Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van tijdelijke arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen: een focusgroepstudie

Dr. Katrien Ceulemans, KU Leuven

Dr. Sanne Decraemer, KU Leuven

Dr. Laura Gils, KU Leuven

Dr. Vera Poels, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven

Master in de Huisartsgeneeskunde
Masterproef
Academiejaar: 2021 - 2022

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

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

Abstract

Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van tijdelijke arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen: een focusgroepstudie

Auteurs: Dr. Katrien Ceulemans, Dr. Sanne Decraemer, Dr. Laura Gils en Dr. Vera Poels
Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis

Context
Mentale aandoeningen komen frequent voor in de huidige samenleving. Wereldwijd is de prevalentie van depressie en angststoornissen naar schatting 10%.
Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het al dan niet voorschrijven van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO) voor hun patiënten met frequent voorkomende mentale aandoeningen. In de huidige literatuur is er maar beperkt onderzoek gedaan naar de criteria die huisartsen gebruiken in hun beslissingsproces hieromtrent. Er bestaan bovendien weinig tot geen duidelijke richtlijnen over TAO bij mentale aandoeningen.
Onder frequent voorkomende mentale aandoeningen worden in deze studie de volgende aandoeningen verstaan: aanpassingsstoornissen i.e. acute stressreactie en burn-out, depressie en depressieve gevoelens, angststoornissen en angstige gevoelens en tot slot surmenage.

Onderzoeksvraag
Deze focusgroepstudie heeft tot doel te definiëren welke criteria de Vlaamse huisartsen gebruiken bij hun beslissing over het al dan niet voorschrijven van TAO voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.

Methode
Deze focusgroepstudie werd uitgevoerd volgens de COREQ-checklist. In een oriënterende literatuurstudie werden multipele criteria gevonden, die de basis vormden voor het draaiboek van de focusgroepen. Er werden vier focusgroepen georganiseerd met in totaal 38 deelnemers. Aan de hand van een voorbeeldcasus, voorgesteld via een vignet, werd gekeken welke criteria de deelnemers in overweging namen bij hun beslissing omtrent TAO. De verwerking van de resultaten gebeurde volgens de QUAGOL-handleiding, gebaseerd op de 'grounded theory'-methode.

Resultaten
Huisartsen betrekken meerdere criteria bij hun beslissing over TAO bij veel voorkomende mentale aandoeningen. De criteria die uit de focusgroepen naar voren kwamen werden opgedeeld in zeven categorieën, namelijk effecten van werken tijdens ziekte, effecten van TAO tijdens ziekte, gezondheidsperceptie van de patiënt en impact op het functioneren, ziektegerelateerde factoren, patiëntgerelateerde factoren, factoren gerelateerd aan de werkomgeving en tot slot de nieuwe categorie huisartsgerelateerde factoren. Huisartsen ondervinden ook verschillende moeilijkheden bij het voorschrijven van TAO.

Conclusie
De resultaten uit de focusgroepen bleken veel overeenkomsten te vertonen met de huidige literatuur. De beslissing van huisartsen over TAO bij veel voorkomende mentale aandoeningen is een complexe puzzel die bestaat uit veel verschillende criteria en die bij elke patiënt op individuele basis wordt gemaakt. In deze focusgroepstudie kwam een nieuwe categorie naar voren, namelijk huisartsgerelateerde factoren.

Dankwoord

Graag willen wij enkele mensen bedanken voor hun bijdrage aan onze masterproef.

Allereerst willen wij onze promotor, prof. dr. Godderis, bedanken voor zijn begeleiding en advies. Uw ervaring met focusgroepen, uw kennis over het onderwerp en uw expertise omtrent het schrijven van een masterproef hebben ons enorm vooruit geholpen. Bedankt voor uw kritische doch opbouwende feedback en om tijd te maken voor al onze vragen.

Daarnaast ook hartelijk dank aan de voorzitters van de vier LOK-groepen waar we de focusgroepen mochten organiseren om een van de LOK-avonden te willen besteden aan onze studie. Alsook voor uw hulp bij de praktische organisatie hiervan (zoals het vinden van een geschikte locatie of het doorsturen van de uitnodigingsmail).

Bovendien willen wij ook onze dank betuigen aan al onze praktijkopleiders. Bedankt om ons in contact te brengen met de LOK-voorzitters, om deel te nemen aan onze focusgroepen en om begrip te tonen voor het feit dat wij ook voldoende tijd nodig hadden om aan onze masterproef te werken.

Ook de 38 deelnemers aan de focusgroepen willen we ten zeerste bedanken voor hun tijd en inbreng. Dank u wel om uw oprechte mening met ons te willen delen.

Tot slot willen wij onze families en vrienden bedanken voor hun mentale steun, hun bemoedigende woorden en hun begrip tijdens moeilijke momenten. Zowel tijdens de masterproef als tijdens het verloop van ons HAIO-schap en studies in het algemeen hebben jullie er mee voor gezorgd dat wij dit alles tot een goed einde konden brengen. In het bijzonder willen we Hilde (de mama van Katrien), Steve (de man van Sanne) en Corry (de mama van Laura) bedanken voor hun praktische hulp bij de totstandkoming van deze masterproef, door het herhaaldelijk nalezen van (delen van) onze masterproef.

Onze oprechte dank aan al deze mensen, want zonder jullie hulp was deze masterproef er nooit geweest!

Inhoudstafel

Abstract ... 3
Dankwoord ... 4
Inhoudstafel ... 5
1. Inleiding ... 6
    1.1 Achtergrond ... 8
    1.2 Bestaande richtlijnen over TAO bij mentale aandoeningen ... 9
    1.3 Rationale van dit onderzoek ... 9
    1.4 Doel van dit onderzoek ... 9
2. Oriënterend literatuuronderzoek ... 10
    2.1 Methode ... 10
    2.2 Resultaten ... 11
    2.3 Conclusie ... 12
    2.4 Groepen uit bestaande literatuur als basis van deze focusgroepstudie ... 13
3. Methode ... 15
    3.1 Design ... 15
    3.2 Datacollectie ... 15
    3.3 Analyse ... 16
    3.4 Ethische implicaties ... 16
4. Resultaten ... 17
    4.1 Studiepopulatie ... 17
    4.2 Overkoepelende categorieën ... 18
        4.2.1 Effecten van werken tijdens ziekte ... 18
        4.2.2 Effecten van TAO tijdens ziekte ... 19
        4.2.3 Gezondheidsperceptie van de patiënt en impact op het functioneren ... 21
        4.2.4 Ziektegerelateerde factoren ... 22
        4.2.5 Patiëntgerelateerde factoren ... 23
        4.2.6 Factoren gerelateerd aan de werkomgeving ... 25
        4.2.7 Huisartsgerelateerde factoren ... 26
    4.3 Moeilijkheden bij het voorschrijven van TAO ... 27
5. Discussie ... 30
    5.1 Algemene bevindingen ... 30
    5.2 Terugkoppeling naar de literatuur ... 30
        5.2.1 Vergelijking criteria ... 30
        5.2.2 Vergelijking moeilijkheden ... 32
        5.2.3 Vergelijking met richtlijnen ... 32
    5.3 Sterktes en beperkingen ... 33
    5.4 Besluit ... 34
6. Persoonlijke reflectie ... 35
    6.1 Persoonlijke reflectie van Katrien Ceulemans ... 35
    6.2 Persoonlijke reflectie van Sanne Decraemer ... 38
    6.3 Persoonlijke reflectie van Laura Gils ... 40
    6.4 Persoonlijke reflectie van Vera Poels ... 42
7. Bijlagen ... 46
    7.1 Bijlage 1: Vergelijking van criteria uit de literatuur ... 46
    7.2 Bijlage 2: Aanvraag ethische commissie ... 47
    7.3 Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie ... 54
    7.4 Bijlage 4: Vergelijking van criteria uit literatuur en focusgroepen ... 55

1. Inleiding

Deze masterproef onderzoekt welke criteria huisartsen gebruiken bij hun beslissing over het voorschrijven van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO) voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.

De World Health Organization (WHO) rapporteert dat er veel mentale aandoeningen zijn met een uiteenlopende presentatie. Deze aandoeningen worden meestal gekenmerkt door een combinatie van abnormale gedachten, percepties, emoties, gedrag en relaties tot anderen. De WHO includeert de volgende ziektes onder mentale aandoeningen: depressie, bipolaire stoornissen, schizofrenie en andere psychoses, dementie en ontwikkelingsstoornissen waaronder autisme. Deze WHO-definitie gaat dus over mentale aandoeningen in het algemeen en niet uitsluitend over frequent voorkomende mentale aandoeningen. (1)

De richtlijn van The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) beschrijft wel de frequent voorkomende mentale aandoeningen en includeert daaronder de volgende aandoeningen: gegeneraliseerde angststoornissen, paniekstoornissen, dwangstoornis (OCD), posttraumatisch stressstoornis (PTSS) en fobieën. (2)

Aangezien de doelgroep van deze focusgroepstudie artsen zijn die werkzaam zijn in Vlaanderen, werden de mentale aandoeningen uit de definities van de WHO en NICE vergeleken met de incidentiecijfers van mentale aandoeningen in Vlaanderen, verkregen via de Intego-databank. Op basis hiervan werden de mentale aandoeningen bepaald die meegenomen worden in deze studie.

Tabel 1 toont de diagnoses met de hoogste incidentie binnen de ICPC-rubriek 'Psychische problemen' in de Intego-databank. Al deze psychische diagnoses hebben een incidentie van meer dan één per duizend patiënten in de praktijkpopulatie. De meest recente incidentiecijfers uit de Intego-databank dateren uit 2015. (3)

Tabel 1: Meest frequente psychische problemen volgens Intego

ICPC-code	Naam	Incidentie/1000 patiënten
P02	Acute stressreactie	8,007
P06	Slaapstoornis	5,564
P76	Depressieve stoornis	4,204
P78	Neurasthenie/surmenage	4,197
P29	Andere psychische symptomen/klachten	2,916
P01	Angstig/nerveus/gespannen gevoel	2,063
P17	Tabaksmisbruik	1,517
P03	Depressief gevoel	1,491
P15	Chronisch alcoholmisbruik	1,373
P74	Angststoornis/Angsttoestand	1,360
P70	Dementie	1,097
P20	Geheugenstoornis	1,031

Zoals reeds vermeld zijn de inclusiecriteria van deze studie voor 'frequent voorkomende aandoeningen' deels gebaseerd op de definities van de WHO en NICE en deels op de incidentiecijfers. Daarnaast werd ook gekeken welke aandoeningen voorkomen bij de werkende bevolking, aangezien het onderzoek over het voorschrijven van TAO gaat.

In het kader hiervan werden dementie en ontwikkelingsstoornissen geëxcludeerd, aangezien de doelpopulatie van patiënten bestaat uit de actieve bevolking en deze aandoeningen meestal ofwel op oudere leeftijd ofwel reeds van bij de geboorte voorkomen.

Bipolaire stoornissen en psychoses zijn geen frequent voorkomende aandoeningen volgens Intego en werden dus ook geëxcludeerd. Ook PTSD werd om dezelfde reden uitgesloten.

Angststoornissen en angstige gevoelens komen wel frequent voor. Paniekstoornissen worden niet als dusdanig vermeld binnen de Intego databank, maar vallen onder de angststoornissen, zodat deze aandoening onrechtstreeks wel wordt meegenomen. (3-4) Fobieën en dwangstoornissen staan als combinatie vermeld in de Intego-databank, maar hebben een gecombineerde incidentie van minder dan één op duizend patiënten. (5) Fobieën vallen echter onder angststoornissen en worden zo geïncludeerd in de studie. OCD is een aparte entiteit, maar heeft een lage incidentie en werd daarom geëxcludeerd. (5)

Burn-out is tot op heden nog niet erkend als een aparte mentale aandoening in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), maar past deels binnen de aanpassingsstoornissen. (5) In het Nederlands wordt burn-out vaak geklasseerd als surmenage of als een chronische vorm van surmenage gezien, zoals dit in de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) over Overspanning en burn-out het geval is. (6) Aangezien surmenage ook frequent voorkomend is volgens de Intego databank, werden zowel burn-out als surmenage geïncludeerd in deze studie.

Hoewel slaapstoornissen, tabaks- en chronisch alcoholmisbruik en geheugenstoornissen ook veel voorkomen in de Vlaamse praktijkpopulatie, werd ervoor gekozen deze niet te includeren in de definitie. Slaapstoornissen kaderen namelijk vaak in een groter beeld en/of komen vaak samen met andere mentale aandoeningen voor, zeker wanneer ze een sterke invloed hebben op het dagelijkse leven. Daarom werden slaapstoornissen niet als aparte categorie opgenomen in de definitie maar eerder gezien als een symptoom dat kan voorkomen bij verschillende mentale aandoeningen. Wanneer alcoholmisbruik een zware invloed heeft op het dagelijkse leven (inclusief de werksituatie) vindt de behandeling van alcoholmisbruik volgens de richtlijnen plaats in de tweede lijn. (7) Aangezien deze studie zich focust op huisartsen, werd alcoholmisbruik dus niet geïncludeerd in de definitie. Tabaksmisbruik leidt wel tot een toegenomen aantal ziektedagen, maar dit komt vooral door de somatische gevolgen van tabaksmisbruik (zoals luchtweginfecties) en niet door de mentale invloed van het tabaksgebruik. (8) Daarom werd ook tabaksmisbruik niet meegenomen in de definitie.

Gebaseerd op al het bovenstaande is er binnen deze studie voor gekozen om de volgende aandoeningen te klasseren onder 'frequent voorkomende mentale aandoeningen':

- Aanpassingsstoornissen i.e. acute stressreactie en burn-out
- Depressie en depressieve gevoelens
- Angststoornissen en angstige gevoelens
- Surmenage

Deze aandoeningen komen ook vaak terug in de bestaande literatuur omtrent 'common mental disorders'.

1.1 Achtergrond

Mentale aandoeningen komen veel voor in de huidige samenleving, in alle culturen en religies. Wereldwijd is de prevalentie van depressie en angststoornissen naar schatting 10%. (9) Volgens de gezondheidsenquête van Sciensano in 2018 vertoonden 11% van de Belgen symptomen die bij een angststoornis passen. De prevalentie van depressie lag op 9%. (10)
In het licht van de huidige COVID-19 pandemie heeft Sciensano ook meerdere COVID-19-Gezondheidsenquêtes uitgevoerd. Deze enquêtes peilden onder meer naar de mentale gezondheid van de deelnemers. De resultaten hiervan werden vergeleken met deze van de gezondheidsenquête van 2018. Als voornaamste resultaat kwam naar voren dat tijdens de eerste golf angst- (20%) en depressieve (16%) stoornissen opvallend meer voorkwamen dan in 2018. Vooral vrouwen, jongeren van 16-24 jaar en volwassenen tot 50 jaar werden het meest getroffen. Bij jongeren van 16-24 jaar was het verschil met de cijfers van 2018 het grootst. (11)
Tijdens de COVID-19 pandemie werden meerdere enquêtes uitgevoerd waarbij deze prevalentiecijfers fluctueerden, maar doorheen heel de pandemie bleef het percentage van personen die met angst en depressieve stoornissen kampten hoger dan in 2018. (12-18) In december 2021 kampte 21% van de volwassen bevolking met een depressieve stoornis en 24% met een angststoornis. (19)

Huisartsen worden dus vaak geconfronteerd met patiënten met mentale aandoeningen en dus ook met de beslissing om voor deze patiënten al dan niet TAO voor te schrijven.

De interactie tussen mentale aandoeningen en werk is zeer complex. Mentale aandoeningen kunnen een invloed hebben op hoe goed een persoon zijn werkgerelateerde opdrachten kan uitvoeren. (20) Zo kunnen lang bestaande mentale aandoeningen resulteren in een sterk verminderde werkcapaciteit. Daarnaast zullen burn-out, depressie en angststoornissen vaak leiden tot TAO van langere duur. (21) Dit is dan weer nadelig, want hoe langer de TAO duurt, hoe moeilijker de werkhervatting zal zijn. (22) Daarnaast is langdurige TAO een voorbestemmende factor voor latere periodes van afwezigheid van het werk, voor vroegtijdig pensioen omwille van gezondheidsproblemen en voor sterfte. Langdurige TAO is ook gelinkt aan financiële moeilijkheden, psychologische problemen, werkloosheid in de toekomst en uitsluiting uit de maatschappij. (23) Over de invloed van werken op de mentale gezondheid bestaat veel discussie. Werk kan voordelen hebben, maar kan ook negatieve invloeden hebben op de mentale gezondheid. Zowel werkonzekerheid als werkloosheid hebben een negatieve invloed op de mentale gezondheid. (24-25) Werk kan ook een positief effect hebben op de mentale gezondheid bij mentale aandoeningen. (26) Wel speelt de biopsychosociale context een belangrijke rol. Zo kunnen bepaalde jobeigenschappen, zoals ‘high strain jobs’ en een disbalans tussen inspanningen en waardering, een negatief effect hebben op de mentale gezondheid. (27)

Deze complexe balans tussen mentale aandoeningen, werk en TAO maakt dat de huisarts voor moeilijke afwegingen komt te staan wanneer deze beslist over al dan niet voorschrijven van TAO voor mentale aandoeningen.

1.2 Bestaande richtlijnen over TAO bij mentale aandoeningen

In Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen (van Domus Medica, NHG en Duodecim) staan slechts beperkte aanbevelingen over TAO bij mentale aandoeningen. Voor de meeste patiënten met depressie wordt continuatie van het werk aanbevolen, tenzij werkgerelateerde problemen de depressie mee onderhouden. De huisarts kan best in dialoog gaan met de patiënt over al dan niet verder blijven werken, hierbij rekening houdend met de ernst van de depressie en hoe goed de patiënt de verantwoordelijkheden van het werk zou aankunnen. Bij ernstige depressie kan het aanbevolen zijn om de effecten van de behandeling af te wachten alvorens het werk te hervatten. (28-31) Over angststoornissen bestaan geen aanbevelingen over TAO. (32-33) Bij burn-out wordt aangeraden om in de crisisfase (gemiddeld de eerste drie weken) TAO te overwegen, zeker bij wie reeds thuis zit, bij wie extreme vermoeidheid zorgt voor verminderd functioneren en bij wie symptomen heeft van een majeure depressie. Bij patiënten zonder comorbiditeiten worden werkaanpassingen verkozen boven TAO. (6, 34-35)

1.3 Rationale van dit onderzoek

Gezien mentale aandoeningen frequent voorkomen, worden huisartsen vaak geconfronteerd met de beslissing om al dan niet TAO voor te schrijven bij patiënten met mentale aandoeningen. Deze beslissing is niet eenvoudig omdat de interactie tussen werken en mentale aandoeningen zeer complex is, zoals hierboven reeds werd aangehaald. De aanbevelingen omtrent TAO bij depressie, angst en burn-out in de Nederlandstalige richtlijnen zijn bovendien zeer beperkt.
Om tot een uiteindelijk besluit te komen, zal de huisarts veel factoren in overweging moeten nemen. Zeker voor huisartsen-in-opleiding (HAIO's) is deze afweging niet gemakkelijk, aangezien ze nog niet zoveel praktijkervaring hebben.

In het oriënterend onderzoek, dat hieronder uitgebreid wordt beschreven, werd slechts een beperkt aantal studies teruggevonden over criteria die artsen gebruiken in hun beslissingsproces omtrent TAO bij mentale aandoeningen en deze studies werden uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Australië (36-39). Daarom is het zeker interessant om verder onderzoek naar dit onderwerp te verrichten. Naast het toevoegen van extra kracht aan het reeds geleverde onderzoek, heeft deze masterproef als voordeel dat deze studie werd afgenomen bij Vlaamse huisartsen en dus is toegespitst op de Vlaamse zorgcontext.

1.4 Doel van dit onderzoek

In deze focusgroepstudie wordt het beslissingsproces van huisartsen werkzaam in Vlaanderen omtrent het voorschrijven van TAO bij frequent voorkomende mentale aandoeningen bevraagd.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Methode

In 2019 voerde Ceulemans K. een systematische literatuurstudie uit naar het beslissingsproces van artsen omtrent TAO voor patiënten met mentale aandoeningen (40), dewelke als basis werd gebruikt voor het oriënterend literatuuronderzoek van deze studie.
Gezien de systematische review van Ceulemans K. dateert van 2019 werd de search string uit die review opnieuw toegepast op de literatuur die vanaf 01/01/2019 verschenen is. Daarnaast werd er gekeken of de toevoeging van de term 'surmenage' tot nieuwe artikels kon leiden.

De volgende elektronische databases werden doorzocht: Pubmed, Embase, Web of Science en de Cochrane Library. Deze databanken werden voor het laatst doorzocht op 30/05/2020.

De 'search strings' die gebruikt werden, komen uit de bijlage van de systematische literatuurstudie van Ceulemans K. (40), die gebaseerd was op drie hoofdconcepten: de beschreven aandoeningen, arbeidsongeschiktheid en het beslissingsproces van artsen. Het eerste hoofdconcept werd nog aangevuld met de term surmenage.

Alle gevonden artikels werden eerst beoordeeld op titel en abstract. Artikels die op basis hiervan in aanmerking kwamen voor inclusie werden volledig gelezen. Er werden geen restricties opgelegd wat betreft de publicatiedatum.

Volgende inclusiecriteria werden gebruikt:

- Artikels die de criteria beschrijven die artsen gebruiken in hun beslissing over het voorschrijven van TAO bij de gekozen mentale aandoeningen werden geïncludeerd. Niet alle mentale aandoeningen moesten besproken worden in het artikel. Het bespreken van minstens een van de vooropgestelde mentale aandoeningen volstond voor inclusie.
- Artikels mochten gaan over artsen en werkende patiënten van elke leeftijd.

Volgende exclusiecriteria werden gebruikt:

- Artikels die geen enkele van de gekozen mentale aandoeningen bespraken of die niet gingen over het beslissingsproces bij artsen werden geëxcludeerd.
- Ook artikels waarvan de volledige tekst niet beschikbaar was, werden uitgesloten van inclusie.
- Daarnaast werden ook de artikels geschreven in een taal die de onderzoekers niet afdoende beheersen niet geïncludeerd. Hierdoor kwamen enkel artikels in het Nederlands of Engels in aanmerking.

2.2 Resultaten

In de systematische literatuurstudie door Ceulemans K. in 2019 werden slechts drie studies teruggevonden over het beslissingsproces van artsen omtrent TAO voor patiënten met mentale aandoeningen (40), namelijk 'The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders' van Bertilsson M. et al. (36), 'Why do doctors issue sick notes?' van Campbell A. et al. (37) en 'A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression' van MacDonald S. et al. (38)
Het aanvullend literatuuronderzoek leverde slechts één extra artikel op dat beantwoordt aan de vraag welke criteria artsen gebruiken bij de beslissing om al dan niet TAO voor te schrijven voor patiënten met mentale aandoeningen, namelijk 'Diagnosing and managing work-related mental health conditions in general practice new Australian clinical practice guidelines' van Mazza D. et al. (39)

Bertilsson et al. beschrijven het beslissingsproces als een 'moeilijke puzzel' met veel 'stukjes' die allemaal samengevoegd moeten worden. (36) Deze 'stukjes' werden door Ceulemans K. teruggebracht tot zes verschillende categorieën, namelijk voor- en nadelen van werken, voor- en nadelen van TAO, indicatoren van de slaagkans van aan het werk blijven, factoren gerelateerd aan de ziekte, factoren gerelateerd aan de patiënt en tot slot factoren gerelateerd aan de werkomgeving. (40)
De patiënt- en werkgerelateerde factoren worden verder uitgediept in het extra artikel uit het aanvullend literatuuronderzoek, waarin Mazza D. et al. patiënt- en werkgerelateerde factoren bespreken die een rol spelen bij de inschatting of patiënten met werkgerelateerde mentale aandoeningen nog in staat zijn om te werken. (39)

Bijlage 1 toont een overzicht van alle factoren die in al deze artikels aan bod komen. (36-39)

In de systematische review van Ceulemans K. kwamen ook enkele moeilijkheden aan bod die artsen ervaren bij het nemen van een beslissing en die mogelijk ook een invloed kunnen hebben op het beslissingsproces. (40) Ten eerste is het moeilijk om in te schatten hoe de individuele patiënt tegenover werken staat en wat de invloed van werken op de ziekte is. Daarnaast is er ook het maatschappelijk dilemma met een moeilijke balans tussen het behartigen van de belangen van de patiënt enerzijds en de invloed van die beslissing voor de maatschappij (bv. financiële gevolgen) anderzijds. Tot slot vormt ook de organisatie van de gezondheidszorg (onder andere onvoldoende tijd en vergoeding voor grondige evaluatie van werkgeschiktheid) een struikelblok.

2.3 Conclusie

De zes categorieën die naar voren kwamen in de systematische review van Ceulemans K. (40) hebben gelijkenis met de vijf groepen die gebruikt worden in een studie van Joosen M. et al. naar factoren die terugkeer naar de werkvloer bij mentale aandoeningen meer waarschijnlijk of succesvol maken; met name patiëntgerelateerde factoren, type van werk, werkomgeving, ondersteuning van werkhervatting en als laatste samenwerking tussen professionelen. (41) Ook studies naar indicatoren van een langdurige TAO in het algemeen (dus niet specifiek voor mentale aandoeningen) gebruiken gelijkaardige groepen. Zo beschrijft Beemsterboer W. et al. drie groepen van determinanten van de frequentie en duur van TAO, zijnde eigenschappen van het werk, gezondheidseigenschappen en individuele factoren. (42) In een onderzoek naar risicofactoren van langdurig ziekteverzuim door Goor K. et al. worden vijf gelijkaardige groepen gebruikt: persoonskenmerken, perceptie, invloed, persoonlijke kenmerken en kenmerken van de arbeidssituatie. (43) In de Quickscanbevraging (een instrument om de noden voor werkhervatting in te schatten en om het risico op langdurig ziekteverzuim te voorspellen) ontworpen door Goorts K. et al. komen vier gelijkaardige groepen aan bod: werkgerelateerde factoren, stressvolle levensgebeurtenissen, functioneren en persoonsgerelateerde factoren. (44-45)

De bovenstaande studies (41-45) werden nader bekeken om de zes categorieën uit de systematische review van Ceulemans K. (40) te kunnen verfijnen voor dit onderzoek, ook al gingen deze artikels niet specifiek over mentale aandoeningen of gingen ze over werkhervatting in plaats van TAO.

In de vergelijkende tabel in bijlage 1 worden de criteria uit het oriënterend literatuuronderzoek (36-39) niet enkel onderling vergeleken, maar ook met de criteria uit de artikels rond predictoren van werkhervatting bij mentale aandoeningen en indicatoren van langdurige TAO in het algemeen. (41-45)

2.4 Groepen uit bestaande literatuur als basis van deze focusgroepstudie

Geïnspireerd door de groepen die in de verschillende studies (36-39, 41-45) aan bod kwamen, werden de zes categorieën uit de systematische review van Ceulemans K. uit 2019 (40) geherdefinieerd om als basis te gebruiken voor het draaiboek van deze masterproef. Deze categorieën zijn terug te vinden in tabel 2. De aanvullingen met een asterisk zijn predictoren van langdurige TAO en kwamen dus niet voor in de systematische review van Ceulemans K. of in het extra artikel van Mazza D. et al. als factoren die het beslissingsproces van artsen beïnvloeden. Er werd voor gekozen om deze toch toe te voegen, omdat ze mogelijk wel een invloed kunnen hebben op het beslissingsproces en dus zeker mee bevraagd dienden te worden.

Tabel 2: Factoren die potentieel een invloed hebben op de beslissing van huisartsen om TAO voor te schrijven bij mentale aandoeningen op basis van literatuur

A. Voor-en nadelen van werken tijdens ziekte
   a. Voordelen
      i. Werken heeft mogelijk een therapeutisch effect (door het bieden van structuur, het leveren van een doel, het bevorderen van zelfvertrouwen …)
   b. Nadelen
      i. Werk veroorzaakt mogelijk meer stress
      ii. Werken met verminderde werkcapaciteit (door verminderde cognitieve functie) heeft mogelijk schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid tot gevolg
      iii. Werken kan risico's inhouden (door comorbiditeiten, vermoeidheid, verminderde concentratie …) waardoor ongelukken, stigmatisering … kunnen voorkomen

B. Voor-en nadelen van TAO tijdens ziekte
   a. Voordelen
      i. TAO vermindert het stressniveau door de werkstress tijdelijk weg te nemen
      ii. TAO geeft ademruimte
      iii. TAO geeft meer tijd voor diagnostiek, tijd voor herstel en tijd om effect van medicatie te kunnen merken
      iv. TAO geeft de patiënt mogelijk het gevoel dat diens problemen serieus genomen worden
      v. TAO kan een mogelijke opening zijn tot een gesprek met de werkgever over werkaanpassingen
      vi. TAO kan mogelijk deterioratie van het ziektebeeld voorkomen
   b. Nadelen
      i. Werkgerelateerde problemen worden ontlopen/kunnen niet opgelost worden
      ii. Patiënten kunnen 'verslaafd' worden aan TAO

C. Gezondheidsperceptie, ziektebeleving en impact op het functioneren
   a. Het gevoel zichzelf niet te zijn
   b. Het gevoel van volledig uitgeput te zijn tijdens en/of na de werkdag en lang te moeten bekomen hiervan
   c. Dagelijkse/huishoudelijke activiteiten moeilijk volhouden
   d. Verminderde functionaliteit en werkcapaciteit
   e. De mening van de patiënt over (het nut van) werken
   f. De motivatie van de patiënt om te werken
   g. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de noodzaak en duur van TAO
   h. Mogelijke oplossingen die de patiënt ziet voor verminderde werkcapaciteit
   i. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de ernst van de ziekte en het te verwachten herstel
   j. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de eigen gezondheid*
   k. De persoonlijke inschatting van de patiënt over het eigen functioneren en de invloed hiervan op het werk*

D. Ziektegerelateerde factoren
   a. Ernst van de aandoening
   b. Comorbiditeiten (bv. musculoskeletale ziekte, alcoholgebruik, drugverslaving)
   c. Effect van de behandeling (inclusief bijwerkingen)
   d. Slaappatroon

E. Patiëntgerelateerde factoren
   a. Thuissituatie van de patiënt
      i. Ondersteuning vanuit omgeving
      ii. Stressoren en belasting in thuissituatie
   b. Financiële toestand
   c. Sociale of culturele context (met mogelijk sociale achterstand)
   d. Voorgeschiedenis (incl. stressvolle levensgebeurtenissen)
   e. Leeftijd*
   f. Geslacht*
   g. Opleidingsniveau*
   h. Persoonlijkheidsfactoren (bv. perfectionisme)*

F. Werkgerelateerde factoren
   a. Eigenschappen van de job (bv. uitdagend, veel autonomie, niet-stigmatiserend, op het niveau van de patiënt, veel mogelijkheden om te leren, loon, recente veranderingen op het werk, grootte van de werkplek …)
   b. Vereisten van het werk (bv. mentale, emotionele en fysieke belasting, werkuren, mogelijkheid tot pauze …)
   c. Problemen in de werkomgeving (bv. pesten, hoge werkdruk, geluidsoverlast, vervuiling …)
   d. Mogelijkheid tot aangepast werk
   e. Begrip van en band met collega's en leidinggevenden
   f. Tevredenheid over eigen job

** Criteria uit artikels over predictoren van langdurige TAO*

3. Methode

3.1 Design

Deze focusgroepstudie werd uitgevoerd volgens de Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ)-richtlijnen. (46) Een focusgroepstudie is een exploratief kwalitatief onderzoek waarbij de deelnemers de mogelijkheid krijgen om in hun eigen woorden hun mening te formuleren over een bepaald onderwerp, in dit geval over hun beslissingsproces omtrent TAO bij mentale aandoeningen. Elke focusgroep werd begeleid door twee van de auteurs: één als moderator, één als verslaggever. De focusgroepen verliepen volgens een vooropgesteld draaiboek waarbij aan de hand van een vignet de mening van de deelnemers werd bevraagd over het al dan niet voorschrijven van TAO en over de motivatie achter deze beslissing. Op deze manier werd getracht een interactieve discussie over de verschillende criteria te starten. Voor de start van de eigenlijke focusgroepen, werd een try-out georganiseerd onder de onderzoekers om het draaiboek te optimaliseren. Als tijdens de focusgroepen door de deelnemers nog aanvullende informatie werd gevraagd, werd deze informatie genoteerd om mee te nemen in alle daaropvolgende focusgroepen. Aan elke deelnemer werd gevraagd een informed consent te tekenen. De anonimiteit werd verzekerd door bij het uittypen van de focusgroepen geen namen te vermelden.

Het draaiboek van de focusgroepen alsook het informed consent zijn terug te vinden als onderdeel van de aanvraag voor de ethische commissie in bijlage 2.

3.2 Datacollectie

De vier focusgroepen vonden plaats van juni 2021 tot en met december 2021. Elke onderzoeker heeft een focusgroep georganiseerd in een van de gemeenten waar zij tijdens de master-na-master huisartsgeneeskunde als HAIO stage heeft gelopen. Zo werd een goede geografische spreiding over heel Vlaanderen gecreëerd. De lokale kwaliteitsgroep (LOK-groep) van de praktijkopleider werd gevraagd om deel te nemen aan de studie via een gestandaardiseerde mail. Aangezien de focusgroep in een vertrouwde omgeving plaatsvond en doordat de deelnemers de moderator al in zekere mate kenden als collega uit de buurt, was er een veilige omgeving om open de eigen mening te kunnen delen. Er werd getracht tussen de vier en twaalf deelnemers per focusgroep te bekomen, al werd hier eenmaal van afgeweken gezien de LOK-groep net iets groter was. Er werd toegekeken op de diversiteit van de deelnemers zodat er ook voldoende spreiding was in leeftijd en geslacht. Deelnemers moesten de Nederlandse taal machtig zijn, actief zijn als huisarts in Vlaanderen en in hun dagelijkse praktijk voldoende in contact komen met patiënten met een mentale aandoening. De focusgroepen duurde minimum één uur en maximum twee uur. Van elke focusgroep werd een geluids- en/of video-opname gemaakt. Na het afnemen van de vierde focusgroep werd gekeken of deze nog veel nieuwe elementen had aangebracht ten opzichte van de vorige. Dit was niet het geval, waardoor werd besloten dat datasaturatie was bereikt.

3.3 Analyse

De verkregen geluids- en/of video-opnames werden volledig anoniem getranscribeerd door de verslaggever van deze focusgroep. De daaropvolgende data-analyse verliep volgens de Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL), gebaseerd op de 'grounded theory'-methode. (47) Daarbij werden de transcripten door alle auteurs gelezen met markering van de relevante passages. Aan de hand hiervan werd een korte narratieve samenvatting opgesteld voor elke focusgroep. Op basis van deze narratieve samenvatting werd voor elke focusgroep een 'conceptual interview scheme' samengesteld. Deze samenvattingen werden vervolgens vertaald naar overkoepelende concepten die voorkwamen in de verschillende samenvattingen. Deze werden gecontroleerd op accuraatheid en volledigheid aan de hand van het transcript van elke focusgroep. De overkoepelende concepten werden opgelijst en besproken door de vier auteurs. De relevante passages van de getranscribeerde focusgroep werden gelinkt aan deze conceptlijst. Daarna werden de passages per concept bekeken en samengevoegd tot een conclusie. Nadien werden de gevonden concepten en conclusies samengevoegd tot een coherent geheel.

De transcripten, de opgestelde schema's en de tabel met concepten en passages werden niet ingevoegd in de tekst of in de bijlagen. Deze kunnen wel te allen tijde op vraag worden bekomen bij de auteurs.

3.4 Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd en goedgekeurd door de ethische commissie UZ KU Leuven. De aanvraag tot goedkeuring en de goedkeuring zelf zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage 2 en bijlage 3.

4. Resultaten

4.1 Studiepopulatie

Er werden vier focusgroepen georganiseerd, verspreid over Vlaanderen, met een totaal van 38 deelnemers waarvan 23 mannen en 15 vrouwen. Vanwege de op dat moment geldende COVID-restricties, hebben twee van de vier focusgroepen digitaal plaatsgevonden. Alle huisartsen die zich opgegeven hadden voor deelname, waren aanwezig tijdens de focusgroepen.
In tabel 3 wordt de demografie van de deelnemers beschreven.

Tabel 3: Details van focusgroepen en demografie van deelnemers

Details focusgroepen				
	Locatie	Methode	Aantal deelnemers	Nummering deelnemers
Focusgroep 1	Zele (Oost-Vlaanderen)	Digitaal	10	HA1 – HA10
Focusgroep 2	Vosselaar (Antwerpen)	Fysiek	7	HA11 – HA17
Focusgroep 3	Brugge (West-Vlaanderen)	Fysiek	7	HA18 – HA24
Focusgroep 4	Betekom (Vlaams-Brabant)	Digitaal	14	HA25 – HA38

Demografie van deelnemers (totaal: 38 deelnemers)			
Geslacht deelnemers		Omgeving	
Man	23 *(61%)*	Landelijk	23 *(61%)*
Vrouw	15 *(39%)*	Stedelijk	11 *(29%)*
Leeftijd deelnemers		Praktijkvorm	
20-30j	3 *(8%)*	Solopraktijk	12 *(32%)*
31-45j:	7 *(18%)*	Solopraktijk + HAIO	1 *(3%)*
46-60j:	13 *(34%)*	Duopraktijk	4 *(11%)*
> 60j	11 *(29%)*	Groepspraktijk	16 *(42%)*
Jaren actief als huisarts		Multidisciplinair centrum	*1 (3%)*
0-5j	3 *(8%)*	Gemiddelde leeftijd praktijkpopulatie	
6-15j:	7 *(18%)*	< 18j	15%
16-30j:	9 *(24%)*	18-25j	15%
> 30j	15 *(39%)*	26-65j	40%
		> 65j	30%
		Hoe vaak patiënten met mentale aandoeningen	
		1-2x/maand	1 *(3%)*
		1-2x/w	6 *(16%)*
		1x/d	9 *(24%)*
		> 1x/d	18 *(47%)*

NB: vier deelnemende artsen vulden de doorgemailde vragenlijst niet in

4.2 Overkoepelende categorieën

Uit de focusgroepen blijkt dat de beslissing tot het voorschrijven van TAO wordt genomen op basis van multipele factoren die allemaal samen in één totaalplaatje dienen gezien te worden. Alle factoren die aan bod zijn gekomen tijdens de focusgroepen kunnen geclusterd worden in zeven categorieën die terug te vinden zijn in tabel 4.

Tabel 4: Categorieën uit focusgroepen	
1.	Effecten van werken tijdens ziekte
2.	Effecten van TAO tijdens ziekte
3.	Gezondheidsperceptie van de patiënt en impact op het functioneren
4.	Ziektegerelateerde factoren
5.	Patiëntgerelateerde factoren
6.	Factoren gerelateerd aan de werkomgeving
7.	Huisartsgerelateerde factoren

4.2.1 Effecten van werken tijdens ziekte

Positieve effecten van werken

Tijdens de focusgroepen kwam naar voren dat naar het werk gaan soms een manier is om een ongunstige thuissituatie te ontvluchten. *"Het kan natuurlijk evenzeer dat haar huwelijk of haar gezin misschien nog een pak meer stress meebrengt. Dat je haar eigenlijk geen plezier doet met ze uit haar werksituatie te halen." (HA8)* De deelnemers gaven aan dat ze in deze gevallen de patiënt soms liever aan het werk laten blijven. Werken kan voor sommige patiënten ook een bron van afleiding zijn, om zo hun gedachten te kunnen verzetten.

Deel uitmaken van de maatschappij door aan het werk te blijven werd ook als iets belangrijks aangehaald. Daarbij aansluitend hoort ook het positief effect van zich nuttig voelen in zijn job. Een van de huisartsen verwoordde het als volgt: *"Ik vind, mensen die alleen thuis zitten, dat die zich dan dikwijls een beetje lusteloos voelen, nutteloos voelen, uitgerangeerd." (HA23)* De structuur die aan het werk blijven biedt, is ook iets dat wordt meegenomen in de beslissing over het al dan niet voorschrijven van TAO. Huisartsen zijn ook geneigd patiënten minder lang thuis te schrijven als ze aangeven energie te halen uit het werk. Werken kan ook ontspannend zijn, wat ook een reden is om geen TAO te schrijven.

Meerdere deelnemers beaamden dat het werk ook voor een sociaal netwerk en sociale contacten kan zorgen, zeker als de patiënt aangeeft veel steun te krijgen van collega's. Vooral als de patiënt hier zelf belang aan hecht, zijn huisartsen minder geneigd om TAO voor te schrijven. Op het werk zijn biedt tevens sociale controle en maakt dat de patiënt niet alleen thuis moet zitten. Ook dit kan een mogelijke motivator zijn om patiënten aan het werk te houden, zeker bij iemand met suïcidegedachten.

Werken kan dus om verschillende redenen de mentale toestand van de patiënt helpen verbeteren. *"Ik denk dat je gewoon als arts met haar moet aftoetsen in hoeverre dat een werksituatie kan bijdragen aan de stabilisatie van haar mentale toestand. Of dat het de collega's zijn of dat het nu is zich nuttig te voelen of dat het nu het koffieapparaat of het zicht van haar bureau is, het is al om het even wat." (HA7)*

Negatieve effecten van werken
Tijdens de focusgroepen werd aangehaald dat men als huisarts soms schrik heeft om het ziektebeeld te doen verergeren door de patiënt wel aan het werk te laten. Men is in dat geval sneller geneigd TAO voor te stellen aan de patiënt om zo evolutie naar een burn-out of ernstige depressie te vermijden. Zeker als de oorzaak van de mentale problemen zich in de werksfeer bevindt, zoals bij herstructureringen of een mogelijk nakend ontslag, zijn huisartsen eerder geneigd om TAO voor te schrijven. "*Ik zou haar ook wel thuis schrijven. Als ik het lees, zie je toch wel dat eigenlijk de problemen en haar 'minder goed voelen' werkgerelateerd zijn. Ze kan wel nog genieten van het gezin en van haar ontspanning, maar de herstructurering op het werk denk ik dat een grote rol in haar stressprobleem speelt." (HA30)*

Indien aan het werk blijven risico's inhoudt omdat de aard van de job bepaalde verantwoordelijkheden met zich meebrengt, zoals het besturen van zware machines, is men eerder geneigd om de patiënt thuis te schrijven. *"Ik denk dat je dan moet kijken welk belang die job dan heeft, of het daar levensbedreigend is of dat de verantwoordelijkheid echt heel groot is." (HA10)*

Patiënten met een depressie die aan het werk zouden blijven, hebben ook minder tijd om tot rust te komen en te recupereren. Over uitputting aan het einde van de werkdag werd het volgende gezegd: *"De mentale druk is groot en de mentale rust en recuperatie wordt minder en minder." (HA33)*

4.2.2 Effecten van TAO tijdens ziekte

Positieve effecten van TAO
Het bieden van rust werd in elke focusgroep aangehaald als een factor die sterk doorweegt om TAO voor te schrijven. "*Het is vooral het feit dat je ze tijd geeft, tijd schenkt om tot rust te komen in hun hoofd. Dan zeg ik dikwijls van te gaan sporten, op tijd slapen, probeer uw ritme er terug in te krijgen, zorg eens dat je wat meer tijd hebt voor uzelf." (HA16)* Hiermee samenhangend creëert TAO ook de ruimte voor de patiënt om alles op een rijtje te zetten. Zo kan de patiënt nadenken over de tevredenheid binnen de huidige job en hoe de druk, zowel op het werk als privé, verminderd kan worden. "*Denk eens na over uw werk, of je daar nog gelukkig in bent. Het is niet de TAO op zich, het is eerder het geven van tijd, dat de mensen rustig de tijd hebben om na te denken.*" *(HA16)* Tevens biedt TAO de tijd om vroegere hobby's terug op te nemen, waar de patiënt energie uit kan halen om zo de draagkracht te vergroten. TAO heeft ook als voordeel dat het stress en druk op het werk wegneemt en tijd creëert voor het huishouden. *"Misschien kan ze die week gebruiken om zaken die zijn blijven liggen, de was, de strijk … af te werken. Dat sleept ze ook mee, geeft extra druk." (HA13)* Huisartsen geven ook toe dat TAO vaak de gemakkelijkste oplossing is om deze ruimte te creëren. "*Op veel andere vlakken is er niet direct zo'n kant-en-klare oplossing als op het werk. En dat is eigenlijk een heel gemakkelijke manier om een deel van de belasting te gaan wegnemen. Terwijl dat op andere vlakken veel moeilijker is." (HA1)*

TAO kan in de diagnostiek een belangrijke rol spelen. Een kortdurende TAO kan helpen bij de differentiaaldiagnose: zijn ze overspannen en hebben ze voldoende aan wat rust of gaat het probleem dieper? Zit de oorzaak van het probleem op het werk of eerder in de thuissituatie? *"Ik denk dat je met een week thuis of twee weken thuis al heel veel kunt uitmaken van: hoe diep zit ze?". (HA15)* Ook kan het helpen in de beslissing of er al dan niet verdere behandeling vereist is. "*Want misschien met gewoon een paar nachten goed te slapen voelt ze zich al zodanig veel beter dat een antidepressivum niet nodig is.*" *(HA6)* Als artsen dus twijfelen aan de diagnose of aan de noodzaak van behandeling zijn ze geneigd om een korte periode TAO voor te schrijven om daarna de patiënt terug te zien voor herevaluatie.

Een ander voordeel van TAO is dat het nuttig kan zijn voor behandeling. Enerzijds kan de TAO op zich therapeutisch werken, bv. leren loslaten bij perfectionisme. "*… neem een keer aan dat je alles niet perfect kunt doen, dat je misschien een keer jouw werk in de steek kunt laten. Als het ware zou in dat geval thuisblijven, als perfectionisme er onder zit, ergens therapeutisch kunnen zijn." (HA9)* TAO kan ook als motivatie of voorwaarde tot behandeling worden ingeschakeld. Wanneer een patiënt niet gemotiveerd is om behandeld te worden, zijn artsen minder geneigd om TAO voor te schrijven. *"En als mensen thuis zitten en eigenlijk geen stappen zetten of geen zaken ondernemen om ook effectief behandeld te worden, dan vind ik dat moeilijker om ze maar te blijven thuis schrijven, als ze eigenlijk niet zelf actief gaan deelnemen aan dat herstelproces." (HA1)*

In een van de focusgroepen werd aangehaald dat kortdurende TAO langdurige TAO kan voorkomen. "*… en daar toch inderdaad eventueel over TAO spreken of durven naar voren te brengen om ze net niet dieper te laten gaan en ze dan in een burn-out te krijgen of helemaal in een depressie waarbij dat ze maanden uit zijn*." *(HA7)*

Als laatste werd aangehaald dat korte TAO ook zinvol kan zijn bij de opvolging van een patiënt. Door slechts een korte periode voor te schrijven (bv. één week), zal de patiënt sneller op raadpleging moeten komen en kan die meer nauwgezet opgevolgd worden tijdens een langere periode van TAO.

Negatieve effecten van TAO

Er kwam uit één van de focusgroepen naar voren dat een patiënt met TAO meer tijd heeft om te gaan piekeren. Dit is eerder een argument om de patiënt aan het werk te houden. "*Er is geen enkele reden om aan te nemen dat als ze thuis zit te piekeren dat ze dan minder depressief wordt." (HA9)*

Voornamelijk in het kader van angststoornis werd het risico op vermijdingsgedrag genoemd als argument om patiënten toch eerder aan het werk te houden. Bij andere stoornissen kwam deze factor niet spontaan naar voren. *"… je moet een beetje opletten dat de TAO die gewenst is, dat het geen vermijdingsgedrag is. Dat het niet … dat het geen deel van de ziekte is." (HA6)*

Een ander nadeel dat de beslissing van de huisartsen beïnvloedt, is de invloed van de TAO op de band met de collega's. TAO kan leiden tot verminderd begrip van de collega's, omdat zij het werk van de zieke collega zullen moeten opvangen. *"Als er natuurlijk collega's haar werk gaan moeten overnemen omdat zij er niet is, dan zullen ze in het begin misschien nog wel begripvol zijn, maar dan gaan die het ook moeilijk krijgen." (HA32)*

Uit de focusgroepen kwam ook stress voor werkhervatting naar voren als factor die TAO, en dan voornamelijk de duur ervan, mee bepaalt. Kortdurende werkonbekwaamheid kan leiden tot meer stress bij de patiënt naarmate het einde van deze periode nadert. Ze voelen zich mogelijk nog niet klaar om het werk te hervatten, ervaren stress om het werk op de hoogte te moeten brengen dat ze langer afwezig zullen zijn … Langere TAO voorschrijven vermindert deze stress bij zowel de patiënt als diens werkgever. "*Ik merk in de praktijk wel dat dat soms stress geeft als ze dan veertien dagen en dan nog eens veertien dagen TAO krijgen. Zowel voor de patiënt als voor de werkgever is dat soms stressvoller dan in één keer een maand." (HA29)*

TAO kan de werkdruk soms vergroten doordat tijdens de periode van ziekte het werk van de patiënt blijft liggen, waardoor de druk nog groter is wanneer ze het werk terug hervatten.

Volgende factoren werden ook kort aangehaald tijdens de focusgroepen als redenen om de patiënt niet arbeidsongeschikt te schrijven: angst om de job te verliezen en mogelijkheid tot verslaving aan TAO.

4.2.3 Gezondheidsperceptie van de patiënt en impact op het functioneren

Tijdens de focusgroepen kwam duidelijk naar voren dat de wens van de patiënt moet bevraagd worden. *"Wat dat ik hier zou doen is eerst een keer navragen bij die patiënt wat ze zelf … hoe dat ze het zelf ziet." (HA10)* Als een patiënt het nodig acht voor het herstelproces om thuis te blijven, wordt dat meestal gerespecteerd. Indien de patiënt juist vraagt wel aan het werk te blijven, wordt dit ook in de meeste gevallen gerespecteerd. *"Als de patiënt zegt van 'Goh, ik wil eigenlijk niet thuis zitten van het werk, ik wil wel aan het werk blijven' dan ga ik daar ook in mee." (HA23)* Een snelle herevaluatie is dan wel aan de orde. *"Ik laat ze dan altijd wel op korte termijn terugkomen, op termijn van één à twee weken, om op te volgen hoe het gaat. En vaak zie je dan toch wel dat ze dan tot inkeer komen en dat ze dan zien dat het toch niet gaat om aan het werk te blijven en dat er dan alsnog een TAO volgt". (HA1)* Eén van de deelnemers verwoordde het zelfs als volgt: *"Ik denk dat in de meeste gevallen het de patiënt is die zijn werkonbekwaamheid en de duur van zijn werkonbekwaamheid bepaalt en niet wij. Ik denk dat wij uiteindelijk weinig in de pap te brokken hebben." (HA9)*

De wens van de patiënt is echter niet allesbepalend. Uit de focusgroepen bleek dat huisartsen steeds goed bevragen wat de onderliggende reden is dat patiënten al dan niet thuis willen blijven. Indien de huisarts aanvoelt dat de patiënt om een onterechte reden om TAO zou vragen, confronteren ze de patiënt hiermee. *"Dan gaan ze goed aan mij moeten uitleggen waarom dat ze willen thuisblijven." (HA19)* Het is belangrijk dat patiënten hun situatie goed kunnen inschatten om te kunnen nadenken over eventuele TAO. *"Ik vind het ook altijd belangrijk dat de patiënt het ganse plaatje snapt, want anders kan je nooit tot een oplossing komen." (HA26)* Zo is het voor de huisarts belangrijk dat de oorzaken van de mentale problemen min of meer gekend zijn en/of dat TAO daarin een deel van de oplossing kan zijn. *"Wat zuigt haar leeg? Wat maakt haar zo vermoeid? Is dat voornamelijk werkgerelateerd of is dat eigenlijk eerder in de privé?" (HA16)*

Ook de visie van de patiënt omtrent de ziekte zelf speelt een rol, echter vooral op de duur van TAO. Wanneer een patiënt aangeeft zich te schamen over het hebben van een psychische ziekte, schrijven artsen kortere periodes van TAO voor. *"Het is misschien ook voor die patiënte tegenover haar werkgever of personeelsdienst gênant van direct van een maand te spreken … Ze durven dat inderdaad soms niet zeggen." (HA23)*

Huisartsen houden rekening met het functioneren van de patiënt in de werk- en de thuissituatie. Indien men minder goed functioneert op het werk, schrijft men sneller TAO voor *"… want als je natuurlijk te veel fouten begint te maken omdat je je niet kan concentreren, dan wordt het moeilijk om te blijven werken." (HA3)* Indien men enkel thuis minder goed functioneert, weegt het minder hard door. *"Ik denk dat ze een keer op de feiten moet gewezen worden dat ze zo in feite niet meer door kan gaan, dat ze haar leven moet reorganiseren. We kunnen haar daarvoor thuis zetten, maar niet lang." (HA18)* Sommige artsen kijken niet alleen naar het functioneren nu, maar ook naar het later te verwachten functioneren en schrijven hierdoor sneller TAO voor. *"Als ze op deze manier doorgaat, gaat ze wel fouten maken. We moeten niet wachten totdat ze effectief fouten maakt." (HA30)* Wanneer een patiënt aangeeft minder goed te functioneren wegens complete uitputting, is dit voor sommige artsen een argument extra om TAO voor te schrijven en vaak zelfs voor een lange periode. *"Dan mag je aannemen dat die overbelast is, dat de werksituatie duidelijk niet te combineren is. Dan ga ik ook mee in werkonbekwaamheid." (HA23)*

Als laatste factor vinden huisartsen het belangrijk de motivatie om te gaan werken na te gaan. Dit heeft niet zozeer een invloed op de TAO zelf, eerder op de termijn waarop een huisarts de patiënt zal terugzien. Artsen willen hen dan sneller opvolgen om langdurige arbeidsongeschiktheid te vermijden en schrijven dus eerder een kortere periode van TAO.

4.2.4 Ziektegerelateerde factoren

De ernst van de aandoening speelt een belangrijke rol bij het al dan niet voorschrijven van TAO. Iemand met milde symptomen kan eventueel nog aan het werk blijven indien gewenst. Bij een patiënt met een uitgebreide symptomatologie raden huisartsen toch eerder aan van thuis te blijven. *"Ik volg de collega's voor een groot stuk, hoewel daar bij mij toch een aantal alarmbelletjes afgaan als ik zie dat iemand zowel inslaap- als doorslaapstoornissen heeft, inderdaad stemmingsstoornissen heeft, anhedonie vertoont, prikkelbaar is, niet echt suïcidaal is maar daar toch eigenlijk een heel depressieve stemming heeft … in mijn ervaring zijn dat heel vaak ook patiënten die je tegen zichzelf moet beschermen". (HA7)* De duur dat de aandoening al aanwezig is bepaalt ook mee hoe lang een patiënt arbeidsongeschikt zal zijn. *"De periode dat ze al aan het 'struggelen' zijn, geeft ook wel aan hoe lang het gaat duren voordat ze er terug bovenop gaan zijn." (HA32)*

De uiteindelijke diagnose is ook belangrijk, voornamelijk om de duur van de TAO te bepalen. *"Maar hoe lang je ze thuis schrijft hangt toch wel af van de diagnose. Een depressie en een burn-out zijn niet even lang thuis. Surmenage pak ik op een andere manier aan dan een angststoornis." (HA37)* Bij angststoornissen waren de deelnemende artsen het over het algemeen eens dat patiënten best zo kort mogelijk uit de werkcontext worden gehaald. Dit om ongewenst vermijdingsgedrag te voorkomen zoals eerder vermeld. De noodzaak van TAO is hierbij volgens de artsen ook minder aanwezig, behalve als er sprake is van paniekaanvallen of als de ziekte sterk invaliderend is voor de uit te voeren job. Patiënten met surmenage worden ook slechts beperkt in tijd op TAO gezet, aangezien er bij surmenage een eind aan het probleem wordt gezien. Alle huisartsen waren het eens dat patiënten met een burn-out vaak langdurig arbeidsongeschikt zijn en dit ook nodig hebben voor een goede recuperatie. Bij een depressie is het sterk situatieafhankelijk. Bij een majeure depressie is er ten minste tijdelijk TAO nodig. Bij een gematigde depressie, waarbij de symptomatologie het de patiënt toelaat nog te functioneren op het werk, kan aan het werken blijven juist een structuur aanbieden die positief is voor het herstel.

Indien er suïcidaliteit aanwezig is, in welke mate dan ook, willen huisartsen vaak voorzichtig zijn. Huisartsen opteren dan meestal voor TAO. *"Ik kan me inbeelden als je met zo'n gedachten zit, dat je je helemaal niet meer kan concentreren op het werk en dat dat gewoon niet gaat." (HA27)* Al zien sommige artsen in dit geval het voordeel in van sociale controle op het werk, zoals reeds eerder aangehaald. Veelal verkiezen huisartsen om deze patiënten zo snel mogelijk naar de tweede lijn te verwijzen voor verdere hulp, al dan niet met een ziekenhuisopname.

Ook de eventuele behandeling, medicamenteus en/of psychotherapeutisch, wordt meegenomen in de beslissing over TAO. Sommige medicatie heeft tijd nodig om in te werken, wat bijgevolg ook mee de duur van TAO bepaalt. *"Als ik inderdaad bv. een licht antidepressivum ga voorschrijven, wordt dat sowieso veertien dagen, want dat heeft inlooptijd nodig." (HA18)* Ook voor de opstart van therapie bij een psycholoog is tijd nodig. Indien de patiënt reeds een behandeling volgt en deze slaat aan, is TAO vaak niet meer noodzakelijk. *"Ze werkt en ze voelt zich al beter, waarom moet je ze dan thuis zetten?" (HA23)* Indien de resterende symptomatologie te ernstig is, blijft een time-out aan de orde. *"Als ze blijft deze klachten beschrijven? Dan denk ik ongeacht wat dat ze doet dat ik toch geneigd zou zijn om die thuis te schrijven." (HA26)* Huisartsen gebruiken de periode van TAO ook om de tolerantie van de medicatie af te wachten. Zo bestaat de kans dat sommige patiënten slecht reageren op de opstart van bepaalde (verdovende) medicatie waardoor bijvoorbeeld autorijden niet aangewezen is. *"Als ze slaapmedicatie neemt en een antidepressivum en ze moet naar het werk rijden met de auto, dat is ook al een bijkomend probleem." (HA9)*

4.2.5 Patiëntgerelateerde factoren

De voorgeschiedenis van de patiënt is voor veel artsen een belangrijke factor. Zo speelt het een rol of er een voorgeschiedenis is van mentale aandoeningen. Als de patiënt in het verleden al een burn-out of depressie heeft gehad, zijn artsen sneller geneigd om TAO te schrijven. *"Als je weet dat iemand bijvoorbeeld al heel lang thuis geweest is in het verleden, misschien dan beter net iets te snel zelf ook aan de alarmbel trekken dan dat je die te lang en te ver over de grens laat gaan." (HA5)* De ernst van de vroegere aandoening en de specifieke diagnose zijn daarbij belangrijke determinanten. Vaak zullen patiënten met een psychische voorgeschiedenis ook zelf voorzichtiger zijn: *"Ze gaat dikwijls al zeggen: 'ik heb vroeger al een depressie gehad en ik wil niet in hetzelfde terechtkomen'." (HA16)* Voor veel artsen is het ook belangrijk of een patiënt al eerder gelijkaardige psychische klachten heeft aangegeven. *"Als dat iemand is die al heel vaak met hetzelfde verhaal gekomen is waarvan je altijd denkt 'die zit hier heel fel op haar limieten, die botst heel lang al op haar reserves' dan denk ik dat dat ook meespeelt in uw beslissing daarin. Hoe hard dat je gaat motiveren om thuis te blijven." (HA5)* Ook de levenservaringen van een patiënt spelen een rol. Zo haalde een arts aan dat stressvolle levensgebeurtenissen voor hem een heel belangrijk aspect is in de beslissing.

Daarnaast maakt het ook uit of de patiënt in het verleden al veelvuldig om TAO kwam vragen. Veel artsen zijn hierdoor meer op hun hoede. *"Er zijn ook wel patiënten die nogal gemakkelijk vinden dat het niet meer gaat … Dat wil daarom niet zeggen dat die klachten niet serieus moeten genomen worden, maar bij die mensen ben ik toch altijd meer terughoudend om TAO voor te schrijven." (HA1)* Ze zijn hierdoor minder geneigd om lange periodes van TAO te schrijven en willen de patiënt dan liever op korte termijn opvolgen. Daarentegen is een lage absenteïsmegraad eerder een alarmteken. *"Als dat iemand is die nooit komt vragen en die dan ineens aan de alarmbel gaat trekken van 'Het gaat echt niet meer voor mij'. Ja oké, dat is meestal een heel duidelijk argument dat het dringend is." (HA8)*

Ook bepaalde karaktereigenschappen van patiënten worden mee in rekening gebracht. Zo zullen perfectionistische patiënten, patiënten met faalangst en patiënten die moeilijk grenzen kunnen trekken door sommige artsen aangespoord worden om thuis te blijven. Zeker aangezien deze patiënten vaak niet om TAO (durven) vragen. *"Ja, die hebben sowieso al veel meer kans op een burn-out omdat die de lat voor zichzelf zo hoog leggen. Als die dan falen, dan hebben die het inderdaad moeilijk om aan zichzelf toe te geven dat ze falen." (HA32)* Voor andere artsen speelt perfectionisme dan weer geen rol. Ook de draagkracht van de patiënt wordt mee in rekening gebracht. *"Je hebt mensen die zeer weinig draagkracht hebben. Dat moet je ook een beetje aanvoelen in de praktijk, dat is weer dat buikgevoel. Wat is de draagkracht van de patiënt? En wat is de draagkracht naar de sociale situatie toe, naar de werksituatie toe?" (HA19)* Meerdere artsen gaven aan dat draagkracht voor hen een heel belangrijke factor is. *"Ik denk dat vooral de draagkracht en draaglast heel hard doorwegen." (HA3)*

Over demografische eigenschappen bestaat veel meer discussie. Voor sommigen maakt het geslacht absoluut geen verschil. Anderen zijn bij mannen meer op hun hoede omdat *"het voor een man nog moeilijker is om hiermee te komen" (HA17)* en omdat bij mannen deze klachten vaak meer werkgerelateerd zijn. Daarnaast bestaat er ook over de leeftijd veel onenigheid. Voor sommige artsen is het feit dat mensen op jonge leeftijd komen verdacht voor 'simulatie', waardoor ze minder gemakkelijk TAO voorschrijven. Voor andere artsen is dit eerder een alarmteken dat op familiale voorbeschiktheid of een lagere psychosociale draagkracht kan wijzen. *"Als iemand op zo'n jonge leeftijd met een dergelijk klachtenpatroon komt, dan ga ik dat toch anders inschatten. Ik ga zo iemand misschien wat sneller thuis zetten." (HA19)* Bij een oudere leeftijd zijn sommige artsen meer empathisch. "*Als ze voor herstructureringen staat, is dat voor haar misschien wel moeilijker." (HA13)* Hierdoor schrijven ze net gemakkelijker TAO voor. Voor vele andere artsen speelt leeftijd helemaal geen rol. *"Als ze ook depressief is, of ze dan 25, 65, 35 is, dan vind ik dat je dat op dezelfde manier gaat bekijken." (HA23)* Voor sommigen artsen is de levensfase waarin de patiënt zich bevindt veel belangrijker. *"Ik denk niet zozeer de leeftijd maar eerder de levensfase van de patiënt." (HA5)* Ook over de invloed van de gezinssamenstelling is er geen eenduidige conclusie. Voor sommige artsen is het feit dat de patiënt alleenstaand is, net een reden om haar sneller thuis te schrijven. *"Dan ben ik eigenlijk nog veel soepeler met werkonbekwaamheid omdat ze vereist is in het gezin. Ik vind dat dat meetelt." (HA23)* Zij zien ook de mogelijke nadelige effecten op de familieleden. *"De kinderen moeten er niet onder lijden." (HA33)* Anderen zien net de nadelen van als alleenstaande thuis te zitten, zoals sociaal isolement en grotere impact van de financiële gevolgen. *"Als ze geen netwerk heeft waar ze op kan terugvallen is het sowieso al een moeilijke. Want als ze dan alleen thuis zit en geïsoleerd zit dan gaat ze zich nog minder happy voelen." (HA32)* "*Dan wordt het financiële aspect misschien ook belangrijker." (HA34)* Voor nog anderen speelt de gezinssamenstelling op zich geen rol, maar eerder hoe de patiënt hiermee omgaat. *"Ik denk dat dat dan ook heel erg afhangt van hoe zij die situatie zelf draagt. Want als op zich de thuissituatie goed loopt als alleenstaande moeder is dat weer anders dan dat die heel zwaar valt. Dus ik denk dat het moeilijk is om echt zo alleenstaand of samenwonend te beoordelen, maar meer hoe dat zij omgaat met de situatie en wat dat haar draagkracht is in die situatie, denk ik." (HA3)*

Ook de sociale context van de patiënt kwam tijdens de focusgroepen uitvoerig aan bod. De familiale context, zowel binnen als buiten het gezin, speelt een grote rol. Een stressvolle familiale situatie is voor sommige artsen een reden om de patiënt aan het werk te laten zoals eerder besproken. Voor andere artsen is dit net een reden om ze sneller TAO voor te schrijven. *"Hangt af hoe dat gezin in mekaar steekt. Je hebt mensen die zo in hun miserie zitten dat je denkt 'van mij hoeft die niet te gaan werken'." (HA16)* Een goede sociale context sluit TAO echter niet uit. *"Ik denk dat je je daar ook niet aan mag mispakken want mensen met een hele goeie context kunnen ook nog altijd een zware depressie hebben ondanks goede steun en goede omkadering, dus dat kan ook helemaal geen invloed hebben, maar het kan ook wel." (HA3)* De familiale context omvat veel elementen, zoals hoe steunend de echtgenoot is, eventuele spanningen of relatieproblemen met de echtgenoot, problemen met de kinderen (bv. grote zorgnood bij jonge kinderen of belasting van kinderen in de puberteit), hoe de taakverdeling thuis georganiseerd is, welke tijd overblijft voor ontspanning en druk van familie en schoonfamilie. Ook het bredere sociaal netwerk speelt een rol. Enerzijds kan een netwerk ondersteunend zijn en als vangnet fungeren. Anderzijds kan de sociale context net druk en problemen veroorzaken. *"Dikwijls voelen patiënten zich een beetje sociaal onder druk gezet om ook mee te gaan naar de Zumba, en een avondje met de vriendinnen, een avondje familie. Op den duur hebben de mensen een sociaal leven dat zorgt voor een zekere druk." (HA23)*

Ook de financiële context werd aangehaald. Voor sommige artsen speelt dit initieel geen rol, maar heeft dit wel een invloed op de lengte van TAO. *"Ik denk in eerste instantie dat dat niet het verschil maakt, maar op lange termijn wel. Op korte termijn denk ik dat die ook die time-out nodig hebben. Maar dan zal er al snel op lange termijn naar een oplossing gekeken moeten worden." (HA29)* Andere artsen gaan dit zelf aankaarten bij de patiënt: *"Houd daar rekening mee! Kun je dat aan? Is dat voor jou haalbaar? Want vaak is het een bron van negatieve energie, als er financiële problemen ontstaan." (HA19)* Nog anderen gebruiken dit als methode om in te schatten hoe ernstig de aandoening is. *"Als de patiënt dan ook direct zegt van 'die 60%, dat gaan we er maar moeten bijnemen', dan weet je wel van 'het is hier wel heel terecht'." (HA23)* Voor een enkeling speelt de financiële kant geen rol. *"Het blijft hetzelfde verhaal, dit zou geen verschil uitmaken." (HA16) "Dat is dan eigenlijk meer een sociaal probleem waar wij eigenlijk geen greep op hebben." (HA23)*

De inschatting van de omkaderende personen rond de patiënt (de 'significant others') speelt ook een rol in de beslissing. Hieronder valt onder meer de inschatting van de echtgenoot. *"Dat je dan soms ook een keer stukken van het verhaal hoort dat je van die patiënt niet gaat horen." (HA23)* Maar ook de mening van andere zorgverleners (psychologen, psychiaters, arbeidsarts) kunnen de beslissing tot TAO beïnvloeden. *"De psycholoog kan daarin wel wat advies geven over haar mentale toestand." (HA33) "Als ze al in behandeling is bij de psycholoog, wordt dat meestal samen met de psycholoog bekeken of dat ze terug klaar is om van start te gaan." (HA12)*

4.2.6 Factoren gerelateerd aan de werkomgeving

Een belangrijke factor die in elke focusgroep werd aangehaald is de mogelijkheid tot aanpassingen op het werk. Indien er aangepast werk kan voorzien worden, zal er eerder geen TAO voorgeschreven worden. *"(Aan het werk blijven) kan natuurlijk enkel als haar andere klachten redelijk onder controle zijn, ze niet te depressief is en er mogelijkheden zijn om het werk aan te passen of in gesprek te gaan op het werk om zaken aan te passen." (HA3)* Daarnaast zou ook de mogelijkheid tot deeltijds werk een rol spelen om patiënten aan het werk te kunnen houden. Er werd echter meermaals aangehaald dat voor de meeste huisartsen deeltijds werken eerder van belang is bij werkhervatting dan bij het begin van de TAO, zoals volgende quote verder verduidelijkt: "*Het maakt mij meestal niet veel uit in het begin van de TAO, omdat ik het dan belangrijker vind dat ze dan volledige rust hebben en uit de werksituatie zijn. Maar het kan wel belangrijk zijn naar werkhervatting toe*". *(HA3)*

Een factor die minder belangrijk bleek te zijn is de band met de collega's en leidinggevende en/of zij al dan niet begripvol zijn. Dit speelt voor veel artsen wel een rol in hoe ernstig de patiënt het beleeft, maar niet zozeer in de beslissing rond het schrijven van TAO. "*Dat is gewoon een factor die de ernst van de situatie van de patiënt op zich bepaalt, maar geen factor die apart in rekening kan worden gebracht, denk ik"*. *(HA1)* Voor anderen speelt de band met collega's en leidinggevende enkel een rol als de patiënt normaal niet snel klaagt. Opvallend genoeg werd in twee focusgroepen aangehaald dat enkel indien pestgedrag op de werkvloer bewezen kon worden, het wel een rol speelt in hun beslissing. "*Alleen als daar objectieve bewijzen van zijn. Als er dus werkelijk aantoonbare pesterijen of zo zijn dan wel. Maar voor de rest … hoe kunnen wij oordelen over mensen, collega's die we nooit gezien hebben? Wie van de twee heeft er gelijk? Daar kunnen wij niet over oordelen." (HA9)*

De vereisten en verantwoordelijkheden van een job spelen ook een rol. Indien de job fysiek belastend is, is men sneller geneigd TAO voor te schrijven. Zoals reeds aangehaald zal ook bij patiënten met een gevaarlijke job sneller TAO voorgeschreven worden. Ook eigenschappen van de job kwamen aan bod, zoals een recente herstructurering op het werk of weinig kansen krijgen om de eigen ambities waar te maken. Deze eigenschappen kunnen de stress op het werk vergroten en maakt dat huisartsen meer geneigd zijn om TAO voor te schrijven.

Het statuut van de job speelt minder een rol in het voorschrijven van TAO. Het beïnvloedt eerder de duur van de TAO. "*Bij leerkrachten bijvoorbeeld dat er pas vervanging gezocht wordt als ze langer dan twee weken thuis zijn*." (*HA29)* Bij patiënten die werken als zelfstandige zal men sneller op zoek gaan naar structurele oplossingen om de werkdruk te verminderen dan dat men TAO voorschrijft aangezien deze patiënten hier vaak niet voor openstaan. *"Misschien bij een zelfstandige ook sneller naar structurele oplossingen zoeken van 'hoe kan je het werk wat delegeren of andere mensen inschakelen?'. Zo op die manier proberen de werkdruk wat te ontlasten door praktische aanpassingen in het werk zelf." (HA29)* Daarnaast werd er ook aangehaald dat zelfstandigen zelden een arts zullen consulteren met deze problematiek en dit dus ernstig dient genomen te worden. Artsen zullen deze patiënten dan ook proberen te motiveren om thuis te blijven en/of om de werkdruk te verlagen.

De werkcontext omvat ook het welbevinden op het werk en de plezierbeleving van de job. Wanneer patiënten aangeven hun werk niet meer graag te doen, was de algemene consensus van de deelnemers om niet of slechts kortdurend TAO te schrijven. TAO zal in dit geval het probleem niet oplossen, waardoor veranderen van werk wordt aangeraden in deze gevallen. *" 'Ik doe mijn job niet graag' … dan is mijn antwoord eigenlijk nogal logisch van 'Ja, dan moet je een andere job zoeken', dat is niet op te lossen met thuis te blijven." (HA9)* Een van de huisartsen maakte hierover de opmerking dat de reden waarom patiënten hun job niet meer graag doen, hier wel een rol in speelt. Is het ten gevolge van de mentale problemen of zijn de mentale problemen juist ontstaan omdat de patiënt diens job niet meer graag doet?

4.2.7 Huisartsgerelateerde factoren

Wat het meeste aan bod kwam was het als huisarts kennen van de patiënt en diens context. Een van de huisartsen beschreef het als volgt: *"Ik vind dat je als huisarts, als je de mensen al een tijdje kent, heel veel elementen al kent." (HA12)* Er wordt duidelijk een onderscheid gemaakt tussen een persoon die voor de eerste keer bij de huisarts op consultatie komt of een persoon die ze al langer kennen. Bij iemand die ze nog nooit eerder gezien hebben, zijn de artsen meer terughoudend om (langdurige) TAO voor te schrijven. Meerdere huisartsen gaven aan dat ze goed kunnen inschatten wie voor hen zit en hoe gemakkelijk die persoon om TAO komt vragen. Dit beïnvloedt dan ook mee hun beslissing. Een andere arts merkte wel op dat er hieraan een valkuil verbonden is, namelijk dat artsen soms vooroordelen hebben over hun patiënt en dat deze vooroordelen hun beslissing over TAO mogelijk kunnen beïnvloeden. Daarnaast speelt ook de geloofwaardigheid van de patiënt en hoe deze zijn verhaal brengt een rol. *"De manier waarop ze dat (hun verhaal) brengen is heel belangrijk." (HA13)* Sommige huisartsen gaven aan dat als ze twijfelen over het verhaal van de patiënt ze eerder geneigd zijn om de patiënt maar kortdurend thuis te schrijven om op termijn de situatie beter te kunnen inschatten.

Wat ook naar voren kwam in de gevoerde gesprekken is de angst van de huisarts voor een negatieve afloop of een verkeerde inschatting van de patiënt. Het risico dat een patiënt na het niet voorschrijven van TAO zelfmoord zou plegen was voor één huisarts een reden om net wel TAO voor te schrijven. Deze huisarts verwoordde het als volgt: *"Het blijft altijd een subjectieve inschatting waarin dat je u kan vergissen. En als je tegen die patiënt zegt van: 'Ja, ik vind dat je toch moet gaan werken omdat je zogezegd thuis wat een plantrekker bent' om hem dan de dag nadien aan een koord te vinden … ik zou dat toch niet willen tegenkomen. Ik zou in zo'n geval, zelfs al twijfel ik en is het misschien een plantrekker, ik zou het toch doen, ik zou het risico niet pakken." (HA9)* Ook het risico op arbeidsongevallen wordt mee in rekening genomen. *"Het blijft een zware verantwoordelijke beslissing, als dat verkeerd afloopt … , als dat aanleiding geeft tot een zwaar werkongeval waarbij die patiënt met een zaagmachine zijn hand kwijtgeraakt, dan ben jij voorgoed verantwoordelijk." (HA9)*

Daarnaast kwam ook de angst om de patiënt te verliezen naar voren. Wanneer een huisarts niet ingaat op de vraag tot TAO, zal de patiënt mogelijk naar een andere huisarts gaan om daar toch TAO te krijgen: *"Als je afblokt, de patiënt gaat elders consulteren." (HA23)* Zeker bij beginnende huisartsen speelt dit een rol. Oudere huisartsen hebben vaak al een gevestigd cliënteel.

Uit enkele focusgroepen kwam ook nog de opmerking dat artsen ook een economische en maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben en dat het belangrijk is om als arts na te denken over de bredere impact van de attesten die je voorschrijft.

Ervaring of de duur van de loopbaan kwam ook als factor naar voren. Hoe langer een arts bezig is, hoe beter hij zijn patiënten kent en kan aanvoelen. *"Je voelt - als je zoveel jaar bezig bent - aan met je ellebogen van 'iemand is een simulant' of iemand heeft het echt moeilijk. Maar dat is een sterk aanvoelen hé. Dat kweek je ook maar met een beetje bezig te zijn." (HA23)* Volgens de deelnemers hangt dit natuurlijk ook samen met de leeftijd van de arts: hoe ouder de arts, hoe meer ervaring hij normaal gezien heeft.

Ook het huisartsentekort met de daaruit volgende drukte op de praktijk werd als factor aangehaald door een van de deelnemers. Doordat patiënten soms enkele dagen moeten wachten vooraleer ze op afspraak kunnen komen, worden artsen bijna verplicht om TAO te schrijven voor de dagen die de patiënt reeds thuis is gebleven in afwachting van de consultatie.

4.3 Moeilijkheden bij het voorschrijven van TAO

Tijdens de focusgroepen haalden meerdere huisartsen aan dat ze beslissen over TAO moeilijk en vervelend vinden. Een van de artsen formuleerde dit zelfs als volgt: *"Ik vind, een attest maakt het voor ons een waardeloze, denigrerende job." (HA23)* Dit heeft onder andere te maken met enkele moeilijkheden die de huisartsen ondervinden bij het maken van deze beslissing.

Zo vinden meerdere artsen dat het inschatten van TAO een zeer subjectief gegeven is. Artsen beschreven dit als "*natte vingerwerk" (HA6, HA7, HA9)*, *"weinig evidence based, meer experience based" (HA7)*, *"een totaalplaatje dat heel casusgebonden is" (HA3)*, *"een toegepaste wetenschap en geen exacte" (HA18)* en "*een buikgevoel*" *(HA19)*. Het is hierbij dan ook moeilijk in te schatten wanneer de voordelen van TAO opwegen tegen de nadelen. Een van de huisartsen zei daarover het volgende: *"Ik vind dat één van de moeilijkere dingen eigenlijk. Ik vind dat één van onze grote wapens als huisarts, TAO, maar hoe zet je ze goed in? Wanneer is het niet overdreven? Wanneer doe je niet meer kwaad dan goed met iemand uit de werksituatie te halen?" (HA6)* Het is vaak ook niet gemakkelijk om in te schatten wat de ideale duur van die TAO is. Zoals reeds aangehaald kan eenzelfde duur andere effecten hebben op verschillende patiënten: een korte TAO geeft mogelijk stress naar werkhervatting toe, maar langere TAO kan tot schaamte leiden. Ook bepaalde praktische factoren hebben een invloed, waarvan er hierboven reeds een aantal werden aangehaald (bv. minimumduur van veertien dagen om vervanging te krijgen als leerkracht, financiële moeilijkheden …). Een extra factor die daarbij aan bod kwam is de dag van aanmelden. Een deelnemer beschreef dit laatste als volgt: *"Komt die patiënte in het begin van de week dan een week. Komt die in de helft van de week, dan ga ik die dikwijls anderhalve week TAO geven." (HA16)*

Voor meerdere huisartsen is het ook moeilijk dat ze niet kunnen inschatten hoe de werkcontext er werkelijk uitziet. *"Als je de sector niet kent, kun je dat niet inschatten." (HA23)* Hierdoor wordt het lastig om in te schatten welke aanpassingen er op het werk mogelijk zijn. Het moeilijk kunnen inschatten van de werkcontext komt onder andere doordat artsen voor hun inschatting van de werksituatie en hun beslissing over TAO volledig afhankelijk zijn van het verhaal van de patiënt. *"Ze kunnen zij zeggen wat ze willen." (HA20)*

Een van de deelnemers gaf ook aan dat huisartsen onvoldoende worden opgeleid om deze beslissing te nemen. Daarnaast voelde een deelnemende huisarts zich onvoldoende ondersteund in de begeleiding van arbeidsongeschikten, zeker als het over langdurige zieken gaat.

Ook de conflicterende rollen die een huisarts moet innemen kwamen aan bod. Meerdere huisartsen hebben het er moeilijk mee dat ze enerzijds de advocaat moeten zijn voor hun patiënt, maar dat ze anderzijds ook de rechter zijn die beslist over TAO en rekening moet houden met de belangen van de werkgever en de maatschappij. *"Wij staan eigenlijk op een plek om die patiënt te helpen, om heel dat verhaal met al die zes verschillende punten te horen, dat in te schatten of daar behandeling voor nodig is … en dan moeten we eigenlijk ook nog een beetje rechter gaan spelen van 'ja, jij blijft thuis of niet'." (HA6)* Voor veel artsen is deze dualiteit nefast voor de vertrouwensrelatie met de patiënt. Ook over het al dan niet meegaan in de vraag van de patiënt bestaat een tweestrijd. Enerzijds willen artsen de patiënten hun autonomie gunnen en hen niet dwingen tot TAO. Anderzijds willen ze hen ook beschermen tegen zichzelf. *"Soms moet je mensen beschermen tegen hun eigen vraag. Dat je zegt van 'Nee, ik zie dat het hier echt niet goed gaat, je moet van mij nu eens even thuisblijven'." (HA16)* Deze laatste houding kwam vooral naar voren wanneer er meerdere alarmbellen afgaan bij de huisarts over het verhaal dat de patiënt vertelt.

Daarnaast is ook het moeizame contact met andere zorgverleners - zoals de arbeidsarts, de adviserend geneesheer en de psycholoog - een probleem. *"Ik vind dat dat contact soms een beetje mankeert eigenlijk. Dat het te veel via de patiënt zelf verloopt die zaken." (HA5)* Vaak zijn patiënten ook helemaal niet op de hoogte van het bestaan van een arbeidsarts, waardoor *"het wel niet altijd evident is om de gegevens van de arbeidsarts vast te krijgen." (HA29)*

Ook werd de frustratie aangehaald dat je als arts geen garantie hebt dat je patiënt je advies tot TAO opvolgt: *"Het is natuurlijk nog altijd aan de patiënt om ons advies te volgen. Wij kunnen dat wel voorschrijven, maar wat dat die nadien met dat briefje doet, dat weten wij ook niet." (HA1) "Je kan het voorstellen maar uiteindelijk doet ze wel wat ze zelf wil." (HA15)*

Veel huisartsen gaven ook aan dat bepaalde tekortkomingen in de maatschappij ervoor zorgen dat ze TAO niet kunnen inzetten zoals ze willen. Zo is het vaak moeilijk om patiënten deeltijds het werk te laten hervatten, waardoor patiënten vaak langer volledig arbeidsongeschikt zijn dan nodig. *"De werkgever kan weigeren om u parttime te laten werken." (HA23)* Deeltijds werken wordt ook niet altijd juist ingezet*. "Als 50% betekent dat je een voltijdse op de halve tijd moet fixen, dan heeft dat natuurlijk weinig zin." (HA32)* Ook aanpassingen op het werk regelen is niet steeds eenvoudig. Daarnaast zorgen wachtlijsten voor re-integratietrajecten ervoor dat patiënten vaak onnodig lang TAO wordt voorgeschreven. Tot slot is het opstarten van een behandeling bij een psycholoog vaak geen evidentie door de lange wachtlijsten, de hoge kostprijs en de mentale drempel voor de patiënten. Deze hindernis heeft een invloed op het voorschrijven van TAO. *"Soms moet je daar tegen beter weten in mee rekening houden". (HA18)*

Ook de slechte verloning van het psychisch consult kwam naar voren. *“Er zou gewoon een nomenclatuur voor psychosociale problematiek moeten zijn” (HA26)*. Al waren er ook deelnemers die hier geen probleem mee hadden: *“Als je niet akkoord bent met ons verloningssysteem, dan moet je er maar uitstappen.” (HA23)*

Tot slot werd ook aangehaald dat sommigen patiënten misbruik maken van het systeem. *“Wie niet wil werken, zal niet werken. Dat vind ik dus verkeerd aan het systeem.” (HA23)* Ook sommige artsen durven hiervan te profiteren. *“Er zijn ook bepaalde praktijken die daarop gestoeld zijn.” (HA23)*

Mede als gevolg van al deze moeilijkheden gaven veel deelnemers dan ook aan te willen evolueren naar een systeem waarbij het voorschrijven van TAO niet meer tot het takenpakket van de huisartsen hoort, zoals dit in bijvoorbeeld Nederland het geval is. *“Ik ben jaloers op landen zoals Nederland waar dat dat niet moet, TAO schrijven. Dat zou ik een hele verrijking van onze job vinden, eerlijk gezegd.” (HA6)*

5. Discussie

5.1 Algemene bevindingen

In deze masterproef werd door middel van focusgroepen op zoek gegaan naar de criteria die huisartsen gebruiken bij hun beslissing tot voorschrijven van TAO voor mentale aandoeningen. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat dit geen gemakkelijke beslissing is, omdat veel verschillende factoren worden meegenomen in de beslissing en dat het totaalplaatje hiervan tot een uiteindelijk besluit leidt. Al deze criteria konden worden ondergebracht in zeven categorieën, waarvan één nieuwe ten opzichte van de literatuur. Tevens kwamen enkele moeilijkheden naar voren die artsen ervaren tijdens het beslissingsproces.

5.2 Terugkoppeling naar de literatuur

5.2.1 Vergelijking criteria

Per categorie zijn er een aantal gelijkenissen en verschillen met de reeds bestaande literatuur. Een vergelijkende tabel tussen de bevindingen uit de literatuur (36-39, 41-45) en uit de focusgroepen is terug te vinden in bijlage 4. Soms hebben de deelnemers van de focusgroepen bepaalde factoren uit de literatuurstudie anders geformuleerd. Daarom werden bepaalde factoren onder een andere categorie geplaatst dan in de literatuur. Andere factoren werden samengevoegd tot één concept om onnodige herhaling te vermijden.

De eerste categorie bevat de positieve en negatieve effecten van werken tijdens ziekte. Er zijn vijf nieuwe positieve effecten uit deze studie naar voren gekomen: ‘werken als afleiding’, ‘werken als bron van energie’, ‘werken als manier om te ontspannen’, ‘werken als bron van sociale contacten’ en ‘werken als manier om sociale controle uit te voeren, zeker bij aanwezigheid van suïcidaliteit’. Anders dan in de literatuur kwamen uit deze focusgroepstudie de factoren ‘werken met verminderde werkcapaciteit heeft mogelijk schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid tot gevolg’ (38) en ‘werken kan het zelfvertrouwen bevorderen’ (38) niet naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in het gebruikte vignet deze factoren niet expliciet aan bod kwamen.

De positieve en negatieve effecten van TAO tijdens ziekte vormen de tweede categorie. Binnen deze categorie zijn er negen nieuwe factoren gevonden. De nieuwe positieve effecten zijn: ‘TAO als therapeutisch middel bij perfectionisme’, ‘TAO als voorwaarde tot behandeling’, ‘kortdurende TAO ter preventie van langdurige TAO’, ‘TAO als makkelijke oplossing’ en ‘TAO als reden om patiënt op korte termijn terug te zien’. Nieuw gevonden negatieve effecten zijn: ‘tijd om te piekeren’, ‘negatief effect op de band met collega’s’, ‘stress rondom werkhervatting’ en ‘angst om het werk te verliezen’. Er werden drie verschillen met de literatuur gevonden. Ten eerste beschouwen de huisartsen uit deze focusgroepstudie de factor ‘het gevoel dat de patiënt zich serieus genomen voelt’ (38) niet als criterium om een patiënt TAO voor te schrijven. ‘TAO gebruiken als opening voor gesprek met de werkgever over werkaanpassingen’ (38) is volgens de deelnemende artsen wel nuttig in theorie, maar gebeurt weinig tot niet in de praktijk. In tegenstelling tot de literatuur werd ‘het ontlopen van werkgerelateerde problemen’ (36) in deze studie enkel benoemd in het kader van angststoornissen. Bij andere stoornissen kwam deze factor niet spontaan naar voren.

Een derde categorie is de perceptie van de patiënt en de impact op het functioneren. Binnen deze categorie zijn er drie nieuwe punten naar voren gekomen. Ten eerste vinden huisartsen het belangrijk wat de patiënt aanhaalt als 'reden om al dan niet thuis te blijven'. Daarbij aansluitend is wat de patiënt zelf aangeeft als 'grootste probleem of oorzaak van zijn klachten' een mee te nemen factor. Een derde nieuwe factor is 'schaamte van de patiënt over de diagnose naar zijn collega's/directie toe'. De factoren 'het gevoel zichzelf niet te kunnen zijn' (36) en 'mogelijke oplossingen van de patiënt voor verminderde werkcapaciteit' (36) zijn in deze studie niet bevestigd kunnen worden. Ook deze factoren werden niet expliciet bevraagd in het vignet.

Als vierde categorie worden de ziektegerelateerde factoren beschreven. De aanwezigheid van 'suïcidaliteit' wordt in deze studie als losstaande factor toegevoegd, omdat hier door de deelnemers veel aandacht op gevestigd werd. In de literatuur wordt deze factor meestal onder ernst van de aandoening geplaatst. Dezelfde redenering geldt voor de nieuwe factor omtrent 'de duur van de klachten'. Als laatste wordt ook de 'gestelde diagnose' als nieuwe factor vermeld, waarbij de huisartsen van mening zijn dat voornamelijk de duur van TAO afhankelijk is van de specifieke mentale aandoening. Twee factoren uit de literatuur die ontbreken binnen deze studie zijn comorbiditeiten (36, 39) en slaappatroon (36, 39). Dit wordt verklaard doordat deze niet apart werden bevraagd tijdens de focusgroepen. Het slaappatroon kan worden gezien als onderdeel van de symptomen, zoals vermeld in de inleiding. Bij het overlopen van de literatuur gaven sommige artsen wel aan dat dit belangrijke elementen zijn.

De vijfde categorie omvat de patiëntgerelateerde factoren. Uit deze studie komen hierin drie nieuwe bevindingen, namelijk 'de inschatting van de omkaderende personen zoals de partner en de psycholoog', 'de draagkracht van de patiënt' en 'de voorgeschiedenis van absenteïsme'. Deze laatste factor beïnvloedt vooral de duur van TAO. Een factor die niet aan bod kwam tijdens de focusgroepstudie was 'de sociale of culturele context van de patiënt' (39). Deze factor werd niet expliciet bevraagd tijdens de focusgroep. Daarnaast kwam ook het 'opleidingsniveau' (42-43), volgens de literatuur een predictor van langdurig ziekteverzuim, in deze focusgroepstudie niet naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit niet werd opgenomen in de aanpassingen aan het vignet. Een andere verklaring kan zijn dat dit misschien voor de beslissing van artsen geen rol speelt aangezien het ook niet in andere studies over TAO bij mentale aandoeningen werd teruggevonden.

Factoren gerelateerd aan het werk vormen de zesde categorie. 'Het statuut' werd in deze studie aangehaald als factor die de duur beïnvloedt, maar kwam in de literatuur niet naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat het studies uit het buitenland betreft waar er een andere wetgeving van kracht is. 'Begrip van collega's en leidinggevenden' (36, 38, 42, 44-45) kwam in de literatuur naar voren als factor die wel een invloed heeft, maar in deze focusgroepen werd hier minder belang aan gehecht. De verklaring die de deelnemers hiervoor zelf gaven is dat men zich enkel kan baseren op het verhaal van de patiënt. Het zal dus wel een rol spelen in de beleving van de patiënt en zijn algemeen welzijn, maar minder in de beslissing van de arts over TAO, tenzij er objectief pestgedrag kan worden vastgesteld.

Sommige factoren kunnen niet ondergebracht worden in de eerder gedefinieerde categorieën, maar zijn wel terug te brengen onder één noemer, met name huisartsgerelateerde factoren. Deze categorie wordt niet aangehaald in de literatuur, maar kwam desondanks in elke focusgroep spontaan naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in vorig onderzoek de focus voornamelijk op de patiënt werd gelegd, terwijl hier de beslissing in een bredere context wordt bekeken.

5.2.2 Vergelijking moeilijkheden

In deze studie worden ook enkele moeilijkheden aangekaart. De drie moeilijkheden reeds beschreven in de literatuur worden bevestigd. Er zijn nog enkele aanvullingen naar voren gekomen. Het is moeilijk dat er geen garantie is dat patiënten ook effectief het advies van de huisarts opvolgen wanneer ze TAO voorgeschreven krijgen. In België is het zo dat de patiënt de werkgever hiervan zelf op de hoogte moet brengen en dit dus geen taak van de huisarts is. Een andere frustratie die werd aangehaald is het vaak moeizame contact met andere zorgverleners, voornamelijk de arbeidsgeneesheren. Dit is mogelijk te verklaren doordat sommige artsen onvoldoende kennis hebben hoe deze op te zoeken en te contacteren zijn. Een ander heikel punt dat naar voren kwam is de mogelijke concurrentie tussen praktijken door het al dan niet 'gemakkelijk' voorschrijven van TAO. Dit kan leiden tot misbruik van TAO door patiënten.

5.2.3 Vergelijking met richtlijnen

In de richtlijnen van Domus Medica, NHG en Duodecim over depressie wordt continuatie van het werk als algemene regel gesteld. Er worden wel enkele elementen vermeld waardoor artsen kunnen overwegen om toch TAO te schrijven: werkgerelateerde problemen die de depressie onderhouden, dialoog met de patiënt, ernst van de depressie (bij ernstige depressie effecten van behandeling eerst afwachten) en de balans tussen verantwoordelijkheden op het werk en het functioneren. (28-31) Al deze elementen werden ook door de artsen van deze focusgroepstudie benoemd als criteria die zij mee in overweging nemen, maar daarnaast werden ook een hele hoop andere criteria benoemd die in de richtlijn niet aan bod komen. De puzzel van alle criteria is dus nog complexer dan de richtlijn doet uitschijnen. Voor de artsen in deze focusgroepstudie is het wel voorschrijven van TAO bij een depressie eerder de norm. Bij lichte depressie met beperkte invloed op het functioneren wordt werkcontinuatie toch overwogen.

In de richtlijnen over angststoornis staan geen aanbevelingen over TAO. (32, 33) De artsen in deze focusgroepstudie vinden dit begrijpelijk aangezien de vraag naar TAO hier ook kleiner is. Als er al TAO wordt voorgeschreven, bij sterk verminderd functioneren of paniekaanvallen, houden ze deze liefst zo kort mogelijk om vermijdingsgedrag te voorkomen.

De richtlijnen over burn-out raden aan om TAO te overwegen tijdens de crisisfase (gemiddelde duur drie weken). Zeker bij wie reeds afwezig is van het werk, als extreme vermoeidheid zorgt voor verminderd functioneren en bij gelijktijdig voorkomen van een majeure depressie. (6, 34, 35) De artsen in de focusgroepen zetten patiënten met burn-out bijna altijd op TAO, omdat de klachten per definitie werkgerelateerd zijn. Voor hen is burn-out vaak geassocieerd met TAO van enkele maanden. De gemiddelde duur van drie weken uit de richtlijnen vinden de deelnemende huisartsen dus zeer kort.

5.3 Sterktes en beperkingen

De bevraging van criteria die huisartsen gebruiken bij de beslissing omtrent TAO bij mentale aandoeningen vond nog niet eerder plaats in Vlaanderen. Hierdoor fungeert deze focusgroepstudie als pilootstudie binnen Vlaanderen. Er mag immers niet zomaar verondersteld worden dat resultaten bekomen in het buitenland extrapoleerbaar zijn naar de Vlaamse zorgcontext.

Deze focusgroepstudie werd uitgevoerd door vier onderzoekers, waardoor elke stap in de studie gecontroleerd kon worden door één of meerdere andere onderzoekers. Hierdoor verkleint de kans dat bepaalde aspecten uit de focusgroep over het hoofd werden gezien. De samenwerking maakte het ook mogelijk dat over bepaalde twijfelpunten kon gediscussieerd worden om tot een consensus te komen. Tot slot zorgde dit er ook voor dat er minder kans is op observatiebias bij het opstellen van het vignet en bij de analyse van de resultaten, doordat de andere onderzoekers een eventuele tunnelvisie konden neutraliseren.

Een andere sterkte van deze studie is dat de focusgroepen werden georganiseerd in vier verschillende provincies in Vlaanderen, waardoor het een goede representatie is van de Vlaamse huisartsenpopulatie. Het relatief groot aantal deelnemers voor een focusgroepstudie, namelijk 38 en de diversiteit aan leeftijd en praktijkvorm is tevens een sterkte van de studie. Er was bovendien een mooie afwisseling tussen artsen uit landelijke en stedelijke gebieden, al ontbraken artsen uit grootsteden zoals Antwerpen of Brussel. De verdeling van het geslacht was representatief voor de verdeling onder de Vlaamse huisartsen. In 2016 bestond het aantal geregistreerde huisartsen in het Vlaams Gewest voor 61.1% uit mannen (5947 mannelijke huisartsen op een totaal van 9732 huisartsen), waar dat in de focusgroepen 60,5% was (23 van de 38 huisartsen). (48)
Focusgroepstudies hebben wel van nature de beperking dat slechts een klein deel van de doelgroep wordt bevraagd. Dit kan eventueel opgevangen worden door in de toekomst een kwantitatief onderzoek te doen, zoals een survey-onderzoek, waarbij de resultaten van dit onderzoek aan een groter aantal artsen wordt voorgelegd om zo aan te geven welke van de gevonden factoren voor hen invloed hebben. Zo kan bekeken worden of de meningen uit deze focusgroepstudie ook breder gedragen worden.

De organisatie van de focusgroepen binnen bestaande LOK-groepen heeft zowel voordelen als nadelen. Enerzijds zorgt dit ervoor dat de artsen in een vertrouwde omgeving zijn met mensen die ze kennen, waardoor ze zich mogelijk meer op hun gemak voelen en de drempel lager ligt om het woord te nemen. Anderzijds kan het feit dat er bekende collega's aanwezig zijn er ook voor zorgen dat ze een mening die afwijkt van die van de andere deelnemers niet durven uitspreken, omdat ze bang zijn voor het oordeel van mensen waar ze later nog mee moeten samenwerken. Dezelfde voor- en nadelen gelden voor het feit dat de moderator van de focusgroepen ook een collega uit de buurt is.

De ideale grootte van een focusgroep volgens COREQ is vier tot twaalf deelnemers, omdat er dan voldoende deelnemers zijn om tot een discussie met verschillende meningen te komen, maar niet te veel zodat elke deelnemer aan bod kan komen. (25) Slechts een van de vier focusgroepen voldeed niet aan deze aanbeveling en had veertien deelnemers. Hier werd voor gecompenseerd door de vooraf bepaalde tijdsindeling goed te volgen en door er tijdens het modereren extra goed op te letten dat de mening van elke arts aan bod kwam.

Het gebruik van een voorbeeldcasus zorgt ervoor dat artsen een concrete patiënt voor ogen kunnen halen en niet puur abstract over criteria moeten nadenken. De deelnemers waren hierdoor vrij om de criteria te benoemen die spontaan in hen opkwamen bij het lezen van de casus. Een vignet kan echter nooit een reëel consult vervangen. Zo gaven enkele deelnemers aan over onvoldoende informatie te beschikken in deze casus om een beslissing te kunnen nemen omtrent TAO. Ze misten onder andere meer informatie over potentiële somatische oorzaken van de klachten, details over de werk- en familiale context en verdere uitdieping van de psychische klachten. Deze werden dan wel tijdens de focusgroepen verder uitgediept en deze informatie werd meegenomen naar de volgende focusgroepen. Een bijkomend nadeel van werken met een vignet is dat de focus voornamelijk op één mentale aandoening lag, waar de andere mentale aandoeningen slechts kort bevraagd werden.

Voor de start van de focusgroepen werd het draaiboek reeds uitgeprobeerd tijdens een try-out onder de onderzoekers zelf. Hierbij was één onderzoeker moderator, een andere verslaggever en twee onderzoekers deelnemers. Door het uitvoeren van het draaiboek konden imperfecties hierin worden opgespoord en rechtgezet voor de effectieve start van de focusgroepen. Idealiter was deze simulatie gebeurd met andere deelnemers dan de onderzoekers zelf, omdat de onderzoekers mogelijk gebiased waren doordat ze het draaiboek reeds kenden. Ook het feit dat er maar twee deelnemers waren in plaats van de minimum vereiste vier kan als nadeel gezien worden.

Doordat een ideale focusgroep niet te lang mag duren, konden niet alle factoren expliciet bevraagd worden. Het vignet zou anders te uitgebreid en te complex worden om tijdens een focusgroep te bespreken. Sommige van deze factoren kwamen hierdoor niet ter sprake in de focusgroepen - zoals hierboven gemeld -, waardoor deze elementen uit de literatuur niet bevestigd of ontkracht konden worden. Dit werd wel deels opgevangen door tijdens de focusgroepen de literatuur te overlopen en te bevragen welke elementen hiervan voor de artsen het belangrijkst waren.

Op het einde van elke focusgroep werd telkens een samenvatting gegeven van wat tijdens de focusgroep gezegd was. Zo konden artsen eventuele misconcepties corrigeren of bepaalde conclusies nog nuanceren. Idealiter zouden de verwerkte resultaten van de focusgroep ook teruggekoppeld zijn naar de deelnemers om hen de kans te geven om eventuele onduidelijkheden uit te klaren en uit te diepen. Tijdens het opstellen van het protocol werd ervoor gekozen om dit niet te doen, gezien dit een extra engagement zou vragen van de artsen, die het tijdens de COVID-19 pandemie reeds zeer druk hadden.

5.4 Besluit

Deze studie bevestigt dat het voorschrijven van TAO bij mentale aandoeningen een complexe beslissing is waarin talrijke elementen een rol spelen. Naast de reeds gekende criteria uit de literatuur, wordt er in deze studie een zevende categorie geïdentificeerd, namelijk de huisartsgerelateerde factoren. Huisartsen ervaren verschillende moeilijkheden rondom de beslissing van TAO bij mentale aandoeningen, waaronder het feit dat deze beslissing een zeer subjectief gegeven is. Hoewel het vaak een gevoelsmatige beslissing is, heeft deze studie getracht dit gevoel onder woorden te brengen en te objectiveren. Zoals reeds vermeld kan deze studie een basis vormen voor een survey-onderzoek waarbij de mening van een groter aantal artsen kan bevraagd worden. Daarnaast kan deze studie ook dienen als argument in het debat rond de afschaffing van de verplichte afwezigheidsattesten in België, aangezien veel huisartsen verveeld zitten met de conflicterende rol. Tot slot kunnen de aangegeven moeilijkheden ook een signaal zijn voor de overheid om enkele verbeteringen aan te brengen zoals een aparte verloning van psychische consulten. Ook manieren om de samenwerking tussen huisartsen en andere hulpverleners in de toekomst te optimaliseren moeten verder onderzocht worden.

6. Persoonlijke reflectie

6.1 Persoonlijke reflectie van Katrien Ceulemans

Voor de masterproef in de basisopleiding deed ik een systematisch literatuuronderzoek naar de criteria die artsen gebruiken bij hun beslissingsproces over het voorschrijven van TAO bij frequent voorkomende mentale aandoeningen. Gezien hieruit slecht drie studies naar voren kwamen, raadde ik in het besluit verder onderzoek aan door middel van een tweeledige Delphi-studie. Als eerste deel stelde ik een focusgroepstudie voor om aan de hand van een grondige discussie tussen artsen zoveel mogelijk criteria aan het licht te brengen. Voor het tweede deel suggereerde ik deze criteria aan een bredere groep van artsen voor te leggen via een online vragenlijst, zodat zij konden aangeven hoeveel belang zij hechten aan elk van deze factoren. Toen werd dus al de basis gelegd voor het onderwerp van deze masterproef.

Al van bij het begin van mijn HAIO-schap werd ik zelf regelmatig geconfronteerd met het vraagstuk rond het al dan niet voorschrijven van TAO voor mijn patiënten. Het was vaak niet gemakkelijk om hierover te oordelen, zeker aangezien dit niet echt in de opleiding aan bod kwam en ik dus weinig handvaten had om mijn beslissing op te baseren. Vooral bij patiënten met mentale aandoeningen vond ik het lastig om in te schatten wanneer TAO behulpzaam zou zijn en wanneer het meer kwaad zou doen dan goed. Ook het inschatten van de duur was vaak een struikelblok. In het begin overlegde ik hierover regelmatig met een van mijn collega's, die aangaven hierbij redelijk intuïtief te werk te gaan en hier ook geen vaste regels voor te hanteren. Hoe verder mijn HAIO-schap vorderde, hoe meer ik deze beslissing zelf ook nam op basis van een soort buikgevoel. Hierin speelde de inschatting en verwachting van de patiënt een belangrijke rol.
Met mijn vroegere masterproef in het achterhoofd ontstond het idee om voor mijn MaNaMa-masterproef te kijken welke criteria dit buikgevoel bij Vlaamse huisartsen voeden en dus meegenomen worden in de uiteindelijke beslissing. Aangezien ik in mijn systematisch literatuuronderzoek al het idee van een focusgroep geopperd had, was het logisch om inderdaad met deze methode aan de slag te gaan.
In Laura, Sanne en Vera vond ik drie gemotiveerde compagnons om samen deze studie op poten te zetten. Ik ben nog steeds heel blij dat zij ook interesse toonden voor dit onderwerp en er potentieel in zagen. Als huisartsen in spe, kozen we ervoor om de studie te beperken tot de mening van huisartsen (en dus niet van bv. psychiaters).

De samenwerking tussen ons vier is over het algemeen vlot verlopen. Elke samenwerking kent natuurlijk zijn moeilijkheden, maar door goede communicatie en doordat iedereen geëngageerd was konden deze hindernissen steeds goed opgevangen worden. Zo was het soms lastig wanneer niet iedereen dezelfde aanpak had (bv. ruim op tijd de basis klaar hebben en in de resterende tijd verfijnen vs. gedetailleerd te werk gaan van in het begin maar hierdoor trager vorderen; reeds afgewerkte onderdelen niet meer aanpassen om vooruitgang te blijven maken vs. kritisch blijven kijken naar eerdere onderdelen om ook deze nog te verbeteren), maar vaak bleek een combinatie van beide aanpakken een ideale oplossing. Elk teamlid had natuurlijk ook zijn eigen schrijfstijl, maar dit werd opgevangen doordat iemand zich focuste op het herwerken van geschreven onderdelen om er een coherent geheel van te maken.
Wanneer meningen verschilden over wat relevant genoeg was om op te nemen in de masterproef, was het handig dat we met vier uitvoerig konden discussiëren om zo tot een consensus te komen. Genomen beslissingen werden dus steeds voldoende doordacht. Doordat we hierbij telkens met vier meningen rekening moesten houden, konden overlegmomenten soms wel lang duren. Het feit dat we de werklast door vier konden delen was dan weer een groot voordeel, aangezien hierdoor de combinatie van de masterproef met ons werk als HAIO, de seminaries en de lessen haalbaar bleef.

Ook was het fijn om tegen mensen die in dezelfde situatie zaten te kunnen klagen over ergernissen die eigen zijn aan het schrijven van een masterproef, zeker wanneer dit gecombineerd dient te worden met het werk als HAIO. Hierdoor waren de teamgenoten ook heel empathisch als het door omstandigheden niet lukte om een onderling afgesproken deadline te halen en werd er samen gezocht naar een oplossing. Zoals reeds aangehaald bij de sterktes en beperkingen betekende werken met vier ook dat elke stap in de masterproef door minstens één ander teamlid werd gecontroleerd, waardoor eventueel ontbrekende zaken of dingen die verkeerd begrepen werden, konden worden aangevuld en rechtgezet.
Ik ben ervan overtuigd dat de samenwerking ervoor gezorgd heeft dat we een beter eindresultaat hebben neergezet dan elk van ons afzonderlijk had kunnen afleveren.

De taakverdeling binnen het team gebeurde telkens in overleg, op een eerlijke en evenwichtige manier. Hierbij werd steeds rekening gehouden met wat diende te gebeuren in deze stap, wat elk teamlid bij vorige fasen reeds gedaan had en de tijdsinvestering die dit had gevergd, wat de sterktes van elk teamlid waren, maar ook met wat binnen de context van elk teamlid (zowel werkgerelateerd als persoonlijk) haalbaar was.
Bij de grote stappen werd het werk steeds evenredig onder ons vier verdeeld. Zo was elk van ons bij één focusgroep moderator en bij een andere verslaggever. Elk van ons typte vervolgens één transcript uit en las vervolgens alle uitgeschreven transcripten door om de relevante passages aan te duiden. Daarna overliep iedereen twee transcripten om de quotes te koppelen aan de relevante concepten. Voor de zekerheid controleerde iedereen ook de gekoppelde quotes van minstens één focusgroep. Nadien beschreef elk van ons minstens twee categorieën binnen de resultaten. Ook in de communicatie naar onze promotor toe wisselden we elkaar af. Wanneer iemand meer werk had gehad aan een bepaalde stap (bv. doordat een bepaalde focusgroep langer was), werd die persoon tijdens een volgende fase meer ontlast (bv. door bij het extraheren van de quotes kortere focusgroepen toebedeeld te krijgen).
Zoals reeds aangehaald werden ook de sterktes van elk teamlid benut. Zo kwam mijn reeds bestaande kennis over het onderwerp goed van pas bij het schrijven van de inleiding. Sanne was goed in het kritisch evalueren van een tekst, wat van pas kwam om de resultaten te stroomlijnen en onnodige herhaling te vermijden. Vera's overkoepelende blik werd ingezet bij de vergelijking van de resultaten met de literatuur. Ik bleek dan weer goed in het opstellen van duidelijke tabellen en mijn oog voor detail werd ingezet om nuances toe te voegen en om te controleren of alle onderdelen volledig en correct waren. Laura's taalgevoel maakte haar de ideale 'eindredacteur' om het geheel na te lezen op taal- en stijlfouten. Op deze manier hadden we allemaal ons faire aandeel in de finale vorm van de masterproef.

Die masterproef heeft volgens mij een reële impact op verschillende actoren.
In de eerste plaats is deze studie relevant voor mijzelf en de andere teamleden. Dankzij deze studie hebben we meer inzicht gekregen in factoren die mogelijk een invloed hebben op onze beslissing over TAO bij mentale aandoeningen. Hierdoor gaan we bij toekomstige patiënten ons buikgevoel meer kunnen beredeneren en meer bewust een keuze maken. We kunnen ook belangrijke criteria doelgericht gaan bevragen tijdens onze consulten. Anderzijds hebben we ook kunnen beseffen dat sommige aspecten tegen beter weten in toch een rol spelen en kunnen we er in de toekomst op letten om ons hier minder door te laten beïnvloeden.
Ook de deelnemende artsen profiteren er om dezelfde redenen van dat ze hun buikgevoel voor één keer onder woorden hebben moeten brengen. Bovendien kregen de deelnemers de kans om hun eigen ervaringen te toetsen aan die van hun collega's om zo hun eigen visie misschien bij te stellen en te nuanceren. Het was ook de ideale gelegenheid om binnen een bepaald werkgebied "de violen gelijk te stemmen", zoals een deelnemer het mooi verwoordde.

Als derde kan deze studie ook nuttig zijn voor de huisartsengemeenschap in het algemeen, aangezien elke huisarts op regelmatige basis geconfronteerd wordt met dit vraagstuk. Dat dit onderwerp relevant is, blijkt uit een lopende studie opgedragen door het kabinet van de Vlaamse minister van Welzijn en Volksgezondheid, waaraan ik deelnam. Deze studie evalueert de bruikbaarheid van ziekte specifieke fiches die ontwikkeld werden om artsen een houvast te bieden bij de inschatting van en communicatie over TAO en werkhervatting. Drie van de negen ontwikkelde fiches gingen over mentale aandoeningen, die ook alle drie in deze masterproef besproken worden (namelijk burn-out, depressie en aanpassingsstoornissen). Het bestaan van deze studie toont aan dat de regering aanvoelt dat huisartsen nood hebben aan een hulpmiddel bij het beslissen over TAO. De focusgroepstudie van deze masterproef toont mooi aan hoe complex dit beslissingsproces is en hoeveel elementen mogelijk betrokken zijn in de uiteindelijke beslissing.
Tot slot kunnen ook beleidsmakers lessen trekken uit deze masterproef. Zo haalden verschillende artsen tijdens onze studie aan dat ze graag zouden evolueren naar een systeem waarbij een huisarts niet meer moet oordelen over TAO, maar kan focussen op diagnose, behandeling en de vertrouwensrelatie met de patiënt, zoals dit in Nederland het geval is. Dit kan een argument zijn in het maatschappelijk debat dat lopende is over het systeem van ziekte-attesten en TAO. Ook het verloningssysteem van psychische consulten zou volgens de deelnemers best herbekeken worden, evenals de samenwerking van huisartsen met verschillende hulpverleners (zoals arbeidsartsen, mutualiteiten met hun adviserende artsen en psychologen). Het feit dat de deelnemende artsen vinden te weinig opgeleid te zijn voor deze beslissing, kan een motivatie zijn om in de basisopleiding geneeskunde plaats te voorzien voor lessen over het nut, maar ook de valkuilen van TAO.

Hoewel deze masterproef een goede aanzet is om inzicht te krijgen in het beslissingsproces van huisartsen over TAO bij frequent voorkomende mentale aandoeningen, volstaat dit niet om definitieve conclusies te trekken. Hiervoor werd een te kleine fractie van de actieve huisartsenpopulatie bevraagd (namelijk 38 van de ongeveer 10 000 actieve huisartsen in het Vlaams Gewest). Verder onderzoek waarin een groter aantal huisartsen bevraagd wordt, is dus aangewezen. Zoals reeds voorgesteld in het besluit van mijn systematische literatuurstudie kan een survey-onderzoek (waarbij een grotere groep huisartsen een online vragenlijst invult over hoe relevant bepaalde criteria zijn voor hen) voor meer wetenschappelijke significantie zorgen. Ook in deze masterproef kwamen we tot eenzelfde conclusie.
In mijn systematische literatuurstudie suggereerde ik dat deze focusgroepstudie aanleiding zou kunnen geven tot het ontwikkelen van een richtlijn voor huisartsen. Hierbij is het wel belangrijk om zich te realiseren dat deze masterproef zich focust op de mening van artsen over het onderwerp en niet op de invloed die de verschillende factoren hebben op de patiënt, diens mentale gezondheid en de duur van diens TAO. Het is namelijk niet zeker dat de criteria die huisartsen in overweging nemen ook effectief een invloed hebben op de mogelijke uitkomst voor de patiënt naar herstel en werkhervatting toe. Om het effect van al deze factoren op TAO en op herstel te kennen zijn verschillende, langdurige onderzoeken nodig. Er is dus nog een lange weg te gaan om tot een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn te komen. Voor een richtlijn die meer op consensus gebaseerd is, kan deze focusgroepstudie met aanvullend survey-onderzoek eventueel wel als inspiratie dienen.

Het is een fijne gedachte dat onze masterproef op zoveel manieren een bijdrage kan leveren.

6.2 Persoonlijke reflectie van Sanne Decraemer

De reden waarom ik beslist heb om aan deze masterproef mee te werken kwam er na de open vraag van Katrien naar collega's die mee verder willen werken aan een vervolg op haar masterproef uit de basisopleiding omtrent TAO bij mentale aandoeningen. Ik vind TAO een zeer actueel thema dat ook vaak terug komt in mijn eigen omgeving als huisarts, met onder meer enkele werkgevers die zich de vraag stellen waarom het nodig zou zijn mensen thuis te schrijven voor een mentale aandoening. In tegenstelling tot de richtlijnen, zoals NHG, die eerder aangeven weinig TAO voor te schrijven, merkte ik in mijn eigen praktijkvoeren alsook bij dichte collega's dat er toch overwegend vaak langer TAO werd voorgeschreven. Dit kwam dan vooral verder uit een zeker aanvoelen dat TAO op dat moment meer voor- dan nadelen leek te hebben. Met dit onderzoek trachten we dit buikgevoel onder woorden te brengen en te objectiveren. Het is anderzijds ook opnieuw een oproep om na te denken over de hervormingen van de gezondheidszorg.

Ik was zelf oprecht benieuwd naar wat collega huisartsen dan juist meenemen in hun beslissing. Deze masterproef is een vorm van kritisch blijven over je eigen praktijkvoeren en tegelijk je mening te toetsen aan die van de andere huisartsen. Het feit dat er vaak langer TAO wordt voorgeschreven is uiteraard niet per definitie de juiste oplossing, het ultieme doel blijft vanzelfsprekend het vinden van de beste behandeling voor de patiënt. Een volgende stap hierin is het verder exploreren van de gevonden criteria bij een breder publiek. Daarna zal uiteindelijk de vraagstelling omgedraaid moeten worden: met welke van deze criteria moeten we rekening houden en in welke zin om de patiënt de best mogelijke behandeling te kunnen bieden? Het is geen gemakkelijk vraagstuk, volgens sommigen zelfs onmogelijk, maar wel een thema waar veel huisartsen mee zitten.

Tijdens de opstart van onze masterproef nam Katrien de leiding, aangezien deze masterproef verder bouwde op haar masterproef van de basisopleiding. Door het aanmaken van een google drive, hadden we de mogelijkheid alle vier gelijktijdig te kunnen werken. Naargelang de tijd vorderde, heb ik meer de lead in handen genomen door een duidelijke tijdslijn voorop te stellen zodoende het werk qua tijdsbestek correct te verdelen om niet alle werk net voor het verstrijken van deadlines te moeten verzetten. Aangezien niet iedereen even goed om kan met de druk van nakende deadlines, werd dit dan ook duidelijk besproken om hierin altijd een consensus te vinden.

De taakverdeling hebben we onderling opgemaakt op basis van ieders sterke kanten. Zo was de ene sterker in het verrichten van het nodige opzoekwerk in de databanken en de andere in het schrijven van de teksten. Sommige mensen zijn beter met schema's en getallen waar anderen dan weer meer uitblinken in grammatica en spelling. Door deze mix van talenten juist in te zetten heeft iedereen een nuttige bijdrage kunnen leveren en hebben we ook tijd kunnen uitsparen. Iedereen heeft ook telkens elkaars werk nagelezen waardoor eventuele rare denkwijzen of spreektaal eruit gefilterd werden.
Het interessante aan het maken van deze masterproef in groep was ook het feit dat er kon gedebatteerd worden om ieders eigen interpretatie om te zetten in een zo objectief mogelijk resultaat waar iedereen zich kon in vinden. Iedere onderzoeker brengt immers altijd een stukje subjectiviteit met zich mee, dat we er op deze manier hebben trachten uit te filteren.
Het nadeel van in groep werken is uiteraard dat iedereen volgens zijn eigen ritme werkt, zo word je soms verplicht te wachten tot een collega haar deel van het werk heeft uitgevoerd, hetgeen soms tot frustratie kan leiden. Bijkomend hanteerde niet iedereen dezelfde schrijfstijl, waardoor bij het gemeenschappelijk nazicht ook wel wat werk nodig was om er zo goed als mogelijk een samenhangend geheel van te maken.

De inleiding van de masterproef was gebaseerd op Katrien haar masterproef van de basisopleiding, de achtergrond van de ethische commissie heeft zij dan ook logischerwijs voornamelijk op zich

genomen. Als aanvulling hebben we dan elk nog bijkomend onderzoek gevoerd in de verschillende databanken naar nieuwe relevante studies. Het draaiboek hebben we samen opgesteld in de google drive waardoor het veel eenvoudiger was eenieders vooruitgang op te volgen. Aanpassingen die dienden te gebeuren aan de inleiding na een eerste feedback van de promotor hebben we onderling verdeeld. De sectie methode heb ik uitgeschreven op basis van de aanvraag van de ethische commissie waarna deze uiteraard ook nog nagelezen en aangevuld werd door de andere leden.
Ieder van ons heeft een focusgroep georganiseerd binnen de betreffende LOK groep, deze werd telkens bijgewoond door één ander lid die er nadien het transcript van heeft geschreven. Aangezien niet elke focusgroep even lang heeft geduurd, resulteerde dit in wat meer werk voor het ene lid dan voor het andere. Dit werd gecompenseerd door bij de extractie van de concepten uit de transcripten elkaars focusgroepen te verwerken. Het volledig uittypen van de resultaten hebben we evenredig verdeeld teneinde de werklast gelijkmatig te verdelen.
Ikzelf heb aansluitend de afzonderlijke delen van de resultaten gerangschikt en bepaalde fragmenten geherformuleerd naar een samenhangend geheel dat we dan overlopen en besproken hebben. Voor de discussie zijn we gestart van Vera haar vergelijkende tabel om daaruit de te bespreken punten op te lijsten. Zo hebben we ook samen nagedacht over sterktes en beperkingen van onze studie. Het uitschrijven van de discussie hebben we eveneens evenredig verdeeld. We hebben ook elk een afwerkingspuntje op ons genomen. Zo heeft Laura alle taal- en stijlfouten proberen op te zoeken, alsook het opstellen van het abstract. Vera heeft zich ontfermd over het besluit en Katrien heeft de volledige proef dan overgezet naar Word. Ikzelf heb alle referenties gecontroleerd en de referentielijst opgesteld.

Deze masterproef heeft mij als huisarts ook laten groeien. Ik heb opnieuw leren waarderen om samen te werken in een groep. De debatten met collega huisartsen over dit onderwerp hebben mij nieuwe inzichten gegeven over mijn eigen praktijkvoeren. Ik neem deze positieve ervaring dan ook mee in mijn verdere loopbaan.

6.3 Persoonlijke reflectie van Laura Gils

Het idee voor deze gezamenlijke masterproef kwam van Katrien Ceulemans. Zij had voor haar masterproef in de masteropleiding geneeskunde een systematische literatuurstudie uitgevoerd die ging kijken naar het beslissingsproces van artsen omtrent TAO voor patiënten met mentale aandoeningen getiteld: 'Criteria for prescribing sick leave for common mental disorders: A systematic review'. Uit deze literatuurstudie kwamen maar drie studies naar voren die specifiek gingen kijken naar TAO bij mentale aandoeningen. Daarom deed ze in haar masterproef dan ook een aanbeveling tot verder onderzoek, specifiek gericht op mentale aandoeningen. Er werd een voorstel gedaan tot een Delphi studie, die zowel een focusgroepstudie als een online vragenlijst omvat. Toen ik zag dat Katrien een oproep deed op zoek naar andere studenten die mee wilden werken aan dit onderzoek, was ik meteen geïnteresseerd. Het was fijn om van bij de start al een goed idee te hebben van wat het doel van deze studie was en het reeds bestaande onderzoek al te kunnen lezen. Ook sprak het idee om samen een masterproef te schrijven mij aan, omdat je zo continu het onderzoek kan toetsen aan elkaar en je hopelijk een mooier eindresultaat kan afleveren, net omdat je met drie andere personen eraan gewerkt hebt, met iedereen zijn eigen inbreng en sterktes.
In deze studie hebben we ervoor gekozen om ons enkel te richten op een focusgroepstudie om deze voldoende kwalitatief uit te kunnen werken binnen de tijdsperiode die we ter beschikking hadden.

Voor de inleiding en het literatuuronderzoek van de huidige masterproef, konden we ons dus voor een groot deel baseren op het reeds geleverde werk van Katrien. Omdat er natuurlijk wat tijd was verstreken tussen haar masterproef en het moment waarop onze literatuurstudie af diende te zijn, hebben we samen opnieuw een search gedaan in verschillende databanken. We hebben hiervoor de databanken verdeeld tussen de onderzoekers, zodat iedereen op zoek kon gaan naar eventueel nieuwe gepubliceerde studies. Deze hebben we dan samen bekeken om hun relevantie voor ons onderzoek vast te stellen en te kijken welke studies we zouden includeren in onze literatuurstudie. Uiteraard hebben de andere onderzoekers ook de reeds eerder gevonden studies gelezen en bestudeerd.

Het voorbereidend werk voor de focusgroepen, met name de ethische goedkeuring, het maken van het vignet, het opstellen van het draaiboek, werd ook evenredig verdeeld tussen de onderzoekers.
Er vonden uiteindelijk vier focusgroepen plaats, elk onder leiding van één van de onderzoekers samen met één verslaggever. Elke onderzoeker heeft dus één focusgroep voorgezeten en van één focusgroep een transcript uitgetypt. Omwille van de duur en het enthousiasme van de deelnemende huisartsen, zat hier wel wat verschil op qua lengte van de focusgroepen (twee focusgroepen hebben door corona ook digitaal moeten plaatsvinden, wat natuurlijk een invloed heeft op het gesprek). Daardoor hebben sommige onderzoekers meer of minder werk gehad met het uittypen van hun transcript. We hebben dit dan proberen te compenseren door de onderzoekers die een korter transcript hadden om uit te typen, één van de langere transcripten te geven om de quotes uit dit transcript te koppelen aan de concepten. Voor het opstellen van de conceptual interview schemes zijn we samengekomen en zijn we gezamenlijk nog eens door alle teksten heen gegaan, om te kijken of we overeenkwamen in wat we aangeduid hadden. Ik heb deze schema's uitgetypt tijdens deze bijeenkomst. Nadien hebben we deze schema's in één groot overzicht gegoten, waar we dan de relevante quotes aan konden koppelen. Ook hier hebben we dit werk weer verdeeld onder de vier onderzoekers.

Voor het uittypen van de resultaten hebben we de criteria verdeeld onder de vier onderzoekers, zodat elke onderzoeker een deel kon uitschrijven. Nadien zijn we hier dan samen nog doorgegaan om te controleren of iedereen dit op dezelfde manier had aangepakt en om nog eventuele wijzigingen of toevoegingen aan te brengen.

We hebben geprobeerd om vooral in te spelen op iedereen zijn sterktes, zo zijn er onderzoekers die goed zijn in het schrijven zelf en anderen die dan weer goed zijn in het kritisch bekijken van de resultaten. Zo hebben we een aantal kleinere taken verdeeld volgens onze sterktes. Sanne heeft de resultaten die uit de focusgroepen kwamen kritisch bekeken en aangepast om herhaling eruit te halen. Vera heeft gekeken naar onze resultaten en deze vergeleken met de reeds bestaande literatuur. Ik heb (samen met Katrien) ervoor gezorgd dat de masterproef vlot leesbaar was, er weinig of geen spellingsfouten meer inzaten en de opbouw logisch was. Katrien heeft er dan ook nog voor gezorgd dat alle schema's en bijlagen op de juiste plaats stonden en de sterktes en zwaktes van onze studies uitgeschreven.

Waar we oorspronkelijk als doel hadden om met deze studie een eerste aanzet te geven tot het opmaken van richtlijnen/aanbevelingen voor het voorschrijven van TAO bij mentale aandoeningen, kwamen we toch vooral tot de conclusie dat dit een zeer moeilijke opdracht zou zijn. Naast de reeds bestaande criteria die huisartsen gebruiken, kwam er zelfs nog een hele nieuwe categorie uit onze focusgroepen naar voren, met name de huisartsgerelateerde factoren. Gezien het grote aantal criteria die we nu beschreven hebben, lijkt het een bijna onmogelijke taak om dit in een richtlijn te gieten. Ik denk dat we vooral geleerd hebben dat mentale aandoeningen bij elke patiënt een andere aanpak vereisen en er met enorm veel factoren dient rekening gehouden te worden. Zoals vele huisartsen ook aangaven, is dit ook iets dat je leert met langer in het vak te staan. Ik heb zelf wel enorm veel geleerd uit de criteria die we besproken en onderzocht hadden, omdat er bepaalde criteria waren waar ik zelf nog niet eerder bij had stilgestaan. Het was ook zeer interessant om tijdens de focusgroepen van collega's uit het veld te horen wat hun visie op onze onderzoeksvraag was en samen met hen hierover te debatteren. Ik merk dat ik verschillende van deze criteria nu ook meeneem in de praktijk wanneer ik overweeg TAO voor te schrijven bij patiënten met mentale aandoeningen. Het is en blijft een moeilijke overweging, maar ik hoop hier met de jaren meer ervaring in op te doen en hetgeen ik uit deze masterproef geleerd heb nog lang mee te dragen in mijn consultvoering.

6.4 Persoonlijke reflectie van Vera Poels

Ik ben terecht gekomen bij dit thesisonderwerp via Katrien. Naar aanleiding van haar masterpaper in de basisopleiding zocht zij kandidaten om samen verder onderzoek te doen naar de criteria die huisartsen gebruiken bij het voorschrijven van TAO bij mentale aandoeningen. Na een oproep van Katrien op sociale media, heb ik mij aangeboden om mee te werken aan dit onderzoek. Ik heb altijd een sterke interesse gehad in psychiatrie en het mentale welzijn van de mens tijdens mijn opleiding geneeskunde. Daarnaast had ik in mijn eerste maanden als arts ook gemerkt hoe moeilijk de beslissing rond TAO soms kan zijn, dus was ik benieuwd hoe andere, vaak meer ervaren, huisartsen hier mee om gaan.

Over het verloop van drie jaar hebben Katrien, Laura, Sanne en ik nauw samengewerkt, waardoor we elkaars sterktes en zwaktes leerden kennen en hier almaar beter op konden inspelen naarmate het proces vorderde. We hebben sterk ingezet op duidelijke communicatie en getracht het werk eerlijk te verdelen, waardoor de samenwerking een vlot verloop kende. Tijdens de literatuurstudie, die al grotendeels werd aangereikt door Katriens masterpaper, werd bijvoorbeeld het opzoekwerk naar nieuwe relevante literatuur verdeeld doordat ieder een databank voor haar rekening nam.

Iedereen heeft twee focusgroepen mee gevolgd, één als moderator en één als verslaggever. We hebben dan elk de transcriptie gemaakt van de focusgroep waarbij we verslaggever waren. Omdat niet elke transcriptie evenveel werk was, hebben we dit proberen te compenseren bij het verwerken van de resultaten. Alle transcripties werden door iedereen nagelezen en belangrijke passages gemarkeerd, die we dan samen tot concepten hebben verwerkt. Bij het linken van de quotes aan de concepten deed ieder dit voor twee transcripties. Diegenen die meer werk hadden bij het uittypen van de transcripties kregen hier de kortere versies toegewezen ter compensatie.

Bij de resultaten heeft elk teamlid twee categorieën voor haar rekening genomen om uit te schrijven. De overige onderdelen hebben we gelijk verdeeld op basis van onze sterktes. Mijn sterkte ligt eerder in het inhoudelijke aspect, ik heb mij daarom meer gefocust op de discussie en het besluit. Zo heb ik een kritische vergelijking gemaakt tussen de literatuur en de resultaten van dit onderzoek. Katrien heeft de tabellen en de sterktes en zwaktes van de studie voor haar rekening genomen. Sanne heeft de paper kritisch nagelezen om herhaling te voorkomen en Laura heeft alle spellingsfouten verbeterd om zo samen tot een vlot leesbaar geheel te komen. Tijdens het uitschrijven hebben we meermaals samengezeten om alles te overlopen en zo nodig aanpassingen door te voeren. Het is belangrijk dat iedereen weet waarom bepaalde stukken geschrapt of verplaatst werden en dat we hieromtrent ook allemaal op dezelfde golflengte zitten.

We vonden het vanaf dag één belangrijk dat we deze masterpaper als een groepswerk benaderden. We hadden daarom geregeld overlegmomenten en zorgden ervoor dat belangrijke elementen, zoals de analyse van de resultaten, steeds samen gebeurden. We zijn er van overtuigd dat we op deze manier een meer kwalitatief eindproduct hebben bekomen dan wanneer we individueel werk hadden verricht en dit dan pas op het einde samengebracht zouden hebben.

Persoonlijk vond ik het voor mijzelf een verrijking om mee te helpen aan dit onderzoek. In de korte tijd dat ik werkzaam ben als arts, heb ik al vaak ondervonden hoe moeilijk de beslissing is rond TAO. Dit geldt voor somatische aandoeningen, maar nog meer voor psychische klachten. We worden als huisartsen ook steeds meer geconfronteerd met psychiatrische problematiek. Het is een leerrijke ervaring geweest om te zien hoe andere huisartsen dit aanpakken. Het feit dat huisartsen met jarenlange ervaring deze beslissing nog steeds moeilijk vinden, is enerzijds een geruststelling dat dit

niet aan gebrek aan ervaring ligt, maar anderzijds ook confronterend dat de beslissing er niet gemakkelijker op wordt doorheen de jaren.

Wat ik meeneem uit dit onderzoek is ten eerste dat ik me er meer bewust van ga zijn waarom ik een patiënt al dan niet TAO schrijf. Het blijft voornamelijk een gevoelsmatige beslissing, maar ik ga voor mezelf de reflectie maken waarom ik nu een bepaalde patiënt wel of niet heb ziek geschreven en welke factoren ik heb meegenomen in deze beslissing. Ten tweede zijn er bepaalde elementen waar ik toch meer aandacht aan ga besteden tijdens mijn consultatie, zoals de sociale context en manieren om de (werk)druk te verlagen. Hierin kunnen oplossingen liggen om zo TAO te kunnen beperken of soms vermijden, dus lijkt het mij zinvol om dit steeds actief te bevragen bij mensen met mentale aandoeningen. Tenslotte ga ik naar de toekomst toe zelf vaker het initiatief nemen om de psycholoog of arbeidsarts te betrekken in deze beslissing, vermits zij informatie hebben die bij ons als huisarts soms ontbreekt.

Deze studie kan op verschillende manieren relevant zijn, zowel in het heden evenals naar de toekomst toe. Ik denk dat het voor verschillende artsen een opluchting kan zijn om te weten dat TAO een moeilijke beslissing is voor menig huisarts. Hoewel het grotendeels een subjectieve inschatting is, kan deze paper enigszins een houvast bieden voor huisartsen in de toekomst. Dit onderzoek toont aan dat huisartsen nood hebben aan nauwere samenwerking met andere hulpverleners, verder onderzoek om dit te optimaliseren lijkt zeker aangewezen. Daarnaast hoop ik van harte dat het een duwtje in de rug kan zijn om de verplichte attesten en andere administratieve taken voor de (huis)arts te herzien in België. Persoonlijk denk ik dat wij als arts veel meer voor onze patiënten zouden kunnen betekenen als we ons kunnen focussen op het welzijn van de patiënt, zonder te hoeven te beslissen over zijn TAO of tijd te moeten steken in allerhande administratie.

Bibliografie

1. WHO. *Mental disorders*. [Internet] Beschikbaar op: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
2. NICE. Common Mental Health Disorder: Identification and Pathways to Care. National Clinical Guideline No 123. Leicester: British Psychological Society; 2011.
3. INTEGO. [Internet]. Beschikbaar op: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/ [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
4. Geddes J, Prica J, McKnight R. Psychiatry (oxford Medical Publications). 4th ed. Oxford: OUP; 2012.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington (D.C.); 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
6. Nederlands Huisartsen Genootschap. Overspanning en burn-out. [Internet]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out#volledige-tekst . [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
7. Michels J, Hoeck S, Dom G, Goossens M, Van Hal G, Van Royen P. Problematisch alcoholgebruik: Aanpak door de huisarts. Huisarts Nu. 2011, 40(5): S137-S161.
8. Laaksonen M, Piha K, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Health-related behaviours and sickness absence from work. Occup Environ Med. 2009, 66: 840–847.
9. World Health Statistics [Internet]. Beschikbaar op: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
10. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van Der Heyden J. Geestelijke gezondheid Gezondheidsenquête 2018 [Internet]. Beschikbaar op: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeeldedocumenten/Method_NL_2018.pdf [Geraadpleegd op 18 Nov 2020]
11. Eerste COVID-19 gezondheidsenquête: eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/f0tt-py28
12. Tweede COVID-19 gezondheidsenquête: eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/kd4x-0m92.
13. Derde COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/5zdx-td23
14. Vierde COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/zzj1-y760
15. Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/69j2-hf10
16. Zesde COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/r4f5-1365
17. Zevende COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/4e6z-qa15
18. Achtste COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/vndz-xc17
19. Negende COVID-19-Gezondheidsenquête: Eerste resultaten. Brussel, België; Beschikbaar op: https://doi.org/10.25608/7e8n-pa14
20. Gold LH, Shuman DW. Evaluating mental health disability in the workplace: Model, process, analysis. New York: Springer; 2009. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0152-1
21. Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bültmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. Eur J Public Health. 2012, 22(3): 440–445.
22. Wynne R, McAnaney D. Employment and Disability: Back to Work Strategies. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2004.
23. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimaki M, et al. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. Scand J Work Environ Health. 2017, 43(4): 358–366. https://doi.org/10.5271/sjweh.3643 PMID: 28463382.
24. Backhans M, Hemmingsson T., Unemployment and mental health—who is (not) affected? European Journal of Public Health. 2012, 22(3): 429–433.
25. Rönnblad, Torkel, et al. Precarious Employment and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Scand J Work Environ Health. 2019, 45(5): 429–43.

26. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and wellbeing? London: TSO; 2006.
27. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health. 2006, 32(6): 443-462.
28. Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H, et al. Richtlijn Depressie bij volwassenen. Domus Medica. 2016.
29. Nederlands Huisartsen Genootschap. Depressie. [Internet]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie#volledige-tekst. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
30. Duodecim Publishing Company Ltd. Depressie. [Internet]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00716. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
31. Duodecim Publishing Company Ltd. Chronische depressie (dysthymie). [Internet]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00718. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
32. Nederlands Huisartsen Genootschap. Angst. [Internet]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst#volledige-tekst. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
33. Duodecim Publishing Company Ltd. Angststoornis [Internet]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00729. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
34. Duodecim Publishing Company Ltd. Burn-out. [Internet]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00918. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
35. Duodecim Publishing Company Ltd. Acute stressreactie en posttraumatische stressstoornis. [Internet]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00734. [Geraadpleegd op 18 nov 2020].
36. Bertilsson M, Maeland S, Löve J, Ahlborg G, Werner EL, Hensing G. The capacity to work puzzle: A qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. BMC Fam Pract. 2018, 19(1): 133. https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5.
37. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. Fam Pract. 2006, 23(1): 125–130. https://doi-org.kuleuven.e-bronnen.be/10.1093/fampra/cmi099.
38. MacDonald S, Maxwell M, Wilson P, Smith M, Whittaker W, Sutton M, et al. A powerful intervention: General practitioners'; Use of sickness certification in depression. BMC Fam Pract. 2012, 13(1): 82.
39. Mazza D, Chakraborty SP, Brijnath B, Nowak H, Howell C, Brott T, et al. Diagnosing and managing work-related mental health conditions in general practice: new Australian clinical practice guidelines. Med J Aust. 2019, 211(2): 76–81. https://doi-org.kuleuven.e-bronnen.be/10.5694/mja2.50240.
40. Ceulemans K, Godderis L, Lambreghts C. Criteria for Prescribing Sick Leave for Common Mental Disorders: A Systematic Review. Leuven: KU Leuven; 2019.
41. Joosen M, Arends I, Lugtenberg M, van Gestel H, Schaapveld B, Terluin B, et al. Barriers and facilitators to return to work in mental disorders: multi-stakeholder perspective study Margot Joosen. European Journal of Public Health. 2017, 27(suppl_3)
42. Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. A literature review on sick leave determinants (1984-2004). Int J Occup Med Environ Health. 2009, 22(2): 169–79.
43. Goorts K, Duchesnes C, Vandenbroeck S, Rusu D, Bois M Du, Mairiaux P, et al. Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzek. 2017, 25(2): 59–62.
44. Goorts K, Vanovenberghe C, Lambreghts C, Bruneel E, Rusu D, Du Bois M, et al. Correction to: Assessment of long-term sickness absence: Content and face validity of a new questionnaire based on qualitative data from nominal groups. BMC Med Res Methodol. 2019, 19(1): 205. https://doi.org/10.1186/s12874-019-0852-3.
45. Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Godderis L. Quickscan Assesses Risk of Long-Term Sickness Absence: A Cross-Sectional Validation Study. J Occup Environ Med. 2019, 61(2): e43–e50.
46. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-item Checklist for Interviews and Focus Groups. International journal for quality in health care. 2007, 19(6): 349-357.
47. Dierckx De Casterlé B, Gastmans, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A Guide for Qualitative Data Analysis. International Journal of Nursing Studies. 2012, 49(3): 360-371.
48. PlanKad. Huisartsen op de arbeidsmarkt 2004-2016. [Internet]. Beschikbaar op: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_nl_huisartsgeneeskunde.pdf.

7. Bijlagen

7.1 Bijlage 1: Vergelijking van criteria uit de literatuur

Bijlage 1: Vergelijking van criteria uit de literatuur

	Oriënterend literatuuronderzoek (40)					Gelijkaardige literatuur		
	(36)	(37)	(38)	(39)	(41)	(42)	(43)	(44-45)
A. Voordelen (V) en nadelen (N) van werken								
V: Therapeutisch effect: ontsnappen aan problemen thuis, structuur, doel, toegenomen zelfvertrouwen		x						
N: Risico's bij het werken (door comorbiditeiten, vermoeidheid, verminderde concentratie, neveneffecten behandeling...) (bv. ongelukken, stigmatisering ...)	x	x						
N: Werk veroorzaakt mogelijk meer stress			x					
N: Verminderde cognitieve functie met verminderde werkcapaciteit: kan leiden tot schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid			x					
B. Voordelen (V) en nadelen (N) van TAO								
V: TAO geeft meer tijd voor diagnostiek, tijd om effect van medicatie te kunnen meten en tijd om herstel af te wachten	x	x						
V: TAO kan mogelijk deterioratie van het ziektebeeld voorkomen	x	x						
V: TAO vermindert het stressniveau door de werkstress tijdelijk weg te nemen		x						
V: TAO geeft ademruimte		x						
V: TAO geeft de patiënt mogelijk het gevoel dat diens problemen serieus genomen worden		x						
V: TAO kan een mogelijke opening zijn tot een gesprek met de werkgever over werkaanpassingen			x					
N: Werkgerelateerde problemen worden onthopen/kunnen niet opgelost worden	x							
N: Patiënten kunnen 'verslaafd geraken aan TAO'			x					
C. Indicatoren van de slaagkans van 'aan het werk blijven'								
Dagelijkse/huishoudelijke activiteiten moeilijk volhouden	x							
Het gevoel zichzelf niet te zijn	x							
Het gevoel van volledig uitgeput te zijn tijdens en/of na de werkdag	x							
Verminderde functionaliteit en werkcapaciteit	x							
D. Factoren gerelateerd aan de ziekte								
Ernst van de aandoening	x	x	x (E)					
Comorbiditeiten (bv. musculoskeletale ziekte, alcoholgebruik, drugversiaving)	x		x (E)					
Slaapapnoe	x		x (E)					
Effect van de behandeling (inclusief bijwerkingen)	x							
Klachteninterferentie						x		
Psychische klachten (distress)						x		
E. Factoren gerelateerd aan de patiënt								
Thuissituatie van de patiënt: ondersteuning vs. belasting in thuissituatie	x	-	x				x	
Motivatie om te werken	x			x	x	x (H)		
Jobtevredenheid	x					x (F)	x (F)	x (F)
Voorgeschiedenis	x							
De persoonlijke inschatting van de patiënt over de ernst van de ziekte	x							
De persoonlijke inschatting van de patiënt over de duur van TAO	x							
Mogelijke oplossingen van patiënt voor verminderde werkcapaciteit	x							
Persoonlijke omstandigheden (persoonlijke relaties, financiën, huisvesting, mate van fysieke activiteit)				x		x		
Attitude t.o.v. werk, mening van de patiënt over (het nut van) werken				x				
Vermogen om te werken				x				
Sociale achterstand (sociale of culturele nadelen)				x				
Emoties, cognities en copingstechnieken					x			
Opleidingsniveau						x	x	
Leeftijd					x	x		
Geslacht					x	x		
Levensstijl (roken, alcoholgebruik)					x			
Perfectionisme						x	x	
Vermijding, onzekerheid						x		
Stressvolle levensgebeurtenissen							x	
Angst voor de verwachtingen van collega's							x	

	Oriënterend literatuuronderzoek (40)					Gelijkaardige literatuur		
	(36)	(37)	(38)	(39)	(41)	(42)	(43)	(44-45)
F. Factoren gerelateerd aan de werkomgeving								
Eigenschappen van de jobtaak (bv. autonomie, uitdagend, niet-stigmatiserend, op het niveau van de patiënt, veel mogelijkheden om te leren, loon, recente veranderingen op het werk, grootte van de werkplek ...)	x		x	x	x	x		x
Problemen in de werkomgeving (bv. conflict met collega's of supervisor, werkdruk)	x	x	x	x			x	
Mogelijkheid tot aangepast werk	x		x					
Begrip en een goede relatie met collega's/leidinggevenden	x					x		x
Werkomgeving (bv. geluidsoverlast, vervuiling ...)	x			x		x		
Vereisten en verwachtingen van het werk	x							x
Kennis van de huisarts over de werkplek van de patiënt en de beperkingen				x				
Veilige, verwelkomende en stigma-vrije werkomgeving					x			
Type aanstelling						x		
Ondersteuning						x		
Fysieke werkbelasting							x	x
Regelmogelijkheid en intentie tot veranderen van werk							x	x
Werkbaarheid							x	
Voorwaarden van tewerkstelling								x
Emotionele belasting								x
Mogelijkheid om te leren en te ontwikkelen								x
G. Gepersonaliseerde ondersteuning van terugkeer naar werk				x				
H. Samenwerking tussen professionelen				x				
I. Gezondheidseigenschappen								
Believing van eigen fysieke en mentale belasting op het werk						x		
Ziekte-klachten						x		
Persoonlijke gezondheidsbeleving						x	x(J)	x(K)
J. Perceptie								
Eigen voorspelling							x	
Pijnperceptie							x	x(K)
K. Functioneren								
Psychologische belasting (van ziekte)								x
Perceptie van werk-gezondheids-interferentie								x
Noden voor werkhervatting								x
Verwachtingen aangaande werkhervatting								x
Verwachting aangaande herstel								x

7.2 Bijlage 2: Aanvraag ethische commissie



KU LEUVEN UZ LEUVEN GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700 BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A (SEMI-)STRUCTURED INTERVIEW

1. APPLICANTS

Protocol - full title	*Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.*
Version 1: Date submission	Date: 2/12/2020
Version 2: Date resubmission	15/12/2020
Version 3: Date third submission	
Principal Investigator – Promoter	Name: *Prof. Dr. Lode Godderis*
	Telephone: *016 37 32 91*
	E-mail: *lode.godderis@kuleuven.be*
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. *YES*	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. *YES*	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	Name: *Katrien Ceulemans*
	Student number: *r0291898*
	Telephone: *+32 467 06 56 19*
	E-mail: *katrien.ceulemans@student.kuleuven.be*
	Name: *Sanne Decraemer*
	Student number: *r0456443*
	Telephone: *+32 493 71 19 73*
	E-mail: *sanne.decraemer@student.kuleuven.be*
	Name: *Laura Gils*



KU LEUVEN UZ LEUVEN GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700 BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

	Student number: *r0373208*
	Telephone: *+32 497 33 67 94*
	E-mail: *laura.gils@student.kuleuven.be*
	Name: *Vera Poels*
	Student number: *r0380417*
	Telephone: *+32 497 17 37 30*
	E-mail: *vera.poels@student.kuleuven.be*

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Algemeen

In deze masterpaper bespreken we 'frequent voorkomende mentale aandoeningen'. Er bestaat op heden geen universele definitie van deze term. Daarom hebben we in het kader van deze focusgroep-studie een eigen definitie vastgelegd om uniformiteit binnen de verschillende focusgroepen te garanderen.

Binnen deze studie omhelst de term 'frequent voorkomende mentale aandoeningen' volgende aandoeningen:

- *Stress-gerelateerde aandoeningen i.e. acute stressreactie en burn-out*
- *Depressie en depressieve gevoelens*
- *Angststoornissen en angstige gevoelens*
- *Surmenage*

Deze definitie is gebaseerd op basis van de meest voorkomende psychologische aandoeningen in Vlaanderen volgens Intego. (1) Deze aandoeningen komen ook vaak terug in literatuuronderzoek naar 'common mental disorders'.

Achtergrond

Mentale aandoeningen komen vaak voor in de huidige samenleving, in alle culturen en religies. Wereldwijd is de prevalentie van depressie en angststoornissen naar schatting 10%. (2) Volgens de gezondheidsenquête van sciensano in 2018 vertoont 11% van de Belgen symptomen die bij een angststoornis passen. De prevalentie van depressie zou 9% zijn. (3) Huisartsen worden dus geregeld geconfronteerd met patiënten met mentale aandoeningen en dus ook met de beslissing om voor hen al-dan-niet arbeidsongeschiktheid voor te schrijven.

De interactie tussen mentale aandoeningen en werk is zeer complex. Mentale aandoeningen kunnen een invloed hebben op hoe goed een persoon zijn werk-gerelateerde opdrachten kan uitvoeren. (4) Zo kunnen lang bestaande mentale aandoeningen resulteren in een sterk verminderde werkcapaciteit. Daarnaast zullen burn-out, depressie en angststoornissen vaak leiden tot arbeidsongeschiktheid van



KU LEUVEN UZ LEUVEN GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700 BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

langere duur. (5) Dit is dan weer nadelig, want hoe langer de arbeidsongeschiktheid duurt, hoe moeilijker de werkhervatting zal zijn. (6) Er bestaat momenteel veel discussie over de invloed van werk op de mentale gezondheid. Werk kan voordelen hebben, maar kan ook negatieve invloeden op de mentale gezondheid. Deze balans is afhankelijk van verschillende biopsychosociale aspecten. Anderzijds heeft langdurige arbeidsongeschiktheid een negatieve invloed op de mentale, maar ook de fysieke gezondheid. (7)

Bestaande literatuur

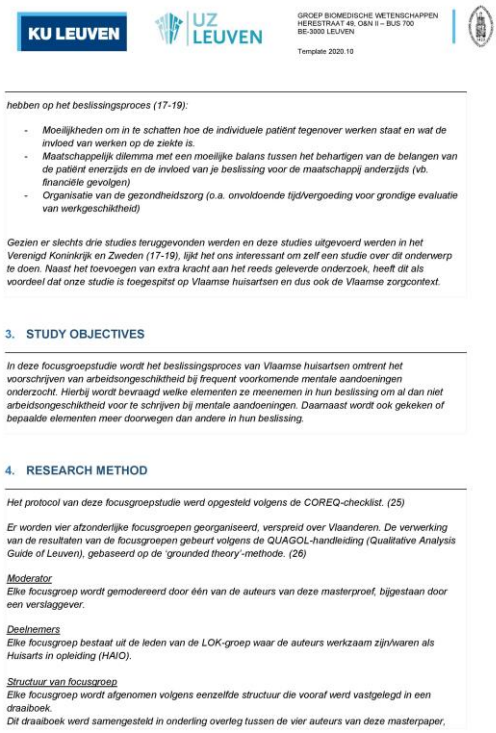
In Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen (van Domus Medica, NHG en Duodecim) staan slechts beperkte aanbevelingen over arbeidsongeschiktheid bij mentale aandoeningen. Voor de meeste patiënten met depressie wordt continuatie van het werk aanbevolen, tenzij werk gerelateerde problemen de depressie mee onderhouden. De huisarts kan best in dialoog gaan met de patiënt over het al-dan-niet verder blijven werken, hierbij rekening houdend met de ernst van de depressie en hoe goed de patiënt de verantwoordelijkheden van het werk zou aankunnen. Bij ernstige depressie kan het aanbevolen zijn om de effecten van de behandeling af te wachten alvorens het werk te hervatten. (8-11) Over angststoornissen bestaan geen aanbevelingen. (12-13) Bij burn-out wordt aangeraden om in de crisisfase arbeidsongeschiktheid te overwegen, zeker bij wie reeds thuis zit, bij wie extreme vermoeidheid zorgt voor verminderd functioneren en bij wie symptomen heeft van een majeure depressie. Bij patiënten zonder comorbiditeiten worden werkaanpassingen verkozen boven arbeidsongeschiktheid. (14-16)

Gezien de beperkte instructies voor huisartsen over arbeidsongeschiktheid, is het interessant om te weten hoe huisartsen tot een beslissing over arbeidsongeschiktheid bij mentale aandoeningen komen. In een systematische literatuurstudie door Ceulemans K. in 2019 werden slechts drie studies teruggevonden over het beslissingsproces van artsen omtrent arbeidsongeschiktheid voor patiënten met mentale aandoeningen, namelijk 'The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders' (17), 'Why do doctors issue sick notes?' (18) en 'A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression' (19). In deze artikels wordt het beslissingsproces beschreven als een 'moeilijke puzzel' met veel 'stukjes'. De 'stukjes' die beschreven worden in deze artikels zijn terug te brengen tot zes verschillende categorieën. (20)

1) *Voor- en nadelen van werken*
2) *Voor- en nadelen van arbeidsongeschiktheid*
3) *Indicatoren dat werken al dan niet mogelijk is*
4) *Factoren gerelateerd aan de ziekte*
5) *Factoren gerelateerd aan de patiënt*
6) *Factoren gerelateerd aan de werkomgeving*

Deze groepen hebben grote gelijkenis met groepen die gebruikt worden in studies naar indicatoren van een langdurige arbeidsongeschiktheid in het algemeen (dus niet specifiek voor mentale aandoeningen). Zo gebruiken Beemsterboer et al. 'eigenschappen van het werk', 'gezondheidseigenschappen' en 'individuele factoren'. (21) Goor et al. maakt gebruik van volgende groepen: 'werk-gerelateerde factoren', 'stressvolle levensgebeurtenissen', 'functioneren' en 'persoons-gerelateerde factoren'. (22-24)

Daarnaast kwamen in de literatuur nog enkele moeilijkheden aan bod die ook een invloed kunnen



KU LEUVEN UZ LEUVEN GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700 BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

hebben op het beslissingsproces (17-19):

- *Moeilijkheden om in te schatten hoe de individuele patiënt tegenover werken staat en wat de invloed van werken op de ziekte is.*
- *Maatschappelijk dilemma met een moeilijke balans tussen het behartigen van de belangen van de patiënt enerzijds en de invloed van je beslissing voor de maatschappij anderzijds (vb. financiële gevolgen)*
- *Organisatie van de gezondheidszorg (o.a. onvoldoende tijd/vergoeding voor grondige evaluatie van werkgeschiktheid)*

Gezien er slechts drie studies teruggevonden werden en deze studies uitgevoerd werden in het Verenigd Koninkrijk en Zweden (17-19), lijkt het ons interessant om zelf een studie over dit onderwerp te doen. Naast het toevoegen van extra kracht aan het reeds geleverde onderzoek, heeft dit als voordeel dat onze studie is toegespitst op Vlaamse huisartsen en dus ook de Vlaamse zorgcontext.

3. STUDY OBJECTIVES

In deze focusgroepstudie wordt het beslissingsproces van Vlaamse huisartsen omtrent het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij frequent voorkomende mentale aandoeningen onderzocht. Hierbij wordt bevraagd welke elementen ze meenemen in hun beslissing om al dan niet arbeidsongeschiktheid voor te schrijven bij mentale aandoeningen. Daarnaast wordt ook gekeken of bepaalde elementen meer doorwegen dan andere in hun beslissing.

4. RESEARCH METHOD

Het protocol van deze focusgroepstudie werd opgesteld volgens de COREQ-checklist. (25)

Er worden vier afzonderlijke focusgroepen georganiseerd, verspreid over Vlaanderen. De verwerking van de resultaten van de focusgroepen gebeurt volgens de QUAGOL-handleiding (Qualitative Analysis Guide of Leuven), gebaseerd op de 'grounded theory'-methode. (26)

Moderator
Elke focusgroep wordt gemodereerd door één van de auteurs van deze masterproef, bijgestaan door een verslaggever.

Deelnemers
Elke focusgroep bestaat uit de leden van de LOK-groep waar de auteurs werkzaam zijn/waren als Huisarts in opleiding (HAIO).

Structuur van focusgroep
Elke focusgroep wordt afgenomen volgens eenzelfde structuur die vooraf werd vastgelegd in een draaiboek.
Dit draaiboek werd samengesteld in onderling overleg tussen de vier auteurs van deze masterpaper,

onder begeleiding van de promotor.
De structuur van dit draaiboek is als volgt:

1) Introductie
   a. Verwelkoming
      i. Voorstelling van moderator
      ii. Uitleg over doel van de focusgroep
      iii. Afbakening van de term 'frequent voorkomende mentale aandoeningen'
   b. Informed consent tekenen
   c. Invullen vragenlijst (met basisinformatie over de participanten)
   d. Korte kennismaking met focusgroep-participanten
2) Gesprek a.d.h.v. vooraf bepaalde vragen
   a. Vignet 'depressie'
      i. Voorlezen vignet
      ii. Openingsvraag: "Schrijf je voor deze patiënt arbeidsongeschiktheid voor? Waarom wel? Waarom niet?"
   b. Veranderingen aan het vignet
      i. Via 'wat als vragen' lichte aanpassingen aanbrengen aan het vignet en bespreken of en hoe dit de beslissing beïnvloedt
   c. Bespreking van de literatuur
      i. Overlopen van de 6 categorieën die terugkomen in de literatuur
      ii. Vragen naar aanvullingen
   d. Andere pathologieën
      i. Naast depressie ook 'gegeneraliseerde angststoornis', 'burnenage' en 'burn-out' aan bod laten komen
3) Afsluiting
   a. Samenvatting van het gesprek
   b. Ruimte voor opmerkingen vanuit de deelnemers
   c. Bedanking van de deelnemers

Op basis van de bevindingen uit de masterpaper van Ceulemans K. en literatuur naar de indicatoren van langdurige arbeidsongeschiktheid, hebben we gekozen voor volgende groepen als basis voor het draaiboek van onze focusgroepstudie:

1) Voor- en nadelen van werken tijdens ziekte
   a. Nadelen
      i. Werk veroorzaakt mogelijk meer stress
      ii. Werken met verminderde werkcapaciteit (door verminderde cognitieve functie) heeft mogelijk schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid tot gevolg
      iii. Werken kan risico's inhouden (door comorbiditeiten, vermoeidheid, verminderde concentratie ...) (vb. ongelukken, stigmatisering …)
   b. Voordelen
      i. Werken heeft mogelijks een therapeutisch effect (door het bieden van structuur, het leveren van een doel, het bevorderen van zelfvertrouwen …)
2) Voor- en nadelen van arbeidsongeschiktheid tijdens ziekte
   a. Voordelen
      i. Arbeidsongeschiktheid neemt de werkstress tijdelijk weg
      ii. Arbeidsongeschiktheid geeft ademruimte
      iii. Arbeidsongeschiktheid geeft meer tijd voor diagnostiek, tijd voor herstel en tijd om effect van medicatie te kunnen merken
      iv. Arbeidsongeschiktheid geeft de patiënt mogelijk het gevoel dat hun problemen serieus genomen worden
      v. Arbeidsongeschiktheid kan een mogelijke opening zijn tot een gesprek met de werkgever over werkaanpassingen
   b. Nadelen
      i. Werk gerelateerde problemen worden ontlopen/kunnen niet opgelost worden
      ii. Patiënten kunnen 'verslaafd' worden aan arbeidsongeschiktheid
      iii. Lange duur van arbeidsongeschiktheid vermindert de kans op succesvolle re-integratie op het werk
3) Gezondheidsperceptie, ziektebeleving en impact op het functioneren
   a. Het gevoel zichzelf niet te zijn
   b. Het gevoel van volledig uitgeput te zijn tijdens de werkdag en lang moeten bekomen van een werkdag
   c. Dagelijkse/huishoudelijk activiteiten volhouden moeilijk
   d. De mening van de patiënt over (het nut van) werken
   e. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de noodzaak en duur van arbeidsongeschiktheid
   f. Mogelijke oplossingen die de patiënt ziet voor verminderde werkcapaciteit
   g. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de ernst van de ziekte en het te verwachten herstel
   h. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de eigen gezondheid
   i. De persoonlijke inschatting van de patiënt over het eigen functioneren en de invloed hiervan op het werk
4) Ziekte gerelateerde factoren
   a) Ernst van de aandoening
   b) Comorbiditeiten
   c) Effect van de behandeling (inclusief bijwerkingen)
5) Patiënt gerelateerde factoren
   a) Leeftijd
   b) Geslacht
   c) Thuissituatie van de patiënt
      i) Ondersteuning van omgeving
      ii) Stressoren en belasting in thuissituatie
   d) Voorgeschiedenis
   e) Opleidingsniveau
   f) Stressvolle levensgebeurtenissen
   g) Persoonlijkheidsfactoren (vb. perfectionisme)
6) Werk gerelateerde factoren
   a) Eigenschappen van de job (vb. uitdagend, veel autonomie, veel mogelijkheden om te leren, loon, recente veranderingen op het werk …)
   b) Vereisten van het werk (vb. mentale, emotionele en fysieke belasting, werkuren, mogelijkheid tot pauze)
   c) Problemen in de werkomgeving (vb. pesten, hoge werkdruk …)
   d) Mogelijkheid tot aangepast werk
   e) Begrip van en band met collega's
   f) Begrip van en band met leidinggevenden
   g) Tevredenheid over eigen job

Van elke focusgroep wordt een geluidsopname gemaakt.

Ethische implicatie
Met deze studie - in combinatie met eventuele vervolgstudies - kan op lange termijn een basisrichtlijn worden opgesteld om huisartsen te helpen bij hun beslissingen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij patiënten met mentale gezondheidsproblemen. Deze studie geeft een aanzet om verder na te denken over een onderbouwd beslissingsproces omtrent arbeidsongeschiktheid die zowel de patiënt als de maatschappij ten goede komt.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Volgende inclusie- en exclusiecriteria worden vooropgesteld:

Inclusie criteria:

- Deelnemers moeten op het moment van de focusgroep actief zijn als huisarts in Vlaanderen.
- Deelnemers moeten de Nederlandse taal machtig zijn.

Exclusie criteria:

- Deelnemers die geen ervaring hebben met de besproken mentale aandoeningen.
- Deelnemers die weigeren de informed consent te ondertekenen.

5.2 Sample size and population

Deelnemers
Elke focusgroep bestaat idealiter uit vier tot twaalf Vlaamse huisartsen. De grootte van onze focusgroepen is gebaseerd op de aangeraden hoeveelheid volgens COREQ. (25) Stel dat een LOK-groep meer leden telt (per definitie tot maximum twintig leden), kan een uitzondering gemaakt worden door meer deelnemers toe te laten. Dit zal wel een grotere uitdaging vormen qua timing en qua modereren (zorgen dat iedereen voldoende aan bod komt).
Hierdoor zullen in totaal zestien tot achtenveertig (of in extremis tachtig) huisartsen bevraagd worden. In deze studie wordt dus slechts een kleine fractie van de huisartsen in Vlaanderen (ong. 9 200 artsen) bevraagd.(27) Dit is echter eigen aan focusgroepstudies. De resultaten van deze studie kunnen in verder onderzoek (vb. een surveystudie) bij een groter aandeel van de Vlaamse huisartsen worden nagegaan.

5.3 Recruitment

Studenten zullen de LOK-verantwoordelijken via mail uitnodigen tot deelname aan de studie. Indien de focusgroep in persoon kan doorgaan, zal de locatie in samenspraak met de LOK-verantwoordelijke worden bepaald. Gezien de huidige situatie omtrent COVID kan zo nodig de focusgroep via een online platform plaatsvinden. Wanneer de LOK-verantwoordelijke toezegt zal een moment gepland worden waarop het interview zal plaatsvinden. Daarna zullen alle leden van die LOK-groep uitgenodigd worden via mail (waarin de gekozen datum en plaats vermeld staan). De geïnformeerde toestemming (ICF, toevoegen als annex) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld of er al dan niet audio- en/of video-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview. Bij de start van het interview zal de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Aan iedere deelnemer wordt op dat moment een exemplaar van het ICF uitgedeeld om te ondertekenen. (Indien de focusgroep online zal plaatsvinden, worden de deelnemers gevraagd om het ICF toegevoegd aan de uitnodiging voor aanvang van de focusgroep ondertekend terug te bezorgen). Enkel wanneer alle deelnemers instemmen met de focusgroep en het ICF ondertekend terugbezorgen aan de onderzoeker, zal de focusgroep van start gaan.. Zowel in de ICF als bij de start van het interview wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de deelnemer op eigen vraag op elk moment de focusgroep verlaten.

5.4 Expected duration

We voorzien de datacollectie van mei 2021 tot en met december 2021.

Deelnemers engageren zich enkel voor een deelname aan een focusgroep, die ongeveer 120 minuten zal duren.

Er zal achteraf geen debriefing plaatsvinden voor de participanten. De mogelijkheid tot feedback wordt voorzien via regelmatige reflectie tijdens en de korte samenvatting op het einde van de focusgroep. Zoals vermeld in het informed consent formulier worden de participanten die dit wensen wel op de hoogte gesteld van de resultaten van het onderzoek (via een samenvatting van het rapport en met de verwijzing naar het gehele rapport / wetenschappelijk artikel).

6. ANALYSIS

Zoals hierboven vermeld gebeurt de verwerking van de resultaten van de focusgroepen volgens de QUAGOL-handleiding, gebaseerd op de 'grounded theory'-methode. (26)

Verwerking van de resultaten
Eerst worden de geluidsopnames van de focusgroepen volledig getranscribeerd door de moderator van dit gesprek. Deze transcripts worden door alle auteurs gelezen met markering van relevante passages. Daarna vat elke moderator de essentie van het transcript samen per topic, met oog voor alle meningen en ondersteund door relevante citaten.
Deze samenvattingen worden vervolgens vertaald naar overkoepelende concepten, die worden gecontroleerd op accuraatheid en volledigheid aan de hand van het transcript van de focusgroep.

Nadien worden de concepten van de verschillende focusgroepen samengelegd en worden de transcripten gecontroleerd op alle gevonden concepten.

Samenvoegen van de concepten
De concepten uit de verschillende focusgroepen worden opgelijst en besproken door de vier auteurs. De relevante passages van de getranscribeerde focusgroep worden gelinkt aan deze conceptlijst. Daarna worden de passages per concept bekeken en samengevoegd tot een conclusie. Nadien worden de gevonden concepten en conclusies samengevoegd tot een coherent geheel.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een interview informatie (namelijk welke criteria die huisartsen gebruiken bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij frequent voorkomende mentale aandoeningen) worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens de focusgroep vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. De opgenomen focusgroepen zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker(s). De opnames van de focusgroepen en de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd.
Transcripties van de focusgroepen zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de focusgroepen worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor en de betrokken studenten. Dit bestand wordt bewaard op de persoonlijke computers van de promotor en betrokken studenten, die beveiligd zijn met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (zoals 7-Zip of AEScrypt).
Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KULeuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripties aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van:
- ☐ *Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)*

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion. In particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;*
- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*
- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the **confidentiality, storage** and **sharing** of files with his/her supervisor. He/she will use **anonymisation** or **pseudonymisation** in order to limit the risks of data leaks and data loss.*
- *If pseudonymisation is used, he/she will treat the pseudonymisation **key** or the **encryption table** containing the pseudonyms and the identifiable information fields with the **same confidentiality** as the original data. He/she will **never store the key or encryption table at the same device** (e.g. laptop or desktop) as the work file or database containing the pseudonymsed data.*
- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive** (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) **or WeTransfer will be avoided at all times**.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

As this research is conducted in the context of a Master's Thesis, the legal basis for the processing of personal data is the public interest. This research will generate knowledge and new insights that (directly or indirectly) will benefit society.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' contact information, health information and medical information, is subject to compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR).

*When approval is given by the Ethics Committee, it is confirmed that the proposed processing of personal data meets the requirements of the GDPR. Consequently, from a GDPR perspective, there is no objection to start the processing operations. When approval is given, this application will, In accordance with the GDPR, become included in KU Leuven's register of processing activities in the context of research and public service. **No separate privacy application should be submitted for this type of studies.***

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

We verwachten geen nadelige effecten van de studie op de deelnemers. Het reflecteren op eigen handelen kan mogelijks ongemakkelijk aanvoelen, maar de interviewer tracht een vertrouwelijke en veilige sfeer te creëren.

De impact betreffende COVID-19 is op dit moment moeilijk te voorspellen aangezien de focusgroepen pas over 6 maanden zullen plaatsvinden. Veel is afhankelijk van de kennis over en de toestand van de epidemie op dat moment. Zo is het momenteel onduidelijk of een focusgroep met huisartsen in levende lijve (met natuurlijk aandacht voor social distancing en voldoende ventilatie) op dat moment te verantwoorden zal zijn, hoewel dit de voorkeur draagt. Daarom voorzien we ook een online alternatief (dat enkel gebruikt zal worden als een offline focusgroep op dat moment te veel risico's inhoudt), namelijk de organisatie van een focusgroep via een digitaal platform (vb. collaborate).

Bij eventuele problemen of onvoorziene nadelen kan er altijd contact opgenomen met de verantwoordelijke van de studie zoals aangegeven op de informed consent.

9. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

10. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

11. REFERENCES

1. *INTEGO [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/*
2. *World Health Statistics [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics*
3. *Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van Der Heyden J. Geestelijke gezondheid Gezondsheidsenquête 2018 [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde documenten/Method_NL_2018.pdf*
4. *Gold LH, Shuman DW. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace. Evaluating Mental Health Disability in the Workplace. 2009.*
5. *Flach PA, Groothoff JW, Krol B, Bültmann U. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. Eur J Public Health. 2012;22(3):440–5.*
6. *Wynne R, McAnaney D. Employment and Disability: Back to Work Strategies. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2004. 130 p.*
7. *Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and wellbeing? Occup Health Rev. 2006;(124):30–1.*
8. *Declercq T, Habraken H, Van Den Ameele H, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H, et al. Richtlijn DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN.*
9. *Depressie | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie#volledige-tekst*
10. *Depressie ebpnet [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00716*
11. *Chronische depressie (dysthymie) ebpnet [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00718*
12. *Angst | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst#volledige-tekst*
13. *Angststoornis ebpnet [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00729*
14. *Overspanning en burn-out | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/overspanning-en-burn-out#volledige-tekst*
15. *Burn-out ebpnet [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00918*
16. *Acute stressreactie en posttraumatische stressstoornis ebpnet [Internet]. [cited 2020 Nov 18]. Available from: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00734*
17. *Bertilsson M, Maeland S, Löve J, Ahlborg G, Werner EL, Hensing G. The capacity to work puzzle: A qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. BMC Fam Pract. 2018;19(1):1–14.*
18. *Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. Fam Pract. 2006;23(1):125–30.*
19. *MacDonald S, Maxwell M, Wilson P, Smith M, Whittaker W, Sutton M, et al. A powerful intervention: General practitioners', Use of sickness certification in depression. BMC Fam Pract. 2012;13.*
20. *Medicine FOF. Criteria for prescribing sick leave for common mental disorders : A systematic review.*
21. *Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. A literature review on sick leave determinants (1984-2004). Int J Occup Med Environ Health. 2009;22(2):169–79.*

22. *Goorts K, Duchesnes C, Vandenbroeck S, Rusu D, Bois M Du, Mairiaux P, et al. Is langdurig ziekteverzuim voorspelbaar en meetbaar? Tijdschr voor Bedrijfs- en Verzek. 2017;25(2):59–62.*
23. *Goorts K, Vanovenberghe C, Lambreghts C, Bruneel E, Rusu D, Du Bois M, et al. Correction to: Assessment of long-term sickness absence: Content and face validity of a new questionnaire based on qualitative data from nominal groups (BMC Medical Research Methodology (2019) 19 (205) DOI: 10.1186/s12874-019-0852-3). BMC Med Res Methodol. 2019;19(1):1–11.*
24. *Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Godderis L. Quickscan Assesses Risk of Long-Term Sickness Absence: A Cross-Sectional Validation Study. J Occup Environ Med. 2019;61(2):E43–50.*
25. *Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care. 2007;19(6):349–57.*
26. *Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(3):360–71.*

12. ANNEXES

12.1 Informed Consent

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.
Onderzoeksinstelling: KU Leuven
Ethisch comité: *EC Onderzoek UZ/KU Leuven*
Onderzoekers:
Katrien Ceulemans, ManaMa huisartsgeneeskunde, katrien.ceulemans@student.kuleuven.be
Sanne Decraemer, ManaMa huisartsgeneeskunde sanne.decraemer@student.kuleuven.be
Laura Gils, ManaMa huisartsgeneeskunde, laura.gils@student.kuleuven.be
Vera Poels, ManaMa huisartsgeneeskunde, vera.poels@student.kuleuven.be.

Prof. Dr. Lode Godderis, lode.godderis@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar het beslissingsproces van Vlaamse huisartsen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij frequente mentale aandoeningen. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.
- Van de focusgroep-gesprekken audio-opnames worden gemaakt, die onmiddellijk na (geanomiseerde) transcriptie ervan zullen worden vernietigd.
- De (geanomiseerde) verzamelde data (waaronder de transcripten van audio-opnames) zullen, volgens het beleid van de KU Leuven, nog minstens 10 jaar bewaard worden door de hoofdonderzoeker (professor Lode Godderis). Na 10 jaar wordt opnieuw geëvalueerd of het zinvol om de data nog langer te bewaren.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie onderzoekt welke criteria huisartsen gebruiken om te beslissen of ze al-dan-niet arbeidsongeschiktheid voorschrijven voor patiënten met frequent voorkomende mentale aandoeningen. Dit is relevant omdat men in de huisartsenpraktijk vaak geconfronteerd wordt met mentale aandoeningen. Desondanks vindt men in Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen (van NHG, duodecim en Domus Medica) slechts beperkte aanbevelingen terug rond arbeidsongeschiktheid bij deze aandoeningen. Hierdoor zijn huisartsen vaak op hun eigen beslissingsproces aangewezen.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u als huisarts soms tot regelmatig het beslissingsproces rond al-dan-niet arbeidsongeschiktheid voorschrijven bij mentale aandoeningen doorloopt.

Aan deze studie zullen ongeveer *16 tot 48* (in extremis 80) personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u actief zijn als huisarts in Vlaanderen en de Nederlandse taal machtig zijn. U moet akkoord zijn met de geïnformeerde toestemming en lid zijn van de LOK groep waar de focusgroep wordt georganiseerd.

De onderzoeker zal u vragen deel te nemen aan een focusgroepgesprek dat peilt naar welke criteria u, al dan niet bewust, gebruikt bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor patiënten met een frequent voorkomende mentale aandoening. Deelname aan dit gesprek zal ongeveer 120 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal plaatsvinden te (locatie nog in te vullen) op een LOK vergadering op (tijdstip nog in te vullen).

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Er zijn geen risico's verbonden aandoor het deelnemen aan deze focusgroep. Indien u toch een nadelig effect ondervindt mag u steeds contact opnemen met een van de onderzoekers.

Deelname aan dit onderzoek heeft als voordeel dat u kan reflecteren over uw eigen beslissingsproces en dit kan toetsen aan de mening van uw collega's.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met één van de onderzoekers (dokter Katrien Ceulemans) via (katrien.ceulemans@student.kuleuven.be) en de hoofdonderzoeker (professor dokter Lode Godderis) via het telefoonnummer +32 16 37 32 91 (werkuren) of via e-mail (lode.godderis@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende [naam, voornaam focusgroep moderator][1], onderzoeker / bevoegde onderzoeksmedewerker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

[1] één van volgende namen wordt genoteerd afhankelijk van wie de moderator is:
(Katrien Ceulemans Sanne Decraemer, Laura Gils, Vera Poels)

Titel van de studie: Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen.

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren .

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

De opdrachtgever zal de verzamelde gegevens gebruiken in het kader van de studie waaraan u deelneemt, maar wil ze ook kunnen aanwenden in het kader van andere studies met dezelfde context als deze studie. Buiten de context die wordt beschreven in dit document, kunnen uw gegevens enkel gebruikt worden als een ethisch comité zijn goedkeuring heeft gegeven.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres : (verduidelijken). Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:
Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact(at)apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

Exemplaar voor de onderzoeker

Zie exemplaar voor deelnemer

12.2 Draaiboek focusgroep

Deel 1: introductie (20')

Wij zijn (naam student 1 - moderator) en (naam student 2 - verslagnemer) en werken samen (naam student 3) en (naam student 4), hier niet aanwezig. Wij zijn 4 studenten huisartsgeneeskunde aan KU Leuven. In kader van onze masterproef onderzoeken wij welke criteria huisartsen gebruiken bij hun beslissing omtrent het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij mentale gezondheidsproblemen.

Uit een literatuuronderzoek van Katrien uit 2019 blijkt dat er zeer weinig wetenschappelijke informatie terug te vinden is over dit onderwerp. We vinden dit echter wel een relevant thema - zowel voor de huisartsen, de patiënten als de maatschappij - aangezien mentale aandoeningen frequent voorkomen in de huisartsenpraktijk. Huisartsen worden dus regelmatig geconfronteerd met de beslissing om al-dan-niet arbeidsongeschiktheid voor te schrijven voor hun patiënten met mentale aandoeningen.

Op heden staan in Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen (van Domus Medica, NHG en Duodecim) slechts beperkte aanbevelingen over arbeidsongeschiktheid. Om jullie antwoorden op de vragen van deze focusgroep niet te beïnvloeden gaan we deze aanbevelingen niet overlopen. Eventueel kan dit aan het einde van de focusgroep wel overlopen worden.

Door het bekomen van meer inzicht in het beslissingsproces van huisartsen over dit thema, in combinatie met andere onderzoeken, hopen wij dat dit op termijn zal leiden tot de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen rond het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij mentale aandoeningen.

De doelstelling van deze focusgroep is om van jullie - huisartsen - te horen welke elementen jullie meenemen in jullie beslissing om al-dan-niet arbeidsongeschiktheid voor te schrijven bij patiënten met frequent voorkomende mentale aandoeningen.

Er zijn geen juiste en foute antwoorden vandaag. Als er vragen zijn waarop je niet wil antwoorden dan hoeft dat niet.

Voor we beginnen willen we eerst nog overlopen welke aandoeningen we bedoelen met 'frequent voorkomende mentale aandoeningen'. Op die manier zijn we zeker dat we allemaal over hetzelfde aan het spreken zijn:

- Stress-gerelateerde aandoeningen (acute stressreactie en burn-out)
- Depressie en depressieve gevoelens
- Angststoomissen en angstige gevoelens
- Surmenage

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN
Template 2020.10

Wij vragen jullie om een formulier "geïnformeerde toestemming" te ondertekenen. Hierin staat vermeld dat wij het gesprek zullen opnemen om achteraf alles goed te kunnen uittypen. Daarna wordt de opname vernietigd. De opname zal dus nooit openbaar worden gemaakt. Er zullen geen namen in ons rapport verschijnen, alle data wordt volledig anoniem verwerkt. We gaan jullie wel vragen enkele gegevens te noteren, omdat wij enkele kenmerken van de groep die we geïnterviewd hebben, moeten kunnen omschrijven. Er staat ook een contactadres op het formulier. Wie wil, mag zijn/haar e-mailadres opgeven, om later informatie te ontvangen over de resultaten van het onderzoek. Dit is niet verplicht, deze gegevens worden verder ook niet gebruikt.

Informed consents laten lezen, ondertekenen en verzamelen

Korte vragenlijst uitdelen

Zijn hier nog vragen over?

Oké, dan gaan we van start. Doordat onze tijd beperkt is, proberen we zo gestructureerd mogelijk te werk te gaan. Het kan dus gebeuren dat we jullie onderbreken als we te ver afdwalen van het onderwerp.

Omdat we een groepsgesprek zullen houden, is het leuk om toch elkaars naam te weten. Wie wil, mag er nog iets bij vertellen, wat je verwachtingen zijn van vandaag, …

Deel 2: Gesprek a.d.h.v. vooraf bepaalde vragen

Ronde 1: vignet bespreken (±15 minuten)

Vignet:

Mevrouw Peeters, een dame van 46 jaar met een blanco voorgeschiedenis, komt bij u op raadpleging omwille van vermoeidheid sinds een 3-tal maanden. Ze heeft moeite met inslapen. Het duurt vaak 2 uur voor ze de slaap kan vatten. Ze wordt ook vaak rond 5u 's morgens wakker en kan dan niet opnieuw inslapen. Ze voelt zich niet uitgerust doorheen de dag. Mevrouw Peeters geeft ook aan hierdoor prikkelbaar te zijn, wat thuis soms tot ruzie leidt.
Ze werkt als bankbediende en doet haar job graag. Ze geeft wel aan dat er herstructureringen bezig zijn op het werk en dit haar wel wat extra stress bezorgd.

Bij navraag geeft ze aan nog te kunnen genieten van tijd door te brengen met haar gezin en van de Zumba met vriendinnen. De laatste weken heeft ze regelmatig afgezegd, omdat ze de energie niet had om te gaan.

Doorgaans is haar stemming eerder somber. Ze geeft aan dat dit vroeger helemaal niet zo was, dat ze van nature een vrolijk en opgewekt iemand is. Mevrouw Peeters zegt dat als ze morgen niet meer wakker zou worden, ze dat niet erg zou vinden. Aan zelfmoord denkt ze niet, want dat kan ze haar gezin niet aandoen.

Mevrouw Peeters geeft aan de laatste tijd problemen te hebben met zich te concentreren, ze maakt de laatste tijd meer fouten hierdoor.

Mevrouw Peeters zegt dat haar collega's en directeur heel begripvol zijn. Maar thuisblijven van het werk ziet ze niet zitten: ze wil haar collega's niet in de steek laten.

Mevrouw Peeters heeft 2 zonen van 13 en 15 jaar. Ze is 20 jaar samen met Bart (48j), hij werkt als bediende bij de Post.

Vragen bij dit vignet:

- Zouden jullie voor deze vrouw arbeidsongeschiktheid voorschrijven? Waarom wel of waarom niet?
- Eventueel: hoelang schrijven jullie voor? Waar houden jullie rekening mee?

(Opm: Bij bijkomende vragen over het vignet vanuit de participanten van de eerste focusgroepen, worden de gegeven antwoorden genoteerd en ook gebruikt bij volgende focusgroepen.)

Ronde 2: veranderingen aan vignet (±30 minuten)

We gaan nu enkele elementen uit de casus veranderen. Beïnvloed deze aanpassing je beslissing?

(Voordelen/nadelen van werken)

- Wat als de patiënte zelf aangeeft dat het werk voor haar belangrijk is, omdat ze zich dan nuttig voelt?
- Wat als de patiënte zelf aangeeft dat het werk haar helpt om haar gedachten kan verzetten en dat ze geniet van met haar collega's te kunnen praten?
- Wat als patiënte haar job er niet onder lijdt (vb. als ze geen fouten maken)?

(Voordelen/nadelen van AO)

- Wat als patiënte zelf aangeeft volledig overbevraagd te zijn en rust te willen?
- Wat als de patiënte aangeeft dat ze zoveel moet werken dat ze niets voor zichzelf kan doen?

(Gezondheidsperceptie en ziektebeleving + impact op het functioneren)

- Wat als de patiënte aangeeft dat ze helemaal uitgeput is aan het einde van de werkdag?
- Wat als de patiënte zegt dat ze al amper fut heeft om uit haar bed te komen en zich aan te kleden?
- Wat als de patiënte er zelf vraagt om arbeidsongeschiktheid?

(Ziekte-gerelateerde factoren)

- Wat als er een voorgeschiedenis van depressie en/of burnout is?
- Wat als er sprake is van actieve suïcide-ideatie?
  - Niet concreet: Mevrouw Peeters heeft al gedacht zichzelf van het leven te beroven, maar nog niet nagedacht over een methode.
  - Matig concreet: Mevrouw Peeters heeft al gedacht aan een overdosis medicatie in te nemen
  - Zeer concreet: Mevrouw Peeters heeft al op het punt gestaan medicatie in te nemen en/of een afscheidsbrief geschreven
- Wat als patiënte momenteel al bij een psycholoog in behandeling is?
  - En hierdoor al aan de betere hand is?
  - En hier weinig effect van merkt?
- Wat als patiënte al medicatie (antidepressivum, evt slaapmedicatie) neemt?
  - En hiervan al een positief effect merkt?
  - En hier weinig effect van merkt?

(Patiënt-gerelateerde factoren)

- Wat als het een man zou betreffen in plaats van een vrouw?
- Leeftijd:
  - Wat als de patiënt 25 jaar zou zijn?
  - Wat als de patiënt 60 jaar zou zijn?
- Wat als de patiënt een alleenstaande moeder zou zijn?
- Wat als haar partner niet steunend is?
- Wat als patiënte het financieel moeilijk heeft
  - Vb. psycholoog te duur, ziekte-uitkering onvoldoende om rond te komen
- Wat als je weet dat de patiënt door de gezinssituatie bijna geen tijd heeft voor zichzelf?
- Wat als de patiënte een voorgeschiedenis van ziekteverzuim heeft?
- Wat als je weet dat de patiënt enorm perfectionistisch is?

(Werk-gerelateerde factoren)

- Wat als de leidinggevende heel onbegripvol is omtrent de situatie?
- Wat als haar collega's heel onbegripvol zijn omtrent de situatie?
- Wat als de patiënte haar job niet graag doet?
- Deeltijds werken
  - Wat als deeltijds werken een optie is?
  - Wat als deeltijds werken geen optie is?
- Wat als de patiënt een andere job deed?
  - Vb. als leerkracht?
  - Vb. als zelfstandige?
  - Vb. in een fabriek?
  - Vb. bij de politie?
  - Vb. werkend voor een overheidsinstantie?

Ronde 3: bespreken van literatuur + vragen naar aanvullingen (±15 minuten)

In de literatuur wordt dit beslissingsproces beschreven als een 'moeilijke puzzel' met veel stukjes. Deze stukjes behoren tot verschillende categorieën. (De aanvullingen in het blauw zijn predictoren van langdurige arbeidsongeschiktheid en kwamen dus niet in de literatuur naar boven als factoren die het beslissingsproces van artsen beïnvloeden. We hebben deze hier toch bij gezet, omdat ze - volgens ons - mogelijks wel een invloed kunnen hebben op het beslissingsproces en we ze dus mee wouden bevragen).

1. Voor-en nadelen van werken tijdens ziekte
   a. Nadelen
      i. Werk veroorzaakt mogelijk meer stress
      ii. Werken met verminderde werkcapaciteit (door verminderde cognitieve functie)
      heeft mogelijk schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid tot gevolg
      iii. Werken kan risico's inhouden (door comorbiditeiten, vermoeidheid, verminderde concentratie ...) (vb. ongelukken, stigmatisering …)
   b. Voordelen
      i. Werken heeft mogelijks een therapeutisch effect
      (door het bieden van structuur, het leveren van een doel, het bevorderen van zelfvertrouwen …)
2. Voor-en nadelen van arbeidsongeschiktheid tijdens ziekte
   a. Voordelen
      i. Arbeidsongeschiktheid neemt de werkstress tijdelijk weg
      ii. Arbeidsongeschiktheid geeft ademruimte
      iii. Arbeidsongeschiktheid geeft meer tijd voor diagnostiek, tijd voor herstel en tijd om effect van medicatie te kunnen merken
      iv. Arbeidsongeschiktheid geeft de patiënt mogelijk het gevoel dat hun problemen serieus genomen worden
      v. Arbeidsongeschiktheid kan een mogelijke opening zijn tot een gesprek met de werkgever over werkaanpassingen
   b. Nadelen
      i. Werkgerelateerde problemen worden ontlopen/kunnen niet opgelost worden
      ii. Patiënten kunnen 'verslaafd' worden aan arbeidsongeschiktheid
      iii. Lange duur van arbeidsongeschiktheid vermindert de kans op succesvolle reïntegratie op het werk
3. Gezondheidsperceptie, ziektebeleving en impact op het functioneren
   a. Het gevoel zichzelf niet te zijn
   b. Het gevoel van volledig uitgeput te zijn tijdens de werkdag en lang moeten bekomen van een werkdag
   c. Dagelijkse/huishoudelijk activiteiten volhouden moeilijk
   d. De mening van de patiënt over (het nut van) werken
   e. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de noodzaak en duur van arbeidsongeschiktheid
   f. Mogelijke oplossingen die de patiënt ziet voor verminderde werkcapaciteit
   g. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de ernst van de ziekte en het te verwachten herstel
   h. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de eigen gezondheid
   i. De persoonlijke inschatting van de patiënt over het eigen functioneren en de invloed hiervan op het werk
4. Ziektegerelateerde factoren
   a. Ernst van de aandoening
   b. Comorbiditeiten
   c. Effect van de behandeling (inclusief bijwerkingen)
5. Patiëntgerelateerde factoren
   a. Leeftijd
   b. Geslacht
   c. Thuissituatie van de patiënt
      i. Ondersteuning van omgeving
      ii. Stressoren en belasting in thuissituatie
   d. Voorgeschiedenis
   e. Opleidingsniveau
   f. Stressvolle levensgebeurtenissen
   g. Persoonlijkheidsfactoren (vb. perfectionisme)
6. Werkgerelateerde factoren
   a. Eigenschappen van de job (vb. uitdagend, veel autonomie, veel mogelijkheden om te leren, loon, recente veranderingen op het werk …)
   b. Vereisten van het werk (vb. mentale, emotionele en fysieke belasting, werkuren, mogelijkheid tot pauze)
   c. Problemen in de werkomgeving (vb. pesten, hoge werkdruk …)
   d. Mogelijkheid tot aangepast werk
   e. Begrip van en band met collega's
   f. Begrip van en band met leidinggevenden
   g. Tevredenheid over eigen job

Vragen bij deze theorie:

- Zijn jullie het eens met deze categorieën?
- Ontbreken er volgens jullie nog factoren?
- Welke factoren wegen volgens jullie zwaarder door dan anderen?

Daarnaast kwamen in de literatuur nog enkele moeilijkheden aan bod die ook een invloed kunnen hebben op het beslissingsproces:

1. Moeilijkheden om in te schatten hoe de individuele patiënt tegenover werken staat en wat de invloed van werken op de ziekte is.
2. Maatschappelijk dilemma met een moeilijke balans van het behartigen van de belangen van de patiënt enerzijds en de invloed van je beslissing voor de maatschappij anderzijds(vb. financiële gevolgen)
3. Organisatie van de gezondheidszorg (o.a. onvoldoende tijd/vergoeding voor grondige evaluatie van werkgeschiktheid)

Vragen bij deze moeilijkheden:

- Herkennen jullie deze moeilijkheden?
- Hebben deze ook een invloed op jullie beslissingen?
- Ervaren jullie nog andere moeilijkheden?

Ronde 4: andere pathologieën (± 30 minuten)

We hebben zojuist de focus op voornamelijk op depressie gelegd. We gaan nu ook enkele andere frequente mentale aandoeningen bespreken. We gaan dit doen a.d.h.v. voorgaande besproken thema's. Voor het gemak hebben we de 6 grote categorieën opgeschreven en aangevuld met jullie eigen inbreng.

1. Voor-en nadelen van werken

2. Voor-en nadelen van arbeidsongeschiktheid
3. De kans om aan het werk te blijven
4. Factoren gerelateerd aan de ziekte
5. Factoren gerelateerd aan de patiënt
6. Factoren gerelateerd aan de werkomgeving
7. Andere groepen die de participanten zelf hebben aangebracht

Het gaat nu vooral om wat de mentale aandoening op zich verandert aan jullie beslissingsproces om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven.

We starten met een angststoornis. Stel u voor dat mevrouw Peeters een gegeneraliseerde angststoornis met agorafobie heeft (i.p.v. een depressieve stoornis)?
Vragen bij angststoornis (± 10 minuten)

- Hoe beïnvloed deze verandering jullie beslissing?
- Zijn er bepaalde factoren die nu meer of minder doorwegen?
- Zijn er andere factoren die er nu bijkomen?

Nu bekijken we hetzelfde voor surmenage. Stel u voor dat mevrouw Peeters kampt met surmenage.
Vragen bij surmenage (± 10 minuten)

- Hoe beïnvloed deze verandering jullie beslissing?
- Zijn er bepaalde factoren die nu meer of minder doorwegen?
- Zijn er andere factoren die er nu bijkomen?

Nu bekijken we hetzelfde voor burn-out. Stel u voor dat mevrouw Peeters kampt met een burn-out.
Vragen bij burn-out (± 10 minuten)

- Hoe beïnvloed deze verandering jullie beslissing?
- Zijn er bepaalde factoren die nu meer of minder doorwegen?
- Zijn er andere factoren die er nu bijkomen?

Deel 3: afsluiting (± 10 minuten)

We gaan nu proberen het gesprek van vandaag kort samen te vatten.

Korte samenvatting

Zijn er zaken die we verkeerd begrepen hebben? Zijn er belangrijke zaken die volgens jullie ontbreken?
Willen jullie nog iets kwijt over het onderwerp, de gestelde vragen, het onderzoek of iets anders?
Ontbreekt er nog iets volgens jullie?
Hebben jullie nog opmerkingen?

(Bij interesse naar de richtlijnen:
Voor de meeste patiënten met depressie wordt continuatie van het werk aanbevolen, tenzij werkgerelateerde problemen de depressie mee onderhouden. De huisarts kan best in dialoog gaan met de patiënt over het al-dan-niet verder blijven werken, hierbij rekening houdend met de ernst van de depressie en hoe goed de patiënt de verantwoordelijkheden van het werk zou aankunnen. Bij emstige depressie kan het best zijn om de effecten van de behandeling af te wachten alvorens het werk te hervatten.

Over angststoornissen bestaan geen aanbevelingen.

Bij burn-out wordt aangeraden om in de crisisfase arbeidsongeschiktheid te overwegen, zeker bij wie reeds thuis zit, bij wie extreme vermoeidheid zorgt voor verminderd functioneren en bij wie symptomen heeft van een majeure depressie. Bij patiënten zonder comorbiditeiten worden werkaanpassingen verkozen boven arbeidsongeschiktheid.)

Als er geen vragen meer zijn dan willen we jullie heel erg bedanken om deel te nemen.

12.3 Uitnodigingsmail

Onderwerp: Masterpaper focusgroep

Beste collega Dr. XXX

We zijn 4 studenten van de KU Leuven. In het kader van onze masterpaper doen wij kwalitatief onderzoek naar de criteria die huisartsen gebruiken bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid voor frequent voorkomende mentale aandoeningen. We zijn van mening dat dit onderzoek mee kan bijdragen aan het opstellen van richtlijnen die huisartsen kunnen helpen bij hun beslissingsproces omtrent het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid.
Via deze mail willen wij u nader informeren over de studie en u vragen om uw medewerking.

Achtergrond

Mentale aandoeningen komen veel voor in de huidige samenleving, in alle culturen en religies. Wereldwijd is de prevalentie van depressie en angststoornissen naar schatting 10%. Huisartsen worden dus vaak geconfronteerd met patiënten met mentale aandoeningen en dus ook met de beslissing om voor hen al-,dan,-niet arbeidsongeschiktheid voor te schrijven.

In Nederlandstalige richtlijnen voor huisartsen staan slechts beperkte aanbevelingen over arbeidsongeschiktheid bij mentale aandoeningen. Huisartsen zijn dus vaak aangewezen op hun eigen beslissingsproces. Naar dit beslissingsproces is op heden nog weinig onderzoek verricht.

Doel

Het doel van deze studie is om het beslissingsproces van Vlaamse huisartsen omtrent het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij frequent voorkomende mentale aandoeningen in kaart te brengen.

Onderzoeksplan

We willen over dit thema graag 4 focusgroepgesprekken met Vlaamse huisartsen organiseren, verspreid over de verschillende provincies van Vlaanderen. Elke focusgroepgesprek zou bestaan uit 4 tot 20 huisartsen. Elke focusgroepgesprek zou ongeveer 2 uur in beslag nemen. Aan de hand van een patiënt-vignet wordt besproken of er voor deze patiënt arbeidsongeschiktheid zou worden voorgeschreven en welke factoren deze beslissing beïnvloeden.

Verzoek

Graag willen wij u vragen om met uw LOK-groep deel te nemen aan een van de focusgroepgesprekken. Deze zou idealiter plaatsvinden tussen mei 2021 en december 2021. Deelnemen aan deze studie heeft volgende voordelen. (1) Dit~~e~~ze focusgroepgesprek kan geregistreerd worden als LOK-vergadering. (2) Dit~~e~~ze focusgroepgesprek biedt de kans aan de deelnemende huisartsen om op een gestructureerde manier te reflecteren over het eigen medische handelen en dit te kunnen toetsen aan de handelswijze van collega's. Dit kan de zorg voor patiënten met mentale aandoeningen ten goede komen.

Indien u wenst mee te werken aan dit onderzoek, mag u deze mail beantwoorden zodat we een datum kunnen afspreken.
Indien u nog verdere informatie wenst, twijfel niet om ons te contacteren.

Alvast bedankt om ons verzoek in overweging te nemen!

Met collegiale groeten,

Dr. Katrien Ceulemans, Dr. Sanne Decraemer, Dr. Laura Gils en Dr. Vera Poels
MaNaMa huisartsgeneeskunde fase 2 KULeuven

Onder begeleiding van Prof. Dr. Lode Godderis, KULeuven

12.4 Vragenlijst voor deelnemende huisartsen

1. Wat is uw leeftijd?
   - ❑ 20 – 30 jaar
   - ❑ 31 – 45 jaar
   - ❑ 46 – 60 jaar
   - ❑ > 60 jaar
2. Hoelang bent u al actief als huisarts?
   - ❑ 0-5 jaar
   - ❑ 5-15 jaar
   - ❑ 15 – 30 jaar
   - ❑ > 30 jaar
3. In welke praktijkvorm werkt u?
   - ❑ Solopraktijk
   - ❑ Duopraktijk
   - ❑ Groepspraktijk
   - ❑ Multidisciplinair centrum
   - ❑ Andere, namelijk …
4. In welke omgeving is uw praktijk gelokaliseerd?
   - ❑ Stedelijke omgeving
   - ❑ Landelijke omgeving
5. Hoe schat u de verdeling van de leeftijd van uw patiëntenpopulatie in (in percentage)?
   - ❑ < 18 jaar: … %
   - ❑ 18 – 25 jaar: …. %
   - ❑ 26 – 65 jaar: …. %
   - ❑ > 65 jaar: … %
6. Hoe vaak komt u als huisarts in contact met mentale gezondheidsproblemen?
   - ❑ Meerdere keren per dag
   - ❑ 1 keer per dag
   - ❑ 1 à 2 per week
   - ❑ 1 à 2 per maand
   - ❑ <1 keer per maand

13. Covid-19

1. *Will it be possible to respect the federal and institutional rules, e.g. social distancing, protective measures..? **Yes***
2. *Is additional protective material needed in order to execute the study? Please specify. Yes □ **No** □ NA □*
   Alleen de standaard beschermingsmaterialen (alcoholgel en mondmasker) zijn nodig
3. *How many additional persons (researchers/observers) are envisaged in the interaction with the participants?*
   1 moderator en 1 observator per focusgroep
4. *In which room/building will the study take place?*
   De lokalen waar de LOK-groepen normaal plaatsvinden (waarbij op voorhand gecontroleerd wordt of sociale distancing en ventilatie mogelijk zijn)
5. *If the study takes place in another institution, has this institution approved the re-start in writing? Yes □ No □ **NA** □*
6. *Is there a need for modifying the ICF, and if so, please provide a changed version with track changes. Yes □ **No** □ NA □*
7. *Is there a need for modifying the protocol, and if so, please provide a changed version with track changes. Yes □ **No** □*
   Een online alternatief werd reeds voorzien in het protocol

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP016640
Uw kenmerk: Masterproef studie: Criteria die huisartsen gebruiken bij beslissingen over het voorschrijven van ziekteverlof voor mentale aandoeningen
Leuven, 15-12-2020

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Lode Godderis
Geachte Laura Gils, Vera Poels, Sanne Decraemer, Katrien Ceulemans

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 15-12-2020

(tussentijdse goedkeuring van herindiening) In deze masterproef willen 4 studenten huisartsgeneeskunde het beslissingsproces van Vlaamse huisartsen onderzoeken betreffende het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid bij frequent voorkomende mentale aan

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 15-12-2020 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP016640

7.4 Bijlage 4: Vergelijking van criteria uit literatuur en focusgroepen

Bijlage 4: Vergelijking van criteria uit literatuur en focusgroepen

LITERATUUR	RESULTATEN FOCUSGROEPEN
1. Voor- en nadelen van werken tijdens ziekte	1. Effecten van werken tijdens ziekte
A. Voordelen: mogelijk therapeutisch effect	A. Positieve effecten: stabilisatie van mentale toestand
1) Ontsnappen aan problemen thuis	1) Thuissituatie ontvluchten
2) Structuur	2) Structuur
3) Het leveren van een doel	3) Deel uitmaken van de maatschappij
	4) Zich nuttig voelen
4) Bevorderen van zelfvertrouwen	
	5) Afleiding/gedachten verzetten
	6) Mogelijk bron van energie
	7) Mogelijk ontspannend
	8) Social netwerk en sociale contacten
	9) Sociale controle
B. Nadelen	B. Negatieve effecten
1) Werk veroorzaakt mogelijk meer stress	1) Werk als oorzaak van klachten
2) Werken met verminderde werkcapaciteit (door verminderde cognitieve functie) heeft mogelijk schuldgevoelens en gevoelens van waardeloosheid tot gevolg	
3) Werken kan risico's inhouden (door comorbiditeiten, vermoeidheid, verminderde concentratie ...) waardoor ongelukken, stigmatsering... kunnen voorkomen	2) Risico's op ongevallen bij job met veel verantwoordelijkheden
Zie 2.A.6	
Zie 2.A.2	3) Deterioratie van het ziektebeeld
	4) Weinig tijd voor rust en recuperatie
2. Voor- en nadelen van TAO tijdens ziekte	2. Effecten van TAO tijdens ziekte
A. Voordelen: mogelijk therapeutisch effect	A. Positieve effecten
1) TAO vermindert het stressniveau door de werkstress tijdelijk weg te nemen	1) Wegnemen van stress en druk
2) TAO geeft ademruimte	2) Rust bieden
	3) Tijd om alles op een rijtje te zetten
	4) Tijd om hobby's terug op te nemen
3) TAO geeft meer tijd voor diagnostiek, tijd voor herstel en tijd om effect van medicatie te kunnen merken	5) Diagnostisch middel
	6) Inschatten van nood aan verdere (medicamenteuze) behandeling
	Zie 4.B
4) TAO geeft de patiënt mogelijk het gevoel dat diens problemen serieus genomen worden	
5) TAO kan een mogelijke opening zijn tot een gesprek met de werkgever over werkaanpassingen	
6) Voorkomt deterioratie van het ziektebeeld	
	Zie 1.B.4
	7) TAO als therapeutisch middel
	8) TAO als motivatie of voorwaarde tot behandeling
	9) Kortdurende TAO om langdurige TAO te vermijden
	10) TAO als makkelijke oplossing
	11) TAO als reden om patiënt op korte termijn terug te zien*
B. Nadelen	B. Negatieve effecten
1) Werkgerelateerde problemen worden ontlopen/kunnen niet opgelost worden	1) Vermijdingsgedrag
	2) Vergroten van werkdruk (werk blijft liggen tijdens TAO)
2) Patiënten kunnen 'versiaafd' worden aan TAO	3) Verslaving aan TAO
	4) Tijd om te piekeren
	5) Negatief effect op band met collega's
	6) Stress rondom werkhervatting*
	7) Angst om werk te verliezen

LITERATUUR	RESULTATEN FOCUSGROEPEN
3. Gezondheidsperceptie, ziektebeleving en impact op het functioneren	3. Gezondheidsperceptie van de patiënt en impact op het functioneren
A. Het gevoel zichzelf niet te zijn	A. Gevoel van uitputting
B. Het gevoel van volledig uitgeput te zijn tijdens en/of na de werkdag en lang te moeten bekomen hiervan	B. Algemeen functioneren van de patiënt
C. Dagelijkse/huishoudelijke activiteiten moeilijk	
D. Verminderde functionaliteit en werkcapaciteit	
E. De mening van de patiënt over (het nut van) werken	C. Verwachting/wens/vraag van de patiënt*
F. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de noodzaak en duur van TAO	
G. De motivatie van de patiënt om te werken	D. Motivatie van de patiënt om te werken*
H. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de ernst van de ziekte en het te verwachten herstel	E. Inschattingsvermogen van patiënt betreffende diens situatie en perceptie van patiënt op werkgeschiktheid
I. De persoonlijke inschatting van de patiënt over de eigen gezondheid	
J. De persoonlijke inschatting van de patiënt over het eigen functioneren en de invloed hiervan op werken	
K. Mogelijke oplossingen die de patiënt ziet voor verminderde werkcapaciteit	
	F. Reden waarom patiënt al dan niet thuis wil blijven*
	G. Belangrijkste probleem voor de patiënt, oorzaak van de klachten
	H. Schaamte over de ziekte*
4. Ziektegerelateerde factoren	4. Ziektegerelateerde factoren
A. Ernst van de aandoening	A. Ernst van de aandoening en aanwezige symptomatologie
B. Comorbiditeiten (bv. musculoskeletale ziekte, alcoholgebruik, drugverslaving)	
C. Effect van de behandeling (inclusief bijwerkingen)	B. Behandelingsgerelateerd
	1) Tijd die medicatie nodig heeft om effect te hebben*
	2) Effect van de medicatie
	3) Bijwerkingen
D. Slaappatroon	
	C. Aanwezigheid van suïcidaliteit*
	D. Duur van de klachten
	E. Gestelde diagnose*
5. Patiëntgerelateerde factoren	5. Patiëntgerelateerde factoren
A. Leeftijd	A. Demografische eigenschappen
B. Geslacht	1) Leeftijd*^
	2) Geslacht^
	3) Levensfase
	4) Gezinssamenstelling*^
C. Thuissituatie van de patiënt	B. Sociale context
1) Ondersteuning vanuit omgeving	1) Familiale context*
2) Stressoren en belasting in thuissituatie	2) Breder sociaal netwerk*
D. Financiële toestand	C. Financiële context*^
E. Sociale of culturele context (met mogelijk sociale achterstand)	
F. Voorgeschiedenis (inclusief stressvolle levensgebeurtenissen)	D. Voorgeschiedenis (VG) van de patiënt
	1) VG van mentale aandoeningen en het beloop
	2) Recidiverende psychische klachten
	3) Stressvolle levensgebeurtenissen
G. Opleidingsniveau	
H. Persoonlijkheidsfactoren (bv. perfectionisme)	E. Karaktereigenschappen van de patiënt (bv. perfectionisme, faalangst)^
	F. VG van veelvuldig TAO*
	G. Draagkracht van de patiënt
	H. Inschatting van de omkaderende personen (bv. partner, psycholoog ...)

LITERATUUR	RESULTATEN FOCUSGROEPEN
6. Werkgerelateerde factoren	6. Factoren gerelateerd aan de werkomgeving
A. Eigenschappen van de job (bv. uitdagend, veel autonomie, niet-stigmatiserend, op het niveau van de patiënt, veel mogelijkheden om te leren, loon, recente veranderingen op het werk …)	A. Eigenschappen van de job (recente herstructurering, ambities niet kunnen waarmaken …)
B. Vereisten van het werk (bv. mentale, emotionele en fysieke belasting, werkuren, mogelijkheid tot pauze …)	B. Vereisten en verantwoordelijkheden van de job
C. Problemen in de werkomgeving (bv. pesten, hoge werkdruk, geluidsoverlast, vervuiling …)	C. Band met collega's en leidinggevenden (o.a. pestgedrag)^
D. Mogelijkheid tot aangepast werk	D. Mogelijkheid tot aanpassingen op het werk E. Mogelijkheid tot deeltijds werk*
E. Begrip van en band met collega's en leidinggevenden	
F. Tevredenheid over eigen job	F. Tevredenheid over job*^
	G. Statuut*
	7. Huisartsgerelateerde factoren
	A. Kennen van de patiënt en zijn context
	B. Geloofwaardigheid van het verhaal/hoe de patiënt het verhaal brengt
	C. Angst voor negatieve afloop en/of verkeerde inschatting
	D. Angst voor verlies van patiënt als cliënt
	E. Maatschappelijke en economische verantwoordelijkheid
	F. Ervaring en leeftijd van de huisarts
	G. Drukte in de praktijk
Moeilijkheden	Moeilijkheden
A. Moeilijkheden om in te schatten hoe de individuele patiënt tegenover werken staat en wat de invloed van werken op de ziekte is	A. Moeilijkheden met juist inschatten van TAO en duur ervan B. Niet kennen van werkelijke werkcontext
B. Maatschappelijk dilemma met moeilijke balans tussen het behartigen van de belangen van de patiënt en de invloed van die beslissing voor de maatschappij (bv. financiële gevolgen)	C. Conflicterende rollen (advocaat vs. rechter, autonomie vs. beschermen)
C. Organisatie van de gezondheidszorg (o.a. onvoldoende tijd en vergoeding voor grondige evaluatie van werkgeschiktheid)	D. Tekortkomingen maatschappelijke factoren en gezondheidszorg 1) Moeilijk om deeltijds te hervatten of aanpassingen te voorzien 2) Wachtlijsten voor re-integratie trajecten 3) Problemen bij opstarten van psycholoog 4) Slechte verloning van psychisch consult
	E. Moeizaam contact met andere zorgverleners
	F. Geen garantie dat patiënt het advies tot TAO opvolgt
	G. Niet opgeleid voor en begeleid in deze beslissing
	H. Misbruik door artsen en patiënten

* Vooral invloed op duur
° Afhankelijk van context zowel te interpreteren als argument voor TAO als voor blijven werken
^ Voor sommige artsen geen invloed, voor anderen wel