts gebruikt hiervoor gestandaardiseerde methodes (1 uitzondering), men rekent op de klinische indruk die de patiënt maakt tijdens de consultatie; herevaluatie gebeurt na 4 weken
- *behandeling van klachten*, namelijk activering en psychotherapie: de huisartsen kozen als psychotherapie vooreerst voor de Employee Assistance Programs (focussen enkel op arbeidsgerelateerde elementen), daarna voor de privésector en enkel niet-verzekerden verwees men naar publieke voorzieningen, om de wachtlijsten bij publieke voorzieningen te vermijden
- *samenwerking*: samenwerking met psychotherapeuten is gelimiteerd tot problematische situaties; samenwerking met werkgevers is onbestaande en met de verzekeraar is deze beperkt tot papierwerk waardoor toegang tot bepaalde diensten gemakkelijker wordt.

2) **Het uitschrijven van arbeidsongeschiktheid**: 2 verschillende profielen werden geïdentificeerd

	Praktijkprofiel 1 (8 artsen)	Praktijkprofiel 2 (5 artsen)
Inschatting van de bijdrage van arbeidsgebonden stressoren tot de arbeidsongeschiktheid	<p>Werkstressoren kunnen de draagkracht van de patiënt tijdelijk ondermijnen, maar dit fenomeen zal op korte termijn verminderen.</p> <p>Korte periode arbeidsongeschiktheid.</p>	<p>Werkgerelateerde stressoren worden gezien als negatief voor de gezondheid van de patiënt.</p> <p>Arbeidsongeschiktheid zorgt ervoor dat de patiënt niet langer is blootgesteld aan deze stressoren.</p>
De betekenis die gegeven wordt aan arbeidsongeschiktheid en werkhervatting	<p>Arbeidsongeschiktheid is een deel van de behandeling en is van korte duur.</p> <p>Werkhervatting wordt voorgesteld bij het begin van de arbeidsongeschiktheid als onvermijdelijk deel van de behandeling. Werkhervatting is onderdeel van het herstel.</p> <p>Belang om contact op te nemen met collega's en de supervisor om drempel tot werkhervatting laag te houden.</p>	<p>Arbeidsongeschiktheid is tijd om te rusten.</p> <p>Werkhervatting komt niet ter sprake</p> <p>Patiënt krijgt het advies geen contact te zoeken met de werkplaats.</p>
Planning werkhervatting	<p>Patiënt wordt aangemoedigd om met de supervisor contact op te nemen en afspraken te maken over een realistische werkhervatting.</p> <p>Inschakelen van gespecialiseerde diensten voor ondersteuning.</p>	<p>Werkhervatting op het ritme van de patiënt.</p> <p>Geen proactieve inschakeling van gespecialiseerde diensten die werkhervatting kunnen ondersteunen.</p>

3) Het belang van praktijkorganisatie:

- een psychiatisch verpleegkundige die het zorglandschap goed kent, is uiterst waardevol, maar helaas niet vaak aanwezig in de praktijk door de beperkte financiële middelen
- overdracht van klinische informatie door psychotherapeuten gebeurt weinig, o.a. omdat de huisartsen slechts als laatste optie verwijzen naar publieke voorzieningen.

Er kon geen verband gevonden worden tussen het voorschrijfgedrag van arbeidsongeschiktheid tussen artsen werkzaam in regio's met veel versus met weinig beschikbare geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.

Besluit van de auteurs

De auteurs van deze studie belichten de belangrijke rol van de huisarts bij de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid en hun nood aan ondersteuning door diensten geestelijke gezondheid op het eerstelijnsniveau.

Financiering van de studie

Research Chair in Work Rehabilitation (Fondation J.-Armand Bombardier - Pratt & Whitney Canada).

Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Dit kwalitatief onderzoek voldoet in grote mate aan de kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek (3). Zo is de gekozen steekproef geschikt voor deze onderzoeksvraag en werd de methode om de gegevens te bekomen grondig beschreven. Voor deze onderzoeksvraag zijn individuele interviews inderdaad het meest aangewezen. Men maakte ook gebruik van veldnota's en documentatie van de dokterspraktijken. Ook 6 praktijkmedewerkers werden ondervraagd. Door deze **triangulatie** proberen de onderzoekers de interne betrouwbaarheid te optimaliseren. De codering gebeurde door 2 aparte onderzoekers en verschillen in codering werden bediscussieerd tot er 70% overeenstemming werd bereikt. Ondanks het uiteindelijke lage aantal deelnemers is er blijkbaar toch saturatie bereikt. De deelnemers waren vrijwilligers en misschien hadden ze een meer dan gemiddelde gevoeligheid voor de problematiek van depressie, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Ook was het zo dat vrouwelijke collega's oververtegenwoordigd waren in de steekproef. Deze sampling bias kan de resultaten vertekend hebben en beperkt hoe dan ook de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Interpretatie van de resultaten

De context waarin Canadese huisartsen werken, lijkt grotendeels overeen te stemmen met de Belgische context. Over de mogelijkheid tot extrapolatie van de resultaten kan men echter wel discussiëren. Het zou daarom goed zijn om ook in België na te gaan of huisartsen opgedeeld kunnen worden in twee profielen: de artsen die arbeidsongeschiktheid uitschrijven om werkstressoren te vermijden en de artsen die de terugkeer naar het werk van bij het eerste contact bespreken. Toch lijkt de realiteit veel complexer dan de resultaten laten uitschijnen. De onderzoekers maken bijvoorbeeld geen onderscheid tussen depressieve klachten en klachten van burn-out. Nochtans kan de aanpak van arbeidsongeschiktheid voor deze aandoeningen verschillend zijn. Zo suggereert de Duodecim-richtlijn 'Burn-out' in geval van burn-out zonder psychische of somatische ziekte om de werklust te verminderen en aan te passen aan het takenpakket in de werkomgeving. Let op, deze Duodecim-aanbeveling is nog niet aangepast aan de Belgische context (4).

De auteurs geven toe dat het om een kleine explorerende studie gaat en in dit doel zijn ze zeker geslaagd. Weinig studies pogen het voorschrijfgedrag van huisartsen inzake arbeidsongeschiktheid en revalidatie naar werkhervatting bij depressieve klachten te documenteren. Dat de problematiek ook in

België leeft, bewijst een nieuwe studie van de KU Leuven. Daarin wil men onderzoeken hoe huisartsen langdurige uitval wegens psychische klachten kunnen helpen voorkomen (5). Een recente systematische review kon geen verschil aantonen tussen systematische programma's van minstens 4 weken ter ondersteuning van werkhervatting en de gewone, beschikbare zorg (6).

Besluit van Minerva

Deze kwalitatieve studie toont aan dat huisartsen op een verschillende manier omgaan met het bepalen en hanteren van zowel arbeidsongeschiktheid als werkhervatting bij patiënten met depressieve klachten.

Voor de praktijk

Er bestaan geen Belgische richtlijnen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en de organisatie van werkhervatting bij patiënten met depressieve klachten. De problematiek is nochtans zeer relevant omdat het aantal langdurig werklozen met arbeidsongeschiktheid blijft toenemen. De bevoegde minister vond het daarom noodzakelijk om hiervoor initiatieven te nemen. De samenwerking tussen behandelende arts, controlerende geneesheer van de mutualiteit en arbeidsgeneesheer is momenteel onbestaande en zeker voor optimalisatie vatbaar. Gezien de omvang van de individuele en de maatschappelijke kosten verbonden aan langdurige arbeidsongeschiktheid bij depressieve klachten en gezien de potentiële centrale rol van de huisarts in het beperken van deze vorm van arbeidsongeschiktheid zou verder onderzoek de hoogste prioriteit moeten krijgen. Uit de hoger beschreven kwalitatieve studie kunnen we alvast afleiden dat huisartsen zich bewust moeten zijn van hun persoonlijk voorschrijfgedrag inzake arbeidsongeschiktheid bij depressieve klachten en van hun rol bij de aanpak van werkhervatting.

Referenties

1. Roelen CAM, Norder G, Koopmans PC, et al. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil* 2012;22:409-17. DOI: 10.1007/s10926-012-9363-3
2. Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38:93-104. DOI: 10.5271/sjweh.3257
3. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
4. Burn-out. Duodecim Medical Publications. Laatste update: 06/06/2011. Laatste review: 19/06/2013. Laatste contextuele review: 06/06/2011.
5. Neyens I, Van Audenhoven C. Dringend gezocht. Hoe kunnen huisartsen langdurige uitval wegens psychische klachten helpen voorkomen? *Contactblad ACHG* 2016;1:5.
6. Vogel N, Schandelmeiser S, Zumbrunn T, et al. Return to work coordination programs for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2