React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.

Nicolas Makay, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dirk Avonts, MD, PhD

Co-promotor: Dr. Jo Bernagie

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.

Haio: Nicolas MAKAY, Wijkgezondheidscentrum 't Spoor, Universiteit Antwerpen.

Promotor: Prof. Dirk AVONTS, MD, PhD, Universiteit Gent.

Co-promotor en praktijkopleider: Dr. Jo BERNAGIE.

Context:
Het aantal patiënten dat tijdelijk of definitief verwijderd wordt van de arbeidsmarkt omwille van arbeidsongeschiktheid blijft stijgen. Het aantal vergoede primaire arbeidsongeschiktheden is van 363.838 in 2006 opgelopen tot 399.075 in 2010. In diezelfde periode is het aantal gevallen van invaliditeit gestegen van 215.822 tot 257.935. Patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn, lopen een verhoogd risico op werkloosheid, invaliditeit, armoede, sociale isolatie en bijkomende gezondheidsproblemen. De kosten die hierbij gepaard gaan rijzen de pan uit sinds 2007 en kennen een gemiddelde jaargroei van 8 tot 10%. In 2010 werd er 4.397.553.650 euro gespendeerd aan uitkeringen ten gevolge van een primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeitsuitkeringen.

Onderzoeksvraag:
Dit masterproject evalueert een multidisciplinaire aanpak van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn, met het oog op een succesvolle re-integratie in het reguliere arbeidsmilieu. Kan een multidisciplinaire samenwerking het aantal patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn doen dalen? Wat is het nut van een praktijkrichtlijn voor de artsen die patiënten opvolgen tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Dit onderzoek startte met een literatuurstudie. Belgische gegevens inzake werkonbekwaamheid en invaliditeit werden bestudeerd. Specifiek werden belemmerende en bevorderende factoren voor een terugkeer naar het werkmilieu opgezocht, naast de rol van artsen en de effectiviteit van werkhervattingstrajecten. Vervolgens werd er een nieuwe praktijkrichtlijn uitgeschreven en geïmplanteerd. Aan de hand van observationeel dossieronderzoek voor en na de implantatie van de uitgewerkte praktijkrichtlijn werd de nieuwe praktijkrichtlijn geëvalueerd.

Resultaten:
Langdurige werkonbekwaamheid is een multifactorieel probleem en de aanpak vereist een goede samenwerking en communicatie tussen de behandelend arts, de bedrijfsarts en adviserend arts. Een betere kennis over elkaars werk en referentiekader is hiervoor noodzakelijk. Behandelende artsen zijn onvoldoende op de hoogte over de werksituatie van patiënten. De attestering van werkonbekwaamheid gebeurt het best door dezelfde arts. Arbeiders zijn het vaakst werkonbekwaam. De psychische stoornissen (34,32%), de musculoskeletale aandoeningen (26,98%) en de ziekten van het hartvaatstelsel (7,59%) zijn de belangrijkste oorzaken van definitieve arbeidsongeschiktheid. Acht patiënten namen deel aan het project, de gemiddelde leeftijd was 39,75 jaar. Vijf patiënten (62,5%) waren tewerkgesteld als arbeider. Er was ook 1 bediende (12,5%), 1 zelfstandige (12,5%) en 1 werkzoekende (12,5%) in het project. De 2 grootste ziektegroepen waren de musculoskeletale en de psychische aandoeningen. Nadat het project was afgelopen, hadden 5 van de 8 patiënten (62,5%) het werk permanent hervat. Gemiddeld werd het werk hervat na 4,2 maanden. Drie patiënten bereikte de kritische periode van >6 maanden werkonbekwaamheid.

Conclusies:
Een verdere responsabilisering van de betrokken partijen zal in de toekomst noodzakelijk zijn. De rol die de verschillende artsen hebben in het re-integratie proces is onvoldoende bekend bij de artsen. Werknemers en werkgevers moeten een beter inzicht krijgen op het belang van een werkhervatting. Arbeids-geneeskundige diensten moeten meer betrokken worden in het re-integratieproces en moeten worden uitgebreid met een 'disability manager' en met een 'disability case manager'. De werkgever moet een actievere rol aannemen in het re-integratieproces. Een transparante wetgeving omtrent progressieve werkhervatting is noodzakelijk. 'Patient empowerment' kan een gunstig effect hebben op de werkhervatting.

E-mail: nicolas.makay@gmail.com **ICPC-code:** A28

Inhoudsopgave

1. 1. Inleiding 4
2. 2. Literatuuronderzoek 6
2.1 Methode 6
2.2 Resultaten 7
2.2.1 Belemmerende en faciliterende factoren voor de terugkeer naar het werkmilieu 7
2.2.2 Rol van de curatieve arts in het re-integratie proces 10
2.2.3 Rol van de bedrijfsarts in het re-integratie proces 12
2.2.4 Rol van de adviserend arts in het re-integratie proces 14
2.2.5 Arbeidsongeschiktheid in België: statistische gegevens 15
2.2.6 Sherbrooke model 19
3. 3. Methode voor kwaliteitsverbetering. 23
3.1 Visgraatmodel 23
3.2 Eerste observationeel dossieronderzoek 24
3.3 Opstellen en invoeren van de nieuwe praktijkrichtlijn 25
3.4 Tweede observationeel dossieronderzoek 28
4. 4. Resultaten 28
4.1 Eerste observationeel dossieronderzoek 28
4.2 Tweede observationeel dossieronderzoek 32
4.3 Diepte-interview 34
5. 5. Globale bespreking 36
6. 6. Bronnen 40
7. 7. Bijlagen 46
8. 8. Dankwoord 55

React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.

1. Inleiding

Het aantal patiënten dat tijdelijk of definitief verwijderd wordt van de arbeidsmarkt omwille van arbeidsongeschiktheid blijft stijgen. Het aantal vergoede primaire arbeidsongeschiktheden (< 1 jaar arbeidsongeschikt) is van 363.838 in 2006 opgelopen tot 399.075 in 2010 (1). In diezelfde periode is het aantal gevallen van invaliditeit (> 1 jaar arbeidsongeschikt) gestegen van 215.822 tot 257.935 (1). De belangrijkste ziektegroepen zijn: psychische stoornissen, ziekten van bewegingsstelsel en ziekten van het hartvaatstelsel (1).

Patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn, lopen een verhoogd risico op het verlies van hun arbeidscontract, op werkloosheid of op invaliditeit. Dit gaat vaak gepaard met een inkomensverlies. Volgens de statistische gegevens van Ongelijkheid, Armoede, Sociale Armoede en de Stad (OASeS), gepubliceerd in het 'Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting', leeft 15,3% van de Belgische bevolking onder de armoededrempel. 9,8% van de Vlaamse bevolking loopt een verhoogd armoederisico. Een vroegtijdige detectie van patiënten die langdurige arbeidsongeschikt dreigen te worden, is essentieel om deze risico's te beperken. Daarenboven kan de langdurige afwezigheid uit het werkmilieu leiden tot sociaal isolement en toenemende gezondheidsproblemen. Hierdoor kan de levenskwaliteit en het levensgeluk van de patiënt in het gedrang komen. Relaties komen onder druk te staan en worden soms beëindigd. Er is mogelijks een verlies van het zelfbeeld en het zelfrespect, men maakt geen deel meer uit van de arbeidsmarkt en men voelt zich nutteloos. Door het beperkte budget gaat de woonkwaliteit er mogelijks op achteruit en kan men zijn oude levensstijl niet meer onderhouden. Langdurige werkonbekwaamheid is een zware last om te dragen waardoor je meer vatbaar bent voor stress en ander psychisch lijden.

De kosten die gepaard gaan met arbeidsongeschiktheid en invaliditeit rijzen de pan uit sinds 2007 en kennen een gemiddelde jaargroei van 8 tot 10%. In 2007 werd er 1.010.403.036 euro (€) gespendeerd aan uitkeringen ten gevolge van een primaire arbeidsongeschiktheid en 2.389.435.638 € aan invaliditeitsuitkeringen. In 2010 bedroegen deze bedragen respectievelijk 1.285.397.524 € en 3.112.156.126 €, samen goed voor 8% van het globaal budget van de sociale zekerheid (1). Indien deze trend zich doorzet zal het budgettair evenwicht van de sociale zekerheid in het gedrang komen. Deze forse stijgingen zijn te verklaren door de huidige demografische evolutie met een stijging van het aantal gepensioneerden en een daling van de instroom op de arbeidsmarkt. De evolutie van het tewerkstellingsbeleid

met de verhoging van de pensioenleeftijden voor vrouwen, de vermindering van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot het stelsel van het brugpensioen en het activeren van werklozen, heeft ook een belangrijke rol in deze toenemende kosten. Om deze kosten te drukken en om de begroting in evenwicht te houden, moeten er dus innoverende beleidslijnen worden uitgestippeld. Bepaalde procedures zoals de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de re-integratie naar het werkmilieu zouden herzien moeten worden. Een versterkte responsabilisering van de verschillende betrokken partijen (patiënten, behandelende arts, werkgever, arbeidsgeneesheer, adviserend geneesheer, ziekenfonds) dringt zich op. In onze huidige maatschappij worden patiënten met een chronische aandoening te snel aan de kant geschoven. Er wordt te weinig gekeken naar de capaciteiten van de zieke werknemer en men concentreert zich voornamelijk op hetgeen hij niet meer kan. Langdurige werkonbekwaamheid is een multifactorieel probleem, een multidisciplinaire samenwerking zal in de toekomst noodzakelijk zijn om het aantal primaire arbeidsongeschiktheden te doen dalen in aantal en duur en om het aantal invaliden te beperken.

Ik heb dit project gekozen omdat ik een praktijkrelevant én maatschappelijk relevant thema wou uitwerken. De huisarts kan in de responsabilisering en de multidisciplinaire samenwerking een centrale rol bekleden. Hij wordt meestal als eerste geconsulteerd en is vaak ook verantwoordelijk voor het hernieuwen van periodes van arbeidsongeschiktheid. Samen met andere hulpverleners volgt de huisarts de evolutie van het medisch probleem, de wettelijke omkadering en het psychosociaal kader van de werkonbekwaamheid. In een multidisciplinaire groepspraktijk is het belangrijk dat iedere hulpverlener geïnformeerd is over patiënten die in een fase van langdurige arbeidsongeschiktheid belanden zodat deze optimaal kunnen worden begeleid op medisch en psychosociaal vlak om re-integratie in een werkmilieu mogelijk te maken.

Met dit project zal ik trachten te achterhalen hoe een multidisciplinaire aanpak van patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn (of het dreigen te worden), kan bijdragen tot een betere begeleiding en een snellere activering. Kunnen we door een multidisciplinaire samenwerking het aantal patiënten die langdurig arbeidsongeschikt zijn doen dalen? Kan een grondige kennis van het wettelijke kader en een opgestelde praktijkrichtlijn de betrokken artsen helpen om de patiënten beter te begeleiden?

2. Literatuuronderzoek

Vooraleer ik een praktijkrichtlijn kon uitwerken, moest ik mij eerst verdiepen in de materie van werkonbekwaamheid. Zo vond ik het belangrijk om te weten hoe groot of hoe ernstig het probleem van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in België was. Ik ging op zoek naar statistische gegevens. Artikels die de belemmerende en de bevorderende factoren voor een terugkeer naar het werkmilieu beschreven werden opgezocht. Ook de rol in het re-integratie proces van de verschillende artsen, betrokken bij langdurige werkonbekwaamheid, wou ik beter leren kennen. Enkel de rol van de controlearts van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) liet ik buiten beschouwing. Deze doen een uitspraak over de erkenning en de duur van de invaliditeit. De literatuur leert ons dat de kans op een succesvolle re-integratie bijna onbestaande is bij patiënten die op invaliditeit staan (10). Tot slot ging ik op zoek naar studies die een werkhervattingstraject beschreven.

2.1 Methode

Om een betere kijk te krijgen op de statistische gegevens inzake werkongeschiktheid, invaliditeit, kosten, enzovoort, startte ik mijn literatuuronderzoek op de website van het RIZIV. Daar vind je onder 'Home > Het RIZIV > Publicaties > Jaarverslag > 2011', het jaarverslag van het RIZIV 2011. Het zesde deel van dit verslag omvat de statische gegevens.

In PubMed zocht ik in de MeSH-databank via de MeSH-zoektermen 'long term sickness' AND 'return to work'. Vervolgens activeerde ik de filters 'Free full text available' en 'Publication date: 5 years'. Er bleven nog 26 resultaten over. Aan de hand van het abstract van deze 26 artikels weerhield ik 2 artikels (2,3).
Tijdens mijn tweede zoektocht in PubMed gebruikte ik de MeSH-zoektermen 'disability' AND 'management' AND 'sickness'. Het artikeltype naar waar ik op zoek was, was een clinical trial en het volledige artikel moest gratis beschikbaar zijn. Dus activeerde ik de filters 'Clinical Trial' en 'Free full text available'. Na het activeren van de filterfunctie bleven er nog 20 artikels over. Op basis van hun abstract weerhield ik 5 artikels (4,5,6,7,8).
Voor mijn derde en laatste zoektocht in de MeSH-databank van PubMed, gebruikte ik de MeSH-zoektermen 'cost-benefit analysis' AND 'disability' AND 'low back pain'. Deze laatste zoekterm gebruikte ik omdat uit voorgaande zoektochten bleek dat hier al het meeste onderzoek naar was gedaan. Het is dan ook één van de meest voorkomende oorzaken van arbeidsongschiktheid. Als filter activeerde ik enkel 'Free full text available'. Deze combinatie leverde 32 hits op. Na het doornemen van de abstracts van de verschillende artikels, weerhield ik 1 artikel (9).

De derde website die ik heb geraadpleegd in mijn zoektocht naar interessante literatuur, was de website van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO). Onder de module ‘Onderzoeksprojecten’ > ‘Werkhervatting na langdurige afwezigheid’ vind je 2 onderzoekprojecten die zeer relevant zijn voor dit project, namelijk:

- Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de verzekeringsarts en de bedrijfsarts voor de preventie van langdurige en beroepsgerelateerde arbeidsongeschiktheid.
- Werkhervatting na ziekte.

Tot slot werden er mij ook nog enkele interessante artikels aangereikt door Dr. K. Mortelmans, Directeur Research & Development Mensura (12,13,14). Eén van deze artikels betreft een literatuuroverzicht van de rol van de behandelende arts in het arbeidsongeschiktheids- en werkhervattingstraject van patiënten met ziekteverlof.

2.2 Resultaten

2.2.1 Belemmerende en faciliterende factoren voor de terugkeer naar het werkmilieu

In de acute fase van de arbeidsongeschiktheid (< 1maand werkonbekwaam) staat het medische probleem centraal. Een adequate medische behandeling is onontbeerlijk in deze fase en verlaagt de kans op langdurige arbeidsongeschiktheid. Een multidisciplinaire aanpak biedt in de acute fase van de arbeidsongeschiktheid nog geen meerwaarde.
Een vroegtijdige detectie van patiënten die langdurig werk onbekwaam dreigen te worden is essentieel voor een vlotte re-integratie in het werkmilieu omdat de kans op een terugkeer met de helft vermindert bij een werkonderbreking van 3 tot 6 maanden (10). Patiënten met een psychische of musculoskeletale aandoeningen hebben de grootste kans op langdurige arbeidsongeschiktheid (2). Naarmate de periode van arbeidsongeschiktheid langer wordt, spelen andere factoren een belangrijke rol in het re-integratieproces. Factoren zoals persoonsgebonden kenmerken (leeftijd, opleiding, perceptie,…) en omgevingsfactoren (werkrelatie, beschikbaarheid van werk,…) (3). In onderstaande tabel staan bijkomende factoren opgesomd die de terugkeer naar het werk kunnen belemmeren of vertragen (tabel 1) (10).

Tabel 1: Factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren of vertragen. Samenvatting Onderzoeksrapport RTW Mei 2012 (10)		
Factoren	**Gezondheids-probleem**	**Auteurs**
Individuele demografische		
Hoge leeftijd	Alle behalve psychische stoornissen	Beemsterboer et al., 2009 (28) ; Detaille et al., 2009 (15) ; Steenstra et al., 2005 (19) ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 (29)
Vrouwelijk geslacht	Alle	Beemsterboer et al., 2009 (28) ; Detaille et al., 2009 (15) ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 (29)
Vrouwelijk geslacht	Musculo-skeletaal	Heymans et al., 2009 (16) ; Steenstra et al., 2005 (19)
Vrouwelijk geslacht	Stress	Blank et al., 2008 (30)
Mannelijk geslacht	Depressie	Blank et al., 2008 (30)
Verbonden aan de algemene gezondheidstoestand		
Pijn en belang van het functioneel symptoom	hoofdzakelijk Musculo-skeletaal	Detaille et al., 2009 (15) ; Heymans et al., 2009 (16) ; Melloh et al., 2009 (17) ; Hansson et al., 2006 (18) ; Steenstra et al., 2005 (19)
Ernst van het probleem	Geestelijke gezondheid, kankers, chronische ziektes	Detaille et al., 2009 (15) ; Peters et al., 2007 (20) ; Spelten et al., 2002 (21)
Koppeling van een slechte geestelijke gezondheid aan spier-skelet stoornissen	Melloh et al., 2009 (17) ; Werner et côté, 2009 (22) ; Lloyd et al., 2008 (23)	
Antecedenten van (arbeids-) ongeschiktheid	Musculo-skeletaal	Borg et al., 2004 (24)
Psychosociale		
Negatieve verwachtingen betreffende het genezingsproces	Alle	Werner et côté, 2009 (22) ; Iles et al., 2008 (25) ; Kapoor et al., 2006 (26)
Verkeerde voorstellingen, angst-vermijdingsgedrag m.b.t. de pijn	Lage rugpijn	Heymans et al., 2009 (16) ; Melloh et al., 2009 (17) ; Werner et côté, 2009 (22) ; Iles et al., 2008 (25) ; Kapoor et al., 2006 (26) ; Pincus et al., 2002 (27)
Angstgevoel en somatisering	Mentale gezondheid	Brouwers et al., 2009 (31)
Stress en neigingen tot somatisering	Musculo-skeletaal	Pincus et al., 2002 (27)
Gebrek aan sociale steun	Alle	Meloh et al., 2009 (17) ; Steenstra et al., 2005 (19)
Professionele context		
Zware fysieke bezigheid	Alle	Detaille et al., 2009 (15) ; Peters et al., 2007 (20) ; Steenstra et al., 2005 (19); Allebeck et Mastekaasa, 2004 (29) ; Werner et côté, 2004 (22) ; Spelten et al., 2002 (21)
Ontevredenheid op het werk, gebrek aan controle, aan steun, slechte relaties met de collega's	Alle	Beemsterboer et al., 2009 (28) ; Heymans et al., 2009 (16) ; Duijts et al., 2007 (32) ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 (29) ; Werner et côté, 2004 (22) ; Spelten et al., 2002 (21)
Reacties door angst-vermijdingsgedrag verbonden aan werksituaties	Lage rugpijn	Melloh et al., 2009 (17)
Verwachtingen over de geschiktheid tot werkhervatting/ zich niet welkom voelen bij terugkeer op het werk	Alle	Ekbaladh et al., 2010 (33); Melloh et al., 2009 (17)
Economische context		
Schadeloosstellingssysteem of 'te' gunstige verzekering	Alle	Blank et al., 2008 (30) ; Hansson et al., 2006 (18) ; Steenstra et al., 2005 (19) ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 (29) ; Werner et côté, 2004 (22)
Werkzekerheid	Alle	Hansson et al., 2006 (18)

Langdurige arbeidsongeschiktheid is dus zonder enige twijfel een multifactorieel probleem en vergt een multidisciplinaire aanpak (10). Patiënten met lage rugpijn en een slechte prognose om het werk te hervatten, keren significant sneller terug naar het werkmilieu indien ze een extensieve multidisciplinaire behandeling krijgen. Zo'n multidisciplinaire interventie bestaat uit een samenwerking tussen een behandelende arts, een revalidatiearts, een psychotherapeut en een casemanager die in samenspraak met de patiënt een revalidatieplan opstelt. Het betreft voornamelijk patiënten met een lage job voldoening, weinig invloed op het werk, geen interesse in hun huidige job en een verhoogd risico op ontslag (7,43, 44).

Bij een langdurige werkongeschiktheid zijn er verschillende artsen betrokken. In eerste instantie heb je de behandelende arts. Daarnaast heb je nog de bedrijfsarts en de adviserend arts. Een goede communicatie bestaande uit de uitwisseling van informatie met behulp van een goed en volledig dossier bevordert de samenwerking tussen deze artsen en is essentieel voor een succesvolle re-integratie. Het niet goed delen van belangrijke informatie heeft nefaste gevolgen voor het werkhervattingsbeleid en leidt tot langdurige afwezigheid (6,13,39,40,41).

Uit een studie van de Jong et al. is gebleken dat een strengere screeningsprocedure voor de invaliditeitsuitkering leidt tot daling van het aantal langdurige werkonbekwame patiënten (14).

Bij langdurige werkongeschiktheid kan een controle raadpleging op de arbeidsgeneeskundige dienst een gunstig effect hebben op de duur van de ongeschiktheid (4). Ook een consult bij de bedrijfsarts in het begin van de arbeidsongeschiktheid draagt bij tot snellere re-integratie (34). Tijdens dit half uur durende consult worden de belangrijkste symptomen en klachten van de patiënt opgehelderd. Vervolgens wordt de relatie tussen de symptomen en het risico op langdurige werkonbekwaamheid uitgelegd, alsook de voordelen van een snelle werkhervatting.

Er zijn ook duidelijke aanwijzingen dat beroepsgebonden factoren zoals stress, sociale steun op het werk, de mogelijkheid om het werk aan te passen, job voldoening, enzovoort een invloed hebben op een langdurige werkonbekwaamheid (35). Voor een succesvolle re-integratie is het van belang dat deze 'blauwe vlaggen' tijdig herkend worden, zodanig dat de nodige aanpassingen op het werk kunnen worden uitgevoerd.

Tabel 2: Factoren die de terugkeer naar het werk bevorderen. Samenvatting Onderzoeksrapport RTW Mei 2012 (10)	
Geïdentificeerde factoren	**Auteurs**
Vroegtijdige raadpleging, in het begin van de arbeidsongeschiktheid, door de arbeidsgeneesheer op basis van selectiecriteria in vastgelegd formulier	Kant et al., 2008 (34)
Koppeling aan de klinische opsporing van het slepend karakter van de ziekte; beroepscriteria herkend als “blauwe vlaggen”	Shaw et al., 2009 (35)
Interventies met ergonomische aanpassingen in de werkomgeving	Anema et al., 2004 (36)
Interventies van participerende aard, met inschakeling van referentiepersonen	Shaw et al., 2008 (37) ; Werner et al., 2007 (38)
Goede communicatie tussen arbeidsgeneesheren, werkgever, het verzekeringssysteem en de werknemers zelf	Loisel et al., 2005 (39) ; Mortelmans et al., 2006 (6) ; Pransky et al., 2004 (40) ; Anema et al., 2002 (41)
Erkenning van de medische situatie door de onderneming en het verzekeringssysteem	Mairiaux, 2011 (42)
Multidisciplinaire interventies (samenwerking tussen een behandelende arts, een revalidatiearts, een psychotherapeut en een casemanager) met als doelgroep de arbeiders ouder dan 44 jaar, die een voorgeschiedenis vertonen van arbeidsongeschiktheid in het afgelopen jaar en ongunstige psychosociale factoren (ontevredenheid, uitsluiting, zwakke zelfstandigheid, ongunstige socio-economische context)	Stapelfeldt et al., 2011 (7) ; Heitz et al., 2009 (43) ; Steenstra et al., 2009 (44)

2.2.2 Rol van de curatieve arts in het re-integratie proces

Het artikel van Mortelmans et al. (12) is een literatuuroverzicht over de rol van de curatieve arts in het arbeidsongeschiktheid- en werkhervattingtraject van patiënten met ziekteverlof. Uit de literatuur kunnen we concluderen dat de rol van de curatieve arts verder gaat dan het wettigen van het ziekteverzuim (45). Langdurige arbeidsongeschiktheid kan vermeden worden door een actief werkhervattingsbeleid van de curatieve arts. Het verlengen van het arbeidsongeschiktheidsattest kan aanzien worden als een ideale opportuniteit om het proces tot werkhervatting te bespreken (46). Vaak hebben patiënten een verkeerd beeld over hun ziekte en vormt de angst op herval een belemmering op de werkhervatting. Het is de taak van de behandelende arts om deze misverstanden te bespreken met hun patiënten (47).

De arts mag reeds vroeg in het ziekteproces de terugkeer naar het werkmilieu bespreken. Het is belangrijk de patiënten te beschermen tegen een onrealistisch genezingsproces. Er zijn verschillende factoren die een werkhervatting kunnen beïnvloeden (tabel 1). Het is de taak van de arts om deze factoren te identificeren en om hiervoor een oplossing te zoeken in samenwerking met alle betrokken partijen.

De identificatie van patiënten die langdurig werk onbekwaam dreigen te worden is één van de kerntaken van een curatieve arts. Een vroegtijdige interventie vergroot de kans op een succesvolle re-integratie.

Desondanks het feit dat behandelende artsen zich zeer goed bewust zijn van hun taak in het re-integratie proces, moeten ze toch gestimuleerd worden om een actievere rol op te nemen in dit proces. De angst om de arts-patiëntrelatie te schaden neemt vaak de bovenhand (47). Het bespreken van de werkhervattingsmogelijkheden wordt vaak als penibel ervaren. Deze angst blijkt echter onterecht te zijn. De tevredenheid van de patiënt lijkt hierdoor toe te nemen, op voorwaarde dat er reeds een solide arts-patiëntrelatie aanwezig is (48).

Een minderheid van de artsen, ongeveer 25 %, heeft het idee dat ze geen invloed hebben op het resultaat en de duur van het ziekteverzuim (49). Uit de literatuur is echter gebleken dat de behandelende arts wel een invloed heeft op de periode van werkonbekwaamheid. Een goede communicatie en een sterke arts-patiëntrelatie zijn hiervoor wel noodzakelijk (50).

Langdurige werkonbekwaamheid is een multifactorieel probleem waarvoor een multidisciplinaire aanpak vaak noodzakelijk is. Het is niet realistisch om te verwachten dat een curatieve arts kennis heeft over alle details van werkgerelateerde of verzekeringsgerelateerde zaken. De arts moet dus in staat zijn om de patiënt door te verwijzen naar de juiste disciplines. Een goede interdisciplinaire samenwerking en communicatie is dus onontbeerlijk voor een succesvolle re-integratie (6,13,39,40,41).

Om een terugkeer naar het werkmilieu correct te kunnen inschatten, is het belangrijk dat de behandelende arts op de hoogte is van de accommodaties in de werkomgeving (51, 52). Functionele beperkingen van patiënten kunnen overwonnen worden door aanpassingen op de werkvloer. Om deze aanpassingen door te voeren kan de arts een beroep doen op de arbeidsgeneeskundige dienst die verbonden is aan de werkgever. Indien aangepast werk noodzakelijk is, is het belangrijk dat de curatieve arts de beperkingen van zijn patiënt tot in detail specifieert. Een vage omschrijving van deze beperkingen hebben een averechts effect op de productiviteit van de patiënt. De literatuur leert ons dat slechts één derde van de artsen de beperkingen van de patiënt voldoende definieert (49).

2.2.3 Rol van de bedrijfsarts in het re-integratie proces (53)

Arbeidsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde zijn beide werkvelden van de sociale geneeskunde. Sociale geneeskunde is voornamelijk gericht op preventie (primaire, secundaire, tertiaire). Het richt zich naar individuen en groepen en neemt zelf het initiatief om deze mensen/groepen te benaderen. Sociale geneeskunde heeft vooral aandacht voor collectieve aspecten.
Klinische geneeskunde houdt zich voornamelijk bezig met het stellen van diagnosen en het instellen van behandelingen. Het concentreert zich voornamelijk op individuele patiënten.

Er bestaan 2 soorten arbeidsgeneeskundige diensten. De interne diensten (70-tal in België) en de externe diensten. In het totaal zijn er 12 externe diensten in België (bv. Mensura, IDEWE). De doelstelling van deze diensten is de gezondheid en het welzijn van de arbeidende mensen te vrijwaren en te bewaren door:

- primaire preventie: aanpassing van de arbeidsomstandigheden
- secundaire preventie: vroegtijdige opsporing van beroepsziekten
- tertiaire preventie: revalidatie en beroepsre-integratie

Een arbeidsgeneeskundige dienst is een multidisciplinaire dienst bestaande uit:

- een bedrijfsarts
- een ergonoom
- een industrieel hygiënist
- een psycholoog
- een veiligheidsadviseur

De kernopdrachten van een bedrijfsarts bestaan uit:

- gezondheidstoezicht
- risico-evaluatie
- organisatie van eerste hulp
- informatieverstrekking, opleiding, communicatie
- studies over groepsgegevens, werkgebonden risico's, schadelijke gezondheidseffecten

Het is de taak van de bedrijfsarts om te waken over de gezondheid van werknemer en om er voor te zorgen dat de gezondheid van een werknemer geen schade oploopt ten gevolge van zijn of haar beroep. Een bedrijfsarts is geen controlearts en is gebonden aan het beroepsgeheim:

KB 28.5.2003: gezondheidstoezicht op de werknemers
Art. 23.- De preventieadviseur-arbeidsgeneesheer gaat in **geen geval na of de afwezigheid van de werknemers om gezondheidsreden gegrond is.** Om beter de

doeltreffendheid van het preventieprogramma te kunnen inschatten, beroepsziekten op te sporen, risico's te identificeren en de mindervalide of gehandicapte werknemer, met het oog op herinschakeling in het arbeidsproces, werk te geven dat overeenstemt met zijn toestand, mag hij nochtans telkens hij het nuttig acht, bij de behandelende arts informeren naar de omstandigheden die de oorzaak kunnen zijn van die afwezigheid en naar de evolutie van zijn gezondheidstoestand.

Elke werknemer komt gedurende zijn loopbaan enkele malen in contact met de bedrijfsarts. Zo is elke nieuwe werknemer verplicht een aanwervingsonderzoek te ondergaan alvorens hij of zij het werk mag aanvatten. Elke werknemer is ook verplicht om naar de periodieke gezondheidsbeoordeling te gaan. Na een afwezigheid van minstens 4 weken ten gevolge van om het even welke ziekte, aandoening of ongeval, of wegens bevalling, is de werknemer verplicht om naar het werkhervattingsonderzoek te gaan. Dit onderzoek gebeurt ten vroegste op de dag waarop het werk of de dienst wordt hernomen en ten laatste op de achtste werkdag daarna.

Sinds de uitbereiding van het recht op bezoek voorafgaand aan de werkhervatting door het koninklijk besluit van 27 januari 2008 (Belgisch Staatsblad van 3 maart 2008), heeft de bedrijfsarts een meer belangrijke rol het re-integratieproces en kan hij constructief ingezet worden om verzuim tegen te gaan.
Elke werknemer heeft hierdoor het recht op een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting. Voordien bestond deze mogelijkheid enkel voor de werknemers die onderworpen waren aan het gezondheidstoezicht. Dit bezoek stelt de bedrijfsarts in staat om met een werknemer die minstens 4 weken arbeidsongeschikt is, diens gezondheidstoestand te bespreken. De mogelijkheden tot aanpassing van de werkpost worden eveneens bekeken. Gedurende dit bezoek is er geen sprake van een medisch onderzoek.
Volgende procedure is voorzien voor werknemers die hun recht op een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting willen benuttigen (54):

- De werknemer (minstens 4 weken arbeidsongeschikt) beslist zelf of hij gebruik wenst te maken van een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting door een geschreven aanvraag aan de werkgever te richten.
- De werknemer gaat akkoord dat de bedrijfsarts contact opneemt met zijn behandelende arts en dus inzage krijgt in zijn medisch dossier.
- Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting moet binnen de 8 dagen volgend op de ontvangst van de aanvraag plaatsvinden. De werkgever moet dus binnen die termijn een afspraak regelen met de betrokken arbeidsgeneeskundige dienst.
- Tijdens het bezoek bespreekt de bedrijfsarts met de werknemer zijn gezondheidstoestand en mogelijke aanpassingen van zijn werkpost. Het gaat dus niet om een medisch onderzoek.

- De bedrijfsarts gaat zo spoedig mogelijk de werkpost van de werknemer inspecteren met het oog op het vinden van de mogelijke oplossingen tot aanpassing. Vervolgens legt de bedrijfsarts zijn aanbevelingen aan de werkgever voor door rubriek F van het formulier voor de gezondheidsbeoordeling in te vullen. In dit stadium gaat het dus niet om een beslissing tot al of niet arbeidsgeschiktheid.
- De werkgever betaalt de verplaatsingskosten van de werknemer voor dit bezoek.

2.2.4 Rol van de adviserend arts in het re-integratie proces (53)

Artikel 153, § 1 en § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (55) beschrijft de opdrachten van een adviserend geneesheer
Artikel 153 § 1:

1. De sociaal verzekerden advies, informatie en sociale begeleiding te verlenen, teneinde ervoor te zorgen dat hen de meest geschikte verzorging en behandeling tegen de beste prijs wordt verleend, rekening houdende met de globale middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
2. De zorgverleners te informeren, teneinde de correcte toepassing van de reglementering betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging voor hen te verduidelijken, door toe te zien op het optimale gebruik van de middelen van deze verzekering.
3. De arbeidsongeschiktheid te controleren, overeenkomstig de bepalingen van titel IV, hoofdstuk III, afdelingen I en II en de regels uitgevaardigd bij toepassing van artikel 86, § 3 van deze wet.
4. De geneeskundige verstrekkingen te controleren, overeenkomstig de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen.

Artikel 153 § 2:
De adviserend geneesheren zien eveneens toe op de socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden. Daartoe nemen zij alle nuttige maatregelen en contacteren zij, met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot zijn beroepsherinschakeling. De adviserend geneesheer neemt deel aan het in artikel 109bis bedoelde traject van beroepsherscholing, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden.

De adviserend arts heeft verschillende mogelijkheden om een bijdrage te leveren aan het re-integratieproces:

- Disability case management
  Vergemakkelijken van de re-integratie van de patiënt met arbeidsbeperkingen door een gecoördineerde inspanning die rekening houdt met zijn noden, werkplekomstandigheden en wetgevend kader.
- Progressieve arbeidshervatting
  Progressief opbouwen van de arbeid is mogelijk. Men maakt hierbij wel een onderscheid tussen werknemers en zelfstandigen:
  - Werknemer (artikel 100 § 2):
    - Alle activiteiten
    - Aangifte via uniek formulier
  - Zelfstandigen:
    - Eigen beroep (artikel 23 bis) maximaal 3 x 6 maanden
    - Ander beroep (artikel 23) maximaal 2 x 6 maanden
    - Eigen beroep zonder beperking in de tijd (artikel 20 bis)
- Beroepsherscholing
  Hiervoor bestaan er 2 mogelijkheden:
  - Aanmeldingsformulier in gevuld door de adviserend arts
  - Via adviserend arts naar andere instellingen:
    - Voor oriënteringsonderzoek en/of herscholingsprogramma
    - Keuze van het traject bepaald door adviserend arts
    - Indien goedgekeurd door RIZIV → terugbetaling opleiding
- Vrijwilligerswerk – Opleidingen
  - Vrijwilligerswerk
    - Geen beroepsbezigheid
    - Activiteit verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand
    - Best vooraf te bespreken met adviserend arts
  - Opleidingen
    - Zoals taalcursus, pottenbakken (zonder stages)
    - Melden aan de adviserend arts

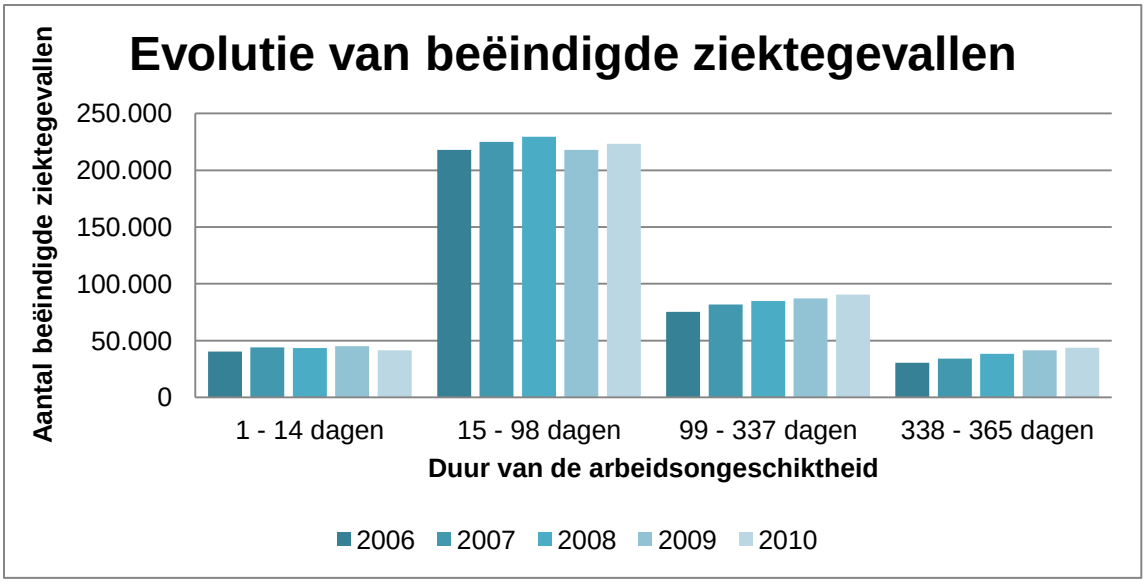
2.2.5 Arbeidsongeschiktheid in België: statistische gegevens

In het huidige demografische landschap is arbeidsongeschiktheid en de kosten die daarmee gepaard gaan een steeds ernstiger wordend probleem. Dit blijkt ook uit de cijfers die het RIZIV heeft gepubliceerd in het jaarverslag van 2011. Tabel 3 is een weergave van de evolutie van het aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven tussen 2006 en 2010. Het aantal vergoede dagen ligt beduidend hoger bij arbeiders. Een eerste verklaring voor deze vaststelling is dat de periode van het gewaarborgd loon korter is voor arbeiders (14 dagen) dan voor bedienden (30 dagen). Het gewaarborgd loon is de periode waarin de werknemer ten laste valt van de werkgever. Het verschil tussen beide sociale statuten is tevens te verklaren doordat

arbeiders vaker gevaarlijke en fysiek zware taken moeten uitvoeren. Ze hebben een verhoogd risico om een letsel op te lopen met een periode van werkongeschiktheid tot gevolg.
Uit onderstaande gegevens kunnen we afleiden dat de bijdrage van de zelfstandigen inzake ziekteverzuim, te verwaarlozen is ten opzichte van het totaal. In verdere tabellen zullen zij dan ook buiten beschouwing gelaten worden. Een verklaring voor deze verwaarloosbare cijfers is dat er statistisch gezien veel minder zelfstandigen zijn dan arbeiders en bedienden. Zelfstandigen vertegenwoordigen een kleine 10% op de arbeidsmarkt. Een andere verklaring is dat de gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid de carensperiode van één maand niet overtreft, niet worden opgenomen in de cijfers. De carensperiode is de periode die niet ten laste valt van de uitkeringsverzekering.

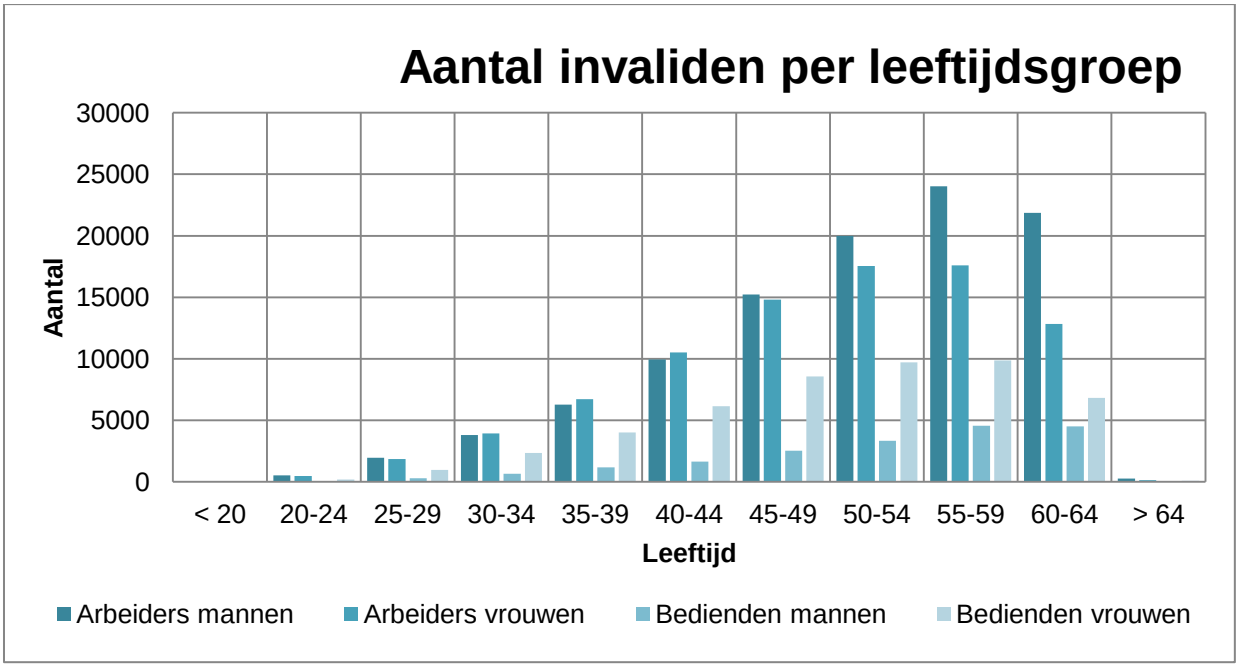
Tabel 3: Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven. Jaarverslag RIZIV 2011 (1)					
Vergoede dagen – **Uitgaven (in euro)**					
	2006	2007	2008	2009	2010
Arbeiders	*17.075.244* **614.736.217**	*18.862.630* **687.737.665**	*20.053.616* **761.435.221**	*20.462.553* **816.880.914**	*21.384.468* **873.002.273**
Bedienden	*7.250.513* **278.257.855**	*8.012.462* **311.045.879**	*8.526.485* **346.221.223**	*8.970.743* **393.341.296**	*9.519.927* **412.380.602**
Evolutie t.o.v. vorig jaar	*6,12%* **8,20%**	*10,48%* **11,83%**	*6,34%* **10,91%**	*2,99%* **9,26%**	*5,00%* **6,21%**
Zelfstandigen + meehelpende echtgenoten	*1.702.522* **43.792.419**	*1.717.485* **50.394.561**	*1.767.442* **56.574.107**	*1.896.392* **63.703.196**	*1.940.866* **67.469.141**
Evolutie t.o.v. vorig jaar	*2,11%* **3,32%**	*0,88%* **15,08%**	*2,91%* **12,26%**	*7,30%* **12,60%**	*2,35%* **5,91%**

Figuur 1 geeft de evolutie weer van het aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van de arbeidsongeschiktheid. Het aantal beëindigde ziektegevallen zijn het aantal primaire arbeidsongeschiktheden waarvoor een uitkering is betaald. Het aantal vergoede primaire arbeidsongeschiktheden is van 363.838 in 2006 opgelopen tot 399.075 in 2010. Meer dan de helft van deze arbeidsongeschiktheden (55,92%) duren tussen de 15 en 98 dagen. Na deze periode neemt het aantal langzaam af. In vergelijking met 2006 is er niet enkel een toename van het aantal arbeidsongeschiktheden, maar is er ook een toename van de duur van de arbeidsongeschiktheden. Ook deze evolutie kan voornamelijk verklaard worden door de vergrijzing van onze maatschappij.



Figuur 1: Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid. Jaarverslag RIZIV 2011 (1)

Figuur 2 is een weergave van de verdeling van het aantal invaliden (>1 jaar werkonbekwaam) volgens statuut en volgens geslacht. Ook hier is er een duidelijk verschil tussen de arbeiders en de bedienden. Door het fysiek zwaardere werk hebben arbeiders een groter risico op invaliditeit. Het totaal aantal invaliden stijgt met de leeftijd. De leeftijdsgroep 55-59 bevat het grootst aantal invalide patiënten. In deze leeftijdsgroep zijn het vooral de mannelijke arbeiders die het vaakst getroffen worden door invaliditeit.

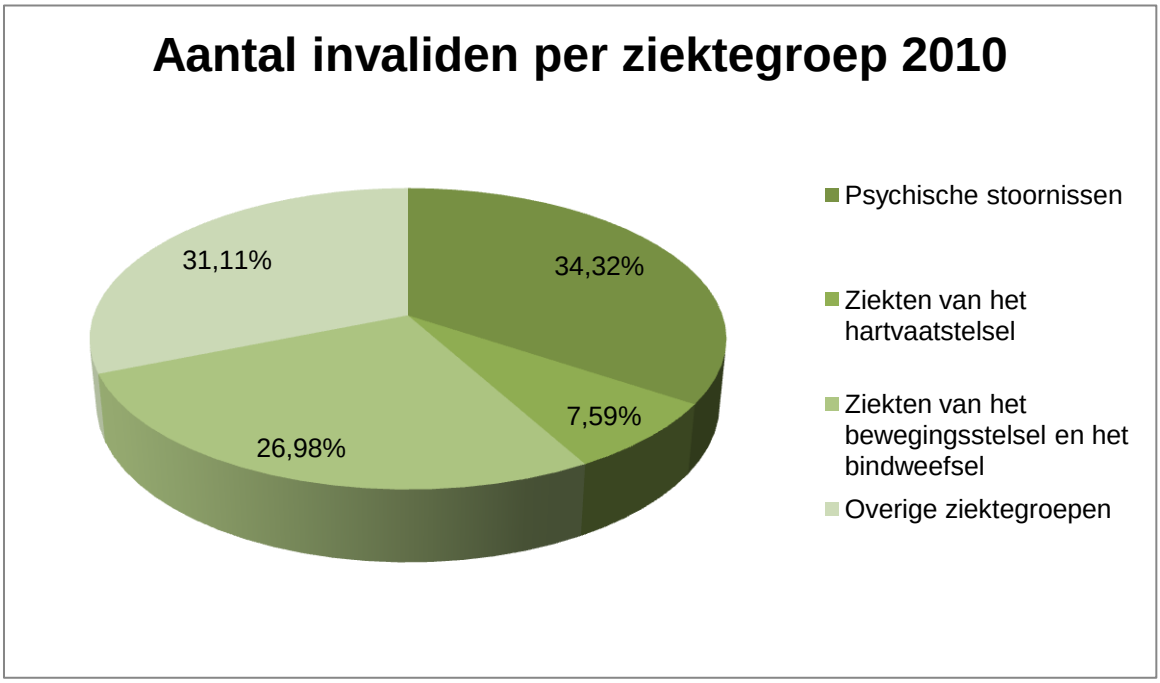


Figuur 2: Verdeling invaliditeit volgens statuut en geslacht (invaliditeit vanaf >1 jaar werkonbekwaamheid) Jaarverslag RIZIV 2011 (1)

Tabel 4 geeft het aantal invaliden volgens de ziektegroep weer van de voorbije 5 jaar. De 3 belangrijkste ziektegroepen zijn: psychische stoornissen (34,32%), ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (26,98%) en ziekten van het hartvaatstelsel (7,59%) (figuur 3). Opvallend is de sterke toename van het aantal invaliden ten gevolge van een psychische stoornis. Deze toename is deels te verklaren door de verandering in de diagnostiek en daardoor betere herkenning van de psychische problemen. Er is tevens een toename van de psychische, mentale en emotionele arbeidsbelasting. Ook de evolutie op de arbeidsmarkt, waar steeds minder plaats is voor patiënten met een psychische aandoening, kan deze sterke stijging verklaren. De arbeidsmarkt wordt steeds meer competitief en dankt patiënten met chronische
gezondheidsproblemen sneller af.

Tabel 4: Aantal invaliden per ziektegroep. Jaarverslag RIZIV 2011 (1)

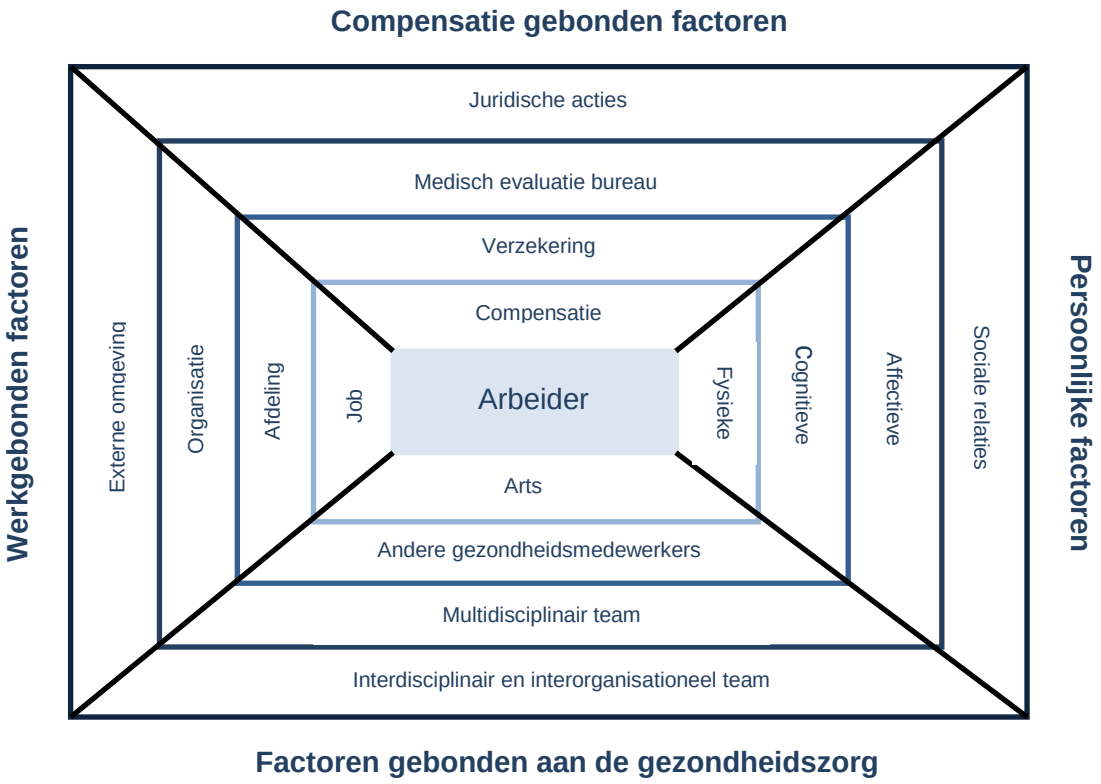
Ziektegroep	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	1.969	2.024	2.108	2.131	2.217
2. Gezwellen	12.918	13.592	14.266	15.103	16.083
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.214	5.308	5.430	5.598	5.733
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	373	390	392	413	433
5. Psychische stoornissen	70.833	74.054	78.112	83.247	88.535
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	13.450	13.821	14.347	14.883	15.512
7. Ziekten van het hartvaatstelsel	19.415	19.372	19.216	19.427	19.571
8. Ziekten van de ademhalingswegen	5.749	5.664	5.562	5.669	5.689
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	5.971	6.052	6.143	6.247	6.404
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	1.990	2.002	2.009	2.042	2.110
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	389	436	510	523	481
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	1.145	1.203	1.241	1.320	1.375
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	55.441	58.032	60.595	65.146	69.583
14. Congenitale afwijkingen	1.449	1.510	1.536	1.577	1.602
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	27	27	26	19	19
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.734	4.895	4.884	5.260	5.427
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	14.755	15.302	15.776	16.538	17.080
Niet bepaald	0	0	0	66	81
Totaal	**215.822**	**223.684**	**232.153**	**245.209**	**257.935**



Figuur 3: Verdeling invaliditeit volgens ziektegroep 2010 (1)

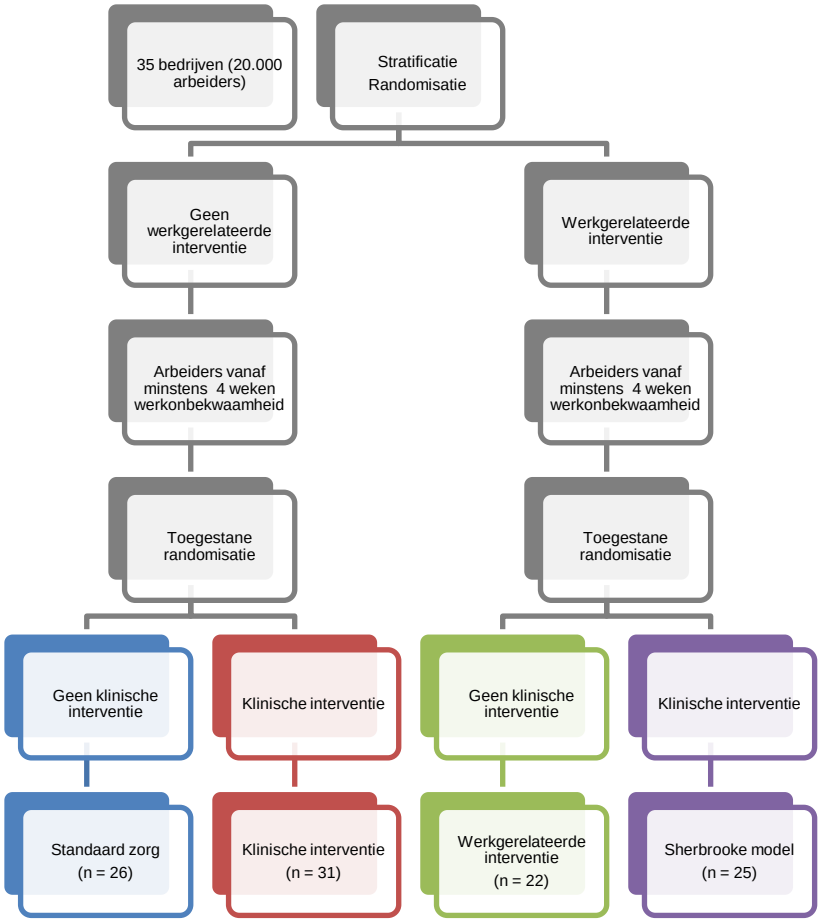
2.2.6 Sherbrooke model (9)

Het Sherbrooke model is een werkhervattingstraject dat ontworpen is door P. Loisel et al. Het model is een combinatie van een werkgerelateerde en een klinische interventie, specifiek ontworpen voor werknemers vanaf 4 weken werkonbekwaamheid ten gevolge van rugpijn. Het is een conceptueel model dat rekening houdt met volgende factoren: persoonlijke, werkgebonden, compensatie gebonden factoren en gezondheidszorg (figuur 4).



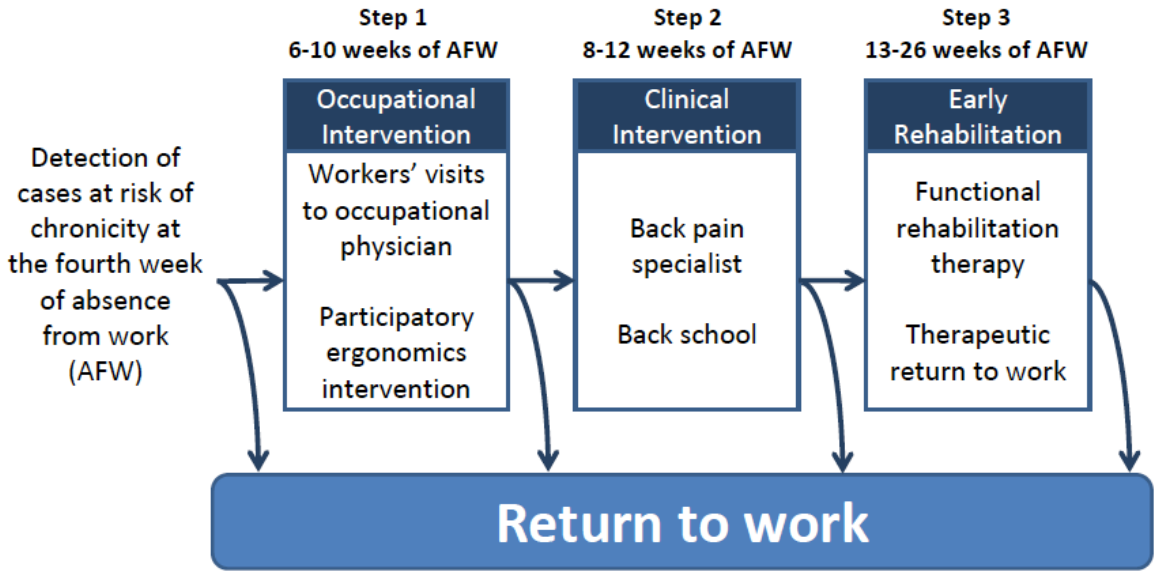
Figuur 4: Conceptueel model, factoren die het werkhervattingsbeleid beïnvloeden, Loisel et al. (9)

In een klinische trial die liep van 1 september 1991 tot 31 december 1993, werden alle patiënten die in aanmerking kwamen voor de studie ad random opgedeeld in 2 grote groepen. In de eerste groep werd er geen werkgerelateerde interventie uitgevoerd en in de tweede groep wel. Beide groepen werden nogmaals onderverdeeld in een groep waarbij wel of geen klinische interventie werd voltrokken (figuur 5).



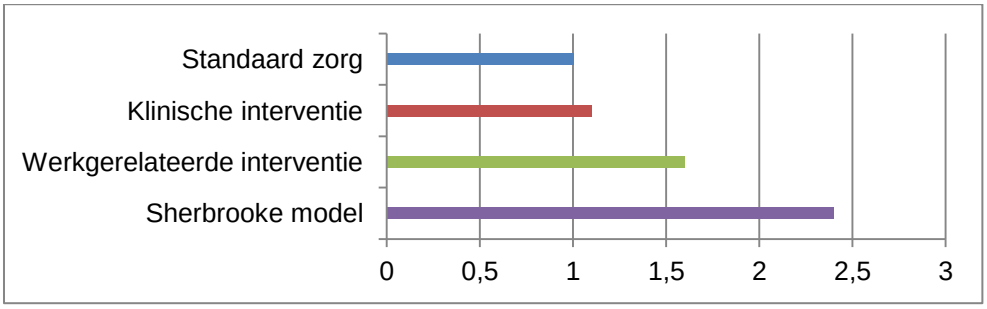
Figuur 5: Klinische trial, beleid bij werkonbekwaamheid ten gevolge van lage rugpijn, Loisel et al. (9)

In de praktijk bestond het Sherbrooke model uit 3 stappen (figuur 6). Een eerste stap, uitgevoerd tussen de 6 en 10 weken werkonbekwaamheid, bestond uit een bezoek aan de arbeidsgeneeskundige. Eventuele ergonomische aanpassingen in het werkmilieu werden besproken en toegepast. In een tweede fase, tussen de 8 en 12 weken werkonbekwaamheid, werd de werknemer verwezen naar specialist en werd rugscholing toegepast. In een laatste fase, 13 tot 26 weken werkonbekwaamheid, werd de werknemer verplicht zich ’s ochtends te melden op het werk, ook al was hij nog niet 100% werkbekwaam.



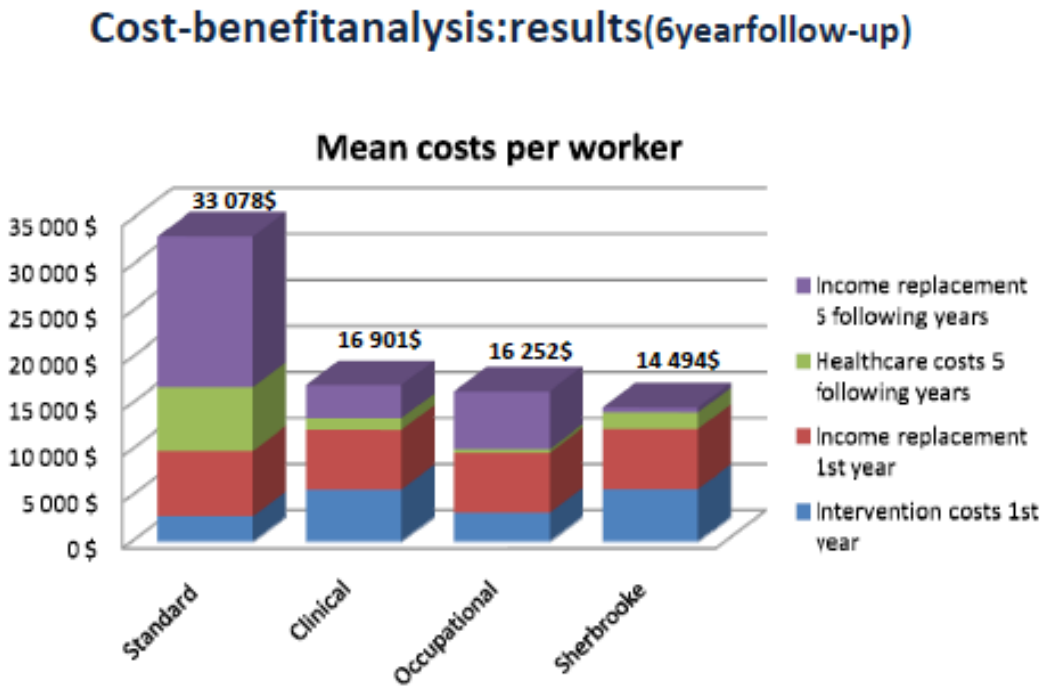
Figuur 6: Verschillende stappen van het Sherbrooke model, Loisel et al. (9)

Uit deze studie bleek dat de werknemers die in het Sherbrook model terecht kwamen, tweeëneenhalf keer meer succes hadden op een blijvende werkhervatting dan de werknemers met een standaard zorg (figuur 7).



Figuur 7: Rate Ratio (Cox-model), kans op een succesvolle, permanente werkhervatting, Loisel et al. (9)

In een 6 jaar durende follow-up studie, werd er een kosten-batenanalyse uitgevoerd (9). De kosten die gepaard gaan met de interventies en de kosten die men uitspaart door de snellere werkhervatting, werden voor iedere groep berekend. Nadien werden ze vergeleken met het kostenplaatje van de groep met de standaard zorg. Het Sherbrooke kon de beste cijfers voorleggen (figuur 8).



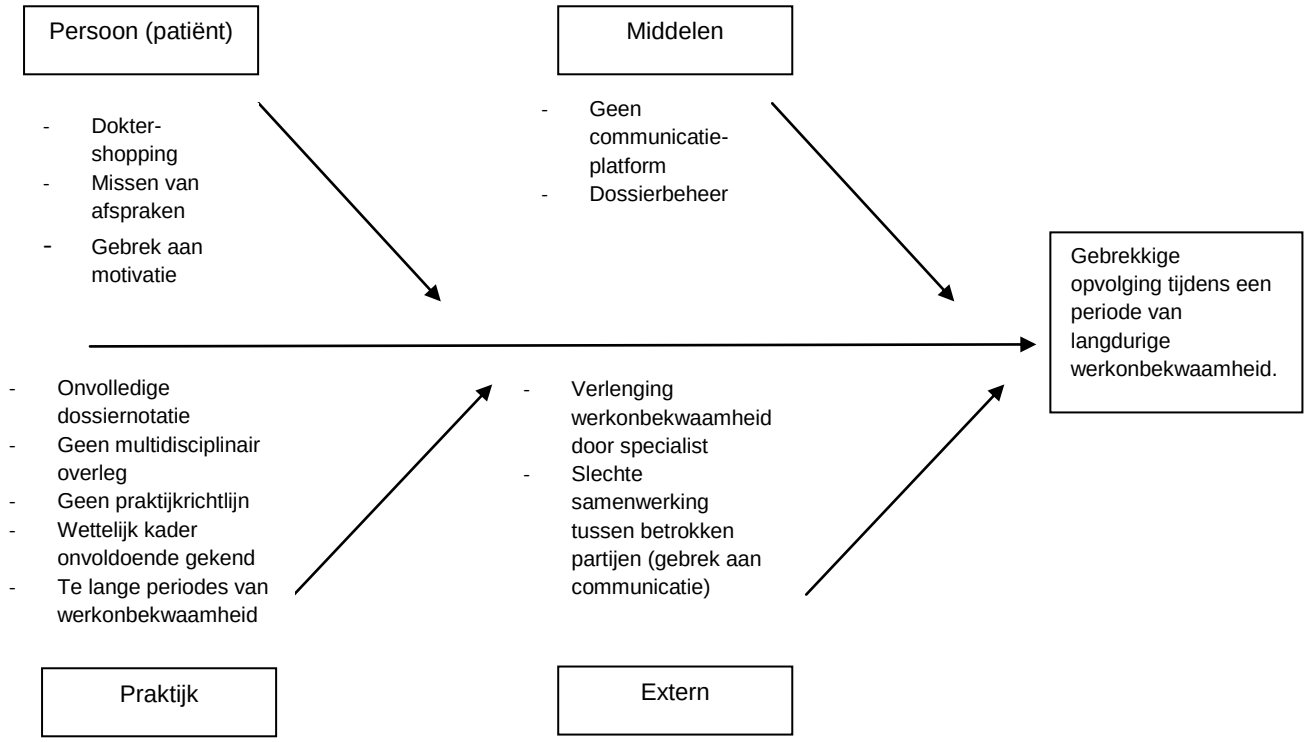
Figuur 8: Resultaten van de kosten-batenanalyse, Loisel et al. (9)

3. Methode voor kwaliteitsverbetering.

Alvorens een praktijkrichtlijn uit te werken, ben ik begonnen met een uitgebreide literatuurstudie. De resultaten van deze literatuurstudie staan beschreven in de vorige paragraaf. Deze resultaten zullen de basis vormen voor de uitgewerkte praktijkrichtlijn.

3.1 Visgraatmodel

Om op een geordende en visuele wijze te zoeken naar elementen die een nefast effect kunnen hebben op de kwaliteit van de opvolging gedurende de periode van een langdurige werkonbekwaamheid, stelde ik een visgraatmodel op (figuur 9). De nieuwe praktijkrichtlijn zal trachten deze oorzaken te elimineren.



Figuur 9: Mogelijke elementen die een nefast effect hebben op de kwaliteit van de opvolging gedurende de periode van een langdurige werkonbekwaamheid

3.2 Eerste observationeel dossieronderzoek

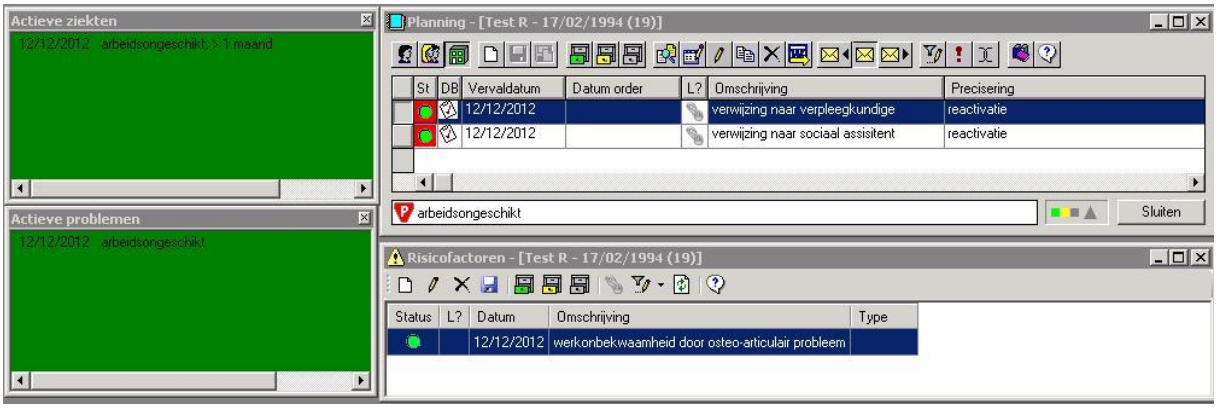
Om een beter zicht te krijgen op de gebreken in de praktijk inzake het beleid bij langdurige werkonbekwaamheid heb ik een observationeel dossieronderzoek uitgevoerd. Gedurende een periode van 3 maanden hebben mijn collega's en ik bij elk consult van patiënten tussen de 18 en de 65 jaar gekeken naar de werkonbekwaamheid. Hierbij werd er telkens naar de periode en de oorzaak van de werkonbekwaamheid gekeken. Ik onderzocht of er een efficiënte en bevredigende werkwijze bestond om patiënten die langer dan 1 maand werkonbekwaam waren te begeleiden naar een werkhervatting.
De patiënten die werkonbekwaam waren, werden onderverdeeld in 3 groepen: acute werkonbekwaamheid (≤1maand), subacute werkonbekwaamheid (>1 maand ≤6 maanden) en chronische werkonbekwaamheid (>6 maanden). Vervolgens onderzocht ik het medisch dossier van alle patiënten die zich in de subacute en de chronische groep bevonden. Er werd gekeken of er mogelijke risicofactoren aanwezig waren die een terugkeer naar het werkmilieu konden belemmeren of vertragen.

3.3 Opstellen en invoeren van de nieuwe praktijkrichtlijn

Op basis van het literatuuronderzoek en het veldwerk heb ik een nieuwe praktijkrichtlijn uitgeschreven. Deze praktijkrichtlijn concentreert zich op alle patiënten die zich in de subacute fase van hun werkonbekwaamheid bevinden. De inclusiecriteria zijn: een periode van minstens 1 maand werkonbekwaamheid en maximaal 6 maanden, patiënten moeten tussen de 18 en 65 jaar oud zijn en de patiënten mogen niet zwanger zijn. De praktijkrichtlijn (figuur 10) werd toegepast vanaf juli 2012 tot en met december 2012.
Patiënten die in aanmerking kwamen voor het project kregen eerst een gedetailleerde uitleg over het praktijkproject. Indien de patiënt interesse had in het project werd hem gevraagd om het informed consent te onderteken (bijlage 1). Er werd ook een schriftelijke informatiefiche over het project (bijlage 2) en een beknopte handleiding in verband met de administratieve verplichtingen bij langdurige werkonbekwaamheid (bijlage 3) overhandigd.

Een vroegtijdige detectie van patiënten die langdurig werkonbekwaam dreigen te worden, is essentieel voor een succesvolle re-integratie (10). In een groepspraktijk is het belangrijk dat iedere hulpverlener geïnformeerd is over de fase van werkonbekwaamheid waarin de patiënt zich bevindt. Daarom werden er bij elke patiënt vanaf 1 maand tijdelijke werkonbekwaamheid (TWO), enkele aanpassingen doorgevoerd in het dossier in Clinidoc (afbeelding 1). Op het wekelijkse teamoverleg werd elke nieuwe langdurige werkonbekwaamheid besproken.

- Bij *actieve ziekten* en *actieve problemen* noteerde men: *arbeidsongeschikt,* precisering *>1 maand.*
- Bij *risicofactoren* noteerde men: w*erkonbekwaamheid door… .*
- In de *planning* noteerde men: *verwijzing naar sociaal assistent* , precisering *reactivatie* en frequentie *1 maal per maand* + *verwijzing naar verpleegkundige*, precisering *reactivatie,* beide gekoppeld aan het actieve probleem *arbeidsongeschikt*



Afbeelding 1: Registratie in Clinidoc vanaf 1 maand TWO

Er werd een Excel bestand aangemaakt waarin men elke patiënt die 1 maand werkonbekwaam was registreerde. In dit bestand stonden ook mogelijke risicofactoren die een terugkeer naar het werkmilieu zouden kunnen belemmeren. De behandelende arts van het centrum vulde deze tabel verder aan. Op deze manier kreeg men een overzicht van alle patiënten die werkonbewaam waren, samen met hun risicofactoren. Een overzicht van de lijst staat op pagina 31, tabel 5.

Gedurende de eerste 6 maanden van de werkonbekwaamheid werd er aan de patiënt gevraagd om 1 maal om de 2 weken op controleraadpleging te komen, telkens bij dezelfde arts naar keuze. Gedurende deze controleraadplegingen werden telkens volgende zaken besproken:

- Evolutie van de ziekte.
- Mogelijkheid tot werkhervatting.
- Verlenging TWO (maximaal met 1 maand).
- Misverstanden over het ziektebeeld.
- Hervatten van dagdagelijkse activiteiten.

Tijdens de periode van tijdelijke werkonbekwaamheid werd er ook aan de patiënt gevraagd om 1 maal per maand naar de sociale dienst te gaan, telkens op doorverwijzing van de arts en met een verwijsbrief (bijlage 4). Van zodra de patiënt op de afspraak aanwezig was, werd de planning aangepast zodanig dat er nieuwe '*verwijzing naar sociaal assistent'* werd gepland. Volgens de noodwendigheid van de patiënt werd er gekeken naar:

- De werksituatie (werkgever, functie, naam arbeidsgeneeskundige dienst, statuut van de patiënt).
- Activering (functionele rehabilitatie).
- Mogelijkheid tot het volgen van opleidingen.
- Loopbaanbegeleiding.
- Het volgen van Nederlands les.
- Thuishulp.
- Controleren of het administratieve luik van de tijdelijke werkonbekwaamheid in regel was conform de wetgeving.

Aan de patiënt werd gevraagd om éénmalig naar de verpleegkundige van het wijkgezondheidscentrum te gaan (bijlage 5). Tijdens dit consult werd er aan de patiënt advies gegeven over de mogelijkheid van sport en beweging en over gezonde voeding. Dit met het oog op de activering van de patiënt, het hervatten van de dagdagelijkse activiteiten en het behoud van een goede zelfzorg.

Eén maal per maand werden aan de hand van het Excel bestand alle patiënten die zich een fase van langdurige werkonbekwaamheid bevonden, besproken op het

multidisciplinaire overleg. Tijdens dit overleg werden alle facetten van de werkonbekwaamheid besproken en kon elke discipline zijn kijk op de mogelijkheid tot werkhervatting weergeven.

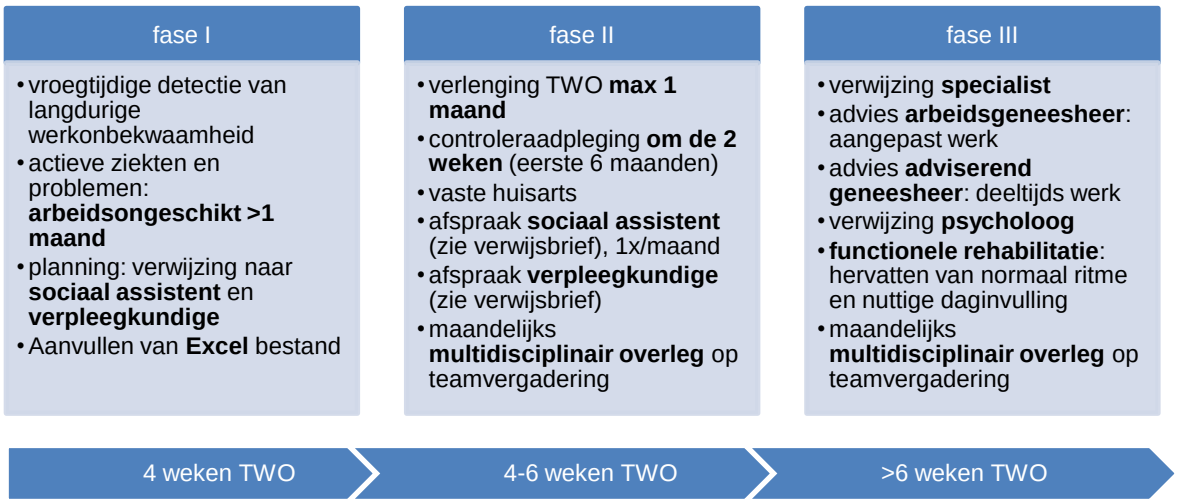
In een derde fase van het praktijkproject werd er gekeken naar de noodzaak tot doorverwijzing en samenwerking met andere artsen of gezondheidsmedewerkers. Tussen de periode van 6 tot 12 weken werkonbekwaamheid moest er sprake zijn van minstens één doorverwijzing naar de tweede lijn. Dit ter bevestiging van de diagnose.

In deze periode werd er ook besproken of een werkhervatting mogelijk was op voorwaarde dat de nodige aanpassingen op de werkvloer werden doorgevoerd. Zo nodig werd er een advies gevraagd aan de arbeidsgeneesheer in het kader van aangepast werk.

Tijdens deze periode werd ook de mogelijkheid van een deeltijdse werkhervatting bekeken. Indien nodig werd de patiënt verwezen naar de adviserend geneesheer met de vraag naar een deeltijdse werkhervatting.

Bij elke patiënt die langdurig werkonbekwaam was, werd er door de behandelende arts ingeschat of een doorverwijzing naar de psycholoog van het wijkgezondheidscentrum noodzakelijk was

Na een periode van 6 maanden werkonbekwaamheid liep het project af. De patiënten werden nog steeds opgevolgd, echter minder frequent en intensief. Indien de patiënt de toestemming gaf, werd er een diepte-interview afgenomen. Mogelijke valkuilen en noodzaken tijdens de periode van langdurige werkonbekwaamheid werden bevraagd. Wat liep er volgens de patiënt goed en wat ging er fout? Was hij tevreden over zijn begeleiding?



Figuur 10: Fases van de praktijkrichtlijn volgens het aantal weken tijdelijke werkonbekwaamheid (TWO)

3.4 Tweede observationeel dossieronderzoek

Na de implantatie van de praktijkrichtlijn heb ik een tweede observationeel dossieronderzoek uitgevoerd. De dossiers van de deelnemende patiënten werden bestudeerd. Er werd gekeken naar de periode van werkonbekwaamheid of naar een eventuele werkhervatting. Het beleid en de frequentie van het aantal controleraadplegingen werden bestudeerd. Gedurende een periode van 3 maanden hebben mijn collega's en ik opnieuw bij elk consult van patiënten tussen de 18 en de 65 jaar gekeken naar de werkonbekwaamheid. Na deze periode controleerde ik of het aantal patiënten die zich in de chronische fase van de werkonbekwaamheid of invaliditeit bevonden was toegenomen.

4. Resultaten

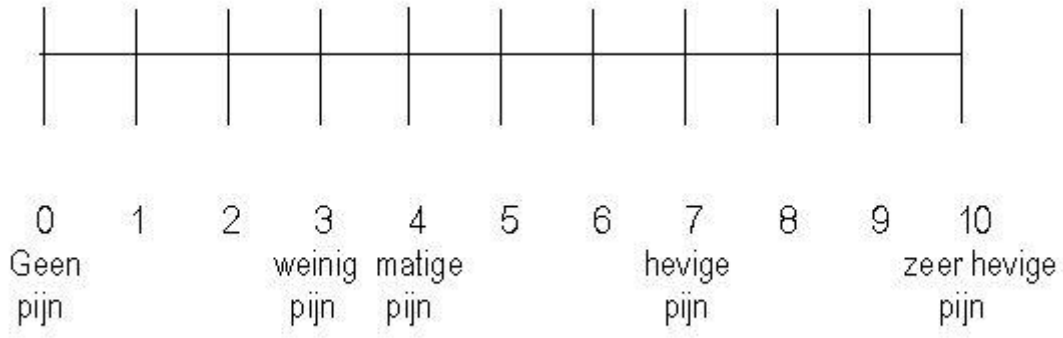
4.1 Eerste observationeel dossieronderzoek

Gedurende een periode van 3 maanden hebben mijn collega's en ik bij elk consult van patiënten tussen de 18 en de 65 jaar gekeken naar de werkonbekwaamheid en naar de mogelijke risicofactoren die een terugkeer naar het werk kunnen belemmeren. De resultaten staan opgesomd in onderstaande tabel (tabel 5). Gedurende het dossieronderzoek bekeek ik ook of er een duidelijke registratie was van de langdurige werkonbekwaamheid in Clinidoc. Ik onderzocht of je bij het openen van het dossier kon zien dat de patiënt langdurig werkonbekwaam was en wat de planning was. Ik onderzocht ook hoe lang dat de periode van werkonbekwaamheid werd verlengd.

In het totaal waren er 21 patiënten die minstens 1 maand werkonbekwaam waren, 6 vrouwen en 15 mannen. Drie patiënten waren reeds ≥ 1 jaar werkonbekwaam, 2 van hen stonden op invaliditeit. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 40,38 jaar. Met een totaal van 10 patiënten (47,6%) was de groep van musculoskeletale aandoeningen het sterkst vertegenwoordigd. De tweede grootste groep was deze van de psychische stoornissen, met een totaal van 4 patiënten (19,0%). De ziekten van de ademhalingswegen en de ziekten van de huid en celweefsels bevatten elk 2 patiënten (9,5%). Eén patiënt (4,8%) was langdurig werkonbekwaam omwille van een ziekte van het hartvaatstelsel. Twee patiënten hadden een combinatie van 2 aandoeningen. Eén patiënte (4,8%) had een combinatie van een musculoskeletale en een psychische aandoening en 1 patiënt (4,8%) had een combinatie van een musculoskeletale aandoening en een ziekte van het hartvaatstelsel.

15 patiënten (71,4%) waren tewerkgesteld als arbeider, 2 patiënten (9,5%) waren werkzoekende, 1 patiënt (4,8%) was een bediende en er was ook 1 zelfstandige. Omwille van hun langdurige werkonbekwaamheid stonden er 2 patiënten (9,5%) op invaliditeit.

De pijn en het belang van het functioneel symptoom werd bij elke patiënt afzonderlijk bevraagd aan de hand van de VAS-score. Dit is een score waarbij u aan uw pijnervaring een cijfer geeft. VAS staat voor visueel-analoge schaal en is een aanduiding van de schaal die loopt van 0 tot 10 (figuur 11). In onderstaande tabel (tabel 5) staat + voor een score ≥0 en ≤3, ++ staat voor een score ≥4 en ≤7 en +++ staat voor een score ≥8 en ≤10.



Figuur 11: Visueel-analoge school ter beoordeling van een pijnervaring

De ernst van het probleem werd door de behandelende arts ingeschat. Er werd rekening gehouden met de aard en de prognose van de aandoening alsook met de algemene gezondheidstoestand van de patiënt.

Het aantal tijdelijke werkonderbrekingen door ziekte van het afgelopen jaar werden per patiënt opgeteld en beoordeeld.

Aantal TWO:	Beoordeling:
≥0 en ≤5	niet vaak
>5 en ≤ 10	vaak
>10	zeer vaak

De verwachtingen van de patiënt in functie van hun genezingsproces, prognose en vlotte werkhervatting werden bevraagd alsook de steun die ze ervoeren van familie en vrienden.

De behandelende arts van het wijkgezondheidscentrum schatte in of er sprake was van vermijdingsgedrag of van somatisatie.

De professionele context van de patiënt werd bevraagd. Hierbij peilde men naar het type arbeid, werkvoldoening en het welkom voelen op het werk.

Ook de economische context van de langdurige werkonbekwaamheid werd nagevraagd. Was er voldoende werkzekerheid op het werk en moest de patiënt financieel veel inleveren omwille van zijn werkonbekwaamheid?

Tijdens het openen van de dossiers viel het op dat er geen duidelijke registratiemethode bestond voor patiënten die langdurig werkonbekwaam waren. Om te zien of een patiënt langdurig werkonbekwaam was, moest je naar de periode van de vrijstellingen te zien. Soms werd de ongeschiktheid door een andere arts voorgeschreven. Om dit te weten te komen, moest je kijken in het journaal of naar de ingescande documenten. Deze methoden zijn erg omslachtig en niet praktisch. In een groepspraktijk is het belangrijk dat iedere hulpverlener geïnformeerd is over patiënten die in een fase van langdurige arbeidsongeschiktheid belanden zodat deze optimaal kunnen worden begeleid. Een goede en duidelijke registratie in het dossier is hiervoor essentieel.
Ook het beleid en de periode waarmee de ongeschiktheid werd verlengd was erg verschillend van arts tot arts. De periode waarmee de ongeschiktheid werd verlengd, varieerde van minimum 1 week tot maximum 4 weken. Om een kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden en om misverstanden te voorkomen in een groepspraktijk, is het belangrijk dat er gemeenschappelijk beleid aanwezig is. Een beleid waar alle artsen achter staan.

Tabel 5: Resultaten van het dossieronderzoek, patiënten met TWO van minstens 4 weken en factoren die een terugkeer naar het werkmilieu kunnen vertragen																		
Patiënt	Factoren die de terugkeer naar het werk belemmeren of vertragen																	
	Duur werk-onbekwaamheid en ziektegroep		Individuele demografische			Verbonden aan de algemene gezondheidstoestand			Psychosociale				Professionele context			Economische context	
	Duur	Ziekte-groep	Leef-tijd	Ge-slacht	Statuut	Pijn en belang van het functio-neel symptoom	Ernst van het pro-bleem	Ante-cedenten TWO	Negatieve verwach-tingen	So-ciale steun	Vermijdings-gedrag	Soma-tisatie	Fy-sieke arbeid	Ontevreden-heid op het werk	Niet welkom voelen	Gunstige verzekering	Werkzeker-heid	
1	+5 jaar	B	49	man	invaliditeit	+++	+++	onbekend	ja	ja	ja	ja	ja	neen	neen	ja	onbekend	
2	+3 jaar	B+A	42	vrouw	invaliditeit	+++	++	zeer vaak	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	onbekend	
3	1 jaar	B	50	man	werk-zoekend	+++	+	onbekend	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	neen	neen	
4	5 maanden	B+C	55	man	arbeider	+	+	niet vaak	ja	neen	ja	ja	neen	ja	ja	neen	neen	
5	1 maand	B	43	man	zelf-standige	++	++	niet vaak	neen	ja	neen	neen	ja	neen	neen	neen	ja	
6	1 maand	B	38	man	arbeider	+	+	niet vaak	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	neen	
7	1 maand	B	30	man	arbeider	+	+	niet vaak	neen	ja	neen	neen	ja	neen	neen	ja	ja	
8	2 maanden	C	44	man	arbeider	+	++	Vaak	ja	neen	ja	neen	neen	ja	neen	ja	neen	
9	1,5 maand	B	52	man	arbeider	+	+	niet vaak	neen	neen	ja	ja	ja	ja	neen	neen	neen	
10	1 maand	D	44	man	arbeider	+	++	vaak	ja	ja	ja	ja	ja	neen	neen	ja	ja	
11	1 maand	B	32	man	arbeider	++	++	niet vaak	ja	ja	ja	ja	ja	neen	neen	ja	neen	
12	2 maanden	A	36	vrouw	arbeidster	/	+++	zeer vaak	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	neen	
13	1 maand	B	27	vrouw	arbeidster	+++	+++	niet vaak	neen	ja	neen	neen	ja	neen	neen	ja	neen	
14	1 maand	E	57	man	arbeider	+	+	niet vaak	neen	ja	neen	neen	ja	neen	neen	ja	neen	
15	3 maanden	D	34	man	arbeider	+	+	zeer vaak	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	neen	neen	
16	1 maand	B	43	man	arbeider	++	++	niet vaak	ja	ja	ja	ja	ja	ja	neen	ja	neen	
17	1 maand	A	36	vrouw	arbeidster	/	+++	zeer vaak	ja	neen	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	
18	1 maand	A	24	vrouw	werk-zoekende	/	++	onbekend	neen	neen	ja	ja	/	/	/	neen	neen	
19	1 maand	B	44	vrouw	arbeidster	+++	++	neen	ja	neen	ja	neen	ja	ja	neen	ja	neen	
20	1 maand	E	41	man	arbeider	++	++	niet vaak	ja	neen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	neen	
21	1 maand	A	27	man	bediende	/	++	Zeer vaak	neen	neen	ja	neen	neen	ja	neen	ja	ja	

A = psychische stoornissen, B = musculoskeletale aandoeningen, C = ziekten van het hartvaatstelsel, D = ziekten van ademhalingswegen, E = ziekten van huid en celweefsels

= patiënten die deelnamen aan het project

4.2 Tweede observationeel dossieronderzoek

Tussen de periode van juli 2012 tot en met december 2012 kwamen er 18 patiënten in aanmerking om deel te nemen aan het project. Acht patiënten hadden kort na de periode van 1 maand werkonbekwaamheid het werk weer hervat en konden niet meer deelnemen aan het project. Twee patiënten weigerde om het informed consent te ondertekenen. De overige 8 patiënten, 5 mannen en 3 vrouwen, kwamen in het project terecht (tabel 6).

De gemiddelde leeftijd van de deelnemende patiënten was 39,75 jaar. Vijf patiënten (62,5%) waren tewerkgesteld als arbeider. Er was ook 1 bediende (12,5%), 1 zelfstandige (12,5%) en 1 werkzoekende (12,5%) in het project. De 2 grootste ziektegroepen waren de musculoskeletale en de psychische aandoeningen. Iedere groep bevatte 3 patiënten (37,5%). Verder was er nog 1 patiënt (12,5%) met een ziekte van huid en celweefsels en 1 patiënt (12,5%) met een combinatie van een musculoskeletale aandoening en een ziekte van het hartvaatstelsel.

Zeven van de acht patiënten (87,5%) waren bij aanvang van het project net 1 maand werkonbekwaam. Eén patiënt was reeds 5 maanden werkonbekwaam. Op vraag van de patiënt mocht deze toch deelnemen aan het project.

De opkomst tijdens het project was hoog. Zeven patiënten kwamen de gemaakte afspraken na en kwamen om de 2 weken op controleraadpleging bij hun behandelende huisarts. Eén patiënt werd na het ondertekenen van het informed consent niet meer gezien op de raadpleging. Hij werd volledig opgevolgd in de tweede lijn.

Nadat het project was afgelopen, hadden 5 van de 8 patiënten (62,5%) het werk permanent hervat. Gemiddeld werd het werk hervat na 4,2 maanden. 3 patiënten bereikte de kritische periode van >6 maanden werkonbekwaamheid. Het werk werd toch nog hervat door 1 van hen. Uiteindelijk kwam 1 van hen op invaliditeit te staan.

Alle patiënten werden door de behandelende arts verwezen naar de tweede lijn. Twee patiënten werden verwezen naar de arbeidsgeneeskundige dienst van de werkgever, telkens met een verwijsbrief. Van beide consulten bij de bedrijfsarts werd er geen verslag ontvangen. Tijdens het project werden er ook 3 patiënten verwezen naar de adviserend geneesheer in het kader van een deeltijdse werkhervatting. Van deze consulten werden wel verslagen ontvangen. Tot slot werden er nog 4 patiënten verwezen naar de psycholoog van het wijkgezondheidscentrum (tabel 6).

Tabel 6: Resultaten van het react-project							
Patiënt	**Periode van TWO**	**Permanente werkhervatting**	**Aanwezig op controle raadplegingen (aantal)**	**Verwijzing tweede lijn (specialisatie)**	**Verwijzing arbeidsgenees-kundige dienst**	**Verwijzing adviserend geneesheer**	**Verwijzing psycholoog**
4	12 maanden	neen	ja (14)	ja (vaatheelkunde)	neen	ja	ja
5	7 maanden	ja	ja (13)	ja (orthopedie)	neen	neen	neen
11	6 maanden	neen	neen (0)	ja (orthopedie)	neen	neen	neen
14	2 maanden	ja	ja (4)	ja (alg.heelkunde)	ja	neen	neen
17	4 maanden	ja	ja (8)	ja (psychiatrie)	ja	neen	ja
18	2 maanden	ja	ja (4)	ja (psycholoog)	neen	ja	ja
19	4 maanden	neen	ja (8)	ja (orthopedie)	neen	ja	neen
21	6 maanden	ja	ja (12)	ja (psycholoog)	ja	neen	ja

Na afloop van het project konden we volgende leerpunten weerhouden voor de praktijk. Op basis van deze leerpunten werd er een nieuwe praktijkrichtlijn uitgeschreven (bijlage 6):

- Een goede registratie in het dossier is essentieel voor een kwalitatieve zorg.
- Langdurige werkonbekwaamheid is een multifactorieel probleem.
- Een multidisciplinaire aanpak is een meerwaarde bij langdurige werkonbekwaamheid.
- De verlenging van de werkonbekwaamheid door een andere arts (tweede lijn of andere praktijk) is nefast voor de opvolging en voor het werkhervattingsbeleid.
- Vaste huisarts, die TWO verlengt, moet geregistreerd worden bij het zorgteam.
- Meest voorkomende oorzaken van langdurige werkonbekwaamheid zijn musculoskeletale en psychische aandoeningen.
- Mannelijke arbeiders ≥40 jaar vormen de grootste groep bij langdurige werkonbekwaamheid.
- Werkhervatting werd bereikt na gemiddeld 4,2 maanden.
- Hoge opkomst bij tweewekelijkse controleraadplegingen.
- Slechte communicatie met bedrijfsarts.
- Weinig initiatief door werkgever.
- Gebruik van het centraal invoerscherm in plaats van het bijhouden van een Excel bestand. In de praktijk was het bijhouden van zo'n Excel bestand niet haalbaar.
- Patiënten hoeven niet elke maand besproken te worden. 1 maal om de 3 maanden is voldoende. Indien er zich problemen voordoen worden patiënten vroeger besproken.
- 'Arbeidsongeschiktheid > 1 maand' kan men beter enkel bij de risicofactoren inbrengen.
- Het noteren van de verwijzingen naar de sociaal assistent en naar de verpleegkundige in de planning boden geen meerwaarde.

4.3 Diepte-interview

Na een periode van 6 maanden werkonbekwaamheid werd er een diepte-interview afgenomen. Slechts 1 van de 3 patiënten die deze periode bereikte (patiënt 4), gaf hiervoor de toestemming.

Wat zijn de mogelijke valkuilen tijdens een periode van een langdurige werkonbekwaamheid?

- Sociaal isolement:
  Je hebt geen contact meer met collega's. Vrienden en familie hebben geen begrip voor je situatie, vinden je lui. Van zodra je langdurig werkonbekwaam bent is het moeilijk om iemand te vinden die je steun kan bieden, zowel emotioneel als financieel. Langdurige werkonbekwaamheid zet je relatie onder stress met in dit geval de echtscheiding tot gevolg waardoor je nog meer sociaal geïsoleerd geraakt. Vrienden laten je vallen.

- Financiële problemen:
  Er is een verlies van inkomen ten gevolge van de langdurige werkonbekwaamheid. Als alleenstaande is het moeilijk om rond te komen met een beperkt budget. Je kan je oude levenstandaard niet meer hanteren. Je kan niet meer wekelijks op restaurant, er blijft geen geld over voor een vakantie, enzovoort. Het is een extra stressfactor die je zeker niet mag onderschatten.
  De drempel om financiële steun te vragen bij het OCMW lag erg hoog, ik was te trots om hulp te vragen, ik schaamde mij. Het OCMW is voor marginalen.

- Gebrek aan zelfzorg:
  Door de langdurige werkonbekwaamheid krijg je een laag zelfbeeld. Je voelt je niet meer nuttig voor de maatschappij. Je bent niet meer capabel voor de arbeidsmarkt en je wordt een financiële last voor de maatschappij. Je doet geen moeite meer om je te wassen. Je laat je makkelijker gaan en je blijft langer in je bed liggen. De verleiding om te drinken wordt steeds groter, het is een makkelijke manier om even aan de realiteit te ontsnappen. Uit eenzaamheid en verveling steek je de ene na de andere sigaret op. Je voelt je steeds minder goed in je vel en voelt je vaker ziek. Je hanteert steeds minder goede eetgewoonten. Verse groenten en fruit worden te duur en het is makkelijker om naar de snackbar te gaan. Je leefomstandigheden worden ook slechter. Je woont plots in een slecht onderhouden en vuil appartement. Dure doktersbezoeken worden uitgesteld en sommige medicatie ga je niet kopen.

Welke adviezen zou je iemand geven die langdurig werkonbekwaam dreigt te worden?

- Blijf sober, grijp niet naar de fles.
- Blijf jezelf verzorgen.
- Zoek een nuttige dag invulling.
- Wees niet te trots en vraag tijdig hulp.
- Wees mondig of laat je hierbij helpen.
- Nooit de moed opgeven. Wie valt kan terug opstaan.

Was je tevreden over je begeleiding tijdens de periode van werkonbekwaamheid?

- Ja. Het wijkgezondheidscentrum was voor mij de uitkomst naar een betere gezondheid. Het is een plek waar je terecht kunt met een zeer uitgebreide problematiek. Ik vond er begeleiding voor mijn lichamelijke, sociale en psychische problemen. Het forfaitaire systeem maakt de zorg erg laagdrempelig. Een intensieve opvolging tijdens deze periode van werkonbekwaamheid was voor mij noodzakelijk. De gesprekken met de psycholoog waren voor mij een keerpunt in de behandeling. Hij spoorde me aan om een nieuwe stap te zetten in de maatschappij. Ik heb hierdoor de nodige motivatie gevonden om mijn situatie te verbeteren.

5. Globale bespreking

Een verdere responsabilisering van alle betrokken partijen bij een langdurige werkonbekwaamheid zal in de toekomst zeker noodzakelijk zijn. Aan de hand van campagnes moeten we een attitudeshift trachten te bekomen in onze maatschappij. Tijdens een langdurige werkonbekwaamheid moet de focus meer gelegd worden op hetgeen de patiënt nog kan, in plaats van op hetgeen hij niet meer kan. De mogelijkheden van de zieke werknemer moeten primeren op zijn beperkingen.

De rol die de verschillende artsen hebben in het re-integratie proces is onvoldoende bekend. Het takenpakket en de wettelijke omkadering van de bedrijfsarts en de adviserend arts zijn onvoldoende gekend door de meeste behandelende artsen. Hierdoor worden niet alle mogelijkheden benut en blijven mogelijks vele patiënten langer thuis als nodig. Het zou zeker geen slecht idee zijn om het onderdeel sociale geneeskunde te integreren in de basisopleiding van de geneeskunde. In de vorm van stages zou men als toekomstig arts een veel beter en praktischer beeld kunnen vormen bij het takenpakket van de bedrijfsarts en de adviserend arts. Gemeenschappelijke navormingsinitiatieven met huisartsen, bedrijfsartsen en adviserende artsen kunnen nuttig zijn om de taken van de verschillende artsen in het re-integratie proces beter op elkaar af te stemmen.

Behandelende artsen zijn onvoldoende op de hoogte over de werksituatie van hun patiënten. Ze kennen de beroepsrisico's van de arbeidspost of werksituatie in de meeste gevallen niet. Met het oog op een succesvolle re-integratie is het belangrijk dat de behandelende arts op de hoogte is over deze zaken. Een beter communicatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts zou zeker een meerwaarde kunnen betekenen voor de re-integratie. Zo zou de bedrijfsarts bijvoorbeeld naar de huisarts van elke werknemer waarvoor hij verantwoordelijk is een verslag kunnen versturen waarin hij deze beroepsrisico's beschrijft.

Werknemers en werkgevers moeten een beter inzicht krijgen op het belang van een succesvolle werkhervatting. Een succesvolle werkhervatting betekent voor een werknemer: herstel van zijn volledig loon, herstel van zijn eigenwaarde, herstel van zijn algemene gezondheidstoestand en een positieve invloed op zijn sociaal leven. De werkgever kan gemotiveerde en ervaren werkkrachten behouden en hoeft geen tijd en geld te investeren in nieuwe krachten. De bedrijfsgeneeskundige dienst kan hierin een belangrijke rol spelen.

Ook beleidsmatig is er wel ruimte voor verbetering. De verlenging van de tijdelijke werkonbekwaamheid kan in theorie door elke curatieve arts gebeuren. Dit bevordert het fenomeen van doktershopping. Er is niets dat een patiënt weerhoudt een andere arts te consulteren van zodra de behandelende arts weigert om de arbeidsongeschiktheid te verlengen. Op deze manier worden mogelijks vele

arbeidsongeschiktheden onterecht verlengd en is het opstellen van individueel werkhervattingstraject onmogelijk. De verlening van het werkonbekwaamheidsattest zou gedurende de eerste 12 maanden steeds door dezelfde arts moeten gebeuren.

Misschien kan het wel een denkpiste zijn om de verantwoordelijkheid van het verlengen van de arbeidsongeschiktheid over te dragen aan de bedrijfsarts of de adviserend arts. Van zodra een patiënt langer dan 1 maand werkonbekwaam is, moet hij dan door de behandelende arts doorverwezen worden naar de bedrijfsarts. Deze neemt kennis van het dossier en kan dan beoordelen of een verlenging van de werkonbekwaamheid gerechtvaardigd is of dat er een mogelijkheid bestaat binnen het bedrijf tot aangepast werk. De huisarts kan zo de rol van ‘advocaat’ aannemen en moet een goed en uitgebreid dossier voorleggen aan de bedrijfsarts, welke dan de rol van ‘rechter’ zou aannemen.

Het zou een meerwaarde zijn om de arbeidsgeneeskundige diensten meer bij het re-integratietraject te kunnen betrekken. Elke werknemer heeft het recht op een bezoek voorafgaand op de werkhervatting. Er wordt echter te weinig gebruik gemaakt van dit recht. Deze procedure is veel te omslachtig en door velen ongekend. Het zou mogelijk moeten zijn als behandelend of adviserend arts om dit bezoek voorafgaand aan de werkhervatting aan te vragen voor de patiënt van zodra deze 1 maand werkonbekwaam is. Zo kan de arbeidsgeneeskundige dienst samen met de patiënt een persoonlijk werkhervattingstraject uitstippelen.

Elk team van de arbeidsgeneeskundige diensten zou moeten worden uitgebreid met een ‘disability manager’ en met een ‘disability case manager’, elk met hun eigen takenpakket (56). Een ‘disability manager’ is verantwoordelijk voor het re-integratie beleid op bedrijfsniveau. Hij moet een beleid uitwerken waarbinnen re-integratietrajecten proactief, consequent en doelgericht aangepakt en begeleid kunnen worden. Een ‘disability case manager’ is verantwoordelijk voor het re-integratie beleid op individueel niveau. Hij stelt samen met werknemer een werkhervattingstraject op, hij staat in voor ondersteuning, coaching en voor de coördinatie van de samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen.

De werkgever zou ook een actievere rol moeten aannemen in het re-integratieproces. Door de periode van het gewaarborgd loon te verlengen, is de zieke werknemer langer ten laste van zijn werkgever. Hierdoor zal de werkgever een meer betrokken houding aannemen en zal hij meer inspanningen leveren om de werknemer terug aan het werk te krijgen volgens zijn capaciteiten. Zo zal hij sneller geneigd zijn om aanpassingen op de werkvloer door te voeren of om zijn zieke werknemer om te scholen naar een andere functie binnen het bedrijf. Elke werkgever zou een werkhervattingsbeleid moeten opstellen in samenspraak met de ‘disability manager’ van de arbeidsgeneeskundige dienst.

In België is er een goede wetgeving om het welzijn van de werknemer te garanderen (56). Dankzij deze wet kan de bedrijfsarts waken over de gezondheid van werknemer en kan hij er voor zorgen dat de gezondheid van een werknemer geen schade oploopt ten gevolge van zijn of haar beroep. Tijdens mijn stage arbeidsgeneeskunde in september 2009 (57) en tijdens de update 'Langdurig ziek' van 8 december 2012 (53), viel het mij op dat deze wet in praktijk niet altijd haalbaar was. Het feit dat de arbeidsgeneeskundige dienst in loondienst staat van de werkgever kan verlammend werken. Onder het motto 'wie betaalt, bepaalt', worden sommige adviezen van de bedrijfsarts door de werkgever genegeerd en worden aanpassingen die de bedrijfsarts via rubriek F van het formulier voor de gezondheidsbeoordeling voorstelt, niet doorgevoerd. Het zou mogelijk zijn dat de bedrijfsarts meer zeggenschap zou hebben indien hij in loondienst van de overheid zou staan.

Tijdens de update over 'Langdurig ziek' (53) waren er ook frustraties bij de adviserende artsen te bemerken. Via de progressieve werkhervatting kan de adviserend arts een belangrijke rol aannemen in het re-integratie proces. Uit onderzoek (11) is gebleken dat 8 op 10 patiënten een aangepaste of deeltijdse werkhervatting overwegen in afwachting op herstel. Het is echter de werkgever die uiteindelijk beslist of de werknemer zijn prestaties gedeeltelijk mag hervatten na een periode van arbeidsongeschiktheid. Met de vergrijzing van de arbeidsmarkt en het toenemend aantal langdurige werkonbekwaamheden in gedachte, zal een meer transparante wetgeving omtrent de progressieve werkhervatting in de toekomst noodzakelijk zijn.

Er is nood aan een snelle en efficiënte uitwisseling van gegevens tussen de verschillende beroepsgroepen (11). Een online communicatie platform waar alle betrokken partijen zich kunnen op inloggen via eHealth zou al stap in de goede richting zijn. Het kan fungeren als een databank waarin alle gegevens van de werkonbekwaamheid staan gecentraliseerd. Van zodra de periode van 1 maand werkonbekwaamheid wordt bereikt zou men een online dossier moeten aanmaken. In dit dossier kunnen alle betrokken artsen hun advies geven over de werkonbekwaamheid. De 'disability case manager' kan hier dan bijvoorbeeld ook het opgestelde werkhervattingstraject op voorstellen. Op deze eenvoudige manier wordt de samenwerking tussen de betrokken partijen gestimuleerd en is de kans op een succesvolle werkhervatting groter. Het is bovendien een makkelijke tool om te zien of er voldoende inspanningen zijn geleverd door de verschillende partijen om een succesvolle werkhervatting te bekomen.

Een strenger screeningsmechanisme alvorens men een invaliditeitsuitkering krijgt, zou het aantal nieuwe gevallen van invaliditeit kunnen doen dalen. Het heeft bovendien een gunstig effect op het aantal werkhervattingen (14). In Nederland krijgt men pas een volledige invaliditeitsuitkering als men, na 1 jaar werkonbekwaamheid, kan aantonen dat alle partijen voldoende inspanningen hebben geleverd om

werkhervatting te bekomen. Sinds de invoering van dit ‘Gatekeeper Protocol’ zijn het aantal nieuwe gevallen van invaliditeit significant gedaald. Het invoeren van een strenger controlemechanisme zou ook in België het aantal invaliden kunnen doen dalen. Bovendien zou men moeten afstappen van de term ‘invalide’ omwille van de negatieve connotatie van onomkeerbaarheid die er aan verbonden is.

De afgelopen jaren krijgt ‘patient empowerment’ steeds meer aandacht als men het over een efficiënte en effectieve gezondheidszorg heeft. Door het proces van zelfversterking kunnen patiënten een actievere rol aannemen in hun eigen zorgproces en leven. Uit studies is gebleken dat ‘patient empowerment’ een positief effect heeft op patiënten met een chronische aandoening (58). Met de opkomst van internet en eHealth zijn de mogelijkheden om aan ‘patient empowerment’ te doen toegenomen. ‘Patient empowerment’ kan zeker een plaats hebben in het werkhervattingsbeleid. Met behulp van e-learning kan je op een makkelijke manier een grote groep patiënten bereiken. Het kan de arts ondersteunen om een gedragsverandering bij de patiënt te bekomen. Het ontwikkelen van een online opleidingsmodule voor patiënten die langdurig werkonbekwaam zijn, zou een meerwaarde zijn voor een efficiënte en effectieve zorg.

6. **Bronnen**

(1) Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. RIZIV Jaarverslag 2011. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/annual-report/2011/pdf/ar2011all.pdf. Geraadpleegd 2012 april 9.

(2) Celsing AS von, Svärdsudd K, Eriksson HG, Björkegren K, Eriksson M, Wallman T. Determinants for return to work among sickness certified patients in general practice. BMC Public Health 2012; 12: 1077.

(3) Muijzer A, Geertzen JH, Boer WE de, Groothoff JW, Brouwer S. Identifying factors relevant in the assessment of return-to-work efforts in employees on long-term sickness absence due to chronic low back pain: a focus group study. BMC Public Health 2012; 12:77.

(4) Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, Knol DL, Mechelen W van, Beek AJ van der. A Participatory Return-to-Work Intervention for Temporary Agency Workers and Unemployed Workers Sick-Listed Due to Musculoskeletal Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of Occupational Rehabilitation 2011; 21: 313–324.

(5) Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, Mechelen W van, Beek AJ van der. Cost-effectiveness of a participatory return-towork intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: design of a randomised controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders 2010; 11: 60.

(6) Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. Occupational & Environmental Medicine 2006; 63: 495-502.

(7) Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. BMC Musculoskeletal Disorders 2011; 12: 112.

(8) Taimela S, Malmivaara A, Justén S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, Aro T. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials. Occupational & Environmental Medicine 2008; 65: 236-241.

(9) Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, Diallo B, Tremblay C. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. Occupational & Environmental Medicine 2002; 59: 807-815.

(10) Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Werkhervatting na een langdurige afwezigheid; 2012. Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=37079. Geraadpleegd 2012 juli 25.

(11) Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de verzekeringsarts en de bedrijfsarts. Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=34512. Geraadpleegd 2012 juli 25.

(12) Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. The role of the curative physician in disability management. A literature review. Archives of Public Health 2008; 66: 196-212.

(13) Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D. Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. Occupational Medicine 2006; 56: 129-136.

(14) Jong P de, Lindeboom M, Klaauw B van der. Screening disability insurance applications. Journal of the European Economic Association 2011; 9: 106-129.

(15) Detaille SI, Heerkens YF, Engels JA, Gulden JWJ van der, Dijk FJH van. Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2009; 35: 261-81.

(16) Heymans MW, Anema JR, Buuren S van, Knol DL, Mechelen W van, Vet HCW de. Return to work in a cohort of low back pain patients: development and validation of a clinical prediction rule. Journal of Occupational Rehabilitation 2009; 19: 155-65.

(17) Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli Salathe C, Tamcan O, Mueller U, Theis JC. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. International Orthopaedics 2009; 33: 301-13.

(18) Hansson M, Bostrom C, Harms-Ringdahl K. Sickness absence and sickness attendance--what people with neck or back pain think. Social Science & Medicine 2006; 62: 2183-95.

(19) Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. Occupational & Environmental Medicine 2005; 62: 851-60.

(20) Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E, Blank L. Predictors of delayed return to work or job loss with respiratory ill-health: a systematic review. Journal of Occupational Rehabilitation 2007; 17: 317-26.

(21) Spelten ER, Sprangers MAG, Verbeek JHAM. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. Psycho-Oncology 2002; 11: 124-31.

(22) Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence. European Journal of General Practice 2009; 15: 74-9.

(23) Lloyd C, Waghorn G, McHugh C. Musculoskeletal disorders and comorbid depression: implications for practice. Australian Occupational Therapy Journal 2008; 55: 23-9.

(24) Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Prediction of future low levels of sickness absence among young persons sick listed with back, neck, or shoulder diagnoses. Work 2004; 23: 159-67.

(25) Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. Occupational & Environmental Medicine 2008; 65: 507-17.

(26) Kapoor S, Shaw WS, Pransky G, Patterson W. Initial patient and clinician expectations of return to work after acute onset of work-related low back pain. Journal of Occupational & Environmental Medicine 2006; 48: 1173-80.

(27) Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 2002; 27: 109-20.

(28) Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. A literature review on sick leave determinants (1984-2004). International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health 2009; 22: 169-79.

(29) Allebeck P, Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. Scandinavian Journal of Public Health 2004; 32: 49-108.

(30) Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. Journal of Occupational Rehabilitation 2008; 18: 27-34.

(31) Brouwers EPM, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. Journal of Occupational Rehabilitation 2009; 19: 323-32.

(32) Duijts SFA, Kant I, Swaen GMH, Brandt PA van den, Zeegers MPA. A meta-analysis of observational studies identifies predictors of sickness absence. Journal of Clinical Epidemiology 2007; 60: 1105-15.

(33) Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Return to work: the predictive value of the Worker Role Interview (WRI) over two years. Work 2010; 35: 163-72.

(34) Kant I, Jansen NWH, Amelsvoort LGPM van, Leusden R van, Berkouwer A. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial. Journal of Occupational Rehabilitation 2008; 18: 79-86.

(35) Shaw WS, Windt DA van der, Main CJ, Loisel P, Linton SJ. “Decade of the Flags" Working G. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. Journal of Occupational Rehabilitation 2009; 19: 64-80.

(36) Anema JR, Cuelenaere B, Beek AJ van der, Knol DL, Vet HCW de, Mechelen W van. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occupational & Environmental Medicine 2004; 61: 289-94.

(37) Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. Journal of Occupational Rehabilitation 2008; 18: 2-15.

(38) Werner EL, Laerum E, Wormgoor MEA, Lindh E, Indahl A. Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. Occupational Medicine 2007; 57: 590-5.

(39) Loisel P, Durand MJ, Baril R, Gervais J, Falardeau M. Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation: perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. Journal of Occupational Rehabilitation 2005; 15: 581-90.

(40) Pransky G, Shaw W, Franche R-L, Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. Disability & Rehabilitation 2004;26(11):625-34.

(41) Anema JR, Giezen AM Van Der, Buijs PC, Mechelen W van. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occupational & Environmental Medicine 2002; 59: 729-33.

(42) Mairiaux P. Réinsertion du lombalgique chronique au travail — Influence des dimensions psychosociologiques du lien au travail et à l'entreprise. Douleur et Analgésie 2011; 24: 18-22.

(43) Heitz CAM, Hilfiker R, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review. European Spine Journal 2009; 18: 1829-35.

(44) Steenstra IA, Knol DL, Bongers PM, Anema JR, Mechelen W van, Vet HCW de. What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. Spine 2009; 34: 1243-9.

(45) Ford F, Ford J, Dowrick C. Welfare to work: the role of general practice. British Journal of General Practice 2000; 50: 497-500.

(46) McGrail M, Lohman W, Gorman R. Disability prevention principles in the primary care office. American Family Physician 2001; 63: 679-84.

(47) Mackenzie GM. Long term sickness absence. General practitioners have crucial role but need political support. BMJ 2005; 330: 1087.

(48) Radosevich DM, McGrail MP, Lohman WH, Gorman R, Parker D, Calasanz M. Relationship of disability prevention to patient health status and satisfaction with primary care provider. Journal of Occupational & Environmental Medicine 2001; 43: 706-12.

(49) Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. Disability and Rehabilitation 2002; 24: 867-74.

(50) Dasinger LK, Krause N, Thompson PJ, Brand RJ, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-towork recommendation and duration of disability after a workers' compensation low back injury. Journal of Occupational & Environmental Medicine 2001; 43: 515-25.

(51) Rayson MP. Fitness for work: the need for conducting a job analysis. Occupational Medicine 2000; 50: 434-6.

(52) Sawney P, Challenor J. Poor communication between health professionals is a barrier to rehabilitation. Occupational Medicine 2003; 53: 246-8.

(53) Updates Huisartsen Provincie Antwerpen. Langdurig ziek. 2012 december 8.

(54) Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Maatregelen in verband met het gezondheidstoezicht op de werknemers. Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=562#AutoAncher9. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(55) Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Art.153 § 1 en § 2. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/608914-702?1&tmpl=kartlis&OIDN=1500153&-CLAN=NL&-DTRF=04/12/2012&-VIEW=. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(56) Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk (B.S. 18.9.1996). Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=7870. Geraadpleegd 2013 maart 17.

(57) Stage academiejaar 2009 – 2010: sociale geneeskunde. Arbeidsgeneeskunde, Mensura. 1 tem 15 september 2009.

(58) Samoocha D, Bruinvels DJ, Elbers NA, Anema JR, Beek AJ van der. Effectiveness of Web-based Interventions on Patient Empowerment: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Medical Internet Research 2010; 12: 23.

7. Bijlagen

Bijlage 1 - Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: React project.
Verantwoordelijke onderzoeker: Makay Nicolas.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer: …..……..

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……..……..

Datum: …… Handtekening onderzoeker: ..…….

Bijlage 2 - Schriftelijke toelichting.

Geachte Patiënt,

In het kader van mijn opleiding tot huisarts, moet ik, Dr. Nicolas Makay, een onderzoeksproject verrichten.
Mijn onderzoeksproject gaat over de reactivatie van patiënten met een risico op langdurige arbeidsonbekwaamheid. De opzet van deze studie is om de patiënten die langer als 1 maand werkonbekwaam zijn optimaal te begeleiden naar een hervatting van hun activiteiten op de werkvloer. Er zijn vaak onderliggende oorzaken voor een langdurige arbeidsongeschiktheid, welke een multidisciplinaire aanpak vergen. De huisarts heeft in deze aanpak een centrale rol. Hij wordt meestal als eerste geconsulteerd en is vaak ook verantwoordelijk voor het hernieuwen van periodes van arbeidsongeschiktheid. Samen met andere hulpverleners volgt de huisarts de evolutie van het medisch probleem, de wettelijke omkadering en het psychosociaal kader van de werkonbekwaamheid. In een multidisciplinaire groepspraktijk is het belangrijk dat iedere hulpverlener geïnformeerd is over patiënten die in een fase van langdurige arbeidsongeschiktheid belanden. Zodat deze optimaal kunnen worden begeleid op medisch en psychosociaal vlak om een optimale re-integratie in een werkmilieu mogelijk te maken.

Het onderzoek bestaat uit 3 fasen:

1. Een observationeel dossieronderzoek, bestaande uit:
    - Registratie van consulten van alle patiënten tussen de 18 en de 65 jaar, gedurende 2 tot 3 maanden.
    - In alle dossiers periode van WO (werkonbekwaamheid) bekijken.
    - Patiënten die werkonbekwaam zijn, zullen we in 3 categorieën opdelen:
        - Acute WO < 1 maand
        - Subacute WO>1 maand < 4 maanden
        - Chronische WO>4 maanden
    - Oorzaak chronische WO registreren.
    - Onderzoek van het globaal dossier + diepte-interview (indien nodig)

2. Vervolgens zullen we een praktijkrichtlijn uitschrijven en toepassen over een bepaalde periode.
    - Richtlijn toepassen op alle patiënten in de subacute fase. In de subacute fase heb je de meeste kans op een succesvolle re-integratie zonder aan overbehandeling te doen (Navorming van 12/01/2012 "Doeltreffende re-integratie van werknemers na arbeidsongeschiktheid door samenwerking tussen huisarts en arbeidsgeneesheer").
    - Mogelijke integratie van:
      sociaal assistent/psycholoog/preventiemedewerker/verpleegkundige.
    - Te allen tijde zal u als patiënt de mogelijkheid hebben tot het weigeren van de voorgestelde therapie.

3. Tot slot zullen we wederom een dossieronderzoek uitvoeren, bestaande uit:
    - Lijst van patiënten tussen 18 en 65 jaar alle consulten tijdens bepaalde periode (2 tot 3 maanden).
    - In alle dossiers periode van WO bekijken.

Beide dossieronderzoeken zullen we met elkaar vergelijken door het verschil na te zien in:

- Acute WO < 1 maand
- Subacute WO>1 maand < 4 maanden
- Chronische WO>4 maanden

Het aantal patiënten die we volgens de nieuwe praktijkrichtlijnen hebben opgevolgd zullen we registreren en controleren in welk statuut ze zich bevinden.

Alle gegevens die uit uw dossier gebruikt worden, zullen anoniem zijn.

Bijlage 3 - Wat moet je in orde brengen als je ziek bent.

In de eerste plaats verwittig je onmiddellijk je werkgever of vakbond met het klassieke doktersbriefje. Daarvoor ga je de eerste dag van ziekte langs bij de dokter.

Het is echter ook nodig om bij een langere ziektetermijn je ziekenfonds te verwittigen.
Voor arbeiders is dit binnen de 14 kalenderdagen, voor bedienden binnen de 28.
In sommige gevallen (oa bij interim werknemers, werklozen of bij een herval, ….) moet dit zelfs al binnen de 48 uur.

Voor het ziekenfonds gebruik je het document "getuigschrift arbeidsongeschiktheid" ook bekend als het document "vertrouwelijk". Stuur dit document op met de post: de poststempel doet dienst als datum van aangifte.

Bediende	28 kalenderdagen
Arbeider	14 kalenderdagen
Interim/werkloze/herval/…	48 uur

Na een tijdje zal je bij de dokter van het ziekenfonds moeten komen op controle.
Als je niet kan gaan, dan moet je de uitnodigingsbrief terugsturen, samen met een attest van je huisarts waarin hij je afwezigheid verantwoordt. Anders worden de uitkeringen niet meer betaald.

Het eerste jaar dat je desgevallend thuis bent, spreken we van primaire arbeidsongeschiktheid en krijg je een uitkering van de mutualiteit. Vanaf het tweede jaar val je terug op een invaliditeitsuitkering.

Je arbeidsongeschiktheid komt ten einde als je jouw werk (of werkloosheid) terug hervat. Ook als de adviserend geneesheer beslist dat je terug kan werken of als je met (vervroegd) pensioen gaat, is de periode van arbeidsongeschiktheid afgelopen.

Ook bij het einde van de arbeidsongeschiktheid moet je een aantal administratieve stappen zetten. Het bewijs van arbeidshervatting of werkloosheid (gele kaart die je van het ziekenfonds kreeg in het begin van de arbeidsongeschiktheid) moet je door uw werkgever of door de vakbond laten invullen en onmiddellijk binnenbrengen bij uw ziekenfonds. Als dit niet correct gebeurt, kunnen er problemen ontstaan als je nog eens ziek bent.

Het is belangrijk je ziekenfonds, tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid, altijd op hoogte te brengen van een adreswijziging,een verandering van gezinssamenstelling of wijziging van gezinsinkomsten.

Tenslotte is het nog goed om te weten dat een arbeidsongeschiktheid in het slechtste geval ook laattijdig aangegeven kan worden. Je verliest wel 10% van de uitkering tussen de begindatum van ongeschiktheid en de datum van aangifte.

We verwijzen ook graag naar de website van uw ziekenfonds voor meer gedetailleerde informatie. Ook zelfstandigen kunnen hier meer info vinden. De sociale dienst van 't Spoor helpt u ook graag verder.

Samengevat

Bij ziekte verwittig je:

WIE	**HOE**
Werkgever (vakbond)	Doktersbriefje
Ziekenfonds	Getuigschrift arbeidsongeschiktheid

Bij werkhervatting verwittig je

Ziekenfonds	Bewijs van arbeidshervatting (geel)

Breng je ziekenfonds , **tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid**, altijd op de hoogte van

- een adreswijziging
- verandering van gezinssamenstelling
- wijziging van gezinsinkomsten

Bijlage 4 – Verwijsbrief sociaal assistent

WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM | 't SPOOR

Guldensporenstraat 84
2140 Antwerpen (Borgerhout)
Tel: 03/217.21.10

Dr. x
RIZIV: x
e-mail: x

Borgerhout,

Aan Sociaal assistent

Geachte collega,

Hierbij stuur ik u mijn patiënt
X

Betreft project werkonbekwaamheid omwille van ziekte.

Graag begeleiding van deze patiënt met hierbij

- In kaart brengen van de werksituatie

Werkgever/ inhoud werk/naam arbeidsgeneeskundige dienst/statuut patiënt.

- Activering
- Opleiding
- Loopbaanbegeleiding

Actieve ziekten

Actieve problemen

Planning
Verwijzing naar psycholoog
Verwijzing naar verpleegkundige

Persoonlijke opmerkingen

Graag vertrouw ik u deze patiënt toe voor verdere begeleiding.

Met vriendelijke groeten,

Bijlage 5 – Verwijsbrief verpleegkundige

WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM | 't SPOOR

Guldensporenstraat 84
2140 Antwerpen (Borgerhout)
Tel: 03/217.21.10

Dr. x
RIZIV: x
e-mail: x

Borgerhout,

Aan
Verpleegkundige

Geachte collega,

Hierbij stuur ik u mijn patiënt

Betreft project werkonbekwaamheid omwille van ziekte.

Graag begeleiding van deze patiënt met hierbij

- advies sport en beweging
- advies dieet en gezonde voeding

Actieve ziekten

Actieve problemen

Planning
Verwijzing naar psycholoog
Verwijzing naar sociaal assistent

Persoonlijke opmerkingen

Graag vertrouw ik u deze patiënt toe voor verdere begeleiding.

Met vriendelijke groeten,

Bijlage 6 – Praktijkrichtlijn: Langdurige werkonbekwaamheid			
Weken	4 tot 6 weken	6 tot 12 weken	6 maanden
Registratie Clinidoc	• Risicofactoren: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Actieve ziekten + problemen: Oorzaak/diagnose van werkonbekwaamheid • Aanvullen centraal invoerscherm: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Belemmerende factoren → uitvoersjablonen: arbeidsongeschiktheid	• Risicofactoren: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Aanvullen centraal invoerscherm: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Belemmerende factoren → uitvoersjablonen: arbeidsongeschiktheid	• Risicofactoren: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Aanvullen centraal invoerscherm: Arbeidsongeschiktheid > 1 maand • Belemmerende factoren → uitvoersjablonen: arbeidsongeschiktheid
Controle-raadpleging	Om de 2 weken, steeds bij dezelfde arts Vaste arts noteren bij het zorgteam	Om de 2 weken, steeds bij dezelfde arts Vaste arts noteren bij het zorgteam	1 maal per maand, steeds bij dezelfde arts Vaste arts noteren bij het zorgteam
Info en voorlichting	• Evolutie van de ziekte • Mogelijkheid tot werkhervatting • Verlenging two (max 1 maand) • Misverstanden over ziektebeeld • Hervatten dagdagelijkse taken	• Evolutie van de ziekte • Mogelijkheid tot werkhervatting • Verlenging two (max 1 maand) • Misverstanden over ziektebeeld • Hervatten dagdagelijkse taken	• Evolutie van de ziekte • Mogelijkheid tot werkhervatting • Verlenging two (max 1 maand) • Misverstanden over ziektebeeld • Hervatten dagdagelijkse taken
Sociaal assistent	1 maal per maand + verwijsbrief	1 maal per maand +verwijsbrief	1 maal per maand
Verpleegkundige	Minstens 1 maal	Minstens 1 maal	Minstens 1 maal
Verwijzing tweede lijn	Enkel indien nodig: bevestiging diagnose	Minstens 1 maal: bevestiging diagnose	Enkel indien nodig: controleraadpleging
Psycholoog	/	Enkel indien nodig	Enkel indien nodig
Bedrijfsarts	/	Recht op bezoek voorafgaand aan de Werkhervatting (*)	Recht op bezoek voorafgaand aan de Werkhervatting (*)
Adviserend Arts (**)	/	• Disability case management • Progressieve arbeidshervatting • Beroepsherscholing • Vrijwilligerswerk - opleidingen	• Disability case management • Progressieve arbeidshervatting • Beroepsherscholing • Vrijwilligerswerk - opleidingen
Multidisciplinair overleg	Om de 3 maanden, indien probleemsituatie → sneller	Om de 3 maanden, indien probleemsituatie → sneller	Om de 3 maanden, indien probleemsituatie → sneller

(*) Volgende procedure is voorzien voor werknemers die hun recht op een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting willen benuttigen:

- De werknemer (minstens 4 weken arbeidsongeschikt) beslist zelf of hij gebruik wenst te maken van een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting door een geschreven aanvraag aan de werkgever te richten.
- De werknemer gaat akkoord dat de bedrijfsarts contact opneemt met zijn behandelende arts en dus inzage krijgt in zijn medisch dossier.
- Het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting moet binnen de 8 dagen volgend op de ontvangst van de aanvraag plaatsvinden. De werkgever moet dus binnen die termijn een afspraak regelen met de betrokken arbeidsgeneeskundige dienst.
- Tijdens het bezoek bespreekt de bedrijfsarts met de werknemer zijn gezondheidstoestand en mogelijke aanpassingen van zijn werkpost. Het gaat dus niet om een medisch onderzoek.
- De bedrijfsarts gaat zo spoedig mogelijk de werkpost van de werknemer inspecteren met het oog op het vinden van de mogelijke oplossingen tot aanpassing. Vervolgens legt de bedrijfsarts zijn aanbevelingen aan de werkgever voor door rubriek F van het formulier voor de gezondheidsbeoordeling in te vullen. In dit stadium gaat het dus niet om een beslissing tot al of niet arbeidsgeschiktheid.
- De werkgever betaalt de verplaatsingskosten van de werknemer voor dit bezoek.

(**)De adviserend arts heeft verschillende mogelijkheden om een bijdrage te leveren aan het re-integratieproces:

- Disability case management
  Vergemakkelijken van de re-integratie van de patiënt met arbeidsbeperkingen door een gecoördineerde inspanning die rekening houdt met zijn noden, werkplekomstandigheden en wetgevend kader.
- Progressieve arbeidshervatting
  Progressief opbouwen van de arbeid is mogelijk. Men maakt hierbij wel een onderscheid tussen werknemers en zelfstandigen:
  - Werknemer (artikel 100 § 2):
    - Alle activiteiten
    - Aangifte via uniek formulier
  - Zelfstandigen:
    - Eigen beroep (artikel 23 bis) maximaal 3 x 6 maanden
    - Ander beroep (artikel 23) maximaal 2 x 6 maanden
    - Eigen beroep zonder beperking in de tijd (artikel 20 bis)
- Beroepsherscholing
  Hiervoor bestaan er 2 mogelijkheden:
  - Aanmeldingsformulier in gevuld door de adviserend arts
  - Via adviserend arts naar andere instellingen:
    - Voor oriënteringsonderzoek en/of herscholingsprogramma
    - Keuze van het traject bepaald door adviserend arts
    - Indien goedgekeurd door RIZIV → terugbetaling opleiding
- Vrijwilligerswerk – Opleidingen
  - Vrijwilligerswerk
    - Geen beroepsbezigheid
    - Activiteit verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand
    - Best vooraf te bespreken met adviserend arts
  - Opleidingen
    - Zoals taalcursus, pottenbakken (zonder stages)
    - Melden aan de adviserend arts

8. Dankwoord

Mijn bijzondere dank gaat uit naar mijn promotor en co-promotor voor het aanreiken van dit interessant onderwerp en voor het geven van feedback, bijsturingen en adviezen. Graag had ik ook het voltallige team en vrijwilligers van het wijkgezondheidscentrum ’t Spoor bedankt voor hun medewerking en interesse in mijn masterproject.