Ziekteattest en de job

Wat zijn de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?

Katrien Van Hoeymissen

i.s.m. Sofie Bourguignon en Bieke Vermeulen

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2016 – 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: Patiënten die niet kunnen gaan werken omwille van ziekte consulteren meestal in de eerste plaats hun huisarts. Het merendeel van de huisartsen vindt het schrijven van arbeidsongeschiktheid echter een lastige zaak. De beslissing tot arbeidsongeschiktheid en het inschatten van de duur van arbeidsongeschiktheid is immers een complex proces, waarbij de arts voor een deel moet vertrouwen op het verhaal van de patiënt.
Doelstelling: Dit onderzoek focust op de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid.
Methode: Dit onderzoek betreft een prospectief observationeel onderzoek. Enerzijds werd een literatuurstudie uitgevoerd op basis van bestaand empirisch onderzoek, anderzijds werden vragenlijsten afgenomen bij 121 huisartsen in de regio Belgisch Limburg en bij 127 patiënten, behorende tot de werkzame beroepsbevolking.
Resultaten: De meerderheid van de artsen ziet het schrijven van arbeidsongeschiktheid als materie waarover ze te weinig kennis hebben en waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden. Toch beschouwen de meeste artsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid als iets wat tot hun takenpakket behoort. Slechts een minderheid zou deze taak liever toekennen aan arbeidsgeneesheren, controleartsen of aan een onafhankelijke arts met een aparte opleiding hiervoor. Daarnaast ziet de meerderheid van de artsen een systeem van zelfcertificatie wel zitten. De meeste artsen geven aan de patiënt wel inspraak te geven in het schrijven van arbeidsongeschiktheid.
Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat de meerderheid van de artsen het schrijven van arbeids-ongeschiktheid ziet als materie waarover ze te weinig kennis hebben en waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden. Toch beschouwen de meeste artsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid als iets wat tot hun takenpakket en verantwoordelijkheid behoort. Centraal hierbij staat het creëren en beschermen van een goede arts-patiënt relatie. De arts-patiënt relatie is gebaseerd op wederzijds vertrouwen en de veronderstelling dat de huisarts handelt in het belang van de patiënt. Dit is een cruciale overweging en beïnvloedt vaak de praktijk van ziektecertificatie. Slechts een minderheid van de artsen zou het schrijven van arbeidsongeschiktheid liever toekennen aan arbeidsgeneesheren, controleartsen of aan een onafhankelijke arts met een aparte opleiding hiervoor. Een mogelijke oplossing naar de toekomst toe, is de huisarts meer houvast te geven door het opstellen van richtlijnen, een beter overleg te creëren met arbeids- en controlegeneesheren en de voor- en nadelen van arbeidsongeschiktheid te bespreken met de patiënt. Op deze manier kan men evolueren naar een proces van “shared decision making”, wat kan helpen om huisarts, patiënt en andere belanghebbenden op dezelfde golflengte te brengen en het spanningsveld tussen alle partijen te verkleinen.
Huisartsen houden bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid niet enkel rekening met het louter medische aspect, maar ook met familiale, sociale en niet-medische factoren. Zij hebben hierbij de inbreng van de patiënt nodig en dienen te vertrouwen op hetgeen de patiënt hen vertelt. Toch kon er in dit onderzoek geen significant verband tussen de inbreng van de patiënt en het aantal dagen arbeidsongeschiktheid aangetoond worden. Verder onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt dient zich dus aan.
Tot slot ziet de meerderheid van de artsen een systeem van zeflcertificatie zoals in Nederland wel zitten. Verder onderzoek dient uit te wijzen of een dergelijk systeem ook in België haalbaar is en eventueel kan zorgen voor een ontlasting van de huisartsen in drukke tijden.

Trefwoorden: arbeidsongeschiktheid, verwachtingen van de arts, verwachtingen van de patiënt, zelfcertificatie, shared decision making

Inhoudsopgave

Abstract **3**

Inleiding **5**

Methode **6**

Methode literatuurstudie *6*

Methode onderzoeksproject *7*

Resultaten **8**

Wat zijn de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? *8*

Parameters van de huisarts 8

Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid 8

Inbreng van de patiënt 9

Systeem van ziekteattestering 9

Mening over de duur van arbeidsongeschiktheid 9

Eerste getuigschrift of verlenging 9

Factoren waarmee rekening gehouden werd bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid 9

Effect van patiënt-afhankelijke factoren op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid 10

Discussie **13**

Wat zijn de verwachtingen van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? *13*

Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid 13

Eerste attest of verlenging 15

Inbreng van de patiënt 15

Parameters van de huisarts 15

Beperkingen van de studie *15*

Conclusie **17**

Referentielijst **18**

Bijlagen **20**

Informatieformulier voor patiënt *20*

Toestemmingsformulier *21*

Algemene vragenlijst huisarts *22*

Specifieke vragenlijst huisarts *24*

Vragenlijst patiënt *25*

Goedgekeurd protocol *30*

Gunstig advies Ethische Commissie *33*

Inleiding

Momenteel zijn bijna 320.000 werknemers meer dan 28 dagen ziek in ons land. Dit is goed voor net geen 5 miljard euro aan uitkeringen, wat arbeidsongeschiktheid bijna even duur maakt dan werkloosheid (1). Al sinds geruime tijd is men zich meer bewust van dit probleem en wordt er door de overheid en sociale partners druk gediscussieerd over een nieuwe aanpak. Langdurige ziekte heeft een hoog prijskaartje voor de sociale zekerheid, voor de werkgever, maar zeker ook voor de persoon die arbeidsongeschikt is. Onderzoek toont aan dat langdurige ziekte leidt tot inkomstenverlies, sociaal isolement, verminderde eigenwaarde en vaak tot nog meer gezondheidsproblemen (2). Hoe langer iemand arbeidsongeschikt is, hoe moeilijker de terugkeer naar de werkvloer is (2, 3).

Om oplopende kosten voor de maatschappij en bijkomend lijden van de patiënt door langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen, heeft men prognostische factoren nodig die beïnvloedbaar zijn en die toelaten patiënten met een hoog risico te identificeren. Momenteel bestaan er echter geen 'key questions' die toelaten te besluiten of een bepaalde patiënt een hoog risico loopt op langdurige arbeidsongeschiktheid of niet (4). Onderzoek heeft wel aangetoond dat de verwachte hersteltijd beïnvloed wordt door verschillende demografische en klinische gegevens, maar ook door angst, pijn, ideeën en verwachtingen (4). Zo heeft men geconcludeerd dat bij lage rugpijn demografische en klinische factoren die voorbestemmen tot chroniciteit zowel door de arts als door de patiënt gebruikt worden om de tijd tot herstel te voorspellen (4).

Het voorspellen van de duur van arbeidsongeschiktheid is zowel voor de arts als voor de patiënt een moeilijke opgave. Uit onderzoek blijkt dat arts en patiënt slechts in 25% van de gevallen overeenkomen in wat de verwachte duur van arbeidsongeschiktheid betreft (5). Bovendien komt ook de initieel verwachte duur van arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald tijdens het eerste consult, vaak niet overeen met de werkelijke duur van arbeidsongeschiktheid, en dit zowel voor arts als patiënt (5). Patiënten zijn beter in het voorspellen van langdurige arbeidsongeschiktheid dan artsen. Artsen kunnen dan weer beter middellange arbeidsongeschiktheid voorspellen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de arts tijdens het eerste consult vooral rekening houdt met het medische aspect en dat pas later werk gerelateerde factoren aan bod komen. Patiënten, in tegenstelling tot artsen, hebben van in het begin ook kennis over andere factoren zoals pijnbeleving, gelijkaardige ervaringen uit het verleden en verschillende omgevings- en werk gerelateerde aspecten (5, 6). Ook het arbeidsongeschikt zijn zelf kan een invloed hebben op de motivatie van de patiënt en zijn/haar vertrouwen in de terugkeer naar de werkvloer (2, 3, 5). Deze bevindingen tonen aan dat het belangrijk is om van in het begin de mening van de patiënt alsook omgevings- en werk gerelateerde aspecten mee te nemen, om zo het herstelproces te bespoedigen (5). De ontwikkeling van een gestandaardiseerde methode om de duur van arbeidsongeschiktheid accuraat te voorspellen zou daarom nuttig zijn (5).

In dit onderzoek wordt nagegaan wat de verwachtingen zijn van de arts en de patiënt bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast wordt bekeken in welke mate de verwachtingen van arts en patiënt overeenkomen om zo eventueel een gefundeerd voorstel te geven voor een hervorming van het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.

De onderzoeksvraag wordt als volgt geformuleerd: "Wat zijn de verwachtingen van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?"

Methode

Methode literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werden artikels opgezocht via de databank PubMed. Er werd gebruik gemaakt van de Mesh-termen 'sick leave', 'general practioner' en 'patients'. Verder werd de database ook doorzocht zonder gebruik te maken van Mesh-termen met in de zoekfunctie volgende termen: 'sick certification', 'patients expectations', 'general practioners expectations', 'predictions of length of sick leave' en 'self-certification of sick leave'.

De Mesh-termen 'sick leave' AND 'general practioner' leverden 60 resultaten op, waarvan er 6 artikels weerhouden werden op basis van titel en abstract. De Mesh-termen 'sick leave' en 'patients' leverden 33 artikels op, waarvan er nog 1 artikel weerhouden werd op basis van titel en abstract.

Een zoektocht in Pubmed, zonder gebruik van mesh-termen, met in de zoekfunctie 'sick certification' leverde 302 artikels op, waarvan er 9 weerhouden werden op basis van titel en abstract. Zoeken met in de zoekfunctie 'patients expectations and sick leave' gaf 70 resultaten, waarvan 4 artikels weerhouden werden op basis van titel en abstract. Zoeken met in de zoekfunctie 'general practioners expectations and sick leave' gaf 2 resultaten, waarvan er geen enkel artikel weerhouden werd. Zoeken met in de zoekfunctie 'prediction of length of sick leave' gaf 7 artikels, waarvan er 1 weerhouden werd op basis van titel en abstract. Het zoeken op 'self certification of sick leave' gaf 24 resultaten, waarvan er nog 1 artikel weerhouden werd op basis van titel en abstract.

Verder werd er ook gezocht op de website van Domus Medica met de zoekterm 'arbeidsongeschiktheid'. Hieruit werd 1 artikel geselecteerd.

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werden met de zoekterm 'arbeidsongeschiktheid' 591 resultaten gevonden, waarvan er 1 artikel weerhouden werd op basis van de titel. In Huisarts en Wetenschap konden geen artikels weerhouden worden na zoeken op 'arbeidsongeschiktheid'. Het 'Tijdschrift voor Geneeskunde' vond 11 artikels na zoeken op 'arbeidsongeschiktheid'. Hiervan werd geen enkel artikel weerhouden.

Via deze zoektocht werden 23 bruikbare artikels weerhouden.
Voor Belgische gegevens rond arbeidsongeschiktheid werd gezocht naar gegevens vanuit het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsuitkering.

Methode onderzoeksproject

De registratie voor het projectonderzoek vond plaats in huisartsenpraktijken in regio Belgisch Limburg. Het onderzoek is een prospectief observationeel onderzoek.
De patiëntenpopulatie die in aanmerking kwam voor inclusie in de studie, behoorde tot de werkzame beroepsbevolking (mannen en vrouwen tussen 18 en 65 jaar). Er werd aan 104 huisartsen gevraagd om deel te nemen aan een vragenlijst. De huisartsen werden gecontacteerd via telefoon, e-mail en bij contact op gemeenschappelijke activiteiten. 31 toonden initiatief om deel te nemen, 29 huisartsen deden effectief mee.

Aan de huisartsen werd gevraagd om na elke consultatie waarin hij/zij een ziekteattest maakte, de patiënt uit te nodigen om deelnemen aan de vragenlijst. In totaal kreeg elke huisarts 5 bundels van vragenlijsten om 5 patiënten te includeren. Eer werd een standaardformulier gemaakt met uitleg over het onderzoek en een informed consent. Dit formulier liet de huisarts ondertekenen door de patiënt voor deelname. Bij elke bundel zat 1 A4 met 5 vragen voor de huisarts over de consultatie. Verder bestond de bundel uit 26 vragen voor de patiënt waarvan 8 vragen over de demografische gegevens van de patiënt, 6 vragen over de werkomstandigheden, 1 vraag over de gezondheidstoestand, 9 vragen over de consultatie, 2 vragen over arbeidsongeschiktheid. De huisartsen kozen zelf hoe ze het invullen van de vragenlijst praktisch lieten verlopen. 127 patiënten namen deel aan de vragenlijst.

Daarnaast was er een algemene vragenlijst voor de huisarts die hij/zij slechts 1 maal invulde. De vragenlijst ging over de drempels, gedachten en ideeën over het systeem van het ziekteattest in België. Deze vragenlijst werd online ingevuld. Het waren 11 vragen, waarvan 5 vragen over de parameters van de arts en 6 algemene vragen over arbeidsongeschiktheid. Hiervoor werden huisartsen en haio's uit Vlaanderen gecontacteerd. Er werd naar 114 huisartsen een uitnodiging tot deelname via e-mail gestuurd en er werd een bericht gepost in de besloten groep van haio's op Facebook. Hiermee werden 176 haio's bereikt. Er namen 121 huisartsen en haio's deel.

Wat zijn de verwachtingen van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?
Om deze onderzoeksvraag te behandelen werden huisartsen d.m.v. vragenlijsten bevraagd naar hun verwachtingen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Hierbij werd gebruik gemaakt van een algemene vragenlijst die de parameters (geslacht, leeftijd, ervaring, praktijkvorm) van de huisarts en enkele algemene vragen over arbeidsongeschiktheid (problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid, inbreng van patiënt, systeem van ziekteattestering) omvatte. Daarnaast werd aan 104 huisartsen gevraagd een specifieke vragenlijst in te vullen voor elke patiënt die arbeidsongeschikt was en toestemde deel te nemen aan dit onderzoek. In deze vragenlijst werd de huisarts bevraagd over de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid (mening over de duur, eerste attest of verlenging, inbreng van de patiënt) en de factoren die hierbij een rol speelden.

Resultaten

Wat zijn de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?

Parameters van de huisarts

		Aantal	%
Geslacht	Man Vrouw	54 65	45,38 54,62
Leeftijd	20-29j 30-39j 40-49j 50-59j 60-69j ≥ 70j	43 22 15 22 15 2	36,13 18,49 12,61 18,49 12,61 1,68
In opleiding	Ja Nee	30 89	25,21 74,79
Aantal jaren werkzaam als huisarts	< 5j 5-10j 10-20j 20-30j > 30j	50 10 14 18 27	42,02 8,40 11,76 15,13 22,69
Praktijkvorm	solopraktijk duopraktijk groepspraktijk netwerk waarvan wijkgezondheidscentrum	19 22 73 5 2	15,97 18,49 61,34 4,20

Tabel 5: Parameters van de huisarts

Aan de algemene vragenlijst voor huisartsen namen 119 artsen deel, waarvan 54,62% vrouwen en 45,38% mannen. De artsenpopulatie was een eerder jonge populatie, waarbij 36,13% tussen 20-29 jaar was, 18,49% tussen 30-39 jaar, 12,61% tussen 40-49 jaar, 18,49% tussen 50-59 jaar, 12,61% tussen 60-69 jaar en 1,68% was 70 jaar of ouder. 25,21% van de ondervraagde artsen waren huisartsen in opleiding. De meerderheid van de artsen waren minder dan 5 jaar werkzaam (42.02%). De ervaring van de overige artsen lag ongeveer gelijk gespreid tussen de 5-30 jaar. 61,34% werkte in een groepspraktijk, 18,49% in een duopraktijk, 15,97% in een solopraktijk en 4,20% in een netwerk. 2 huisartsen waren werkzaam in een wijkgezondheidscentrum.

Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid

Problemen bij attesteren van arbeidsongeschiktheid:	Aantal	%
o Gebrek aan kennis over wat wettelijk mogelijk is ivm aangepast werk	67	56.30
o Medewerking van het bedrijf wat betreft aangepast werk	66	55.46
o Samenwerking met arbeidsgeneesheren en controleartsen	64	53.78
o Onduidelijkheid omtrent arbeidsmogelijkheden van patiënt	55	46.22
o Onduidelijkheid omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid van patiënt	49	41.18
o Geen tijd om de aanpak van goede terugkeer naar werkvloer te begeleiden	33	27.73
o Verwachtingen van patiënt komen niet overeen met die van arts	5	4.20
o Concurrentie tussen artsen/ doktershopping	4	3.36
o Patiënt heeft geen vaste huisarts	1	0.08
o Geen problemen	7	5.88
Inbreng van de patiënt		
o Ja	107	89.92
o Neen	12	10.08
Systeem van zelfcertificatie zoals in Nederland ook in België?		
o Ja	84	70.59
o Neen	30	25.21
o Andere	5	4.20

Tabel 6: Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid

De voornaamste problemen die huisartsen hebben bij het uitschrijven van arbeidsongeschiktheid waren: gebrek aan kennis over wat wettelijk mogelijk is i.v.m. aangepast werk (56,30%), medewerking van het bedrijf wat betreft aangepast werk (55,46%), samenwerking met arbeidsgeneesheren en controleartsen (53,78%), onduidelijkheid omtrent arbeidsmogelijkheden van patiënt (46,22%), onduidelijkheid omtrent de duur van de arbeidsongeschiktheid van patiënt (41,18%) en geen tijd om de aanpak van een goede terugkeer naar de werkvloer te begeleiden (27,73%).
5,88% van de bevraagde artsen zei geen problemen te ondervinden bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.

Inbreng van de patiënt

107 (89,92%) huisartsen zei dat de patiënt inbreng had in het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid. 12 (10,08%) huisartsen zeiden dat de patiënt hierbij geen inbreng had.

Systeem van ziekteattestering

De meerderheid van de deelnemende huisartsen (70.59%; n=84) vond dat het systeem van zelfcertificatie zoals in Nederland ook in België moet worden ingevoerd. In dergelijk systeem is geen ziekteattest nodig voor de eerste dagen arbeidsongeschiktheid. 25,21% (n=30) van de huisartsen zag dit niet zitten en 4,20% (n=5) antwoordde 'andere'.

We lieten op het einde van de vragenlijst toe om opmerkingen achter te laten, hierop kwam volgende reactie: 7 huisartsen wilden een betere samenwerking tussen arbeidsgeneesheer, controlearts, huisarts, patiënt en werkgever, 2 huisartsen wilden een systeem van onbetaalde arbeidsongeschiktheid, 2 huisartsen waren voor het systeem van zelfcertificatie, 2 huisartsen vroegen de mogelijkheid tot anonieme melding bij vermoeden van onterechte arbeidsongeschiktheid, 1 huisarts wilde de invoering van een geschiktheidsattest, 1 huisarts pleitte om patiënten meer te sensibiliseren wat betreft arbeidsongeschiktheid en 1 huisarts vroeg de invoering van een uniform attest voor arbeidsongeschiktheid.

Mening over de duur van arbeidsongeschiktheid

Van de 127 deelnemende huisartsen verwachtten er 104 (81.89%) dat de patiënt binnen de 4 weken zijn huidige job opnieuw zou kunnen uitoefenen. 23 artsen (18,11%) verwachtten dit niet.

Eerste getuigschrift of verlenging

90 huisartsen (70.87%) schreven een eerste getuigschrift, 37 huisartsen (29.13%) schreven een verlenging. Dit komt overeen met de antwoorden van de patiënten.

Factoren waarmee rekening gehouden werd bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid

De belangrijkste factoren waarmee huisartsen rekening hielden bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid zijn de volgende: objectieve klinische bevindingen (81,10%), subjectieve ernst van de klachten (80,31%), fysiek zware job (37,01%), leeftijd van de patiënt (11,81%), andere ziekten (9,45%), familiale omstandigheden (7,87%), mentaal zware job (7,87%), de mogelijkheid van aangepast werk (7,09%), verantwoordelijke functie op het werk (4,72%), verplaatsing naar het werk (3,9%), relatie met de baas en/of collega's (3,15%), besmetten van collega's of kwetsbare personen (2,36%) en de mening van de patiënt (1,57%). Weinig medezeggenschap op het werk, financiële situatie en wachttijd voor de specialist werd telkens 1 keer (0,79%) als factor opgegeven.

Effect van patiënt-afhankelijke factoren op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid

Er werd een multivariaat analyse uitgevoerd. Hierbij werden 55 van de 127 observaties gebruikt in de analyse. De afhankelijke variabele in deze analyse was het aantal dagen arbeidsongeschiktheid. Verder werden ook 7 onafhankelijke variabelen gebruikt in de analyse: de mening van de patiënt over het aantal dagen arbeidsongeschiktheid die de huisarts schreef; de inbreng van de patiënt bij het uitschrijven van het ziekteattest met 2 opties namelijk, patiënt vond dat hij inbreng had of vond dat hij geen inbreng had; de vraag of de patiënt de huisarts ook had geconsulteerd moest er geen ziekteattest nodig zijn, met 3 opties namelijk ja, nee en misschien; of de huisarts rekening hield met bepaalde factoren bij het uitschrijven van een ziekteattest met 2 opties namelijk ja of nee; met welke factoren de huisarts rekening hield volgens de patiënt, met 8 opties namelijk leeftijd, andere ziekten, verplaatsing naar werk, fysiek zware job, mentaal zware job, familiale omstandigheden, verantwoordelijke functie op het werk, besmettingsrisico; de vraag of de patiënt de indruk had dat overleggen over het ziekteattest een negatieve invloed heeft op de arts-patiënt relatie met 4 opties namelijk helemaal akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord, helemaal niet akkoord; wie volgens de patiënt het best de duur van de arbeidsongeschiktheid kon inschatten met 4 opties namelijk ikzelf, de huisarts, ikzelf in overleg met de huisarts, specialist.
Geen enkele van deze onafhankelijk variabelen had een significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid.

Er werd tevens een multivariaat analyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele het aantal dagen arbeidsongeschiktheid dat de arts voorschreef en 6 onafhankelijk variabelen. 125 van de 127 observaties konden voor deze analyse gebruikt worden. De onafhankelijk variabelen waren eerste getuigschrift of verlenging; de inbreng van de patiënt bij het bepalen van het aantal dagen arbeidsongeschiktheid met 2 opties namelijk ja of neen; het geslacht van de patiënt met 2 opties namelijk man of vrouw; de jobomschrijving van de patiënt met 7 opties namelijk in opleiding, interimaris, arbeider loontrekkend, arbeider ambtenaar, bediende loontrekkend, bediende ambtenaar, invalide; de sector waarin de patiënt is tewerkgesteld met 17 opties namelijk sector ambachten, sector milieu, voedingssector, verkoopsector, transportsector, textielsector, schoonmaaksector, onderwijssector, metaalsector, gezondheidszorg, informaticasector, horecasector, bouwsector, chemiesector, bewakingssector, bediendesector, autosector; het type arbeidscontract van de patiënt met 3 opties namelijk van bepaalde duur, van onbepaalde duur, vastbenoemd.

Een eerste ziekteattest of een verlenging had een significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid (p-waarde = <0,001), gemiddeld schreef de arts 4,13 dagen als eerste ziekteattest en 33,11 dagen als verlenging.

De leeftijd en het diploma van de patiënt hadden een significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid (p-waarde = <0,0001, resp p-waarde = 0,0012).

De jobomschrijving van de patiënt had een significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid (p-waarde <0,0001), gemiddeld schreef de arts voor een patiënt in opleiding 11 dagen arbeidsongeschiktheid, voor een interimaris 7 dagen arbeidsongeschiktheid, voor een arbeider loontrekkende 7,89 dagen, voor een arbeider ambtenaar 34,60, voor een bediende loontrekkend 10,79 dagen, voor een bediende ambtenaar 4 dagen, voor een invalide 365 dagen (n = 1).

De inbreng van de patiënt, alsook het type arbeidscontract en het geslacht hadden geen significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid.

De sector waarin de patiënt is tewerkgesteld had een significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid (p-waarde 0,0031). Gemiddeld schreef de arts 3 dagen

arbeidsongeschiktheid voor een patiënt die tewerkgesteld is in de sector ambachten (n=1), 365 dagen in milieusector (n=1), 9,20 dagen in de voedingssector (n=5), 4,45 dagen in de verkoopsector (n=11), 8,33 dagen in de transportsector (n=9), 38 dagen in de textielsector (n=3), 9,53 dagen in de schoonmaaksector (n=17), 3,20 dagen in de onderwijssector (n=10), 5,38 dagen in de metaalsector (n=8), 18,67 dagen in de gezondheidssector (n=18), 2,66 dagen in de informaticasector (n=3), 48 dagen in de horecasector (n=3), 10,75 in de bouwsector (n=8), 5 dagen in de chemiesector (n=3), 3 dagen in de bewakingssector (n=1), 4,84 dagen in de bediendesector (n=19), 10,50 dagen in de autosector (n=6).

sector	**aantal dagen arbeidsongeschiktheid door huisarts opgegeven**	n=
ambachten	3	1
milieu	365	1
voeding	9,20	5
verkoop	4,45	11
transport	8,33	9
textiel	38	3
schoonmaak	9,53	17
onderwijs	3,20	10
metaal	5,38	8
gezondheid	18,67	18
informatica	2,66	3
horeca	48	3
bouw	10,75	8
chemie	5	3
bewaking	3	1
bediende	4,84	19
auto	10,50	6

Tabel 7: Aantal dagen arbeidsongeschiktheid per sector

Er werd een multivariate analyse uitgevoerd met als afhankelijke variabele het aantal dagen arbeidsongeschiktheid dat de arts voorschreef en 6 onafhankelijk variabelen. Hiervoor werden 118 van de 127 observaties gebruikt. De volgende onafhankelijk variabelen werden gebruikt: het geslacht van de huisarts, met 2 opties namelijk man of vrouw; of de huisarts in opleiding was met 2 opties namelijk ja of neen; in welke praktijkvorm de huisarts werkte met 4 opties namelijk in een solopraktijk, in een duopraktijk, in een groepspraktijk of in een netwerk; of de huisarts het systeem zoals in Nederland ziet zitten in België met 3 opties namelijk ja, neen, misschien; of de huisarts het als zijn taak ziet om arbeidsongeschiktheid uit te schrijven met 2 opties namelijk ja en neen; of de patiënt inbreng had in het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid volgens de huisarts

Of de huisarts in opleiding was of niet had een significant effect op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid (p-waarde 0,0975), een huisarts in opleiding gaf gemiddeld 8,76 dagen arbeidsongeschiktheid en een huisarts gaf gemiddeld 14,85 dagen.

Als de huisarts het als zijn taak ziet om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven, gaf hij gemiddeld 15,831 dagen arbeidsongeschiktheid en als hij het niet als zijn taak ziet, gemiddeld 4,78 dagen.

De andere onafhankelijk variabelen hadden geen significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid.

Discussie

Wat zijn de verwachtingen van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?

Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid

Patiënten die niet kunnen gaan werken omwille van ziekte consulteren meestal in de eerste plaats hun huisarts (10). Dit maakt het schrijven van arbeidsongeschiktheid tot een belangrijke taak van de huisarts (11). Nochtans is er geen wetenschappelijk evidentie over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid, waardoor dit een moeilijke taak is voor vele huisartsen (12-14). Zo zegt meer dan 90% van de artsen in dit onderzoek problemen te ondervinden bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Dit komt overeen met de literatuur, waar beschreven wordt dat de meerderheid van de artsen bijna wekelijks problemen bij het schrijven van arbeids-ongeschiktheid ervaart (15-19). In het huidig onderzoek worden voornamelijk gebrek aan kennis over wat wettelijk mogelijk is, de medewerking van het bedrijf wat betreft aangepast werk, onduidelijkheid omtrent de arbeidsmogelijkheden en de samenwerking met arbeidsgeneesheren en controleartsen als problemen aangekaart. Dit komt overeen met de meest voorkomende problemen die beschreven worden in de literatuur. Men spreekt daar over het beoordelen van de werkcapaciteit, het inschatten van de duur van arbeidsongeschiktheid, het bestaan van tegenstrijdige belangen tussen huisartsen, arbeidsgeneesheren en controleartsen en het optreden van conflicten tussen arts en patiënt wat betreft het attesteren van arbeidsongeschiktheid (11, 12, 15, 16, 20).
Het ziekteattest wordt vaak als bron van conflict gezien tussen de huisarts en patiënt, maar ook tussen de huisarts en andere belangengroepen (13, 16). Enerzijds is er veel maatschappelijke druk om zo restrictief mogelijk om te gaan met het toekennen van ziekteattesten, anderzijds heeft de arts een vertrouwensrelatie met de patiënt (17). De arts bevindt zich bijgevolg in een moeilijke positie: hij is verdediger van de patiënt, maar tegelijk gatekeeper van de gezondheidszorg (12, 16, 17). Dit leidt mogelijk tot een spanningsveld tussen deze twee rollen wanneer de belangen van de patiënt en de regelgeving niet overeenstemmen (11, 16, 18, 20). Hoewel de huisarts soms dit dubbele gevoel ervaart bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid, kiest hij volgens voorgaand onderzoek meestal wel om de verdediger van de patiënt te zijn, in plaats van gatekeeper van de gezondheidszorg (16, 18). Dit zelfs ondanks dat veel huisartsen ervan op de hoogte zijn dat het schrijven van arbeidsongeschiktheid negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheid van de patiënt (14, 21). De voorkeur naar verdediger van de patiënt is mogelijks gebaseerd op het feit dat de huisarts de arts-patiëntrelatie niet in gevaar wil brengen. De arts-patiëntrelatie is gebaseerd op wederzijds vertrouwen en de veronderstelling dat de huisarts handelt in het belang van de patiënt. Dit is een cruciale overweging en beïnvloedt vaak de praktijk van ziektecertificatie (7, 21). Dit onderzoek toont echter aan dat de overgrote meerderheid van de patiënten van mening is dat overleggen over de duur van arbeidsongeschiktheid geen negatieve invloed heeft op de arts-patiëntrelatie (86,61%). Ook de literatuur bevestigt dit (7, 21). Patiënten zijn zich namelijk erg bewust van misbruik van het systeem en begrijpen dat de huisarts er zeker van moet zijn dat het ziekteattest oprecht is (7, 21). Hieruit kan men suggereren dat de angst om de arts-patiëntrelatie in gevaar te brengen een onnodige bezorgdheid van de arts is.
Ondanks dat huisartsen de taak om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven als lastig ervaren binnen hun praktijkvoering, is de meerderheid (77,31%) het er, net zoals in de literatuur, wel mee eens dat het tot hun takenpakket behoort (13, 16, 17). Dit is waarschijnlijk vooral te verklaren door het feit dat de huisarts het meest vertrouwd is met de patiënt en zijn/haar voorgeschiedenis (18). Van de huisartsen die het niet als hun taak zien, vindt 12,39% dat deze taak het meest voor de arbeidsgeneesheer is weggelegd. 5,78% vindt de controlearts de geknipte persoon en evenveel huisartsen vinden dat een onafhankelijke arts met een aparte opleiding hiervoor geschikt zou zijn. Ook deze bevindingen vinden we terug in de literatuur. Zo suggereert een deel van de huisartsen het alternatief van een autoritair individu naar waar ze

patiënten kunnen doorverwijzen voor het schrijven van arbeidsongeschiktheid (16, 18). Andere suggesties zijn een autoritair agentschap of een professional voor het afhandelen van complexe casussen, of een uitbreiding van de autoriteit om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven naar kinesitherapeuten en/of verpleegkundigen (8).
De tegenstrijdige belangen van huisartsen, arbeidsgeneesheren en controleartsen maakt dat deze laatsten het vertrouwen in de huisarts als gatekeeper van de gezondheidszorg soms verliezen (13). Huisartsen worden ervan beschuldigd hun taak niet correct uit te voeren (22). Men gaat ervan uit dat huisartsen te vrijgevig zijn in het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en dat ze patiënten te vaak het voordeel van de twijfel geven (22). Daarnaast zou recent onderzoek ook aantonen dat twee derde van de werkgevers de arbeidsgeneesheer, en niet de huisarts, het best geschikt vinden om het werkvermogen van de patiënt in te schatten (8).
De beslissing tot arbeidsongeschiktheid en het inschatten van de duur van arbeidsongeschiktheid is een complex proces (16, 20, 22). Artsen moeten niet alleen bepalen of de klachten van patiënten veroorzaakt worden door een medische aandoening, maar ook of de functionele beperkingen die daaruit voortvloeien ernstig genoeg zijn om hun job niet te kunnen uitoefenen (17, 22). Naast de objectieve klinische bevindingen, beïnvloeden ook de psychosociale omstandigheden de manier waarop patiënten omgaan met hun klachten (17). Bij de beslissing tot arbeidsongeschiktheid en de duur ervan dienen artsen dus te vertrouwen op het verhaal van de patiënt en zijn/haar inschatting om al dan niet te kunnen werken. Deze bevindingen ziet men terug in de resultaten van dit onderzoek, waarbij meer dan 80% van de ondervraagde artsen zegt rekening te houden met objectieve klinische bevindingen, 80% zegt ook de subjectieve ernst van de klachten mee in rekening te brengen en meer dan een derde houdt rekening met een fysiek zware job. Daarnaast worden ook de leeftijd van de patiënt, andere ziekten, familiale omstandigheden, een mentaal zware job en de relatie met de baas en/of collega's als bepalende factoren vermeld. Het werkvermogen wordt volgens de huisarts dus niet enkel bepaald door objectieve ziektetekens.
Hierbij aansluitend toont het huidige onderzoek een significant verband aan tussen het aantal dagen arbeidsongeschiktheid en de sector waarin de patiënt is tewerkgesteld. Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid wordt significant beïnvloed door de aanwezigheid van snelle en voortdurende lichamelijke inspanning op het werk. De sectoren waarin de meeste dagen arbeidsongeschiktheid per ziekteattest worden gegeven, worden meestal gekenmerkt door snelle en voortdurende lichamelijke inspanning. Zo krijgen patiënten werkzaam in de horeca, gezondheidszorg, bouw, autosector, schoonmaaksector en voedingssector het hoogste aantal dagen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. Dit ligt in de lijn van de resultaten beschreven in de literatuur (9).
Uit voorgaand onderzoek blijkt dat artsen vaak ook onnodig lange arbeidsongeschiktheid voorschrijven omwille van niet-medische redenen (11, 13). Een Zweedse studie met 2516 huisartsen toont aan dat de meerderheid van de huisartsen vermeldt dat ze minstens maandelijks een onnodig lange arbeidsongeschiktheid voorschrijven (11). Het gaat in deze gevallen vaak om factoren die de huisarts zelf niet in de hand heeft, zoals lange wachttijden voor medische onderzoeken, behandelingen of revalidatie (13). Ook wachttijden bij de verzekeringsinstellingen of de werkgever zorgen soms voor langdurige arbeidsongeschiktheid (13). In dit onderzoek werd eveneens arbeidsongeschiktheid voorgeschreven op basis van niet-medische redenen zoals de financiële situatie van de patiënt, de wachttijd voor de specialist, weinig medezeggenschap op het werk en verplaatsing naar het werk.
In Zweedse studies werd verder nog aangetoond dat er grote onderlinge verschillen zijn tussen artsen onderling bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid (12, 14). In de studie van Englund L, et al verschilde het aantal dagen van arbeidsongeschiktheid zelfs van 8 tot 71 dagen voor eenzelfde casus (14).

Eerste attest of verlenging

Dit onderzoek toonde een significant verband tussen het aantal dagen arbeidsongeschiktheid en een eerste attest of een verlenging. Dit is in lijn met de gegevens uit de literatuur (5). Hier wordt immers beschreven dat de initieel verwachte duur van arbeidsongeschiktheid, zoals bepaald tijdens het eerste consult, vaak niet overeenkomt met de werkelijke duur van arbeidsongeschiktheid (5). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de arts tijdens het eerste consult vooral rekening houdt met het medische aspect en dat pas later werkgerelateerde factoren aan bod komen (5).

Inbreng van de patiënt

Op basis van de bevindingen uit deze studie kan men suggereren dat de arts de inbreng van de patiënt nodig heeft voor het zo correct mogelijk inschatten van de nood tot arbeids-ongeschiktheid en de duur ervan. In ons onderzoek zegt bijna 90% van de huisartsen dat de patiënt inbreng had in het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid. Toch kon er geen significant verband tussen de inbreng van de patiënt en het aantal dagen arbeidsongeschiktheid aangetoond worden. Ook in de literatuur kan hierover geen uitsluitsel gegeven worden (14, 18, 23).

Parameters van de huisarts

Naast de patiënt-gerichte factoren lijken er ook enkele arts-gerichte factoren een invloed te hebben op het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Zo zou het geslacht van de arts een mogelijke invloed kunnen hebben op het aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid. Onderzoek toonde namelijk aan dat mannelijke artsen vaker onnodig lange periodes van arbeidsongeschiktheid voorschrijven in vergelijking met hun vrouwelijke collega's (11). Dit vooral om conflictsituaties te vermijden. Vrouwelijke artsen zouden een meer patiëntgerichte houding en communicatie hanteren dan de mannen en hierdoor beter met conflictsituaties kunnen omgaan (11). In dit onderzoek kon echter geen significant verband tussen het geslacht van de arts en het aantal dagen arbeidsongeschiktheid gevonden worden.
Verder blijkt uit de huidige resultaten het huisarts-in-opleiding zijn een significant effect te hebben op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid. Zo schrijven huisartsen in opleiding gemiddeld 8,76 dagen voor, terwijl huisartsen gemiddeld 14,85 dagen voorschrijven. Deze bevinding vindt men ook terug in de literatuur. Verschillende studies suggereren dat oudere en meer ervaren huisartsen sneller geneigd zijn om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven (11, 15-17). Een mogelijke verklaring is dat meer ervaren huisartsen een hechtere band hebben met hun patiënten en dat ze deze niet in gevaar willen brengen door een ziekteattest te weigeren. Zo schrijven artsen die niet fulltime werken ook meer arbeidsongeschiktheid voor aan hun patiënten (17). Het zou interessant zijn bijkomende verklaringen voor deze bevindingen te achterhalen in nieuw onderzoek.

Beperkingen van de studie

Er waren geen richtlijnen voor de huisartsen om patiënten te rekruteren en de vragenlijst te laten invullen. Sommige huisartsen gaven de vragenlijst mee en vroegen om die terug binnen te brengen, de secretaresse belde de patiënt soms op ter herinnering. Andere huisartsen lieten de vragenlijst in de wachtzaal of bij de secretaresse invullen. Nog andere huisartsen lieten de vragenlijst op het kabinet invullen. Er is geen zicht op het aantal patiënten dat werd aangesproken door de huisartsen en de response rate. Door het gebrek aan rekruteringsrichtlijnen kozen huisartsen mogelijks bepaalde patiënten uit om deel te nemen aan de studie. Hierover was er geen controle, maar gezien de goede verdeling in demografische gegevens bij de patiëntenpopulatie lijkt deze bias beperkt. De patiënten met langdurige arbeidsongeschiktheid zijn wel duidelijk onderbevraagd in deze studie, hierover kan dus geen eenduidige uitspraak gedaan worden.

Mogelijks werd de patiënt ook beïnvloed door andere factoren naast de bevraagde factoren.
De Belgische studies zijn zeer beperkt, waardoor de gebruikte literatuur voornamelijk bestaat uit studies uit Zweden en Groot-Brittanië. Aangezien het Zweedse en Britse gezondheidszorgsysteem verschilt met dat in België, moet men voorzichtig zijn om een vergelijking te maken.
Er werd niet aan de patiënt gevraagd wat de reden van arbeidsongeschiktheid was. Dit had nochtans interessant kunnen zijn, aangezien de literatuur aantoont dat de kans op arbeidsongeschiktheid drie maal zo groot is bij locomotorische klachten (17). Terwijl er een sterke daling in arbeidsongeschiktheid werd gezien wanneer de artsen een somatische oorzaak vonden voor de klachten van de patiënt (17). Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat een duidelijk somatische oorzaak van de klachten het gemakkelijker voor de huisarts maakt om zowel de functionele beperkingen als het potentieel van de patiënt te evalueren en zich dus, in sommige gevallen, kan onthouden van een ziekteattest te schrijven. Als de huisarts een patiënt ziet met locomotorische klachten zonder objectieve tekens van een bepaalde aandoening, is het moeilijker om in te schatten of de patiënt wel of niet in staat is om te werken. In dergelijke gevallen is het waarschijnlijker dat de huisarts zich zal aansluiten met de opvattingen van de patiënt over een verminderde werkcapaciteit en hem/haar dus arbeidsongeschikt verklaart (17). Een dergelijke manier van arbeidsongeschikt te verklaren is moeilijk te stoppen kan nochtans op lange termijn eerder nadelig zijn voor de patiënt. Het is immers belangrijk om steeds rekening te houden met de mogelijke negatieve gevolgen van onnodige arbeidsongeschiktheid, zoals de hoge kosten voor de overheid en de mogelijke nadelige effecten van arbeidsongeschiktheid voor de individuele patiënt (11).

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat de meerderheid van de artsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid ziet als materie waarover ze te weinig kennis hebben en waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden. Toch beschouwen de meeste artsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid als iets wat tot hun takenpakket en verantwoordelijkheid behoort. Centraal hierbij staat het creëren en beschermen van een goede arts-patiënt relatie. De arts-patiënt relatie is gebaseerd op wederzijds vertrouwen en de veronderstelling dat de huisarts handelt in het belang van de patiënt. Dit is een cruciale overweging en beïnvloedt vaak de praktijk van ziektecertificatie. Slechts een minderheid van de artsen zou het schrijven van arbeidsongeschiktheid liever toekennen aan arbeidsgeneesheren, controleartsen of aan een onafhankelijke arts met een aparte opleiding hiervoor. Een mogelijke oplossing naar de toekomst toe, is de huisarts meer houvast te geven door het opstellen van richtlijnen, een beter overleg te creëren met arbeids- en controlegeneesheren en de voor- en nadelen van arbeidsongeschiktheid te bespreken met de patiënt. Op deze manier kan men evolueren naar een proces van “shared decision making”, wat kan helpen om huisarts, patiënt en andere belanghebbenden op dezelfde golflengte te brengen en het spanningsveld tussen alle partijen te verkleinen.

Huisartsen houden bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid niet enkel rekening met het louter medische aspect, maar ook met familiale, sociale en niet-medische factoren. Zij hebben hierbij de inbreng van de patiënt nodig en dienen te vertrouwen op hetgeen de patiënt hen vertelt. Toch kon er in dit onderzoek geen significant verband tussen de inbreng van de patiënt en het aantal dagen arbeidsongeschiktheid aangetoond worden. Verder onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt dient zich dus aan.

Tot slot ziet de meerderheid van de artsen een systeem van zeflcertificatie zoals in Nederland wel zitten. Verder onderzoek dient uit te wijzen of een dergelijk systeem ook in België haalbaar is en eventueel kan zorgen voor een ontlasting van de huisartsen in drukke tijden.

Referentielijst

1. Dujardin D. Meer controles bij langdurig zieken. HLN. 2016;Sect. Binnenland.
2. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? . London: TSO; 2006. 246
3. Op weg naar een re-integratiebeleid voor mensen met langdurige gezondheidsproblemen bij de Vlaamse overheid: Conceptnota versie 21 juni 2011.
4. Sjostrom ME, Wallin I, Strandhagen E, Baigi A, Hensing G, Bjorkelund C. GP and patient predictions of sick-listing duration: how well do they correspond? A prospective observational study. Scand J Prim Health Care. 2014;32(2):73-7.
5. Fleten N, Johnsen R, Forde OH. Length of sick leave - why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. BMC Public Health. 2004;4:46.
6. RIZIV: http://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/default.aspx [
7. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Fam Pract. 2008;25(1):20-6.
8. Welsh VK, Sanders T, Richardson JC, Wynne-Jones G, Jinks C, Mallen CD. Extending the authority for sickness certification beyond the medical profession: the importance of 'boundary work'. BMC Fam Pract. 2014;15:100.
9. Nassen J, Dewitte H, De Raeve G, Cools J, Buntinx F. Beoordeling van de werk(on)bekwaamheid bij oudere werknemers door huisarts en verzekeringsarts. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2017;73:1215-23.
10. Bradshaw SE. Commentary: From sickness to fitness: modernising medical certification. Br J Gen Pract. 2009;59(564):515.
11. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, et al. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. Scand J Prim Health Care. 29. Stockholm2011. p. 227-33.
12. Wahlstrom R, Alexanderson K. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. Scand J Public Health Suppl. 2004;63:222-55.
13. Arrelov B, Alexanderson K, Hagberg J, Lofgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health. 2007;7:273.
14. Englund L, Tibblin G, Svardsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. Scand J Prim Health Care. 2000;18(1):48-52.
15. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 25. Stockholm2007. p. 178-85.
16. Politis C. Voorschrijven van werkonbekwaamheid in de huisartsenpraktijk Tussen pleiter voor de patiënt en gatekeeper van de maatschappij. Huisarts Nu. 2014;43:156-61.
17. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract. 2008;9:3.
18. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scand J Prim Health Care. 28. Stockholm2010. p. 67-75.
19. Lindholm C, Arrelov B, Nilsson G, Lofgren A, Hinas E, Skaner Y, et al. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health. 2010;10:752.
20. Kiessling A, Arrelov B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. BMC Public Health. 2012;12:702.
21. Luyten S. Sickness Certification in General Practice: KU Leuven; 2013.
22. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. Sociol Health Illn. 2007;29(4):497-514.

23. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. Fam Pract. 2006;23(1):125-30.

Bijlagen

Informatieformulier voor patiënt

ZIEKTEATTEST EN DE JOB

Geachte Heer/Mevrouw

Bedankt voor uw interesse om deel te nemen aan dit onderzoek.

In dit onderzoek gaan we na hoe u als patiënt kan worden betrokken bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid omwille van ziekte. Uit onderzoek is immers gebleken dat dit een voordeel kan opleveren voor zowel de patiënt, de arts en de werkgever. Om dit onderzoek te voeren, willen wij u en uw huisarts een aantal vragen stellen die betrekking hebben op uw huidige arbeidsongeschiktheid. Uw werkgever wordt op geen enkele manier betrokken en alle gegevens worden anoniem verwerkt.

Welke zijn de gevolgen indien u verkiest niet deel te nemen?
Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijblijvend en uw toestemming of weigering om aan dit onderzoek deel te nemen zal op geen enkele wijze de zorg wijzigen of in het gedrang brengen. U heeft de mogelijkheid om deelname op ieder moment stop te zetten zonder vermelding van de reden en zonder negatieve gevolgen.

Wat met eventuele schending van de privacy?
Alle gegevens van dit onderzoek worden op anonieme en vertrouwelijke wijze verwerkt. Enkel de behandelende arts heeft inzicht in uw dossier.

Wat gebeurt er met de bekomen gegevens?
De gegevens bekomen in dit onderzoek zullen enkel voor deze en niet voor andere onderzoeksdoeleinden worden gebruikt. Er zal hoogstwaarschijnlijk een wetenschappelijk artikel worden geschreven, gebaseerd op deze gegevens. Ook in dit artikel zal uw identiteit onbekend blijven en zullen de data volledig anoniem worden behandeld.

Wat als u nog vragen heeft?
Indien u bijkomende vragen heeft kan U deze aan ons stellen, via het e-mailadres manamathesis@gmail.com.

Wat indien u wenst deel te nemen?
Indien u wenst deel te nemen aan deze studie, kan u het bijgevoegde toestemmingsformulier in tweevoud handtekenen. Eén formulier mag u zelf behouden.

Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier deelname studie ziekteattest en de job.

Hierbij verklaar ik, ondergetekende,

……..
toestemming te geven tot deelname aan de studie naar de verwachtingen van de patiënt en de huisarts bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast wordt onderzocht welke verschillen er zijn tussen de verwachtingen van de patiënt en van de huisarts.

Datum:

. . / . . / . . . .

Arts die toestemming kreeg:
Naam:
…….
Handtekening:
…….

Persoon die toestemming geeft:
…….
Handtekening:
…….

Algemene vragenlijst huisarts

ZIEKTEATTEST EN DE JOB

Beste collega,

Alvast hartelijk dank voor uw interesse in dit onderzoek.
Momenteel zijn bijna 320.000 werknemers meer dan 28 dagen ziek in ons land. Dit is goed voor net geen 5 miljard euro aan uitkeringen, wat arbeidsongeschiktheid bijna even duur maakt dan werkloosheid. Al sinds geruime tijd zijn we ons meer bewust van dit probleem en wordt er door de overheid en sociale partners druk gediscussieerd over een nieuwe aanpak.
In dit onderzoek wordt nagegaan wat de verwachtingen zijn van de arts en de patiënt bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid, en dit zowel in de acute als in de chronische fase. Er wordt verder onderzocht in welke mate de verwachtingen van de arts en de patiënt overeenkomen.

Elke deelnemende huisarts ontvangt een bundel met 1 algemene vragenlijst en 5 specifieke vragenlijsten. Deze laatste vragenlijsten moeten gekoppeld worden aan de vragenlijst van de patiënt, daarom vragen wij u een unieke code per patiënt te genereren (eerste letter voornaam, eerste letter achternaam en geboortedatum van patiënt). Indien er zich een patiënt bij u aanbiedt die een attest van arbeidsongeschiktheid vraagt, gelieve hem of haar de patiëntenvragenlijst aan te bieden en het informed consent te laten tekenen.
Wij halen de vragenlijsten bij u op in januari 2018.

A) PARAMETERS

1. Bent u een man of vrouw?
   - o Man
   - o Vrouw

2. Hoe oud bent u?
   - o 20-29j
   - o 30-39j
   - o 40-49j
   - o 50-59j
   - o 60-69j
   - o 70j of ouder

3. Bent u een huisarts in opleiding?
    - 0 Ja
    - 0 Nee

4. Hoeveel jaren bent u werkzaam als huisarts?
    - 0 < 5 jaar
    - 0 5-10 jaar
    - 0 10-20 jaar
    - 0 > 30 jaar

5. In welke praktijkvorm werkt u?
    - 0 Solopraktijk
    - 0 Duopraktijk
    - 0 Groepspraktijk
    - 0 Netwerk
    - 0 Andere:

B) ALGEMENE VRAGEN OVER ARBEIDSONGESCHIKTHEID

1. Welke problemen ondervindt u bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid in het algemeen (niet alleen bij deze patiënt)? (u kan meerdere antwoorden aanduiden)
    - ☐ Onduidelijkheid omtrent arbeidsmogelijkheden van de patiënt
    - ☐ Onduidelijkheid omtrent duur van de AO van de patiënt
    - ☐ Gebrek aan kennis over wat wettelijk mogelijk is wat betreft aangepast werk
    - ☐ Geen tijd om de aanpak van een goede terugkeer naar de werkvloer te begeleiden
    - ☐ Samenwerking met arbeidsgeneesheren/controlegeneesheren
    - ☐ Medewerking van het bedrijf wat betreft aangepast werk
    - ☐ Ik ondervind geen problemen
    - ☐ Andere:

2. Vindt u het de taak van een huisarts om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven?
    - 0 Ja
    - 0 Nee

3. Zo neen, voor wie vindt u deze taak weggelegd?

4. Vindt u dat een patiënt inbreng kan hebben bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid?
    - 0 Ja
    - 0 Nee

5. Vindt u dat het systeem zoals in Nederland, waar er geen ziekteattest nodig is voor de eerste dagen arbeidsongeschiktheid, ook in België moet worden ingevoerd?
    - 0 Ja
    - 0 Nee
    - 0 Andere:
      ……

6. Heeft u verder nog opmerkingen of voorstellen in verband met dit onderwerp?

Specifieke vragenlijst huisarts

ZIEKTEATTEST EN DE JOB

Gelieve aan uw patiënt de medewerking te vragen bij ons onderzoek via het bijgeleverde informed consent. Indien u toestemming heeft, gelieve deze vragenlijst in te vullen over deze patiënt.

Vul hier de **code** in (eerste letter voornaam PATIENT + eerste letter achternaam PATIENT + geboortedatum PATIENT (DDMMJJJJ), bv. Bart Jansen ° 14/09/1986 → BJ14091986):

		-								

Gelieve bij de volgende vragen de patiënt voor ogen te houden waarbij u arbeidsongeschiktheid voorschreef.

1. Wat is uw mening omtrent de volgende stelling: "Ik verwacht dat de patiënt zijn huidige job opnieuw zal kunnen uitoefenen zonder beperkingen in de komende 4 weken."
   - o Akkoord
   - o Niet akkoord

2. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schreef u voor? (aantal kalenderdagen)
   …. dagen

3. Is dit het eerste getuigschrift of is dit een verlenging?
   - o Eerste getuigschrift
   - o Verlenging

4. Had de patiënt inbreng bij het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid?
   - o Ja
   - o Neen

5. Op basis van welke factoren schreef u deze arbeidsongeschiktheid ? (u kan meerdere antwoorden aanduiden)
   - ☐ Objectieve klinische bevindingen
   - ☐ Subjectieve ernst van de klachten
   - ☐ Leeftijd van de patiënt
   - ☐ Andere ziekten
   - ☐ Verplaatsing naar het werk
   - ☐ Fysiek zware job
   - ☐ Mentaal zware job
   - ☐ De mogelijkheid van aangepast werk
   - ☐ Familiale omstandigheden
   - ☐ Relatie met uw baas en/of collega's
   - ☐ Verantwoordelijke functie op het werk
   - ☐ Weinig medezeggenschap op het werk
   - ☐ Financiële situatie
   - ☐ Andere:

Vragenlijst patiënt

ZIEKTEATTEST EN DE JOB

Vul hier uw code in (eerste letter voornaam + eerste letter achternaam + geboortedatum (DDMMJJJJ), bv. Bart Jansen ° 14/09/1986 → BJ-14091986):

		-								

A) PATIËNTENINFORMATIE

1. Bent u een man of vrouw?
   - 0 Man
   - 0 Vrouw

2. Wat is uw geboortejaar?

   _ _ _ _

3. Wat is uw hoogste diploma?
   - 0 Lager onderwijs
   - 0 Lager middelbaar onderwijs
   - 0 Hoger middelbaar onderwijs (volledig beroepsonderwijs)
   - 0 Hoger middelbaar onderwijs (technisch onderwijs)
   - 0 Hoger middelbaar onderwijs (algemeen onderwijs)
   - 0 Aanvang hoger onderwijs zonder einddiploma
   - 0 Hoger niet universitair onderwijs met einddiploma
   - 0 Hoger universitair onderwijs met einddiploma

4. Hoe leeft u nu?
   - 0 Gehuwd en samenwonend
   - 0 Gescheiden en samenwonend
   - 0 Ongehuwd en samenwonend
   - 0 Gescheiden en alleenwonend
   - 0 Ongehuwd en alleenwonend
   - 0 Weduwnaar en alleenwonend
   - 0 Weduwnaar en samenwonend

5. Wat is uw jobomschrijving?
   - 0 In opleiding
   - 0 Stagiair
   - 0 Interimaris
   - 0 Arbeider loontrekkend
   - 0 Arbeider ambtenaar of functionaris
   - 0 Bediende loontrekkend
   - 0 Bediende ambtenaar of functionaris
   - 0 Zelfstandige
   - 0 Vrij beroep
   - 0 Huisvrouw/-man
   - 0 Werkloos

6. Welk type arbeidscontract heeft u?
   - 0 Van bepaalde duur
   - 0 Van onbepaalde duur
   - 0 Vastbenoemd (statutair)

7. In welke sector werkt u?
   - 0 Sector ambachten
   - 0 Sector milieu en kwaliteitscontrole
   - 0 Voedingssector
   - 0 Verkoopsector
   - 0 Transportsector en logistiek
   - 0 Textiel- en confectiesector
   - 0 Schoonmaaksector
   - 0 Marketing, communicatie en media
   - 0 Onderwijs en non-profitsector
   - 0 Metaal- en glassector
   - 0 Gezondheidszorg en lichaamsverzorging
   - 0 Informaticasector
   - 0 Land- en tuinbouwsector
   - 0 Horecasector
   - 0 Elektriciteitssector
   - 0 Grafische sector
   - 0 Bouwsector
   - 0 Chemiesector
   - 0 Bewakingssector
   - 0 Bediendesector
   - 0 Autosector

8. Waar werkt u?
   - 0 België
   - 0 Nederland
   - 0 Andere:

B) WERKOMSTANDIGHEDEN

9. In welke mate gaat u akkoord met volgende stellingen? (volledig oneens, oneens, eens, volledig eens)

	volledig oneens	oneens	eens	volledig eens
Mijn werk vereist veel lichamelijke inspanning	0	0	0	0
Tijdens mijn werk moet ik dikwijls zeer zware lasten heffen of verplaatsen	0	0	0	0
Mijn werk vereist een snelle en voortdurende lichamelijke inspanning	0	0	0	0
Ik moet vaak en gedurende lange periodes werken in lastige onnatuurlijke houdingen	0	0	0	0
Ik moet gedurende lange periodes werken met mijn hoofd of armen in lastige onnatuurlijke houdingen	0	0	0	0
Mijn werkzekerheid wordt beïnvloed door de concurrentie of competitie op de wereldmarkt	0	0	0	0

	volledig oneens	oneens	eens	volledig eens
Ik moet nu harder werken dan gewoonlijk door de concurrentie of competitie op de wereldmarkt	0	0	0	0
Ik heb nu minder macht en zeggingskracht over de manier waarop mijn werk wordt geregeld door de competitie of concurrentie op de wereldmarkt	0	0	0	0

10. Heeft uw werk invloed op uw gezondheid?
    - 0 Ja, een negatieve invloed → ga verder naar vraag 10a.
    - 0 Ja, een positieve invloed → ga verder naar vraag 10b.
    - 0 Neen, geen invloed → ga verder naar vraag 11

10a. Bij een negatieve invloed. Welke problemen ondervindt u?
- 0 Fysieke klachten (bv. hoofdpijn, rugpijn, spierpijn, allergieën …)
- 0 Mentale klachten (bv. angst, stress, slaapproblemen, prikkelbaarheid)
- 0 Sociale problematiek (bv. pesten op het werk, beperkte tijd voor hobby's …)
- 0 Andere:
  ……

10b. Bij een positieve invloed. Duid aan wat past:
- 0 Fysieke winst (bv. goed voor de conditie,...)
- 0 Mentale winst (bv. ontspanning, persoonlijke groei, zelfvertrouwen…)
- 0 Sociaal contact (bv. goede band met collega's …)
- 0 Andere:
  ……

11. In welke mate bent u tevreden met uw werk?
    - 0 Helemaal tevreden
    - 0 Eerder tevreden
    - 0 Eerder niet tevreden
    - 0 Helemaal niet tevreden

12. Hoe wordt uw arbeidsongeschiktheid onthaald op het werk? (u kan meerdere antwoorden aanduiden)
    - ☐ Met begrip voor de situatie
    - ☐ Geen begrip voor de situatie
    - ☐ Steun van mijn leidinggevende en collega's
    - ☐ Geen steun van mijn leidinggevende en collega's
    - ☐ Dreiging met ontslag
    - ☐ Andere:
      ……

C) VRAGEN OVER UW GEZONDHEIDSTOESTAND

13. Hoe zou u uw eigen gezondheid momenteel beschrijven?
    - 0 Heel goed
    - 0 Eerder goed
    - 0 Eerder slecht
    - 0 Heel slecht

D) VRAGEN OVER DE HUIDIGE CONSULTATIE

14. Wat is uw mening omtrent de volgende stelling:
    "Ik verwacht mijn huidige job opnieuw te kunnen uitoefenen zonder beperkingen in de komende 4 weken."
    - 0 Helemaal akkoord
    - 0 Eerder akkoord
    - 0 Eerder niet akkoord
    - 0 Helemaal niet akkoord

15. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schreef uw huisarts voor? (aantal kalenderdagen)
    .... dagen

16. Is dit het eerste getuigschrift of is dit een verlenging?
    - 0 Eerste getuigschrift
    - 0 Verlenging

17. Indien verlenging, hoe lang bent u momenteel al arbeidsongeschikt?
    .... dagen

18. Wat vindt u van de arbeidsongeschiktheid die uw huisarts heeft voorgeschreven? (u kan meerdere antwoorden aanduiden)
    - ☐ Genoeg
    - ☐ Genoeg, zelf gevraagd om zo kort mogelijk
    - ☐ Genoeg, zelf gevraagd voor voldoende lang
    - ☐ Te lang, want voel me niet ziek genoeg
    - ☐ Te lang, want ik kan zo lang niet gemist worden op het werk

- ☐ Te lang, omdat ik financieel verlies zal lijden
- ☐ Te kort, omdat ik op die tijd niet hersteld kan zijn
- ☐ Ik weet niet of het voldoende, te kort of te lang is
- ☐ Andere:
  ……

19. Had u zelf inbreng bij het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid?
    - 0 Ja
    - 0 Neen

20. Zou u ook een huisarts geraadpleegd hebben wanneer het niet verplicht was een medische attest o.w.v. ziekte af te leveren?
    - 0 Ja
    - 0 Nee
    - 0 Misschien

21. Hield de huisarts bij het voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid rekening met bepaalde factoren?
    - 0 De huisarts hield GEEN rekening met andere factoren → ga verder naar vraag 22
    - 0 De huisarts hield WEL rekening met andere factoren → ga verder naar vraag 21a

    21a. Zo ja, met welke factoren? (u kan meerdere antwoorden aanduiden):
    - ☐ Uw leeftijd
    - ☐ Andere ziekten
    - ☐ Verplaatsing naar het werk
    - ☐ Fysiek zware job
    - ☐ Mentaal zware job
    - ☐ De mogelijkheid van aangepast werk
    - ☐ Familiale omstandigheden
    - ☐ Relatie met uw baas en/of collega's
    - ☐ Verantwoordelijke functie op het werk
    - ☐ Weinig medezeggenschap op het werk
    - ☐ Financiële situatie
    - ☐ Andere:

E) EIGEN MENING

22. In welke mate gaat u akkoord met volgende stelling? Ik heb het gevoel dat overleggen over de duur van de arbeidsongeschiktheid een negatieve invloed heeft op de arts-patiëntrelatie.
    - 0 Helemaal akkoord
    - 0 Eerder akkoord
    - 0 Eerder niet akkoord
    - 0 Helemaal niet akkoord

23. Wie is het best geplaatst om je ziektestatus in te schatten?
    - 0 Ikzelf
    - 0 Huisarts
    - 0 Ikzelf in overleg met de huisarts
    - 0 Werkgever
    - 0 Controlearts
    - 0 Andere:

Goedgekeurd protocol

Aanvraag Ethische begeleiding masterproeven "Ziekteattest en de job" (mp19156, mp19381, mo19378)

Gelieve in te loggen op http://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec om deze aanvraag te controleren.
Samenvatting aanvraag
Ziekteattest en de job
Student(en): Katrien Van Hoeymissen, Sofie Bourguignon, Bieke Vermeulen

Faculteit: Geneeskunde

Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is: multicentrisch

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:

> Momenteel zijn bijna 320.000 werknemers meer dan 28 dagen ziek in ons land. Dit is goed voor net geen 5 miljard euro aan uitkeringen, wat arbeidsongeschiktheid bijna even duur maakt dan werkloosheid.1 Al sinds geruime tijd zijn we ons meer bewust van dit probleem en wordt er door de overheid en sociale partners druk gediscussieerd over een nieuwe aanpak. Langdurige ziekte heeft een hoog prijskaartje voor de sociale zekerheid, voor de werkgever, maar zeker ook voor de persoon die arbeidsongeschikt is. Onderzoek toont aan dat langdurige ziekte leidt tot inkomstenverlies, sociaal isolement, verminderde eigenwaarde en vaak tot nog meer gezondheidsproblemen.2 Hoe langer iemand arbeidsongeschikt is, hoe moeilijker herintegratie op de werkvloer is.2,3
>
> Sinds 1 december 2016 zijn er 2 Koninklijke Besluiten in voege die toelaten dat langdurig zieken op eigen tempo opnieuw aan het werk kunnen. Dit is het zogenaamde aangepast werk.1 De bedoeling is om aan de hand van vragenlijsten na te gaan hoe de persoon die arbeidsongeschikt is zijn kans op werkhervatting zelf inschat, wat er aan zijn werktaak of –plaats zou moeten veranderen om opnieuw aan het werk te kunnen, enzovoort. Uit onderzoek blijkt immers dat de prognose van arbeidsongeschiktheid beter door de patiënt wordt ingeschat dan door de arts. Deze vaststelling geldt vooral voor psychische en tijdelijke locomotorische aandoeningen.4 De verklaring hiervoor is dat de patiënt kennis heeft over factoren zoals jobtevredenheid, pijnbeleving, vervangbaarheid op het werk en de psychosociale werkomgeving.4 Deze gegevens ondersteunen de idee van een meer directe communicatie met de patiënt als een efficiënte en vroege interventie in de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid en werkloosheid.
>
> In dit onderzoek wordt nagegaan wat de impact is van het betrekken van de patiënt bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid op het aantal ni et gepresteerde uren owv

ziekte. Daarnaast wordt onderzocht welke belemmeringen en facilitatoren de betrokken personen ondervinden bij het gebruik van het 'aangepast werk'. We gaan tevens na of een flowchart kan zorgen voor een correcter voorschrijven van aantal dagen arbeidsongeschikt. Met de antwoorden van onze onderzoeksvragen willen we een gefundeerd voorstel geven voor een hervorming van het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.

Vraagstelling:

De onderzoeksvragen worden als volgt geformuleerd:

1. Zorgt zelfcertificatie voor het verminderen van het aantal uren arbeidsongeschiktheid? (Sofie Bourguignon) Hierbij wordt zelfcertificatie gedefinieerd als de duur van arbeidsongeschiktheid voordat de patiënt een doktersattest nodig heeft.6
2. Wat zijn de facilitatoren en belemmeringen volgens huisartsen, patiënten en werkgevers, voor de hervatting van een aantal uren werk per dag? (Katrien Van Hoeymissen)
3. Zorgt een flowchart voor een correcter voorschrijven van aantal dagen arbeidsongeschiktheid bij de huisarts? (Bieke Vermeulen)

Methodologie:

Methode literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werden artikels opgezocht via de databank PubMed met volgende zoektermen: 'sick leave', 'sick certification', 'self-certification', 'general practioners'. Bij deze zoekactie werden een 10-tal artikels relevant bevonden voor de literatuurstudie. Aan de hand van deze artikels werden de vragenlijsten en de flowchart ontworpen. Het opstellen van de flowchart vertrekt van een vorige manamascriptie, waarin onderzocht werd of het opstellen van een praktijkrichtlijn voor arbeidsongeschiktheid mogelijk is.

Voor Belgische gegevens rond arbeidsongeschiktheid werd gezocht naar gegevens vanuit het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsuitkering.

Methode onderzoeksproject

De registratie voor het projectonderzoek vindt plaats in huisartsenpraktijken in regio Vlaanderen Het onderzoek is een prospectief observationeel onderzoek.

De patiëntenpopulatie die in aanmerking komt voor inclusie in de studie, behoort tot de werkzame beroepsbevolking (mannen en vrouwen tussen 18 en 65 jaar). Aan elke patiënt die een periode van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven krijgt, wordt gevraagd of hij/zij wil deelnemen aan het praktijkonderzoek aangaande arbeidsongeschiktheid.

De onderzoeksvragen worden verder ook onderzocht in een dwarsdoorsnede van werkgevers, huisartsen en adviserend geneesheren.

1. Zorgt zelfcertificatie voor het verminderen van het aantal uren arbeidsongeschiktheid?

Om deze onderzoeksvraag te behandelen zal na de consultatie zowel aan de patiënt die arbeidsongeschikt is, als aan de arts gevraagd worden een vragenlijst in te vullen. Deze zal polsen naar hun inschatting van de duur van de arbeidsongeschiktheid. Verder zal er volledig geanonimiseerd worden nagegaan welke factoren hier een rol in spele n (oa. kennis van aangepast werk, soort pathologie, leeftijd van de patiënt, type job …). Om duidelijk te maken dat de vragenlijst geen enkele impact zal hebben op het

voorgeschreven aantal ziektedagen zal deze vragenlijst na het consult worden ingevuld, zonder verdere betrokkenheid van de patiënt.

2. Wat zijn de facilitatoren en belemmeringen volgens huisartsen, patiënten en werkgevers, voor de hervatting van een aantal uren werk per dag?

Voor deze onderzoeksvraag zullen vragenlijsten gestuurd worden naar huisartsen, patiënten, werkgevers en adviserende geneesheren om zicht te krijgen op hun kennis en ervaring rond het gebruik van shared decision making, aangepast werk, re-integratietraject, invaliditeit. Wat verloopt er vlot en wat kan beter?

3. Zorgt een flowchart voor een correcter voorschrijven van aantal dagen arbeidsongeschiktheid bij de huisarts?

Aan de huisartsen zal twee maal gevraag d worden een inschatting te maken van de arbeidsongeschiktheid van de patiënt. De eerste inschatting zal plaatsvinden tijdens de consultatie, zoals gebruikelijk. De tweede inschatting vindt plaats aan het einde van de consultatiedag. Dan zal aan de huisarts gevraagd worden om de attesten voor arbeidsongeschiktheid te herevalueren aan de hand van de flowchart. Hierbij worden ook enkele vragen gesteld rond het gebruik van de flowchart.

Referenties:

1. Dujardin D. Meer controles bij langdurig zieken. *Het laatste nieuws* 2016.
2. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being?
3. Conceptnota Re-integratie. 21 juni 2011.
4. Fleten N, Johnsen R And Forde OH. Lenght of sick leave – Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their lenght of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health* 2004; 4: 46.
5. riziv.fgov.be
6. Rates of sickness certification in European primary care: a systematic review, G. Wynne-Jones, arthritis research campaign national primary care centre, primary care sciences, Keele university, Staffordshire, UKCorrespondence, page 99-108, received 15 May 2008, published 11 July 2009

Informed consent / vragenlijsten / interviewprotocols:

17779_1487766324_7356_Vragenlijsten_pdf.pdf
89770_1487766334_4701_Informatieenschriftelijketoestemming_docx_pdf.pdf
02382_1488186943_0826_Flowchart_pdf.pdf

Promotor:

Birgitte Schoenmakers (birgitte.schoenmakers@kuleuven.be - u0031684 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)

Registratienummer: mp19156, mp19381, mp19378

Gunstig advies Ethische Commissie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Ziekteattest en de job" (mp19156)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Ziekteattest en de job" 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.

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Ziekteattest en de job" (mp19378)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Ziekteattest en de job" 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.

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Ziekteattest en de job" (mp19381)

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Ziekteattest en de job" 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.