

**Karen Nieuwenhuijsen** *'We weten genoeg over burn-out: aan de slag met preventie'*

---



▲ Karen Nieuwenhuijsen.

*Karen Nieuwenhuijsen is senior onderzoeker bij het Coronel Instituut van de afdeling Public and Occupational Health van het Amsterdam UMC. Al sinds haar promotie in 2004 verricht zij onderzoek naar de relatie tussen psychische klachten en arbeid, waaronder terugkeer in werk. Daarnaast deed zij veel research op dit gebied binnen de gezondheidszorg. Dit interview gaat dieper in op wat dit onderzoek opleverde en wat men ervan heeft geleerd. Ook belicht het burn-out in 'coronatijd.'*

Moniek van Zitteren, Bas Sorgdrager

**Je doet al lange tijd onderzoek naar de relatie tussen psychische klachten en arbeid. Waar komt deze specifieke interesse vandaan?**

'Ik ben destijds na mijn studie geestelijke gezondheidskunde begonnen in de verslavingszorg. Daar bleek de factor arbeid onderbelicht. Ook was er weinig 'evidence'

in ons handelen in de dagelijkse praktijk. Toen kwam er een vacature voorbij voor een promotie-onderzoek over psychische klachten en werk. Ik werd gegrepen door het onderwerp terugkeer in werk met psychische klachten. Werk is immers een belangrijk onderdeel van het menselijk leven. Het is voor mensen met psychische klachten belangrijk om te kijken naar preventie van problemen in het werk en terugkeer naar werk. Inmiddels ben ik het hele spectrum van preventie tot re-integratie interessant gaan vinden.'

**In 2004 ben je gepromoveerd op een proefschrift met als belangrijke boodschap dat de werknemers met psychische klachten hun terugkeer in werk goed kunnen voorspellen. Hoe kijk je zelf terug op jouw onderzoek?**

Bas: 'Ik pas het in mijn praktijk toe en het werkt!'  
Karen: 'Wanneer je werknemers vraagt: Hoe lang denkt u dat dit gaat duren?, dan komt hun inschatting vaak ook uit. Dit komt niet alleen in het promotieonderzoek naar voren, maar ook latere studies laten dit zien. In deze studies werd weliswaar een en ander anders gemeten en verschillende populaties werden onderzocht (mensen met én zonder werkgever, red.), ofwel mensen die tot de vangnetgroep behoren, maar de conclusie bleef hetzelfde: de inschatting van een werknemer zelf blijkt een goede voorspeller voor terugkeer naar werk. Als wetenschapper is het belangrijk om na te gaan wat dit betekent én of we daar invloed op kunnen uitoefenen, zodat mensen eerder terug kunnen keren naar werk. Of is het juist zo dat deze mensen verstandig zijn om dat niet te doen? Hoe kunnen we de rode vlaggen herkennen en deze beïnvloeden: waarschijnlijk is het een beetje van beiden. Toekomstig onderzoek zal dit moeten uitwijzen.'

**Terugkeer in werk is interessant, maar uitval voorkomen is ook belangrijk. Hoe kijk je aan tegen preventie? Zeker met de burn-outcijfers onder werknemers binnen de gezondheidszorg? Reflecteer daar eens op.**

'Allereerst is er iets nodig aan preventie van psychische klachten in de gezondheidszorg. Dat is niet nieuw, want ook voor covid waren daar al argumenten voor. Werknemers in de gezond-

## **'Zorgorganisatie over preventie bij burn-out: Daar hebben we het te druk voor!'**

heidszorg hebben enerzijds een hoog risico op het ontwikkelen van psychische klachten en anderzijds zijn de gevolgen daarvan groot. Denk aan functioneren in werk, fouten maken, minder contact met patiënten en familie, plus processen die lastiger lopen. Twee goede redenen om daar iets mee te willen. In de literatuur zien we dat er sprake is van toename van psychische klachten. Er zijn lessen geleerd uit de sars-epidemie, maar daar doe ik zelf niet specifiek onderzoek naar. Een belangrijke risicofactor is *moral-injury*: dit gaat over zorgmedewerkers die gewend zijn om het 'goede' te doen, maar er ontstaat een stressreactie als werknemers niet kunnen doen wat volgens hen het 'goede' is (voorbeeld: in covidtijd niet de juiste zorg kunnen geven omdat er andere taken zijn, hoge instroom van patiënten of omdat je het werk 'helemaal ingepakt' moet doen, red.). Het probleem is dat men de eigen normen en waarden niet kan toepassen op de werkvloer.'

**Welk onderzoek doe je op dit moment?**

'Actueel – al vóór covid-19 – is het onderwerp preventief medisch onderzoek voor zorgmedewerkers (paramedici en verpleegkundigen, red.) in een project met NVAB, Trimbos en V&VN. Dat was een vervolg op een *randomised-controlled trial* (RCT, red.) waaruit bleek dat screenen op psychische klachten en werkfunctioneringsproblemen, middels een eigen ontwikkelde schaal, zinvol is als je dat koppelt aan het gesprek met de bedrijfsarts. Het bleek dat mensen beter in staat waren om het werkfunctioneren weer op te pakken, in stand te houden of te verbeteren wanneer de bedrijfsarts specifieke tips gaf en acties daarop werden ingezet. →

De productiviteit van werknemers nam daarop toe. Ook de kosteneffectiviteit stijgt (1 euro investeren levert 11 euro op, red.). Momenteel werken we aan een implementatiestudie: materialen ontwikkelen om bij verschillende zorgmedewerkers aan te sluiten. In dit vervolgpriject stond de implementatie centraal. Het bleek echter ongelooflijk lastig om het goed van de grond te krijgen en organisaties te motiveren om deel te nemen. De interventies leveren geld op, maar dit argument blijkt onvoldoende om daadwerkelijk te gaan starten. Uiteindelijk wilden twee organisaties starten, maar dit had geen prioriteit meer vanwege de covid-19-pandemie die toen uitbrak. We hebben daarop ons onderzoek omgegooid.'

Bas: 'Begrijpen zorginstellingen dan wel het belang hiervan?'

Karen: 'Het is doodzonde. Uiteindelijk kost preventie tijd van de organisatie en het zijn niet zozeer de kosten zelf. Goedkoper en makkelijker gaat het niet worden. Het lijkt eerder kortzichtigheid. In dezelfde RCT over screenen op psychische klachten en werkfunctioneringsproblemen kwam ook het preventief medisch onderzoek (PMO, red.) aan bod. Rondom PMO's is nu gekeken wat maakt waarom men wel open zou staan voor preventie. Materiaal met tips voor een organisatieaanpak is beschikbaar. Uit onderzoek komt ook naar voren dat medewerkers zelf wel willen zien dat er aandacht is voor hun werkomstandigheden binnen alle lagen van de organisatie en dat niet puur de medewerker alleen een probleem heeft. De hele organisatie moet meedoen. Individuele interventies zijn beschikbaar, maar er wordt onvoldoende gebruik van gemaakt. Vaak omdat het onbekend is dat het bestaat, dat hulp beschikbaar is,

of omdat mensen niet actief hulp gaan zoeken op het moment dat ze het nodig hebben. Er is een mismatch tussen wat gaande is en wat beschikbaar is.'

### **Is dat iets waar leidinggevenden wat mee moeten doen, zoals kijken naar vroegsignalering en werkfunctioneren?**

'Dat zou een bespreekbaar topic moeten zijn. Leidinggevenden en directies zouden moeten doen wat ze zeggen: *practice what you preach*. Stigma's rondom psychische klachten moeten doorbroken kunnen worden, maar dan moet het op alle niveaus een bespreekbaar onderwerp zijn.'

### **Stigma's over de relatie tussen burn-out en post-covid. Somatiseren is prettiger dan benoemen dat er psychische klachten zijn. Het is eerder een taboe. Is dat iets wat jij herkent in deze bedrijfsculturen?**

'Evelien Brouwers heeft daar recent onderzoek naar gedaan bij Tranzo: zij laat zien dat er reden is om psychische klachten minder te benoemen. Heel veel werkgevers geven juist aan dat ze erg voorzichtig zijn om werknemers aan te nemen die in het verleden psychische klachten hebben gehad. Mede daarom blijft het nog altijd een taboe. Ook is recent onderzoek gedaan naar het ondersteunen van werknemers bij de keuze voor het wel of niet open zijn bij sollicitaties. Die ondersteuning leidde ertoe dat meer mensen aan het werk kwamen. Het is onbekend of dit ook echt werkt doordat werknemers meer open zijn over hun psychische klachten. Werknemers geven aan dat ze zich het bespreken hiervan vaak niet kunnen herinneren. Dat is een leuke puzzel.'

### **Je bent op 16 maart keynotespeaker op het TBV-congres. Waar ga je het over hebben?**

'Dit wordt afgestemd met collega's die ook die dag spreken. Mijn conclusie is dat we eigenlijk al best wel veel weten over burn-out en werk. De focus ligt nu vaak bij hetgeen we nog niet weten. Mijn voorstel is om juist eerst toe te passen wat al wel bekend is. Wat we nog niet weten is minder interessant voor bedrijfs- en verzekeringsarts in de dagelijkse praktijk.'

---

## **'De inschatting van de werknemer *blijkt een goede voorspeller*'**

---

Verder is het pure wetenschappelijke diagnostische aspect lastig (voorbeeld: is het nu in de DSM 5 burn-out of depressie, red.), maar het gaat naar mijn idee om de groep klachten die samenhangt met stress. Een diagnosegerichte benadering is minder nodig, maar kijk juist wat we kunnen gebruiken om ernaar te handelen. Er worden in de bedrijfsgezondheidszorg nog steeds kansen gemist. Focus juist meer op hoe je deze kansen niet mist, terwijl de wetenschap voortschrijdt.'

**We hebben het vooral gehad over werknemers met een werkgever. Er zijn ook mensen met psychische klachten zonder werkgever (de zogenaamde vangnetpopulatie). Hoe kijk je tegen deze populatie aan?**

'Toen ik startte met onderzoek gericht op de vangnetpopulatie was dit voor mij een echte eyeopener ten opzichte van werknemers met werkgever. Het idee was om de eerdere bevindingen binnen de werkgeverspopulatie ook toe te passen op de vangnetpopulatie. Het onderzoek van Selwin Audhoe, met diepte-interviews, liet me zien dat het een totaal andere populatie betreft. Dat drong toen pas goed tot me door. Er is zoveel sociale problematiek. Een focus op alleen de psychische klachten bleek dus naïef. Dit inzicht is een mooi staaltje nederigheid waarbij we nog onvoldoende weten wat goed is om te doen in deze populatie. Als we kijken naar de ervaringen van mensen zonder werk die ziek worden, dan zien we dat er vaak sprake is van multiproblematiek, maar dan blijft de inschatting van de persoon zelf alsnog een heel belangrijke factor. Momenteel kijken we met onderzoek van Yvonne Suijkerbuijk naar professionals, van verzekeringsarts tot re-integratiebegeleider, bij UWV. Zijn zij in staat om deze aspecten te herkennen in de spreekkamer? Er is een niet-medische checklist voor tijdens het spreekuur ontwikkeld. Dit is ook voor niet-medici een goed hulpmiddel om de sociale problematiek in kaart te brengen. Het omvat de ervaringskant van de klant: ervaren belemmeringen en ideeën. Als je dit tijdig in kaart brengt, zou je dan mogelijk eerder wat kunnen doen? En dan is de vraag: wát je zou kunnen doen? Voor de mensen zonder werk blijft er angst voor het onbekende:

## 'Een focus op alleen de psychische klachten bleek dus naïef'

kan ik terug naar werk, behoud ik de uitkering? De interventies uit het onderzoek van Selwin Audhoe zijn getest in RCT-achtige settings. Het ei van Columbus is nog niet gevonden. Er wordt nu eerst focus gelegd op implementatie van hetgeen bekend is om daarna pas te starten met een vervolg.'

**Er is binnen UWV een capaciteitsprobleem waarbij het moeite kost om ook de vangnetters gedurende de twee jaar ziekewet goed te begeleiden. Wat denk jij daarvan?**

'Het is bekend dat er capaciteitsproblemen zijn. Het is juist belangrijk dat niet alleen verzekeringsartsen, maar ook andere professionals met deze problemen aan de slag kunnen. UWV-klienten die tot de vangnetgroep behoren mogen niet te afhankelijk worden van alleen de beoordeling van de verzekeringsarts om geholpen te kunnen worden met hun sociale problematiek. De checklist die we ontwikkeld hebben neemt geen medische informatie mee, zodat we in een vroeg stadium ook andere professionals kunnen betrekken. Herstelbelemmerende en -bevorderende factoren zijn bepalend voor de terugkeer naar werk, dus daar moet vooral de focus op liggen. Het is een gemiste kans als we zouden wachten op voldoende capaciteit.'

**Heb je nog een boodschap voor de lezers van TBV?**

'We weten al veel over burn-out en de terugkeer naar werk. Pas dat eerst toe op alle niveaus. Doe als professional alvast wat wel kan en organisaties moeten kansen grijpen die er al liggen.' ■