KU LEUVEN

# Langdurige arbeidsongeschiktheid; bepalende factoren voor succesvolle re-integratie op de arbeidsmarkt binnen de huisartsenpraktijk

Mastherthesis 2017 - 2018

HAIO Dr. Van Vlasselaer Kim
Promotor Prof. Dr. Godderis Lode
Co-Promotor Dr. Schoolmeesters Bart



ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

# Langdurige arbeidsongeschiktheid; bepalende factoren voor succesvolle re-integratie op de arbeidsmarkt binnen de huisartsenpraktijk

Prof. Dr. Godderis L., Dr. Schoolmeesters B., Dr. Van Vlasselaer K.

## Inleiding

De vraag naar een efficiënte re-integratie op de arbeidsmarkt van langdurig arbeidsongeschikten is medisch en politiek een actueel thema. Oplossingen voor de toenemende kostendruk op ons huidige sociaal zekerheidssysteem en de nood aan adequate begeleiding voor werkgever en -nemer vormen een belangrijke uitdaging in de nabije toekomst.

Studies uitgevoerd door onder andere het RIZIV[1,2] konden enkele bepalende factoren als positieve of negatieve voorspellers voor (succesvolle) re-integratie weerhouden. De huisarts speelt vanzelfsprekend een centrale rol in het begeleiden van de patiënt met zijn of haar (chronische) ziekte en de daarmee gepaard gaande arbeidsongeschiktheid. Maar kent en gebruikt de huisarts deze factoren ook in zijn consultatiemodel? Kan de huisarts de waarde van deze factoren correct inschatten bij zijn patiënt? En hoe staat de huisarts ten opzichte van een gestandaardiseerde vragenlijst om deze factoren te gebruiken als hulpmiddel in de begeleiding van de patiënt?

## Methode

Na een literatuurstudie konden 16 variabelen (tabel 1) van ziekteverzuim weerhouden worden. Bijkomend werden uit de literatuur gevalideerde reeds bestaande instrumenten gehaald om deze voorspellers op een gestandaardiseerde manier te meten.

| predictors | gevalideerd score-instrument |
|---|---|
| Leeftijd | - |
| Geslacht | - |
| Opleidingsniveau | - |
| Algemene gezondheidstoestand | Short Form-36 (SF-36) |
| Eigen toekomstperceptie (positieve verwachtingen ten aanzien van werkhervatting) - zelfeffectiviteit | Return-to-work self-efficacy questionnaire (RTWSE-19) |
| Pijn | Visuele analoge schaal (VAS) – Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) – Rand 36 |
| Klachteninterferentie | VAR |
| Psychische toestand | SF-36 |
| Perfectionisme | VAR |
| Vermijding/onzekerheid | VAR – Obstacles to return to work questionnaire (ORO) |
| Thuissituatie – sociale omkadering | VAR - ORO |
| Fysieke zwaarte van arbeid | Heffen/tillen van lasten, werktempo en hoeveelheid werk *(geen duidelijke literatuurdefinitie)*. |
| Werkdruk | VAR |
| Flexibiliteit op werk | VAR – Absenteeism screening questionnaire (ASQ) |
| Werkbaarheid | VAR |
| Arbeidstevredenheid | VAR |

Tabel 1. De verschillende variabelen met overeenkomstig meetinstrument.

Deze verschillende meetinstrumenten werden reeds in een doctoraatsstudie[1] gesynthetiseerd tot één omvattend werkinstrument, met name de *Quickscan* (bijlage 1). Dit betreft een document van 61 vragen met als antwoordmogelijkheid een 5-punt Likertschaal. Gedurende negen maanden werd binnen een groepspraktijk aan vijf voltijds participerende huisartsen gevraagd om iedere patiënt die op consult komt en langdurig arbeidsongeschikt is - d.w.z. meer dan 14 dagen voor arbeiders en langer dan 28 dagen voor bedienden of zelfstandigen - te registreren. Aan het inclusiecriterium van langdurige arbeidsongeschiktheid voldeden 63 patiënten en werd gevraagd om het *Quickscanformulier* in te vullen. Bij het *Quickscanformulier* werd een kort vragenformulier toegevoegd om leeftijd, geslacht en type arbeidscontract te registreren (bijlage 2). Deze vragenlijsten leverden 50 patiënten effectief volledig ingevuld

terug in (response rate 79,4%). Aan de behandelende huisarts werd gevraagd om op datzelfde moment over de desbetreffende patiënt – om de administratieve werkbelasting laag te houden – een beperktere vragenlijst in te vullen (bijlage 3). De huisarts oordeelde in deze vragenlijst over volgende factoren: de algemene gezondheidstoestand van de patiënt, zijn/haar sociaal en/of familiale belasting, in hoeverre de patiënt in staat is het werk binnen vier weken te hervatten, de hoeveelheid pijn die de patiënt afgelopen week gehad heeft, de fysieke en de emotionele belasting van het uitgeoefende beroep van de patiënt. De vragen en antwoordmogelijkheden waren dezelfde als in de *Quickscan*. De diagnose verantwoordelijk voor de langdurige arbeidsongeschiktheid werd onderverdeeld in drie grote categorieën: psychiatrische pathologie (burn-out, depressie, angststoornissen, etc.), locomotorische problemen (lage rugpijn, gewrichtsklachten, traumata, etc.) en internistische pathologie (borstcarcinoom, hart- en vaatziekten, etc.). Om te peilen in hoeverre huisartsen de verschillende bepalende factoren van langdurige arbeidsongeschiktheid actief bevragen tijdens hun consultatie werd een online enquête (bijlage 4) verstuurd naar verschillende huisartsen via het ICHO-platform en verspreid onder de huisartsen ingeschreven in de wachtkring *Begijnendijk-Tremelo-Gelrode*. Aan hen werd gevraagd hoe frequent zij de 16 verschillende factoren tijdens een consultatie rond arbeidsongeschiktheid bevragen aan de patiënt op basis van dezelfde *Quickscan* vragen met antwoordmogelijkheden op dezelfde 5-punt Likertschaal. Aan deze enquête gaven 68 huisartsen gehoor. Alle gegevens werden nadien verzameld in Excel en beschrijvend statistisch geanalyseerd.

## Resultaten

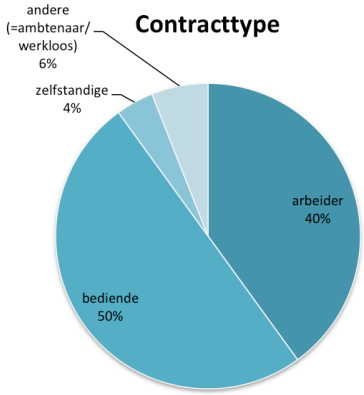
*Demografie*

Aan de studie participeerden 19 mannen (38,0%) en 31 vrouwen (62,0%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 45,9 jaar. Bij de mannelijke populatie is de gemiddelde leeftijd 47,8 jaar in vergelijking met 44 jaar bij de vrouwelijke groep. De jongste deelnemer is 20 jaar, de oudste 61 jaar.

| | man | vrouw |
|---|---|---|
| minimum | 20j | 26j |
| maximum | 60j | 61j |
| mediaan | 47,5j | 48j |
| gemiddeld | 47,8j | 44j |

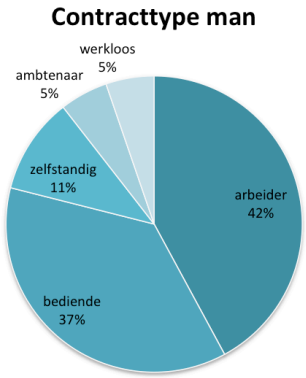
Tabel 2. Spreiding leeftijd per geslacht

De helft van de ondervraagden had bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid een bediendencontract, 40,0 % was actief als arbeider en 4,0% had een zelfstandigenstatuut.

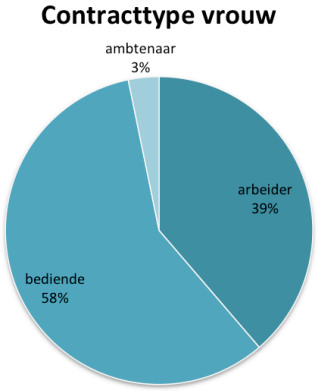



Grafiek 1. Verdeling van het type contract bij aanvang van arbeidsongeschiktheid.

Vrouwen werkten vaker als bedienden dan mannen, respectievelijk 58,1% in vergelijking met 37,8%. Voor het aantal patiënten met een arbeiderscontract was er weinig verschil tussen man en vrouw (42,1% vs 38,7%). 10,5 % van de mannen oefende bij aanvang van hun ziekte een zelfstandig beroep uit terwijl er geen vrouwen werden geregistreerd in deze categorie.




Grafiek 2. Verdeling van het type contract bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid bij de mannelijke patiënten.



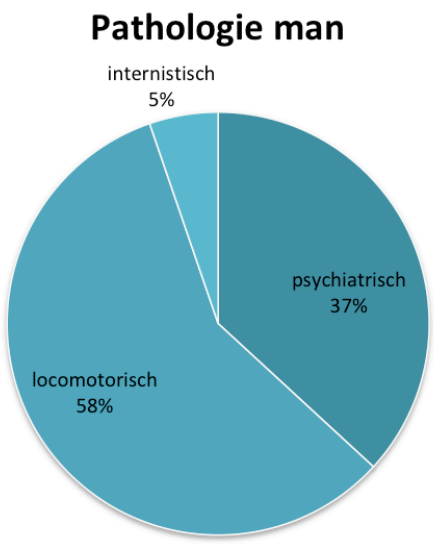

Grafiek 3. Verdeling van het type contract bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid bij de vrouwelijke patiënten.

*Pathologie*

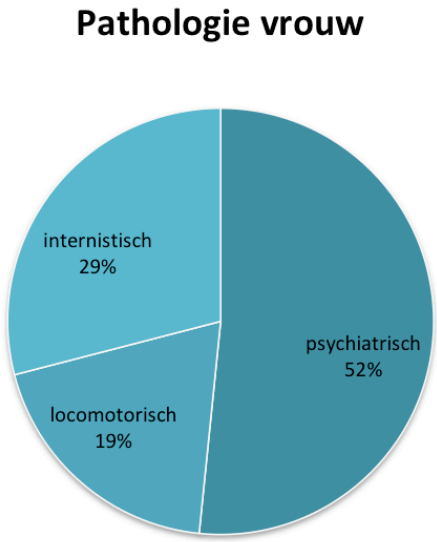
Psychiatrische stoornissen vormen algemeen met 46,0% de belangrijkste oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid gevolgd door locomotorische problemen (34,0%) en internistische pathologie (20,0%).

Locomotorische problemen zorgen bij de mannelijke populatie voor het grootste aandeel in de arbeidsongeschiktheid respectievelijk 57,8% bij de mannen in vergelijking met slechts 19,4% bij de vrouwelijke populatie. Met 51,6 % is psychiatrische pathologie de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij vrouwen, bij mannen bedraagt dit aandeel 36,8%. Afwezigheid omwille van internistische pathologie is beduidend hoger bij vrouwen (29,0%) dan bij mannen (5,3%). (grafiek 4 en 5)

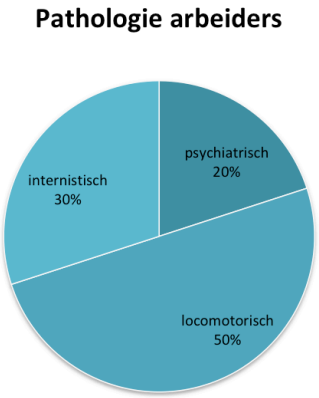
In de helft van de gevallen zijn arbeiders afwezig omwille van locomotorische problemen, bij bedienden bedraagt dit aantal 20,0%. Bij de bedienden kampt 60,0% met psychiatrische problemen in tegenstelling tot 20,0% bij de arbeiders. (grafiek 6 en 7)



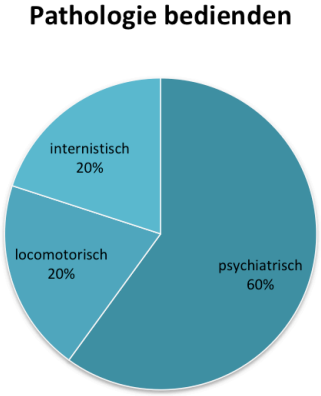

Grafiek 4. Verdeling van de onderliggende pathologie bij de man.




Grafiek 5. Verdeling van de onderliggende pathologie bij de vrouw.




Grafiek 6. Verdeling van de pathologie onder de arbeidspopulatie.



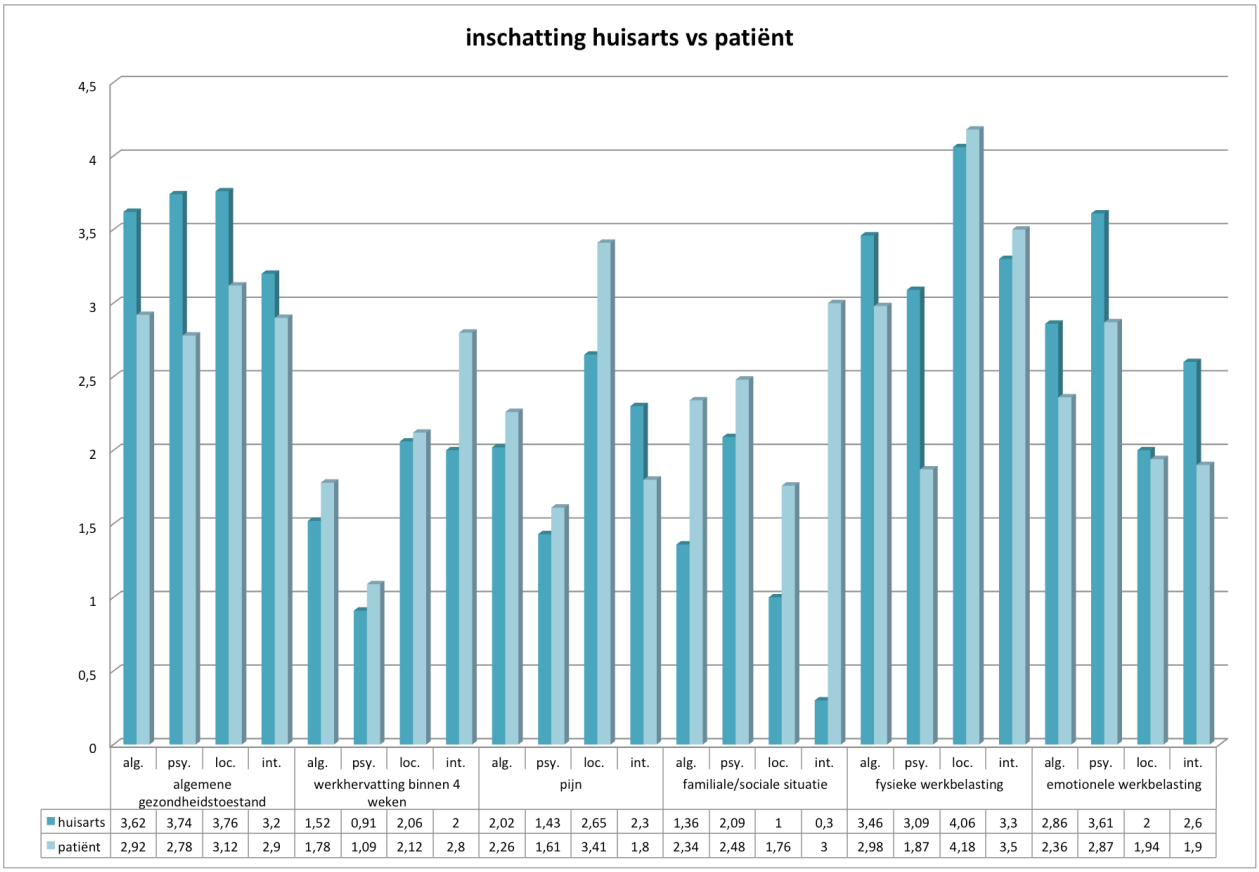

Grafiek 7. Verdeling van de pathologie onder de bediendenpopulatie.

*Inschatting arts versus patiënt*

In het algemeen scoort de huisarts de gezondheid van de patiënt hoger (3,62) dan de patiënt zijn eigen algemene gezondheid inschat (2,92). De psychiatrische populatie ervaart zijn algemene gezondheid beduidend lager (2,78) dan zijn huisarts oordeelde (3,74). Wat betreft de mogelijkheid om binnen vier weken het werk terug te kunnen hervatten, zijn de opvattingen tussen arts en patiënt in het algemeen gelijkgestemd (1,52 vs 1,78). De internistische patiënt schat de kans op werkhervatting hoger in dan zijn behandelend arts (2,8 vs 2,0). Globaal kan de arts het pijnniveau van de patiënt correct inschatten (2,02 vs 2,26) toch wordt er binnen de groep met locomotorische klachten een duidelijke onderschatting van de pijn door de arts waargenomen (2,65 vs 3,41).

De sociale en familiale belasting die de patiënt ervaart, wordt door de arts in alle groepen onderschat (1,36 vs 2,34). De grootste onderschatting wordt opgemerkt binnen de groep van internistische patiënten. De arts meent geen sociale of familiale belasting te herkennen in vergelijking met de ervaring van de patiënt (0,3 vs 3,0).

Globaal overschat de arts de fysieke werkbelasting (3,46 vs 2,98). Bij de locomotorische groep ligt de inschatting gelijk met de ervaring van de patiënt (4,06 vs 4,18) maar in de psychiatrische groep is er een duidelijke overschatting van de fysieke zwaarte van het uitgeoefende beroep (3,09 vs 1,87). In de groep met psychiatrische patiënten wordt de emotionele belasting van het werk door de arts sterk overschat (3,61 vs 2,87). De inschatting in de locomotorische groep is in lijn met de beleving van de patiënt (2,00 vs 1,94). (grafiek 8)

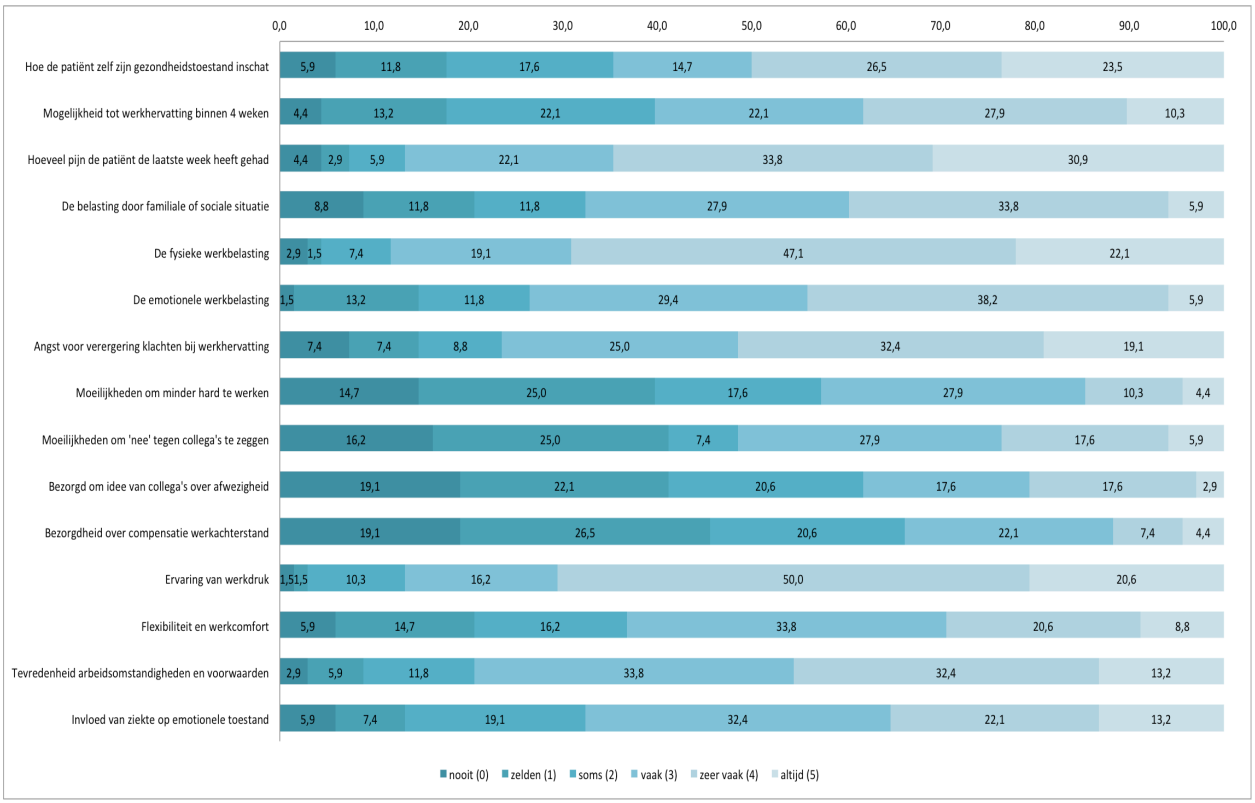



Grafiek 8 geeft het verschil weer tussen de inschatting bij huisarts en patiënt.

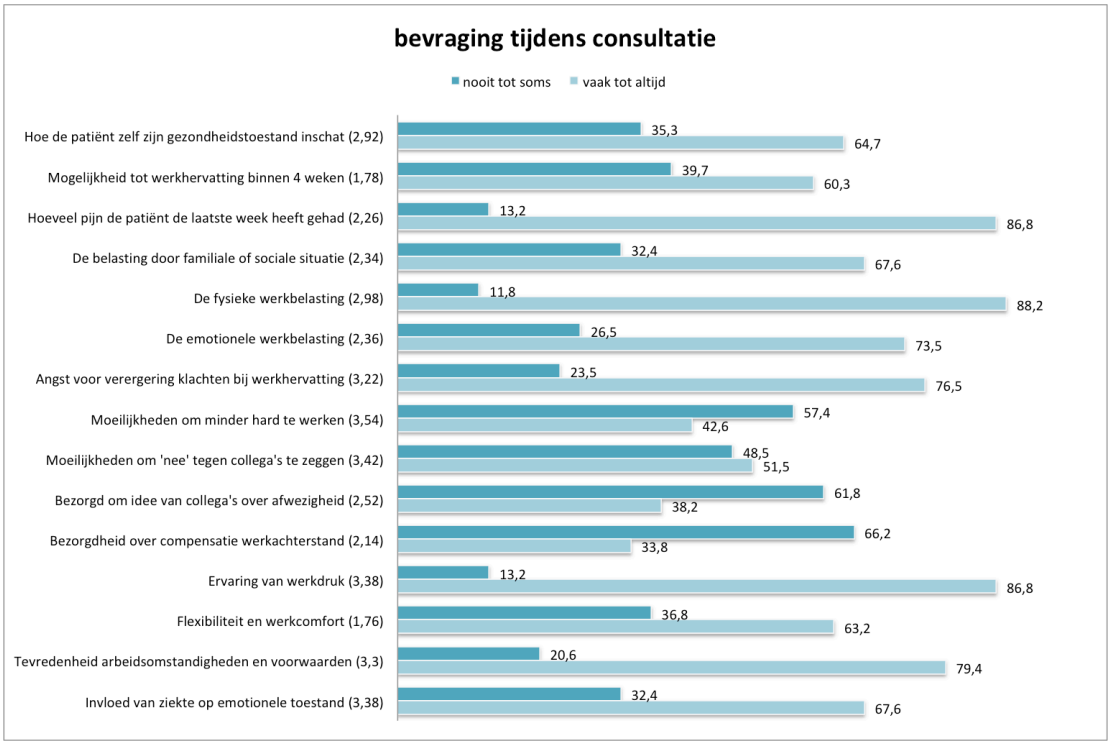
*Actieve bevraging door huisarts*

17,7 % van de huisartsen bevraagt zelden of nooit hoe de patiënt zijn eigen gezondheid inschat. De helft (50,0%) informeert hierover zeer vaak tot altijd. 38,2 % vraagt zeer vaak tot altijd actief na hoe de patiënt de werkhervatting binnen 4 weken zelf bekijkt, 17,6% heeft het hier echter nooit of zelden over. De pijn-anamnese wordt door 64,9% van de artsen zeer vaak tot altijd uitgevoerd. Slechts 7,3% van de artsen geeft aan dit zelden tot nooit na te gaan. De sociale en/of familiale belasting bij de patiënt wordt nooit tot zelden bevraagd in 20,6% van de gevallen, 39,7 % gaat dit zeer vaak tot altijd na. 69,2% van de artsen bespreekt de fysieke werkbelasting zeer vaak tot altijd en de emotionele druk in 44,1% van de gevallen. 14,7% van de artsen geeft aan nooit of zelden de emotionele werkbelasting te bevragen. De angst voor verslechtering van de klachten bij werkhervatting wordt door 51,5% zeer vaak tot altijd bevraagt, 14,8% bevraagt dit nooit tot zelden. 39,7% van de artsen vraagt nooit of zelden aan hun patiënt of ze

het moeilijk vinden om minder hard te werken terwijl de patiënt aangeeft hier toch moeite mee te hebben (3,54). Slechts 14,7% van de artsen gaat dit zeer vaak tot altijd na. Ook de moeilijkheid om ‘nee’ te kunnen zeggen tegen collega’s wordt in 41,2% van de gevallen nooit of zelden door de huisarts nagegaan, 23,5% doet dit zeer vaak tot altijd. De patiënt geeft aan hier wel moeilijkheden mee te hebben (3,52). 20,5% van de artsen informeert zeer vaak of altijd bij de patiënt of hij bezorgd is over wat de collega’s denken over zijn afwezigheid. 12,8% van de artsen informeert zeer vaak tot altijd of de patiënt bezorgd is over eventuele compensatie om de werkachterstand te moeten inhalen, 45,6% doet dit nooit of zelden. 70,6% informeert zeer vaak of altijd hoe de patiënt zijn werkdruk ervaart, slechts 3,0% doet dit nooit of zelden. 29,4% wint zeer vaak of altijd informatie in over het werkcomfort van de patiënt, 20,6% doet dit nooit of zelden. Er wordt meer gevraagd naar de tevredenheid van de arbeidsvoorwaarden, 45,6% doet dit zeer vaak of altijd en slechts 8,8% nooit tot zelden. 35,3% van de artsen informeert zeer vaak of altijd welke invloed de ziekte heeft op de emotionele toestand van de patiënt. 13,3% doet dit nooit of zelden.
(grafiek 9 en 10)



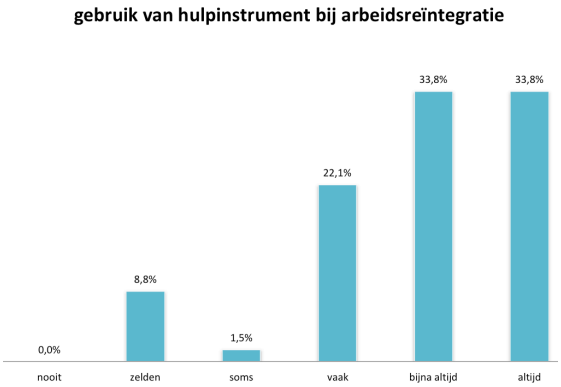

Grafiek 9. Een overzicht van de resultaten uit de online enquête.




Grafiek 10. Deze grafiek toont de waarde (tussen haakjes) dewelke de patïenten scoorden op de Quickscan voor de betreffende factoren met daarnaast de frequentie waarmee deze actief bevraagd worden door de huisarts.

*Gebruik van een hulpinstrument*

33,8% van de artsen geeft aan een instrument zoals de *Quickscan* nuttig te vinden en altijd te gebruiken en 33,8% zou dit bijna altijd gebruiken. 22,1% vindt dit nuttig om vaak te gebruiken en slechts 8,8% zou dit zelden gebruiken. (grafiek 11)




Grafiek 11

**Discussie**

De demografische data en spreiding van pathologie uit deze studie stemmen overeen met de cijfers op nationaal niveau[2] wat ons doet besluiten dat de studie een representatieve steekproef omvat.

Vrouwen die langdurig arbeidsongeschikt zijn hebben vaker een bediendencontract dan mannen (58,0% vs 37,0%). Mannen hebben vaker een arbeiderscontract (42,0% vs 39,0%). In bijna de helft van de casussen is het ziekteverzuim het gevolg van een psychiatrische stoornis (46,0%). Bij arbeiders zijn locomotorische problemen (50,0%) de belangrijkste oorzaak van langdurige afwezigheid in tegenstelling tot psychiatrische stoornissen bij bedienden (60,0%). Vrouwen zijn vaker afwezig omwille van psychiatrische pathologie (51,6% vs 36,8%) dan mannen, dewelke meer afwezig zijn door muskuloskeletale aandoeningen (57,8% vs 19,4%).

De huisarts schat de gezondheid van de patiënt hoger in dan de patiënt zelf. Opvallend is vooral dat de groep met psychiatrische problematiek de eigen gezondheid veel slechter ingeschat. Bijna 1 op de 5 huisartsen vraagt nooit of zelden hoe de patiënt zijn eigen gezondheid inschat. Zowel arts als patiënt hebben dezelfde opvatting over werkhervatting binnen 4 weken. Het voorspellen van de duur van ziekteverzuim is echter voor beiden partijen zeer moeilijk en is slechts in een kwart van de gevallen accuraat[3]. Binnen de locomotorische groep is er een duidelijke onderschatting van de pijn bij de patiënt hoewel 86,8% van de artsen dit vaak tot altijd bevragen. Het actiever gebruik maken van numerieke pijnscoresystemen zoals bijv. de VAS zou hierbij zinvol kunnen zijn. De fysieke en de emotionele

werkbelasting binnen bij patiënten met locomotorische problemen kan de huisarts wel correct beoordelen. De emotionele en fysieke zwaarte bij afwezigheid o.w.v psychiatrische pathologie wordt door de huisarts dan weer overschat. Dit kan te maken hebben met de subjectieve rapportering van de patiënt aangezien 88,2 % van de artsen vaak tot altijd de fysieke werklast en in 73,5% de emotionele werkbelasting nagaat. De sociale en/of familiale belasting wordt in alle groepen door de huisarts onderschat maar word ook slechts door 39,8% van de artsen zeer vaak of altijd actief bevraagd.

Er is dus een zekere discrepantie tussen arts en patiënt voor verschillende factoren waar te nemen. Uit eerder onderzoek[4] is aangetoond dat de patiënt baat heeft bij een goede, gestructureerde begeleiding op basis wederzijds vertrouwen met de behandelende arts in het proces van arbeidsre-integratie. Dit onderstreept het belang dat de arts op de hoogte is van alle onderliggende factoren en deze correct inschat. Ook de huisarts zelf is vragende partij voor gestructureerde instrumenten[5].

De grootste beperking van dit onderzoek is de kleine studiepopulatie. Verder onderzoek op grotere schaal is aangewezen. Tevens werden slechts 6 van de 16 onderliggende factoren ook bevraagd bij de huisarts. Een uitbreiding van de studie waarbij de huisarts naast de patiënt ook de volledige *Quickscan* invult kan een gedetailleerder beeld scheppen over het inschattings-vermogen van de arts.

**Besluit**

Langdurige arbeidsongeschiktheid en arbeidsreïntegratie is meer dan een louter diagnose-afhankelijk gegeven. Het is een zeer complex samenspel van multiple factoren. In deze complexiteit is het bedenkbaar dat de huisarts sommige bepalende factoren over het hoofd ziet of ze foutief inschat. Het gebruik van een instrument zoals de Quickscan kan zinvol zijn om actief onderliggende factoren op te sporen en bespreekbaar te maken met de patiënt. Verder onderzoek is nodig om te beoordelen of het implementeren van dergelijk instrument in de begeleiding van de patiënt tijdens langdurige arbeidsongeschiktheid een positieve invloed heeft op de duur van het ziekteverzuim.

**Literatuur**

1. Goorts K, Rusu D, Mairiaux Ph, Dubois M, Godderis L. Ontwikkeling en validatie van vragenlijsten voor de re-integratie van werknemers: Versterking van het re-integratietraject door een betere kennis van de factoren die de slaagkansen van een re-integratie beïnvloeden, researchprotocol 2016

2. RIZIV, Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – analyse en verklarende factoren – periode 2010-2015, 2017

3. Sjöstrom M E, Wallin I, Björkelund C, et al. GP and patient predictions of sick-listing duration: How well do they correspond? A prospective observational study, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2014; 32: 73–77

4. Sturesson M, Edlund C, Falkdal AH, Bernspang B, Healtcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences, Prim Health Care Res Dev, 2014 Oct; 15(4): 464-75

5. Skanér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, et al. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden, BMJ Open 2011;1:e000303

**Bijlage 1:** Quickscan

| | |
|---|---|
| **1** | **Hoe is uw gezondheidstoestand in het algemeen?**<br>**(Slecht) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Uitstekend)** |
| **2** | **Hoe beoordeelt u nu uw gezondheid over het algemeen vergeleken met twee maanden geleden?**<br>(Veel slechter dan twee maanden geleden) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Veel beter dan twee maanden geleden) |
| **3** | **Hoeveel pijn had u de afgelopen week?**<br>(Geen pijn) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Heel ernstige pijn) |
| **4** | **Als u denkt aan alles wat u doet om uw pijn te verminderen, in welke mate kan u dan op een gemiddelde dag de pijn verminderen?**<br>(Ik kan de pijn helemaal niet verminderen) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Ik kan de pijn goed verminderen) |
| **5** | **Heeft u tijdens het werk veel last van heffen of trekken?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **6** | **Heeft u er tijdens het werk veel last als u regelmatig moet bukken?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **7** | **Heeft u er tijdens het werk veel last van als u regelmatig te hoog moet reiken?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **8** | **Heeft u er tijdens het werk veel last van als u langdurig steeds dezelfde beweging moet maken?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **9** | **Vindt u uw werk lichamelijk erg inspannend?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **10** | **Heeft u lichaamskracht nodig voor uw werk?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **11** | **Werkt u in ongemakkelijke of inspannende houdingen?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **12** | **Ik voel me thuis op mijn werk**<br>(Niet akkoord) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Helemaal akkoord) |
| **13** | **Mijn leidinggevende begrijpt mijn situatie**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **1** | **Mijn werk heeft veel variatie en motiveert me** |

| | |
|---|---|
| **14** | (Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **15** | **Ik voel me gewaardeerd door mijn leidinggevende**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **16** | **Er is genoeg uitdaging in mijn werk**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **17** | **Ik krijg veel steun van mijn collega's**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **18** | **Ik ben tevreden met mijn arbeidsvoorwaarden (voorbeeld: loon, werktijden, enz.)**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **19** | **Ik voel me gewaardeerd door mijn collega's**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **20** | **Ik denk erover na om ander werk te zoeken**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **21** | **Als ik nu opnieuw begin te werken, vrees ik dat mijn klachten erger zullen worden**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **22** | **Om opnieuw te kunnen beginnen werken, denk ik dat het nodig is om (meerdere opties mogelijk) 1. mijn werkplek een beetje te veranderen 2. mijn werkuren een beetje te veranderen 3. mijn functie in het bedrijf een beetje te veranderen 4. Een opleiding voor een nieuwe functie te kunnen volgen 5. andere optie** |
| **23** | **Als de pijn erger wordt moet ik stoppen met wat ik aan het doen ben tot de pijn opnieuw minder erg wordt**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **24** | **Hoe ongerust bent u over uw ziekte?**<br>(Helemaal niet ongerust) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Heel erg ongerust) |
| **25** | **Heeft uw ziekte invloed op uw emoties (maakt uw ziekte u bang, boos, in paniek, depressief?)**<br>(Helemaal geen invloed) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Zeer veel invloed) |
| **26** | **Heeft u de afgelopen week weinig geslapen door zorgen?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **27** | **Heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u onder druk stond?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **28** | **Heeft u de afgelopen week het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet zou kunnen oplossen?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |

| | |
|---|---|
| **29** | **Heeft u zich de afgelopen week een waardeloos persoon gevoeld?**<br>(0= de hele tijd, 5= helemaal nooit) |
| **30** | **Heeft u zich de afgelopen week redelijk gelukkig gevoeld?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **31** | **Werkt u onder tijdsdruk**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **32** | **Heeft u een achterstand in uw taken op het werk?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **33** | **Zou u liever een beetje rustiger werken?**<br>(Nooit) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Altijd) |
| **34** | **Ik moet te veel doen op mijn werk**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **35** | **Door mijn werk heb ik niet veel tijd voor gezin of vrienden**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **36** | **Om mijn werk elke dag af te krijgen, moet ik heel hard werken**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **37** | **Mijn werk vraagt veel energie van mij**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **38** | **Voor mijn ziekteperiode kon ik op het werk aanpassingen vragen en krijgen om mijn werkcomfort te verhogen** (Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **39** | **Voor mijn ziekteperiode kon ik mijn werk zelf regelen (hoeveelheid en zwaarte van de taken)** (Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **40** | **Voor mijn ziekteperiode kon ik werken op mijn eigen tempo**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **41** | **Voor mijn ziekteperiode kon ik kiezen hoe ik mijn werk deed**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **42** | **Voor mijn ziekteperiode liet mijn werk mij toe om zelfstandig beslissingen te nemen**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **43** | **Is uw werk emotioneel zwaar?**<br>(Helemaal niet) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Helemaal wel) |
| **44** | **Heeft u op uw werk mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkeling?**<br>(Helemaal niet) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Helemaal wel) |
| **4** | **Geeft uw werk u het gevoel iets te kunnen bereiken?** |

| | |
|---|---|
| **5** | (Helemaal niet) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 – 5 (Helemaal wel) |
| **46** | **Ik maak me zorgen over wat mijn collega's denken van mijn afwezigheid**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **47** | **Wanneer ik terug ben zal ik hard moeten werken of meer uren moeten werken om mijn achterstand in te halen**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **48** | **In mijn werk zet ik mij voor tweehonderd procent in**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **49** | **Ik vind het heel erg als ik een fout maak**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **50** | **Ik vind het moeilijk om minder hard te werken**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **51** | **Ik kan moeilijk nee zeggen tegen collega's als ik dat wil**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **52** | **Het afgelopen jaar is mijn privé leven heel erg veranderd**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **53** | **Ik heb het afgelopen jaar veel pech gehad**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **54** | **Er zijn in mijn leven vervelende dingen gebeurd, waar ik vaak aan denk**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **55** | **Ik denk vaak aan de situatie thuis**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **56** | **De problemen thuis kosten mij veel energie**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **57** | **Ik heb het gevoel dat ik thuis meedraai in de routine, maar niet kan doen wat ik zelf graag wil doen**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **58** | **Ik ben teleurgesteld door mensen in mijn omgeving**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **59** | **Het is moeilijk om energie te vinden voor mijn werk, omdat mijn sociale situatie niet goed is**<br>(Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |
| **60** | **Denkt u dat u uw normale werk opnieuw zal kunnen starten, zonder beperkingen door uw ziekte binnen een periode van vier weken?**<br>(Zeker niet) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Zeker wel) |
| **6** | **Mijn behandeling zal mijn letsel(s) en symptomen genezen** |

| | |
|---|---|
| **1** | (Mee oneens) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 (Helemaal mee eens) |

**Bijlage 2:** vragenlijst patiënt

Leeftijd: …….
Geslacht: ……

Datum eerste dag arbeidsongeschiktheid: ..... / …… / ……

Wat was jouw job op het ogenblik bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid?

……

Welk type statuut had je op het ogenblik bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid? (omcirkel)

arbeider bediende zelfstandige vrijwilliger opleiding VDAB

andere: ….

Heeft uw huisarts stappen ondernomen (bv. doorverwijzing, …) om u te helpen terug aan het werk te kunnen gaan? (omcirkel)

Ja Neen

Zou u het zinvol vinden mocht uw huisarts u actief doorverwijzen naar instanties ( bv. VDAB, …) die zich bezighouden met het begeleiden van langdurige zieken naar de arbeidsmarkt?

(zinvol) 0 1 2 3 4 5 (zinloos)

Heeft u zelf stappen ondernomen om terug aan het werk te gaan? (omcirkel)

Ja Neen

**Bijlage 3:** vragenlijst arts

Diagnose: ……

1. Wat is de algemene gezondheidstoestand van de patiënt?

   (slecht) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (uitstekend)

2. Is de patiënt in staat om binnen 4 weken zijn normale werk te hervatten, zonder beperkingen?

   (zeker niet) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (zeker wel)

3. Hoeveel pijn heeft de patiënt afgelopen week gehad?

   (geen pijn) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (heel ernstige pijn)

4. Vindt de patiënt moeilijk energie voor zijn/haar werk omdat zijn/haar sociale thuissituatie niet goed zit?

   (oneens) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (eens)

5. Is het werk van de patiënt fysiek belastend?

   (nooit) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (altijd)

6. Is het werk van de patiënt psychisch belastend?

   (helemaal niet) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (helemaal wel)

**Bijlage 4:** online enquête

Bij patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn (d.w.z. langer dan 14 dagen voor arbeiders en langer dan 28 dagen voor bedienden/zelfstandigen) vraag ik actief na tijdens mijn consultatie binnen zes weken na aanvang van de arbeidsongeschiktheid:

1. Hoe de patiënt zelf zijn algemene gezondheidstoestand inschat?

(nooit ) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

2. Of de patiënt denkt in staat te zijn om binnen 4 weken zijn normale werk te hervatten, zonder beperkingen?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

3. Hoeveel pijn de patiënt afgelopen week gehad heeft?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

4. Of de patiënt vreest dat als hij/zij nu opnieuw zou beginnen te werken zijn/haar klachten zullen verergeren?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

5. Of de patiënt het moeilijk vindt om minder hard te werken?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

6. Of de patiënt moeilijk “neen” kan zeggen tegen collega’s?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

7. Of de patiënt onzeker is over wat collega’s denken van zijn/haar afwezigheid?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

8. Of de patiënt bezorgd is om harder te moeten werken om de afwezigheid te compenseren?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

9. Of de patiënt moeilijk energie vindt voor zijn/haar werk omdat zijn/haar sociale thuissituatie niet goed is?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

10. Of de patiënt zijn werk lichamelijk erg inspannend/belastend vindt?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

11. Hoe de patiënt zijn/haar werkdruk ervaart?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

12. Of er voor de ziekteperiode flexibiliteit aanwezig was op de arbeidsvloer teneinde het werkcomfort te verhogen?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

13. Of het werk van de patiënt voor hem/haar emotioneel zwaar is?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

14. Hoe tevreden de patiënt is met zijn/haar werkomstandigheden en arbeidsvoorwaarden?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

15. Of de ziekte invloed heeft op de emoties van de patiënt?

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

16. Indien er een instrument/vragenlijst zou bestaan die kan helpen met de patiënt al dan niet tijdig en succesvol te reïntegreren op de arbeidsmarkt zou ik deze nuttig vinden en gebruiken:

(nooit) 0 1 2 3 4 5 (altijd)

**Bijlage 5:** Protocol Manama-thesis Huisartsengeneeskunde

**Promotor:** prof. dr. Lode Godderis
**Co-promotor:** dr. Bart Schoolmeesters
**Onderzoeker:** dr. Kim Van Vlasselaer

## Onderwerp

Langdurige arbeidsongeschiktheid; onderliggende factoren die bepalend zijn voor een succesvolle re-integratie.

## Vraagstelling

De vraag naar een efficiënte re-integratie op de arbeidsmarkt is heden een zeer actueel thema wegens toenemende kostendruk op ons sociaal zekerheidssysteem.

Studies uitgevoerd door onder andere het RIZIV konden enkele factoren als positieve of negatieve voorspellers voor succesvolle re-integratie weerhouden. Tevens is aangetoond dat naargelang de duur van de arbeidsongeschiktheid toeneemt (> 3 maand kritische periode), de kans op arbeidshervatting afneemt.

De huisarts speelt een belangrijke rol in het begeleiden van de patiënt met zijn of haar (chronische) ziekte en arbeidsongeschiktheid. Daarom zal met deze studie een antwoord gezocht worden op volgende vragen:

1. Kunnen we deze voorspellende factoren ook identificeren bij de patiëntenpopulatie van onze huisartsenpraktijk?

2. Stemt de aan- en/of afwezigheid van deze predictoren overeen met de reële voorgeschreven duur van arbeidsongeschiktheid?

3. Werden deze factoren actief bevraagd door de huisarts tijdens de consultaties bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid?

4. Is er een verschil in perceptie tussen de patiënt en de huisarts betreft bepaalde factoren zoals algemene gezondheidstoestand, fysieke en psychische belasting van de job?

5. Is er vraag bij de Vlaamse huisartsen naar een instrument om te kunnen gebruiken in de praktijk om de kans op succesvolle re-integratie te evalueren.

## Methode & Registratie

Een literatuurstudie kon 16 voorspellers van ziekteverzuim weerhouden. Bijkomend konden uit de literatuur gevalideerde instrumenten gehaald worden om deze voorspellers op een gestandaardiseerde manier te meten.

| **Voorspellers** | **Gevalideerd score-instrument** |
|---|---|
| Leeftijd | - |
| Geslacht | - |
| Opleidingsniveau | - |
| Algemene gezondheidstoestand | "Short Form-36 (SF-36)" |
| Eigen toekomstperceptie – positieve verwachtingen ten aanzien van werkhervatting - zelfeffectiviteit | Vraag: " Denk je dat je in staat zal zijn om binnen 4 weken je normale werk te hervatten zonder beperkingen?"<br>Antwoord op basis van 5-punt Likertschaal.<br><br>"Return-to-work self-efficiacy questionnaire (RTWSE-19)".<br>Elke vraag gescoord op basis van 5-punt Likert schaal. |
| Pijn | Visuele analoge schaal (VAS) – Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Klachteninterferentie | Vragenlijst arbeidsintegratie (VAR) |
| Psychische toestand | "Short Form-36 (SF-36)" |
| Perfectionisme | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Vermijding/onzekerheid | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Thuissituatie – sociale omkadering | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Fysieke zwaarte van arbeid | Heffen/tillen van lasten, werktempo en hoeveelheid werk. Niet duidelijk gedefinieerd in de literatuur. |
| Werkdruk | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Flexibiliteit op werk | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Werkbaarheid | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |
| Arbeidstevredenheid | Vragenlijst arbeidsre-integratie (VAR) |

De VAR, SF-36 en RTWSE-19 werden uit alle gevalideerde vragenlijsten geselecteerd om de predictoren na te vragen bij de patiënt. Deze 3 instrumenten stemden overeen met de *Quickscan* (zie bijlage) opgesteld door mevr. K. Goorts en deze zal dus ook gebruikt worden als meetinstrument van de predictoren.

De participerende artsen betreffen 6 huisartsen binnen dezelfde huisartsengroep.

Gedurende *6 maanden (april 2017 tem augustus/september 2017)* zullen alle patiënten die op raadpleging komen en langdurig arbeidsongeschikt zijn (> 14 dagen arbeidsongeschikt voor arbeiders, > 28 dagen voor bedienden en zelfstandigen) worden geregistreerd. Hen zal gevraagd worden om op dat moment de *Quickscan* in te vullen.

De behandelende geneesheer zal dan ook een aparte, kortere vragenlijst (cfr. bijlage) invullen om na te gaan of er een verschil is in perceptie tussen arts en patiënt wat betreft:

- Algemene gezondheidstoestand
- Aanwezigheid van pijn
- Fysieke belasting van de job
- Mentale belasting van de job
- Sociale omkadering
- Toekomst: al dan niet in staat te werken binnen 4 weken

Wanneer de patiënt terug op raadpleging komt in het kader van een verlenging van de arbeidsongeschiktheid zal gevraag worden om de *Quickscan* opnieuw in te vullen om de evolutie in tijd te bekijken.

De gegevens uit de vragenlijst zullen worden geanonimiseerd voor de onderzoeker en verzameld in Excel.

Om indien nodig aanvullende dossiergegevens te bekomen nadien zal onderstaand coderingssysteem gebruikt worden.

| **Registrerende arts** | **Nummer patiënt** | **Nummer contact** |
|---|---|---|
| A - F | 001 - 100 | 1 - 100 |

Bijvoorbeeld:

Arts 1 registreert de 15$^{e}$ patiënt die langdurig ongeschikt is en laat deze de eerste maal de *Quickscan* invullen : patiënten code A/015/1.

Arts 3 ziet de 3$^{e}$ patiënt die hij registreerde voor de 2$^{e}$ maal wegens een verlenging van de arbeidsongeschiktheid en laat deze opnieuw de *Quickscan* invullen: patiënten code C/003/2

Alle registrerende artsen houden een lijst bij met het deze codes en de overeenkomstige patiënt.

Na een beschrijvende statistische analyse zal er een globaal beeld gevormd worden van de langdurig arbeidsongeschikten binnen de patiëntenpopulatie van de praktijk met specifieke aandacht voor de duur van de arbeidsongeschiktheid en de aan- en/of afwezigheid van de predictoren.

Een bijkomende korte vragenlijst (zie bijlage) zal online verspreid worden via ICHO vzw en de wachtkring BTG / Aarschot. Hierdoor zullen alle Vlaamse huisartsen die actief zijn als praktijkopleider en tevens alle huisartsen actief binnen het wachtgebied Begijnendijk-Tremelo-Gelrode en Aarschot bereikt worden.

Met deze vragenlijst zal gepeild worden of 13 predictoren actief bevraagd worden op consultatie binnen de eerste 6 weken bij aanvang van langdurige arbeidsongeschiktheid. Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau worden niet bevraagd omdat deze gekend zijn uit het EMD en de vragenlijst zo kort mogelijk dient gehouden te worden om de belasting van de huisarts te beperken voor optimale responsrate.

Bijkomend zal gepeild worden of er vraag/interesse is naar een instrument zoals de *Quickscan* om succesvolle re-integratie te evalueren.
Om bias te voorkomen bij het registeren van patiënten binnen onze praktijk zal deze vragenlijst niet beschikbaar zijn voor de registrerende artsen.

Met al deze gegevens zouden we een consultatiemodel kunnen voorstellen voor langdurige arbeidsongeschiktheid en efficiënte re-integratie.

**Bijlage 6**: Goedkeuring Ethisch Commissie



Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

wo 22-3-2017 19:36

Markeren als ongelezen

**Aan:** Lode Godderis;

**CC:** Kim Van Vlasselaer;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Langdurige arbeidsongeschiktheid; onderliggende factoren die bepalend zijn voor een succesvolle re-integratie." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Langdurige arbeidsongeschiktheid; onderliggende factoren die bepalend zijn voor een succesvolle re-integratie." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

## Gunstig advies van OBC

2017-03-22 19:36:54

Bekijk status geschiedenis

| | |
|---|---|
| **Student(en):** | Kim Van Vlasselaer |
| **Promotor:** | Lode Godderis (lode.godderis@kuleuven.be - u0005874 - Omgeving en Gezondheid) |
| **Hoofdonderzoeker:** | Kim Van Vlasselaer (kim.vanvlasselaer@student.kuleuven.be - s0192855 - ) |
| **Faculteit:** | Geneeskunde |
| **Opleiding:** | Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.) |
| **Het onderzoek is:** | monocentrisch |
| **De opdrachtgever is:** | academisch (universiteit,...) |
| **Het onderzoek is:** | Het onderzoek is praktijkverbeterend. |