Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: Opstellen van een praktijkrichtlijn.

Uyttersprot Evelyne, Universiteit Gent

Promotor: Prof.Dr.Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2011-2013

Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: Opstellen van een praktijkrichtlijn.

Uyttersprot Evelyne, Universiteit Gent

Promotor: Prof.Dr.Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaren 2011-2013

Abstract

PRAKTIJKMANAGEMENT VAN KORTDURENDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID: OPSTELLEN VAN EEN PRAKTIJKRICHTLIJN.
Haio: Evelyne UYTTERSPROT (Huisartsenpraktijk, De Limburg Stirumlaan 58 – 1780 Wemmel)
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS, Universiteit Gent.
Praktijkopleider: Dr. Marianne BROUILLARD

Context:
Door het gebrek aan richtlijnen rond de duur van arbeidsongeschiktheid is er ruimte voor interpretatie wat kan zorgen voor problemen voor de voorschrijvende arts, zoals over de inschatting van de duur van de arbeidsongeschiktheid.

Onderzoeksvraag:
Is het mogelijk om diagnose-specifieke richtlijnen rond de duur van arbeidsongeschiktheid op te stellen voor de onderzoekspraktijk?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Literatuurstudie via PubMed, Web of Science, de bibliotheek Humane en Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Antwerpen en het RIZIV. De bevraging van de artsen vond plaats in de opleidingspraktijk in de rand rond Brussel. Patiënten uit de werkzame beroepsbevolking die arbeidsongeschiktheid voorgeschreven kregen, werden, na geïnformeerde toestemming voor deelname, geïncludeerd in de studie. De registratie gebeurde via gekoppelde vragenlijsten voor patiënten en behandelende artsen.

Resultaten:
De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose ortho/traumato/reumato komt op 3,5 dagen, voor luchtwegenproblematiek op 3 dagen en voor gastro-intestinale problemen op 2 dagen werkverlet. De geattesteerde arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose psychische problematiek laat een grotere spreiding zien: van 4,7 tot 11,4 dagen.
Patiënten jonger dan 50 jaar krijgen gemiddeld 3 dagen (standaarddeviatie 3,5) werkverlet voorgeschreven daar waar voor de groep 50 jaar of ouder de duur toeneemt.
Eén derde van de ziekteattesten (35,7%) en het grootste aantal dagen (4 dagen) wordt op maandag geschreven en dit daalt naar het einde van de week toe.
Er is een significante trend dat oudere artsen meer voorschrijven.
Het afleveren van een attest van arbeidsongeschiktheid steunt in 90,4% van de gevallen op objectieve klinische bevindingen en in 98,4% speelt de ernst van de subjectieve presentatie een rol. Zwaar werk, een negatieve werksfeer en de specifieke thuissituatie van de patiënt dragen in respectievelijk 30,9%, 15% en 10% bij tot het voorschrijven van ziekteverzuim.
Negentig procent van de patiënten vindt dat zijn huisarts de meest geschikte persoon is om te oordelen over arbeidsongeschiktheid alsook over de duur ervan (97%).

Conclusies:
Oriënterende richtlijnen rond werkverlet voor eerstelijnsartsen kunnen een houvast bieden bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Mogelijke problemen en onduidelijkheden tussen behandelende arts, patiënt, werkgever en sociale zekerheid kunnen hierdoor vermeden of geminimaliseerd worden.

E-mail: Evelyne.Uyttersprot@gmail.com

ICPC-code: -62, P01, Z05

Voorwoord

Het idee om arbeidsongeschiktheid als onderwerp voor deze Masterproef te gebruiken, is gegroeid vanuit mijn dagdagelijks functioneren als huisarts en mijn persoonlijke ervaringen omtrent werkverlet. Het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid behoort tot onze taken als arts waarbij we het nodig achten de patiënt vrij te stellen van zijn werktaken om het genezingsproces te bevorderen. Anderzijds hebben wij als arts ook een belangrijke maatschappelijke rol en moeten we ook deels mee waken over het al dan niet rechtmatig gebruik van de voorzieningen die ons sociaal zekerheidssysteem aanbiedt tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid. Het afleveren van een ziekteattest is voor mij geen zwart-wit beslissing gebleken en dit heeft de aanzet gevormd om hierover een praktijkverbeterend project uit te werken.

In dit voorwoord zou ik graag enkele mensen bedanken voor hun steun en aanmoedigingen bij het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de thesis.
Eerst en vooral zou ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts willen bedanken voor zijn inzicht, niet aflatend enthousiasme en beschikbaarheid tijdens het hele proces van dit onderzoeksproject.
Daarnaast gaat ook veel dank uit naar mijn praktijkopleidster Dr. Marianne Brouillard en collega Dr. Elsie De Paepe die mij de kans hebben gegeven om te groeien en te ontwikkelen tot een volwaardig huisarts tijdens deze tweejarige opleiding. Ik dank hen ook voor hun medewerking bij het invullen van de vragenlijsten voor het onderzoek.
Een zeer speciale bedanking gaat uit naar echtgenoot, mijn ouders en familie voor de jarenlange steun en aanmoedigingen tijdens de opleiding geneeskunde.

Inhoudstafel

Abstract IV

Voorwoord V

Inhoudstafel VI

Figurenlijst VIII

Tabellenlijst X

1 Inleiding 1

2 Vraagstelling en doelstelling 2

3 Methode 3

3.1 Methode literatuurstudie 3

3.2 Methode onderzoeksproject 3

4 Literatuurstudie 5

4.1 Algemeen kader arbeidsongeschiktheid 5

4.1.1 Arbeidsongeschiktheid op Europees niveau 5

4.1.2 Arbeidsongeschiktheid op Belgisch niveau 7

4.2 Huisarts en arbeidsongeschiktheid 9

4.2.1 Algemeen kader 9

4.2.2 Drempels en problemen ervaren door huisartsen rond arbeidsongeschiktheid 9

5 Resultaten 12

5.1 Algemeen 12

5.2 Analyse van de duur van arbeidsongeschiktheid 13

5.2.1 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van geslacht van de patiënt 13

5.2.2 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de leeftijd van de patiënt 16

5.2.3 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van opleiding van de patiënt 21

5.2.4 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van dag van de week 24

5.2.5 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van attesterende arts 25

5.3 Vragenlijst artsen....28
5.3.1 Medische en artsgebonden beslissingselementen....28
5.3.2 Werkgerelateerde beslissingselementen....30
5.3.3 Patiëntgebonden beslissingselementen....32
5.4 Vragenlijst patiënten....34
6 Discussie....36
6.1 Duur van arbeidsongeschiktheid....36
6.1.1 Duur van arbeidsongeschiktheid in functie van geslacht van de patiënt....36
6.1.2 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de leeftijd van de patiënt....37
6.1.3 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de opleiding van de patiënt....37
6.1.4 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de dag van de week....38
6.1.5 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de attesterende arts....38
6.2 De rol van arts-, patiënt- en arbeidsgebonden factoren in het arbeidsongeschiktheidsattest 39
6.3 Het idee van patiënten rond arbeidsongeschiktheid....41
6.4 Aanbevelingen rond arbeidsongeschiktheid vanuit het RIZIV [7]....42
6.5 Karakteristieken van de onderzoekspraktijk met een mogelijke impact op de resultaten....43
7 Besluit....44
8 Referenties....45
9 Bijlage....46
9.1 Informatieformulier voor de patiënt....46
9.2 Toestemmingsformulier....47
9.3 Registratieformulier artsen.....49
9.4 Vragenlijst voor de patiënt.....52

Figurenlijst

Figuur 1 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens geslacht. 12
Figuur 2 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose ‘psychische problematiek’. 13
Figuur 3 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose ‘ortho/traumato/reumato’. 14
Figuur 4 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose ‘luchtwegen’. 14
Figuur 5 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose ‘gastro-intestinaal’. 15
Figuur 6 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens leeftijdscategorie. 16
Figuur 7 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor alle werkdiagnoses. 17
Figuur 8 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor alle werkdiagnoses per leeftijdscategorie (<50 en ≥50 jaar). 18
Figuur 9 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor de werkdiagnose 'luchtwegen'. 18
Figuur 10 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor de leeftijdscategorie < 50 en ≥ 50 voor de werkdiagnose ‘luchtwegen' 19
Figuur 11 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor de werkdiagnose ‘gastro-intestinaal’. 19
Figuur 12 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor de leeftijdscategorie < 50 en ≥ 50 voor de werkdiagnose ‘gastro-intestinaal’. 20
Figuur 13 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens opleiding. 21
Figuur 14 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor werkdiagnose ‘psychisch’. 22
Figuur 15 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose ‘ortho/traumato/reumato’. 22
Figuur 16 – Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose ‘luchtwegen’. 23
Figuur 17 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose ‘gastro-intestinaal’. 23
Figuur 18 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen volgens dag van de week. 24
Figuur 19 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens dag van de week. 24
Figuur 20 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'psychisch'. 25

Figuur 21 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.....26
Figuur 22 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'luchtwegen'.....26
Figuur 23 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal'.....27
Figuur 24 – Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.....28
Figuur 25 - Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘psychisch’.....29
Figuur 26 - Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘ortho/traumato/reumato’.....30
Figuur 27 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.....30
Figuur 28 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘psychisch’.....31
Figuur 29 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘ortho/traumato/reumato’.....31
Figuur 30 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.....32
Figuur 31 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘psychisch’.....33
Figuur 32 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose ‘Ortho/Traumato/Reumato’.....33
Figuur 33 - Antwoorden vragenlijst patiënten (in %).....35

Tabellenlijst

Tabel 1 - Absoluut aantal patiënten volgens leeftijdscategorie. 16

1 Inleiding

In België en in vele Europese landen is een werknemer die door ziekte of ongeval niet in staat is om zijn werk uit te voeren, verplicht om binnen de voorziene termijn een medisch attest af te leveren aan zijn werkgever. [1,2,3] Het medisch attest wordt in het overgrote deel van de gevallen verstrekt door de huisarts. Hierbij dient de arts in kwestie een inschatting te maken van het gezondheidsprobleem van de patiënt in relatie tot de eisen van zijn werk. [1,4] Dit vraagt een verantwoorde houding van de attesterende arts gezien zijn dubbele rol, enerzijds als behandelend geneesheer en vertrouwenspersoon van de patiënt en anderzijds als 'bewaker' van het sociale verzekeringssysteem. [5] Via het medisch attest wordt de werknemer vrijgesteld van zijn werktaken en ontvangt hij zijn loon of een vervangingsinkomen. [2,3,6]

Uit de literatuur blijkt dat er tussen Europese landen belangrijke verschillen bestaan wat betreft arbeidsongeschiktheid. Dit valt te verklaren door het verschillend landenspecifiek wettelijke en organisatorisch kader dat arbeidsongeschiktheid regelt. Hierdoor is een vergelijking aangaande arbeidsongeschiktheid binnen Europa een moeilijk uit te voeren opdracht. [6]

Ondanks het belangrijk aandeel dat het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid inneemt binnen de dagdagelijkse taken van de huisarts, is uit de literatuur gebleken dat er geen gouden standaard bestaat rond dit onderwerp. Dit schept ruimte voor interpretatie bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, zowel tussen artsen als tussen patiënten. Internationale studies hebben aangetoond dat huisartsen op verschillende niveaus problemen ondervinden tijdens consultaties waar arbeidsongeschiktheid aan bod komt.

Deze Masterproef gaat na of er binnen de onderzoekspraktijk tot een consensus kan gekomen worden aangaande de duur van arbeidsongeschiktheid voor een welbepaalde diagnose. Verder peilt het onderzoek naar ideeën van patiënten omtrent arbeidsongeschiktheid alsook naar de rol van arts-, arbeids- en patiëntgebonden factoren bij het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid.

2 Vraagstelling en doelstelling

Deze Masterproef behelst en bestudeert verschillende aspecten aangaande kortdurende arbeidsongeschiktheid (maximaal 4 weken) binnen de huisartspraktijk.
Op volgende vragen zoekt dit onderzoek een antwoord:

1. Is het mogelijk om binnen de onderzoekspraktijk tot een consensus te komen rond de duur van arbeidsongeschiktheid voor bepaalde diagnoses (praktijkrichtlijn)?
2. Welke arts-, arbeids- en patiëntgebonden factoren spelen een rol in het al dan niet toekennen van arbeidsongeschiktheid?
3. Wat zijn de ideeën van patiënten over de arbeidsongeschiktheid?

Om deze vragen te beantwoorden werd de Masterproef opgebouwd uit twee grote delen. Het eerste deel bestaat uit de literatuurstudie rond arbeidsongeschiktheid waar een algemeen kader geschetst wordt rond ziekteverzuim op internationaal en nationaal niveau. Het onderzoeksproject vormt het tweede deel van de Masterproef.

3 Methode

3.1 Methode literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werden artikels opgezocht via de databanken PubMed en Web of Science met volgende zoektermen: 'primary care', 'sickness certification', 'sick leave' en 'general practitioners'. Bij deze zoekactie werden een tiental artikels relevant bevonden voor de literatuurstudie.
Via de bibliotheek Humane en Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Antwerpen konden drie artikels met betrekking tot ziekteverzuim weerhouden worden via de zoektermen 'arbeidsongeschiktheid' en 'ziekteverzuim'.
Voor Belgische gegevens rond arbeidsongeschiktheid werd gezocht naar gegevens vanuit het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsuitkering.

3.2 Methode onderzoeksproject

De registratie voor het projectonderzoek vond plaats in de opleidingspraktijk in de rand rond Brussel in de periode mei - september 2012. Het onderzoek is een prospectief observationeel onderzoek. De drie artsen werkzaam in deze praktijk hebben hieraan deelgenomen. Arts 1 bevindt zich in de leeftijdscategorie 50-59 jaar, Arts 2 in de leeftijdscategorie 40-49 jaar en Arts 3 in de leeftijdscategorie 20-29 jaar.
De patiëntenpopulatie die in aanmerking kwam voor inclusie in de studie, behoort tot de werkzame beroepsbevolking (mannelijke en vrouwelijke populatie van 18 tot en met 65 jaar). Aan elke patiënt, behorende tot de studiepopulatie, die een periode van arbeidsongeschiktheid van 4 weken of minder voorgeschreven kreeg, werd gevraagd of hij/zij wou deelnemen aan het praktijkonderzoek aangaande arbeidsongeschiktheid.
De patiënt werd door de arts zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over de studie. Via het ondertekenen van het informed consent bevestigde de patiënt zijn deelname aan de studie en verleende hij/zij zijn goedkeuring aangaande het gebruik en het inkijken van zijn medische gegevens. De arts die het attest voor arbeidsongeschiktheid afleverde, stond in voor het opzoeken van de, voor het onderzoek, nuttige en relevante gegevens in het medisch dossier van de patiënt. Patiënten kregen de garantie dat de studie op zich en het verwerken van hun persoonlijke en medische gegevens volledig anoniem verloopt.

Via gekoppelde vragenlijsten specifiek voor artsen en patiënten (zie bijlage) worden de verschillende onderzoeksvragen onderzocht.
De vragenlijst voor patiënten en artsen bevat een identiek deel waarin naar algemene gegevens van de deelnemende patiënt gevraagd wordt zoals onder andere geslacht, leeftijd, opleiding, beroep en aantal dagen arbeidsongeschiktheid.

De vragenlijst voor artsen bevat naast deze algemene gegevens ook een deel met 6 mogelijke werkdiagnoses, namelijk psychologische, orthopedische, neurologische, luchtwegen, gastro-intestinale en huidinfectieuze problematiek, die de arbeidsongeschiktheid tot gevolg kunnen hebben. Een derde luik van de vragenlijst behelst de arts-, arbeids- en patiëntgebonden factoren die een rol kunnen spelen in het al dan niet voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.
De patiëntenvragenlijst is opgebouwd uit voornoemde algemene gegevens en uit 9 stellingen omtrent arbeidsongeschiktheid waarop de patiënt kan antwoorden met akkoord, geen mening en niet akkoord.
Bij elke consultatie waar arbeidsongeschiktheid wordt voorgeschreven en waar de patiënt bereid is om mee te werken aan het onderzoeksproject, wordt een vragenlijst ingevuld door de arts en door de patiënt. Deze twee vragenlijsten zijn gekoppeld aan elkaar door een code.

De verzamelde gegevens werden in Excel ingebracht en statistisch verwerkt: gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid met een 95% betrouwbaarheidsinterval en een mediaanberekening van de duur van werkverlet in functie van onafhankelijke variabelen (geslacht, leeftijd, opleiding dag van de week en attesterende arts). Op basis van deze analyse konden oriënterende diagnose-specifieke richtlijnen rond de duur van arbeidsongeschiktheid opgesteld worden. Daarnaast kunnen uitspraken gedaan worden rond de opvattingen van patiënten over ziekteverzuim alsook over mogelijke beïnvloedende beslissingsfactoren bij artsen aangaande arbeidsongeschiktheid.

4 Literatuurstudie

4.1 Algemeen kader arbeidsongeschiktheid

4.1.1 Arbeidsongeschiktheid op Europees niveau

Een medisch attest is in de meeste landen vereist om een vrijstelling te krijgen van de werktaken ten gevolge van ziekte. In sommige landen, waaronder België, is dit attest vereist vanaf de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Andere landen voorzien een periode waarin geen medisch attest nodig is. Het Verenigd Koninkrijk en Zweden bijvoorbeeld voorzien een periode van 7 dagen van zelfcertificering door de werknemer. [1,6] Uit vergelijkende studies blijkt dat de hoogste ratio van afgeleverde ziekteattesten door huisartsen gevonden wordt in landen die de kortste duur van zelfcertificering hebben. Dit is te wijten aan het feit dat hier een medisch attest nodig is voor een korte ziekteduur, daar waar dit in andere landen met langere zelfcertificering niet nodig zou zijn. Toch blijken landen met een lange duur van zelfcertificering ook een hoge ratio te hebben van ziekteattesten afgeleverd door artsen in vergelijking met landen waar een korte duur van zelfcertificering van toepassing is. Deze bevinding blijkt moeilijk te verklaren. [6]
De meeste landen hanteren een causaliteitsprincipe aangaande de ziekteregeling. In Nederland bijvoorbeeld wordt er geen onderscheid gemaakt tussen werk en niet-werk gerelateerde ongevallen of ziekte en is de ziekteregeling van toepassing op verzuim ten gevolge van ziekte, arbeidsongeval of beroepsziekte en moederschap. Andere landen voorzien een aparte regeling voor arbeidsongeschiktheid ten gevolge van beroepsziekte en moederschap. [6]
In de meeste landen wordt ook een onderscheid gemaakt in de ziekteregeling naargelang het werkstatuut van de patiënt (bediende, arbeider, ambtenaar of zelfstandige). [6]
Wat de financiële vergoeding van de zieke werknemer betreft, zijn er eveneens verschillen tussen Europese landen. In sommige landen zal het volledige loon gedurende een bepaalde periode doorbetaald worden door de werkgever, daar waar in andere landen de werknemer onmiddellijk uitbetaald wordt door de Sociale Zekerheid. Het blijkt dat in landen waar het loon gedurende een langere periode van arbeidsongeschiktheid door de werkgever uitbetaald wordt, er een hogere ratio van ziekteattesten is in vergelijking met landen waar de vergoeding tijdens de periode van ziekte uitbetaald wordt door het systeem van Sociale Zekerheid. [1,6]
Als laatste bestaat er ook een verschil in maximale duur van tijdelijke arbeidsongeschiktheid tussen Europese landen. In België bedraagt dit 52 weken. [6]

Uit het jaarrapport van 2010 van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering blijkt dat het aandeel van de openbare uitgaven besteed aan de vergoeding van de arbeidsongeschiktheid zich in Europa in 2007 tussen 1,4% en 7,2% bevond. België geeft 2,1% van zijn bruto binnenlands product uit aan uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. [7]

Uit bovenstaande blijkt dus dat een vergelijking van de omvang en de kosten van arbeidsongeschiktheid tussen verschillende Europese landen een moeilijke taak is omwille van het verschillend landenspecifiek wettelijk en organisatorisch kader dat arbeidsongeschiktheid regelt. Daarnaast is het beoordelen en het vergelijken van gegevens rond ziekteverzuim tussen Europese landen moeilijk door de uiteenlopende manieren waarop Europese landen gegevens verzamelen met betrekking tot dit onderwerp (op bedrijfsniveau, uit statistieken, schattingen op basis van enquêtes,…).

Er is dus nood aan een gestandaardiseerde manier van gegevensverzameling betreffende arbeidsongeschiktheid zodat wetenschappelijk onderbouwde vergelijkingen en conclusies kunnen gemaakt worden. [1,6]

4.1.2 Arbeidsongeschiktheid op Belgisch niveau

4.1.2.1 Wettelijk kader arbeidsongeschiktheid [2]

In België is een werknemer die door ziekte of ongeval (niet door arbeidsongeval of beroepsziekte) niet in staat is om zijn werk uit te voeren, verplicht om een medisch attest af te leveren aan zijn werkgever. Dit is nodig vanaf de eerste dag van ziekte.
De werknemer moet zijn werkgever onmiddellijk op de hoogte stellen van zijn toestand en hem binnen de voorziene termijn dit medisch attest bezorgen. Een controlearts kan de werknemer onderzoeken tijdens zijn periode van arbeidsongeschiktheid.

Tijdens de eerste dagen van arbeidsongeschiktheid wordt het loon van de werknemer door de werkgever verder uitbetaald. Voor bedienden is er een gewaarborgd loon voorzien gedurende de eerste 30 dagen van arbeidsongeschiktheid. Arbeiders hebben de eerste 7 dagen van arbeidsongeschiktheid een gewaarborgd inkomen, de daaropvolgende dagen hebben ze recht op een bepaald percentage van hun loon.
Het ziekenfonds moet door de werknemer geïnformeerd worden indien de arbeidsongeschiktheid lang gaat duren. Dit is binnen de 28 dagen voor bedienden en binnen de 14 dagen voor arbeiders na het begin van de arbeidsongeschiktheid. De adviserend geneesheer wordt op de hoogte gebracht via het document 'Vertrouwelijk' dat ingevuld wordt door de behandelende geneesheer. De zieke werknemer krijgt een uitkering van het ziekenfonds, berekend op basis van zijn loon, na de periode van het gewaarborgd loon. Dit komt neer op een uitkering die 60% bedraagt van het begrensde brutoloon. De werknemer kan op elk moment door de adviserend geneesheer van de mutualiteit opgeroepen worden voor een medisch onderzoek.

De periode van de primaire arbeidsongeschiktheid behelst dus het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid. Vanaf het tweede jaar van ongeschiktheid spreekt men van de periode van invaliditeit.

4.1.2.2 RIZIV Jaarverslag 2010 [7]

Uit het jaarverslag van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 2010 blijkt dat er in België 411.000, door het RIZIV vergoede, gevallen van primaire arbeidsongeschiktheid waren[1].
Er blijkt een stijging te zijn van het aantal mensen die de arbeidsmarkt tijdelijk of permanent verlaten wegens arbeidsongeschiktheid aangezien het aantal vergoede gevallen per jaar in 2004 ongeveer 310.000 bedroeg.
Bijna 6% van de actieve Belgische bevolking geniet van een invaliditeitsuitkering. Dit komt neer op meer dan 272.000 personen die op invaliditeit stonden in 2010.

Het RIZIV heeft enkele factoren geïdentificeerd die deze stijgende trend in arbeidsongeschiktheid zouden kunnen verklaren. Hieronder bevinden zich onder andere demografische, medische en sociaaleconomische factoren.
Als demografische verklaringen voor de toename van arbeidsongeschiktheid zouden volgens het RIZIV, de vergrijzing van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd een rol spelen.
Het verschijnen van nieuwe pathologieën, zoals psychologische en psychiatrische stoornissen of de musculo-skeletale aandoeningen, die tot langere arbeidsongeschiktheid en invaliditeit lijken te leiden, zouden het medische luik van de bemerkte toename kunnen verklaren.
De socio-economische toestand met een zekere schaarste op de arbeidsmarkt en een verslechtering van de arbeidsomstandigheden in bepaalde sectoren zou eveneens een verklaring kunnen zijn voor deze stijgende tendens.

[1] Dit houdt dus geen rekening met de personen die arbeidsongeschikt zijn en nog binnen de periode van het gewaarborgd loon vallen.

4.2 Huisarts en arbeidsongeschiktheid

4.2.1 Algemeen kader

Het afleveren van medische ziekteattesten is een dagdagelijkse taak van artsen en in het bijzonder van huisartsen, aangezien een werknemer bij arbeidsongeschiktheid een medisch attest van zijn behandelend geneesheer moet voorleggen aan zijn werkgever. [4,8,9]
Een Belgische studie rond ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1996, uitgevoerd in opdracht van de Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden in het kader van een nationaal programma 'Publieke Economie', vond dat de deelnemende huisartsen in gemiddeld 15,3% van hun contacten met de beroepsbevolking een ziekteattest uitschreven. [4]

De arts heeft tijdens een consultatie waaruit arbeidsongeschiktheid voortvloeit een zevental taken te vervullen. Hij moet een diagnose stellen en hierbij de functionele beperkingen en werkcapaciteit van de patiënt beoordelen. Verder moet hij met de patiënt de voor- en nadelen in verband met het mogelijke ziekteverlof bespreken, de duur van het ziekteverlof bepalen en maatregelen in verband met behandeling en revalidatie gedurende het ziekteverlof plannen. De behandelende arts zal tot slot het medisch attest voor de werkgever/ziekteverzekering opmaken en zijn beslissingen, maatregelen en actieplan documenteren. [9] De huisarts moet dus dagelijks oordelen over het gezondheidsprobleem van de patiënt in relatie met de eisen van zijn werk. [8] Hiernaast blijkt dat ziekte en verminderde werkcapaciteit weinig gedefinieerd zijn vanuit de wetgeving. [10] Er bestaat ook geen gouden standaard voor consultaties waarin arbeidsongeschiktheid aan bod komt. [11] Dit laat ruimte voor individuele interpretatie van zowel de attesterende arts als van de patiënt omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid. [10] Uit internationale studies blijkt dat artsen drempels en moeilijkheden ervaren bij de verschillende taken rond arbeidsongeschiktheid en het ziekteattest.

4.2.2 Drempels en problemen ervaren door huisartsen rond arbeidsongeschiktheid

Er bestaan geen richtlijnen of gouden standaard wat betreft arbeidsongeschiktheid en de duur ervan. Sommige artsen ondervinden dan ook problemen tijdens consultaties waar arbeidsongeschiktheid aan bod komt. Daarom is het belangrijk om deze drempels en probleemsituaties te identificeren zodat oplossingen geformuleerd kunnen worden om hiermee om te gaan. [3,8,11]
De ervaren problemen kunnen in verschillende categorieën worden onderverdeeld, namelijk factoren binnen het gezondheidszorgsysteem en factoren buiten het gezondheidszorgsysteem. [11]

4.2.2.1 Factoren binnen het gezondheidszorgsysteem

In deze categorie kan men drie onderverdelingen maken aangaande de mogelijke problemen rond arbeidsongeschiktheid. Enerzijds zijn er de problemen gerelateerd aan de competentie van de huisarts en anderzijds zijn er de andere gezondheidswerkers die betrokken zijn in het arbeidsongeschiktheidsproces en het gezondheidszorgsysteem op zich. [11]

4.2.2.1.1 Klinische beoordeling, competentie van de arts en communicatieve vaardigheden

Hier vermelden artsen moeilijkheden in het beoordelen van tekens en symptomen, werkcapaciteit en de optimale duur van het ziektecertificaat. Eveneens blijkt dat er onder artsen onvoldoende kennis is met betrekking tot de gevolgen van arbeidsongeschiktheid voor de patiënt. Dit toont indirect aan dat er een gebrek is aan oriënterende richtlijnen aangaande arbeidsongeschiktheid. [5,9,11,12] Uit een studie blijkt dat 50% van de deelnemende artsen nood heeft aan bijkomende kennis en vaardigheden in verband met de evaluatie van de lengte en de graad van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast wenst 46% van de deelnemende artsen meer kennis en inzicht in de werkeisen die verschillende professionele activiteiten met zich meebrengen. [9]
Anderzijds vermelden artsen dat ze het moeilijk vinden om het medisch attest te weigeren wanneer ze in dezelfde gemeenschap werken en leven als de patiënt. Ook vinden artsen het moeilijk als patiënten hun nood aan arbeidsongeschiktheid sterk uitdrukken, terwijl dit niet overeenkomt met de beoordeling van de arts. Dit leidt soms tot situaties waarbij artsen een medisch attest zullen afleveren waar zij dit niet nodig achten.
Een andere drempel die artsen ervaren om een goed ziekteattest af te leveren is een te grote persoonlijke betrokkenheid met de patiënt en zijn problemen.
Dit alles kan dus leiden tot conflicten tussen artsen en patiënten en alsook tot problemen inzake loyaliteit. [5,11,12]

4.2.2.1.2 De rol van andere gezondheidszorgactoren

Sommige partners/collega's binnen de gezondheidszorg die de patiënten ontmoedigen om terug aan het werk te gaan, worden door huisartsen ervaren als een barrière om een goed ziektecertificaat af te leveren. Arbeidsongeschiktheid geïnitieerd door andere artsen zonder een concreet plan rond de stopzetting ervan, is ook één van de opgemerkte problemen bij huisartsen in het proces rond arbeidsongeschiktheid. Huisartsen hebben hierdoor soms een gevoel van ondermijnd te worden door andere gezondheidswerkers. [5,11,12]

4.2.2.1.3 Het gezondheidszorgsysteem

De soms lange wachttijd vooraleer een patiënt kan doorverwezen worden naar andere gezondheidswerkers wordt door huisartsen beschouwd als een drempel om tot een goed ziektecertificaat te komen. [11,12]

4.2.2.2 Factoren buiten de gezondheidszorg

4.2.2.2.1 Maatschappelijke houding ten aanzien van het medisch attest en de voordelen van arbeidsongeschiktheid

Artsen hebben soms de indruk dat arbeidsongeschiktheid de oplossing is geworden voor vele niet-medische problemen waarbij ervan uitgegaan wordt dat er een recht is op het hebben van een equivalent of volledig inkomen op eender welk moment. [5,11]

4.2.2.2.2 De arbeidsmarkt

Door de toenemende werkeisen voldoen vele werknemers niet meer voor werkgevers waardoor er bijna geen eenvoudigere jobs meer lijken te zijn voor bepaalde sociale groepen in de maatschappij. [5,11]

4.2.2.2.3 Privésituatie van patiënten

Dit blijkt een frequente reden te zijn waarvoor patiënten vragen naar arbeidsongeschiktheid. Ook hier ervaren artsen drempels. [5,11]

4.2.2.2.4 Gebrek aan samenwerking

Een gebrek aan of een moeilijke samenwerking met andere partners zoals werkgevers, sociale zekerheid, werkloosheidsinstellingen,…, binnen het proces van arbeidsongeschiktheid, geeft artsen het gevoel van geïsoleerd te zijn. [5,9,11]

4.2.2.2.5 Andere partners

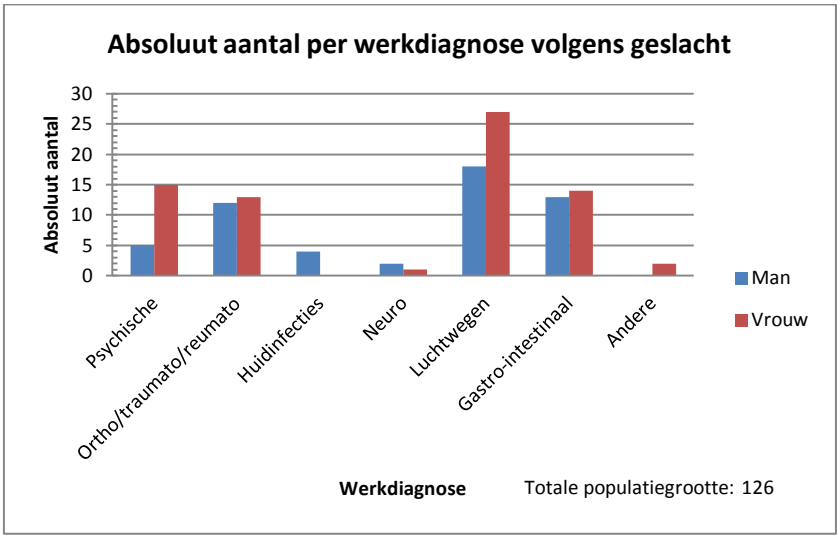
De werking van de Sociale Zekerheidssystemen wordt gezien als traag en bovendien blijken zij moeilijk te contacteren. Huisartsen krijgen de indruk dat deze enkel passief de aanbevelingen op het medisch attest volgen en niet echt een evaluatie gaan maken van het recht van de patiënt op ziekte-uitkering. [5,11]

5 Resultaten

5.1 Algemeen

Tijdens het onderzoeksproject werden in totaal 126 patiënten geïncludeerd waarvan 54 mannen (42,9%) en 72 vrouwen (57,1%). De gemiddelde leeftijd bij de mannen bedroeg 37,1 jaar (min. 20 jaar en max. 58 jaar) en bij de vrouwen 38,3 jaar (min. 21 jaar en max. 62 jaar).
Van de 126 patiënten die deelnamen aan de studie waren er 14 die 2 werkdiagnoses hadden. Bij deze patiënten werd besloten om tijdens de statistische verwerking van de resultaten slechts rekening te houden met de belangrijkste werkdiagnose (dit is de werkdiagnose die doorslaggevend was voor de duur van arbeidsongeschiktheid). Bij het analyseren van de duur van arbeidsongeschiktheid werd geen rekening gehouden met mogelijke verlengingen. De analyse is dus gebaseerd op aantal dagen ziekteverzuim bekomen tijdens de initiële consultatie. Dit onderzoek behelst de eerste maand van arbeidsongeschiktheid.

Figuur 1 toont de verdeling van patiënten in absolute aantallen volgens geslacht per werkdiagnose. Hier ziet men dat de werkdiagnoses 'luchtwegen', 'gastro-intestinaal', psychisch' en 'ortho/traumato/reumato' het meest voorkomen. De werkdiagnoses 'huidinfectie', 'neuro' en 'andere' bevatten weinig patiënten. Deze 3 laatste zullen voor de meeste statistische analyses achterwege gelaten worden tenzij de analyse over alle werkdiagnoses gaat.
Op het vlak van 'psychische problematiek' zijn er 15 vrouwen tegenover 5 mannen. In de groep 'ortho/traumato/reumato' werden er 12 mannen en 13 vrouwen geïncludeerd. Achttien mannen en 27 vrouwen kregen de werkdiagnose 'luchtwegen'. Er werden tijdens het onderzoeksproject 13 mannen en 14 vrouwen opgenomen in de groep 'gastro-intestinaal'.



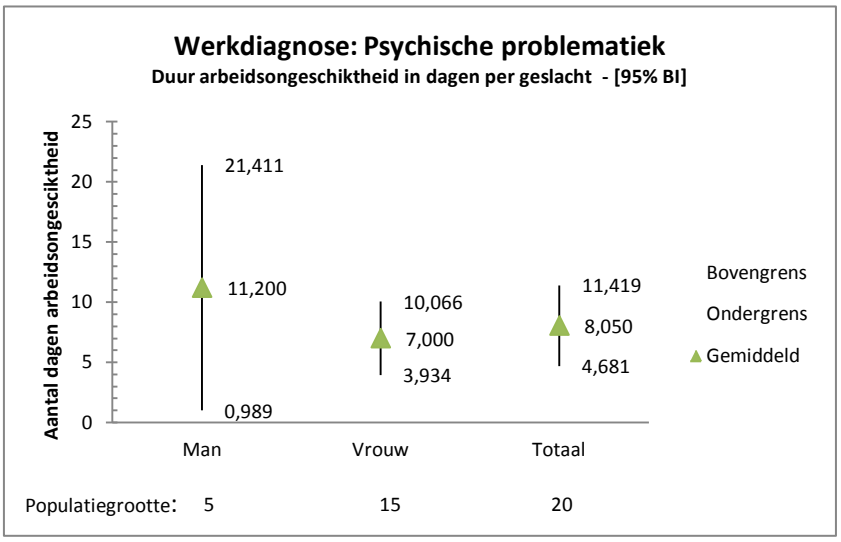
Figuur 1 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens geslacht.

5.2 Analyse van de duur van arbeidsongeschiktheid

5.2.1 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van geslacht van de patiënt

5.2.1.1 Psychische problematiek

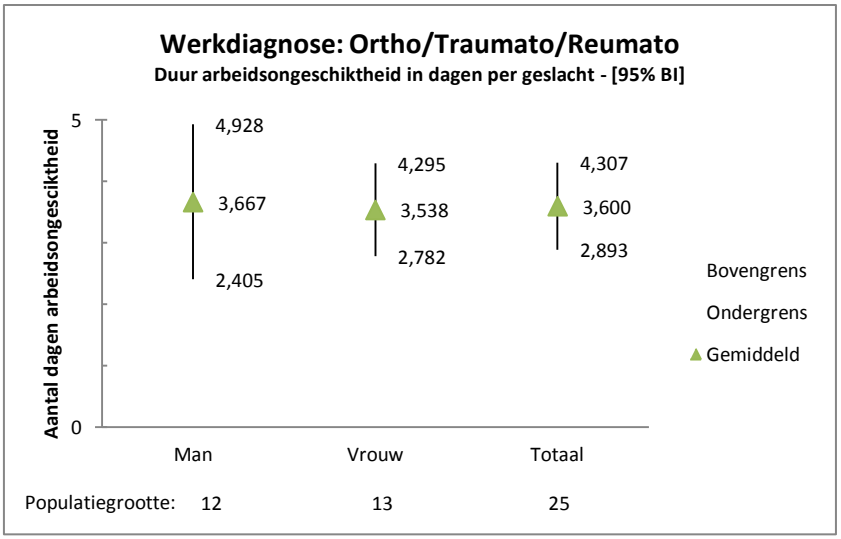
Voor de werkdiagnose 'psychische problematiek' blijkt bij de mannelijke groep (n=5) gemiddeld 11,200 dagen voorgeschreven te zijn (95% BI [0,989–21,411]). De mediaan van het aantal voorschreven dagen arbeidsongeschiktheid binnen de mannelijke groep ligt op 8 dagen voor deze werkdiagnose.
Bij de vrouwelijke groep (n=15) ligt het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen op 7,000 (95% BI [3,934-10,066]). Hier ligt de mediaan van het aantal dagen ziekteverzuim op 5.
Figuur 2 toont dat de spreiding van het aantal dagen arbeidsongeschiktheid bij de vrouwelijke groep (n=15) voor de diagnose psychische problematiek nauwer is dan bij de mannelijke groep (n=5). Dit valt deels te verklaren door de grootte van de steekproef. Toch is er een belangrijke spreiding zichtbaar aangaande de duur van arbeidsongeschiktheid voor deze werkdiagnose.



Figuur 2 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose 'psychische problematiek'.

5.2.1.2 Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek

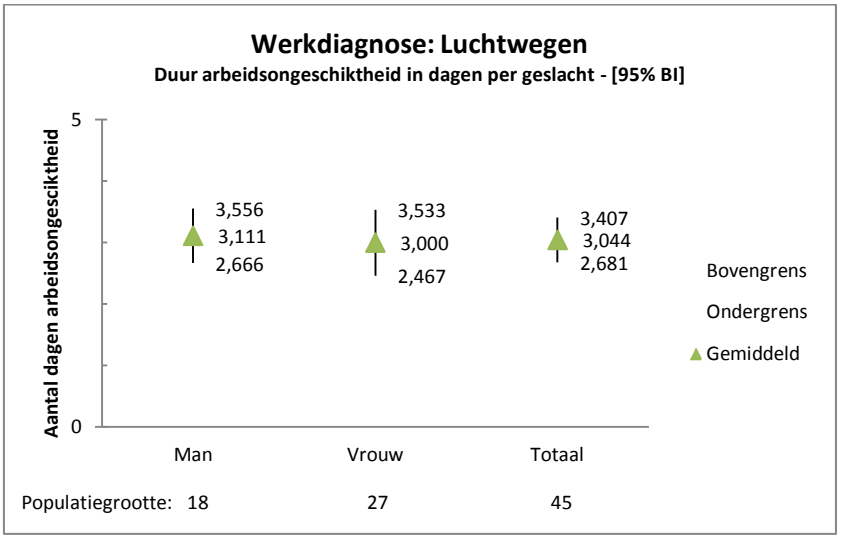
Binnen de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' toont de analyse van het aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid een gemiddeld aantal ziektedagen van 3,667 bij de mannen (n=12) (95% BI [2,405–4,928]) en bij de vrouwen (n=13) 3,538 dagen (95% BI [2,782–4,295]). De mediaan ligt voor beide groepen op 3 dagen. Voor deze werkdiagnose is de spreiding van het aantal voorgeschreven ziektedagen beperkt.



Figuur 3 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.

5.2.1.3 Luchtwegenproblematiek

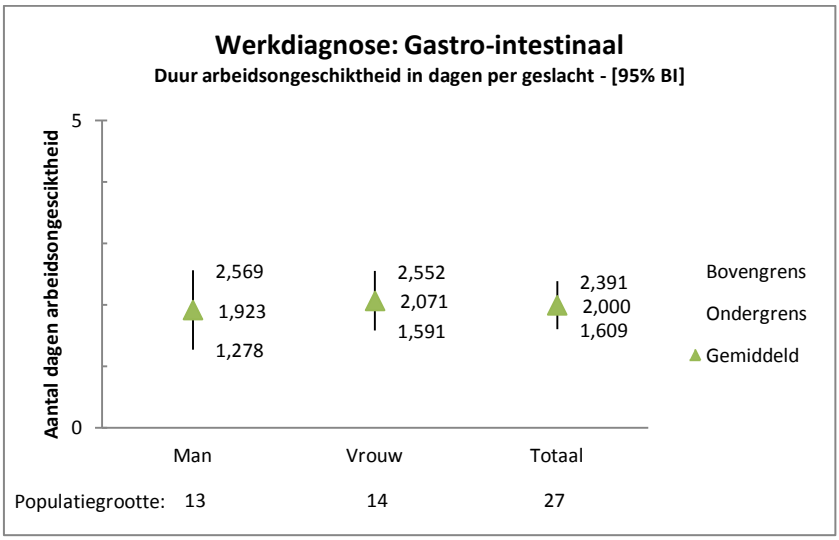
Als men de gemiddelde voorgeschreven duur van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose 'luchtwegen' bekijkt, dan merkt men dat dit voor de mannelijke onderzoekspopulatie (n=18) op 3,111 dagen ligt (95% BI [2,666-3,556]) en bij de vrouwelijke onderzoekspopulatie (n=27) op 3,000 dagen (95% BI [2,467-3,533]). (zie Figuur 4) Voor beide onderzoeksgroepen blijkt de mediaan van het aantal voorgeschreven ziektedagen 3 te zijn. Dit komt overeen met het gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid. Voor deze werkdiagnose is de spreiding van het aantal voorgeschreven ziektedagen beperkt.



Figuur 4 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose 'luchtwegen'.

5.2.1.4 Gastro-intestinale problematiek

Het onderzoek toont een gemiddeld aantal dagen voorgeschreven arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal' van 1,923 dagen bij de mannen (n=13) (95% BI [1,278-2,569]) en van 2,071 dagen bij de vrouwen (n=14) (95% BI [1,591-2,552]). De mediaan van het aantal voorgeschreven dagen ligt bij de mannen op 1 dag en bij de vrouwen op 2 dagen.
Uit deze analyse blijkt de spreiding bij de mannen en vrouwen alsook het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid gelijkaardig te zijn.



Figuur 5 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per geslacht voor werkdiagnose 'gastro-intestinaal'.

5.2.2 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de leeftijd van de patiënt

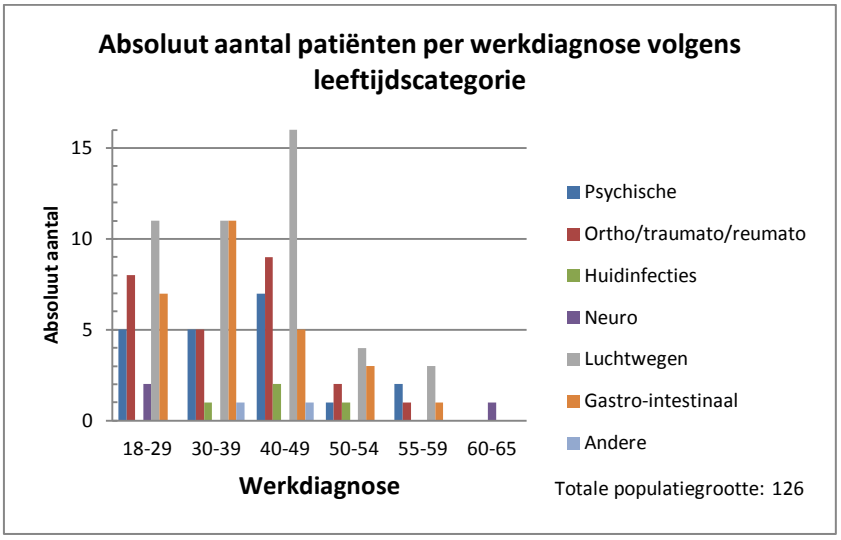
5.2.2.1 Algemeen

Tabel 1 toont de verdeling in absolute aantallen van de onderzoekspopulatie in de verschillende leeftijdscategorieën. De grootste patiëntenpopulatie in dit onderzoeksproject bevindt zich tussen 40 en 49 jaar.

Leeftijdscategorie	Aantal patiënten
18-29	33
30-39	34
40-49	40
50-54	11
55-60	7
60-65	1

Tabel 1 - Absoluut aantal patiënten volgens leeftijdscategorie.

In Figuur 6 wordt de verdeling van de onderzoekspopulatie per leeftijdscategorie voor de verschillende werkdiagnoses weergegeven. Binnen de werkdiagnoses 'psychisch', 'ortho/traumato/reumato', 'huidinfecties' en 'luchtwegen' vormt de leeftijdscategorie 40-49 jaar de grootste groep met respectievelijk 7, 9, 2 en 16 patiënten. De patiënten in de categorie 30-39 jarigen zijn de grootste groep voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal' (n=11). In de werkdiagnose 'psychisch' en 'luchtwegen' zijn er evenveel patiënten uit de leeftijdscategorie 18-29 jaar als uit de leeftijdscategorie 30-39 jaar met respectievelijk 5 en 11 patiënten.

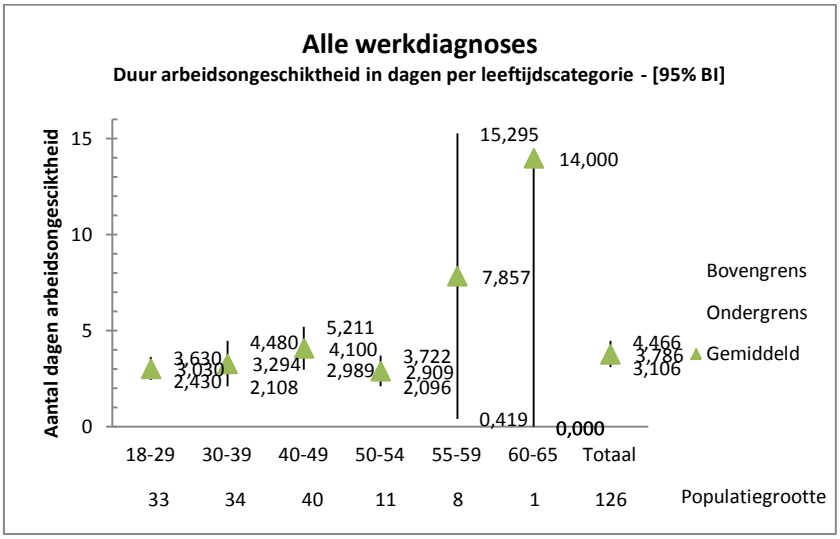


Figuur 6 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens leeftijdscategorie.

5.2.2.2 Duur arbeidsongeschiktheid volgens leeftijdscategorie per werkdiagnose

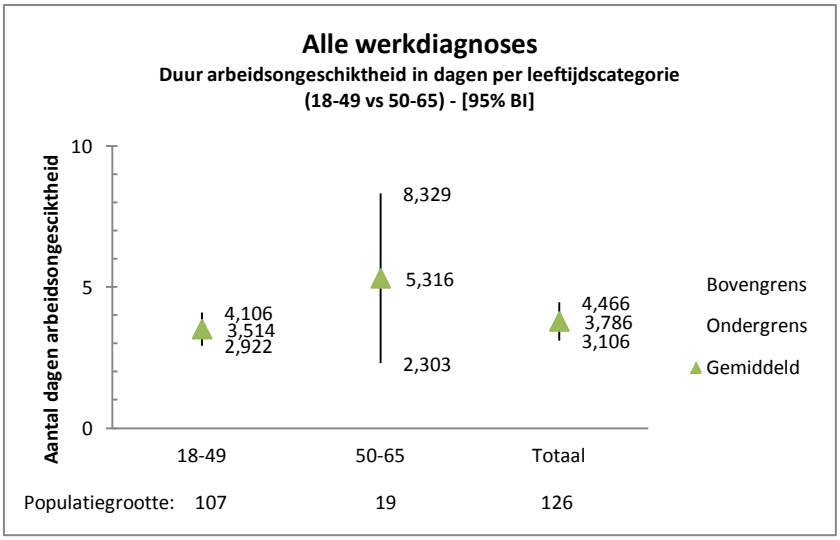
5.2.2.2.1 Alle werkdiagnoses

Als de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid in dagen berekend wordt voor alle werkdiagnoses per leeftijdscategorie dan ziet men in Figuur 7 dat die rond de 3 dagen ligt voor de leeftijdscategorieën 18-29 en 30-39 (95% BI respectievelijk [2,430-3,630] en [2,108-4,480]). Uit onderstaande Figuur 7 blijkt ook dat de spreiding van de duur van arbeidsongeschiktheid toeneemt naarmate de leeftijd van de onderzoekspopulatie stijgt.



Figuur 7 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor alle werkdiagnoses.

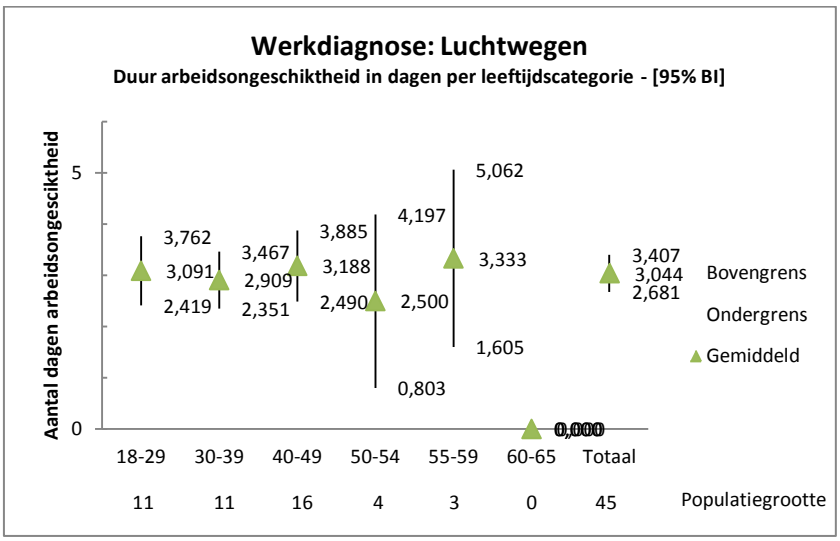
Door middel van het groeperen van bovenstaande leeftijdscategorieën wordt aangetoond dat voor de onderzoekspopulatie < 50 jaar de gemiddelde duur van ziekteverzuim in dagen 3,514 (95% BI [2,922-4,106]) en voor de groep≥ 50 jaar 5,316 (95% BI [2,303-8,329]) bedraagt. De mediaan van de duur van arbeidsongeschiktheid bedraagt voor beide categorieën 3 dagen.
Ook hier is de toename van de spreiding aangaande de duur van arbeidsongeschiktheid in de leeftijdscategorie ≥ 50 jaar groter. De grootte van de steekproef is wel kleiner voor de leeftijdscategorie ≥ 50 in vergelijking met deze voor de leeftijdscategorie < 50 jaar.



Figuur 8 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor alle werkdiagnoses per leeftijdscategorie (<50 en ≥50 jaar)

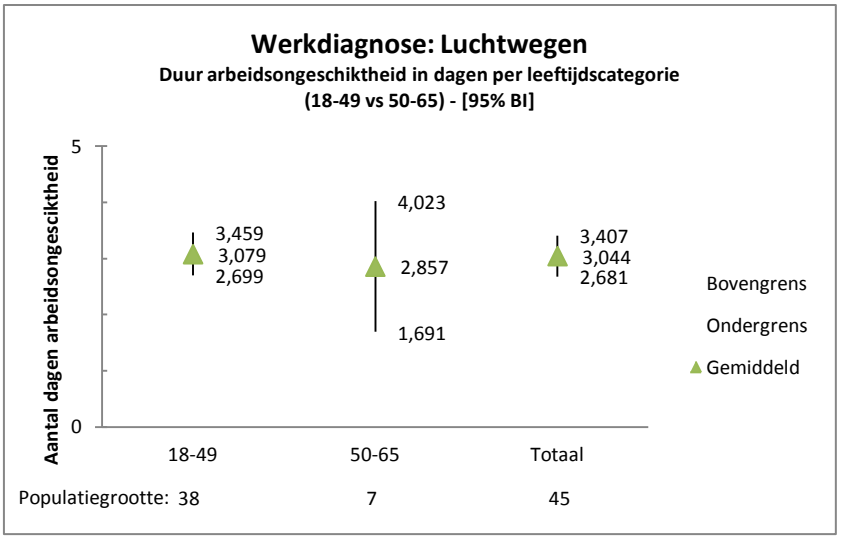
5.2.2.2.2 Luchtwegenproblematiek

Voor de werkdiagnose 'luchtwegen' blijkt de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid voor alle leeftijdscategorieën rond de 3 dagen te liggen. De spreiding van de duur van arbeidsongeschiktheid neemt licht toe met een stijgende leeftijd (zie Figuur 9 en Figuur 10).



Figuur 9 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor de werkdiagnose 'luchtwegen'.

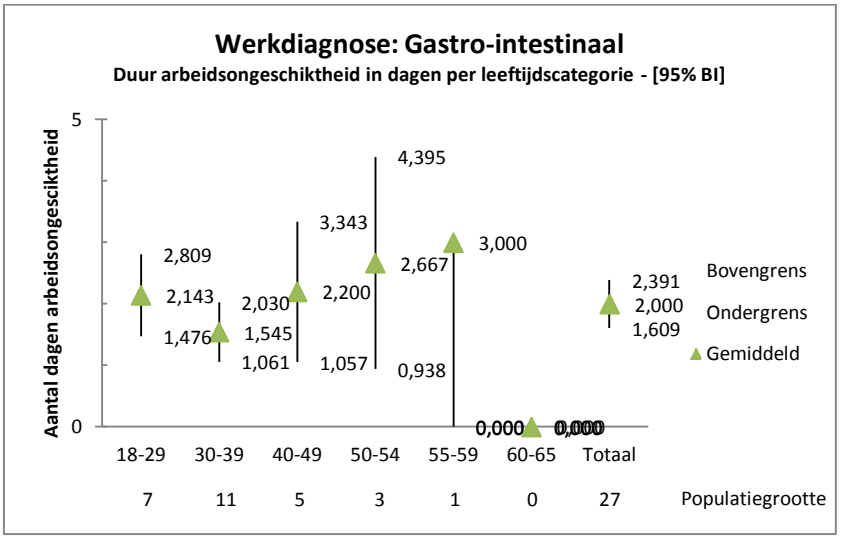
Uit Figuur 10 blijkt voor de gegroepeerde leeftijdscategorieën het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen voor luchtwegeninfecties rond de 3 dagen te liggen voor beide categorieën, maar ziet men dat de spreiding op het aantal voorgeschreven dagen groter is in de leeftijdscategorie ≥ 50 jaar. De mediaan van de duur van arbeidsongeschiktheid ligt voor de patiënten in de groep < 50 jaar op 3 dagen en op 2 dagen voor deze in de groep ≥ 50 jaar.



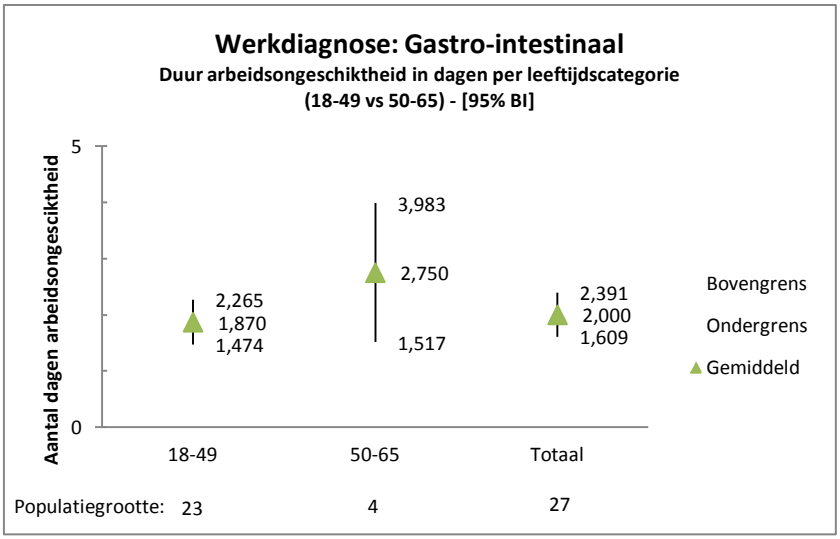
Figuur 10 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor de leeftijdscategorie < 50 en ≥ 50 voor de werkdiagnose 'luchtwegen'.

5.2.2.2.3 Gastro-intestinale problematiek

Het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal' ligt rond 2 dagen en lijkt te stijgen met de leeftijd. Ook de spreiding van het aantal voorgeschreven dagen lijkt te stijgen met toenemende leeftijd. De mediaan van de duur van werkverlet bedraagt 2 dagen voor de groep < 50 jaar en 3 dagen voor de groep ≥ 50 jaar.
Hier is er eveneens een verschil in steekproefgrootte (Figuur 11 en Figuur 12)



Figuur 11 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per leeftijdscategorie voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal'.

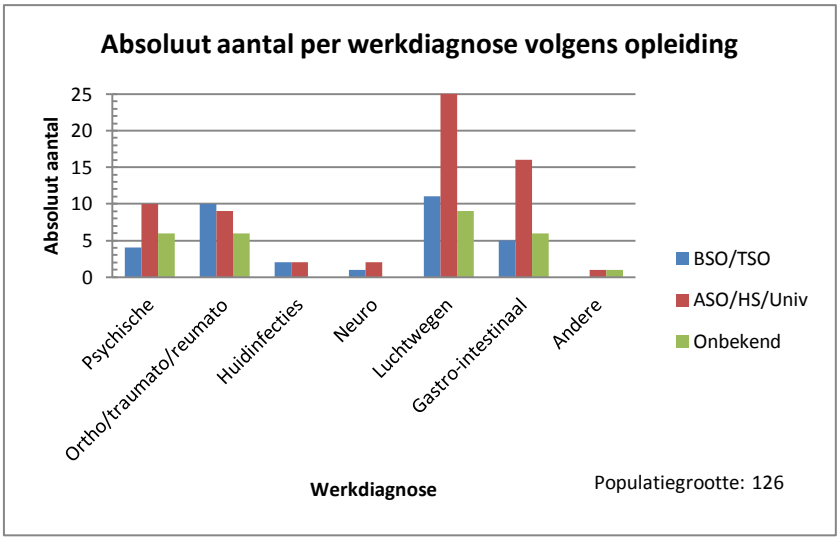


Figuur 12 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen voor de leeftijdscategorie < 50 en ≥ 50 voor de werkdiagnose 'gastro intestinaal'.

5.2.3 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van opleiding van de patiënt

5.2.3.1 Algemeen

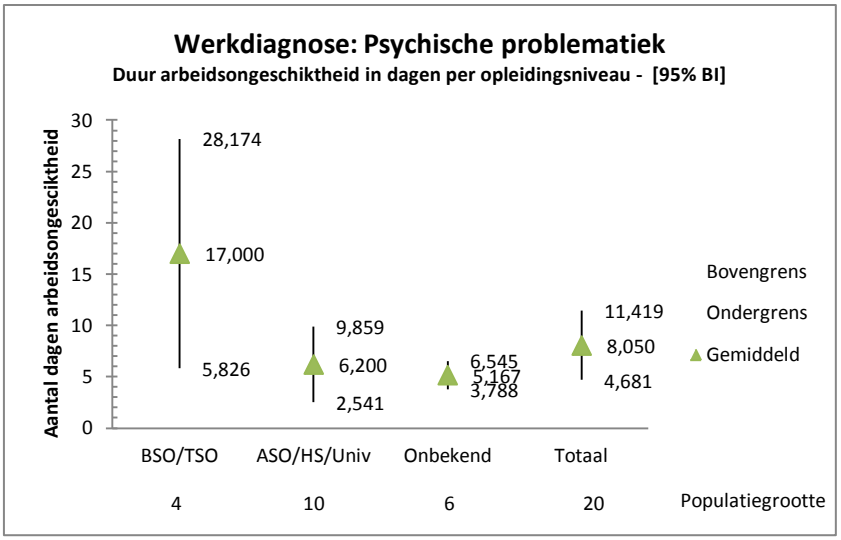
Wanneer men kijkt naar het absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens opleiding dan toont Figuur 13 dat patiënten met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding de grootste groep (n=10) vormen binnen de werkdiagnose 'psychisch'. Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' zijn er 10 patiënten met een BSO/TSO opleiding en 9 met een ASO/hogeschool/universtaire opleiding. Voor de werkdiagnose 'luchtwegen' en 'gastro-intestinaal' zijn de patiënten met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding de grootste populatie met respectievelijk 25 en 16 patiënten.



Figuur 13 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens opleiding.

5.2.3.2 Psychische problematiek

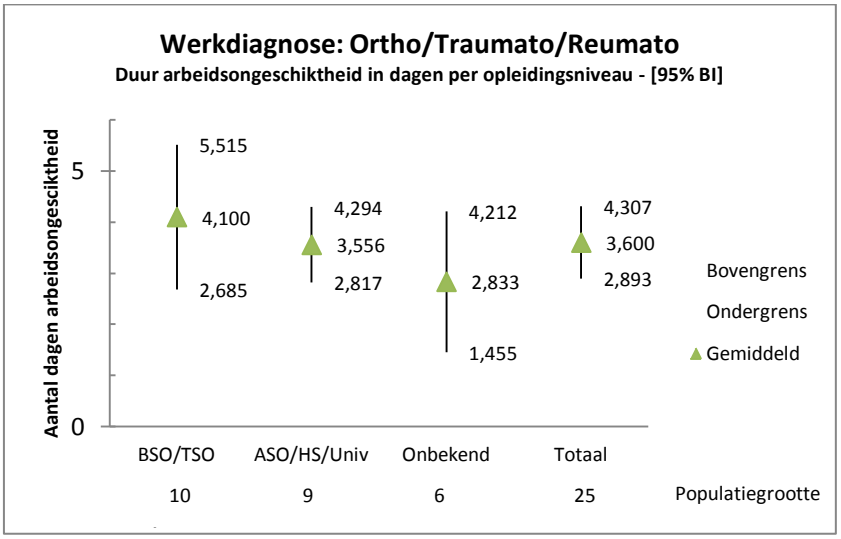
Figuur 14 toont dat de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid voor deze diagnose voor patiënten met een BSO/TSO opleiding op 17 dagen (95% BI [5,826-28,174]) en voor patiënten met ASO/hogeschool/universitaire opleiding op 6,2 dagen (95% BI [2,541-9,859]) ligt. De mediaan ligt op 17,5 dagen voor patiënten met een BSO/TSO opleidingen op 3 dagen voor patiënten uit met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding.
De spreiding valt deels te verklaren door het verschil in grootte van de steekproef. Daarnaast vormen zwaar werk, slechte werksfeer en medische voorgeschiedenis verklaringen voor bemerkte verschil in duur van arbeidsongeschiktheid tussen beide opleidingscategorieën.



Figuur 14 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor werkdiagnose 'psychisch'.

5.2.3.3 Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek

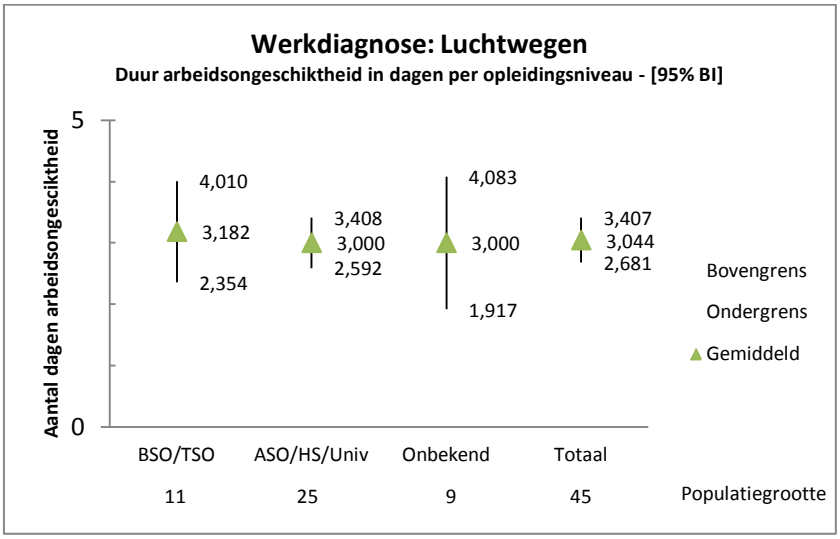
Onderstaande Figuur 15 toont dat patiënten met een BSO/TSO opleiding (n=10) voor de werkdiagnose 'orhto/reumato/traumato' gemiddeld een iets langere arbeidsongeschiktheid, namelijk 4,100 dagen (95% BI [2,685-5,515], mediaan 3 dagen), voorgeschreven krijgen dan patiënten met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding. Deze laatsten krijgen gemiddeld 3,556 dagen arbeidsongeschiktheid (95% BI [2,817-4,294], mediaan 3 dagen). Hier is de grootte van de steekproef vergelijkbaar. Het opgemerkte verschil zal deels verklaard kunnen worden door het verschil in fysiek belastend werk tussen de verschillende opleidingsniveaus.



Figuur 15 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.

5.2.3.4 Luchtwegenproblematiek

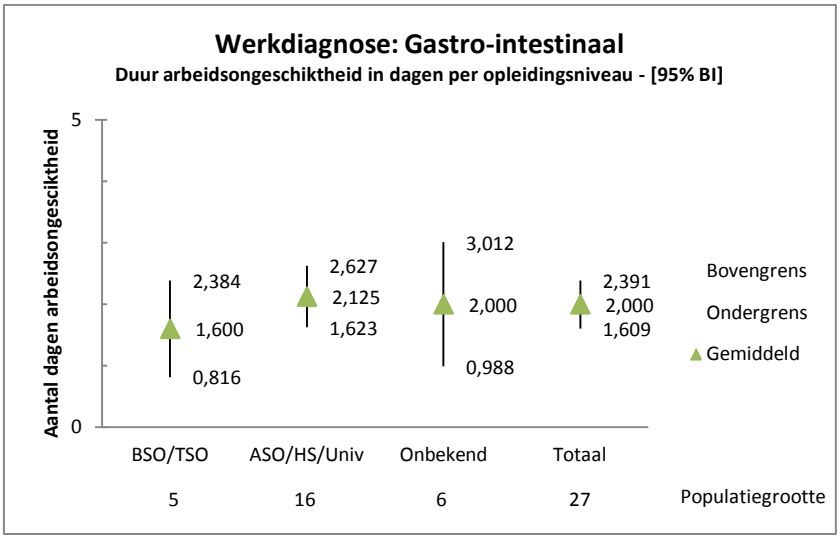
Voor de werkdiagnose luchtwegen toont Figuur 16 dat de gemiddelde duur van werkverlet voor de werkdiagnose 'luchtwegen' voor beide groepen ongeveer 3 dagen is. De mediaan ligt voor alle groepen op 3 dagen. De spreiding van de arbeidsongeschiktheid in dagen verschilt weinig tussen beide opleidingsgroepen.



Figuur 16 – Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose 'luchtwegen'.

5.2.3.5 Gastro-intestinale problematiek

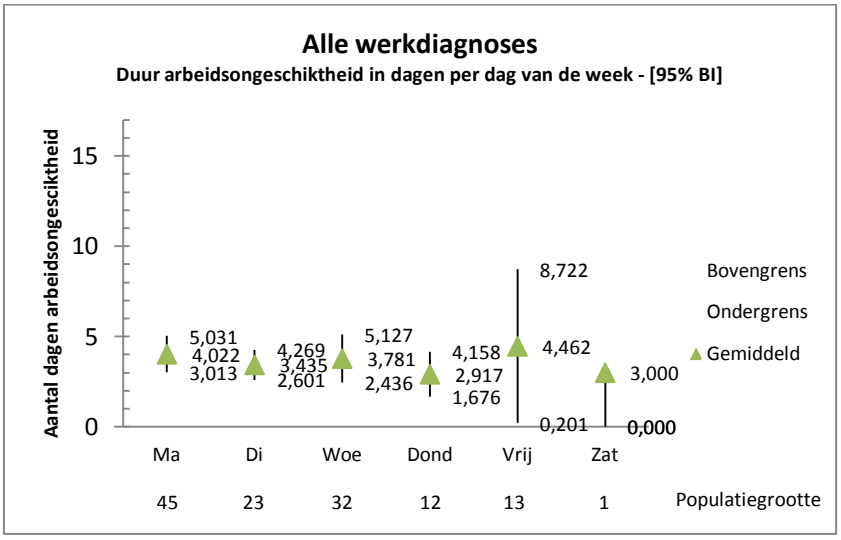
Figuur 17 toont een gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid voor gastro-intestinale problematiek van 1,600 dagen en 2,125 dagen respectievelijk voor de BSO/TSO en de ASO/hogeschool/universitaire opleiding. Voor de BSO/TSO groep ligt de mediaan op 1 dag en voor de ASO/hogeschool/universitaire groep ligt dit op 2 dagen.



Figuur 17 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen per opleidingsniveau voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal'.

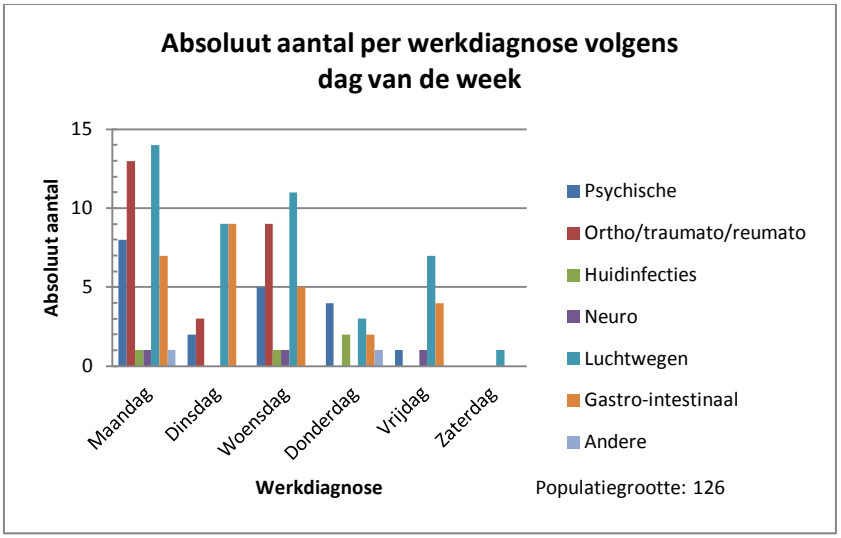
5.2.4 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van dag van de week

Uit Figuur 18 blijkt dat het gemiddeld aantal dagen werkverlet daalt van maandag tot donderdag. De grootste spreiding van het aantal voorschreven ziektedagen wordt gezien op vrijdag. Over zaterdag kan er geen uitspraak gedaan worden gezien er slechts 1 patiënt geïncludeerd werd in deze groep. De mediaan van het aantal voorgeschreven dagen werkverlet volgens de dag van de week ligt voor maandag, dinsdag en woensdag op 3 dagen en voor donderdag en vrijdag op 2 dagen. Dit ook een dalende trend.



Figuur 18 - Duur arbeidsongeschiktheid in dagen volgens dag van de week.

Hieronder ziet men dat op maandag de grootste groep met psychische, ortho/traumato/reumato en luchtwegenproblematiek op consultatie komen. Dit kan een rol spelen in de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid volgens de dag van de week.



Figuur 19 - Absoluut aantal patiënten per werkdiagnose volgens dag van de week.

Het praktijkproject toont dat op maandag 35,7% van de attesten voor arbeidsongeschiktheid worden geschreven. Op de tweede plaats komt woensdag met 25,3%, vervolgens dinsdag met 18,2%, vrijdag met 10,3% en donderdag met 9,5% van de afgeleverde ziektebriefjes.

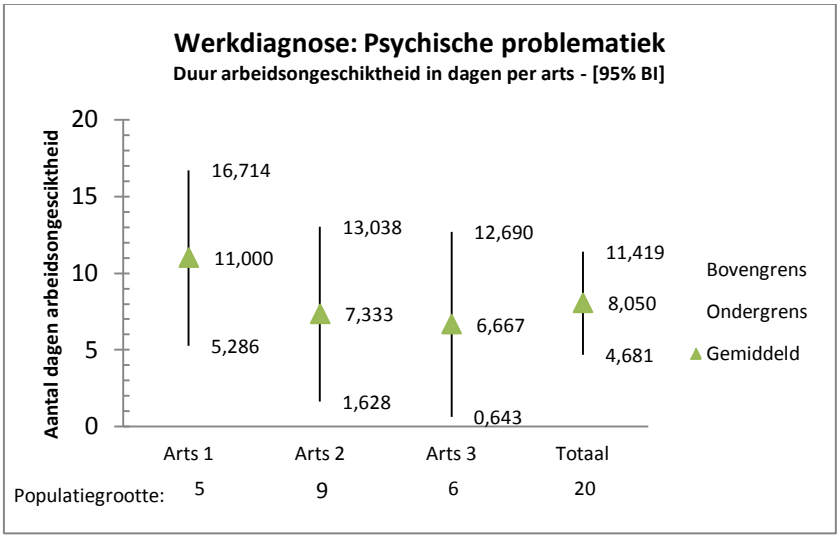
5.2.5 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van attesterende arts

5.2.5.1 Alle werkdiagnoses

Wanneer men naar alle werkdiagnoses kijkt, dan schrijft Arts 1, gemiddeld 4,265 dagen (95% BI [3,003-5,526]), Arts 2 gemiddeld, 4,568 dagen (95% BI [3,210-5,927]) en Arts 3 gemiddeld 2,729 dagen (95% BI [1,870-3,588]) voor.

5.2.5.2 Psychische problematiek

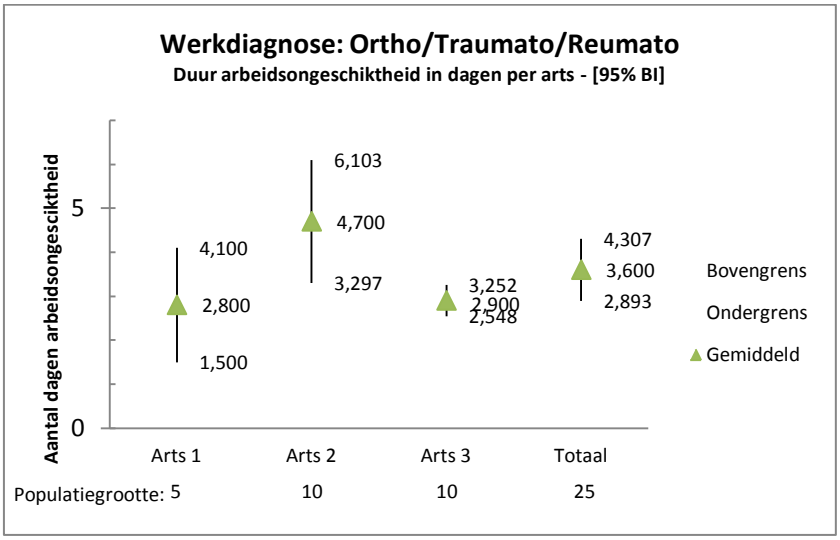
Uit Figuur 20 kan men opmaken dat voor de werkdiagnose 'psychisch' Arts 1 gemiddeld 11 dagen voorschrijft (95% BI [5,286–16,714]). Arts 2 en Arts 3 schrijven voor deze diagnose gemiddeld 7,333 dagen en 6,667 dagen (95% BI respectievelijk [1,628-13,038] en [0,643-12,690]) voor. De mediaan voor de duur van werkverlet bedraagt voor Arts 1 8 dagen, voor arts 2 4 dagen en voor Arts 3 3 dagen.
De spreiding van de duur van arbeidsongeschiktheid is gelijkaardig voor de 3 artsen, maar er is een verschil aangaande de gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid. Hieruit kan men concluderen dat er een interdoktervariatie bestaat in voorschrijfgedrag voor werkverlet voor de werkdiagnose psychisch.



Figuur 20 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'psychisch'.

5.2.5.3 Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek

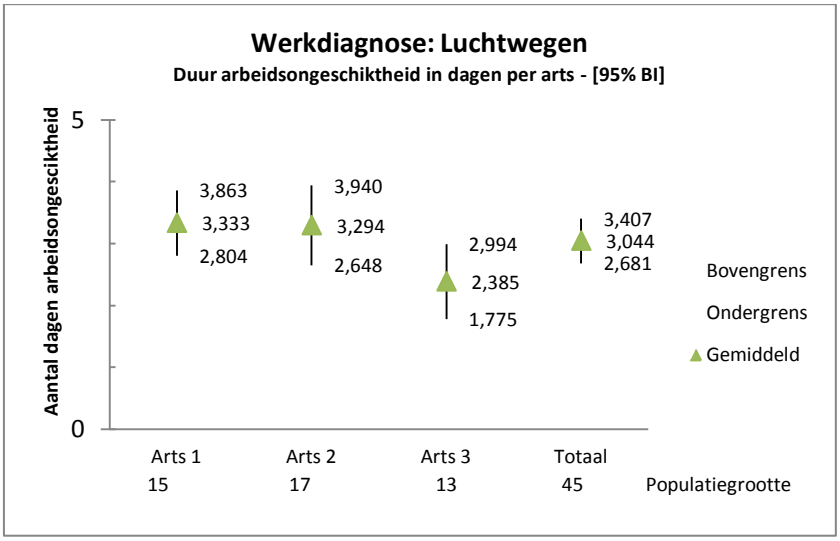
Figuur 21 toont net zoals hierboven de variatie die bestaat tussen de 3 artsen met betrekking tot de duur van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose ‘ortho/traumato/reumato’. De spreiding van de duur van arbeidsongeschiktheid is merkelijk kleiner voor Arts 3 (2,548-3,252 dagen). De mediaan van de duur van werkverlet ligt op 3 dagen voor Arts 1 en 3 en op 5 dagen voor Arts 2.



Figuur 21 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.

5.2.5.4 Luchtwegenproblematiek

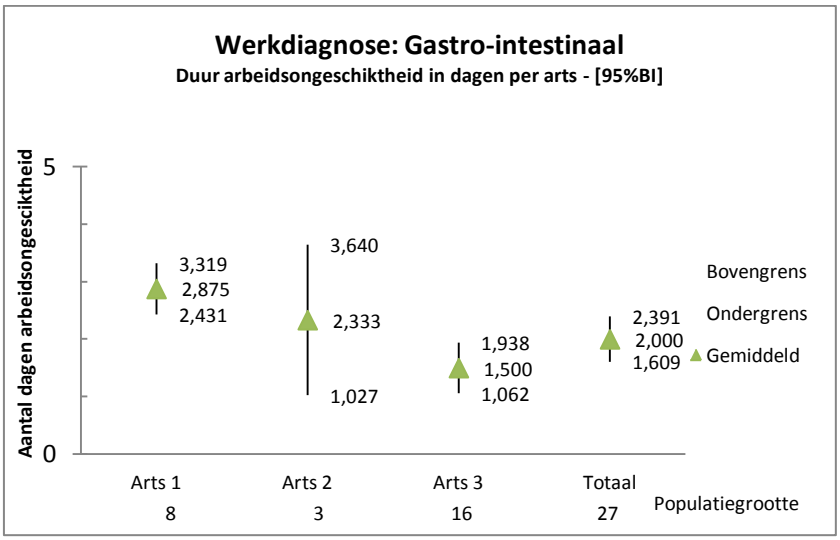
Voor de werkdiagnose ‘luchtwegen’ schrijven Arts 1 en 2 een vergelijkbaar gemiddeld aantal dagen werkonbekwaamheid voor, respectievelijk 3,333 dagen (95%BI [2,804-3,863], mediaan 3 dagen) en 3,294 dagen (95%BI [2,648-3,940], mediaan 3 dagen). Arts 3 schrijft gemiddeld 2,385 dagen arbeidsongeschiktheid voor (95% BI[1,775-2,994], mediaan 2 dagen). Ook hier is er een interdoktervariatie zichtbaar in het aantal dagen arbeidsongeschiktheid daar waar de spreiding in het aantal ziektedagen gelijkaardig is. (Figuur 22)



Figuur 22 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'luchtwegen'.

5.2.5.5 Gastro-intestinale problematiek

Uit Figuur 23 blijkt het gemiddeld aantal dagen arbeidsongeschiktheid tussen Arts 1 (2,875 dagen, 95% BI [2,431-3,319]) en Arts 2 (2,333 dagen, 95% BI [1,027-3,640]) weinig te verschillen. Voor Arts 3 ligt het gemiddeld aantal dagen op 1,500 (95% BI [1,062-1,938]). De mediaan van het aantal voorgeschreven dagen werkverlet bedraagt voor Arts 1 en 2 3 dagen en voor Arts 3 1 dag.
De spreiding van het aantal dagen werkonbekwaamheid is wat groter bij arts 2. Dit valt te verklaren door de kleinere steekproefgrootte.



Figuur 23 - Duur arbeidsongeschiktheid volgens arts voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal'.

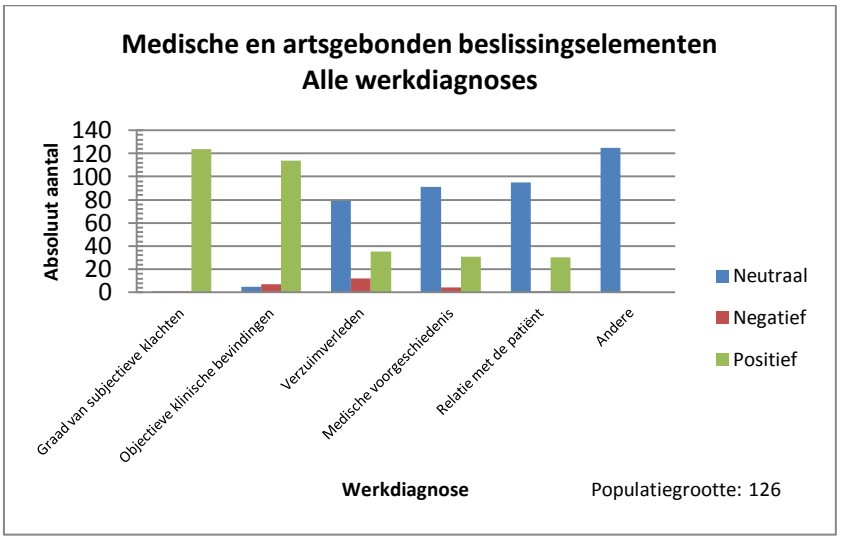
5.3 Vragenlijst artsen

Het tweede deel van de Masterproef bekijkt welke medische en artsgebonden, patiëntgebonden en werkgerelateerde beslissingselementen een rol spelen in het al dan niet verstrekken van arbeidsongeschiktheid. In onderstaande paragrafen wordt met een positief effect bedoeld dat het bestudeerde beslissingselement bijgedragen heeft tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Het negatief effect op het voorschrijven van ziekteverzuim zal geleid hebben tot geen of een zo kort mogelijke arbeidsongeschiktheid.

5.3.1 Medische en artsgebonden beslissingselementen

5.3.1.1 Alle werkdiagnoses

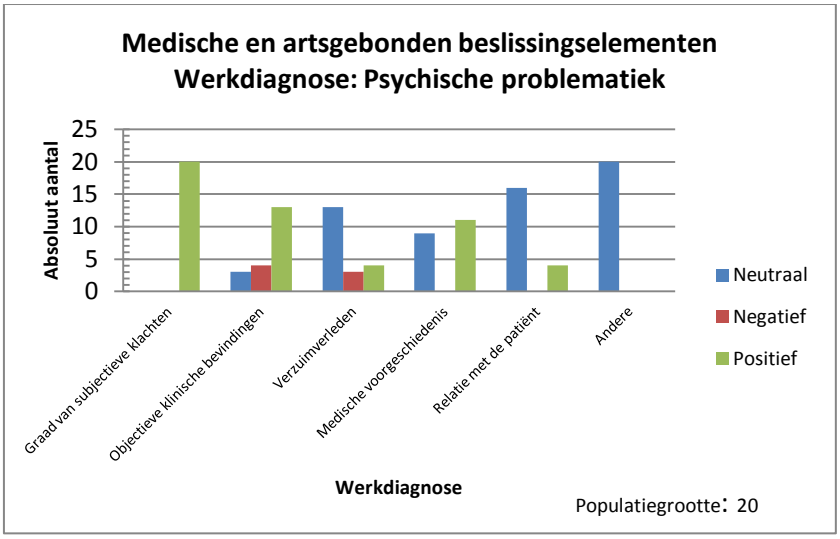
Figuur 24 toont aan dat in 98,4% (n=124) van de consultaties de graad van subjectieve klachten en in 90,4% (n=114) de objectieve klinische bevindingen een positief effect hebben op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Het verzuimverleden van de patiënt heeft in 9% van de consultaties (n=12) een negatief effect en in 27% van de gevallen (n= 35) een positief effect op het toekennen van werkonbekwaamheid. De medische voorgeschiedenis speelt bij 24,6% (n=31) een positieve rol op het voorgeschreven krijgen van arbeidsongeschiktheid. Als men het beslissingselement 'relatie met de patiënt bekijkt, dan heeft dit in 23,8% van de consultaties (n=30) een positief effect op voorschrijven van ziekteverzuim.



Figuur 24 – Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.

5.3.1.2 Psychische problematiek

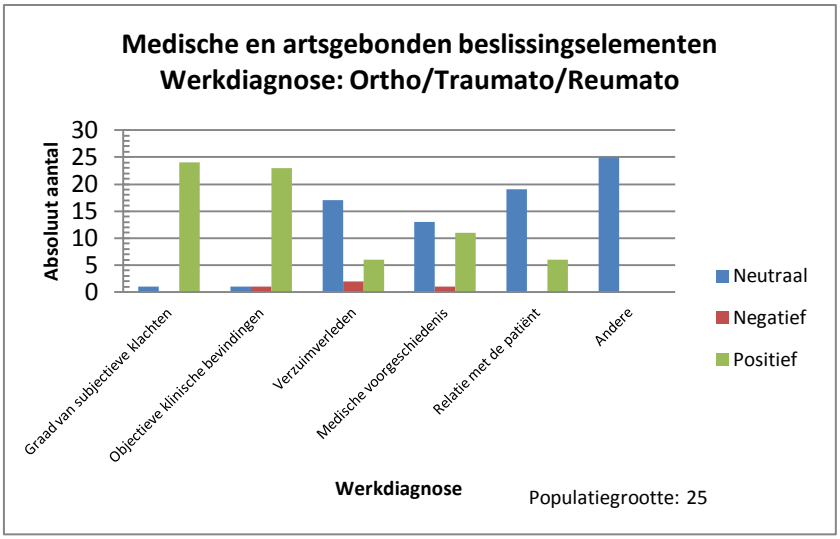
Als men de rol bekijkt van de medische en artsgebonden beslissingselementen in het al dan niet voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose 'psychisch' dan kan men uit Figuur 25 opmaken dat in 100% (n=20) van de gevallen de graad van subjectieve klachten een positieve rol speelt in het voorschrijven van AO. In 65% (n=13) van de consultaties hebben objectieve klinische bevindingen een positief effect op het bekomen van werkverlet. Medische voorgeschiedenis, verzuimverleden en relatie met de patiënt hebben in respectievelijk 55% (n= 11), 2% (n=4) en 2% (n=4) een positief effect op de duur van arbeidsongeschiktheid.



Figuur 25 - Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'psychisch'.

5.3.1.3 Orthopedische, traumatologisch en reumatologische problematiek.

Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' zijn de graad van subjectieve klachten en de objectieve klinische bevindingen met respectievelijk 96% (n=24) en 92% (n=23) de belangrijkste medische en artsgebonden factoren die een positieve rol spelen in het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. (zie Figuur 26)



Figuur 26 - Rol van medische en artsgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.

5.3.2 Werkgerelateerde beslissingselementen

5.3.2.1 Alle werkdiagnoses

Wanneer gekeken wordt naar werkgerelateerde beslissingselementen die al dan niet leiden tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid dan ziet men dat voor alle werkdiagnosen (n=126) zwaar werk voor 30,9% (n=39) en een slechte werksfeer voor 15% (n=19) een positieve bijdrage hebben op het voorschrijven van werkonbekwaamheid.
Moeilijke vervangbaarheid (n=12) en financiële gevolgen voor de patiënt (n=5) hebben voor respectievelijk 9,5% en 3,9% een negatieve invloed op het bekomen van arbeidsongeschiktheid. (zie Figuur 27)



Figuur 27 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.

5.3.2.2 Psychische problematiek

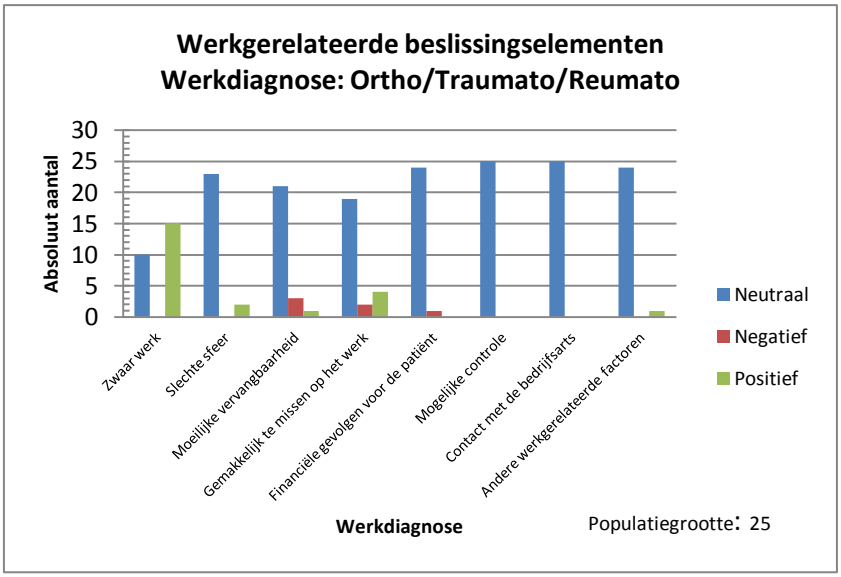
Figuur 28 toont dat zwaar werk (20%, n=4) en een slechte sfeer op het werk (50%, n=10) de belangrijkste werkgerelateerde factoren zijn die een positief effect hebben op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose 'psychisch'.



Figuur 28 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'psychisch'.

5.3.2.3 Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek

Uit Figuur 29 blijkt dat voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' zwaar werk met 60% (n=25) het belangrijkste werkgerelateerde beslissingselement is met een positieve bijdrage voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.

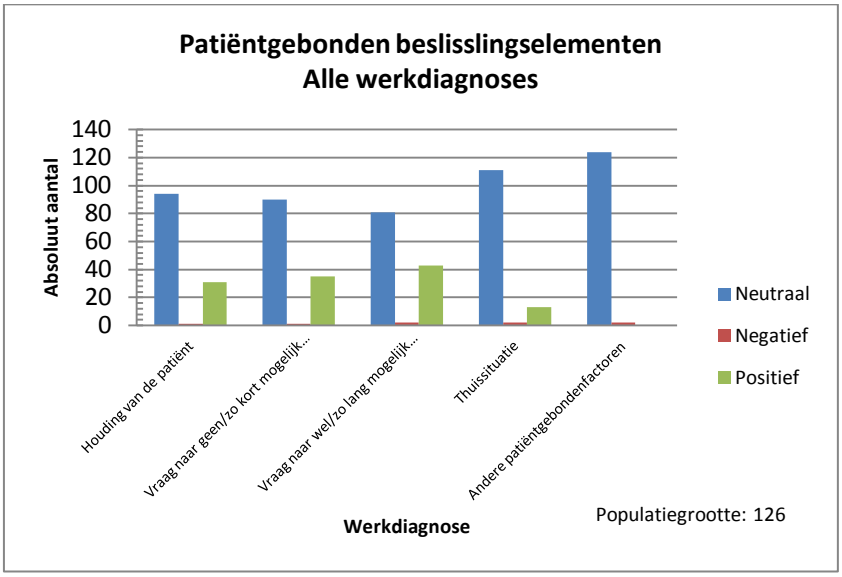


Figuur 29 - Rol van werkgerelateerde beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'.

5.3.3 Patiëntgebonden beslissingselementen

5.3.3.1 Alle werkdiagnoses

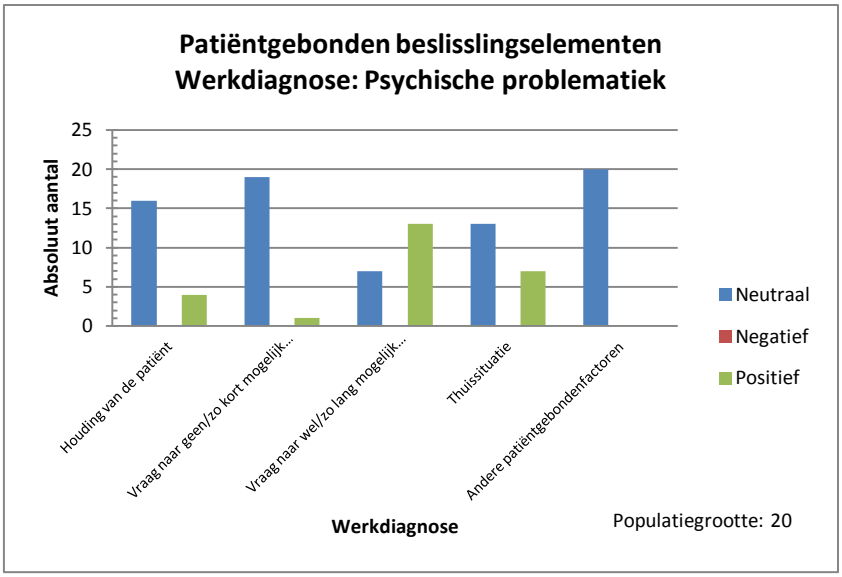
Figuur 30 toont dat de houding van de patiënt, de vraag naar geen/zo kort mogelijk AO, de vraag naar wel/zo lang mogelijk AO en de thuissituatie positief bijdraagt tot het verkrijgen van een attest van werkonbekwaamheid.



Figuur 30 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor alle werkdiagnoses.

5.3.3.2 Psychische problematiek.

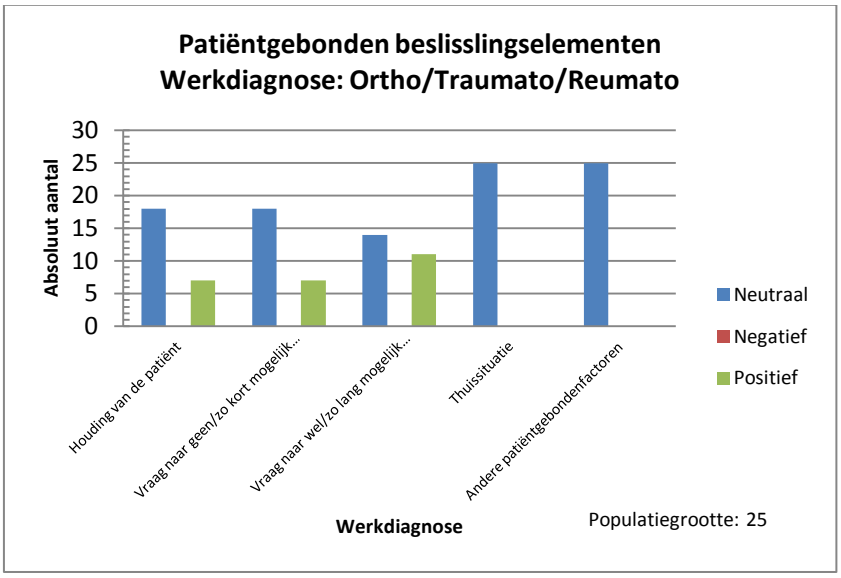
Voor de werkdiagnose 'psychisch' ziet men dat de vraag naar wel/zo lang mogelijke arbeidsongeschiktheid in 13 consultaties (65,0%) een positief effect heeft op het voorschrijven van werkverlet. De thuissituatie speelt in 35% van de gevallen (n=7) een positieve rol in het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. (zie Figuur 31)



Figuur 31 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'psychisch'.

5.3.3.3 Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek

Figuur 32 toont dat de houding van de patiënt en de vraag naar geen of zo kort mogelijk werkverlet in 28% (n=7) en de vraag naar wel of zo lang mogelijk werkverlet in 44% (n=11)van de consultaties voor 'ortho/traumato/reumato' problematiek positief bijdragen tot het verstrekken van een attest van arbeidsongeschiktheid.

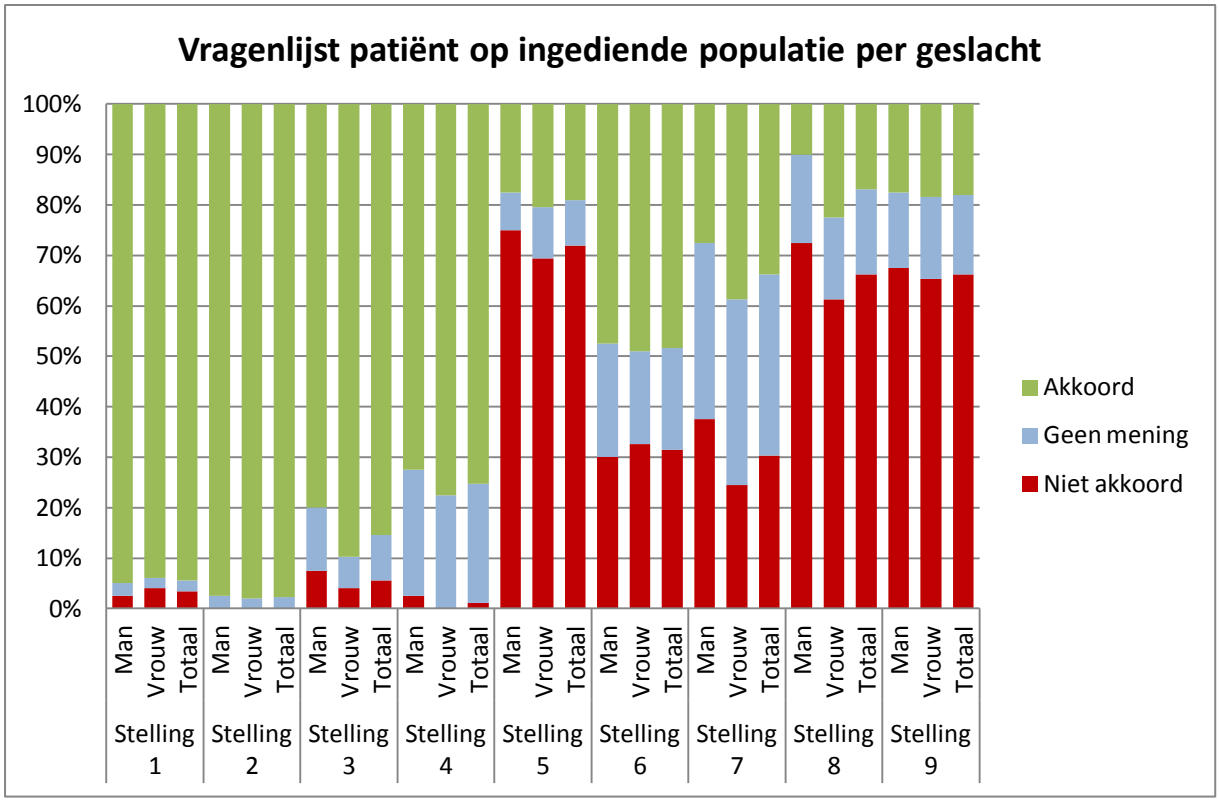


Figuur 32 - Rol van patiëntgebonden beslissingselementen in het voorschrijven van AO voor de werkdiagnose 'Ortho/Traumato/Reumato'.

5.4 Vragenlijst patiënten

Dit deel van het onderzoek bespreekt de resultaten bekomen uit de vragenlijst voor patiënten. Aan de hand van 9 stellingen werd gepeild naar de mening van patiënten rond arbeidsongeschiktheid. (zie Figuur 33)
Van de 126 geïncludeerde patiënten vulden 71% (n=89) de lijst in. Onder deze 89 patiënten bevonden zich 40 mannen (44,9%) en 49 vrouwen (55,1%).

Binnen de onderzoekspopulatie vindt 95,0% (n=38) van de mannen en 93,9% (n=46) van de vrouwen dat de huisarts de meest geschikte persoon is om te oordelen of arbeidsongeschiktheid aangewezen is. (Stelling 1)
Voor 97,5% (n=39) van de mannen en 98% (n=48) van de vrouwen is de huisarts de best geplaatste persoon om te oordelen over het aantal ziektedagen. (Stelling 2).
Van de mannelijke onderzoekspopulatie vindt 80,0% (n=32)het belangrijk dat de huisarts rekening houdt met zijn werk- en thuissituatie bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Dit is het geval voor 89,8% van de vrouwelijke onderzoekspopulatie (n=44). (Stelling 3) Iets meer mannen, namelijk 7,5% (n=3), dan vrouwen (4,1%, n= 2) vindt dat de huisarts met zijn/haar werk- en thuissituatie geen rekening moet houden bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.
Bij 72,5% van de mannen (n=29) en 77,6% van de vrouwen (n=38) komen de verwachtingen rond arbeidsongeschiktheid overeen met het voorgeschreven ziekteverlof door de huisarts. (Stelling 4)
Voor het overgrote deel van de onderzoekspopulatie (mannen 75,0% (n=30)) en vrouwen 69,4% (n=34)) was het bekomen van een ziektebriefje niet de belangrijkste aanleiding om op consultatie te komen. Voor een klein percentage, namelijk 17,5% van de mannelijke (n=7) en 20,4% van de vrouwelijke onderzoekspopulatie (n=10), was het bekomen van een ziektebriefje de belangrijkste drijfveer tot consulteren. (Stelling 5).
Ongeveer de helft van de mannelijke (47,5%, n=19) en vrouwelijke (49,0%, n=24) onderzoekspopulatie vindt het moeilijk om zelf naar een attest van arbeidsongeschiktheid te vragen als de huisarts dit onderwerp niet zelf aanbrengt tijdens de consultatie. Dertig procent van de mannen (n=12) en 32,7% van de vrouwen (n=16) vindt het vragen naar ziekteverlof geen moeilijkheid. (Stelling 6)
Op de vraag of de patiënt zichzelf als de meest aangewezen persoon ziet om te oordelen over zijn werkcapaciteit (het al of niet kunnen gaan werken) zijn de meningen gelijkaardig verdeeld over de 3 mogelijke antwoordopties. Iets meer mannen (37,5%, n=15) dan vrouwen (24,5%, n=12) is hier niet mee akkoord. (Stelling 7)
Negenentwintig mannen (72,5%) en 30 vrouwen (61,2%) vinden het ziektebriefje voor 1 dag nuttig. (Stelling 8)
Bij de mannelijke onderzoekspopulatie vindt 67,5% (n=27) en bij de vrouwelijke onderzoekspopulatie 65,3% (n=32) het nodig om terug te keren bij de huisarts voor een verlenging van zijn ziekteverlof. (Stelling 9)



Figuur 33 - Antwoorden vragenlijst patiënten (in %).

Stellingen:

1. De huisarts is volgens mij de meest geschikte persoon om te oordelen of arbeidsongeschiktheid aangewezen is.
2. De huisarts is volgens mij de meest geschikte persoon om te oordelen over het aantal dagen ziekteverlof dat nodig is.
3. Ik vind het belangrijk dat de huisarts bij het schrijven van ziekteverlof ook rekening houdt met mijn werk- en thuissituatie.
4. Het aantal dagen ziekteverlof dat mijn huisarts mij voorschreef komt overeen met mijn verwachting hieromtrent.
5. Het verkrijgen van een ziektebriefje voor mijn werk was de belangrijkste aanleiding om vandaag op consultatie te komen.
6. Ik vind het moeilijk om zelf naar een attest voor arbeidsongeschiktheid te vragen als de huisarts dit onderwerp niet zelf aanbrengt tijdens de consultatie.
7. Ikzelf ben de meest aangewezen persoon om te oordelen of ik al dan niet kan gaan werken.
8. Een ziektebriefje voor 1 dag vind ik niet nuttig.
9. Ik vind het niet nodig om voor een verlenging van mijn ziekteverlof van enkele dagen terug op consultatie te gaan bij mijn huisarts.

6 Discussie

Deze Masterproef heeft een oriënterende praktijkrichtlijn opgemaakt rond de duur van arbeidsongeschiktheid voor welbepaalde diagnoses gezien het gebrek aan algemene richtlijnen rond dit onderwerp. Daarnaast gaat deze studie de invloed van verschillende andere factoren na op het al dan niet verkrijgen van arbeidsongeschiktheid. Via een vragenlijst wordt gepeild naar de ideeën van patiënten omtrent arbeidsongeschiktheid.

6.1 Duur van arbeidsongeschiktheid

6.1.1 Duur van arbeidsongeschiktheid in functie van geslacht van de patiënt

Voor de werkdiagnose 'psychische problematiek' toont het onderzoeksproject een gemiddeld voorgeschreven aantal ziektedagen aan van 11,2 bij de mannelijke groep. In deze groep ligt de mediaan op 8 dagen. Bij de vrouwelijke groep ligt voor dezelfde werkdiagnose het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen op 7,0 en de mediaan op 5 dagen. De spreiding van het aantal voorgeschreven dagen werkverlet is voor deze werkdiagnose ruim. Voor de totale groep (mannen en vrouwen samen ligt het gemiddeld aantal dagen op 8 (zie Figuur 2). Men ziet dus dat voor deze diagnose geen eenduidig resultaat naar voor komt. Dit valt deels te verklaren door de moeilijk objectiveerbare klachten.

Voor de orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek komt de analyse van de duur van arbeidsongeschiktheid tot een uniformer resultaat. Het gemiddeld aantal dagen situeert zich voor zowel mannen als vrouwen in de onderzoeksgroep rond de 3,5 dagen.

Ook voor problemen ter hoogte van de luchtwegen werd een eenduidig resultaat bekomen. Zowel voor de mannelijke als voor de vrouwelijke onderzoekspopulatie ligt het gemiddelde alsook de mediaan van het voorgeschreven aantal ziektedagen rond de 3 dagen.

Voor de werkdiagnose 'gastro-intestinaal' situeert het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen werkverlet voor zowel mannen als vrouwen zich rond de 2 dagen. De mediaan bevindt zich rond 1 dag voor mannen en 2 dagen voor vrouwen. Hier kan men als consensus stellen dat er voor een gastro-intestinaal probleem 2 dagen werkonbekwaamheid voorgeschreven zal worden.

Omwille van een te kleine onderzoekspopulatie voor de werkdiagnoses neurologie en huidinfecties werden hiervoor geen analyses uitgevoerd en kan hiervoor geen oriënterende praktijkrichtlijn rond de duur van arbeidsongeschiktheid opgesteld worden.

Het bestaan en gebruik van oriënterende diagnose-specifieke richtlijnen voor eerstelijnsartsen kan leiden tot een grotere uniformiteit van de ziekteattesten alsook een houvast bieden tijdens consultaties waar werkverlet aan bod komt. In Zweden werden recent nationale diagnosespecifieke richtlijnen rond arbeidsongeschiktheid uitgestuurd onder de huisartsen. Een recente studie onderzocht 1 jaar na de introductie van de richtlijnen in welke mate huisartsen van deze aanbevelingen gebruik maken en of ze deze nuttig vinden. Hieruit blijkt dat 3/4^{e} van de huisartsen deze richtlijnen gebruikt en dat voor ongeveer 65% van hen hierdoor het contact met de patiënt vergemakkelijkt. Het heeft 1/3^{e} van de huisartsen ook toegelaten om hun competentie aangaande werkverlet te ontwikkelen en de kwaliteit van hun consultaties gepaard gaande met arbeidsongeschiktheid te verbeteren. [13]

Uit bovenstaande bespreking blijkt dat het geslacht van de patiënt weinig verschil geeft in het aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid volgens werkdiagnose, met uitzondering van de werkdiagnose 'psychische problematiek'.
Onderzoek toont aan dat er geen eensgezindheid over de invloed van het geslacht op verzuimfrequentie en verzuimduur is. De mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen zouden eerder in de maatschappelijke positie van de vrouw te vinden zijn eerder dan in fysische verschillen tussen beide geslachten. [8]

6.1.2 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de leeftijd van de patiënt

De grootste groep patiënten die geïncludeerd werd tijdens het praktijkproject behoort tot de leeftijdscategorie < 50 jarigen.
Bekijkt men de duur van arbeidsongeschiktheid per leeftijdscategorie, dan stelt men vast dat voor dit onderzoeksproject de duur van arbeidsongeschiktheid voor de verschillende categorieën onder de < 50 jaar rond de 3 dagen ligt. Daarnaast blijkt de gemiddelde duur alsook de spreiding van het aantal voorgeschreven dagen te stijgen met een toenemende leeftijd van de patiënt. Deze bevinding werd waargenomen bij het uitvoeren van de analyse voor alle werkdiagnoses alsook voor elke werkdiagnose apart.
Onderzoek toonde een positief verband tussen de leeftijd van de patiënt en de verzuimduur; naarmate de leeftijd van de werknemer toeneemt, zal de afwezigheid langer duren. [8,14]
Onder andere comorbiditeit, een lange arts-patiënt relatie en uitzicht op pensioen kunnen mogelijke verklaringen vormen voor dit fenomeen.

6.1.3 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de opleiding van de patiënt

Wat de opleiding van de patiënt betreft, werd weinig verschil opgemerkt voor de duur van arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnoses 'luchtwegen' en 'gastro-intestinaal'.

Voor de werkdiagnose 'psychisch' krijgen patiënten met een BSO/TSO opleiding gemiddeld meer dagen werkverlet voorgeschreven dan patiënten met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding,

respectievelijk 17 dagen (95% BI [5,826-28,174]) en 6,2 dagen (95% BI [2,541-9,859]). Verklarende factoren hiervoor zijn het verschil in grootte van de steekproef, maar zeker ook zwaar werk, slechte werksfeer en medische voorgeschiedenis.

Patiënten met een BSO/TSO opleiding krijgen voor de werkdiagnose 'orhto/reumato/traumato' gemiddeld een iets langere arbeidsongeschiktheid voorgeschreven, namelijk 4,100 dagen (95% BI [2,685-5,515],) dan patiënten met een ASO/hogeschool/universitaire opleiding (gemiddeld 3,556 dagen (95% BI [2,817-4,294])). Dit valt te verklaren door het verschil in fysiek belastend werk tussen de opleidingsniveaus.

6.1.4 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de dag van de week

Uit het praktijkproject blijkt dat wanneer patiënten op maandag komen consulteren, ze gemiddeld 4,0 dagen, op dinsdag gemiddeld 3,4 dagen, op woensdag gemiddeld 3,8 dagen, op donderdag gemiddeld 2,9 dagen en op vrijdag gemiddeld 4,5 dagen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven krijgen. Over zaterdag kan er geen uitspraak gedaan worden gezien er slechts 1 patiënt geïncludeerd werd in deze groep. Uit onderzoek [4] werd aangetoond dat op maandag gemiddeld 5 dagen, op dinsdag 4 dagen, op woensdag 3 dagen, op donderdag 2 dagen en op vrijdag 1 dag werkonbekwaamheid werd voorgeschreven. Resultaten uit beide onderzoeken zijn vergelijkbaar op vrijdag na.

Het praktijkproject toont ook aan dat op maandag 35,7% van de attesten voor arbeidsongeschiktheid worden geschreven. Op dinsdag is dit 18,2%, op woensdag 25,3%, op donderdag 9,5% en op vrijdag 10,3%. Bovenvermeld onderzoek [4] toont gelijkaardige resultaten aangaande het percentage afgeleverde ziekteattesten volgens de dag van de week.

Hieruit kan men concluderen dat wanneer patiënten in het begin van de week komen consulteren, ze een ziektebriefje voor de rest van de week zullen krijgen alsook dat het percentage afgeleverde attesten daalt naarmate de week vordert.

6.1.5 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van de attesterende arts

Wanneer men naar alle werkdiagnoses kijkt, dan schrijft Arts 1 gemiddeld 4,3 dagen, Arts 2 gemiddeld 4,7 dagen en Arts 3 gemiddeld 2,7 dagen voor.
Uit de analyses per werkdiagnose blijkt dat Arts 1 en Arts 2 gemiddeld meer dagen arbeidsongeschiktheid voorschrijven dan Arts 3. Dit bevestigt de bevindingen uit verschillende studies dat de duur van arbeidsongeschiktheid toeneemt met een stijgende leeftijd van de voorschrijvende arts. [8, 9,10]

6.2 De rol van arts-, patiënt- en arbeidsgebonden factoren in het arbeidsongeschiktheidsattest

Een Belgische studie uit 1996 [4] rond ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid uitgevoerd door het Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de Universitaire Instelling Antwerpen en het Studiecentrum voor Economisch en Sociaal Onderzoek van de Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius Antwerpen toont aan dat de huisarts in 81% van zijn beslissingen tot het afleveren van een arbeidsongeschiktheidsattest rekening houdt met de objectieve klinische bevindingen. In onze studie ligt dit percentage iets hoger, namelijk in 90,4% van de gevallen (zie Figuur 24). Wat de ernst van de subjectieve klachten betreft speelt dit in 87% van de beslissingen van de huisarts tot het afleveren van een ziekteattest mee. [4] Dit is het geval in 98,4% van de gevallen in het onderzoeksproject. Ander onderzoek merkt eveneens op dat wat de gezondheidstoestand van patiënten betreft, de subjectieve lichamelijke klachten gepaard gaan met een hoger verzuim en dat deze een duurverlengende invloed hebben op de arbeidsongeschiktheid. [8] De inbreng van de patiënt bij de evaluatie van arbeidsongeschiktheid is dus groot.
De vraag van de patiënt naar een ziekteattest beïnvloedt de arts in 47% van zijn beslissingen in de studie van 1996 [4] daar waar dit in het praktijkproject slechts bij 34,1% een positief effect had op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.

Wat artsgebonden factoren betreft, blijkt dat het percentage ziektecertificaten en de duur ervan stijgt met de stijgende leeftijd van de arts. [8, 9, 10] (zie §8.1.5) Er is geen duidelijk verschil gevonden wat betreft arbeidsongeschiktheid en het geslacht van de voorschrijvende arts, alsook niet met het type praktijk (solo, duo,…) waarin de attesterende arts werkt. Wel wordt verondersteld dat artsen met een drukke praktijk langere ziekteattesten zouden uitschrijven om te vermijden dat patiënten een tweede maal op consult zouden moeten komen voor een verlengingsattest (wat zou leiden tot een verhoogde werkdruk). [8]
Het volgen van navormingen leidt tot een lager percentage toegekende attesten en een kortere duur van de attesten. [8, 10]

Wanneer gekeken wordt naar werkgerelateerde beslissingselementen die al dan niet leiden tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid dan ziet men dat uit het onderzoeksproject voor alle werkdiagnosen zwaar werk voor 30,9% van de onderzoekspopulatie een positieve rol speelt tegenover 38% in de studie van 1996. [4] Een slechte sfeer op het werk wordt ook in rekening gebracht bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid namelijk in 15% van de gevallen in de studiepopulatie en in 8% in de studie van 1996. [4] Ander onderzoek toont aan dat een slechte werksfeer en zware fysische omstandigheden ook een duurbevorderend effect hebben op arbeidsongeschiktheid. [8] Het ontbreken van medezeggingsschap op het werk leidt tot een verhoogde verzuimfrequentie. Daarnaast blijkt dat een grote verantwoordelijkheid op het werk, vaak samenhangt met een grotere voldoening uit het werk waardoor dit gepaard gaat met een lager verzuim. [8]

Zoals eerder al vermeld is er een positief verband gevonden, in het praktijkproject en andere studies tussen de toenemende leeftijd van de patiënt en een langere duur van het werkverlet. (zie §8.1.2) Over de mogelijke invloed van het geslacht op arbeidsongeschiktheid is er nog geen eensgezindheid. [8] Ook het praktijkproject heeft deze mogelijke invloed niet kunnen aantonen. (zie §8.1.1 en [8])
Factoren gebonden aan de thuissituatie van de patiënt spelen in het onderzoek van 1996 [4] voor 15% een rol in het afleveren van een medisch attest. Ook ander onderzoek toont aan dat de thuissituatie zoals scheiding, verhuis, kinderen, gezinsverplichtingen in combinatie met de eisen van het werk het functioneren op het werk kunnen beïnvloeden. Deze hebben een positieve invloed op de duur van het verzuim. [5, 8] In het onderzoeksproject draagt dit beslissingselement voor 10% bij in het afleveren van een attest van arbeidsongeschiktheid. Een goede sociale ondersteuning zal eerder een verzuimremmende invloed hebben. [8]
Een hoger opleidingsniveau van de patiënt lijkt samen te gaan met een duurremmende en frequentieverlagende invloed op arbeidsongeschiktheid. [8]

Uit deze Masterproef blijkt, net als uit bovenvermelde studies [4, 8, 9, 10], dat niet enkel medische factoren in rekening worden gebracht bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. De resultaten van de verschillende onderzoeken liggen meestal in dezelfde lijn. Uiteraard behelst het onderzoek dat in 1996 werd uitgevoerd een grotere patiëntenpopulatie namelijk 2223 registraties tegenover 126 in deze Masterproef.

Een mogelijke vervolgstudie of Masterproef zou deze niet medische factoren die een rol spelen in het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid kunnen onderzoeken in het kader van een verlenging van arbeidsongeschiktheid. Zijn de factoren die bijdragen tot het al dan niet verstrekken van verlengingen dezelfde als deze voor het initiële attest van arbeidsongeschiktheid?

6.3 Het idee van patiënten rond arbeidsongeschiktheid

Het praktijkproject toont aan dat meer dan 90% van de onderzochte patiëntenpopulatie vindt dat de huisarts de meest geschikte persoon is om te oordelen of er al dan niet arbeidsongeschiktheid nodig is. Ook voor wat betreft het aantal dagen ziekteverlof vindt meer dan 97% van de patiënten dat de huisarts de beste beoordeelaar is. Onderzoek uitgevoerd rond de ideeën van patiënten aangaande arbeidsongeschiktheid toont aan dat het gros van de patiënten vond dat de duur van het ziekteverlof bepaald moest worden door de arts gezien zijn kennis van de prognose van hun ziekte. Toch wenst een groot deel van de patiënten inspraak in de duur van arbeidsongeschiktheid.[14] Dit kan men deels opmaken uit de vraag of de patiënt zichzelf als de meest aangewezen persoon ziet om te oordelen over zijn werkcapaciteit. Hier was ongeveer 1/3^{e} van onze populatie het mee eens.
Wanneer er in het praktijkproject werd gevraagd of het voor de patiënt belangrijk is dat de huisarts bij het schrijven van ziekteverlof ook rekening houdt met zijn werk- en thuissituatie, dan gaat ongeveer 90% van de vrouwen en 80% van de mannen akkoord. Uit onderzoek blijkt dat patiënten willen dat de arts die de arbeidsongeschiktheid voorschrijft hun voorgeschiedenis kent. [14]
In het praktijkproject werd gepeild of de verwachtingen van de patiënt omtrent zijn ziekteverlof overeenstemmen met het aantal voorgeschreven dagen door de huisarts. Hier vond men dat bij ongeveer 3/4^{e} van de patiënten de verwachtingen rond arbeidsongeschiktheid overeenkwamen met het voorgeschreven ziekteverlof door de huisarts. Een kleinschalige studie rond de ideeën van de patiënt en arbeidsongeschiktheid vond dat naast het bekomen van het ziektebriefje, het inwinnen van doktersadvies de drijfveren waren om op consultatie te komen. [14] Dit laatste blijkt ook uit onze studie waarbij voor een kleine 20% van de onderzoekspopulatie het voorgeschreven krijgen van arbeidsongeschiktheid de belangrijkste aanzet vormde om op consultatie te komen.
Uit het praktijkproject komt naar voor dat ongeveer de helft van de bestudeerde patiëntenpopulatie het moeilijk vindt om naar een ziektebriefje te vragen als de huisarts dit onderwerp niet zelf aanbrengt. Uit de literatuur blijkt dat inderdaad een groot deel van de patiënten gevoelens van angst ervaren voorafgaand aan een consultatie waarbij ze een attest van arbeidsongeschiktheid zullen vragen. [14]
In het praktijkverbeterend project vindt ruim meer dan de helft van de onderzochte populatie het briefje voor 1 dag nuttig. Deze stelling kan niet getoetst worden aan de literatuur aangezien er in vele landen een systeem van zelfcertificering bestaat voor een korte periode. Wat verlengingen van werkverlet betreft, vindt meer dan 65% van de patiënten het nuttig om terug te keren naar de dokter.

6.4 Aanbevelingen rond arbeidsongeschiktheid vanuit het RIZIV [7]

De toename van arbeidsongeschiktheid/invaliditeit opgemerkt door het RIZIV heeft ertoe geleid dat er vanuit deze instantie een werkgroep rond dit onderwerp werd opgezet om een duidelijker beeld te krijgen van de verschillende aspecten rond werkverlet alsook om beleidsopties hieromtrent te bepalen. Veel van de door het RIZIV voorgestelde verbeterpunten behandelen dezelfde punten die vanuit de internationale studies door huisartsen als moeilijk/problematisch ervaren worden. (zie §6.2.2)

Het RIZIV zou richtlijnen willen ontwikkelen omtrent de evaluatiecriteria van arbeidsongeschiktheid waarbij, op basis van de Internationale classificatie van de functionering, de handicap en de gezondheid (ICF, opgesteld door het WHO), de evaluatie niet meer zou gebeuren in functie van de graad van ongeschiktheid. De klemtoon zou verschuiven naar de mogelijke aanpassing (fysiek, psychisch en sociaal) aan verschillende functioneringsdomeinen. [7] Dit lijkt meer van belang voor langdurige arbeidsongeschiktheid dan bij kortdurend werkverlet omwille van acute ziekte.
Verder zal er getracht worden om naar een gestandaardiseerd geneeskundig getuigschrift van arbeidsongeschiktheid te evolueren waarbij de klemtoon op de diagnose ligt maar daarnaast ook de nadruk te leggen op de overblijvende capaciteiten van de arbeidsongeschikte. Het betrekken van zowel behandelende geneesheren als arbeidsgeneesheren is hierbij noodzakelijk. [7] Het invoeren in de reglementering van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid waardoor het uitvoeren van een beperkte beroepsactiviteit zou kunnen leiden tot een verlaging van de arbeidsongeschiktheidscijfers. Een snelle re-integratie van de arbeidsongeschikte op de arbeidsmarkt waarbij er in de verschillende fases van het ziekteproces een evaluatie gemaakt wordt van de situatie van voornoemde op basis van een referentieberoep kan ook zorgen voor een daling van het werkverlet. Naast alle mogelijke interventies om patiënten in arbeidsongeschiktheid opnieuw aan het werk te krijgen, moet er ook oog zijn voor de algemene preventie van de gezondheid alsook voor de opsporing en preventie van risico's aangaande de arbeidsomstandigheden. [7]
In het proces van arbeidsongeschiktheid zijn verschillende actoren van belang, de verzekerde zelf, de werkgever, de behandelende geneesheer, de arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer en de verzekeringsinstelling. Elk van hen zou gesensibiliseerd moeten worden over zijn verantwoordelijkheden rond werkverlet. [7]
Belangrijke opmerking en bijkomende moeilijkheid aangaande bovenvermelde voorstellen is dat men bij het communiceren van informatie betreffende de patiënt steeds over het beroepsgeheim moet waken. Het beschrijven van de functionele status van de patiënt moet binnen het beroepsgeheim blijven, zodanig dat de werkgever niet op een directe of indirecte manier op de hoogte is van de aandoening van de patiënt.

6.5 Karakteristieken van de onderzoekspraktijk met een mogelijke impact op de resultaten

Het onderzoek voor het praktijkverbeterend project werd uitgevoerd aan de hand van gekoppelde vragenlijsten voor zowel artsen als patiënten. Dit is een sterke manier om gegevens te verzamelen. Het onderzoek vond plaats in een praktijk in de periferie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waardoor de onderzoekspopulatie samengesteld was uit patiënten uit verschillende lagen van de bevolking, beide geslachten, verschillende leeftijdscategorieën en opleidingen,... De populatie is heterogeen qua samenstelling.
De artsen die deelnamen aan het onderzoek zijn allemaal van het vrouwelijke geslacht. Hierdoor heeft het onderzoek niet kunnen nagaan of er een verschil bestaat in het voorschrijfgedrag aangaande arbeidsongeschiktheid tussen mannelijke en vrouwelijke artsen. Wel vertegenwoordigen de artsen een verschillende leeftijdscategorie waardoor het effect van de leeftijd van de voorschrijvende arts op de duur van werkverlet onderzocht werd.
De studie werd uitgevoerd in de periode mei-september 2012. Zo werd een mogelijke bias van de vele infecties tijdens de winterperiode omzeild en kon een meer gevarieerd aanbod aan aandoeningen onderzocht worden.
Het onderzoeksproject maakt gebruik van algemene categorieën aan werkdiagnoses die leiden tot arbeidsongeschiktheid. Initieel werd binnen deze ruime categorieën nog een onderverdeling gemaakt, maar uiteindelijk werd er voor gekozen om met de ruimere omschrijving te werken om op die manier tot een groep met een voldoende grote populatie te komen. Het kan dus zijn dat iemand met de werkdiagnose luchtwegen gediagnosticeerd werd met een pneumonie daar waar een andere patiënt uit dezelfde groep een rhinosinusitis heeft. Dit zal uiteraard de resultaten van het aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid en de spreiding ervan beïnvloeden. Daarnaast werden verlengingen van arbeidsongeschiktheid niet in rekening gebracht bij de analyse van de duur van arbeidsongeschiktheid.
De grootte van de volledige populatie is beperkt voor verdere analyses van subgroepen.

7 Besluit

Bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid maakt de huisarts een correcte inschatting van het gezondheidsprobleem van de patiënt in relatie tot de eisen van zijn werk. De arts heeft hierbij een gecombineerde verantwoordelijkheid: enerzijds als behandelend geneesheer en vertrouwenspersoon van de patiënt en anderzijds als 'bewaker' van het sociale verzekeringssysteem.
Het opstellen van oriënterende diagnosespecifieke richtlijnen rond de duur van arbeidsongeschiktheid kan bijdragen aan een zekere uniformiteit aangaande de attestering van werkverlet.
Voor de meeste werkdiagnoses op fysiek vlak is een consensus mogelijk. De huisarts houdt bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid rekening met de diagnose, maar ook met de graad van subjectieve klachten, de leeftijd, de werkomstandigheden en de thuissituatie van de patiënt. Het overgrote deel van de patiënten wil ook dat zijn huisarts rekening houdt met deze factoren bij het attesteren van werkverlet. Daarnaast vinden zij de huisarts de meest geschikte persoon om te oordelen over de noodzaak en de duur van arbeidsongeschiktheid.

8 Referenties

[1] Wynne-Jones G, Mallen C D, Welsh V, Dunn K M: Rates of sickness certification in European primary care: A systematic review. Eur J Gen Pract. 2008, 14 (3-4): 99-108.

[2] http://www.belgium.be/nl/werk/gezondheid_en_welzijn/arbeidsongeschiktheid/ - Geraadpleegd op 08/01/2013

[3] Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skaner Y, Lindhom C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. Scand J Prim Health Care. 2011, 29(4): 227-33.

[4] Hermann I, Lombaert G, Dirckx A, Van Royen P, De Graeve D, Denekens J. Beslissingsfactoren, attitudes en opinies: ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Huisarts-nu 1996, 25(3): 80-84.

[5] Wynne-Jones G, Mallen C D, Main C J, Dunn K M. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scand J Prim Health Care. 2010, 28(2): 67-75.

[6] De Graeve D, Dierckx G, Lombaert G. Een vergelijking van de arbeidsongeschiktheid in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. VVK Tijdingen 1996, 13(2): 61-83.

[7] http://www.riziv.be/presentation/nl/publications/annual-report/2010/pdf/ar2010all.pdf: RIZIV jaarverslag 2010 – Geraadpleegd op 23/12/2012.

[8] Lombaert G, De Graeve D, Dierckx G, Dirckx A. Welke factoren spelen een rol bij het toekennen van arbeidsongeschiktheid? VVK Tijdingen 1995, 3(2): 102-113.

[9] Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. BMC Public Health 2010, 10:-61.9

[10] Norrmén G, Svärdsudd K, Anderson DKG. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract 2008, 21: 9-3.

[11]Swartling M S, Alexanderson K A, Wahlstrom R A. Barriers to good sickness certification an interview study with Swedish general practitioners. Scand J Public Health 2008, 36(4): 408-414.

[12] Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health 2007, 7:273.

[13] Skanér Y, Nilsson G H, Arrelöv, Lindholm C, Hinas E, Löfgren Wilteus A, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. BMJ Open 2011, 1.

[14] O´Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Family Practice2008, 25: 20-26.

9 Bijlage

9.1 Informatieformulier voor de patiënt

TITEL : Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: opstellen van een praktijkrichtlijn.
INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte mevrouw, meneer,

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Evelyne Uyttersprot een onderzoek naar factoren die een rol spelen bij de arts alsook bij de patiënt voor het toekennen van een attest van arbeidsongeschiktheid. Dit onderzoek gebeurt in de periode van mei 2012 tot en met augustus 2013,onder toezicht van de Universiteit Gent.
Met dit onderzoek willen we nagaan welke factoren voor de arts belangrijk zijn bij het toekennen van een attest van arbeidsongeschiktheid. Daarnaast willen we ook een zicht krijgen op de beleving en de mening van de patiënt omtrent ziekteverzuim en het medisch attest voor arbeidsongeschiktheid.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.
Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw huisarts.
Deelname aan deze studie zal voor u geen therapeutisch voordeel met zich meebrengen.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Marianne Brouillard, Dr. Elsie De Paepe, Dr. Evelyne Uyttersprot

9.2 Toestemmingsformulier

Naam patiënt: …….

Ik bevestig dat Dr.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.
Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….

Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt

Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening……

Informerende arts

9.3 Registratieformulier artsen.

Algemeen.[2]

Geslacht: M / V

Leeftijd:

Dag van de week: maandag-dinsdag-woensdag-donderdag-vrijdag-zaterdag

Duur arbeidsongeschiktheid:

Opleiding:

Lager middelbaar onderwijs	Algemeen secundair onderwijs
	Technisch secundair onderwijs
	Beroeps secundair onderwijs
Hoger middelbaar onderwijs	Algemeen secundair onderwijs
	Technisch secundair onderwijs
	Beroeps secundair onderwijs
Hogeschool	Afstudeerrichting:
Universiteit	Afstudeerrichting:

Beroep:

Diagnose die de werkonbekwaamheid induceert:

- Psychisch:
    - Burn-out/surmenage.
    - Depressie.
    - Angststoornis.
    - Rouw
    - Andere:
- Traumata/Orthopedie/Reumato:
    - Ongeval.
    - Rug.
    - Tendinitis.
    - Jicht.
    - Andere:
- Infecties.
    - Huid
    - Erysipelas.

[2] Omcirkelen wat past.

    - Allergie.
    - Andere:
- Neurologie.
    - Hoofdpijn.
    - Andere:
- Luchtwegen:
    - Bovenste luchtwegen.
    - Onderste luchtwegen.
    - Allergie.
    - Astma.
    - COPD.
    - Griep.
    - Andere.
- Gastro-intestinaal:
    - Lever/Gal/pancreas.
    - Gastro-enteritis.
    - Andere:

Beslissingselementen.[3]

- Medische en artsgebonden factoren:
    - Graad van de subjectieve klachten:
    - Objectief klinische bevindingen:
    - Verzuimverleden:
    - Medische voorgeschiedenis:
    - Relatie met de patiënt
    - Andere:
- Thuissituatie:
- Werkgerelateerde factoren:
    - Zwaar werk (fysisch, psychisch,…)
    - Slechte sfeer (baas, collega's, veranderingen,…)
    - Moeilijke vervangbaarheid.

[3] +: positieve invloed op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid (ondersteunt de arbeidsongeschiktheid?).
-: negatieve invloed op het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid (pleit tegen het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid?)
0: niet van toepassing.

    - Gemakkelijk te missen op het werk
    - Financiële gevolgen voor patiënt.
    - Mogelijke controle
    - Contact met de bedrijfsarts
    - Andere:
- Patiëntgebonden factoren.
    - Houding van de patiënt (assertiviteit,...)
    - Vraag naar geen of zo kort mogelijk ziekteverlof
    - Vraag naar wel of zo lang mogelijk ziekteverlof.
    - Andere:

9.4 Vragenlijst voor de patiënt.

Algemene vragen:

- Geslacht:
    - Mannelijk
    - Vrouwelijk
- Leeftijd
- Welke opleiding volgde u? Wat is uw hoogst behaalde diploma?

Lager onderwijs	
Lager middelbaar onderwijs	Algemeen secundair onderwijs
	Technisch secundair onderwijs
	Beroeps secundair onderwijs
Hoger middelbaar onderwijs	Algemeen secundair onderwijs
	Technisch secundair onderwijs
	Beroeps secundair onderwijs
Hogeschool	Afstudeerrichting:
Universiteit	Afstudeerrichting:

- Welk beroep oefent u momenteel uit?
- Hoeveel dagen schreef uw huisarts u arbeidsongeschikt?
- Op welke dag van de week kwam u op consultatie:

  Maandag – Dinsdag – Woensdag – Donderdag – Vrijdag – Zaterdag
- Wat is de diagnose van uw huisarts, waarop het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid steunt?

Stellingen in verband met arbeidsongeschiktheid.

1. De huisarts is volgens mij de meest geschikte persoon om te oordelen of arbeidsongeschiktheid aangewezen is.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord
2. De huisarts is volgens mij de meest geschikte persoon om te oordelen over het aantal dagen ziekteverlof dat nodig is.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord
3. Ik vind het belangrijk dat de huisarts bij het schrijven van ziekteverlof ook rekening houdt met mijn werk- en thuissituatie.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

4. Het aantal dagen ziekteverlof dat mijn huisarts mij voorschreef komt overeen met mijn verwachting hieromtrent.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

   Ik heb te weinig dagen voorgeschreven gekregen.

   Ik heb voldoende dagen voorgeschreven gekregen.

   Ik heb teveel dagen voorgeschreven gekregen.

5. Het verkrijgen van een ziektebriefje voor mijn werk was de belangrijkste aanleiding om vandaag op consultatie te komen.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

6. Ik vind het moeilijk om zelf naar een attest voor arbeidsongeschiktheid te vragen als de huisarts dit onderwerp niet zelf aanbrengt tijdens de consultatie.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

7. Ikzelf ben de meest aangewezen persoon om te oordelen of ik al dan niet kan gaan werken.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

8. Een ziektebriefje voor 1 dag vind ik niet nuttig.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

9. Ik vind het niet nodig om voor een verlenging van mijn ziekteverlof van enkele dagen terug op consultatie te gaan bij mijn huisarts.

   Niet akkoord – Neutraal – Akkoord

Bedankt voor uw tijd en deelname!

Dr. Brouillard, Dr. De Paepe en Dr. Uyttersprot