Het ziekteattest: attesteren wat niet meer kan of eerder wat wel nog kan?

Jasmine Buelens, KU Leuven

Promotor: prof. Lode Godderis, KU Leuven

Praktijkopleider: dr. Jos Vandevenne

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Achtergrond: Het attesteren van arbeidsongeschiktheid (AO) staat onder druk, zowel in België als het Verenigd Koninkrijk (VK). Dit omwille van de persoonlijke, sociale en economische kost die AO met zich meebrengt. Beide landen leveren inspanningen om verandering in gang te zetten. Het VK introduceerde, als gevolg hiervan, de statement of fitness for work, een nieuwe manier om arbeids(on)geschiktheid te attesteren.

Doel: Deze studie heeft tot doel de huidige werking van de fit note te evalueren en de mening van de Vlaamse huisarts over de mogelijkheid tot implementatie van de statement of fitness for work in België te verkennen.

Methode: Na een literatuurstudie werd een kwalitatief onderzoek opgezet door middel van face-to-face semigestructureerde interviews met 10 Limburgse huisartsen.

Resultaten: De ontwikkeling van de fit note steunt op evidentie over de positieve relatie tussen werken en gezondheid. De geïnterviewde artsen ondersteunen integraal deze stelling. Ze maken dan ook tijd in de consultatie om hierover met hun patiënt te spreken. De diepgang van dit gesprek is sterk afhankelijk van de pathologie, tijd in de consultatie en privacy van de patiënt. De huisarts ervaart dit niet als absolute hinderpalen en zal vragen wat noodzakelijk is voor een goed behandel- en re-integratiebeleid. Desondanks is effectieve re-integratie niet zo eenvoudig. De meeste geïnterviewde artsen proberen op voorhand een traject de schetsen aan hun patiënt. Dit echter exact inschatten en weergeven op een attest blijkt niet simpel. Een tweede hindernis in het re-integratietraject is samenwerking. Het is niet gemakkelijk om op eenzelfde lijn te zitten met alle actoren. Andere hinderpalen die ervaren worden, zijn beschadiging van de arts-patiëntrelatie, emotionele patiënten en taalkundige problemen. Onder de bevraagde huisartsen heerst een algemene ontevredenheid over het huidig systeem van attesteren van AO. Volgens de deelnemers mag het attest voor kortdurende AO wegvallen zoals in Nederland het geval is. In dezelfde trend zouden, zoals in Nederland, de patiënten meer gebonden moeten zijn aan één praktijk. De huisartsen zijn eveneens voorstander van meer overleg tussen medisch actoren in het re-integratieveld. Het feitelijke attest zou geüniformeerd en gedigitaliseerd mogen worden. De optie van voorwaardelijk attesteren biedt voordelen op vlak van re-integratie. De geïnterviewde Vlaamse huisartsen vinden dit dan ook het grootste voordeel aan de fit note. Verschillende commentaren op gebied van adequaat invullen van het attest, consultatieproces, aanpak op de werkplaats en communicatie arts-werkgever komen naar voren. Omkadering op vlak van patiëntenbeleid en financiering is in beide systemen verschillend waardoor een diepgaande vergelijking moeilijk is. Bijgevolg blijft de mening over een mogelijk implementatie verdeeld.

Besluit: Mits nodige aanpassingen heeft de statement of fitness for work het potentieel meer patiënten sneller op een traject naar werk te krijgen. Of het systeem in Vlaanderen toepasbaar is, blijft voorlopig nog een vraagteken. Verder en uitgebreider onderzoek is nodig om een conclusief antwoord te kunnen geven.

Sleutelwoorden: huisartsengeneeskunde, attest van arbeidsongeschiktheid, statement of fitness for work, re-integratie, kwalitatief onderzoek.

Inhoudsopgave

1. Inleiding **5**
2. Literatuurstudie **7**
2.1 Methode 7
2.2 Statement of Fitness for Work 7
2.2.1 Wat? 7
2.2.2 Hoe? 7
2.2.3 Evidence 8
2.2.4 Commentaren 8
3. Kwalitatief onderzoek **9**
3.1 Methode 9
3.1.1 Datacollectie 9
3.1.2 Data-analyse 10
3.2 Resultaten 11
3.2.1 Participanten 11
3.2.2 Interviews 11
4. Bespreking **19**
5. Besluit **21**

Motivatie en aanleiding

Arbeidsongeschiktheid (AO) is de ongeschiktheid om te werken ten gevolge van een ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname. Uit cijfers van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid blijkt dat het ziekteverzuim in ons land jaar na jaar blijft toenemen[1]. Gezien de kans op een succesvolle re-integratie afneemt met de duur van de AO, zijn vroege interventies nodig. Het is daarom belangrijk dat reeds bij het uitschrijven van het eerste ziekteattest door de huisarts met de patiënt overlegd wordt over het verdere verloop en de mogelijke terugkeer naar het werk.

Dit laatste element is net wat ik als startende huisarts lastig vind. In de veelheid aan vaardigheden die we onder de knie moeten zien te krijgen, laat ik de anamnese naar sociale en arbeidsomgeving vaak achterwege omwille van tijdsgebrek. Wanneer ik dit gesprek toch aan ga, kom ik een schat aan waardevolle informatie tegen. Op deze manier zijn de beweegredenen van de patiënten voor mij meer begrijpelijk. Dit zijn bijgevolg de momenten die de mogelijkheid creëren om de impact van ziekte en bijhorende AO te bespreken met de patiënt. Dit is zeker noodzakelijk wanneer er sprake is van langdurigere ongeschiktheid.

Ik koos dan ook AO als onderwerp voor mijn thesis om me hierin verder te verdiepen. Hoe kunnen we vanaf de eerste consultatie al een verschil maken wanneer het gaat om een positieve aanpak en een terugkeer naar het werk op maat van de patiënt?

1. Inleiding

Het attesteren van arbeidsongeschiktheid (AO) is een van de veelvoorkomende taken van de (huis)arts in Vlaanderen. Een Manamapaper uit 2013[2] concludeerde dat de Vlaamse huisarts zich de meest geschikte persoon vindt voor het uitschrijven van een dergelijk attest. In de meeste gevallen verloopt dit proces vlot. Indien er problemen worden ondervonden is dit vooral bij het attesteren van langdurige werkonbekwaamheid. Juist dit gegeven is problematisch. Na 3 maanden AO daalt namelijk de kans op een geslaagde re-integratie op de arbeidsmarkt tot 50%. Een integrale aanpak, met de huisarts als deel van het team, is dus nodig[3]. De Vlaamse huisarts geeft echter aan nood te hebben aan opleiding rond dit onderwerk om adequaat om te gaan met de evidentie over de rol van terugkeer naar het werk in het genezingsproces[2].

Op dit moment is er in België vanaf de eerste dag van ziekte een geneeskundig getuigschrift nodig om de afwezigheid op het werk te wettigen. Dit is noodzakelijk indien de werkgever vraagt om dergelijk attest of indien het arbeidsreglement of een collectief akkoord deze verplichting voorziet. Deze afspraken kunnen van sector tot sector verschillen. Het attest kan door de behandelende geneesheer, tandarts of vroedvrouw afgeleverd worden en moet binnen afzienbare termijn de werkplaats bereiken. Deze termijn bedraagt in het algemeen 2 werkdagen. Een andere termijn is mogelijk wanneer dit opgenomen is in het arbeidsreglement. Indien de werknemer hier niet aan kan voldoen, kan hij zijn recht op gewaarborgd inkomen verliezen[4-5].

De inhoud van dit attest is bij wet bepaald. Ten eerste bevat het de identiteit en hoedanigheid van diegene die het attest uitschrijft en de identiteit van de werknemer. Vervolgens moet er melding gemaakt worden van de arbeidsongeschiktheid en de algemene oorzaak ervan. Dit kan gaan over ziekte, ongeval, etc. De uitgever van het attest moet eveneens de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid (begin- en einddatum) vermelden en de mogelijkheid voor de werknemer om zich, met het oog op controle door de werkgever, naar een andere plaats te begeven[5]. Paragraaf 31 van de wet van 3/7/78 betreffende de arbeidsovereenkomsten regelt zowel inhoud van het attest als de verplichtingen die moeten voldaan worden om het recht op gewaarborgd inkomen te behouden[6].

Een tweede attest, namelijk het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid, is bedoeld voor de adviserend geneesheer van het regionaal ziekenfonds. Het attest bevat behalve het bovenstaande gegeven ook nog de medische diagnose. De termijn waarbinnen dit getuigschrift moet bezorgd worden, is afhankelijk van de arbeidssituatie. De adviserend geneesheer van deze ziekenkas beoordeelt de ongeschiktheid en het recht op een ziekte-uitkering[5].

Het toenemende ziekteverzuim en de daarbij horende persoonlijke, sociale en economische kost[1] bracht veranderingen teweeg in de visie rond arbeidsongeschiktheid. Hierdoor kwam het attesteren ervan onder (politieke) druk. Dit blijkt onder andere uit recente artikels, verschenen in de Vlaamse pers[7-8]. Ook in het regeerakkoord van 2014 - 2019 is re-integratie een aandachtspunt.

Zowel de behandelende sector (eerste lijn) als arbeidsgeneesheren en werkgevers worden geresponsabiliseerd om hun bijdrage te leveren[9].

Er worden reeds inspanningen geleverd om de afwezigheid door langdurige ziekte te beperken. Om de re-integratie te bevorderen is er sinds 1 december 2016 een koninklijk besluit (KB) in werking dat tot doel heeft de arbeidsongeschikte werknemer tijdelijk of definitief, aangepast of ander werk te geven[10]. De spilfiguur in dit traject is de arbeidsgeneesheer. De werknemer, de behandelend arts (met toestemming van de werknemer), de adviserend geneesheer van het ziekenfonds of de werkgever kunnen een aanvraag doen tot opstart van een re-integratietraject[10-11]. De arbeidsgeneesheer onderzoekt, samen met de betrokkenen, wat de mogelijkheden zijn. Hij voert een re-integratiebeoordeling uit, waarbij hij de werknemer en werkplaats onderzoekt en overleg pleegt met de andere actoren. Hierna maakt hij een verslag en doet hij een advies tot traject. Er zijn 5 verschillende mogelijke trajecten (tabel 1).

Indien er wordt vastgesteld dat het mogelijk is voor de werknemer om terug te keren naar de werkplaats, wordt er door de werkgever een re-integratieplan opgesteld. Hierin staan concrete re-integratievoorstellen. De werknemer moet instemmen met het plan voordat het in werking kan treden. Indien een terugkeer naar de huidige werkplaats niet mogelijk lijkt kan er via de adviserend geneesheer van de mutualiteit gekeken worden of er, eventueel via herscholing, mogelijkheid is tot re-integratie[11].

Beslissing	Betekenis	Gevolgen
Traject A	Op termijn is volledige werkhervatting mogelijk en intussen kan er aangepast werk gedaan worden.	Doorlopen van re-integratietraject.
Traject B	Op termijn is volledige werkhervatting mogelijk maar intussen kan er geen aangepast werk gedaan worden.	Tijdelijk stopzetten van re-integratietraject. Controle na een bepaalde periode.
Traject C	Geen werkhervatting mogelijk binnen huidige functie maar wel mits aangepast werk.	Doorlopen van re-integratietraject.
Traject D	Definitief ongeschikt voor elke arbeid binnen de huidige werkplaats.	Definitief stopzetten van re-integratietraject
Traject E	Op dit moment niet geschikt om traject op te starten wegens medisch redenen.	Tijdelijk stopzetten van re-integratietraject. Controle na 2 maanden.

Tabel 1: Re-integratietrajecten[9-10]

Niet alleen in België maar ook in het Verenigd Koninkrijk (VK) is de visie rond terugkeer naar het werk in beweging. In 2010 werd daarom het systeem van Statement of Fitness for Work, in het kort “fit note” geïntroduceerd. Het doel ervan is de vermijdbare AO te voorkomen en de terugkeer naar de werkplaats de vergemakkelijken. De (huis)arts kan de Fit Note gebruiken om patiënten te adviseren in de terugkeer naar de werkplaats[13-14]. Hierbij ligt de focus op wat de patiënt wel kan. Dit is, in tegenstelling tot de Belgische aanpak, een positieve benadering. In deze masterproef wordt er nagegaan hoe het Brits systeem van fit notes werkt en of dit systeem toepasbaar zou zijn in de Vlaamse huisartsenpraktijk.

2. Literatuurstudie

2.1 Methode

De literatuurstudie, uitgevoerd voorafgaand aan dit kwalitatief onderzoek, werd gerealiseerd aan de hand van een search in de Medline databank met behulp van Pubmed. Het MeSH-systeem werd gebruikt om de zoekactie op te bouwen. De volgende zoektermen kwamen in aanmerking: “fit note”, “statement of fitness for work”, “return-to-work”, “health”, “general practice” en “sickness certification”. De gevonden artikels werden geselecteerd op basis van relevantie, verschijningsdatum, graad van evidentie, taal en beschikbaarheid. Bruikbare referenties uit de geselecteerde artikels werden eveneens toegevoegd aan de literatuurlijst via het sneeuwbalprincipe. Dit gebeurde eveneens op basis van relevantie, verschijningsdatum, graad van evidentie, taal en beschikbaarheid. Op deze manier werden 22 bruikbare bronnen geïncludeerd.

2.2 Statement of Fitness for Work

Om tegemoet te komen aan de groeiend druk om de persoonlijke, sociale en economische kost van AO aan te pakken, introduceerde de Britse overheid in 2005 een systeem van verhoogde samenwerking tussen de gezondheids- en arbeidssector. Op 6 april 2010 trad de papieren fit note in werking als resultaat van deze samenwerking. Sinds 2013 is er ook een elektronische versie beschikbaar[14-15].

2.2.1 Wat?

De fit note vervangt volledig het voorgaande Brits systeem van attestering van AO (MED 3, MED 4 en MED 5) in 1 attest (bijlage 1). Dit attest geeft aan of de patiënt volledig niet of misschien wel geschikt is om te werken. Wanneer de patiënt misschien geschikt is, dient de fit note als hulpmiddel om de communicatie tussen werknemer en werkgever op gang te brengen rond de terugkeer naar de werkplaats en mogelijk aangepast werk[14].

2.2.2 Hoe?

In het VK is er geen certificatie van AO door de arts nodig voor de eerste 7 dagen van ziekte. Indien de ziekte langer dan deze periode duurt moet er een onderzoek en eventueel een attest komen. Dit kan zowel door de huisarts als specialist opgesteld worden. Wanneer de arts de patiënt geschikt verklaart voor arbeid hoeven er geen bijkomende formulieren ingevuld te worden. Wanneer de arts daarentegen vaststelt dat de gezondheid van de patiënt verhindert dat deze zijn job naar behoren kan uitvoeren, moet er een fit note uitgeschreven worden. Op dat moment zijn er twee mogelijkheden, namelijk “not fit” of “maybe fit”. Bij afwegen van de opties moet in acht genomen worden dat de optie maybe fit algemeen en niet-jobspecifiek is[14].

In het geval dat de patiënt niet gezond genoeg is om eender welk werk uit te voeren, wordt er “not fit” aangeduid. In alle andere gevallen wordt de optie “maybe fit” gekozen. Vervolgens geeft de arts adviezen die van algemeen nut kunnen zijn bij de werkhervatting. Via een drop-downmenu kunnen 4 standaardopties gekozen worden: gefaseerde terugkeer, aangepaste uren, aangepaste taken of aangepaste omgeving. Een verplicht in te vullen veld voor commentaren geeft de mogelijkheid specifiekere adviezen te geven over functionele beperkingen van de patiënt[14].

Concreet bevat een goed ingevulde fit note de datum van het onderzoek, een beschrijving van de toestand van de patiënt, een besluit over maybe of not fit met de nodige commentaar hierover en de periode waarin het advies geldt. De eerste twee attesten kunnen maximaal een geldigheid hebben van drie maanden, daarna moet er geen einddatum staan op de ziekteperiode. Als laatste is er een handtekening nodig van de arts die het attest opstelt en de datum van uitgave van het attest[14].

Wanneer de behandelende arts een ongeschiktheid voorziet van meer dan 4 weken en meer er specialistisch advies nodig is op vlak van arbeidsgeneeskunde, kan de patiënt verwezen worden naar Fit for Work voor het opstellen van een Return to Work plan[14].

2.2.3 Evidence

De fit note steunt op onderzoek rond de rol van werk in de gezondheid van de individuele patiënt en de algemene populatie[12]. In dit onderzoek werd aangetoond dat aangepast werk voordelig is voor zowel fysieke als mentale gezondheid.

Bijkomend werd gevonden dat de kans op terugkeer naar de werkplaats kleiner wordt naarmate de duur van de ongeschiktheid toeneemt. Een tijdige terugkeer speelt een grote rol in behoud van job en daardoor ook in gezondheid. Artsen geven zelf aan dat ze een grote rol spelen in de terugkeer naar de werkplek van hun patiënten en elk middel dat de communicatie rond dit gegeven verbetert, verhoogt ook de kans hierop[12,14].

De fit note clustert deze evidentie en dient als vehikel om zowel de communicatie tussen arts en patiënt als tussen werknemer en werkgever te verbeteren. Op deze manier stimuleert het de gezondheid van de populatie[14].

2.2.4 Commentaren

In theorie werd de fit note positief onthaald door zowel artsen, werkgevers als werknemers[15,17-18]. In praktijk wordt er echter gezien dat de fit note niet gebruikt wordt zoals voorzien werd. Een studie uit 2014 analyseerde 79815 fit notes en concludeerde dat er slechts in 6.4% van de gevallen maybe fit werd aangeduid[19]. Een andere studie uit 2015 kon een daling aantonen van het aantal non fitattesten en een stijging van het aantal maybe fitattesten met aanpassing van de werkplaats[20]. Over de 7 jaar durende studieperiode kon er echter slechts een (niet-significante) trend gevonden worden.

Om het gebruik van de fit note te vergemakkelijken werd er gezocht naar punten van commentaar en mogelijke oplossingen. In het algemeen geven werkgevers aan dat het advies, gegeven in de fit note, beperkt is en niet behulpzaam. Artsen melden dat hun advies niet wordt opgevolgd en patiënten vinden dat er op hun werkplaats geen overleg en aanpassing gebeurd[16-17, 21]. Een zestal werkpunten werden vastgesteld[16].

Verandering van het formaat en de methode van invullen van de fit note

Hier werden reeds aanpassingen gedaan zoals het invoeren van een elektronische versie met drop downmenu's en een gestandaardiseerde versie van de fit note. Problemen werden gemeld op gebied van toegang tot de software, bijvoorbeeld op huisbezoek.

Adequaat invullen van de fit note

Onder deze commentaar stelt men zich vooral de vraag of de huisarts juist geplaatst is om de fit note in te vullen. Deze is niet opgeleid om het effect van de job op de gezondheid in te kunnen schatten en duidelijke, concrete aanpassingen te suggereren.

Het consultatieproces

Artsen gaven aan dat de beroepsanamnese niet standaard deel uit maakt van de consultatie. Eveneens stellen ze zich de vraag of de arts-patiëntrelatie niet aangetast wordt door dit op te nemen en aan te dringen op terugkeer naar de werkplaats. Het belang van een goed bijgehouden medisch dossier wordt hier ook duidelijk wanneer er meerdere artsen samenwerken.

Aanpak op de werkplaats

Artsen en patiënten vragen zich af of er op de werkplaats vertrouwelijk wordt omgegaan met de verstrekte medische informatie. Het zou ook mogelijk moeten zijn om met een maybe fit attest binnen de twee dagen een gesprek te hebben met de werkgever.

Communicatie arts-werkgever

Om de vlotheid van bovenstaand argument te verbeteren, denkt men na over rechtstreekse communicatie tussen de arts en werkgever. Er moet dan wel duidelijkheid komen over de manier waarop en de toestemming van de patiënt.

Promotie en ondersteuning van kennis rond theorie

Artsen gaven aan een (te) beperkte kennis te hebben. Verplichte opleiding rond het onderwerp zou hier verandering in kunnen brengen.

3. Kwalitatief onderzoek

3.1 Methode

3.1.1 Datacollectie

Voor het kwalitatief onderzoek werd er door middel van een face-to-face semigestructureerd interview gepeild naar de mening van de Limburgse huisarts betreffende de fit note. De vragen voor het interview werden opgesteld aan de hand van de resultaten uit de hierboven vermelde literatuurstudie (tabel 2).

Interview vragenlijst
Oriënterende openingsvraag
Wat is uw mening over de stelling: “Werken draagt bij aan een goede gezondheid”?
Huidige praktijkvoering
Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job? *Wat is het juiste moment hiervoor? (moment in de consultatie / moment in een reeks)* *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?* *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?* *Wat zou u kunnen helpen hierin?*

In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk… *Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?* *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
Huidig systeem
Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment? *Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem* *Wat zou uw ideale systeem zijn?*
Toekomstmogelijkheden: Statement of fitness for work
Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?
Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?
Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2 Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
Concluderende vraag
Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?

Tabel 2: Vragenlijst semigestructureerd interview

Tijdens het interview werd aan de deelnemende huisartsen gevraagd deze vragen te becommentariëren. De individuele interviews namen tussen de 25 en de 40 minuten in beslag. Er was slechts 1 interviewer om inter-interviewervariabiliteit te voorkomen. De interviews werden opgenomen met een bandrecorder.

Mogelijke deelnemers werden gecontacteerd door middel van e-mail (bijlage 2). De gegevens werden verkregen uit de mailinglijst van de lokale huisartsenkringen (Kanton Borgloon en Kanton Sint-Truiden en omgeving). Artsen die zich op beide lijsten bevonden, werden slechts eenmaal aangeschreven.

Uit de geïnteresseerden werden tien kandidaten geselecteerd met een zo groot mogelijke diversiteit van leeftijd, geslacht en praktijktype (tabel 2). Na het versturen van de e-mail werd een periode van 14 dagen vrij gehouden voor recruitment waarna de interviews werden afgenomen tijdens de maand maart van 2018. Omwille van organisatorische redenen werden er 6 individuele en 2 dubbelinterviews afgenomen. De resultaten van deze interviews werden kwalitatief geanalyseerd.

Gunstig advies werd bekomen bij de Opleidingspecifieke Ethische Begeleidings-commissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde" (Leuven e.a) onder het nummer mp18982 (bijlage 3 en 4).

3.1.2 Data-analyse

Voor verdere analyse van de opgenomen interviews werd een transcript gemaakt van elk afzonderlijk interview (bijlage 5). Om interpretatie van de gegeven antwoorden te voorkomen, werden de opnames letterlijk uitgetypt. Enkel de interviewer kent de persoonsgegevens van de deelnemende artsen.

Na het uitschrijven van de interviews werden deze opnieuw doorgelezen om een zicht te krijgen op de beschikbare data in zijn geheel en de gegeven boodschap.

Vervolgens werden de interviews geanalyseerd op basis van de Qualitative Analysis Guide of Leuven[21]. Relevante stukken en interessante citaten, die een antwoord gaven op de onderzoeksvraag, werden aangeduid. Daarna werd van elk interview een schematisch overzicht gemaakt. In dit proces werden de aangeduide delen verder opgesplitst in kleinere onderdelen, de concepten.

In tweede instantie vond de analyse plaats. De gemeenschappelijke concepten werden aangeduid. Ook werd er gereflecteerd waarom bepaalde concepten in bepaalde interviews juist wel of niet aanwezig waren. Tot slot werd bij elk concept een samenvattende uitleg neergeschreven geïllustreerd door enkele citaten.

3.2 Resultaten

3.2.1 Participanten

Via e-mail werden 74 huisartsen gecontacteerd. 21 huisartsen antwoordden positief op de uitnodiging. Uit de geïnteresseerden werden uiteindelijk 10 kandidaten geïnterviewd uit 9 verschillende praktijken (tabel 3). Er namen 7 mannen en 3 vrouwen deel. Hiervan waren er 2 vrouwelijke huisartsen-in-opleiding (HAIO), 1 vrouw en 2 mannen tussen de 27 en 35, 3 mannen tussen de 50 en 60 en 1 man ouder dan 60. Er werden 2 solopraktijken, 2 duopraktijken en 5 groepspraktijken bezocht. Alle praktijken bevonden zich in de provincie Limburg.

Artsen	Geslacht	Leeftijd	Praktijktype
Huisarts 1	Man	63	Solo
Huisarts 2	Man	59	Solo
Huisarts 3	Vrouw	30	Duo
Huisarts 4	Man	56	Groep
Huisarts 5	Man	60	Groep
Huisarts 6	Man	32	Groep
Huisarts 7	Vrouw	28	Duo
Huisarts 8	Vrouw	27	Groep
Huisarts 9	Man	62	Groep
Huisarts 10	Man	28	Groep

Tabel 3: Geselecteerde deelnemers interview

3.2.2 Interviews

Oriënterende openingsvraag

Alle 10 huisartsen zijn akkoord dat werken in het algemeen bijdraagt aan een goede gezondheid. Elementen zoals ontwikkelen van eigenwaarde, sociale en intellectuele ontwikkeling, doelstellingen in het leven en zich nuttig voelen, worden aangehaald om de stelling kracht bij te zetten.

> *Arts 7: Ik denk dat dat zeker waar is. Sowieso helpt het al om het waardengevoel van een persoon naar boven te halen. Je doet wat voor jezelf, een ander en de samenleving.*

Dat draagt bij aan je geestelijke gezondheid en als je geestelijke gezondheid oké is draagt dat weer bij aan je lichamelijke gezondheid.

Stuk voor stuk wordt de opmerking gemaakt dat specifieke werkomstandigheden wel ongelukkig of ziek kunnen maken op een bepaald moment. Dat kan zowel fysiek als mentaal ziek zijn. Toch kunnen ook deze mensen baat vinden bij een soort van werk, bijvoorbeeld via heroriëntatie of vrijwilligerswerk.

Arts 1: Goed werken draagt bij aan een goede gezondheid!

Arts 10:: Als je je niet goed voelt in een bepaalde job, kan dat wel meespelen in de gezondheid in de omgekeerde richting. Maar dan nog blijft het belangrijk dat ze zich kunnen heroriënteren.

Huidige praktijkvoering

In het volgende gedeelte van het interview wordt gepeild naar de manier waarop huisartsen op dit moment omgaan het attesteren van AO en met re-integratie van hun arbeidsongeschikte patiënten.

Alle geïnterviewde huisartsen hebben het op een bepaald moment met hun patiënt gehad over diens huidige job. Bij de jongere artsen zien we dit eerder als een onderdeel van de kennismaking met nieuwe patiënten. De oudere generatie geeft aan door de jaren de patiënt en zijn omkadering te hebben leren kennen. Het gaat op dat moment voor beide groepen om een algemeen beeld van de huidige arbeidssituatie. Alle deelnemers geven ook aan dat ze ergens in hun patiëntdossier deze algemene gegevens noteren, hetzij voor zichzelf, hetzij om te delen met collega's.

Arts 6: Ik noteer het onder persoonlijke notities in mijn medisch dossier. Dat gebeurt bijna standaard en dat is voor collega's ook gemakkelijk.

Twee artsen geven specifiek aan dat ze op die manier ook de persoonlijkheid van de patiënt proberen in te schatten.

Arts 8: Ik wil gewoon graag een beeld hebben van wie die persoon is en wat die doet in zijn leven. Vaak zie je dan ook wel waarom mensen zijn wie ze zijn. Die inschatting kan je deels aan de hand van de job maken.

In een aantal specifieke situaties zoals bij locomotorische of psychische klachten wordt er dieper ingegaan op de inhoud van de job. De diepte van de bevraging hangt af van de relevantie ten opzichte van de klachten en het stellen van een diagnose.

Arts 5: Wanneer ik vermoed dat het ziektepatroon of ziektebeeld gekoppeld zou zijn aan een slecht functioneren, en dan bedoel ik niet alleen fysisch maar ook psychisch, dan zal ik zeker vragen hoe het op het werk is.

Wanneer het gaat om een ziektebeeld dat niet noodzakelijk veroorzaakt werd door de arbeidsomstandigheden maar er wel een invloed op heeft, lijkt het moment van uitschrijven van een ongeschiktheidsattest het meest ideale moment om de patiënt (opnieuw) aan te spreken over zijn job. Van de 10 huisartsen halen 6 dit moment expliciet aan.

> *Arts 2: Als ze een briefje vragen voor het werk dan vraag ik ook wel eens: " Wat voor werk doe je of wie is je werkgever?" Als je een briefje uitschrijft bekwaam of onbekwaam om te werken, moet je toch weten wat voor werk die doen.*

Het bevragen van de huidige arbeidssituatie verloopt toch niet altijd even vlot. Er worden barrières binnen een drietal thema's aangehaald. Deze zijn zowel organisatorisch, patiëntgerelateerd als pathologiegerelateerd. Op organisatorisch vlak wordt door 7 huisartsen tijd als grootste hinderpaal aangegeven. Als patiëntgerelateerde factor komt privacy naar boven. Drie huisartsen uit de jongere leeftijdscategorie signaleren dit. Ze vinden het niet gemakkelijk een patiënt te bevragen die terughoudend is in het delen van zijn beroepsstatus. Het gevoel dat de privacy van de patiënt wordt geschaad door het dieper ingaan op de situatie, weerhoudt hen hiervan. Het merendeel van de bevraagde huisartsen geeft ook aan bij gekende patiënten enkel opnieuw te vragen naar de job wanneer dit relevant is voor de pathologie. Dit houdt wel in dat ze ooit al eens gevraagd hadden naar de arbeidssituatie van de patiënt. De meeste huisartsen geven wel aan dat deze barrières slechts relatief zijn. Wanneer het nodig is voor "good practice" zal er steeds dieper op de situatie ingegaan worden.

> *Arts 8 : Als ik het echt moet weten, vraag ik het wel direct op de man af. Dan is er niet echt iets dat me tegenhoudt.*

Wanneer er wordt gepeild naar de omgang met langdurige zieken en mogelijke re-integratie zeggen 6 van de 10 artsen dat ze op voorhand al een indicatie te geven van de verwachte duur van ongeschiktheid. Dit is geen strikt maar dynamisch gegeven en kan over het verloop van het traject nog steeds aangepast worden aan een specifieke patiënt en een specifieke pathologie.

> *Arts 4: In het begin probeer je natuurlijk een idee te geven hoe lang het gaat duren. Van sommige dingen lukt me dat vrij goed, bijvoorbeeld een standaardoperatie. Dan kan je ongeveer een termijn geven. Psychische problemen vind ik moeilijker in te schatten maar ik probeer dan toch ook van in het begin mijn verwachtingen te schetsen.*

Drie anderen geven aan dat ze dit onderwerp moeilijk vinden en uitbesteden aan andere actoren binnen de begeleiding van de langdurig zieke patiënt zoals de arts-specialist, de controlegeneesheer of de adviserend geneesheer van de ziekenkas. Een enkele arts zegt gewoon te kijken hoe het traject loopt en op eigen aanvoelen over werkhervatting te beginnen.

> *Arts 2: De adviseur moet er maar voor zorgen!*

Hier worden een aantal hinderpalen aangegeven. Vooral patiëntgerelateerde factoren komen naar boven. Zo zeggen 5 artsen dat de mening van de patiënt hen tegenhoudt om intensief over werkhervatting te spreken. Het wordt aangevoeld als het beschadigen van de arts-patiëntrelatie. Het tonen van grote emoties door de patiënt wordt ook als een barrière ervaren door 2 van de geïnterviewde artsen. Tenslotte geeft 1 arts ook taalbarrières aan in enkele specifieke gevallen.

> *Arts 4: Wanneer ik mijn verwachtingen uitdruk, voel ik wel of er weerstand is bij de patiënt of niet. […] Dat is soms niet makkelijk omdat er dan wat wrevel kan ontstaan.*

> *Arts 6: Soms denk ik: "Dat is echt onbegonnen werk!" Op taalkundig vlak dan. Ik heb zo'n patiënt bij wie ik het niet uitgelegd krijg en zij het niet kan of wil begrijpen.*

4 artsen geven artsgerelateerde problemen aan. Wanneer zij willen spreken over werkhervatting ervaren ze het als probleem wanneer niet alle actoren op dezelfde lijn zitten.

> *Arts 9: Ik heb bijvoorbeeld een patiënt met lage rugpijn en die hoor je alleen maar wanneer haar attest van arbeidsongeschiktheid gaat vervallen. […] Ik heb ze dan vandaag gezien en de adviseur heeft haar op de ziekenkas gelaten. Dan ben je dus niets verder.*

Als laatste wordt er door 1 arts ook een systeemgerelateerd probleem aangehaald. Wanneer hij denkt dat er geen mogelijkheid is tot terugkeer, wordt er bijgevolg ook niet over gesproken.

> *Arts 5: Ik begin niet over terugkeer als de mogelijkheid er niet is, bijvoorbeeld op de werkplaats.*

Uit de jongere generatie geven de artsen minder barrières aan. Zij geven zelf ook wel toe minder langdurig zieken te begeleiden.

> *Arts 3: Ik ondervind niet echt hinderpalen. Ik heb natuurlijk nog geen grote praktijk dus het zou kunnen zijn dat ik het in de toekomst nog anders ga doen.*

Huidig systeem

De geïnterviewde huisartsen zijn over het algemeen ontevreden over het huidig systeem van attesteren van AO. Diverse punten van kritiek komen naar boven.

Over één punt zijn de deelnemers het eens. 9 van de 10 geïnterviewde huisartsen zijn van mening dat het attest voor kortdurende ongeschiktheid mag wegvallen. De redenen hiervoor zijn divers. 1 arts geeft onnodige medicalisering aan als reden, 3 artsen zijn van mening dat het misbruik van attesten hierdoor zou afnemen en nog 3 anderen brengen maatschappijkost als reden. Het merendeel van de artsen zegt ook dat door het afschaffen er meer tijd zou komen voor medische problematiek in plaats van administratie.

Voor zover er een ideaal systeem bestaat, geven zelfs 7 artsen aan dat deze manier van werken behoort tot hun ideaal. "Kortdurend" krijgt in de verschillende interviews wel een andere invulling. Volgens sommigen mag er al een attest komen na 1 dag, andere spreken over 7 dagen. 6 artsen noemen expliciet het Nederlandse systeem wanneer het gaat over kortdurende ongeschiktheid. In dit systeem bestaat het medisch attest van ziekte voor de werkgever niet dat zoals in België bestaat.

> *Arts 10: Voor kortdurende ongeschiktheid zou het onze workload ten goede komen wanneer het briefje daarvoor zou wegvallen. Het komt heel dikwijls voor dat mensen zich een dagje niet goed voelen en dan daarvoor naar de dokter moeten komen. Dan zijn we eigenlijk niet meer echt met geneeskunde bezig.*

> *Arts 7: Het ideale systeem vind ik dat iemand 3 a 4 dagen heeft om thuis te blijven zonder doktersbriefje. Dat ze niet al voor 1 dag een briefje nodig hebben.*

Door 3 artsen wordt opgemerkt dat in onze prestatiegeneeskunde het attesteren van kortdurende AO wel een inkomen genereert.

> *Arts 2: (als reactie op uitspraak arts 1) Dat brengt wel op natuurlijk …*

Wanneer het gaat over langdurige ongeschiktheid zijn de meningen meer divers. 3 artsen zeggen dat het goed is dat er op dit moment een controlesysteem bestaat om misbruik tegen te gaan.

> *Arts 5: Langs de andere kant vind ik controle wel nodig bij mensen die wat langere arbeidsongeschiktheid willen verkrijgen op basis van ziekte of op basis van wat wij noemen: "renteneurose".*

7 artsen zouden dan weer liever meer overleg hebben met de andere actoren binnen het medisch veld van re-integratie. Het gaat dan over de arts-specialist, controlegeneesheer, adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer. 4 artsen hebben het hier specifiek over wanneer ze hun ideale systeem bespreken.

> *Arts 6: Zeker voor langdurig zieken, wat nu geen goed systeem is, zou er overleg moeten zijn tussen degenen die de controles uitvoeren en degenen die de arbeidsongeschiktheid moeten attesteren. Dan kan er een geschikte oplossing gevonden worden voor beide partijen.*

> *Arts 9: Andere betrokkenen zouden ook meer contact mogen opnemen. Bijvoorbeeld de adviseurs, hoewel dat nu meer gebeurt dan vroeger. Maar ook bijvoorbeeld specialisten.*

Een van de ondervraagden hekelt specifiek het feit dat bij doorverwijzing, de wachttijden om een specialist te consulteren een belemmering vormen om het ziektebeeld en bijhorende AO efficiënt aan te pakken.

De helft van de geïnterviewden denkt dat het probleem van langdurige AO zou afnemen wanneer de patiënten verbonden zijn aan een bepaalde praktijk. Ook hier wordt het Nederlands systeem aangehaald. Momenteel is er bij ons te veel shopping mogelijk. Hierdoor is het niet gemakkelijk om zelfs maar te spreken over onderwerpen die moeilijk liggen zoals werkhervatting.

> *Arts 1: De ellende blijft dat niemand van ons beschermd is tegen de mening van de patiënt. De patiënt kan altijd naar een andere dokter gaan als hij echt wil. Je hebt dat zelf heel weinig in handen.*

Hierbij hoort volgens 2 artsen een noodzakelijke mentaliteitsverandering. Patiënten moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en zelf ook inzien dat een bezigheid de meeste (langdurige) pathologieën niet erger maakt maar dat ze zich hierdoor juist beter zullen voelen.

> *Arts 9: En de mentaliteit zou ook moeten veranderen. Iedereen heeft in zijn leven als eens rugpijn gehad maar niet iedereen blijft daarvoor thuis. Het belangrijkste is dat de mensen graag gaan werken.*

3 artsen geven commentaar over het attest zelf. 2 deelnemers merken op dat het nog steeds veel papierwerk is en dat er meer uniformering en digitalisering mag komen. Bovendien moet er ook vaak papierwerk gedaan worden in plaats van de arts specialist. Deze geeft dan wel aan dat de patiënt niet bekwaam is om te gaan werken maar maakt het papierwerk niet in orde. 2 artsen geven als positief punt het feit dat het attest voorgedrukt is en alles bevat wat wettelijk nodig is.

> *Arts 8: Ik krijg veel mensen die bij mij hun vertrouwelijk laten invullen terwijl ze eigenlijk bij de specialist in opvolging zijn. Dan vind ik dat de specialist dat moet invullen want dat is degene die vaststelt of de patiënt al dan niet terug kan werken.*

Een andere arts merkt op dat het moeilijk is om op voorhand de duur van ongeschiktheid in te schatten. Daarboven is ook twee keer de opmerking gekomen dat het attest zeer zwart/wit is. Je bent geschikt of niet. Een derde arts merkt op dat dit niet noodzakelijk zo was maar dat de andere mogelijkheden gewoon niet goed gekend of goed toegankelijk zijn.

Toekomstmogelijkheden : Statement of fitness for work

In het voorlaatste thema van het interview wordt er dieper ingegaan op de eigenlijke onderzoeksvraag van deze master paper.

Van de geïnterviewde artsen zeggen er 6 dat er zeker verandering welkom is op gebied van attesteren van AO. 2 artsen vinden dat ze eerst wat voorbeelden nodig van andere systemen om een doordachte mening te kunnen formuleren. Twee artsen zijn van mening dat het systeem mag blijven zoals het is omdat het volgens hen goed genoeg loopt en geen enkel systeem perfect is.

> *Arts 10: Ik vind dat het systeem hervormd mag worden, toch wel hoor.*

Arts 3: Ik zou misschien voorbeelden moeten krijgen van een paar andere systemen voor ik daar een goed antwoord op kan geven.

Arts 1: Het systeem doet wat het moet doen.

Geen enkele van de geïnterviewde artsen kent het huidige Britse systeem op gebied van attestering van AO. Alle artsen kregen dan ook gestandaardiseerd uitleg over het de fit note zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2. Op het eerste zicht worden er verschillende commentaren gegeven, zowel positief als negatief.

Uit de groep van geïnterviewden zien 8 artsen wel iets in de mogelijkheid van voorwaardelijk attesteren, zoals mogelijk in de optie maybe fit. Zij zien hierin een medium om met de patiënt een gesprek aan te gaan over re-integratie en de patiënt hierbij te kunnen motiveren. Het zou kunnen dienen als geheugensteun voor de arts dat aangepast werk ook een optie is die kan voorgeschreven worden. Op die manier kan de terugkeer naar het werk vergemakkelijkt worden en kan de chroniciteit van absentie teruggedreven worden.

Arts 4: Het probleem dat we hier soms hebben is dat er chroniciteit ontstaat die wij zelf in de hand gewerkt hebben. Denk maar aan de problematiek rond rugpijn en de veranderde richtlijnen. Op die manier kan het Brits systeem wel nuttig zijn.

Behalve de mogelijkheden die het systeem brengt, wekt het ook heel wat commentaar op. 2 artsen zien geen enkele positieve kant aan de fit note maar ook de andere artsen brengen verschillende opmerkingen naar boven. Als systeemgerelateerde opmerking vinden 4 artsen de periode van 7 dagen zelfcertificatie te lang.

Arts 5: Ik vind 7 dagen te lang. Als de werknemer een paar dagen ziek is, zou die zich toch moeten wenden naar een geneesheer om zich te laten controleren.

3 artsen merken op dat er misschien problemen kunnen ontstaan met het beroepsgeheim wanneer het attest dient voor de werkgever.

Arts 7: Als het advies naar de werkgever gaat, ga je dan niet een beetje buiten je beroepsgeheim?

5 artsen geven ook commentaar gelinkt met de werkplaats. Zij vragen zich af of aangepast werk mogelijk is. Dit vraagt flexibiliteit van de werkgever en is ook gewoon niet mogelijk op elke werkplaats.

Arts 9: Er moet toch ook een hele aanpassing komen van de kant van de werknemer. Die moet dan toch zeer flexibel zijn.

Arts 2: We hebben het ook nog niet gehad over de werkgever. Die heeft ook nog iets te vertellen.

De laatste groep van commentaren zijn artsspecifiek. 5 deelnemers vragen zich af of zij wel goed geplaatst zouden zijn om adviezen te geven omdat ze de werkplaats niet goed kennen en hier ook niet voor opgeleid zijn. Een suggestie wordt gedaan om eventueel de arbeidsgeneesheer hiervoor aan te spreken. Er wordt door 2 artsen de angst uitgedrukt dat de arts-patiëntrelatie hierdoor onder druk kan komen.

> *Arts 7: Ik denk ook dat het moeilijk is om suggesties te doen met onze achtergrond. Wij hebben toch minder zicht op wat de patiënt effectief moet doen.*

> *Arts 3: Ik denk dat als je altijd zelf die beslissing moet nemen dat dat misschien niet heel goed is voor je arts-patiëntrelatie.*

De meningen zijn gemengd wanneer er wordt gepeild of het attest mag ingevoerd worden in België. 5 artsen zijn voorzichtig positief. Zij zien het systeem mogelijk mits de nodige aanpassingen aan de gegeven opmerkingen. Door 3 van deze artsen wordt de opmerking gegeven dat ze het wel moeilijk implementeerbaar zien in België vanwege ons huidige politieke systeem en systeem van gezondheidszorg.

> *Arts 5: Ik zie dat zeker mogelijk […] maar er moet dan iemand zijn nek uitsteken en dat is een politieke beslissing. Niemand doet graag politiek beslissingen die onsympathiek zijn.*

Juist om die redenen zien de 5 andere geïnterviewde artsen het systeem niet implementeerbaar hier. Ze halen het wettelijk kader aan als argument en het feit dat patiënten niet gebonden zijn aan een praktijk. 2 artsen zeggen dat hun mening misschien nog zou veranderen als ze uitgebreider informatie zouden kunnen krijgen, hetzij door te spreken met mensen die met het Brits systeem werken, hetzij door er meer over te lezen.

> *Arts 1: Je zit wel altijd met een patiënt met een eigen wil en waar het wetgevend systeem in ons land er niet in slaagt deze te responsabiliseren.*

Concluderende vraag

In het concluderende gedeelte van het interview wordt er door het merendeel van de artsen teruggekomen op hun ideaal systeem of wordt er nog aanvullend commentaar gegeven op de fit note. Een arts heeft geen opmerkingen meer na het interview.
Als afsluiter geeft een van de andere geïnterviewde artsen zijn antwoord op de titel van deze masterpaper.

> *Arts 6: Met betrekking tot de titel van de thesis zou ik zeggen beide. Beide, maar dan afgelijnd. Datgene wat niet meer kan zou ik zeer concreet specifiëren en beperkt houden en datgene wat nog wel kan breed open houden.*

4. Bespreking

Deze kwalitatieve studie betracht de mening van de Vlaamse huisarts aangaande de fit note en zijn mogelijke implementatie in Vlaanderen in te schatten. Of het systeem in Vlaanderen mogelijk is, blijft echter nog steeds een vraagteken. De meningen van de geïnterviewde artsen zijn gelijkmatig verdeeld voor of tegen de mogelijke invoer ervan. Verandering lijkt alleszins welkom en de meeste artsen vinden de mogelijkheid van voorwaardelijk attesteren een stap in de goede richting. Zij zien hierin de kans om een gesprek aan te gaan met hun patiënt over terugkeer naar de werkplaats en op die manier de re-integratie te bevorderen.

Dit ligt op verschillende punten in lijn met de verwachtingen. In het VK werd de fit note in theorie goed onthaald[16,18], net zoals in deze studie het geval is. Als uitgangspunt steunen de betrokken artsen de onderliggende evidentie waarrond de fit note is opgebouwd. Het gaat hier over het feit dat aangepast werk voordelig is voor zowel fysieke als mentale gezondheid[12]. Ze bekrachtigen, net zoals de Britse artsen[12,18], deze stelling. In de dagelijkse praktijk kent de Vlaamse huisarts dan ook min of meer het beroep van zijn patiënt en wordt er tijd gemaakt tijdens de consultatie om hier dieper op in te gaan wanneer de situatie of pathologie dit vraagt. Er is weinig dat de Vlaamse huisarts tegenhoudt om met hun patiënt over dit topic te spreken. Hinderpalen als tijd en privacy van de patiënt worden echter wel aangehaald. Ook Britse artsen halen deze argumenten aan[16]. Deze vormen echter geen absolute barrière wanneer het gaat om het uitstippelen van een goed behandel- en re-integratiebeleid.

De re-integratie van langdurig ongeschikte werknemers is een bijzondere topic. Dit blijkt uit de cijfers van het Belgisch ziekteverzuim[1] en de aandacht die de overheid schenkt aan het onderwerp[9-10]. Ook de geïnterviewde artsen ondervinden in de praktijk specifieke moeilijkheden.

Ten eerste moet er met de patiënt een gesprek aangegaan worden over werkhervatting. Aan de start van dit traject geven de meesten een indicatie van het verwachte verloop en het daarbij horende moment van werkhervatting. Dit moment kan steeds aangepast worden aan de situatie. Daarom is het niet altijd even simpel dit al van de eerste keer juist te vermelden op het attest. Dit is nochtans wel verplicht[5]. Niet alle artsen vinden dit gesprek even gemakkelijk en besteden het dan ook uit aan andere medische actoren binnen hetzelfde werkveld. Deze zitten helaas niet altijd op dezelfde lijn wanneer het gaat over het moment van werkhervatting. Andere hinderpalen als beschadigen van de arts-patiëntrelatie, emotionele patiënten en taalbarrières bemoeilijken de situatie verder. Wanneer er geen mogelijkheid is tot re-integratie wordt er vanzelfsprekend niet verder op in gegaan.

Ten tweede worden er een aantal problemen geduid met betrekking tot het huidige systeem van attestering van AO. Hier toont zich een algemene ontevredenheid van de Vlaamse huisarts. Over de het attesteren van kortdurende AO zijn de meningen bijna unaniem. Het attest voor kortdurende AO mag wegvallen. De redenen hiervoor zijn minder onnodige medicalisering, minder van misbruik van attesten en minder maatschappijkost.

Door het afschaffen van deze bijna louter administratieve taak wordt bovendien meer tijd gecreëerd ten voordele van medische akten. Het Nederlandse systeem wordt hier door verschillende artsen genoemd.

Om de aangehaalde problemen met re-integratie van langdurige ongeschikten aan te pakken, zou meer overleg tussen de verschillende medische actoren een stap in de goede richting zijn. Dit gegeven werd reeds gesteld in de Manamapaper uit 2013[2]. Een voorwaarde is dat iedereen binnen het veld efficiënt bereikbaar is. Ook het beperken van medische shopping zou inhouden dat er meer betekenisvolle trajecten aangegaan kunnen worden op dit gebied. De Vlaamse huisarts geeft immers aan dat spreken over werkhervatting moeilijk is wanneer het de patiënt vrij staat een andere arts te consulteren bij verschil van mening. Het feit dat de patiënt niet altijd (voldoende) verantwoordelijkheid neemt voor de eigen gezondheid is een doorn in het oog. Ook deze frustratie werd reeds in voorgaand onderzoek gemeld[2]. Het attest zelf ontsnapt eveneens niet aan de aandacht. Uniformering en doorgevoerde digitalisering zou de work load sterk kunnen verminderen.

Uit het bovenstaande blijkt duidelijk dat er plaats is voor verandering. Of de fit note een oplossing biedt voor bovenstaande problemen blijft echter onduidelijk. Dit is niet geheel onverwacht gezien de commentaren die reeds gegeven werden in het VK[16,18]. Deze komen grotendeels overeen met de commentaren die de geïnterviewde artsen gevoelsmatig geven. Allereerst stellen de deelnemende huisartsen zich de vraag of ze wel juist geplaatst om zijn om adviezen te geven rond re-integratie die op de werkplaats bruikbaar zijn. Dit komt naar boven in het werkpunt rond “adequaat invullen” van de fit note[16]. Over het werkpunt “consultatieproces”[16] wordt eveneens de bemerking gegeven dat de arts-patiëntrelatie zou kunnen lijden onder het nieuwe attest. Over de “aanpak op de werkplaats”[16] wordt de vraag gesteld of het wel mogelijk is altijd aangepast werk te voorzien wanneer dit geadviseerd wordt. Als laatste maken de geïnterviewde artsen zich ook zorgen over het beroepsgeheim zoals aangehaald in het punt “communicatie arts-werkgever”[16]. Slechts twee werkpunten kwamen niet aan bod, waarschijnlijk omdat deze rechtstreek te maken hebben met het uitvoeren van het systeem. Het gaat dan over het “formaat en methode van invullen” van de fit note en “ondersteuning van kennis” rond het thema[16]. Dit zijn opmerking die slechts naar boven kunnen komen wanneer er effectief gewerkt moet worden met het systeem.

Enige voorzichtigheid in vergelijking van de systemen en mogelijke toepasbaarheid in Vlaanderen moet in acht genomen worden. Om te beginnen was niemand van de geïnterviewde artsen bekend met het Brits systeem. Hierdoor is het mogelijk dat de gegeven informatie niet geïnterpreteerd werd zoals ze bedoeld is. Bijkomend is de omkadering van beide systemen sterk verschillend. Kijken we bijvoorbeeld naar het systeem van verloning of de vrijheid bij de keuze van huisarts, dan komen er al grote verschillen aan het licht. Hierdoor kan de interpretatie ook beïnvloed worden.

Om de resultaten uit deze studie te interpreteren, moet er rekening gehouden worden met enkele bijkomende kanttekeningen. Vanwege de beperkte grootte van de studie kan het resultaat niet gegeneraliseerd worden naar de ganse populatie Vlaamse huisartsen. Na het afnemen van 10 interviews lijkt er een theoretisch saturatie te zijn.

Er komen geen nieuwe concepten naar boven. Dit dient echter met voorzichtigheid aanvaard te worden aangezien het aantal interviews vooraf bepaald werd.

Selectiebias is in deze masterpaper niet uit te sluiten. Vanwege de woonplaats en bijhorende actieradius van de auteur werden enkel Limburgse huisartsen aangeschreven. In de groep van gecontacteerde huisartsen bevinden zich enkele professionele kennissen waardoor deze misschien sneller ingaan op de uitnodiging tot deelname. Door de mededeling van onderwerp van het interview is het eveneens mogelijk dat geïnteresseerden in deze topic zich sneller zullen aanbieden. Over het onderwerp wordt in uitnodiging tot deelname bewust oppervlakkig gebleven om geen voorbarige conclusies uit te lokken. Dit houdt echter in dat de antwoorden op de vragen mogelijks minder diepgang bevatten omdat ze on-the-spot beantwoord moeten worden. Eigen aan het studiedesign, namelijk het afnemen van interviews, valt ook responsbias niet uit te sluiten. De persoonlijke houding van de interviewer en de manier van vraagstelling kunnen invloed hebben op het antwoord van de geïnterviewde. In de dubbelinterviews kunnen beide deelnemers elkaars antwoorden beïnvloeden.

Deze studie onderzocht de mogelijkheid van implementatie van de fit note in Vlaanderen. Hoewel er geen eenduidig antwoord kon gevonden worden op de onderzoeksvraag, kan deze studie misschien wel enkele positieve elementen bijbrengen in praktijk. Gezien het onmiskenbaar belang van een spoedige re-integratie op de werkvloer kan dit onderzoek bijdragen tot de bewustmaking van de Vlaamse huisarts. Enerzijds zal de wetgever hem attent maken dat de huidige maatschappelijke kost van AO te hoog ligt. Anderzijds dient hij op te komen voor het algemeen welzijn van de patiënt en kan deze studie een houvast betekenen om een positief gesprek rond re-integratie te beginnen. Een aanpak op maat kan van de patiënt kan hierin een groot verschil betekenen.

Bijkomend onderzoek kan zich ook concentreren op het verbeteren van de kennis en toepassing van het huidige Belgische systeem, zoals het KB dat op 1 december 2016 in werking trad[10]. In dit kader zou de fit note een hulpmiddel kunnen vormen bij het opstellen van de re-integratiebeoordeling door de arbeidsgeneesheer. Het zou de noodzakelijke brug kunnen vormen tussen de klinische kennis van de behandelende arts en kennis over arbeidsspecifieke problematiek van de arbeidsgeneesheer. Op die manier wordt er tegemoet gekomen aan de nood aan samenwerking tussen actoren die door de geïnterviewde artsen aangehaald werd. Omdat het hier een contact tussen artsen betreft, wordt er ook een antwoord geboden op de vraag naar vertrouwelijkheid van het attest.

5. Besluit

Langdurige AO door ziekte brengt financiële gevolgen met zich mee voor werkgever, maatschappij en de zieke zelf[5]. De fit note is mogelijks een stap in de richting van kostenverminderingen. Door vroege interventies op gebied van re-integratie verhoogt immers de kans op succes. Het is duidelijk dat er in het VK nog heel wat werkpunten en vragen zijn van alle betrokken partijen rond deze fit note. Dit zowel op technisch-functioneel als op ethisch gebied[16].

Ook in België worden er stappen gezet om deze problematiek aan te pakken, getuige hiervan het aangepaste KB van 01/12/2016[4-5]. Of de fit note ook in België een onderdeel kan worden van het re-integratiebeleid blijft afwachten. De meningen in dit onderzoek zijn alleszins verdeeld. Een geïntegreerde aanpak lijkt zich op te dringen maar bijkomend en uitgebreider onderzoek is nodig. Een systeem zoekt altijd naar evenwicht. Veranderingen in dit bereikte evenwicht zijn nooit simpel. Toch heeft de fit note het potentieel om broodnodige veranderingen te brengen in de interpretatie van AO en de daarbij horende problematiek aan te pakken.

Dankwoord

Op het einde van deze Manama paper zou ik graag enkele mensen bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. Godderis, bedanken voor de begeleiding bij het kiezen van mijn onderwerp en (zeer snel) bijstaan met advies tijdens het schrijven van deze paper. Ik wil hem ook bedanken voor zijn begrip in de periode dat werken aan deze paper niet gemakkelijk was.

Ik wil ook mijn collega's dr. Vandevenne en dr. Ponet bedanken voor hun interesse en adviezen rond het thema.

Een speciale dank gaat uit naar alle huisartsen die enthousiast reageerden op mijn oproep tot deelname aan het interview en vooral naar hen die tijd vrij gemaakt hebben om me te ontvangen en mijn vragen te beantwoorden.

Als laatste wil ik iedereen bedanken die aangeboden heeft dit werk na te lezen en zowel op taalkundig vlak als op vlak van lay-out te helpen.

Referenties

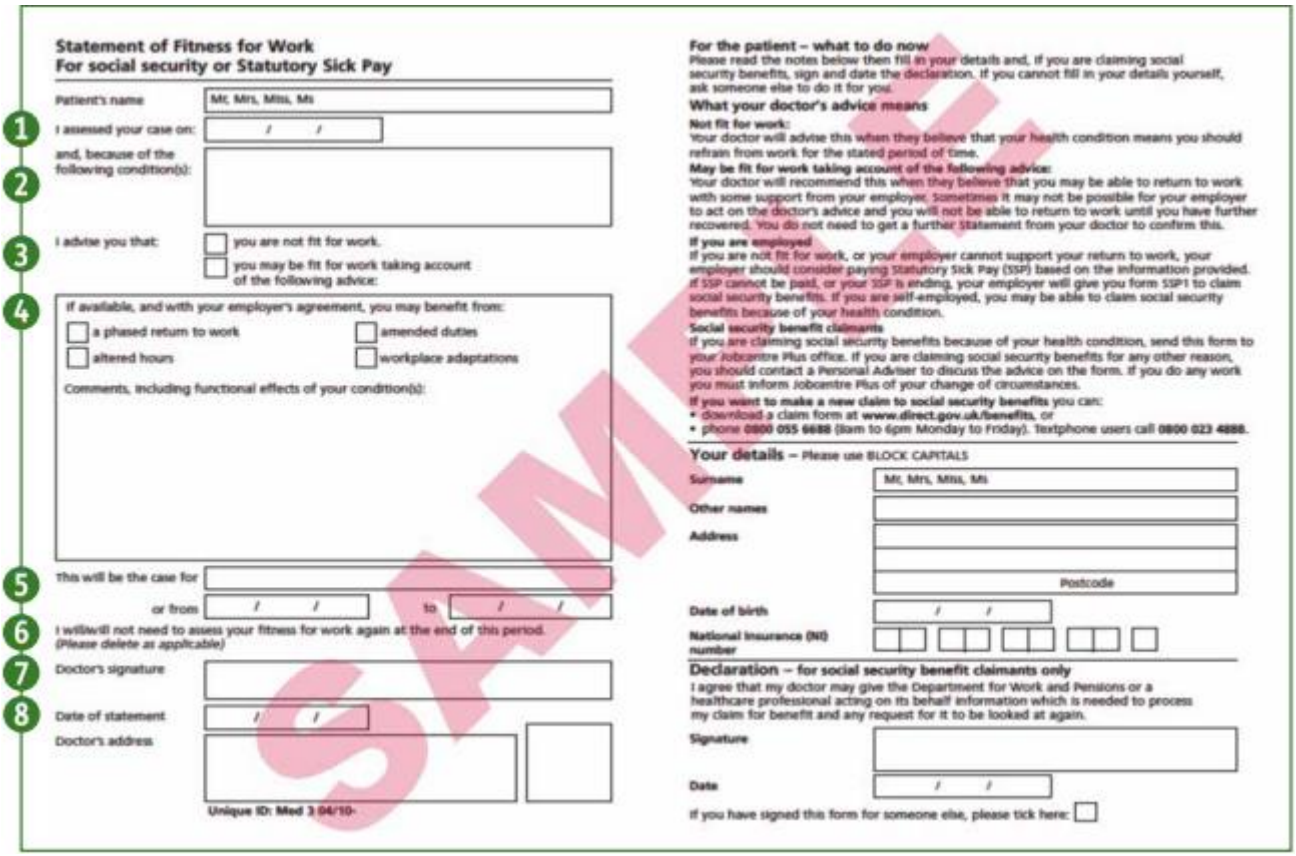
1. Dienst voor uitkeringen RIZIV. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – Analyse en verklarende factoren – periode 2009/2014. Brussel:De Cock J; 2016.
2. Politis C. Problemen en strategieën bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid in de huisarstenpraktijk [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2013.
3. OECD. Mental health and work: Belgium. OECD Publishing. Http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en.
4. Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. Arbeidsongeschiktheid [internet]. Brussel,2017 [cited feb 2018]. Available from: http://www.werk.belgie.be/detailA_Z.aspx?id=912
5. Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. Controle van de arbeidsongeschiktheid [internet]. Brussel,2017 [cited feb 2018]. Available from: http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=3504
6. Wet betreffende de arbeidsovereenkomsten 3 juli 1978 (België). Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1978070301
7. Lecluyse W. Extra controle voor artsen die te veel ziektebriefjes uitschrijven. De Standaard [Internet]. 2017 Sep 16 [Cited Feb 2018]. Available from: http://www.standaard.be/cnt/dmf20170916_03076326
8. Vergauwen E. De Block gaat te gulle artsen opsporen. De Standaard [Internet]. 2017 Mar 27 [Cited Feb 2018]. Available from: http://www.standaard.be/cnt/dmf20170326_02801413
9. Michel C. Regeerakkoord. 2014. (Available from: http://www.premier.be/sites/default/files/Accord_de_Gouvernement__Regeerakkoord.pdf.
10. Vlaamse overheid. Anlyse van het KB van 28 oktober 2016* - re-integratie arbeidsongeschikte werknemer (B.S. 24/11/2016). Informatie Vlaanderen, 2017 [cited feb 2018]. Available from: https://overheid.vlaanderen.be/KB-20161028
11. Federale overheidsdienst werkgelegenheid, arbeid en sociaal overleg. Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers [internet]. Brussel,2017 [cited feb 2018]. Available from: http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=45586
12. Waddell G, Burton AK. Is Work Good for your health and wellbeing. Department of Work and Pensions, London; 2006.
13. Thomson L, Hampton R. Fit for work? Changing fit note practice among GPs. Br J Gen Pract. 2012 Feb; 62(595): e147–e150.
14. Departement for Work and Pensions. Getting the most out of the fit note, GP guidance [Internet]. Londen; 2015 Sep [Cited 2018 Feb]. Availlable from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/465918/fit-note-gps-guidance.pdf
15. Coole C, Potgieter I, Nouri F, Worthington E, Dummond A. Return-to-work outcomes and usefulness of actual fit notes received by employers. Fam Pract. 2015 Oct;32(5):551-6. doi: 10.1093/fampra/cmv050.
16. Coole C, Nouri F, Potgieter I, Watson P, Thomson L, Hampton R, Drummond A. Recommendations to facilitate the ideal fit note: are they achievable in practice? BMC Fam Pract. 2015 Oct 13;16:138. doi: 10.1186/s12875-015-0360-4.
17. Kotze E. Employers' views on the fit note. Occup Med (Lond). 2014 Dec;64(8):577-9. doi: 10.1093/occmed/kqu146.
18. Welsh V, Mallen C, Wynne-Jones G, Jinks C. Exploration of GPs' views and use of the fit note. Br J Gen Pract. 2012 May;62(598):e363-70. doi: 10.3399/bjgp12X641483.
19. Shiels C, Gabbay M, Hillage J. Factors associated with prevalence and types of 'may be fit' advice on fit notes. Br J Gen Pract. 2014 Mar;64(620):e137-43. doi: 10.3399/bjgp14X677509.
20. Hussey L, Money A, Gittins M, Agius R. Has the fit note reduced general practice sickness certification rates? Occup Med (Lond). 2015 Apr;65(3):182-9. doi: 10.1093/occmed/kqu207. Epub 2015 Mar 3.
21. Coole C, Nouri F, Potgieter I, Drummond A. Completion of fit notes bij GPs: a mixed methods study. Perspect Public Health. 2015 Sep;135(5):233-42. doi: 10.1177/1757913915594197.
22. Dierckx de Casterle´, B., et al., QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int. J. Nurs. Stud. (2011), doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012

Gebruikte afkortingen

AO	=	arbeidsongeschiktheid
VK	=	Verenigd Koninkrijk
KB	=	koninklijk besluit
HAIO	=	huisarts-in-opleiding

Bijlages

Bijlage 1: Statement of Fitness for Work



Statement of Fitness for Work
For social security or Statutory Sick Pay

Patient's name — Mr, Mrs, Miss, Ms

1 I assessed your case on: / /

2 and, because of the following condition(s):

3 I advise you that:
- you are not fit for work.
- you may be fit for work taking account of the following advice:

4 If available, and with your employer's agreement, you may benefit from:
- a phased return to work
- amended duties
- altered hours
- workplace adaptations

Comments, including functional effects of your condition(s):

5 This will be the case for
or from / / to / /

6 I will/will not need to assess your fitness for work again at the end of this period.
(Please delete as applicable)

7 Doctor's signature

8 Date of statement / /

Doctor's address

Unique ID: Med 3 04/10-

For the patient – what to do now
Please read the notes below then fill in your details and, if you are claiming social security benefits, sign and date the declaration. If you cannot fill in your details yourself, ask someone else to do it for you.

What your doctor's advice means

Not fit for work:
Your doctor will advise this when they believe that your health condition means you should refrain from work for the stated period of time.

May be fit for work taking account of the following advice:
Your doctor will recommend this when they believe that you may be able to return to work with some support from your employer. Sometimes it may not be possible for your employer to act on the doctor's advice and you will not be able to return to work until you have further recovered. You do not need to get a further Statement from your doctor to confirm this.

If you are employed
If you are not fit for work, or your employer cannot support your return to work, your employer should consider paying Statutory Sick Pay (SSP) based on the information provided. If SSP cannot be paid, or your SSP is ending, your employer will give you form SSP1 to claim social security benefits. If you are self-employed, you may be able to claim social security benefits because of your health condition.

Social security benefit claimants
If you are claiming social security benefits because of your health condition, send this form to your Jobcentre Plus office. If you are claiming social security benefits for any other reason, you should contact a Personal Adviser to discuss the advice on the form. If you do any work you must inform Jobcentre Plus of your change of circumstances.

If you want to make a new claim to social security benefits you can:
- download a claim form at **www.direct.gov.uk/benefits**, or
- phone **0800 055 6688** (9am to 6pm Monday to Friday). Textphone users call **0800 023 4888**.

Your details – Please use BLOCK CAPITALS

Surname — Mr, Mrs, Miss, Ms
Other names
Address
Postcode
Date of birth / /
National Insurance (NI) number

Declaration – for social security benefit claimants only
I agree that my doctor may give the Department for Work and Pensions or a healthcare professional acting on its behalf information which is needed to process my claim for benefit and any request for it to be looked at again.

Signature
Date / /

If you have signed this form for someone else, please tick here:

SAMPLE

Bijlage 1. Fit Note. Departement for Work and Pensions. Londen; 2015 Sep[14].

Bijlage 2: verstuurde e-mail

Beste huisartsen,

Mijn naam is Jasmine Buelens, huisarts-in-opleiding (2de jaar) bij dr. Vandevenne en dr. Ponet in Heers. Voor mijn Manama paper ben ik op zoek naar 10 huisartsen die ik gedurende een half uur mag interviewen over het attesteren van arbeidsongeschiktheid. Deze interviews worden ingepland in de maand maart. Om voorbarige conclusies over het onderwerp te voorkomen, blijf ik in deze e-mail bewust oppervlakkig over het specifieke onderwerp.
Indien u wenst deel te nemen of toch meer uitleg wenst, kan u mij per kerende e-mail contacteren. Het zou mij een groot plezier doen!

Alvast bedankt voor jullie tijd en interesse,

Vriendelijke groeten
Jasmine Buelens
HAIO 2e fase

Bijlage 3: Goedkeuring Onderzoeksprotocol

	Reg. nr.	Titel van de studie	Status	Beheer
	mp18982	Het ziekteattest: attesteren wat niet meer kan of eerder wat wel nog kan? **Student(en):** Jasmine Buelens **Promotor:** Lode Godderis	Gunstig advies van OBC	

Gunstig advies van OBC

2017-03-27 16:49:33

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Jasmine Buelens
Promotor:	Lode Godderis (lode.godderis@kuleuven.be - u0005874 - Omgeving en Gezondheid)
Hoofdonderzoeker:	Jasmine Buelens (jasmine.buelens@student.kuleuven.be - s0215597 -)
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 (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:	Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:	prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Arbeidsongeschiktheid is de ongeschiktheid om te werken ten gevolge van een ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname. Uit cijfers van het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid blijkt dat het ziekteverzuim jaar na jaar blijft toenemen 1. Gezien de kans op een succesvolle re-integratie afneemt met de duur van de arbeidsongeschiktheid, zijn vroege interventies nodig. Het is daarom belangrijk dat er reeds bij het uitschrijven van het eerste ziekteattest door de huisarts met de patiënt overlegd wordt over het verdere verloop en de mogelijke terugkeer naar het werk. Het ziekteattest in België attesteert de ongeschiktheid (wat kan de patiënt niet meer) en is dus een negatieve benadering. In 2010 werd in de UK het systeem van "Fit Notes" geïntroduceerd. Ze worden gebruikt door de huisarts om de patiënten te adviseren in de terugkeer naar de werkplaats 2. Hierbij ligt de focus op wat de patiënt wel kan en is bijgevolg een positieve benadering. In deze masterproef wordt nagegaan of er in Vlaanderen plaats is voor een gelijkaardig systeem.
Vraagstelling:	Hoe werkt het Brits systeem van "Fit Notes" en kan dit systeem toegepast worden in de Vlaamse huisartsenpraktijk?
Methodologie:	In het eerste deel van deze masterproef wordt een literatuursearch uitgevoerd om een antwoord te geven op volgende vragen: "Hoe werkt het systeem van Fit Notes?", "Wat zijn de eerste ervaringen?" en "Waar zijn er aanpassingen nodig?" De search wordt uitgevoerd in de Medline databank met behulp van Pubmed. De Mesh termen Fit Note, General Practice, Attitude en Sick Leave worden hiervoor gebruikt. Uit de resultaten van deze search worden systematisch artikels geselecteerd op basis van hun relevantie met betrekking tot de onderzoeksvraag, beschikbaarheid en taal. Bijkomende artikels worden geselecteerd aan de hand van het sneeuwbalprincipe. In het tweede deel wordt er door middel van een semigestructureerd interview gepeild na de mening van de Vlaamse huisarts betreffende de "Fit Note". Wat vinden zij van het nieuwe systeem en is het haalbaar om dit toe te passen in de Vlaamse huisartsenpraktijk? Waar zitten mogelijke hindernissen? De vragen voor het interview worden opgesteld aan de hand van de resultaten uit de hierboven vermelde literatuurstudie. Mogelijke deelnemende huisartsen worden gecontacteerd door middel van e-mail. De gegevens worden verkregen uit de mailinglijst van de lokale huisartsenkringen (Kanton Borgloon en Kanton Sint-Truiden en omgeving) en de lijst van ingeschrevenen bij Listel. Huisartsen die zich op beide lijsten bevinden worden slechts eenmaal aangeschreven. Uit de geïnteresseerden worden een tiental huisartsen geselecteerd met een zo groot mogelijke diversiteit van leeftijd, geslacht en praktijktype. De resultaten van deze interviews worden kwalitatief geanalyseerd.
Referenties:	1. Dienst voor uitkeringen RIZIV. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – Analyse en verklarende factoren – periode 2009/2014. Brussel:De Cock J; 2016. 2. Thomson L, Hampton R. Fit for work? Changing fit note practice among GPs. Br J Gen Pract. 2012 Feb; 62(595): e147–e150.
Informed consent / vragenlij...	63955_1487273946_7171_Informatiebrief_en_informed_consent_Jasmine_Buelens_pdf.pdf

Bijlage 4: Goedkeuring Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie (OBC)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Het ziekteattest: attesteren wat niet meer kan of eerder wat wel nog kan?" 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 "Het ziekteattest: attesteren wat niet meer kan of eerder wat wel nog kan?" 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 groetenOpleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Bijlage 5: Interviews

Interview 1 en 2

1. Wat is uw mening over de stelling: “Werken draagt bij aan een goede gezondheid”?
   Dr. 1: Goed werken draagt bij aan een goede gezondheid.
   Dr. 2: Het omgekeerde kan ziekmakend zijn. Het bewijst dus ook het omkeerde. Als iemand niet kan werken, … ofwel kan die niet werken omdat hij ziek is om te beginnen. Ofwel is die gezond en werkt die niet en begint die zich te vervelen en wordt hij daarom ook ziek. Door het niet nuttig voelen enzoverder. Dus het niet werken kan ziek maken of je kan niet werken omdat je ziek bent. Iemand die kan werken, heeft een grotere kans om gezond te zijn dan iemand die niet werkt. Dat is misschien wat ingewikkeld uitgelegd.
   Dr. 1: Hmm, dat is natuurlijk zo. Maar ik denk dat het ook een beetje de bedoeling is om goed te werken. Ik zei “goed” werken, dat betekent aangenaam werk waar de werknemer toch een beetje zelf over kan beslissen, dat maakt gelukkig. Dat zouden veel werkgevers moeten beseffen, hoe ongelukkig zij soms hun werknemers maken. Want dan is het miserie, vandaar burn-out enz.
   Dr. 2: Jobsatisfaction en af en toe een stootje bevestiging.
   Dr. 1 : Ik ben ervan overtuigd dat het absenteïsme dan zou afnemen.
   Dr. 2: Maar dat zijn de determinanten van het feit of het werk u gelukkig maakt. Als je niet werkt, die mensen zijn in principe … Waarom zoeken gepensioneerden werk. Omdat ze zich onnuttig voelen en zo verder maar als je in het werk zit wat zijn dan de determinanten in dat werk om u gelukkig of niet gelukkig te maken.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Dr. 1: Het hangt ervan af met wat ze langs komen. Iemand met een jichtaanval vraag ik eerder of die persoon wel eens drinkt. Bij van die psychosomatische klachten of dergelijke wordt er bij mij toch systematisch, onder andere, gevraagd naar het werk.
   Dr. 2: Als ze een briefje vragen voor het werk dan vraag ik ook wel eens: “ Wat voor werk doe je eigenlijk, of wie is de werkgever?” Als je een briefje uitschrijft bekwaam of onbekwaam om te werken, moet je toch weten wat voor werk die doen. En dan kom je automatisch terecht bij, ah ja, je werkt daar dan. En anders als er een arbeidsgerelateerde pathologie zou kunnen zijn. Ik schenk daar wat meer aandacht aan vanwege mijn verleden. Als er eventueel beroepsziekten kan aangevraagd worden. Bijvoorbeeld: Iemand heeft pijn aan de duim en die moet de ganse dag ruitenwissers inpakken.

Daarom zou ik het al vragen, bij bepaalde pathologie en uit nieuwsgierigheid natuurlijk. Wat doet die nu juist?

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
Dr. 1: Binnen de consultatie, als ik het briefje uit ga printen.
Dr. 2: Ik vraag het als het relevant is op dat moment.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
Dr. 2: Ik vraag echt wat ze doen. Ik vraag soms zelfs om het eens voor te doen. Bijvoorbeeld patiënten met rugpijn, zijn dat dan onnatuurlijke houdingen of repetitieve bewegingen.
Dr. 1: Een verpleegkundige, daarvan ken je de taken. Maar als ze zeggen, ik werk in de Monroe, wat doen ze daar dan. Directeur is iets anders dan een iemand die kwaliteitscontrole doet..
Dr. 2: Soms ook met huidziekten, dan moet je weten met wat ze in contact komen.
Dr. 1: Het is soms ook diagnostisch en de diagnose is bepalend hoe ver je gaat doorvragen.
Dr. 2: Je moet dat toch goed navragen en documenteren, ook als er betwistingen zijn later. Als ik denk, het komt van het beroep, wil ik dat echt uitpluizen. Ik heb altijd betwistingen gedaan en ik weet wat de struikelpunten zijn dus ik vraag het dan wel tamelijk in detail.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
Dr. 2: Als ik het gewoon vergeet of tijdsdruk.
Dr. 1: Als het niet de eerste keer is, gekende patiënt en gekende pathologie.
Dr. 2: En als er geen relevantie is voor de pathologie.
Dr. 1: Voila!

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
Dr. 1: De PC.
Dr. 2: In grote lijnen mag dat d'office in de fiche staan. Maar in de details vraag je dan toch verder als de pathologie zich ertoe leent. Ik had bijvoorbeeld een patiënt met verkalkte pleura en dan ben ik verder gaan vragen. En daaruit kwam dan dat die in contact was gekomen met asbest. Maar ja, dat wist ik niet van gewoon naar de job te vragen. Dus je vraagt naar de details als je een pathologie hebt die ermee in verband kan gebracht worden.
Dr. 1: En daarbij de job kan veranderen. Je zou, zoals zoveel andere parameters, tijdig moeten updaten. Dan werk je met verouderde gegevens.
Dr. 2: Maar het mag wel altijd in de fiche staan, via een pop up ofzo.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk …</u>

a. *Wanneer spreekt u voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?*
Dr. 1: Dat is als behandelende geneesheer niet evident. Meestal als de ziekenkas moeilijk begint te doen. Wij staan niet sterk genoeg om daarover te spreken zonder de arts-patiëntrelatie te schaden. Ik vind dat de wettelijke instanties daarin ook maar hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Ik spreek daar wel over maar niet op een obligatoire manier.
Dr. 2: Ik vraag wat de patiënt ervan denkt. Als ze lang afwezig zijn, kan je ook eens vragen wat de specialist ervan denkt.

b. *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
Dr. 1: De ellende blijft dat niemand van ons beschermd is tegen de mening van de patiënt. De patiënt kan altijd naar een andere dokter gaan als hij echt wil. Je hebt dat zelf heel weinig in handen.
Dr. 2: Je legt altijd de bal in het kamp van de patiënt. Je kan niet tegen hun haren instrijken. En daarbij, dat is het werk van de controle artsen.
Dr. 1: Dat is mijn stelling ook.
Dr. 2: De adviseur moet er maar voor zorgen maar wij zijn veel te kwetsbaar.
Dr. 1: Wij zijn de vertrouwenspersoon en moet je dan dat vertrouwen schaden?
Dr. 2: Ik vraag soms wel, hoeveel verdien je nu op de ziekenkas? Dat vraag ik soms om ze uit hun kot te lokken. Maar de controle arts moet zijn werk maar doen.

4. Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?

a. Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?

Dr. 1: Het bevat wat de wet voorschrijft en eigenlijk voldoet dat in de meeste gevallen.

Dr. 2: Het probleem is dat je op voorhand niet altijd kunt inschatten hoe lang het gaat duren. En we werken met die week. Ik betrap mezelf erop, ik geef drie of vijf dagen. Ik stuur niemand op vrijdag terug werken. Dat doet geen enkele arts, denk ik toch. Dan moet je al sterk in je schoenen staan. En dan ronden we maar naar boven af.

Dr. 1: Ik vind het ook spijtig dat er niet echt de mogelijkheid is om uitleg te geven. Nu is er een papier waarop je de periode aanduidt maar ze hebben ons aangemoedigd om daar meer uitleg op te schrijven. Dat kan dan de controleurs helpen en de werkgevers. Allez neen, de werkgevers niet want die krijgen dat niet te lezen.

Dr. 2: Het probleem is ook, je kan geen voorwaardelijke geschiktheid schrijven. Ofwel ben je werkgeschikt, of wel niet. Maar je kan geen voorwaarden stellen. Je zou iemand kunnen tewerkstellen mits die en die voorwaarden. De arbeidsgeneesheer kan dat wel.

b. Wat zou uw ideale systeem zijn?

Dr. 2: Wanneer de patiënt langdurig ziek is, in samenwerking met de arbeidsgeneesheer spreken over die voorwaardelijke terugkeer. Die heeft de wettelijk bevoegdheid, als de adviseur van de ziekenkas en de werkgever akkoord zijn. De wetgeving geeft ons weinig speelruimte.

Dr. 1: Misschien is de wet daar dan niet helemaal juist.

Dr. 2: Ja, je kan ook prognostisch niets op het briefje zetten. Je kan niet schrijven: hervatten wanneer de patiënt het kan.

5. Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk en op welke manier?

Dr. 1: Het systeem doet wat het moet doen

Dr. 2: Het is voldoende

Dr. 1: Ik vind wel dat we zouden moeten af geraken van de papierwerk voor kortdurende ongeschiktheid.

Dr. 2: Dat brengt wel op natuurlijk …

Dr. 1: Maar het is wel zielig om zo consultaties te doen. Dikwijls kan je zelfs weinig vaststellen.

Dr. 2: Maar in veel beroepsgroepen moet dat zelfs al niet meer, dat briefje voor 1 dag.

6. Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?

Dr. 1: neen

Dr. 2: neen

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen (positief/negatief)?

Dr. 1: Het is zo'n beetje wat er straks aangehaald werd. Dit schept de mogelijkheid om voorwaardelijk voor te schrijven maar zijn wij daar bevoegd genoeg voor? Met andere woorden, de arbeidsgeneesheer kent het bedrijf, de arbeidspost en -voorwaarden. En zelfs al bevragen wij dat, weten we dan genoeg?

Dr. 2: Zo iemand zouden wij hier in België doorsturen naar de arbeidsgeneesheer.

Dr. 1: Wel of niet werken, dat is vrij gelijkend maar het zijn die voorwaardelijke situaties he. Dan zou er hier heel snel toegang moeten zijn tot de arbeidsgeneesheer. En bij kleine ondernemingen is dat moeilijk.

Dr. 2: De kwaliteiten op arbeidsvloer kennen wij niet genoeg. De grote fabrieken hebben hun eigen arbeidsgeneeskundige diensten en die kunnen zeggen wat elke arbeidspost juist inhoudt. Die weten specifiek waar het om gaat.

Dr. 1: En zou ons oordeel dan sterk genoeg zijn om een werkgever te overtuigen. Is er altijd aangepast werk?

Dr. 2: Ik vind het vooral een arbeidsgeneeskundig probleem eigenlijk.

Dr. 1: Dat wil niet zeggen dat we niet mogen suggereren. En dat systeem van 1 week is niet slecht. Je zit wel altijd met een patiënt met een eigen wil en waar het wetgevend systeem in ons land er niet in slaagt deze te responsabiliseren.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel/niet?
   Dr. 1: Hoe ga je dat wettelijke grond geven? Het kader is er niet en het maken is zeer moeilijk.
   Dr. 2: Als de patiënten aan je toegewezen zijn, zoals bijvoorbeeld in Nederland, dan heb je ook meer te zeggen daarin. Dan kan je iets meer dwingend zijn.
   Dr. 1: In de consultatie zelf zou het bruikbaar zijn maar je zal altijd moeten onderhandelen over de terugkeer naar het werk.
   Dr. 2: Je kan niets door de strot duwen want je moet achteraf nog handelen met deze persoon, zelf als kan deze niet weg. Je kan hem niet schofferen want anders is de therapeutische relatie geschaad. Dat is anders als controle arts.
   Ik zou het niet zien zitten dat de fit note hier in voegen treedt. We hebben het ook nog niet gehad over de werkgever. Die heeft ook nog iets te vertellen. Het is een complex systeem waarin je met verschillende partijen zit, werkgever, werknemer en verzekeringssysteem. De werkgever is een zeer belangrijke partij om het systeem te laten werken. En het systeem in België is op dat vlak nog zo slecht niet. Alles past goed op zijn plaats. De controle arts kan iemand terug werken sturen, de arbeidsgeneesheer die eventueel aangepast werk kan geven en in samenspraak met de werkgever.
   Dr. 1: Er is ook een systeem van halftijds hervatten als opstapje naar voltijds. Het huidige systeem heeft zijn plaats en is zo slecht nog niet.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Dr. 2: Weet je wat er volgens mij nog een goed systeem zou zijn, dat de controle arts voor kortdurende ongeschiktheid langs gaat bij de patiënt en dan zelf de bekwaamheid bepaalt. Een beetje als steekproef wanneer de patiënt zelf beslist thuis te blijven voor kortdurende ziekte.
   Dr. 1: Dan heb je wel wat minder inkomen maar ook wat meer eer aan de job. Dat zou inderdaad nog zo slecht niet zijn.

Interview 3

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Ik denk dat dat juist is. Ik denk dat het heel belangrijk is dat je werk hebt waarin je je goed voelt. Dat je 's morgens graag opstaat om te gaan werken. En dat als je je dag beëindigd hebt, dat je niet denkt: "ik ben ervan af" maar dat je met een goed gevoel je werk verlaat en er ook naar uitkijkt om terug te beginnen. Je ziet hier heel veel mensen die niet alleen lichamelijk maar ook psychisch lijden en ik denk dat het allebei even belangrijk is. Je ziet dat gewoon, de impact dat dat heeft wanneer mensen zich niet goed voelen op hun werk. Het is belangrijk dat je je goed voelt op het werk en dat dat bijdraagt aan een goede gezondheid.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Ja, ik vraag dat zeker. Vooral wanneer het over psychische klachten gaat, zal ik altijd peilen naar hoe het privé gaat maar ook op het werk. Doe je je werk graag, heb je fijne collega's, wordt er naar je geluisterd, kan je dat aanhalen bij je baas als er een probleem is? Je ziet ook dat het daar vaak wringt, dat mensen met iets zitten en ze daar met niemand over kunnen spreken. Als ze dat dan hier al eens kunnen zeggen zien ze gemakkelijker waar het probleem zit en waar ze aan kunnen werken.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
   Ik vraag daar wel heel vaak naar maar niet standaard. Ik probeer dat ook wel altijd te noteren, hoewel ik dat ook wel eens vergeet . Het is wel niet zo zeer dat ik op basis van hun werk ga beslissen of ik ze thuis laat of niet. Ik start gewoon met die vraag zodat ik een beeld heb van wat de patiënt doet maar ook van hun opleiding en intelligentie. Dan weet je vaak ook al wat meer over hun ziekte-inzicht. Bij nieuwe patiënten heb ik ook wel de neiging om ernaar te vragen, wanneer ik telefoonnummer en e-mailadres vraag maar meestal vraag ik het als ze komen voor een ziekte of ander probleem. Dan vraag ik wat ze juist doen en in welke mate de ziekte invloed heeft op het werk.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
   Dat hangt van de situatie af. Als het gaat over psychische decompensatie, gaat het daar meestal wel vrij uitgebreid over omdat werk vaak een hekelpunt is. Als het gaat over een verkoudheid dan wordt daar niet zo veel over gezegd.

Als iemand zegt: “Ik kan niet meer slapen” en die is zelfstandige of die werkt in een bedrijf, dan ga ik daar natuurlijk op door. Als er iemand komt met een verkoudheid en die is poetsvrouw, dan laat ik het daar ook bij. Wanneer die poetsvrouw kniepijn heeft, dan zal ik ook wel specifieker vragen. Het hangt echt van situatie tot situatie af.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
Als ik het niet doe, is het omdat ik het gewoon vergeten ben, of dat ik de tijd niet meer had.

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
Bepaalde programma’s integreren dit. Dat zou wel gemakkelijk zijn, dat ook iedereen dat dan kan zien. Ik vul dat meestal in mijn linker kolom in, bij persoonlijke notities.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk …</u>

a. *Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?*
Ik denk dat in sommige gevallen de patiënten zeer nauw door de specialist worden opgevolgd en dat die het vooral opnemen, zoals bij kanker of na zware ongevallen. Ik denk wat wij hier het meeste hebben van langdurig zieken, zijn weer die psychisch zieken. Ik haal dat zelf dan aan wanneer ik zie dat het beter begint te gaan. Dan haal ik aan dat ze structuur nodig hebben en bezigheden, dat het op termijn nodig is om terug te gaan werken. Met lichamelijke ziekten kan ik me niet direct zo iets inbeelden dat ik zelf gedaan heb. Tenzij een zware enkelverstuiking, maar die mensen vroegen zelf of ze terug mochten gaan werken. Het hangt ook af van de ernst van het probleem. Bij iemand waar het allemaal minder erg is, zal ik van het begin wel zeggen dat het niet de bedoeling is de ongeschiktheid onnodig lang te rekken.

b. *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
Ik ondervind niet echt hinderpalen. Hier in de praktijk valt dat allemaal nogal goed mee. Er zijn natuurlijk altijd mensen die willen profiteren en die moeilijk doen. Ik heb natuurlijk nog geen grote praktijk dus het zou kunnen zijn dat ik het in de toekomst anders ga doen.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. *Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?*
Ik vind het niet ideaal. Als je hoort in Nederland dat ze baaldagen kunnen nemen en geen briefjes nodig hebben voor korte afwezigheden, dat zou ideaal zijn. Er zijn altijd mensen die profiteren maar die komen hier ook een briefje bij de dokter vragen. Ik denk dat dat hier ook zijn plaats heeft. Ik denk dat het een hele grote besparing zou kunnen zijn voor de maatschappij want de mutualiteiten. moeten al die consultaties dus terugbetalen. En ook, als mensen hier komen voor een briefje en ik onderzoek ze en geef een diagnose, dan verwachten ze meestal ook medicatie. Ik geef niet altijd medicatie, ik zeg ook soms dat ze gewoon moeten uitzieken maar ik denk dat je automatisch meer voorschrijft omdat ze moeten langskomen. Ik denk dat je dat kan beperken door gewoon de briefjes weg te laten vallen. Soms hoor ik ook, mijn baas heeft me naar huis gestuurd maar ik heb toch een briefje nodig. En die baas gooit dat gewoon in de vuilbak, die heeft dat toch niet nodig. Op zich klopt dat systeem niet.

b. *Wat zou uw ideale systeem zijn?*
Het Nederlandse systeem lijkt me meer ideaal maar ik zou dus met iemand moeten spreken die ermee werkt.

5. <u>Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?</u>
Het Nederlandse systeem zou een hele verbetering zijn maar ik heb daar nooit echt over nagedacht. Ik zou misschien voorbeelden moeten krijgen van een paar andere systemen voor ik daar een goed antwoord op kan geven.

6. <u>Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note’s?</u>
Nee, daar heb ik nog nooit van gehoord.

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
   Ik denk dat het een moeilijk systeem is omdat de huisarts de beslissing moet nemen. Ik denkt dat je in sommige gevallen problemen krijgt met de patiënt. De patiënt verwacht soms om ongeschikt verklaard te worden. Jij zet hem dan thuis en dan is het eventueel aan de controlegeneesheer om nog anders te beslissen. Ik denk dat als je altijd zelf die beslissing moet nemen dat dat misschien niet heel goed is voor je arts-patiëntrelatie. Want je word eigenlijk gedwongen om zoveel mogelijk mensen terug aan het werk te zetten. Langs de andere kant is het misschien goed dat je zelf kan beslissen. Want soms stuurt de arbeidsgeneesheer mensen (onterecht) terug werken terwijl jij daar zelf anders over denkt. De huisarts kent de patiënt tenslotte het best.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel/niet.
   Ik denk dat dat moeilijk is en niet zo snel zou gebeuren, niets gaat hier snel. Maar ik denk dat er veel protest zou komen. Ik denk om diezelfde reden, dat huisartsen gedwongen worden om patiënten terug aan het werk te zetten. En dat is volgens mij slecht voor de arts-patiëntrelatie. Ik denk wel dat de huisarts bekwaam genoeg is om algemeen advies te geven, de werkgever kiest dan nog wat er uiteindelijk gebeurt. Maar nogmaals, het is België, hier verandert niets zo snel. Het is ook fijn dat er hier controle artsen zijn. Als een patiënt echt moeilijk doet, kan die het nog oplossen.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Ik zou misschien eens moeten horen van artsen die ermee werken. Op afstand is het moeilijk in te schatten maar misschien valt het allemaal goed mee wanneer ik er mee kan/moet werken. Verder zijn er niet direct opmerkingen!

Interview 4

1. Wat is uw mening over de stelling: “Werken draagt bij aan een goede gezondheid”?
   Ik denk dat dat inderdaad belangrijk is dat mensen een activiteit hebben waar ze zich voor kunnen inzetten en als ze zich in een goede sfeer bevinden draagt dat bij aan een goede gezondheid. Het is ook bewezen dat mensen zonder werk, werklozen, dat die toch meer kans hebben om ziek te worden, klachten krijgen, minder eigenwaarde hebben. Dus ik denk dat iedere mens ergens een doel moet hebben. En werken kan een doel zijn dat bijdraagt aan je eigen welzijn. Als de situatie niet ideaal is, kan het ook omgekeerd zijn. Heel veel klachten en problemen kunnen ook door het werk komen. Denk maar aan slechte omstandigheden op het werk, zoals de koolputters vroeger die longproblemen krijgen. En nu is er ook veel stress of pesten op het werk waardoor mensen zich niet goed voelen. De concrete situatie kan dus ziekmakend zijn maar over het algemeen denk ik dat werk voor iedereen belangrijk is. Je hebt alleen niet altijd het systeem in handen.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Van sommige mensen weet je dat maar als ik ze niet ken vraag ik daar wel achter. Ik vraag daar wel altijd naar omdat sommige klachten toch daar naartoe wijzen en het ook een deur opent om over bepaalde dingen beginnen te spreken, bijvoorbeeld spanning of stress. Ook mensen die ik al langer zie, vraag ik soms hoe het op het werk gaat.

a. Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)
   Ik vraag het meestal aan nieuwe patiënten en deel het via het dossier zodat de collega’s het ook kunnen zien. Dat staat dan in het lopend journaal.

b. Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?
   In eerste instantie, als ik iemand niet ken, vraag ik gewoon naar de job. Wanneer er tijdens die consultatie niet verder een reden is, ga ik daar niet verder op in. Behalve als ik vermoed dat de klacht toch ergens met de job te maken heeft. Bijvoorbeeld wanneer iemand vertegenwoordiger is en die met een verkoudheid komt, dan vraag ik niet verder of die veel kilometers moet doen. Maar als die man komt met rugpijn, dan kan dat wel gebeuren, wanneer de pathologie arbeid gerelateerd kan zijn.

c. Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?
   Wanneer ik geen tijd heb of wanneer het niet relevant is. In het begin moet ik gewoon algemeen weten in welke sector hij zit.

Alle personalia kunnen relevant zijn voor het welzijn, bijvoorbeeld ook hoeveel kinderen die persoon heeft en of er ziektes in de familie voorkomen maar die informatie komt stukje bij beetje als je de patiënt leert kennen. Als je dat allemaal in de eerste consultatie moet bevragen ben je een uur bezig en het is dan waarschijnlijk niet relevant voor het probleem waarmee hij komt.

d. Wat zou u kunnen helpen hierin?
Ik heb niet echt iets nodig om mij hierin te helpen.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?
In het begin probeer je natuurlijk een idee te geven hoe lang het gaat duren. Van sommige dingen lukt dat vrij goed, bijvoorbeeld bij een standaardoperatie. Dan kan je ongeveer een termijn geven. Psychische problemen vind ik moeilijker in te schatten maar ik probeer dat toch ook van in het begin duidelijk mijn verwachtingen te schetsen. Soms heb je dan patiënten die wat vlugger beter zijn en die kunnen dan eerder terug aan het werk. Het moet niet altijd negatief zijn. Maar soms is het ook moeilijk. Bij lage rugpijn bijvoorbeeld, vroeger moest je daarmee rusten terwijl er nu bewijs is voor activatie. Je moet dan aan de patiënten uitleggen dat beweging belangrijk is en dat hoe langer ze uit het circuit zijn, hoeveel te moeilijker is om terug aan het werk te geraken. Ik besteed daar dan wel redelijk wat uitleg aan.

b. Wat ondervindt u als hinderpalen?
Wanneer ik mijn verwachting uitdruk, dan voel ik wel of er weerstand is bij de patiënt of niet. Ik probeer altijd begrip op de brengen voor de patiënt maar ik probeer toch ook mijn verwachting duidelijk te maken. Dat is soms niet gemakkelijk omdat er dan wat wrevel kan ontstaan. Ik heb wel nooit echt schrik gehad dat de patiënt zou weg gaan.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?
Het is soms zo dat mensen voor 1 of 2 dagen een briefje moeten hebben. Ze moeten dat altijd verantwoorden terwijl zij eigenlijk vaak zelf weten wat ze moeten doen en waar wij vaak ook niet echt iets aan kunnen doen. Die nemen dan toch ook hun plaats in tijdens de consultatie. Het is natuurlijk ook zo dat we in de prestatiegeneeskunde en waar we dan ook kunnen denken: “Het is niet veel denkwerk en het is toch een consultatie.” In ons systeem heeft dat voor- en nadelen. Bij langdurig ongeschikten zijn dat vaker ernstiger pathologieën en dan zie ik ze regelmatiger terug. Dat moet je nauwer opvolgen en dat zou ik soms liever doen in overleg met de artsen van het ziekenfonds of arbeidsgeneesheren. Maar dan komt het tijdsgebrek weer boven. Moest het systeem het toelaten zou ik dat contact verder willen uitbouwen. Bijvoorbeeld bij burn-out, daar zou de arbeidsgeneesheer ook een grote waarde kunnen hebben. Wij sturen die mensen dan naar de psycholoog maar er moet op het werk vaak ook verandering plaatsvinden.

b. Wat zou uw ideale systeem zijn?
Dat mensen voor een beperkte tijd, 2of 3 dagen, kunnen aan zelfzorg doen. Dat is ook belangrijk. Laat ons zeggen voor een buikgriep, een verkoudheid of bijvoorbeeld PMS. Wanneer het langer duurt zouden ze toch een arts moeten bezoeken om de gevaarlijkere diagnoses vast te stellen of uit te sluiten. Op die manier wordt er niets over het hoofd gezien. Voor langduriger zieken zou ik graag beter overleg willen met de medisch adviseur en de arbeidsgeneesheer. En het is goed dat er een controlesysteem is. In sommige gevallen willen we conflict vermijden met de patiënt en dan kan het controlesysteem ze nog terug naar het werk sturen. In sommige gevallen kijken we niet alleen objectief naar wat de patiënt heeft maar ook naar wat hij vraagt en dan kan het controlesysteem daar perk en paal aan stellen.

5. <u>Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?</u>
Het probleem is dat ik niet heel goed weet hoe andere systemen draaien. Ik ken heel beperkt het Nederlandse systeem maar ik heb me eigenlijk nog nooit bezig gehouden met hoe het in andere landen is en wat de voor- en nadelenzijn. Voor ik iets met verstand hierover kan zeggen zou ik daarover meer moeten weten maar ik moet zeggen dat ik me daar nog niet mee heb bezig gehouden. Ik weet het dus niet.

6. Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?
   Neen, nog nooit van gehoord.

   Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
   Op het eerste zicht vindt ik dat al raar, 7 dagen thuis blijven. Ik kan een tweetal dagen begrijpen voor een buikgriep of een verkoudheid ofzo, maar 7 dagen vind ik al veel. Ik laat niet zo veel mensen thuis voor een week, dan moet het al iets serieuzer zijn en dan denk ik dat die toch beter een arts moet zien. Als ik bijvoorbeeld iemand zie met gekende migraine en die moet langskomen voor een briefje, dan kan ik dat verstaan. Als de patiënt een doktersbezoek uitstelt voor 7 dagen, is dat dan altijd goed, vraag ik me af? Misschien zit er wel iets in de aanzet naar terugkeer naar het werk. Maar toch, op het eerste zicht voel ik dat ik er niet direct enthousiast voor ben. Ik denk dat ik het even moet laten bezinken en de voor- en nadelen eens bekijken. Ook zo het becommentariëren van de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, is dat dan voor iedereen hetzelfde? Want je moet algemene adviezen geven maar niet iedereen heeft dezelfde job. Ik kan me ook voorstellen dat ze op sommige werkplaatsen zelfs liever hebben dat de patiënt volledig niet komt werken omdat ze geen ander werk hebben of omdat ze dan een vervanger kunnen zoeken in die periode, denk maar aan het onderwijs. Ik denk dat het niet gemakkelijk is voor een werkgever om erop in te gaan. En in ons systeem is er voor langdurig ongeschikten trouwens plaats om halftime te beginnen, voorbeeld voor patiënten na een kankerbehandeling. Ik zou trouwens ook liever hebben dat de patiënten naar een arbeidsgeneesheer gaan als er commentaar moet gegeven worden over jobspecifieke taken. Een patiënt zegt bijvoorbeeld tegen mij dat hij aan de band werkt maar wat houdt dat dan juist in en is er op die werkplaats ook ander werk. En vooral, kan die patiënt dat ander werk dan aan? Dan is een arbeidsgeneesheer beter geplaats. En dat kan dan zeker in overleg met de huisarts.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
   Mij zegt het systeem op het eerste zicht echt niets. Ik zou er meer over moeten lezen maar als je het me zo vertelt, heb ik het gevoel dat het niet direct een plaats kan krijgen.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   (De geïnterviewde arts vraagt naar de bemerkingen die gegeven worden door mensen die met het systeem werken.)
   Het probleem dat we hier soms hebben is dat er chroniciteit ontstaat die wij zelf in de hand gewerkt hebben, denk maar aan de problematiek rond rugpijn en de veranderde richtlijnen. Op die manier kan het Britse systeem wel nuttig zijn. Om soms wat meer invloed te hebben op de patiënt zouden ze toch meer verbonden moeten zijn aan 1 praktijk. Maar ik denk echt dat dit de taak is van de arbeidsgeneesheer en dat we deze samenwerking meer moeten uitbouwen.

Interview 5

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Ik vind dat wel, ja. Mensen die werk hebben en bezig zijn met hun werk zijn geïnteresseerd in het leven en hebben een bepaalde doelstelling, los van het werk. Ik denk dat dat gezond is en dat dat u gelukkig maakt. Werken kan ook ongelukkig maken maar dat hangt dan af van de omstandigheden of arbeidssituatie. Dan moet er gekeken worden of daar iets aan veranderd kan worden of iets aan kan gebeuren. Bijvoorbeeld na-ijver van collega's kan ongezond werken. Daarentegen mensen die in een goede omgeving werken, ondervinden daar positieve uitstraling van op hun gezondheid, op hun sociaal leven, op hun kinderen, eigenlijk op alle aspecten van hun leven.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Bij sommige mensen wel, dat hangt ervan af. Ik werk over het algemeen zeer gericht in mijn consultaties. Wanneer ik vermoed dat het ziektepatroon of ziektebeeld gekoppeld zou zijn aan een slecht functioneren, en dan bedoel ik niet alleen fysisch maar ook psychisch, dan zal ik zeker vragen hoe het op het werk is. Ik denk dat wanneer iemand met een keelontsteking komt, ik niet moet vragen naar het werk.

Maar wanneer iemand recidiverende infecties doet en ergens duidelijk een blijk geeft van malfunctioneren ondanks de goede zorgen die wij en hij zichzelf toedienen, dan moeten we gaan kijken of een arbeidssituatie daar niet de oorzaak van kan zijn.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
Het is zo dat ik na 35 jaar de meeste patiënten goed ken en ook de meeste situaties waarin zij leven en waarin ze werken. Dus ik denk dat ik mag zeggen dat ik dat goed kan inschatten. Bij mijn oudere patiënten denk ik wel dat ik redelijk goed kan inschatten waar de problematiek zich stelt als het niet zuiver lichamelijk is. Nieuwe patiënten betekent ook nieuwe uitdagingen dus daarvan kan je het niet weten. Ik denk dat het dan een van de anamnesegegevens is dat je gaat zien wie die mens is en hoe hij zijn tijd doorbrengt. Ik ga niet zeggen dat ik dat vanaf de eerste consultatie zal bevragen maar dat zal toch op korte termijn ter sprake komen.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
Niet zo geweldig uitgebreid tenzij de patiënt daar zelf meer over wil vertellen. Dat is altijd de vraag. Sommige mensen zijn daar heel kort in. Bijvoorbeeld: “ik werk als poetshulp en ik voel mij daar goed bij”. Dan is het klaar. Als de patiënt dan zegt: “Ik werk als poetshulp en ik heb problemen”, dan zit je natuurlijk in een andere situatie. Als de situatie zich ertoe leent, kan je iets ruimer vragen. Wat doet die patiënt daar precies?

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
Tijd, ik werk zeer gericht. Maar ik ben ook wel nieuwsgierig naar wat de mensen doen.
Maar zonder dat expliciet te vragen weet ik wat de mensen doen. Dat komt meestal wel ergens ter sprake. Het is zo dat in de huisartsengeneeskunde je in een zeer sociaal netwerk zit. Via via hoor en zie je ook dingen en dan kan je je op het einde van de dag een beeld vormen zonder dat je het expliciet moest vragen. Dus tijd is ook maar een relatieve hinderpaal.

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
Er zijn geen echte hinderpalen. Wanneer je je patiënten lang genoeg kent, leer je het netwerk kennen en dat is zeer waardevol.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. *Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?*
Ik probeer dat zo snel mogelijk want van het moment dat je langer dan 14 dagen, 3 weken, werkonbekwaam bent, dat het heel moeilijk is om terug op het traject te komen. Daarom zou het beter zijn om meer overleg te hebben met arbeidsgeneesheren en adviserend geneesheren van het ziekenfond zodat we meer deeltijds terug kunnen opstarten. Het hangt natuurlijk af van de pathologie en de ziektetoestand van het moment, dan moet je herevalueren. Toch probeer ik de re-integratie voor ogen te houden. Ik vind dat dat veel mensen zou helpen om sneller terug te beginnen.

b. *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
Ik begin niet over terugkeer als de mogelijkheid er niet is, bijvoorbeeld op de werkplaats of omdat de ziekenfondsen een advies gegeven hebben. De mening van de patiënt houdt me niet echt tegen.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. *Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?*
Ik zou liever niet hebben dat mensen voor 1 dag of enkele dagen een attest moeten hebben. Ik zou liever hebben dat je een aantal baaldagen hebt die je kan inzetten wanneer het je een dag niet afgaat. Denk maar aan het Nederlandse systeem. Dat vind ik dus bij ons een slecht systeem. Langs de andere kant vind ik controle wel nodig bij mensen die wat langere arbeidsongeschiktheid willen verkrijgen op basis van ziekte of op basis van wat wij noemen “renteneurose”. In die gevallen is het wel goed dat ze attesten moeten hebben. En over het attest zelf, ja. Voor de meeste mensen moeten we diagnostisch iets opschrijven en dan komt de controlegeneesheer over de vloer. Ik zou dan liever hebben dat die in geval van twijfel of verdachtmaking dat die eerder contact zou opnemen met de behandelende geneesheer. Soms vind ik dat het nodig is dat ik een begeleidend schrijven mee geef. Ik denk wel niet dat de controlegeneesheer daar heel veel rekening mee houdt.

Maar ik doe het toch wanneer de diagnose niet heel duidelijk is, het onderzoek lopende of dat ik vind dat de patiënt wat rust nodig heeft. Ik schrijf dat dan op in de hoop dat hij daar rekening mee houdt.

b. Wat zou uw ideale systeem zijn?
Ik denk niet dat er echt een ideaal systeem bestaat. Ik zou het eigenlijk niet weten. Wat zeker goed zou zijn, zijn een aantal carentiedagen zonder attestatie van ons. Het moet wel geëvalueerd worden. Maar dat kan dan op de werkplaats bekeken worden. Voor de rest denk ik niet dat een ideaal systeem nog bestaat. Ik vind wel dat er een beperking moet staan op het aantal dagen. Zomaar een week thuis blijven is niet goed. Dan moet er ergens controle komen. Soms gebeurt dat in de specialistische geneeskunde. Maar het is niet omdat je een standaard operatie uitvoert dat je dan d'office kunt zeggen, blijf maar een maand of meerdere maanden thuis. Dat moet geëvalueerd worden. Mijn grens ligt op een week, rekening houdend met de pathologie die zich in de huisartsenpraktijk voordoet. Dat moet zich binnen een week oplossen of het moet nagekeken worden. Er is ook een verschil tussen ziek zijn en arbeidsongeschikt zijn. Het is niet omdat je ziek bent dat je niet kan gaan werken. Je kan perfect medicatie nemen, je ziekte verzorgen en gaan werken.

5. Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?
Ik denk het wel. Als we kijken naar de hoeveelheid arbeidsongeschikten in België moeten er toch mogelijkheden zijn. Het probleem dat zich dikwijls stelt is dat mensen dikwijls vragen waarom ik nooit ziek ben. Ik denk dat dat dat ook te maken heeft met een bepaalde ingesteldheid. Het is niet omdat je ziek bent, dat je je ook ziek moet gedragen. Misschien is dat een bepaalde filosofie of ingesteldheid die moet veranderen.

6. Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?
Wij zijn ooit in Canterburry geweest. Dat zal nu een tiental jaar geleden zijn. We hebben daar gezien hoe de GP's werkten maar niet specifiek het attesteren van arbeidsongeschiktheid. Dat waren administratief medewerkers die niet anders deden dan zien dat ze hun scores haalden. Het veldwerk werd gedaan door verpleegkundigen en onthaalmedewerkers.

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
Ik vind 7 dagen te lang. Als de werknemer een paar dagen ziek is, zou die zich toch moeten wenden naar een geneesheer om zich te laten controleren. 7 dagen carentie vind ik te veel. Tweede deel ervan kan ik wel begrijpen. Ik vind het wel goed dat je moet zeggen, is die fit of niet. En wie betaalt die 7 dagen dan. Ik vind, theoretisch gezien, dat wanneer je een carentiedag neemt dat je niet moet betaald worden. Wij zitten hier in België met een systeem van gewaarborgd inkomen. Dat ik vind ik ook niet helemaal oké. Bij ons is dat bij arbeiders 1 week gewaarborgd en bij bedienden 1 maand. Dat vind ik veel te veel. Dat zou ergens toch een beetje degressief moeten zijn. Dat maakt het gemakkelijk om thuis te blijven en langer ziek te zijn. Je moet niet opstaan, je boterhammen smeren en kilometers rijden. Dan kan het verminderen van het inkomen een incentive zijn om terug te gaan werken. Tegenwoordig is het zo dat steeds minder mensen een vaste benoeming krijgen. Maar kijk eens naar overheidsdiensten, die mensen maakt het meestal niet zo veel uit. Dan vind ik dat de overheid daar toch naar zou moeten kijken. Maar terug naar het attest, dus 7 dagen vind ik te veel. Dat is 1 punt. De rest vind ik wel oké. Wanneer dat hier wordt ingevoerd, worden we daarin ondersteund en dan wordt je vanzelf bekwaam. Het is dan voor iedereen hetzelfde. In het Engels systeem is het ook zo dat patiënten verbonden zijn aan een centrum. Ik ga niet zeggen dat ze overgeleverd zijn aan de willekeur van de arts, want daar het niet over, maar ze moeten daar wel het systeem van de praktijk volgen. Bij ons is het zo dat wanneer ik twee dagen schrijf en je er niet mee akkoord bent, dat je gewoon naar een andere arts kan gaan. Bij ons is de vrijheid in keuze van arts gevoelig bij het attesteren van werkonbekwaamheid. Maar het is toch belangrijk dat je de mensen op het hart drukt dat ze terug gaan werken goed is en dat ze als ze kunnen, moeten teruggaan, eventueel met aangepast werk. Het zou gemakkelijker zijn, moesten wij meer faciliteiten hebben om mensen te re-integreren.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
Ik zie dat zeker mogelijk. Het is zo dat de RIZIV-uitgaven en de sociale bijdrages de pan uit swingen. Het wordt vrij zwaar om te blijven betalen. Maar er moet dan iemand zijn nek uitsteken en dat is een politieke beslissing. Niemand doet graag politieke beslissingen die onsympathiek zijn.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Moesten wij mensen kunnen, allez, … Mensen vrije keuze geven vind ik goed. Maar ik vind dat we een systeem van engagement moeten hebben met een praktijk. Het GMD van nu is niet genoeg. Mensen zouden een traject moeten aangaan van meer dan 1 jaar. Zodanig dat wanneer je een engagement aangaat met een arts of artsengroep, dat je daar echt verbonden mee bent zodat je meer rationeel kan omgaan met je patiënten. Het systeem van nu is geen rem op shopping. En wanneer dat wordt veranderd, bijvoorbeeld door de terugbetaling te veranderen, zou je het gemakkelijker hebben om beslissingen te nemen naar de patiënt toe, in functie van hun gezondheid. Want je praat niet over werkhervatting om de patiënt te kloten natuurlijk. Dan zou je ook bepaalde overheidsideeën in verband met langdurig zieken en werkonbekwamen meer kunnen doordrukken. En daar heeft iedereen baat bij.

Interview 6

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Ik denk dat dat niet per se werken hoeft te zijn. Wat definieer je als werken? Is dat professioneel, betaald, of gewoon thuis bezig zijn, huishoudelijk of tuin? Ik denk wel dat het bijdraagt aan de gezondheid in die zin dat je het sociale en menselijke aspect onderhoudt. Daarbij creëer je een soort evenwicht in omgang met mensen. Dat is wel belangrijk om gezond te blijven. Fysieke activiteit is ook positief, in plaats van in de zetel te zitten en niks te doen. Het kan de omgekeerd ook een negatieve invloed hebben als het een zware job is of mentaal veeleisend. Tenzij dat met mate gedaan wordt. Het contact en verzetten van de gedachten blijft wel. Iets opbouwen, iets creëren, beter worden in iets, is ook goed. Meer zelfwaarde opbouwen en emotionele en intellectuele ontwikkeling kan in elke job, ook een zware job.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Ja, ik vraag daar expliciet achter. Ik vraag ook hoe het gaat op het werk. Als er problemen zijn, vraag ik wat en hoe en probeer ik soms wat richtinggevend te zijn of te vragen wat zij verwachten of zouden willen.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
   Ik vraag min of meer standaard bij een nieuwe patiënt wat die doet. Soms heb ik het gevoel dat ik te indringend voorkom als ik dat doe. Bijvoorbeeld als die patiënt wat afgesloten voorkomt. Dan wacht ik een paar consultaties voordat er naar vraag. Als dat iemand is die er open over babbelt dan vraag ik dat wel wat voor job dat is, fysiek inspannend of eerder een bureaujob. Dan moet ik dat dikwijls nog niet specifiek vragen. Dat vertellen de mensen wel. Op die manier heb ik een indruk van de job. Als de patiënten duidelijk emotioneel zijn of met een surmenage zitten of mensen die bijvoorbeeld komen voor een fysieke pijn, dan vraag ik hoe het op het werk zit. Ik vraag dan of het wel allemaal lukt.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
   Dat hangt van de job als. Als ze zeggen dat ze kuisvrouw zijn, dan hoef ik niet verder te vragen. Dan weet ik wat ze doen. Ik vraag misschien wel nog voor wie ze dan werken, omdat dat uitmaakt voor de werkdruk. Soms vraag ik ook wel hoe het inter-relationeel zit, met de baas en de collega's. Als het een fysiek probleem is, vraag ik wel wat ze doen en of ze hun werk kunnen aanpassen. Of dan stuur ik ze naar de kinesist om hen bijvoorbeeld technieken aan te leren om rug sparend te leren werken.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
   Sommige mensen zijn nogal terughoudend. Als ik vraag wat ze doen en ze antwoorden dat ze een bureaujob doen, dan voel ik aan dat ik daar niet moet op doorvragen. Anders houdt niets mij eigenlijk tegen. Ik ben nogal nieuwsgierig, dat geef ik toe. Ik ben nogal nieuwsgierig om te weten in welke context mijn patiënt leeft en werkt.

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
   Ik noteer het onder persoonlijke notities in mijn medisch dossier. Dat gebeurt bijna standaard en dat is voor collega's ook gemakkelijk.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?

Ik probeer eigenlijk in veel gevallen op voorhand aan te geven hoe het verloop er voor mij uitziet. Ik denk bijvoorbeeld dat we deze dingen moeten doen en dat het zo lang gaat duren en dan zullen we wel zien wat er onderweg gebeurt. Maar als het bijvoorbeeld iets depressief is of ruglijden en het duur langer dan een bepaalde periode, dan roep ik al eens de hulp van de specialist in. Als die dan zegt dat er niets aan de hand is, dan kan de patiënt terug gaan werken en anders pakt die het probleem verder aan. Dan schuif ik de verantwoordelijkheid misschien wat af maar ben ik ook gedekt. Wanneer het dan langer bezig is, kan ik zeggen dat ik het niet zie zitten om bij te schrijven, of wel wanneer de specialist zegt dat het moet. Ik vind het wel spijtig dat ik op die vertrouwelijke papieren vaak mijn e-mailadres invul en nog nooit reactie heb gehad van een adviserend geneesheer. Wanneer die een patiënt ziet, kan die toch een bericht sturen wat de bevindingen zijn en dan kan ik reageren of ik akkoord ben of niet. Soms zou ik een briefje willen maken waarop ik schrijf dat ik vind dat patiënt terug moet gaan werken. Maar ik heb dan schrik dat de adviserend geneesheer dat voorleest en of dat de patiënt die brief opendoet. Dat is dan niet echt vertrouwelijk en schaadt de band met de patiënt.

b. Wat ondervindt u als hinderpalen?

Soms denk ik, dat is echt onbegonnen werk, taalkundig. Ik heb zo'n patiënt waarbij ik het niet uitgelegd krijg en zij het niet kan of wil begrijpen. En dan schrijf ik maar, dat is niet goed maar ik doe het toch. Of mensen die theater komen maken, echt of fake, en dat je bijna niet anders kan dan een briefje schrijven. Die zijn dan zo emotioneel, dan durf ik daar zelfs niet over beginnen. Soms hebben mensen ook een bepaalde duur in hun hoofd. Ik ga daar soms wel tegenin maar dan bellen die mensen dat het niet beter is en dan zeggen die: "schrijf maar bij". Dat is niet correct. Ik weet ondertussen al bij welke patiënten dat zo is en soms doe ik niet de moeite om daar tegenin te gaan. Dat is veel moeite en je wint er niets bij.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?

Ik vind persoonlijk dat het systeem zoals het hier nu in België is, niet goed werkt. Het is soms belachelijk dat ze voor een briefje moeten komen en op een bepaalde manier wordt er van ons misbruik gemaakt om zo'n briefje te bekomen.

Ik vind het soms ook moeilijk om mensen die op de ziekenkas staan, terug aan het werk te krijgen vanuit onze positie. In die zin dat je niet kan zeggen, nu ga je terug werken. Want dan gaat die patiënt zeggen dat de specialist dat moet beslissen of de adviserend geneesheer of de baas zegt dat het helemaal genezen moet zijn. Ik vind zoals nu in de griepperiode, dat iedereen die weet wat hij moet doen gewoon thuis moet blijven. Dat is toch uitzieken. Tenzij dat het niet goed gaat op bijvoorbeeld dag 3 of 4 en dan moet het toch nagekeken worden. Ik denk wel niet dat daar een limiet op moet staan. Ik denk dat wanneer je mensen zelf de vrijheid geeft om thuis te blijven bij ziekte dat er veel minder misbruik zal zijn. Dat mensen omwille van sociale controle of jobernst terug gaan werken wanneer ze zich beter voelen en degenen die dat niet doen zullen vrij snel door de mand vallen. Degenen die 5 keer per jaar 2 weken ziek zijn voor een verkoudheid zullen op hun evaluatie niet goed scoren. Het is dan aan de baas om daar iets aan te doen. Dat is een beetje naar analogie hoe ze in sommige grote bedrijven werken, zoals bij google, vrije vakantie geven. Die mensen gaan daar serieus mee om.

b. Wat zou uw ideale systeem zijn?

Neem nu voor iets banaal zoals een buikgriep of een verkoudheid, blijf thuis en genees, of ga werken. Dat is eigen keuze. Wanneer het niet beter wordt of je denkt dat het niet ook is, kan je naar een dokter gaan die u dan kan begeleiden en eventueel een attest uitschrijven moest dat nodig zijn. Zeker voor langdurig zieken, wat nu geen goed systeem is, zou er een overleg moeten zijn tussen degene die de controles uitvoeren en degenen die de arbeidsongeschiktheid moeten attesteren. Dan kan er een geschikte oplossing gevonden worden voor beide partijen. Ik vind het als huisarts ook moeilijk om langdurig zieken terug aan het werk te krijgen en met zo'n overleg heb je een stok achter de deur. En dat je ook overleg hebt met de arbeidsgeneesheer om een terugkeer naar het werk te bespreken, misschien dan in fases. Het is een meer dynamisch systeem en de patiënt mag meer verantwoordelijkheid dragen. Dan gaat die er automatisch beter mee omgaan.

5. Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?
   Ik zou dat wenselijk vinden maar ik denk dat als we de Belgische overheid is laten hervormen, dat het alleen maar slechter wordt. Ik kijk dan naar wat er nu aan het gebeuren is rond de wachtposten. En als ze zeggen dat het van bottom up moet komen, wordt het uiteindelijk vaak tegengehouden. En als ze het dan veranderen, is het vaak een systeem dat in het buitenland al uitvoerig getest is en waar ze het uiteindelijk al terug veranderd hebben. En wij beginnen er dan pas aan.

6. Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?
   Neen, ik heb er nog nooit over gehoord. Vertel maar.

   Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
   Ik vind het op het eerste zicht een cava systeem. Ik vind het interessant dat je kan zeggen, ik vind je geschikt om te werken maar voor een bepaald deel van de tijd. Neem nu een poetsvrouw die 8 uur moet poetsen. Daar kan je dan tegen zeggen dat ze 3 uur in de voormiddag werkt. Die blijven dan niet in de zetel zitten maar blijven actief. Dat systeem is hier zo log. Ik weet zelfs niet hoe ik daar in de meeste gevallen moet aan beginnen. Dat gaat daar dus wel. Het enige nadeel is dat het werk het dan moet accommoderen. Hier is het ook dat heel veel werkplaatsen zeggen dat er geen aangepast werk is en dat de patiënt thuis moet blijven. Ik vind wel goed dat de arts in de UK een maybe fit attest kan maken. De verantwoordelijkheid ligt dan op de werkplaats om erop in te gaan en niet bij de arts zoals hier. Dan is het de "fout" van het werk wanneer de patiënt niet terug kan starten. Ik vind het wel moeilijk om in te schatten hoe "zwaar" het werk is. Wij gaan misschien ergens vanuit wanneer we het beroep van de patiënt horen maar weten we het dan echt? Ik denk als je de patiënt nog meer verantwoordelijkheid geeft dan 7 dagen, dat je het percentage van absentie nog naar beneden kan halen. Een patiënt gaat op zichzelf zonder echt goede reden toch geen 3 weken thuis blijven. De patiënt is ziek en blijft thuis en als het echt niet goed gaat, zal die wel naar de dokter gaan en anders gaat die wel terug werken. Er is dan sociale controle. Op zich vind ik het een fijn systeem, dat je als arts kan adviseren in het maybe fit gedeelte maar dan moet er op het werk een medisch systeem zijn dat dat ontvangt. En er zou eigenlijk een pool moeten zijn van aangepast werk. Dat mensen kunnen doen wanneer er op de werkplaats geen aangepast werk is. Maar dat is al heel ver gedacht.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
   Dat hangt van het systeem af en niet van België. Als ze vanuit de overheid zeggen dat iedereen nu dit systeem moet toepassen dan is het zo. Je kan protesteren en dingen aanpassen in overleg maar als het opgelegd wordt dan is het zo. Er zal wel weerstand komen want hier heb je de vakbonden en de werkgevers en werknemersorganisaties en de politiekers die elkaar tegenspreken. Die willen wel allemaal hun zeg doen, en dan hebben we het nog niet over de ziekenkassen gehad. Ik zou wel willen dat het attest niet naar de werkgever gaat maar naar de arbeidsgeneesheer van een bepaalde werkplaats. Die heeft beroepsgeheim en die weet op welke manier het advies ingevuld kan worden op die werkplaats. Volgens mij is het dan niet zo moeilijk. Er zijn 1000 verschillende bedrijven maar geen 1000 verschillende manieren van werken. Dat vind ik hier in België trouwens verschrikkelijk, dat de verzekeringen vragen wat de patiënt heeft. Daar hebben die eigenlijk geen zaken mee. Volgens de wet is dat helemaal niet verplicht.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Met betrekking tot de titel van de thesis zou ik zeggen, beide. Beide, maar dan afgelijnd. Datgene wat niet meer kan zou ik zeer concreet specifiëren beperkt houden en datgene dat wel nog kan breed open.

Interview 7 en 8

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Dr. 7: Ik denk dat dat zeker waar is. Sowieso helpt het al om het waardengevoel van een persoon naar boven te brengen. Je doet wat voor jezelf, een ander en de samenleven. Dat draagt bij aan je geestelijke gezondheid. En als je geestelijke gezondheid oké is, draagt dat weer bij aan je lichamelijke gezondheid. Mits natuurlijk de werksfeer oké is. Ik denk dat dat een ding is.

Ten tweede geeft het ook een doel in het leven en dat draagt dan ook weer bij aan het psychisch en lichamelijk welzijn. Dus ja, ik denk dat de stelling zeker waar is.
Dr. 8: Ik denk dat ik daar niet veel aan kan toevoegen. Dat is gewoon zo. Mits inderdaad de werksfeer in orde is. Want als dat niet zo is, kan ik me goed voorstellen dat het omgekeerde ook waar kan zijn.
Dr. 7: Nu het is ook zo dat je ook nog wel ruimte moeten hebben voor ontspanning. Enkel ontspanning is natuurlijk ook niet goed. Er moet een goede wisselwerking zijn tussen momenten van werk en momenten van ontspanning. Ik denk dat wanneer dit evenwicht goed zit, dat dat echt bijdraagt aan een goede gezondheid. Werken brengt natuurlijk ook een financiële beloning mee en daarmee kan je jezelf ondersteunen.
Dr. 8: Het is wel belangrijk dat het financiële niet de enige drijfveer is om het werk uit te voeren want dan denk ik dat er weinig plezier aan te beleven valt. Als je alleen voor het loonbriefje gaat werken, houd je het ook niet lang vol.
Dr. 7: Dat zie je ook bij vrijwilligerswerk. Ze krijgen daar (bijna) niet voor en toch brengt dat wel gezondheid mee omdat ze wel bepaalde dingen doen voor een ander. Dat is dat doel in het leven waar we het straks over hadden.

2. <u>Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?</u>
Dr. 7: Ja, het ligt er natuurlijk aan waarvoor ze komen. Als de oorzaak van een klacht kan te vinden zijn bij bijvoorbeeld stress of als ze komen voor een briefje voor het werk. Dan vraag ik wel wat ze doen en hoe dat gaat.
Dr. 8: Ik vraag dat eigenlijk vrij vaak aan mijn patiënten. Ook als er niet echt een aanleiding is. Ik wil gewoon graag een beeld hebben van wie die persoon is en wat die doet in zijn leven. Vaak zie je dat ook wel waarom mensen zijn wie ze zijn. Die inschatting kan je deels aan de hand van de job maken.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
Dr. 7: Ik heb niet echt een standaard intake. Het ligt er een beetje aan wat voor patiënt ik voor me heb. Als ik voel dat de consultaties wat lopen, komt dat meestal wel naar voren.
Dr. 8: Ik doe dat eigenlijk wel standaard bij nieuwe patiënten die ik de eerste keer zie. Misschien is dat een beetje gezonde nieuwsgierigheid. Ik weet het eigenlijk niet maar ik weet graag wat mensen doen in hun leven.
Dr. 7: Het komt bij mij wel sneller naar voren als de pathologie zou kunnen gerelateerd zijn aan het werk. Dat hoeft niet per sé stressgerelateerd te zijn maar bijvoorbeeld ook als iemand komt voor rugpijn. Dan vind ik het belangrijk om te weten of die de ganse dag zitten of veel moeten heffen ofzo.
Het is toch een dagelijkse bezigheid dus veel aandoeningen kunnen direct of indirect met het werk te maken hebben.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
Dr. 7: Ik vraag eerst wat ze doen in het dagelijks leven. Dan hangt het ervan af wat voor beroep ze noemen. Als ze bijvoorbeeld zeggen dat ze verpleegkundige zijn dan weet ik wel wat dat ongeveer inhoudt. Wanneer ze een beroep noemen dat ik niet goed ken, vraag ik wel eens om te vertellen hoe hun dag dan verloopt of wat ze exact doen. Ik vraag ook wel hoe de werksfeer op zich is, onafhankelijk van het type werk dat ze doen.
Dr. 8: Vaak weet ik ook totaal niet wat ik me moet voorstellen bij een bepaalde job. Dus dan vraag ik wel even wat dat inhoudt. Ik vraag eigenlijk wel altijd hoe lang hun dagen zijn en of ze in het weekend ook moeten werken.
Dr. 7: Ik vraag bij specifieke klachten ook wel echt naar de werkomstandigheden.
Dr. 8: Bij mij is het niet altijd pathologie gerelateerd. Soms vraag ik het ook gewoon als ik het briefje op het einde van de consultatie aan het maken ben. Ik hou niet zo veel van die steriele sfeer en afstand.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
Dr. 7: Privacy bijvoorbeeld. Wanneer je het idee hebt dat de patiënt heel gesloten is en er niet graag over wil praten. Op dat moment kan het zijn dat ik niet vraag naar het werk maar eigenlijk komt dat niet vaak voor.
Dr. 8: Soms ook naar leeftijd als je niet zo goed weet of die nu op pensioen zijn of niet. Sommige mensen zijn echt tegen hun kar gereden als je durft te vragen of ze nog werken. Dan probeer ik dat onrechtstreeks te weten te komen maar dat lukt niet altijd. Dat is dus wat omslachtiger.

d. Wat zou u kunnen helpen hierin?

Dr. 8: Als ik het echt moet weten, vraag ik het wel direct op de man af. Dan is er niet echt iets dat me tegenhoudt.

Dr. 7: Bij mij ook niet. Wij delen het ook onder collega's. Wanneer je bij ons het dossier opendoet, is er een vakje voor vrije notities. Dat blijft daar staan en zie je ook meteen.

Daar zetten wet dat soort dingen in. Ik zet daar ook familiale banden. Of de collega daar dan naar kijkt, dat is wat hij beslist, maar voor mij is dat belangrijk.

Dr. 8: Wij hebben zelfs een specifiek vakje bij personalia en ik probeer dat toch wel altijd in te vullen.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?

Dr. 7: Ik heb nog niet zo heel veel langdurig zieken die ik begeleid maar ik probeer dat wel op voorhand aan te geven hoe lang het gaat duren. Dat is wel fijn dat de mensen weten wat ze kunnen verwachten. Ik pols natuurlijk nog wel een aantal keren hoe het gaat en of ze er klaar voor zijn.

Dr. 8: Bij mij loopt het ook zo. Ik vind het belangrijk dat mensen weten waar ze voor staan. Maar ik heb ook nog niet zo heel veel ervaring hierin.

b. Wat ondervindt u als hinderpalen?

Dr. 7: Soms zitten mensen heel diep en dan vind ik het moeilijk om daarover te beginnen. Ze hebben dan al zo veel op hun bord. Maar toch moet er ergens een moment komen.

Dr. 8: Zoals ik daarjuist gezegd heb, vind ik het moeilijk als er nog andere personen mee zitten in het traject en die soms een andere mening hebben of andere dingen gezegd hebben tegen de patiënt. Dan is het moeilijk om daar tegenin te gaan.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?

Dr. 7: Ik vind het eigenlijk niet zo een heel goed systeem. Nu, ik ben van Nederland afkomstig waar het systeem helemaal anders is. Daar gaat de werkgever ervan uit dat de werknemer gewoon eerlijk is, tenzij er natuurlijk heel veel absenties zijn? In België is dat iets typisch, dat papiertje.

Dan zie je natuurlijk veel patiënten met banale dingen die zich wel niet goed voelen en denken dat ze daardoor niet kunnen werken. Die mensen zouden anders misschien niet naar de dokter gekomen zijn maar hebben nu eenmaal dat briefje nodig. Ik had laatst een patiënt die kwam omdat hij in de file gestaan had en daardoor niet op tijd in een verplichte les geraakt was. Dat soort dingen krijg je dan ook. Daardoor vind ik dat briefje voor kortdurende ongeschiktheid niet optimaal.

Dr. 8: Je hebt natuurlijk ook patiënten die onderzocht moeten worden maar dat is vaak een kleine minderheid. Neem nu iemand met buikgriep. Die weet zelf dat dat na twee dagen over is. Wanneer ze dan komen zeggen ze vaak dat de ze ganse nacht op het toilet gezeten hebben maar dat het nu beter is. En dat is natuurlijk zo want ze hebben niet meer durven eten dus daar gaat ook niets meer uitkomen. En dan moet ik op dat briefje schrijven dat ik persoonlijk hun ziekte heb vastgesteld maar dat is eigenlijk helemaal niet zo. Ik was er niet bij. Dus soms vind ik het wat ridicuul.

Dr. 7: Als het gaat om een langduriger problematiek vind ik het wel nodig dat er een briefje is. Sommige dingen moeten vastgesteld worden door een dokter.

Dr. 8: Ik denk wel dat er een beperking in tijd nodig is. Ik ben we nu wel allemaal patiënten aan het voorstellen die er misbruik van zouden maken. Dus bijvoorbeeld na 3 dagen zou ik wel een briefje vragen.

Dr. 7: Als we kijken naar langdurig zieken vind ik dat systeem zo slecht nog niet. Als je dan spreekt over psychische problematiek of kankerpatiënten en dergelijke. Ik vind het goed dat daar een opvangnet is, dat ze op de ziekenkas komen, maar dat moet wel goed opgevolgd worden.

Dr. 8: Ik vind dat niet zo simpel. Ik krijg veel mensen die bij mij hun vertrouwelijk laten invullen terwijl ze eigenlijk bij de specialist in opvolging zijn. Dan vind ik dat de specialist dat moet invallen want dat is degene die vaststelt of de patiënt al dan niet terug kan werken. Voor mij is dat heel moeilijk om dan te kunnen zeggen dat die persoon niet kan werken. Er zijn er dan een aantal waarbij ik niet inzie waarom die geen aangepast werk zouden kunnen doen maar de specialist heeft dan gezegd dat het niet kan. Maar als ze het niet doen dan moeten wij het oplossen he.

Dr. 7: Het controlesysteem loopt wel goed volgens mij. Ik krijg soms telefoon van zowel arbeidsgeneesheer als controlegeneesheer.

Ze vragen me dan hoe het komt dat ik die patiënt arbeidsongeschikt verklaard heb. Dat contact vind ik wel fijn. Je moet goed kunnen overleggen met alle actoren.
Dr. 8: Ik heb tot nu toe eigenlijk weinig contact gehad met die mensen. Als ik aangepast werk vraag lukt dat meestal wel maar ik weet eigenlijk niet wie daar over gaat.

b. Wat zou uw ideale systeem zijn?
Dr. 7: Het ideale systeem vind ik dat iemand 3 a 4 dagen heeft om thuis te blijven zonder doktersbriefje. Dat ze niet voor 1 dag al een briefje nodig hebben. Voor de langdurig zieken zou ik het systeem voorlopig niet veranderen.
Dr. 8: Ik weet het niet zo goed. Dat is nu echt geen gemakkelijk vraag. Ik vind het systeem wel omslachtig. Dat vertrouwelijk opsturen en wat binnen welke tijd binnen sturen. Sowieso ben ik wel voorstander van minder papierwerk en eigenlijk ook meer uniformiteit. Het is eigenlijk belachelijk dat dat verschilt voor de verschillende statuten. Als je patiënt echt ziek is, kan daar nu eenmaal wat tijd over gaan. Ik vind het spijtig dat dat nog niet elektronisch kan.

5. <u>Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?</u>
Dr. 7: Ik denk dat er zeker met de korte arbeidsongeschiktheid hervorming wenselijk is. Je kan maar een bepaald aantal mensen zien op een dag en dan is het eigenlijk tijdsverlies als het merendeel enkel komt voor een briefje. Op die tijd had je dan mensen kunnen zien die echt ziek zijn en een behandeling nodig hebben. Daarmee wil ik zeggen dat de mensen die dan thuisblijven niet echt ziek zijn maar die hadden het met thuismedicatie en uitrusten ook gewoon kunnen redden, neem nu bijvoorbeeld die buikgriep. Dan zou je dus niet voor die administratie naar de dokter moeten.
Dr. 8: We zitten met onze praktijk ook in een pilootproject rond de hervorming van de eerste lijn. Om die goed te laten draaien zou je eigenlijk ook naar een veel bredere oppervlakte gaan van patiënten aan de basis en een deel daarvan zou aan zelfzorg moeten doen. Mijn opmerking toen al was dat de ziektebriefjes dan zouden moeten veranderen. Nu moeten ze voor 1 dag een briefje hebben en dan kan je weinig aan zelfzorg doen.
Dr. 7: Daarbij vind ik ook, om aan te vullen, dat het ook om vertrouwen gaat. Ik denk dat het voor de werksfeer ook belangrijk is dat de werkgever moet kunnen vertrouwen dat de werknemer echt ziek is wanneer hij voor een dag belt dat hij ziek is.

6. <u>Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?</u>
Dr. 7: Nee, nog nooit.
Dr. 8: Ik ook nog nooit.

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. <u>Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)</u>
Dr. 7: Ik denk eigenlijk dat vooral de optie misschien fit nuttig is. Het vergroot de communicatie tussen werkgever en werknemer. Bij ons is het nu zwart of wit, niet of wel. Met dat systeem kan je dan gemakkelijker de mensen motiveren om toch te gaan werken.
Dr. 8: Ik denk dat wij met ons systeem de optie aangepast werk gewoon vaak vergeten. Zo heb ik eens een fabrieksarbeider gehad met pijn aan zijn voet. Dat is goed onderzocht maar nooit iets uit gekomen. Die man moest aan de band staan dus heb ik een brief gemaakt dat die man op een stoel moest zitten en dan is die wel gewoon weer opnieuw gaan werken.
Dat vergeten we gewoon vaak, dat wij dat eigenlijk ook kunnen voorschrijven. Maar misschien is het wel zo dat we er met het Engels systeem gewoon sneller aan herinnerd worden. Nu als het advies naar de werkgever gaat, ga je dan niet een beetje buiten je beroepsgeheim? Dat vraag ik mij dan af, zeker bij psychische aandoeningen. Als je een goed advies wil geven, moet je toch iets zeggen over de diagnose. En dat je dan die suggesties moet doen, oké, maar gaat die dan aangepast werk hebben of de juiste aanpassingen kunnen doen?
Dr. 7: Ik denk dat het ook moeilijk is om goede suggesties te doen met onze achtergrond. Wij hebben minder zicht op wat de patiënt effectief moet doen. Je kan wel een aantal dingen aanvoelen maar weet je dan effectief alles wat de patiënt doet dat belastend kan zijn. Je zou er al bijna een arts moeten bij hebben in het gesprek.
Dr. 8: Maar dan zit je alweer met een extra persoon en weer meer papierwerk.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
   Dr. 7: Ja, ik denk het wel. Hoewel ik ook wel denk dat er maar een kleine minderheid maybe fit gaat zijn.
   Dr. 8: Ik vind sowieso dat er ergens controle moet komen want van weekend tot weekend kan je al wel eens op vakantie gaan. Dat vind ik misschien toch wel te lang om geen briefje te moeten hebben. Ik vind wel dat er vertrouwen moet zijn maar controle is ook nodig.
   Dr. 7: Patiënten moeten sowieso de mogelijkheid hebben om vroeger te komen als ze dat nodig vinden. Als iemand bijvoorbeeld elke maand migraine heeft, denk ik dat het wel fijner is dat dit toch geattesteerd kan worden door de arts, zodat het toch geloofwaardig is. En andersom, vind ik dat een werkgever wel een briefje moet kunnen eisen wanneer de afwezigheden de pan uitswingen. Maar ik denk dat het wel mogelijk moet zijn mits een aantal aanpassingen.
   Dr. 8: Dat denk ik ook.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Dr. 7: Ik vind het in ieder geval goed dat het in vraag wordt gesteld want soms wordt je toch moe van het aantal mensen dat gewoon komt voor een briefje.
   Dr. 8: Dat vind ik zelfs nog niet zo vervelend. Bij die mensen weet je het ook gewoon. Maar soms heb je mensen die komen en dan zeggen dat ze een week ziekenverlof gaan nemen. En dat is een hele andere discussie die moet gevoerd worden. En dan heb ik zoiets dat ons systeem ook niet echt goed werkt. In ons systeem gaan die patiënten toch gewoon op zoek naar iemand die hun dat briefje schrijft. Profiteurs ga je toch altijd hebben, in eender welk systeem.

Interview 9

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Dat is zeker waar. Wanneer je aan het werken bent, ga je minder denken aan ziek zijn, zelfs als je ziek bent. Als je thuis blijft en ziek bent, blijf je daar de hele tijd aan denken. Het risico bestaat ook dat wanneer mensen langdurig ziek thuis blijven, ze de luxe proeven van niets te moeten doen. Als je als dokter zelf ziek bent, dan zie je zelf toch, wanneer je toch door werkt dat je je veel minder ziek gaat voelen. Ik bedoel dan wel wanneer het niets ernstig is. Wanneer je in je zetel of bed blijft liggen, kan je niet anders dan eraan denken. In de andere richting, werken geeft ook een bepaald doel in het leven, onafhankelijk van ziek zijn of niet. Dat maakt dan gelukkiger en gezonder.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Soms wel ja, wanneer er bijvoorbeeld iemand komt met rugpijn. Die persoon vraag ik dan wel wat die juist moet doen op zijn werk.
   Als die dan moet poetsen, ben ik meer geneigd om arbeidsongeschiktheid te schrijven dan aan iemand die bureauwerk moet doen. Ik vraag ook wel aan de mensen wat ze er zelf over denken. Sommigen willen ook gewoon niet thuis blijven. Dus ik vraag wel altijd voor ik arbeidsongeschiktheid voor schrijf, welke mogelijkheden de patiënt heeft.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
   Meestal vraag ik dat wanneer ze ziek zijn of wanneer het van pas komt. Maar meestal ken ik mijn patiënten, weet ik wat ze doen. Als ze nieuw zijn, vraag ik wel wat ze doen in het leven.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
   Niet zo uitgebreid. Ik vraag wat ze doen in het leven. Als ze dan antwoorden dat ze op de bouw werken, is dat goed voor mij. Afhankelijk van het probleem vraag ik wel wat dieper. Bijvoorbeeld bij psychologische problemen of bij musculoskeletale problematiek, dat wil ik wel wat uitgebreider weten. Maar ik besteed daar zeker geen uren aan.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
   Ik besteed er dus niet al te lang aan, er zijn genoeg andere dingen die te bevragen zijn in een consultatie. En als het niet relevant is, vraag ik er ook niet achter. Bijvoorbeeld iemand die voor voorschriften komt, die bevraag ik niet over de job op dat moment. Maar dat komt ook omdat ik mijn patiënten ken. We kennen ook de evolutie, de ouders, de kinderen, de studies, de job en dergelijke

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
Ik vind het heel goed dat het in het systeem staat. In mijn medisch programma kan dat genoteerd worden. Zo kunnen de collega's dat ook lezen wanneer die patiënt bij hen komt.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. *Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?*
Wanneer ik zelf vind dat het lang duurt. Bijvoorbeeld wanneer er mensen zijn met chronische rugpijn en die zie ik dan 's morgens de stoep borstelen. De volgende keer zeg ik dat wel.

b. *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
De patiënten hebben niet graag dat je erover begint maar eigenlijk houdt dat me niet tegen.
Ik heb bijvoorbeeld een patiënt met lage rugpijn en die hoor je alleen maar wanneer haar attest van arbeidsongeschiktheid gaat vervallen. Op die momenten heeft ze terug pijn. Ik heb haar toen gezegd dat ze ging opgeroepen worden door de adviseur. En dat gebeurde kort daarna. Toen heb ik een kwade telefoon gekregen dat ik de adviseur zou gebeld hebben. Ik ze dan vandaag gezien en de adviseur heeft haar op de ziekenkas gelaten. Dan ben je dus niets verder.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. *Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?*
Het systeem nu is niet optimaal. Per ziekzijn zou je een specifiek aantal dagen moeten hebben. Maar ook dat is niet ideaal want het is vaak ook afhankelijk van patiënt tot patiënt.
Sommige patiënten vragen zelfs als ze doodziek zijn geen briefje. En dan heb je andere waarvan je denkt: "Waarom kom je nu naar hier?" Maar je geeft het briefje toch he, want als jij het niet geeft, gaan ze bij een andere arts en zullen ze het daar wel krijgen. Ik vind dat je vlugger op controle zou moeten gaan maar volledig onafhankelijk. Ik vind dat je daar naartoe zou moeten gaan wanneer je meer dan 5 dagen ziek bent. Maar dat mag niet afhankelijk zijn van een ziekenkas want dat is belachelijk. Sommigen zeggen tegen de adviseur dat ze van ziekenkas veranderen wanneer hun dossier niet wordt goedgekeurd. In ons Belgisch systeem zullen mensen die echt op de ziekenkas willen staan, er ook op blijven staan. Nu zijn ze wel iets strenger geworden maar toch is het nog altijd te laks. Ik heb er toch 1 of 2 per jaar die van huisdokter en ziekenkas veranderen om erop te blijven staan. Als ze het systeem onafhankelijk maken van een ziekenkas, zou er veel minder langdurige onbekwaamheid zijn.

b. *Wat zou uw ideale systeem zijn?*
Goede strenge controle! En onafhankelijk, dat is belangrijk. Maar de ziekenkassen, dat is politiek. Dus dat gaat er nooit van komen. Op dit moment hebben ze te veel invloed om het systeem zomaar te veranderen. En de andere betrokkenen zouden ook meer contact mogen opnemen. Bijvoorbeeld de adviseurs, hoewel dat nu meer gebeurt dan vroeger. Maar ook bijvoorbeeld de specialisten… Wat gebeurt er nu, patiënt met rugpijn wordt naar de specialist gestuurd. Dat op zich duurt al een maand. Dan wilt die bijkomende of recentere beeldvorming, dat duurt ook al even en dan moeten er bijvoorbeeld infiltraties gebeuren en dan zijn we weer een maand verder. Op die manier hou je echt mensen thuis en patiënten die echt willen thuis blijven ben je op die manier kwijt. Er ontbreekt echt efficiëntie. Ik heb de indruk dat hoe meer specialisten er zijn, hoe langer het duurt om ze te bereiken. Vroeger belde ik naar een orthopedist en dat duurde een week, nu is dat dus een maand he! Je speelt op die manier echt in de kaart van sommige patiënten. Nu, de werksfeer geeft dit ook. Op een werkplaats waar het aangenaam werken is, gaan de mensen liever terug werken. De willen hun collega's niet in de steek laten want die wordt dan gestraft.

5. <u>Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?</u>
Ik denk het wel, zeker. Ten eerst, het belangrijkste volgens mij, is de werksfeer. Als het daar goed zit ga je al minder werkonbekwaamheden hebben. Ten tweede, de doorverwijzing moet sneller gaan. De periode tussen het ziekvallen en het moment dat ze door de specialist gezien worden moet veel korter zijn. En ten derde moet er controle gebeuren door een onafhankelijke instantie. Dat is mijn standpunt.

6. <u>Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?</u>
Nee, dat systeem ken ik niet.

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
   Die 7 dagen vind ik niet zo goed. Er zou sneller controle moeten komen. Want wat met de ernstig zieken? En andersom is een week thuisblijven ook wel eens fijn. Dus dat vind ik niet geweldig. Er moet toch ook een hele aanpassing komen van de kant van de werknemer. Die moet dan toch zeer flexibel zijn. Want bij ons kan er ook aangepast werkt gevraagd worden maar de keren die ik dat gekregen heb voor een patiënt kan ik op een 1 hand tellen. Het systeem is absoluut niet toegankelijk en wat ga je dan doen als aangepast werk. Voor de meeste jobs heb je een opleiding nodig. Dat kan je niet zomaar veranderen.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
   Ik denk dat het systeem niet klaar is voor België. Ik zie het alleszins niet zitten. Er zijn zo veel mensen waarvan ik denk: "Ga terug werken!" En ik denk niet dat dit systeem dat gaat veranderen. Neem nu iemand met rugpijn en je zegt daartegen dat die zittend werk kan doen. Die zal dan waarschijnlijk zeggen: "Als ik zit heb ik ook rugpijn". Als ze het niet willen doen maar je gaat ze verplichten gaan ze dat boycotten. Volgens mij helpt dat dus niet tenzij er een soort van sancties zijn wanneer het advies niet gevolgd wordt. En wat voor adviezen geven wij dan. Wij zijn daar niet voor opgeleid en zo specifiek weten wij toch ook niet wat de mensen doen op de werkplaats. Ik denk niet dat de werkgever dan content gaat zijn.
   Ik zie het eigenlijk echt niet zitten. Wat gaat de werkgever in sommige gevallen uitvinden als job? Dan moeten bedrijven zich echt fameus aanpassen.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Wij, als oudere generatie, zijn nu al jaren bezig. Wij kennen onze patiënten ondertussen en weten wat bij iemand wel en niet kan. Ik zie dat nu bij mijn jongere associés, die kan ik al waarschuwen. En dat komt met ervaring. Wij zijn ook ooit tegen de lamp gelopen. Ik vind dat jongere collega's meer openstaan en meer tijd nemen. Of misschien hadden we gewoon minder tijd. En de mentaliteit zou ook moeten veranderen. Iedereen heeft in zijn leven al eens rugpijn maar niet iedereen blijft daarvoor thuis. Het belangrijkste is dat de mensen graag gaan werken. Die mensen gaan veel minder profiteren van het systeem. En mensen die het echt niet willen, dat voel je al op voorhand aan.

Interview 10

1. Wat is uw mening over de stelling: "Werken draagt bij aan een goede gezondheid"?
   Ik denk dat dat binnen bepaalde mate, zeker en vast de waarheid is. Je moet natuurlijk genoeg tijd hebben voor andere zaken. Ik denk dat dat zowel voor mezelf als patiënten belangrijk is om je nuttig te voelen en een doel te hebben. Het kan soms wel negatief uitdraaien als het te veel wordt. Huisartsen weten dit waarschijnlijk wel goed genoeg. Als je je niet goed voelt in een bepaalde job, kan dat wel meespelen in de gezondheid in de omgekeerde richting. Maar dan nog blijft het belangrijk dat ze zich kunnen heroriënteren.

2. Maakt u in uw consultaties tijd om met uw patiënt te spreken over zijn/haar huidige job?
   Ik vraag daar toch wel regelmatig naar. Bij de meeste mensen is dat niet echt een probleem. Als jonge huisarts zie ik wel nog niet veel mensen die al langdurig op de ziekenkas staan en die je dan moet motiveren om terug aan het werk te gaan.

a. *Wat is het juiste moment hiervoor? (zowel het moment in de consultatie als het moment in een reeks consultaties)*
   Zeker en vast bij een kennismaking vraag ik daar regelmatig naar. Of als een kleine vraag tijdens de voorbereiding van het klinisch onderzoek. Ik kan niet zo goed tegen stilte. Of als ze met psychologische problemen komen. Of wanneer je arbeidsongeschiktheid moet uitschrijven, dan vraag ik daar ook naar. Neem nu een patiënt met een fasciitis plantaris. Als die een bureaujob doet, kan die gaan werken maar iemand die per dag verschillende kilometers moet afleggen ga ik eerder rust geven.

b. *Hoe uitgebreid bevraagt u de patiënt?*
   Dat hangt van de situatie af en van de tijdsdruk. Bijvoorbeeld bij orthopedische problematiek vraag ik wel wat dieper.

Bij psychologische problematiek probeer ik het ook dieper te bevragen. Maar ik zeg nogmaals, ik heb eigenlijk nog niet zo'n ervaring met dat soort problematiek. Als jonge arts zie ik nog vooral de acute problematiek.

c. *Wat zijn de hinderpunten om deze anamnese uit te voeren?*
Ik denk toch vooral tijdsdruk. Ik voel niet echt gêne om erover te praten en ik voel ook niet dikwijls weerstand van de kant van de patiënt. Tenzij ze bezig zijn met louche zaken, dan zijn ze daar niet zo open in.

d. *Wat zou u kunnen helpen hierin?*
Ik noteer het voor mezelf in het dossier. Zo kan dat gedeeld worden onder collega's en moet niet ieder voor zichzelf die anamnese doen. Dat bespaart tijd.

3. <u>In het traject met uw patiënt naar terug naar het werk…</u>

a. *Wanneer spreekt voor het eerst hierover en is dit (altijd) het beste moment?*
Ik zeg op voorhand hoe het er in de meeste gevallen uitziet. De meeste mensen hebben gemiddeld genomen zo lang nodig om terug aan het werk te geraken. Mijn patiënten accepteren dat wel. Soms vinden ze het zelfs te lang. Als het moment dan nadert, bereid ik de mensen wel voor. Ik vraag ze of het gaat en hoe ze de terugkeer naar het werk zien. Ik geef ze wat aanlooptijd want zo bruusk zeggen dat ze terug moeten gaan werken, kunnen we niet maken.

b. *Wat ondervindt u als hinderpalen?*
Dat hangt van de patiënt en de problematiek af. Bijvoorbeeld bij sommige patiënten met lage rugpijn merk ik dat dat wel een gevoelig punt is. Dan ben je de patiënt in sommige gevallen kwijt wanneer je er te diep op in gaat. Dat houdt me dan toch wel tegen om er te diep op in te gaan.

4. <u>Wat zijn over het algemeen uw gevoelens/bedenkingen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid op dit moment?</u>

a. *Wat zijn de positieve/negatieve punten aan het huidige systeem?*
Qua techniciteit is mijn grootste frustratie dat dat altijd op papier moet gebeuren en nog niet optimaal elektronisch kan. Ook een verlenging kan je nog niet elektronisch in orde brengen. Het systeem op zich is ook niet optimaal. Je bent wel wat afhankelijk van je patiënten en die inkomsten. De meeste patiënten zijn daar wel redelijk in en willen terug gaan werken maar er zijn er ook die met onredelijke voorstellen komen. Dat blok ik dan af en probeer ik te temporiseren. Ik geef u zo lang en dan zien we wel. Voor de kortdurende arbeidsongeschiktheid zou het onze workload ten goede komen wanneer het briefje daarvoor zou wegvallen. Het komt heel dikwijls voor dat mensen zich een dagje niet goed voelen en dan daarvoor naar de dokter moeten komen. Dan zijn we eigenlijk niet meer echt met geneeskunde bezig. Meestal voelen die zich toch beter op het moment dat ze komen. Dus dat mag er voor mij uitgehaald worden. Profiteurs heb je toch in elk systeem. Dus voor een paar dagen per jaar zie ik daar geen graten in. Vanaf drie dagen zou ik een attest voorstellen. Ik heb nog niet veel ervaring met langdurig zieken dus over dat systeem heb ik niet veel te zeggen. Ik heb een paar patiënten met burnout en die heb ik wel terug aan het werk gekregen. Nu, ik denk dat overleg tussen de spelers in dat veld wel kunnen lonen op lange termijn. Ik zou het helemaal niet erg vinden moest een controlegeneesheer of arbeidsgeneesheer me contacteren over een patiënt. Ongeacht de workload zou ik daar wel tijd voor maken.

b. *Wat zou uw ideale systeem zijn?*
Voor kortdurende zaken, denk ik dat het Nederlands systeem wel goed is. Dan kunnen wij ons bezig houden met echt medische problemen en niet met administratie. Het zou ook een grote besparing zijn wanneer elk briefje dat 25.5 euro of 29.5 kost, niet moest gedragen worden door de maatschappij. Voor langdurige onbekwaamheid,… ja, denk ik dat heroriëntatie in de meeste gevallen een meerwaarde kan zijn dus ik ben wel voorstander van dat nieuwe systeem.

5. <u>Zou er plaats zijn voor een ander systeem van attesteren? Is een hervorming wenselijk?</u>
Ik vind dat het systeem hervormd mag worden, toch wel hoor.

6. <u>Heeft u ooit gehoord over het Britse systeem: fit note's?</u>
Nog niet van gehoord, helemaal niet.

Uitleg over de werking van de fit note, zoals uitgeschreven onder titel 2.2.1 en 2.2.2

7. Na het horen van de uitleg, wat zijn uw eerste bedenkingen? (positief/negatief)
   Ik denk dat zo'n maybe fit attest toch wel enkele voordelen heeft. In de eerste plaats laat je aan de patiënt merken dat hij inderdaad beperkt is in zijn functioneren maar toch ook nog een aantal opties heeft. Dat kan een hulpmiddel zijn om het gesprek op gang te trekken. Zeven dagen vind ik precies wel lang voor er een attest nodig is. Maar over het algemeen lijkt het mij een goed doordacht systeem. Misschien is er wel samenspraak nodig met een arbeidsgeneesheer, als ik denk aan de adviezen die moeten gegeven worden. Dan blijft het ook tussen artsen en is er geen probleem met het beroepsgeheim. Ik zie mogelijks wel problemen als dat briefje dan rechtstreeks naar de werkgever gaat. Nu, als het naar de arbeidsgeneesheer gaat, moet de werkgever natuurlijk ook wel op de hoogte gebracht worden en dan zit je wel weer met de vertrouwelijkheid.

8. Zou een dergelijk systeem mogelijk zijn in België? Waarom wel of niet?
   Ik zou niet inzien waarom dit systeem geen plaats zou kunnen hebben in België mits een aantal praktische aanpassingen. Maar België kennende zal het niet snel gebeuren.

9. Zijn er tot slot nog opmerkingen die u graag wil meegeven?
   Veel succes en moed met de masterpaper! Verder is er niet direct nog iets dat ik hierover kwijt wil.