



Wordt de kans op duurzame werkhervatting na revalidatie groter na implementatie van motiverende gespreksvoering?

Referentie

Gross DP, Park J, Rayani F, et al. Motivational interviewing improves sustainable return to work in injured workers after rehabilitation: a cluster randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2017;98:2355-63. DOI: 10.1016/j.apmr.2017.06.003

Duiding

Jan Callens, klinisch psycholoog/gedragstherapeut, PZ Sint Jozef Pittem, UZ Gent en Plan C, psychologenpraktijk in Wevelgem/Kortrijk; Tom Poelman, vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg UGent

Een eerdere duiding in Minerva (1,2) benadrukte de belangrijke en enigszins delicate rol die huisartsen spelen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en bij het aansturen van het organiseren van werkhervatting bij patiënten met depressieve klachten. Er werd aangehaald dat 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 verder onderzoek de hoogste prioriteit zou moeten krijgen.

De meeste mensen met acute musculoskeletale letsels herstellen vlot en gaan snel terug aan het werk, maar sommigen ervaren aanhoudende pijn, beperkingen in het functioneren en verliezen hun werk (3). Uit onderzoek blijkt dat psychologische en sociale factoren bepalend zijn voor werkhervatting, maar het ontbreekt vaak aan doeltreffende strategieën om deze problemen aan te pakken (4). Een van de strategieën die hiervoor in aanmerking komt, is 'motivational interviewing' of motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering, een techniek die ontwikkeld is door Miller en Rollnick (5), kan gedefinieerd worden als een op samenwerking gerichte en doelgerichte gespreksstijl van de hulpverlener die de cliënt moet helpen om zijn/haar bestaande gedrag te veranderen (6). Het kader van een motiverend gesprek bestaat volgens Miller en Rollnick uit vier kernelementen: *partnerschap* tussen cliënt en behandelaar; *acceptatie* of empathie door het begrijpen van de gevoelens en perspectieven van de cliënt zonder te oordelen, te bekritisieren, te beschuldigen of te oordelen; *compassie* of handelen vanuit het belang van de cliënt en niet vanuit eigenbelang; *ontlokken* van de eigen motieven voor verandering bij de cliënt (6). Parallel hiermee worden bij motiverende gespreksvoering vier processen onderscheiden in het begeleiden van gedragsverandering bij cliënten: *engageren* (gelijkwaardige werkrelatie met de cliënt opbouwen en onderhouden), *focussen* (samen met de cliënt veranderdoelen formuleren en prioriteren), *evoceren* (in gesprek met de cliënt zijn ambivalentie voor gedragsverandering uitlokken en samen met hem zoeken naar oplossingen) en *plannen* (6). Deze processen zijn opeenvolgend, repeterend en elkaar ondersteunend (6). Deze techniek wordt momenteel reeds toegepast bij rookstop (7) en bij het aanmoedigen van beweging bij mensen met chronische gezondheidsklachten (8) maar het is nog onduidelijk wat de nettoresultaten zijn.

In een **clustergerandomiseerde** gecontroleerde pragmatische studie wou men nagaan of motiverende gespreksvoering de duurzaamheid van werkhervatting na revalidatie kan verbeteren (9). Een arbeidsverzekeringsinstelling in Canada rekruteerde alle geblesseerde werknemers die na het verstrijken van de gebruikelijke genezingstermijn onvoldoende hersteld waren en in aanmerking kwamen voor revalidatie. Werknemers jonger dan 18 jaar, met traumatische hersen- of psychologische schade of die niet konden deelnemen aan een revalidatieprogramma wegens heelkunde, comorbiditeit, irreversibele aandoeningen of slechte therapietrouw werden uitgesloten. Uiteindelijk includeerde men 728 personen met een gemiddelde leeftijd van 44,6 (SD 12,2) jaar, 63,2% mannen, die gemiddeld 233,7 (SD 688) dagen in herstel waren. Daarnaast was 72,7% actief maar ontving 75% een of andere vorm van loonsvervangend voordeel. Twaalf therapeuten (6 ergotherapeuten en 6 kinesisten), gemiddeld 33 jaar oud met gemiddeld 7 tot 9 jaar ervaring in revalidatie, werden op een geblindeerde manier gerandomiseerd in twee groepen. De therapeuten in de interventiegroep kregen een opleiding van drie dagen in motiverende gespreksvoering. Op basis van beschikbaarheid van de therapeuten in een computerprogramma wees een geblindeerde administratief medewerker van het centrum de werknemers sequentieel toe aan een therapeut. Zo werden 6 clusters in de interventiegroep en 6 clusters in de controlegroep van telkens één therapeut en 47 tot 72 werknemers gecreëerd. Zowel in de interventie- als in de controlegroep kregen de werknemers een interdisciplinaire (inclusief andere gezondheidswerkers, werkgevers, vakbondsafgevaardigden, verzekeringsmanagers) functionele

revalidatie met focus op verbeterde werkmogelijkheden, planning voor werkhervatting, individuele counseling en educatieve workshops. Aan de therapeuten in de interventiegroep werd gevraagd om tijdens de revalidatie motiverende gespreksvoering te gebruiken. Door de aard van de interventie waren noch de therapeuten, noch de werknemers blind voor de toewijzing. De onderzoekers kozen objectieve eindpunten als primaire uitkomstmaten. Geblindeerde onderzoekers registreerden het aantal dagen waarop werknemers verschillende vormen van loonsvervangende voordelen genoten gedurende het jaar na randomisatie. De onderzoekers hielden rekening met het clustereffect (10).

Werklozen in de interventiegroep hadden 1 jaar na randomisatie meer dagen partiële tijdelijke arbeidsongeschiktheid dan werklozen in de controlegroep (gemiddeld 8,2 versus 0,2 dagen; $p < 0,001$). Dat kan erop wijzen dat ze meer werk met aangepaste taken en uren vonden. Actieven in de interventiegroep kregen meer dagen met opleidingsvergoeding dan actieven in de controlegroep (gemiddeld 3,1 versus 1,0 dagen; $p = 0,01$). Actieven in de interventiegroep hervielen ook minder in loonsvervangende voordelen (4,5% versus 9,1%, $p = 0,04$) en ervoeren minder herval van partiële tijdelijke arbeidsongeschiktheid (2,9% versus 7,7%; $p > 0,02$).

Ondanks deze bevredigende resultaten moeten we erop wijzen dat het niet duidelijk is in hoeverre het effect extrapol eerbaar is naar de reële wereld. Het effectieve gebruik van motiverende gespreksvoering is door de therapeuten wisselend gedocumenteerd bij slechts 26% van de werknemers in de interventiegroep. We weten ook niets over de kwaliteit van de motiverende gespreksvoering die aangeboden werd. Daarnaast kan ook contaminatie het effect verdund hebben. We moeten tot slot ook rekening houden met een mogelijks **Hawthorne effect** en met het feit dat de follow-up liep over een periode van slechts één jaar.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Echte richtlijnen betreffende de problematiek van langdurige arbeidsongeschiktheid bestaan er niet, maar het re-integratietraject van de overheid benadrukt dat afwezigheid door langdurige ziekte een hoog prijskaartje heeft voor de werkgever, voor de sociale zekerheid en voor de maatschappij, maar zeker ook voor de arbeidsongeschikte werknemer zelf: het leidt tot inkomstenverlies, verlies van sociale contacten, en vaak tot nog meer gezondheidsproblemen (11). Hoe langer iemand arbeidsongeschikt is, des te moeilijker het voor hem of haar is om opnieuw te gaan werken. Het doorlopen van een re-integratietraject beoogt werkgevers enerzijds en arbeidsongeschikte werknemers en arbeidsongeschikten die niet verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst anderzijds te doen beseffen dat er echt wel mogelijkheden zijn voor re-integratie, en probeert hen te helpen deze kansen te grijpen.

Besluit

Deze correct uitgevoerde pragmatische clustergerandomiseerde open-label RCT met blinde effectbeoordelaars toont aan dat het gebruik van motiverende gespreksvoering door getrainde zorgverstrekkers tijdens de revalidatie van geblesseerde werknemers die na het verstrijken van de gebruikelijke genezingsstermijn onvoldoende hersteld waren, na een jaar leidt tot meer partiële werkhervatting en de transitie naar aangepast werk faciliteert. In hoeverre deze bevredigende resultaten extrapol eerbaar zijn naar de reële praktijk moet verder onderzocht worden.

Referenties

1. Heyerick M, Lemiengre M. Hoe gaan huisartsen om met arbeidsongeschiktheid bij patiënten met depressieve klachten? *Minerva* 2017;16(6):150-3.
2. 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
3. Artus M, Campbell P, Mallen CD, et al. Generic prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e012901. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012901
4. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap* 2016;24:32. DOI: 10.1186/s12998-016-0113-z
5. Miller WR, Rollnick S. *Motiverende gespreksvoering: mensen helpen veranderen* (derde editie). Ekklesia, 2014.
6. Baron E, De Jonge J, Schippers GM. *Motiverende gespreksvoering*. Gedragstherapie, 2015;2:138-52.
7. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;7:CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub4

8. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014;28:1159-71.
DOI: 10.1177/0269215514536210
9. Gross DP, Park J, Rayani F, et al. Motivational interviewing improves sustainable return to work in injured workers after rehabilitation: a cluster randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2017;98:2355-63.
DOI: 10.1016/j.apmr.2017.06.003
10. Chevalier P. Clusterrandomisatie. *Minerva* 2012;11(4):51.
11. Adviezen van de Hoge Raad voor preventie en bescherming op het werk. FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg. Url: https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van#toc_heading_9