Ziekteattest en de job

In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?

Bieke Vermeulen

i.s.m. Sofie Bourguignon en Katrien Van Hoeymissen

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 mate waarin de verwachtingen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid van de patiënt en de huisarts overeenstemmen.
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 meeste artsen ondervinden veel problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid en zijn ook bang om de arts-patiënt relatie te schaden wanneer ze hierover in discussie gaan met de patiënt. De patiënt daarentegen wil graag in overleg gaan met de huisarts. De meerderheid van de patiënten is ook van mening dat de huisarts het best geplaatst is om te beslissen over arbeidsongeschiktheid. Deze mening wordt echter niet door alle huisartsen gedeeld. Arts en patiënt verschillen in mening wat betreft de mate van inbreng van de patiënt in de beslissing tot arbeidsongeschiktheid. Zowel artsen als patiënten zien een systeem van zelfcertificatie zoals in Nederland wel zitten.
Conclusie: Dit onderzoek toont aan dat er een verschil is in de verwachtingen van de patiënt en die van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Deze discrepantie situeert zich vooral op gebied van de verantwoordelijkheid voor het schrijven van arbeidsongeschiktheid, het overleg tussen arts en patiënt en de mate van inbreng van de patiënt. Zo zien huisartsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid als materie waarover ze te weinig kennis hebben, waarin ze zich niet gesteund voelen, waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden en als iets waar ze gewoon snel vanaf willen zijn zonder hierbij te moeten overleggen met de patiënt, zodat de arts-patiënt relatie niet geschaad wordt. Patiënten daarentegen willen graag in overleg gaan en vinden helemaal niet dat dit een goede arts-patiënt relatie in gevaar brengt.
Een mogelijke oplossing hiervoor 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. Verder onderzoek dient uit te wijzen of een systeem van zelfcertificatie 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 patiënt bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? *8*

Wat zijn de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? *15*

Discussie **20**

In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? *20*

Beperkingen van de studie *21*

Conclusie **23**

Referentielijst **24**

Bijlagen **26**

Informatieformulier voor patiënt *26*

Toestemmingsformulier *27*

Algemene vragenlijst huisarts *28*

Specifieke vragenlijst huisarts *30*

Vragenlijst patiënt *31*

Goedgekeurd protocol *35*

Gunstig advies Ethische Commissie *39*

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: "In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die 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. Er 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. We lieten deze online invullen. 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.

In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?
Tot slot werden de hierboven beschreven vragenlijsten gebruikt om de verwachtingen van de patiënt en van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid met elkaar te vergelijken. Bij het invullen van de vragenlijsten werd aan arts en patiënt gevraagd een code in te vullen, bestaande uit de eerste letter van de voornaam van de patiënt + de eerste letter van de achternaam van de patiënt + de geboortedatum van de patiënt (DDMMJJJJ). Op deze manier kon de vragenlijst die ingevuld werd door de patiënt gekoppeld worden aan de specifieke vragenlijst die ingevuld werd door de arts.

Resultaten

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

Demografische gegevens

Er werden meer vrouwen dan mannen in de studie geïncludeerd, namelijk 66.14% vrouwen t.o.v. 33.86% mannen. Er was een goede verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën van 20 jaar t.e.m. 59 jaar. Er namen slechts 9 patiënten tussen 60-65 jaar deel.

De deelnemende patiënten waren voornamelijk technisch geschoold, met een diploma hoger middelbaar technisch onderwijs (21.26%), of hooggeschoold met een diploma hoger niet universitair onderwijs met einddiploma (22.83%), cfr. tabel 1.

De meeste patiënten waren gehuwd en samenwonend (36,22%) of gescheiden en alleenwonend (16,54%). De minderheid was ongehuwd en samenwonend of gescheiden en alleenwonend.

Uit de bevraging naar de jobomschrijving van de patiënt bleek dat de meeste deelnemende patiënten arbeider loontrekkend (43.31%) of bediende loontrekkend (37.80%) waren. Een minderheid had het ambtenarenstatuut, met 3.94% arbeider ambtenaar en 7.87% bediende ambtenaar.

De meeste patiënten in deze studie hadden een contract van onbepaalde duur (69.29%) of waren vastbenoemd (10.24%). De anderen (18.90%) hadden een contract van bepaalde duur.

Er werd bevraagd in welke sector de patiënten werkzaam waren. Hierbij konden ze kiezen uit 21 vooropgestelde sectoren. De meeste patiënten waren werkzaam in de gezondheidssector (14.17%), de bediendesector (14.96%) of in de schoonmaaksector (13.39%). Verder waren de verkoopsector (8.66%), de transportsector (7.09%), de onderwijssector (7.87%), de metaal- en glassector (6.30%) en de bouwsector (6.30%) ook vertegenwoordigd. De minderheid was werkzaam in de sector milieu en kwaliteit, voedingssector, textielsector, marketing en communicatie, informaticasector, horecasector, chemiesector, bewakingssector, autosector.

	N	%
Totaal	127	100
Geslacht		
Mannen	43	33,86
Vrouwen	84	66,14
Leeftijd		
20-29j	29	22,83
30-39j	38	29,92
40-49j	29	22,83
50-59j	22	17,32
60-65j	9	7,09
Diploma		
Lager onderwijs	5	3,94
Lager middelbaar onderwijs	18	14,17
Hoger middelbaar onderwijs, volledig beroepsonderwijs	18	14,17
Hoger middelbaar onderwijs, technisch onderwijs	27	21,26
Hoger middelbaar onderwijs, algemeen onderwijs	14	11,02
Aanvang hoger onderwijs zonder einddiploma	7	5,51
Hoger niet-universitair onderwijs met einddiploma	29	22,83
Hoger universitair onderwijs met einddiploma	9	7,09
Burgerlijke staat		
Gehuwd en samenwonend	46	36,22
Gescheiden en samenwonend	6	4,72
Ongehuwd en samenwonend	0	0
Gescheiden en alleenwonend	49	38,58
Ongehuwd en alleenwonend	21	16,54
Weduwnaar en alleenwonend	4	3,15
Weduwnaar en samenwonend	1	0,79
Jobomschrijving		
In opleiding	4	3,15
Stagiair	0	0
Interimaris	2	1,57
Arbeider loontrekkend	55	43,31
Arbeider ambtenaar	5	3,94
Bediende loontrekkend	48	37,80
Bediende ambtenaar	10	7,87
Werkloos	2	1,57
Invalide	1	0,79
Zelfstandige	0	0
Vrij beroep	0	0
Huisvrouw	0	0
Type contract		
Onbepaalde duur	88	69,29
Bepaalde duur	24	18,90
Vastbenoemd, statutair	13	10,24
Sector		
Ambachten	1	0,79
Milieu en kwaliteitscontrole	1	0,79
Voedingssector	5	3,94
Verkoopsector	11	8,66
Transportsector en logistiek	9	7,09
Textiel- en confectiesector	3	2,36
Schoonmaaksector	17	13,39
Marketing, communicatie en media	0	0
Onderwijs en non-profitsector	10	7,87
Metaal- en glassector	8	6,30
Gezondheid en lichaamsverzorging	18	14,17
Informaticasector	3	2,36
Land-en tuinbouw	0	0
Horeca	3	2,36
Elektriciteitssector	0	0
Grafische sector	0	0
Bouwsector	8	6,30
Chemiesector	3	2,36
Bewakingssector	1	0,79
Bediendesector	19	14,96
Autosector	6	4,72
Gezondheidstoestand		
Zeer goed		11,02
Eerder goed		53,54
Eerder slecht		33,86
Heel slecht		1,57

Tabel 1: Demografische gegevens van de patiënt

Gezondheidstoestand

Op het moment dat de patiënten een ziekteattest ontvingen, werd bevraagd hoe ze hun eigen gezondheid zouden omschrijven. Meer dan de helft van de ondervraagden beschreef zijn gezondheid als eerder goed (53,54%), 11.02% zelfs als zeer goed. Slechts enkele patiënten beschreven hun gezondheid als heel slecht (1.57%), 33.86% als eerder slecht.

Werkomstandigheden

De deelnemers werden bevraagd naar de tevredenheid over hun job. De meesten waren erg tevreden (31,50%) of eerder tevreden (51,97%) over hun job. 13,39% was eerder niet tevreden en 2,36% is helemaal niet tevreden.

Vervolgens werd de invloed van de job op de gezondheid van de deelnemers nagegaan. 53,54% van de ondervraagde patiënten vond dat hun job een negatieve invloed heeft op hun gezondheid. 77,94% van deze patiënten ondervond fysieke klachten (zoals hoofdpijn, rugpijn, spierpijn, allergieën), 42,65% mentale klachten (zoals angst, stress, slaapprobleem, prikkelbaarheid) en 5,88% ondervond sociale problemen (pesten op het werk, beperkte tijd voor hobby's).

Een minderheid van de ondervraagden (16.53%) ondervond een positieve invloed van hun job op de gezondheid. De meeste van deze patiënten (85.71%) zagen sociaal contact als positieve invloed, zoals bijvoorbeeld een goede band met de collega's. Anderen (52.38%) gaven aan mentale winst te boeken zoals ontspanning, persoonlijke groei of zelfvertrouwen. Een minderheid (16.53%) vermeldde fysieke winst te boeken.

Arbeidsongeschiktheid werd bij de meesten (75.59%) op het werk onthaald met begrip voor de situatie. 29.92% van de ondervraagden gaf ook aan steun te ondervinden van hun leiding-gevende of collega's.

Aan de patiënten werd gevraagd in welke mate ze wel of niet akkoord gingen met bepaalde stellingen over hun werkomstandigheden, cfr. tabel 3.
Iets meer dan de helft van de patiënten gaf aan dat hun werk veel lichamelijke inspanning vereist. Zo waren 26.77% het eens en 35.43% het helemaal eens met deze stelling. Ook net de meerderheid van de patiënten gaf aan heel zware lasten te moeten heffen of verplaatsen. Met deze stelling waren 25.20% het eens en 27.56% het helemaal eens.
Dezelfde verdeling zag men bij de stelling 'mijn werk vereist een snelle en voortdurende lichamelijke inspanning', namelijk 27.56% was hiermee eens en 27.56% helemaal eens.
De meerderheid van de ondervraagden ontkende te moeten werken in lastige onnatuurlijke houdingen (24.41% was helemaal oneens en 40.16% was oneens) of te moeten werken met het hoofd of de armen in lastige onnatuurlijke houdingen (28.35% was het helemaal oneens en 37.01% was het oneens).

De concurrentie of competitie op de wereldmarkt beïnvloedde het werk weinig volgens de ondervraagden. De meerderheid ondervond geen verschil in werkzekerheid, moest niet harder werken door de concurrentie en had nauwelijks minder macht en zeggingskracht, cfr. tabel 2.

Job		N	%
Negatieve invloed op de gezondheid		68	53,54
	Fysieke klachten	53	77,94
	Mentale klachten	29	42,65
	Sociale problemen	4	5,88
Positieve invloed op de gezondheid		21	16,53
	Fysieke winst	5	23,81
	Mentale winst	11	52,38
	Sociaal contact	18	85,71
Geen invloed op de gezondheid		46	36,22
Jobtevredenheid	Erg tevreden	40	31,50
	Eerder tevreden	66	51,97
	Eerder niet tevreden	17	13,39
	Helemaal niet tevreden	3	2,36
Onthaal van arbeidsongeschiktheid op het werk	Met begrip voor situatie	96	75,59
	Zonder begrip voor situatie	16	12,60
	Met steun van collega's	38	29,92
	Zonder steun van collega's	12	9,45
'Veel lichamelijke inspanning'	Helemaal oneens	13	10,24
	Oneens	31	24,41
	Eens	34	26,77
	Helemaal eens	45	35,43
	Geen mening	4	3,15
'Vaak zware lasten heffen of verplaatsen'	Helemaal oneens	35	27,56
	Oneens	22	17,32
	Eens	32	25,20
	Helemaal eens	35	27,56
	Geen mening	3	2,36
'Snelle en voortdurende lichamelijke inspanning'	Helemaal oneens	23	18,11
	Oneens	29	22,83
	Eens	35	27,56
	Helemaal eens	35	27,56
	Geen mening	5	3,94
'Gedurende lange periodes werken in lastige onnatuurlijke houdingen'	Helemaal oneens	31	24,41
	Oneens	51	40,16
	Eens	30	23,62
	Helemaal eens	12	9,45
	Geen mening	3	2,36
'Gedurende lange periodes werken met mijn hoofd of armen in lastige onnatuurlijke houdingen'	Helemaal oneens	36	28,35
	Oneens	47	37,01
	Eens	33	25,98
	Helemaal eens	8	6,30
	Geen mening	3	2,36
'Werkzekerheid beïnvloed door concurrentie of competitie op de wereldmarkt'	Helemaal oneens	32	25,20
	Oneens	51	40,16
	Eens	31	24,41
	Helemaal eens	10	7,87
	Geen mening	3	2,36
'Harder werken door concurrentie of competitie op de wereldmarkt'	Helemaal oneens	26	20,47
	Oneens	62	48,82
	Eens	30	23,62
	Helemaal eens	6	4,72
	Geen mening	3	2,36
'Minder macht en zeggingskracht over de manier waarop mijn werk wordt geregeld door de concurrentie of competitie op de wereldmarkt'	Helemaal oneens	29	22,83
	Oneens	60	47,24
	Eens	28	22,05
	Helemaal eens	8	6,30
	Geen mening	2	1,57

Tabel 2: Werkomstandigheden van de patiënt

Mening over de duur van arbeidsongeschiktheid

Arbeidsongeschiktheid		**N**	**%**
Duur	Eerste attest	91	71,65
	Verlenging	36	28,35
Verwacht de patiënt zijn huidige job opnieuw te kunnen uitoefenen binnen 4 weken?	Helemaal akkoord	73	57,48
	Eerder akkoord	32	25,20
	Eerder niet akkoord	10	7,87
	Helemaal niet akkoord	12	9,45
Mening over duur arbeidsongeschiktheid	Genoeg	77	60,63
	Genoeg, zelf gevraagd om zo kort mogelijk	14	11,02
	Genoeg, zelf gevraagd om voldoende lang	7	5,51
	Te lang, ik voel me niet ziek genoeg	3	2,36
	Te lang omdat ik financieel verlies ga lijden	2	1,57
	Te lang, ik kan zolang niet gemist worden	0	0,00
	Te kort, ik kan op die tijd niet hersteld zijn	9	7,09
	Ik weet het niet	15	11,81
Eigen inbreng	Ja	75	59,06
	Nee	52	40,94
Zelfcertificatie	Ja	88	69,29
	Nee	19	14,96
	Misschien	20	15,75
Factoren	Leeftijd	44	50,00
	Andere ziekten	27	30,68
	Verplaatsing naar het werk	11	12,50
	Fysiek zware job	12	13,63
	Mentaal zware job	9	10,23
	De mogelijkheid van aangepast werk	9	10,23
	Familiale omstandigheden	9	10,23
	Relatie met uw baas en/of collega's	4	4,55
	Verantwoordelijke functie op het werk	4	4,55
	Weinig medezeggenschap op het werk	2	2,27
	Financiële situatie	2	2,27
	Besmettingsrisico	3	3,41
Mening overleg arts-patiënt			
Negatieve invloed?	Helemaal eens	8	6,30%
	Eens	9	7,09%
	Oneens	54	42,52%
	Helemaal oneens	56	44,09%
Persoon best geplaatst om duur arbeidsongeschiktheid in te schatten	Ikzelf	1	0,79%
	Huisarts	52	40,94%
	Ikzelf met huisarts	72	56,69%
	Werkgever	0	0,00%
	Controlearts	0	0,00%
	Specialist	2	1,57%

Tabel 3: Mening van de patiënt over de duur van de arbeidsongeschiktheid

91 patiënten (71,65%) kregen een eerste getuigschrift en 36 patiënten (28,35%) een verlenging. 59,06% van de patiënten zei inbreng te hebben in het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid, terwijl 40,94% zei geen inbreng te hebben.

De grote meerderheid van de patiënten (82,68%) verwachtte zelf hun huidige job te kunnen hervatten binnen de 4 weken. 73 (57,48%) patiënten waren helemaal akkoord en 32 (25,20%) patiënten eerder akkoord.
Het merendeel van de patiënten oordeelde dat de duur van hun arbeidsongeschiktheid voorgeschreven door de huisarts 'genoeg' was (60.63%). De minderheid van de patiënten had iets anders verwacht, 2,36% antwoordden met 'te lang, want ik voel me niet ziek genoeg', 1.57% vonden het 'te lang, want ik kan zolang niet gemist worden op het werk', 7,09% antwoordden 'te kort, ik kan op die tijd niet hersteld zijn' en 11,81% antwoordden 'ik weet niet of het voldoende, te lang of te kort is'.

De meeste patiënten (69.29%) zouden ook een huisarts raadplegen als het niet verplicht was een ziekteattest af te leveren. 15.75% oordeelde geen huisarts te raadplegen in die situatie. Nog eens 14.96% twijfelde hierover.

Factoren waarmee rekening gehouden werd bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid

69,29% van de patiënten antwoordde dat de huisarts bij het voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid rekening hield met bepaalde factoren, 30,71% zei van niet. Als belangrijkste factoren werden aangegeven: fysiek zware job (50,00%), andere ziekten (30,68%), leeftijd (12,50%), mentaal zware job (13,63%), verplaatsing naar het werk (10,23%), familiale omstandigheden (10,23%), verantwoordelijke functie op het werk (10,23%).

Mening over overleg arts-patiënt

De overgrote meerderheid was van mening dat overleggen over de duur van de arbeidsongeschiktheid geen negatieve invloed had op de arts-patiëntrelatie. 42.52% was eerder niet akkoord, 44,09% was zelfs helemaal niet akkoord.

56,69% van de patiënten vond zichzelf in overleg met de huisarts het best geplaatst om de duur van de arbeidsongeschiktheid in te schatten. 40,94% vond de huisarts zelf het meeste geschikt hiervoor. 1 patiënt (0,79%) vond enkel zichzelf geschikt om dit in te schatten en 2 patiënten (1,57%) vonden de specialist het meest geschikt hiervoor. Geen enkele ondervraagde vond de arbeidsgeneesheer of de controlearts hier het meest geschikt voor.
In de algemene vragenlijst voor huisartsen kwam naar voor dat 92 huisartsen (77,31%) het als hun taak zien om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven. 27 huisartsen (22,69%) vond dat niet. Hiervan antwoordden 12,39% of 20 huisartsen dat deze taak het meest voor de arbeidsgeneesheer is weggelegd. 5,78% of 7 huisartsen vonden de controlearts hier geknipt voor en evenveel huisartsen vonden dat een onafhankelijke arts met een aparte opleiding hiervoor geschikt zou zijn. Dit staat in schril contrast met de mening van patiënt.

Effect van demografische gegevens op duur van de arbeidsongeschiktheid

Er werd een multivariate analyse uitgevoerd. Hierbij werden 83 van de 127 observaties gebruikt in de analyse. De afhankelijke variabele in deze analyse was het aantal dagen arbeidsongeschiktheid. De onafhankelijke variabelen waren geslacht; jobomschrijving; arbeidscontract; sector; eerste getuigschrift of verlenging; onthaal van arbeidsongeschiktheid op het werk.

Mannen waren langer arbeidsongeschikt dan vrouwen (p=0.0006). Mannen waren in deze studie gemiddeld 20 dagen afwezig, vrouwen gemiddeld 8 dagen.
De gemiddelde leeftijd bij de deelnemende mannen was 42,78 jaar en bij de vrouwen 37,52 jaar.
Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid hing tevens ook significant af van de leeftijd (F-waarde 108.27; p<0,0001) zoals in tabel 4 wordt weergegeven.

Leeftijd (j)	**aantal** (n=)	**aantal** %	**gem. aantal dagen arbeidsongeschiktheid**
20-29j	29	22,83%	5
30-39j	38	29,92%	7,34
40-49j	29	22,83%	11,62
50-59j	22	17,32%	24,27
60-65j	9	7,09%	34,33
Totaal	127	100%	

Tabel 4: Gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid per leeftijdscategorie van de patiënt

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid werd significant beïnvloed door de jobomschrijving (p<0,0001). Patiënten in opleiding waren gemiddeld 12 dagen afwezig, interimarissen gemiddeld 7 dagen, arbeider-loontrekkenden gemiddeld 9,32 dagen, arbeider-ambtenaren 10,25 dagen, bediende-loontrekkenden gemiddeld 7,27 dagen, bediende-ambtenaren gemiddeld 4,33 dagen en invaliden gemiddeld 365 dagen (n = 1).

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid werd niet significant beïnvloed door het type arbeidscontract. Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid werd daarentegen wel significant beïnvloed door de sector waarin de patiënt werkt (p=0,0111). Het gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid in de ambachtssector was 3 dagen (n=1), in de milieusector 365 dagen (n=1), in de voedingssector 12,33 dagen (n=5), in de verkoopsector 4,25 dagen (n=11), in de transportsector 5 dagen (n=9), in de textielsector 47 dagen (n=3), in de schoonmaaksector 7,61 dagen (n=17), in het onderwijs 3,33 dagen (n=10), in de metaalsector 6,67 dagen (n=8), in de gezondheidszorg 14,16 dagen (n=18), in de informaticasector 3 dagen (n=3), in de horeca 10,87 dagen (n=3), in de bouwsector 3 dagen (n=8), in de chemiesector 3 dagen (n=3), in de bewaking 3 dagen (n=1), in de bediendesector 4,67 dagen (n=19) en in de automobielsector 13,5 dagen (n=6).

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid was significant verschillend bij een eerste attest of bij een verlenging (p<0,0001). Het gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid bij een eerste attest was 4,52 dagen en bij een verlenging was dit 37,70 dagen.

De manier waarop het ziekteattest op het werk werd onthaald, had geen significante invloed op het aantal dagen arbeidsongeschiktheid.

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid werd significant beïnvloed door de aanwezigheid van snelle en voortdurende lichamelijke inspanning op het werk (p= 0,0051).

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

ongeschiktheid 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

In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid?

Problemen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid

Het schrijven van arbeidsongeschiktheid wordt door de meeste huisartsen als lastig ervaren. In dit onderzoek vindt een kwart van de ondervraagde huisartsen dat onafhankelijke, controle- of arbeidsgeneesheren beter geplaatst zijn voor het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid. 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). Ondanks deze problemen vinden de meeste huisartsen dat het schrijven van arbeidsongeschiktheid tot hun takenpakket behoort (13, 16, 17). Een deel van de huisartsen suggereert wel het alternatief van een autoritair individu naar waar ze patiënten kunnen doorverwijzen voor het schrijven van arbeidsongeschiktheid (6, 16). 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 mening van de patiënt hieromtrent is echter tegenstrijdig. In een studie van Nassen J, Dewitte H et al. komt naar voren dat geen enkele patiënt de arbeidsgeneesheer, onafhankelijk arts of controlearts geschikt acht om deze taak over te nemen (9). Ook meer dan 90% van de deelnemende patiënten uit het huidige onderzoek oordeelt dat de huisarts het best geplaatst is om een ziekteattest op te stellen. Patiënten willen het “thuis blijven van het werk” kunnen bespreken met een arts die hen echt kent, die de ziekte kent maar ook hun familiale en sociale situatie en de inhoud van hun werk (7, 21). Patiënten consulteren bovendien niet louter voor een ziekteattest, zij hebben ook andere vragen en nood aan uitleg over de ziekte en prognose. Patiënten vinden een discussie over het ziekteattest passen in een goede arts-patiëntrelatie (7, 21). Dit komt overeen met de resultaten van het huidige onderzoek waarbij de meerderheid van de patiënten (86,61%) het er niet mee eens is dat overleggen over de duur van arbeidsongeschiktheid een negatieve invloed heeft op de arts-patiëntrelatie. 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).
Huisartsen daarentegen, hebben het gevoel dat ze zich in een moeilijke positie bevinden: enerzijds verdediger van de patiënt, maar tegelijk gatekeeper van de gezondheidszorg (12, 16, 17). Hierbij wordt meestal gekozen om de verdediger van de patiënt te zijn, in plaats van gatekeeper van de gezondheidszorg (16, 18). Deze voorkeur 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). Aangezien blijkt dat de patiënten dit gevoel niet delen, kan men suggereren dat de angst om de arts-patiëntrelatie in gevaar te brengen een onnodige bezorgdheid van de arts is.
Uit het huidig onderzoek kan men dus besluiten dat artsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid zien als materie waarover ze te weinig kennis hebben, waarin ze zich niet gesteund voelen, waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden en als iets waar ze gewoon snel vanaf willen zijn zonder hierbij te moeten overleggen met de patiënt, zodat de arts-patiënt relatie niet geschaad wordt. Patiënten daarentegen willen graag in overleg gaan en vinden

helemaal niet dat dit een goede arts-patiënt relatie in gevaar brengt. In de plaats van het schrijven van arbeidsongeschiktheid over te laten aan iemand anders, zou het beter zijn 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 en patiënt op dezelfde golflengte te brengen en het spanningsveld tussen beiden te verkleinen.

De beslissing tot arbeidsongeschiktheid en het inschatten van de duur van arbeidsongeschiktheid is een complex proces, waarbij de arts voor een deel moet vertrouwen op het verhaal van de patiënt (13, 16, 20). In ons onderzoek zegt 89,92% van de huisartsen dat de patiënt inbreng had in het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid. Dit komt niet overeen met de idee van de patiënt, aangezien 59,06% van de patiënten zegt inbreng te hebben in het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid, terwijl 40,94% zegt geen inbreng te hebben. Dezelfde trend vinden we terug in de literatuur. In een studie van O'Brien K. et al waar 19 patiënten deelnamen aan een diepte-interview ervaren de meeste patiënten dat enkel de huisarts beslist over de duur van arbeidsongeschiktheid, zonder veel inbreng van hun kant (7). Het gaat om een verschil tussen de verwachting van de patiënt en het idee van de huisarts wat de verwachting van de patiënt zou zijn.
Om in de toekomst aan deze discrepantie tegemoet te komen, dringt onderzoek naar de interactie tussen arts en patiënt zich op. Het proces van "shared decision making" tussen arts en patiënt kan bijvoorbeeld aan de hand van videoconsultaties in kaart gebracht worden (7). De video-consultaties kunnen dan aan het licht brengen welke communicatiestrategie best gebruikt wordt bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en waar het verschil in mening over inbreng van de patiënt vandaan komt.

Zelfcertificatie

In deze studie ziet de grote meerderheid van de huisartsen het invoeren van een systeem met zelfcertificatie zoals in Nederland en andere Europese landen als een voordeel in de praktijkvoering. Anderzijds geeft meer dan twee derde van de deelnemende patiënten aan dat ze ook een huisarts zouden raadplegen als het niet verplicht zou zijn een ziekteattest af te leveren.
Aangezien huisartsen bij het afleveren van een ziekteattest geconfronteerd worden met problemen zoals de medewerking van een bedrijf voor aangepast werk en het gebrek aan overleg met arbeidsgeneesheren en controleartsen, brengt zelfcertificatie deze verantwoordelijkheid over op de patiënt zelf. Zelf-certificatie zal dus niet veel tijdswinst voor de huisarts betekenen, maar een andere tijdsbesteding tijdens de consultatie. Hierover dient meer onderzoek te gebeuren.

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 er een verschil is in de verwachtingen van de patiënt en die van de arts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Deze discrepantie situeert zich vooral op gebied van de verantwoordelijkheid voor het schrijven van arbeidsongeschiktheid, het overleg tussen arts en patiënt en de mate van inbreng van de patiënt. Zo zien huisartsen het schrijven van arbeidsongeschiktheid als materie waarover ze te weinig kennis hebben, waarin ze zich niet gesteund voelen, waarbij ze zich in een vervelende positie bevinden en als iets waar ze gewoon snel vanaf willen zijn zonder hierbij te moeten overleggen met de patiënt, zodat de arts-patiënt relatie niet geschaad wordt. Patiënten daarentegen willen graag in overleg gaan en vinden helemaal niet dat dit een goede arts-patiënt relatie in gevaar brengt.
Een mogelijke oplossing hiervoor 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. Verder onderzoek dient uit te wijzen of een systeem van zelfcertificatie 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?
   - ☐ Man
   - ☐ Vrouw

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

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

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

5. In welke praktijkvorm werkt u?
   - ☐ Solopraktijk
   - ☐ Duopraktijk
   - ☐ Groepspraktijk
   - ☐ Netwerk
   - ☐ 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?
   - ☐ Ja
   - ☐ 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?
   - ☐ Ja
   - ☐ 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?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nee
   - ☐ 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."
   - ☐ Akkoord
   - ☐ Niet akkoord

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

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

4. Had de patiënt inbreng bij het bepalen van de duur van de arbeidsongeschiktheid?
   - ☐ Ja
   - ☐ 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?
   - ☐ Man
   - ☐ Vrouw

2. Wat is uw geboortejaar?

   _ _ _ _

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

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

5. Wat is uw jobomschrijving?
   - ☐ In opleiding
   - ☐ Stagiair
   - ☐ Interimaris
   - ☐ Arbeider loontrekkend
   - ☐ Arbeider ambtenaar of functionaris
   - ☐ Bediende loontrekkend
   - ☐ Bediende ambtenaar of functionaris
   - ☐ Zelfstandige
   - ☐ Vrij beroep
   - ☐ Huisvrouw/-man
   - ☐ Werkloos
6. Welk type arbeidscontract heeft u?
   - ☐ Van bepaalde duur

- Van onbepaalde duur
- Vastbenoemd (statutair)

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

8. Waar werkt u?
   - België
   - Nederland
   - 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?
    - ☐ Ja, een negatieve invloed → ga verder naar vraag 10a.
    - ☐ Ja, een positieve invloed → ga verder naar vraag 10b.
    - ☐ Neen, geen invloed → ga verder naar vraag 11

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

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

11. In welke mate bent u tevreden met uw werk?
    - ☐ Helemaal tevreden
    - ☐ Eerder tevreden
    - ☐ Eerder niet tevreden
    - ☐ 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?
    - ☐ Heel goed
    - ☐ Eerder goed
    - ☐ Eerder slecht
    - ☐ 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."
    - ☐ Helemaal akkoord
    - ☐ Eerder akkoord
    - ☐ Eerder niet akkoord
    - ☐ 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?
    - ☐ Eerste getuigschrift
    - ☐ 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?
    - Ja
    - Neen

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

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

<u>E) EIGEN MENING</u>

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.
    - Helemaal akkoord
    - Eerder akkoord
    - Eerder niet akkoord
    - Helemaal niet akkoord

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