Problemen en strategieën bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid in de huisartsenpraktijk

Catherine Politis, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. B. Aertgeerts, KU Leuven

Copromotor: Prof. Dr. P. Donceel, KU Leuven

Praktijkopleiders: Dr. M. Viaene, Dr. K. Piette

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2013

Inhoudsopgave

1. Inleiding **4**
2. Literatuurstudie **5**
2.1. Zoekstrategie 5
2.1.1 Engelstalige bronnen 5
2.1.2 Nederlandstalig bronnen 6
2.2. Gezondheidszorgsystemen i.k.v. ziekteverzuim in Zweden en het VK 7
2.2.1 De Zweedse case (24) 7
2.2.2 De Britse case (25) 8
Tabel I: Gezondheidszorg in België, Zweden en het Verenigd Koninkrijk 9
2.3 Problemen met het attesteren uit de literatuur 9
2.4 Huidige omgang met attesteren en mogelijke oplossingen uit de literatuur 11
3. Kwalitatief onderzoek **13**
3.1. Methode 13
3.1.1. Dataverzameling 13
3.1.2. Data-analyse 15
3.2 Resultaten 15
3.2.1 Problemen met het attesteren van werkonbekwaamheid 15
3.2.1.1 Patiëntgerelateerde problemen 16
3.2.1.2 Problemen met andere artsen 17
3.2.1.3 Systeemgerelateerde problemen 18
3.2.1.4. Artsgerelateerde problemen 20
3.2.2 Huidige omgang met arbeidsongeschiktheid 22
3.2.3 Mogelijke oplossingen voor problemen voorgesteld door artsen 25
4. Besluit **27**

Abstract

Achtergrond: Zoals in vele westerse landen is de Vlaamse arts verantwoordelijk voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Deze taak heeft een belangrijke impact op het leven van de patiënt, de financiële last voor werkgevers, de sociale zekerheid en bij uitbreiding de gehele maatschappij. Deze rol als gatekeeper creëert een potentieel conflict tussen arts en patiënt. Bijgevolg kan het voorschrijven van werkonbekwaamheid een moeilijke beslissing zijn voor artsen.
Doel: Deze studie focust op drie aspecten van deze problematiek: (1) De oorzaak van problemen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid; (2) Gehanteerde strategieën van artsen om met deze problemen om te gaan; (3) Mogelijke oplossingen voor deze problemen.
Methode: Deze masterproef hanteert een kwalitatieve aanpak. Enerzijds werd een literatuurstudie gevoerd op basis van bestaand empirisch onderzoek naar deze problematiek, anderzijds werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 10 huisartsen in Vlaanderen.
Resultaten: (1) Problemen kunnen onderverdeeld worden in patiënt-, arts-, systeemgerelateerde problemen en problemen met andere artsen. (2) De huisarts vindt zich de geschikte persoon om AO voor te schrijven. Hij heeft meestal geen problemen bij het attesteren van AO en geeft zijn patiënt voorrang op de maatschappij. Door ervaring heeft de huisarts een bepaalde modus operandi ontwikkeld om met AO om te gaan, deze zijn: overleg met patiënten, streng zijn, de patiënt zelf verantwoordelijkheid geven, korte AO voorschrijven, alternatieven voor volledige AO gebruiken. (3) De huisarts vindt het belangrijk dat alle artsen en de maatschappij verantwoordelijk omgaan met AO. Huisartsen denken dat er meer nood is aan opleiding rond AO. Ook zijn zij vragende partij om het AO systeem te herbekijken, met bijzondere nadruk op het systeem in het onderwijs. Een kleine minderheid stelde het invoeren van zelfcertificatie voor als alternatief voor het huidige systeem.
Conclusie: De Vlaamse huisarts beschouwt zichzelf als de meest geschikte persoon om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven. In de dagelijkse praktijk ondervindt de huisarts meestal geen problemen bij het attesteren. Wanneer er dan toch een probleem ontstaat, ligt dat aan een uiteenlopende visie op arbeidsongeschiktheid bij arts en patiënt. Het zijn echter vooral langdurige werkonbekwaamheden waarbij de huisarts problemen ervaart. Hier is de huisarts vragende partij voor meer samenwerking met de arbeidsgeneesheer en de adviserend geneesheer van de mutualiteit. Verder pleit de huisarts voor een grondige hervorming van het systeem m.b.t. onderwijspersoneel. Ook is de huisarts voorstander van meer opleiding rond AO. De overstap naar een systeem van zelfcertificatie zoals in Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Nederland blijft controversieel.

Trefwoorden: arbeidsongeschiktheid, patiëntarts relatie, semigestructureerd interview, huisartsgeneeskunde,ziekteverzuim

Motivatie en Voorwoord

Als startende huisarts in opleiding komt er ineens veel op je af. Je hebt in een zevenjarige opleiding een theoretische bagage meegekregen die je nog moet leren omzetten in praktijk. Daar komt heel wat bij kijken. Het is niet enkel puur anamnese, klinisch onderzoek, diagnose en behandeling. Je werkt namelijk met mensen, wat het een stuk complexer maakt dan de theorie. Gegeven zijn voorgeschiedenis, sociale omgeving en mening, dient elke patiënt op een andere manier benaderd te worden.

Voor mij was het attesteren van werkonbekwaamheid al van het begin een issue: schrijf je een ziektebriefje? Zo ja, voor hoeveel dagen? Wat zijn de gevolgen van zo een ziektebriefje? Wat als de patiënt het hier niet mee eens is? Ik werd onmiddellijk geconfronteerd met iets waar je nauwelijks opleiding rond gehad hebt. Hoe moet je hiermee omgaan? Ben ik de enige die dit zo moeilijk vindt? Hebben andere artsen hier ook problemen mee? Hoe kan je hier beter mee omgaan? Leer je dat gewoon uit ervaring?

Ik wou graag meer weten over dit onderwerp en een antwoord zoeken op de vragen die ik me stelde. Op die manier begon het thema van mijn masterproef vorm te krijgen. Het heeft mij geboeid om hier mee bezig te zijn, te spreken met andere artsen rond dit thema, om verschillende meningen en standpunten te horen.

1. Inleiding

In België is een arbeidsongeschiktheidsattest noodzakelijk wanneer men om medische redenen niet kan gaan werken. Het voorschrijven van deze arbeidsongeschiktheid behoort in de meeste Europese landen tot de bevoegdheid van de arts. Hij beslist over de noodzaak en duur van het ziekteverlof. De arts moet dan in het achterhoofd houden wat de gevolgen van werkonbekwaamheid kunnen zijn voor de patiënt.

Het arbeidsongeschiktheidsattest blijkt een bron van conflict te kunnen zijn tussen huisarts en patiënt, maar ook tussen huisarts en andere belangengroepen. Enerzijds is er veel maatschappelijke druk om zo restrictief mogelijk om te gaan met het toekennen van arbeidsongeschiktheidsattesten. Anderzijds heeft de arts een vertrouwensrelatie met zijn patiënt. De arts bevindt zich bijgevolg in een moeilijke positie: hij is advocaat/verdediger van de patiënt, maar tegelijk gatekeeper van de maatschappij. Zo ontstaat er een mogelijk spanningsveld tussen deze twee rollen van de arts wanneer de belangen van de patiënt en de regelgeving niet overeenstemmen.
.
Ondanks het belang van dit thema in de gezondheidszorg, is Belgisch onderzoek tot hiertoe vrij beperkt in omvang. Het bestaand onderzoek concentreert zich op de cases van het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Deze masterproef valt uiteen in twee grote delen. In het eerste deel wordt een overzicht gegeven van bestaand onderzoek en literatuur over het attesteren van werkonbekwaamheid. In een eerste paragraaf wordt toegelicht op welke manier er gezocht werd naar bestaande literatuur. Een tweede paragraaf geeft kort weer hoe het gezondheidszorgsystemen in de meest bestudeerde cases, namelijk Zweden en het Verenigd Koninkrijk, eruitzien. Ten slotte wordt er vanuit de literatuur gezocht naar antwoorden op de onderzoeksvragen.
Het tweede deel bestaat uit een kwalitatief onderzoek waarbij er semigestructureerde interviews werden afgenomen bij tien Vlaamse huisartsen. In een eerste paragraaf wordt de methode van het onderzoek toegelicht. In een tweede deel worden de resultaten van de semigestructureerde interviews beschreven. Ten slotte worden de resultaten van de zoektocht in de literatuur en van het kwalitatief onderzoek besproken.

2. Literatuurstudie

2.1. Zoekstrategie

De literatuurstudie gebeurde aan de hand van elektronische databanken waarin naar publicaties werd gezocht tot en met eind 2012.

2.1.1 Engelstalige bronnen

Er gebeurde eerst een zoektocht in Pubmed waarin met volgende Mesh-zoektermen werd gezocht: general practice, physician, sick leave en learning. Vervolgens werd Pubmed opnieuw doorzocht met 'sickness certification'. Deze behoorde echter niet tot de Mesh-zoektermen.

De Mesh-term "sick leave AND general practice" gaf 115 resultaten, waarvan 9 artikels werden geselecteerd op basis van titel en abstract. De Mesh-term "sick leave AND physicians" gaf 110 resultaten. Hieruit werden nog 7 extra publicatis weerhouden (de dubbele met de vorige zoektocht werden uitgesloten). De Mesh-term "sick-leave AND learning" gaf 33 resultaten waarvan 1 artikel extra weerhouden werd. "Absenteeism AND general practice" leverde 96 resultaten op, maar geen enkel artikel werd weerhouden. De Mesh-term "problem solving AND "sick leave" leverde 10 resultaten op waarvan er ook geen weerhouden werd. Ook "sick leave AND problem based learning"leverde geen extra artikels meer op.

De zoektocht in pubmed zonder gebruik van mesh-termen met in de zoekfunctie "sickness certification" gaf 181 resultaten, dat tot 2 extra artikels leidde op basis van titel en abstract.

Vervolgens werd er in een andere zoekmachine, LIMO, ook gezocht naar publicaties. Het trefwoord "sick-listing" only articles, resulteerde tot 60 artikels, maar ook die leverden geen bijkomend artikel op.

Door in advanced search de zoektermen "sick leave and problems" in te vullen werden 6 artikels weergegeven. Hiervan werd er 1 artikel behouden. Door middel van de term "general practitioner and sick leave", werden er 12 artikels weergegeven, maar geen enkel artikel weerhouden.

Via deze zoektocht kwamen we tot 20 bruikbare artikels.

2.1.2 Nederlandstalig bronnen

Er werd gezocht op de website van Domus Medica met de zoekterm "arbeidsongeschiktheid". Hier werd 1 artikel uit geselecteerd: "Arbeidsongeschiktheid: hoe beslist de huisarts?" Dit is echter gebaseerd op het Engelstalig artikel : What do GP's feel about sickness certification? Dit werd al geselecteerd via de zoektocht in pubmed. Deze Nederlandstalige versie werd dus verworpen.

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werden met de term ziekteverzuim 315 artikels gevonden, waarvan geen enkel behouden werd. De term "arbeidsongeschiktheid en huisarts" gaf 151 artikels waarvan er één weerhouden werd. In Huisarts en wetenschap werden noch onder "arbeidsongeschiktheid" noch onder "ziekteverzuim" noch onder "werkonbekwaamheid" artikels gevonden.

In Tijdschrift voor Geneeskunde leidde het trefwoord “arbeidsongeschiktheid” tot 10 artikels, waarvan geen enkel bruikbaar was op basis van de titel.

In LIMO werd ook naar Nederlandstalige artikels gezocht. Met de term arbeidsongeschiktheid werden er 266 artikels weergegeven, waarvan er 1 artikel weerhouden werd op basis van de titel. Maar aangezien het artikel zelf nergens toegankelijk was; werd ook dit artikel verworpen.

De Nederlandstalige zoektocht was dan ook teleurstellend over dit onderwerp. Hieruit blijkt dat er in België en Nederland vrij beperkt onderzoek naar gebeurd is.

2.2. Gezondheidszorgsystemen i.k.v. ziekteverzuim in Zweden en het VK

2.2.1 De Zweedse case (24)

In Zweden dienen patiënten zich te registreren bij één huisarts, behalve in de hoofdstad Stockholm (28).

In België worden de huisartsen betaald door het betaling-per-prestatie systeem, behalve in de meeste wijkgezondheidscentra, waar huisartsen door een forfaitair systeem worden betaald. De Zweedse huisartsen worden betaald door een gemengd financieringssysteem: een combinatie van capitatie-financiering (een honorering per ingeschreven patiënt ongeacht de daadwerkelijke aard en/of volume van de zorgverlening), betaling-per-prestatie en betaling per performance (een verloning voor artsen indien ze voldoen aan bepaalde prestatie maatregelen voor kwaliteit en efficiëntie) (29).

De eerste dag werkonbekwaamheid is een onbetaalde dag voor patiënten. De werkgever betaalt voor de 13 dagen ziekteverlof die daarop volgen. Hierna wordt het ziekteverlof betaald door het Zweeds ziekenfonds (Social Insurance Agency). Het Zweedse ziekenfonds is ook verantwoordelijk voor de vergoeding tijdens de eerste twee weken van het ziekteverlof voor diegene die geen recht hebben op ziektegeld.

Een doktersattest is nodig vanaf de achtste dag van werkonbekwaamheid. In sommige gevallen kunnen werkgevers of de Zweedse ziekenkas een doktersattest vragen van een werknemer vanaf de eerste dag ziekteverzuim.

De uitkering komt overeen met het inkomen dat de verzekerde persoon kan verwachten gedurende het komende jaar. De uitkering kan maximaal 7.5 keer het basisbedrag zijn. Het basisbedrag voor 2012 is 44000 SEK (5198.25 euro).

2.2.2 De Britse case (25)

Het Britse systeem is gelijkaardig aan dat van Zweden. Ook hier moeten patiënten zich inschrijven bij één huisarts. De keuze van huisartsen waarbij ze zich kunnen inschrijven is beperkt. Een Britse huisarts heeft gemiddeld 1567 ingeschreven patiënten.

Het financieringssysteem is vergelijkbaar met dat van Zweden: huisartsen worden betaald door een combinatie van capitatie-financiering en betaling per prestatie en betaling per performance. Een kleine minderheid van de huisartsen wordt betaald d.m.v. het salaris systeem (een vast loon per maand). Dit zijn huisartsen die als werknemers in privépraktijken werken.

Patiënten hebben pas na zeven dagen ziekte een doktersattest nodig. Deze kunnen zowel door de huisarts als door de specialist voorgeschreven worden. Werkgevers kunnen aan hun werknemers vragen om een formulier in te vullen wanneer ze terug naar het werk keren om te bevestigen dat ze maximaal 7 dagen afwezig waren. Dit wordt zelfcertificatie genoemd**.**

De patiënt krijgt 85.85 pond (99,57 euro) per week wettelijk ziekteverlof. Hij krijgt dit voor de dagen dat hij normaal gewerkt zou hebben. Tot 28 weken wordt dit door de werkgever betaald. De patiënt moet in aanmerking komen voor wettelijk ziekteverlof en hij moet afwezig zijn voor 4 of meer dagen op rij (inclusief niet-werkende dagen). De eerste 3 dagen zijn dus onbetaald tenzij dat men betaald ziekteverlof gehad heeft binnen de laatste 8 weken en terug hervalt. Dit is het minimum bedrag. De patiënt kan een hoger bedrag bekomen als het bedrijf een ziekteverlofregeling heeft.

	België	**Zweden**	**VK**
Verplichte inschrijving bij HA	Geen verplichte inschrijving wel GMD	Inschrijving	Inschrijving
Financiering	Betaling per prestatie (Forfaitair systeem)	Capitatie Betaling per prestatie Betaling per performance	Capitatie Betaling per prestatie Betaling per performance
TAO-attest	Vanaf de 1e dag AO	Vanaf de 8e dag AO	Vanaf de 8e dag AO
Gewaarborgd loon	<u>Arbeider:</u> 1-14d: werkgever ≥15d: ziekenfonds <u>Bediende:</u> 1d-28d: werkgever ≥28d: ziekenfonds <u>Zelfstandige:</u> 1-28d: niets ≥28d: ziekenfonds	1e dag onbetaald 2-14d: werkgever ≥15d: ziekenfonds	1e 3d: onbetaald 4d-28w: werkgever

Tabel I: Gezondheidszorg in België, Zweden en het Verenigd Koninkrijk

2.3 Problemen met het attesteren uit de literatuur

Alle artsen ervaren problemen met het voorschrijven met arbeidsongeschiktheid (AO). Hoewel het aantal consultaties waarin ziektebriefjes worden uitgeschreven veel hoger ligt in de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg, beschouwt een groter aantal artsen in de eerstelijnsgeneeskunde deze taak als problematisch (14,17,21). De frequentie van deze problemen is het hoogst bij huisartsen. In Zweden vindt 1 op 3 huisartsen het voorschrijven van AO problematisch, vaak zelfs op wekelijkse basis (4,7). Maar liefst 10 % van de eerstelijnsartsen voelde zich zelfs 1 keer per maand bedreigd.

De helft van de huisartsen vindt het vrij tot zeer problematisch als het gaat over volgende aangelegenheden: omgaan met conflicten met patiënten over AO, de inschatting van werkcapaciteit, lengte en graad van werkabsenteïsme (1,6,14,19,21), het verlengen van AO en de duale rol als arts (3,4,7,14,16).

Het ligt voor een arts moeilijk om de patiënt tegen te spreken wanneer hij zegt niet in staat te zijn om te werken. Artsen zijn niet vertrouwd met de werkplaats en de jobvereisten van hun patiënten. Bovendien hebben ze hiervoor geen adequate opleiding genoten, waardoor zijn rol overschat wordt (15). Ook de tijdsdruk waaronder artsen staan speelt mee. Een kwartier consultatie per patiënt is te kort om te peilen naar werkcapaciteit en nood aan absenteïsme (15,21).

De wereldwijde toename van jobvereisten en het tekort aan aangepast werk leidt tot onnodige ziekteafwezigheid voor individuen die niet geschikt zijn voor hun dagelijkse job (15).

Het verlengen van AO die voorgeschreven werd door een andere arts werd ook als een probleem bevonden. Ziekenhuisartsen schrijven vaak een korte AO periode voor en verwijzen dan de patiënt terug naar de huisarts, die de verlenging als problematisch ervaart (15).

Vele huisartsen vinden dat hun rol onduidelijk en dubbel is: ze staan in voor de gezondheid van de patiënten, maar ze worden ook gezien als medische experts door de ziekenfondsen (15,17). Deze dubbele en tegenstrijdige rol wordt vooral door artsen in de eerste lijn als problematisch beschouwd in vergelijking met specialisten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat huisartsen zichzelf zien als iemand die een persoon in zijn geheel behandelt en niet enkel een ziek of verwond lichaamsdeel. Het werk van huisartsen is ook vaker solo dan dit van ziekenhuisartsen. Deze laatste kunnen immers nog patiënten bespreken met collega's tijdens zaalrondes (17).

Verder hebben sommige artsen moeite met de gewijzigde betekenis van het concept 'ziekte'. Patiënten maken tegenwoordig ook aanspraak op AO omwille van sociale problemen. AO lijkt een oplossing voor vele niet-medische problemen (16,22).

Bovendien stelt het attesteren van AO ook een probleem bij musculoskeletale en psychische diagnosen (3,12). Dit zijn de meest voorkomende redenen van AO in het Verenigd Koninkrijk. Musculoskeletale aandoeningen maken maar liefst 53,3% uit van alle AO, psychische diagnosen zijn goed voor een 29.7% (26). De arts moet vaak vertrouwen op wat de patiënt zelf aangeeft, waardoor de diagnose niet altijd even objectiveerbaar is (6). Deze onzekere situatie wordt als zeer problematisch ervaren (9). De arts is dan afhankelijk van andere factoren zoals het talent van de patiënt om sympathie op te wekken, zijn eigen vertrouwen in de patiënt, voorkennis over de patiënt, en het karakter van de arts in de omgang met conflicten (9). Het weigeren van een ziektebriefje kan immers resulteren in frustrerende, uitvoerige discussies. In dat geval is het sneller en eenvoudiger gewoon toe te geven aan de vraag van de patiënt. Artsen missen ook de communicatievaardigheden om in probleemsituaties met moeilijke patiënten om te gaan (16). Artsen hebben het gevoel dat hun autoriteit ondermijnd wordt, en dat ze nu met patiënten moeten onderhandelen. Er heerst ook frustratie dat de patiënt gewoon een andere arts kan consulteren indien hij dat wenst (15).

Het is tevens een probleem dat de ziektevoordelen in onze samenleving groter zijn dan de werkloosheidsvoordelen en daarom ziekte aantrekkelijker maken.

Artsen kampen dus met verschillende barrières om te handelen zoals hen het beste lijkt. Deze lopen uiteen van moeilijkheden met individuele patiënten tot het AO-systeem in zijn geheel. Zo zal de arts AO voorschrijven om het conflict met zijn patiënt uit de weg te gaan, of omdat de patiënt zijn adviezen over behandeling en rehabilitatieprogramma's niet opvolgt. Soms verlengt de arts ook een AO vanwege lange wachttijden in het gezondheidssysteem (vb. psychiatrie) en andere organisaties (6,7,8,15,16).

Artsen die in hun praktijk onderlinge afspraken hebben betreffende het voorschrijven van werkonbekwaamheid voelen zich gesteund en ervaren daardoor ook minder zorgen (17).

Er spelen ook artsgerelateerde factoren mee in het voorschrijven van AO. Uit studies blijkt dat wanneer een huisarts zijn patiënt goed kent, deze een 53 keer grotere kans had op het verkrijgen van een ziekenbriefje (23). Tellness et al. stelden vast dat oudere artsen langere AO's uitschreven omdat ze de patiënt langer kennen. In een studie van Normann et al. werd bevestigd dat oudere artsen met meer ervaring frequenter AO schrijven dan jongere, onervaren artsen (27). Bij het inschatten van de werkcapaciteit van de patiënt werd geen verband gevonden met de leeftijd of geslacht van arts of patiënt. Geslacht van de arts blijkt geen invloed te hebben in het voorschrijfgedrag (19,27). Deeltijds werkende artsen zouden meer AO voorschrijven voor hun patiënten (27).

Artsen die pathologie zien als een objectieve entiteit zullen meer moeilijkheden hebben met het attesteren van AO voor een niet-objectiveerbare ziekte terwijl artsen die ziekte meer zien in een biopsychosociale context, sneller bereid zijn om AO voor te schrijven zonder daarover twijfels of spijt te hebben (9). Daaruit kan het vermoeden ontstaan dat patiënten met een somatische ziekte makkelijker AO voorgeschreven krijgen. Uit een Zweedse studie blijkt echter het omgekeerde: het gebrek aan een somatische ziekte deed de kans op AO toenemen.

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de huisarts bij een duidelijke somatische aandoening gemakkelijker de functionele beperkingen en mogelijkheden van de patiënt kan inschatten. Wanneer de arts een patiënt heeft zonder objectiveerbare tekens, ligt het moeilijker voor de arts om dit te evalueren en zal hij meer geneigd zijn de negatieve kijk te delen met de patiënt en hem arbeidsongeschiktheid voorschrijven (9,10).

Al deze problemen ervaren artsen als een grote last, waardoor ze zich vaak inadequaat voelen in hun beroep. Ze vinden dat ze onder intensieve omstandigheden moeten werken wat schadelijk is voor hun eigen gezondheid. Artsen zouden graag prioriteit geven aan taken die ze essentieel vinden voor hun beroep, zoals de medische aspecten (15). Sommigen zijn dan ook van mening dan ook dat dit alles leidt tot misbruik van het hele sociale zekerheidssysteem. Volgens een Zweedse studie in 2007 kunnen deze problemen met het attesteren van AO de psychosociale werkomgeving van de arts negatief beïnvloeden, waardoor er een verhoogd risico bestaat op stress en depressie, wat op haar beurt de zorg van de patiënt negatief kan beïnvloeden (17).

2.4 Huidige omgang met attesteren en mogelijke oplossingen uit de literatuur

Via formele leersituaties heeft ongeveer 17% van de artsen geleerd om te gaan met het voorschrijven van AO tijdens de universitaire opleiding: 37.2% op stage en 46.1% tijdens de specialistische opleiding. Via informele leersituaties heeft meer dan de helft van de artsen vaardigheden ontwikkeld in wisselwerking met collega's. Bij 55.7% heeft vooral het contact met patiënten een betekenis gespeeld. Eén derde van de artsen meent dat de opleiding via de sociale verzekeringsinstelling hen veel heeft bijgeleerd. Samengevat heeft meer dan de helft van de artsen het meest geleerd via de informele weg, namelijk via contact met collega's en patiënten (20).

Een eerste categorie van voorstellen die door sommige artsen werd gesuggereerd, heeft betrekking tot veranderen van het hele AO-systeem. Ten eerste wordt voorgesteld om het voorschrijven van een AO-certificaat te laten gebeuren door een administratie buiten de gezondheidszorg. Op die manier staat de arts niet meer in conflict met zijn patiënt. Een tweede voorstel is langdurige AO's te laten afhandelen door daartoe opgeleide verzekeringsartsen of door artsen gespecialiseerd in sociale of arbeidsgeneeskunde. Arbeidsgeneesheren worden hiervoor als het meest geschikt beschouwd omdat ze de werkcapaciteit van de patiënten het best kunnen inschatten. Zelf zouden zij geen problemen hebben met het uitvoeren van deze taak. Ten derde werd gesuggereerd dat multidisciplinaire teams samengesteld uit sociale assistenten, psychologen, arbeidsgeneesheren, kinesisten en artsen kunnen samenwerken om ziekteverlof en werkcapaciteit te beoordelen. Ten slotte vond een groep artsen dat de patiënten zelf moesten beslissen over hun arbeidsongeschiktheid, eventueel in samenspraak met de behandelde arts, sociale bijstand en werkgever. Ze zijn van oordeel dat de patiënt zichzelf het beste kent (15).

De tweede categorie oplossingen heeft betrekking tot het maken van duidelijke richtlijnen die artsen kunnen gebruiken bij het voorschrijven van AO. Als tegenargument wordt aangehaald dat elke patiënt individueel beoordeeld zou moeten worden, en dat dit niet mogelijk is bij het hanteren van algemene richtlijnen (15). In 2007 werden dergelijke richtlijnen ingevoerd in Zweden. Na 1 jaar werden deze richtlijnen geëvalueerd. Ze werden op dat ogenblik door de meeste huisartsen gebruikt en 2 op 3 huisartsen rapporteerde dat deze hun patiëntencontact had vergemakkelijkt, 1 op 3 vond dat het contact met de sociale zekerheid en andere gezondheidzorgwerkers gemakkelijker was. Eén derde vindt dat de richtlijnen nuttig zijn in het ontwikkelen van hun competentie en dat deze het omgaan met AO-casussen heeft verbeterd. Iets minder dan de helft van de artsen had echter moeite om zowel de algemene als diagnostische-specifieke richtlijnen te gebruiken (18).

Een derde categorie stelt voor om opleidingen i.v.m. AO te voorzien. Dit behoort doorgaans niet tot het universitaire onderwijsaanbod. Er worden echter wel enkele opleidingen georganiseerd door de sociale verzekeringsinstellingen (20). Artsen die medische verzekeringsgeneeskundige cursussen gevolgd hebben zijn hierover zeer tevreden en zijn van oordeel dat alle artsen dergelijke opleiding zouden moeten volgen (15). In een recente Zweedse studie is bij 4019 artsen onderzocht wat ze wilden bijleren over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Maar liefst 54% van de ondervraagde artsen zou meer kennis willen over hun opties en verantwoordelijkheden in het voorschrijven van AO. Daarenboven willen artsen ook meer vaardigheden ontwikkelen om de lengte of graad van arbeidsongeschiktheid te bepalen, welke de jobvereisten zijn in verschillende beroepen en informatie over aspecten uit het sociale zekerheidssysteem. Artsen die werken in een praktijk waar hieromtrent onderlinge afspraken werden gemaakt, hebben minder behoefte aan bijkomende kennis en vaardigheden. Tot de onderzochte groep behoorden zowel huisartsen als specialisten, maar een groter aantal artsen uit de eerste lijn hadden nood aan deze kennis en vaardigheden in vergelijking met de ander artsen (11).

In een Britse studie bij 878 huisartsen in 2009 rapporteerde 71% van de respondenten dat ze geen opleiding hadden gekregen in het voorschrijven van AO. Ze leerden het door trial en error (1,13). Bij degenen die wel training hadden gekregen was dit meestal informeel als onderdeel van hun beroepsopleiding. De huisartsen die een opleiding hadden genoten stelden dat de opleiding hen meer kennis had bijgebracht over AO. De training verbeterde ook het vertrouwen bij de meerderheid van de artsen. Meer dan 90% van de artsen met opleiding beweert ook dat ze niet aangemoedigd werden om méér AO voor te schrijven, wel dat ze meer adequaat AO voorschrijven. Toch veranderde dit het aantal voorgeschreven AO's niet. De meerderheid van de huisartsen zou meer opleiding willen over het voorschrijven van AO, waarin zowel het gebruik van specifieke certificaten, het omgaan met patiënten die AO eisen en het verlenen van hulp aan patiënten i.v.m. werk behandeld wordt (12). In dezelfde studie waren de huisartsen van mening dat er ruimte was voor verbetering van het systeem, thema's rond patiënt-werkgever in het gebruik van zelfcertificatie, het aanmoedigen van ziekenhuisartsen om zelf postoperatieve certificaten te schrijven alsook de verantwoordelijkheid van het AO-systeem niet meer op de huisartsen te schuiven. 77.5% vond dat *sommige* AO-certificaten door de huisartsen moesten uitgeschreven worden, terwijl

maar 8.7% vond dat *alle* AO certificaten door de huisarts moesten gemaakt worden. 74.2% vond dat andere zorgverleners AO konden voorschrijven.

Voor sommige artsen zou ook een verlenging van het zelfcertificaat een alternatief zijn (5).

Ten slotte is er een groep artsen, voornamelijk chirurgen en arbeidsgeneeskundigen, maar ook enkele huisartsen, die eigenlijk geen problemen met het voorschrijven van AO ondervinden omdat ze van mening zijn dat ze op een doordachte manier met de AO-attesten omgaan(15).

3. Kwalitatief onderzoek

3.1. Methode

3.1.1. Dataverzameling

Er werden semigestructureerde interviews afgenomen bij 10 huisartsen om meer kennis te verkrijgen welke de problemen zijn die huisartsen ervaren bij het attesteren van werkonbekwaamheid. Bij de selectie werd gestreefd naar een evenwichtige groep van respondenten op het vlak van geslacht, leeftijd, type praktijk, grootte van gemeente en ten slotte regio.

Wat betreft geslacht werd een gelijk aantal mannen en vrouwen tussen de leeftijd van 25 en 65 jaar (Tabel II). Betreffende leeftijd werden twee huisartsen in opleiding tussen de 25 en 27 jaar (vrouw en man) geselecteerd, twee artsen tussen de leeftijd van 27 en 35 jaar (twee vrouwen), één arts tussen de 35 en 45 jaar (man), drie artsen tussen 45 en 55 jaar (twee vrouwen en een man) en ten slotte twee artsen tussen 55 en 65 jaar (twee vrouwen).

Er werden in totaal acht praktijken bezocht. Twee solopraktijken, drie duopraktijken en drie groepspraktijken. Een praktijk werkte volgens het forfaitair betalingssysteem.

Eén praktijk ligt in een Limburgse gemeente met minder dan 20.000 inwoners. Twee andere praktijken liggen in een Limburgse gemeente met meer dan 30.000 inwoners. Eén praktijk in een Limburgse stad met meer dan 65.000 inwoners. In Vlaams-Brabant werd een interview gedaan in één praktijk in een gemeente met minder dan 8000 inwoners en 1 in een praktijk in een stad met meer dan 95.000 inwoners.

Artsen	Geslacht	Leeftijd	Praktijk	Plaats	Financiering	Aantal inwoners per stad in 2012*
Arts 1	Vrouw	31	Groep	Vl-Brabant	Betaling per prestatie	97.561
Arts 2	Man	54	Duo	Limburg	Betaling per prestatie	19.924
Arts 3	Vrouw	54	Duo	Limburg	Betaling per prestatie	19.924
Arts 4	Vrouw	58	Duo	Limburg	Forfaitair systeem	65.166
Arts 5	Man	58	Duo	Limburg	Forfaitair systeem	65.166
Arts 6	Vrouw/HAIO	26	Groep	Limburg	Betaling per prestatie	31.413
Arts 7	Man/HAIO	27	Solo	Limburg	Betaling per prestatie	11.337
Arts 8	Vrouw	29	Groep	Limburg	Betaling per prestatie	32.126
Arts 9	Man	42	Duo	Limburg	Betaling per prestatie	30.510
Arts 10	Vrouw	48	Solo	Vl-Brabant	Betaling per prestatie	7.949

Tabel II: Demografische gegevens artsen. (* Cijfers FOD Binnenlandse Zaken januari 2013)

De interviews werden telkens uitgevoerd door dezelfde interviewer om inter-interviewer betrouwbaarheidsproblemen te vermijden. Deze interviews werden afgenomen in de periode tussen januari 2013 en februari 2013. De vragen uit het interview werden eerst getest op twee huisartsen vooraleer de hoofdinterviews plaatsvonden. Vervolgens werden 12 huisartsen aangeschreven via e-mail met een uitnodiging om deel te nemen aan een interview. In de e-mail stond enkel de onderzoeksvraag van voorliggend onderzoek vermeld. De interviews werden afgenomen bij de huisarts thuis of in de praktijk. Slechts twee artsen hebben niet gereageerd op deze uitnodiging.

Elk interview begon met de vraag wat de eerste gedachten en gevoelens zijn van de arts bij het thema ‘AO voorschrijven’. De daarbij aangebrachte aandachtspunten werden vervolgens dieper uitgeklaard. Het interview eindigde met de vraag of de huisarts nog verdere opmerkingen of meningen had over dit onderwerp.

Er werd een semigestructureerd interview met open vragen gebruikt (Tabel III), dat gebaseerd is op een interview uit een kwalitatief onderzoek in Zweden (16). De interviews namen 15 tot 45 minuten tijd in beslag en werden opgenomen met een bandopnemer. Enkel de interviewer kent de deelnemende artsen bij naam.

Vragenlijst interview
Algemeen
Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: “werkonbekwaamheid voorschrijven”?
Praktijk-tevreden

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.
Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven?
Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest voorschreef? Zegt u dat tegen alle patiënten?
Praktijk-ontevreden
-Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft? -Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven? -Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? -Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest uitschreef? -Zijn de door u gegeven 2 voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk? -Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?
De opdracht
Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Voelt u zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?
Het ideaal
Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?
Barrières
Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?
Concluderende vraag
Zijn er nog ervaringen en/of meningen die u nog zou willen toevoegen i.v.m. attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Tabel III: Vragenlijst semigestructureerd interview

3.1.2. Data-analyse

De interviews werden volledig verbatim uitgeschreven. Alle passages met betrekking tot problemen en strategieën die de artsen ervaarden, werden gemarkeerd. Zo werden de data gecodeerd en een codelijst bekomen. De codes werden in categorieën verdeeld, rekening houdend met de onderzoeksvraag.

3.2 Resultaten

3.2.1 Problemen met het attesteren van werkonbekwaamheid

De problemen die artsen ervaren bij het attesteren van AO worden onderverdeeld in 3 categorieën. 1) problemen die betrekking hebben op de patiënt 2) problemen met andere artsen 3) problemen met het AO systeem en ten slotte 4) problemen door de persoonlijkheid van de arts zelf.

3.2.1.1 Patiëntgerelateerde problemen

De meeste patiëntgerelateerde problemen ervaart de arts wanneer hij een andere visie heeft over de werkonbekwaamheid dan de patiënt. 8 van de 10 artsen vermelden dit tijdens hun interview:

> *Arts 5: Op het moment dat ge vindt:" gij kunt gaan werken" en de patiënt vindt van niet, dan ontstaat er een onderhandelingspositie. En dat geeft spanning.*

Maar ook het omgekeerde wordt vermeld. De arts is van oordeel dat de patiënt werkonbekwaam is, maar de patiënt wil toch blijven verder werken.

> *Arts 3: Ofwel zijn mensen te ziek om te gaan werken, en moet ge ze daarin overtuigen, ofwel zijn mensen niet ziek en willen ze werkonbekwaamheid die onterecht is. Dat heeft twee uitersten en daar tussenin zit een range.*

De helft van de geïnterviewde huisartsen kan ook moeilijk overweg met de druk die de patiënt uitoefent op de arts.

> *Arts 6: Ik wou een patiënt 3 dagen AO voorschrijven. Maar volgens hem ging het zeker één week duren. Uiteindelijk heb ik hem dan één week voorgeschreven. Achteraf had ik het gevoel dat ik dit niet had moeten doen, dat ik me weer in het zak had laten zetten...Maar ja, het heeft toch geen zin om daar lang wakker over te liggen. Ik hoop dat ik volgende keer toch voet bij stuk kan houden.*

Het gedrag van de patiënt kan hier dan ook in meespelen. De patiënt wordt boos en soms verbaal agressief, en in een kleine minderheid leidt dat dan ook tot conflicten. De helft van de ondervraagde huisartsen heeft ook problemen bij casussen met langdurige werkonbekwaamheid.

> *Arts 4: Casussen waarvan je zegt: "god, dit blijft duren". We proberen dat erin gefixeerd geraken toch te voorkomen. Ik denk dat iedereen toch zo zijn patiënten heeft die hij niet terug aan de bak krijgt. Waarbij ge het voorgeschreven hebt, en waarvan ge zegt: dat is toch wel overdreven ja, ik moet eens nadenken. Waarbij we verlengen en verlengen…*

> *Arts 2: Waar ik het moeilijk mee heb zijn gevallen waar je 3 à 4 dagen voorschrijft, en waar er door de patiënt verlenging gevraagd wordt, en ge dan postfactum vaststelt, als ge 4-5 weken verder zijt, dat die patiënt dan nog altijd niet aan het werk is, dat vind ik moeilijk te rijmen. Ik heb*

toch aanvankelijk een oordeel geveld om een zeer beperkte AO te geven. En dan wordt ge telkens verplicht tot een verlenging "ik kan niet gaan werken", daar zit een vorm van ongerijmdheid in die mij weinig arbeidsvreugde geeft. Verlengen en nog eens verlengen. Dan heb ik het gevoel dat ik een speelbal ben.

Eén arts ervaart het ook als een probleem wanneer de patiënt hem te laat consulteert voor een ziektebriefje (Vb. op woensdag komen voor een AO-attest van dinsdag). De arts schrijft dan een dixit-attest uit omdat hij niet aan schriftvervalsing wil doen.

De meerderheid van de huisartsen heeft er moeite mee wanneer de patiënt langskomt voor een AO-attest voor niet-medische redenen.

Arts 10: Vaak in het onderwijs, op het einde van hun loopbaan, denken patiënten 'ik heb nog zovéél ziektedagen staan', in alle ambtenarij is dat zo, en ik heb dit nog niet opgebruikt. Dus dan gaan we die eens lekker opgebruiken voor het pensioen, dus schrijf me maar geregeld een maand voor. Ik heb toch al die dagen nog staan. Daar heb ik het héél moeilijk mee.

Arts 1: Een terugkomend probleem bij een patiënt: die is al een paar keer ontslagen geweest, zit nu op de dop, moet dan briefjes hebben voor van die VDAB-activiteiten en komt dan net als er zo'n activiteit is altijd zeggen dat hij ziek is.

Arts 2: Spijbelende kinderen, die dan door de directie naar ons verwezen worden voor attestjes omdat ze anders niet in orde zijn met hun kinderbijslag. Bepaalde zaken in onze maatschappij worden al te gemakkelijk afgewimpeld op ziekte!

Twee artsen vermelden ook dat ze het soms problematisch vinden als een patiënt frequent om AO komt vragen.

Arts 10: Iedereen heeft wel van die probleemgevallen van "die is toch wel heel snel ziek, of die komt toch wel heel vaak terug".

3.2.1.2 Problemen met andere artsen

Iets meer dan de helft van de huisartsen vermelden ook problemen met hun collega-artsen wanneer het om arbeidsongeschiktheid gaat. Dit zijn zowel problemen met de adviserende geneesheren van de ziekenkas, de controleartsen van het werk, de arbeidsgeneesheer en de specialist.

Arts 5 over langdurige AO:"Ik begrijp soms niet dat de arts van de ziekenkas daar zo dragelijk rond is, dat die niet meer grenzen trekt."

Arts 4:"De meest vervelende aspecten van werkonbekwaamheid is de controle van de werkgever. Meestal is dat niet vervelend, en moet die arts zijn werk doen. En als dat redelijk is, en met overleg, dan gaat dat wel, maar ge hebt ook een aantal vervelende tussenkomsten van controleurs van werkgevers die heel onredelijk doen.

Een andere huisarts is ervan overtuigd dat de specialist de patiënt afwentelt op de huisarts:

Arts 7:"Ik vind ook dat de specialist de gewenste AO moet voorschrijven. Dit wordt vaak afgerold op de huisarts terwijl die niet altijd het beste idee heeft over de ingreep, duur van herstel,…

Deze arts meent ook dat de specialist het gedrag van de patiënt soms bevestigt bij chronische pijnpatiënten terwijl er in werkelijkheid weinig aan de hand is. Een andere arts geeft aan dat er bij de specialist soms lange wachttijden zijn vooraleer de patiënt er terecht kan. In de door de arts vermelde casus moest de patiënt zeer lang wachten alvorens door een psychiater gezien te worden.

3.2.1.3 Systeemgerelateerde problemen

De helft van de huisartsen heeft problemen met het systeem van arbeidsongeschiktheid in het onderwijs. Leerkrachten kunnen slechts vervangen worden indien zij langer dan 14 dagen arbeidsongeschikt zijn.

Arts 10: Heel die problematiek van de ambtenarij, het onderwijs, bv: "schrijf mij 14 dagen dan hebben we recht op een vervanger, anders niet." Dat is gewoon onvoorstelbaar! Verander dat systeem maatschappelijk dan toch! Pak daar al die dingen aan.

Arts 2: Ziekte in het onderwijs. Mensen komen op raadpleging voor een banale aandoening.(...) vb. diarree: je vindt het evident om die persoon 2 à 3 dagen voor te schrijven en dan krijg je als tegenvraag: ja, maar we moeten 14 dagen hebben. Dan krijgen we een vervanger. Onze directeur zegt: laat maar 14 dagen opschrijven. Hetgeen absurd is want iemand die diarree heeft kan na 2 dagen terug gaan werken. Wij dienen niet voor een administratief probleem op te lossen, wij dienen om een medisch probleem op te lossen!

Ook vragen de schooldirecteurs op het einde van het schooljaar doktersbriefjes om de administratie van afwezige kinderen te rechtvaardigen. Daar hebben de artsen het ook

moeilijk mee. Een arts vermeldt zelfs dat hij hierover al conflicten heeft gehad met de school zelf.

> *Arts 3: Ik denk niet dat het onze taak is om de maatschappij van ziektebriefjes te voorzien. Hierbij denk ik aan schoolse situaties waarbij directeurs op het einde van het schooljaar briefjes meegeven aan spijbelende kinderen, en welke attesten ze allemaal bij de dokter moet vragen.(…)*

Administratieve problemen worden ook door 2 artsen als problematisch beschouwd.

> *Arts 2: Het feit dat bijna alle instanties, als er problemen van welke aard ook opduiken, meestal administratieve problemen, deze afgewenteld worden naar ziekte toe. Men is met een of ander niet in orde, en men gaat dan zeggen van "oh, we regelen dat wel, ga naar uw dokter, want als je "ziek" bent, is het toch in orde. Ziekte wordt gebruikt of misbruikt om administratieve tekortkomingen in orde te maken.*

4 huisartsen geven ook aan dat ‘doktershoppen’ een probleem is.

> *Arts 9: Soms als we denken van dat is iemand die ervan probeert te profiteren zou ik liever zeggen van "nee", ik ben het daar niet mee eens, je krijgt maar één dag. Maar ja, dan ziek je die persoon waarschijnlijk niet meer terug, snap je?*

In ons huidig systeem van arbeidsongeschiktheid betaalt de werkgever een arbeider 2 weken en een bediende 4 weken voordat ze op de ziekenkas vallen. Een zelfstandige valt pas na 4 weken op de ziekenkas, en kan daarvoor loonverlies lijden. Eén arts had moeite met dit huidige systeem.

> *Arts 10: Het verschil tussen arbeiders en bedienden in hun toelating vooraleer ze op de mutualiteit vallen. Ik vraag mij af of dat terecht is dat die mensen eigenlijk al op de mutualiteit vallen na 14 dagen. Dat vind ik maatschappelijk gezien niet correct, daar zou meer evenwicht moeten zijn. En dan heb ik het nog niet eens over het statuut van zelfstandige. Die mensen weten dat ook heel goed en daar zie je heel duidelijk dat die mensen zoveel mogelijk proberen te werken ook al hebben ze een even ernstige aandoening dan iemand anders. En als die echt ziek zijn, dan hebben ze loonverlies en zijn die beperkt ziek. Dus probeer dat systeem van de zelfstandige een beetje toe te passen in de maatschappij.*

Een andere arts haalde dan weer het probleem aan van het gebrek aan een neutrale deskundige bij betwisting. Indien huisarts en patiënt het niet eens zijn over de beslissing van de controlearts van het werk kan men een neutrale deskundige aanstellen.

Arts 4: "Vroeger kon je, als je niet akkoord was met een controleur, een deskundige aanstellen als neutrale beoordeler. Wat is daar nu zo slecht in geworden? Dat dat altijd mensen zijn die in dat circuit zitten van de controle van de werkgever, ge moogt zelf niemand aanbrengen. Ge moogt iemand aanbrengen uit een lijst, maar dat zijn allemaal mensen die werken bij diezelfde organisatie, dus dat is niet netjes."

Ook tijdsgebrek speelt een rol. In discussie gaan met een patiënt die het niet eens is met het voorstel tot arbeidsonbekwaamheid is tijdrovend.

Arts 9: Soms ja, soms schrijf je dan toch een AO uit. 't Is druk, je hebt weinig tijd, je kan er niet veel tijd in steken, en dan is het gemakkelijker om te zeggen: "Ik geef u nog 2 weken". En de controlearts moet dan maar zijn werk doen.

3.2.1.4. Artsgerelateerde problemen

De helft van de huisartsen geeft aan dat ze een dubbel gevoel hebben bij hun taak om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven.

Arts 4: Eigenlijk een dubbel gevoel: langs de ene kant de kompaan, de pleitbezorger van de patiënt en dat ge in die zin u toch dikwijls solidair opstelt met die patiënt en zegt van: dit is gewettigd, dit is gerechtigd, ik vind ook dat ge niet kunt gaan werken. Anderzijds moet ge toch altijd verderop denken: kijk, het is toch belangrijk dat die patiënt ook maatschappelijk functioneert en het werk terug opneemt van zodra dat mogelijk is. Wanneer dat duidelijk niet kan, zal ik er alles voor doen om het werk te verdedigen, maar in een aantal gevallen zijt ge dikwijls aan het koorddansen: hoe krijg ik die patiënt weer gemotiveerd om te werken en het maatschappelijk belang daarbij. Maar toch ook in eerste instantie in het belang van die patiënt zelf. Dus dat is zo mijn 1^{e} idee: een dubbel gevoel.

Arts 8: Geen gemakkelijk onderwerp. Ik denk dat sommige mensen daar heel strikt en heel correct in zijn, en andere mensen er toch wel van profiteren. En ja, dan heeft, denk ik, de arts als taak om daar correct in te handelen.

Enkele artsen geven ook aan dat omgaan met het voorschrijven van werkonbekwaamheid vooral moeilijk is als startende arts. Slechts na een bepaalde tijd ontwikkelt men een modus operandi, maar er bestaan geen algemene regels over het voorschrijven van AO.

> *Arts 8*: Interviewer: Komt het vaak voor dat je je achteraf slecht voelt over een attest dat je hebt uitgeschreven? *Ja vaak, toch soms. 1 keer per week denk ik. Ik vermoed dat dat nog wel zal minderen omdat ge nog veel nieuwe patiënten hebt, en ge ze ook niet goed kent.*

Een arts had liever niet dat familie of vrienden haar kwamen consulteren. Indien toch probeert ze werk en privé gescheiden te houden. Ook met personeel heeft ze liever geen arts-patiënt relatie.

> *Arts 4: "We hebben al heel wat mensen bij ons in dienst gehad. Die hebben we liever ook niet zelf als patiënt. Ge zit dan in die dubbele last: ge hebt zelf het ongemak van dat ze ziek zijn."*

Een arts vermeldt ook nog dat symptomen heel subjectief kunnen zijn, waardoor men echt moet afgaan op wat de patiënt zegt. Dit is moeilijk voor de arts.

> *Arts1: Vaak zijn er momenten dat ik zieker ben dan de patiënt en dan denk ik: "Wat ben ik bezig om die mensen thuis te schrijven voor een snotneus."* Waarom doet u het dan toch? *Omdat ik ervan overtuigd ben dat die persoon het minder goed aankan om met die symptomen iets te gaan doen. Symptomen zijn vaak heel subjectief. Daar moet je ook rekening mee houden.*

De geïnterviewde artsen werd ook gevraagd om enkele casussen te vertellen die zij problematisch vonden. In vijf casussen betrof het een orthopedisch ziektebeeld, in vier casussen een psychisch probleem en in drie casussen een infectieziekte. Deze laatste drie casussen werden aangebracht door de jonge, pas gestarte artsen.

Patiëntgerelateerde problemen	***Problemen met andere artsen***
Pt wil werken-HA niet akkoord	*Specialist wendt AO af op de HA*
Pt wil niet werken-HA niet akkoord	*Problemen met adviserend geneesheer*
Pt oefent druk uit op HA	*Problemen met arbeidsgeneesheer*
Symptomen vaak subjectief	*Problemen met controle-artsen*
Conflicten met pt	*Specialisten bevestigen patiënt in hun gedrag*
Pt vraagt frequent AO-attesten	
Negatief gedrag pt	
AO vragen voor niet-medische problemen	
Pt komt HA te laat consulteren	
Langdurige AO	

Systeemgerelateerde problemen	*Artsgerelateerde problemen*
Doktershoppen	*Moeilijker voor startende artsen*
Problemen met het systeem van de ambetanarij	*Problemen bij vriendschappelijke, familiale of professionele relaties met pt*
Verschil zelfstandigen en werknemers	*HA is soms zieker als patiënt zelf*
Administratieve problemen	*Dubbel gevoel bij attesteren AO*
Verkeerde regelgeving in het onderwijs	
Ontbreken van een neutrale deskundige bij betwisting	
Conflicten met scholen	
Tijdsgebrek van de HA	
Administratie voor spijbelende kinderen	
Lange wachttijden bij de specialist	

Tabel IV: Problemen bij het voorschrijven van AO

3.2.2 Huidige omgang met arbeidsongeschiktheid

Alle geïnterviewde huisartsen waren het ermee eens dat het attesteren van werkonbekwaamheid behoort tot het takenpakket van de arts. De meerderheid van de artsen stelde meestal geen problemen te ervaren bij het voorschrijven van AO in de dagelijkse praktijk. Slechts drie respondenten gaven aan er wekelijks problemen mee te hebben. Ten slotte voelden twee respondenten zich gebruikt in deze context.

> *Arts 6: Ik denk dat wij de meest geschikte personen zijn om AO voor te schrijven omdat wij over alle elementen beschikken om AO voor te schrijven. Wij kennen de patiënt, zijn gevoelens, zijn ziektebeeld, maar ook zijn psychologisch omstandigheden, thuissituatie en de sociale context. Anderzijds in het daardoor net soms moeilijk om objectief te blijven.*

> *Arts 5: Meestal is AO geen probleem, vind ik. De dagelijkse werkonbekwaamheid is toch niet problematisch. Er zijn gewoon enkele moeilijke gevallen die wat langduriger zijn.*

Bijna de helft van de artsen rekent ook op de tussenkomst van het controlesysteem wanneer hij AO voorschrijft.

Arts 2: Je kan zeggen: mijn inziens kan je het werk hervatten, en de patiënt zegt: mijn inziens niet. Ja, dan sta je voor een dilemma. En dan hoop ik dat het controlemechanisme het systeem kan kortsluiten, maar dat gebeurt dan soms ook niet…En dan kom je in een trein van verlengen en verlengen…

Arts 5: Ge kunt moeilijk als huisarts zeggen: "neen ge zijt niet meer ziek, ge moet gaan werken." Ik denk niet dat dat onze taak is. Daarvoor zijn er andere instanties: controlegeneesheren, ziekenkasartsen, die hebben mee de maatschappelijke taak om grenzen te trekken.

Enkele artsen zeggen ook wel eens om arbeidsongeschiktheid voorgeschreven te hebben om gewoon van de patiënt af te zijn. Ook is meer dan de helft van de geïnterviewde artsen zich bewust van de gevolgen van arbeidsongeschiktheid, zowel voor de maatschappij, de werkgever als de werknemer zelf. 6 huisartsen zeggen streng te zijn als het aankomt om werkonbekwaamheid voor te schrijven. Dat men hier restrictief in probeert te zijn.

Arts 8: Ik probeer ze toch ook duidelijk te maken wat voor iemand ge zijt, dat ge niet snel iets uitschrijft. Want ik denk als ze ene keer zien dat ge gemakkelijk papiertjes schrijft, dat dat gemakkelijk rondgaat.

Ook maken enkele artsen gebruik van de korte werkonbekwaamheid: in dat geval schrijven ze een korte periode AO voor. Wanneer de patiënt dan nog steeds ziek is, moet hij de arts opnieuw consulteren voor een verlenging.

Niemand van de artsen vermeldde dat er tussen de collega's onderling afspraken werden gemaakt betreffende het voorschrijven van werkonbekwaamheid. Volgens één arts wordt de patiënt in het geval van langdurige AO best gezien door eenzelfde arts.

De helft van de artsen overlegt met de patiënt over werkonbekwaamheid.

Arts 4: Ik overleg ook meestal met de patiënt wat ik schrijf. Ik vind dat dat een interactie is.

Twee artsen geven verantwoordelijkheid aan de patiënt. Ze doen dit door de patiënt twee ziektebriefjes mee te geven Bijv. één ziektebriefje van maandag tot en met woensdag. En een ander briefje van donderdag tot en met vrijdag. Ze laten dan aan de patiënt over of hij maar één of twee briefjes gebruikt en zo zijn AO al dan niet verlengt. Twee andere artsen zeggen dan weer dat ze werkonbekwaamheid nooit zelf voorstellen, en dat die vraag altijd actief van de patiënt moet komen.

De meerderheid van de artsen gebruikt ook alternatieven voor volledige werkonbekwaamheid. Het meest gebruikte alternatief is de patiënt 50% arbeidsongeschiktheid voorschrijven, zodat

hij toch al deeltijds aan de slag kan. Andere alternatieven zijn: werkaanpassing, omscholing, kinesitherapie, en ontslag omwille van medische redenen.

4 respondenten gaven aan dat huisartsen die volgens het forfaitair systeem werken anders omgaan met het voorschrijven van werkonbekwaamheid.

> *Arts 5: Nu wat dikwijls gezegd wordt in ons systeem is dat patiënten, wanneer ze niet meer geholpen kunnen worden bij hun eigen dokter, dat ze dan naar een andere kunnen gaan. Dat is inderdaad een nadeel wanneer dat echt mensen zijn die op zoek zijn naar werkonbekwaamheid. Ik dat wij daar minder last van hebben met ons forfaitair systeem. Wij werken met ingeschreven patiënten en zij kunnen zomaar niet van de ene naar de andere arts gaan. Ze kunnen wel maar ze worden niet terugbetaald, ze moeten het dan zelf betalen. Dus wij zitten op dat gebied in een andere situatie. Ze moeten dan met ons de confrontatie aangaan. Dat is een voordeel van dit systeem.*

Huidige omgang met het attesteren van werkonbekwaamheid
HA vindt zichzelf de geschikte persoon voor AO voor te schrijven
HA is zich bewust van de gevolgen van AO
HA met een forfaitair betalingssysteem gaan anders om met het attesteren
HA ervaart meestal geen problemen met het voorschrijven van AO
Enkelen ervaren wekelijks problemen
HA voelen zich soms misbruikt/gebruikt wat betreft attesteren van AO
HA rekent op het controlesysteem
HA geeft de verantwoordelijkheid aan de patiënt
HA pleegt overleg met de patiënt
HA laat patiënt actief om verlenging vragen
HA attesteert zoveel mogelijk korte AO
Ervaring leert je omgaan met AO
HA ontwikkelt een bepaalde modus operandi rond attesteren van AO
Streng zijn in het attesteren van AO
HA hebben geen afspraken met collega's in dezelfde praktijk omtrent AO
HA gebruikt soms een dixit-attest
Er zijn algemene regels omtrent het attesteren van AO
Uit gemakzucht AO voorschrijven
Patiënt is belangrijker als de maatschappij wat betreft het attesteren van AO
Het gebruik van alternatieven voor volledige AO

Tabel V: Hoe gaat de huisarts (HA) nu om met AO?

3.2.3 Mogelijke oplossingen voor problemen voorgesteld door artsen

6 van de 10 huisartsen stelt voor dat er meer aandacht komt voor het attesteren van werkonbekwaamheid in de opleiding. Ze vinden dit vooral nuttig voor jonge beginnende artsen. Eén arts is van mening dat dit misschien tot meer uniformiteit zou leiden tussen artsen in het omgaan met werkonbekwaamheid. Een andere respondent wou vooral meer kennis van het wettelijk kader rond arbeidsongeschiktheid.

> *Arts 3: Ik denk dat het een heel stuk beter zou zijn als er uniformiteit onder alle artsen was.(…)Ik denk dat wij als arts allemaal op een deskundige manier uitschrijven…Het zal nog niet allemaal hetzelfde zijn, want de ene zal een meer invaliderende waarde aan een ziekte geven dan een andere, maar als we bij dingen die heel concreet zijn een ziekteattest uitschrijven, of als we twijfelen aan ziekte om er dan geen uit te schrijven, als we dan allemaal op dezelfde manier doen, dan gaan mensen minder shoppen, gaan wij minder misbruikt worden, dus ik denk dat dat belangrijk is. Een belangrijk item in de opleiding. Het is belangrijk om te weten dat zo'n attestje uitschrijven heel veel geld is wat ge uitschrijft en dat dat niet alleen de werkgever, maar ook de werknemer benadeelt als ge dat onterecht uitschrijft.(…)Ik vind dat belangrijk dat we van in de opleiding weten dat er geen voordelen aan zijn.*

De helft van de artsen vindt dat artsen verantwoordelijk moeten omgaan met het attesteren van AO. Niet alleen de artsen, maar ook de maatschappij moet haar verantwoordelijkheid nemen.

Bijna de helft van de huisartsen vindt dat er meer samenspraak moet zijn met andere artsen, zoals de arbeidsgeneesheer, controlearts en adviserend geneesheer van de mutualiteit.

> *Arts 5: In moeilijke situaties zou er wat meer samenwerking moeten zijn tussen de huisarts en de arts van het ziekenfonds. Ik sta op de eerste plaats aan de kant van mijn patiënt, dus ik kan moeilijk zelf naar die medisch adviseur bellen en zeggen: "wilt ge die nu eens aan't werk zetten?!"Misschien zou ik dat eens moeten doen…Maar daar heb ik het moeilijk mee.*

De verandering in de regelgeving van het onderwijs zou voor sommige artsen zeer belangrijk zijn. Zij vinden het zeer problematisch dat er pas vervanging kan komen wanneer leraren langer dan 14 dagen afwezig zijn, en dat de spijbelende jeugd pas administratief in orde is met een doktersattest. Van één arts mag zelfs het hele systeem van arbeidsongeschiktheid veranderd worden.

Een huisarts dacht ook het een belangrijke verandering zou zijn wanneer patiënten zich bij een arts zouden moeten inschrijven, zodat er geen doktershopping meer bestaat:

> *Arts 9: Patiënten kunnen naar een huisarts gaan waar ze willen, als ze niet content zijn gaan ze de hoek om en gaan ze bij een andere. Ze shoppen veel. Zolang wij niet degenen zijn die kunnen beslissen dat de patiënten niet bij iemand anders terecht kunnen, maakt het moeilijk voor ons. Als ze zich zouden moeten inschrijven bij een huisarts, en enkel bij die mogen gaan, zou heel de problematiek anders zijn. Dan zouden wij er ook anders mee omgaan en zouden we geen schrik hebben om patiënten te verliezen of dat ze ons onder druk zetten. Dan kunnen we zelf meer autonoom beslissen zonder druk. Dat zou een verandering zijn. In dat opzicht zou dat niet slecht zijn. (…)Dan kan je veel gemakkelijker rechtlijniger zijn, dan moet je niet zo schipperen. Dat zou een beter systeem zijn.*

Drie huisartsen waren voor het systeem van zelfcertificatie: een patiënt mag zelf beslissen om arbeidsongeschikt te zijn gedurende één of enkele dagen zonder dat hij een doktersattest nodig heeft. Eén arts was hier zelfs tegen:

> *Arts 1: Ik denk dat ik er positief tegenover sta dat mensen voor één dag naar een dokter moeten. Ik heb er nog niet echt over nagedacht. Ik vind het maatschappelijk wel belangrijk dat mensen een goede reden hebben om niet te gaan werken. En dan vind ik de huisarts de geschikte persoon hiervoor.* Interviewer: wat vindt u van de baaldagen zoals in Nederland? *Arts 1: ik vind dat niet goed. Dat is misschien uit het zelfstandig zijn dat ik dat bekijk. Wij als zelfstandigen gaan ook gewoon werken. Ge hebt een verantwoordelijkheid en zomaar thuisblijven hoort daar niet bij.*

Voorgestelde oplossingen voor de problemen bij het attesteren van AO
Meer samenspraak met andere artsen
De nood aan opleiding
Verandering van het hele AO systeem
Verandering van het onderwijs systeem
Zelfcertificatie
Alle artsen moeten hun verantwoordelijkheid nemen
De maatschappij moet zijn verantwoordelijkheid nemen

Tabel VI: Mogelijke oplossingen

4. Besluit

De Vlaamse huisarts denkt dat hij de meest geschikte persoon is om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven en zou deze taak ook willen blijven behouden. Hij vindt het belangrijk dat hier op een verantwoordelijke manier mee wordt omgegaan.

In de dagelijkse praktijk ondervindt de huisarts meestal ook geen problemen bij het attesteren. Wanneer er dan toch problemen opduiken, is het omdat arts en patiënt een andere visie hebben op de arbeidsongeschiktheid. Vlaamse huisartsen reageren hier dan verschillend op: afwijzing van de patiënt met mogelijks een conflict, hopen dat de controle-instanties optreden, of in dialoog treden met de patiënt. Het zijn echter vooral de langdurige werkonbekwaamheden waarbij de huisarts problemen ervaart. Hier zou hij graag wat meer willen samenwerken met de arbeidsgeneesheer en de adviserend geneesheer van de mutualiteit.

Ook zou de huisarts willen dat het systeem voor arbeidsongeschiktheid voor onderwijspersoneel wordt aangepakt. Het is een administratief probleem waar huisartsen mee kampen omdat leraren pas na 14 dagen werkonbekwaamheid vervangen kunnen worden.

Meer aandacht in de opleiding zou ook een pluspunt zijn. Enerzijds kan dit op een theoretische manier aangepakt worden. Dit houdt dan concreet in dat er meer uitleg verschaft wordt over het wettelijk kader betreffende werkonbekwaamheid. Anderzijds zou een meer praktijkgerichte aanpak de nadruk leggen op het aanleren van communicatievaardigheden.

De overstap naar een systeem van zelfcertificatie zoals in Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Nederland blijft controversieel.

Gezien het Zweeds en Brits gezondheidszorgsysteem verschilt met dat het gezondheidszorgsysteem in België, moet men voorzichtig zijn om hier een vergelijking te maken. Patiënten moeten zich namelijk bij één huisarts inschrijven, waardoor patiënten niet zomaar bij een andere arts terecht kunnen. Bovendien wordt de huisarts niet enkel per prestatie betaald, maar ook door het capitatie-systeem waarvoor hij een vergoeding krijgt per ingeschreven patiënt.

Toch zijn er gelijkenissen tussen literatuur en voorliggend onderzoek. Huisartsen hebben vooral leren omgaan met het attesteren d.m.v. ervaring. Gemeenschappelijke problemen zijn van uiteenlopende aard: tijdsdruk, moeilijk in te schatten ernst van de klachten bij subjectieve symptomen, het inschatten van de nadelen van werkabsenteïsme, specialisten die de patiënt voor AO terug naar de huisarts verwijzen en dan natuurlijk de patiënt zelf. Verder speelt het dubbel gevoel van pleiter van de patiënt versus gatekeeper mee, hoewel de prioriteiten voornamelijk toch bij de patiënt liggen.

Ten slotte zou meer communicatie tussen collega-artsen en het implementeren van het attesteren van arbeidsongeschiktheid een verbetering zijn in alle gezondheidszorgsystemen.

Dit was een verkennend onderzoek naar hoe de Vlaamse huisarts zich voelt bij het attesteren van werkonbekwaamheid. Het onderzoek gebeurde op kleine schaal, bij een tiental huisartsen. Voordat het interview afgenomen werd, waren de respondenten enkel op de hoogte van het thema (problemen bij het attesteren van werkonbekwaamheid in de huisartsenpraktijk) en wisten ze bijgevolg de vragen niet op voorhand. Dit was om zo een spontaan mogelijk antwoord van de huisartsen te verkrijgen. Natuurlijk is er op die manier minder diepgang in de antwoorden. Daarom zou het nuttig zijn om met verder onderzoek dieper in te gaan op de verschillende problemen die artsen ervaren en de oplossingen die ze hiervoor zien. Ook interactie tussen verschillende huisartsen in focusgroepen zou interessant kunnen zijn.

Referenties

1) Hiscock J, Ritchie J. The role of GP's sickness certification. Research report No 148. London: department of work en pensions; 2001.
2) Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification; Scand J Prim Health Care. 2007 Mar;25(1):20-6.
3) Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007 Sep; 25(3):178-85.
4) Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GP's feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scand J Prim Health Care. 2010 Jun;28(2):67-75
5) Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. BMJ. 2004 Jan 10;328(7431):88.
6) Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. Eur J Public Health 1995 5 (3): 215-219.
7) Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practioners experience regarding sickness certification. Scand J Prim Health Care. 2011 Dec;29(4):227-33
8) Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification: a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopedic surgeons. BMC Public Health. 2007 Oct 2;7:273.
9) Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. Scand J Prim Health Care. 2011 Mar; 29(1):7-12.
10) Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick-listing decisions: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract. 2008 Jan 21;9:3.
11) Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. What physicians want to learn about Sickness certification: analysis of questionnaire data from 4019 physicians. BMC Public Health. 2010 Feb 9;10:61.
12) Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. Sickness certification and the GP: what really happens in practice? Fam Pract. 2010 Jun;27(3):344-50
13) Larson T, Jenkins L. Evaluation of online learning module about sickness certification for general practitioners. London: Department for Work and Pensions, 2005. Report 2005. Report No.304
14) Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skånér Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical setting; a survey of all physicians in a country. BMC BMC Public Health. 2010 Dec 6;10:752
15) Gerner U, Alexanderson K. Issuing Sickness certificates: A difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. Scand J Public Health. 2009 Jan; 37(1):57-63.
16) Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification – an interview with Swedish general practitioners. Scand J Public Health. 2008 Jun;36(4):408-14.

17) Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlström RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: A survey of 3997 Swedish Physicians. J Occup Rehabil. 2007 Sep;17(3):398-408.
18) Skånér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Wilteus AL, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. BMJ Open. 2011 Dec 20;1(2):e000303.
19) Söderberg E, Alexanderson K. Sickness Certification practices of physicians: a review of the literature. Scand J Public Health. 2003;31(6):460-74.
20) Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. Scand J Public Health. 2011 May;39(3):245-54
21) Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. BMJ Open. 2012 Mar 1;2(2):e000704
22) Engblom M, Alexanderson K, Englund L, Norrmén G, Rudebeck CE. When physicians get stuck in sick-listing consultations: A qualitative study of categories of sick-listing dilemmas. Work. 2010;35(2):137-42.
23) Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: Influence of general practionars' knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ. 1991 Nov 9;303(6811):1181-4.
24) Government offices of Sweden: http://www.government.se/sb/d/15634/a/183488
25) Gov.com UK: https://www.gov.uk/taking-sick-leave
26) Money A, Hussey L, Thorley K, Turner S, Agius R. Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. Br J Gen Pract. 2010 October 1; 60(579): 721–728.
27) Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2006 Jun;24(2):104-9.
28) The common wealth fund: http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Nov/1645_Squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf
29) World Health Organization Europe: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf

Dankwoord

Ik wil graag verschillende mensen bedanken.

Vooreerst alle artsen die zo vrij waren om een interview met hun toe te staan, en zo een enorme bijdrage aan mijn masterproef hebben geleverd.

Bijzondere dank gaat uit naar Prof. P. Donceel voor het helpen aflijnen van het onderwerp arbeidsongeschiktheid en ondanks zijn ziekte mij toch heel erg heeft geholpen met informatie, advies en begeleiding van mijn masterproef.

Prof. Aertgeerts om mijn promotor van mijn masterproef te willen zijn.

Mijn collega's Dr. Viaene en Dr. Piette voor hun oprechte interesse rond het thema, hun hulp aanvullingen en advies bij het schrijven van mijn masterproef.

En laatst maar daarom niet als minste mijn toekomstige, Gert-Jan, om me steeds te blijven motiveren en een luisterend oor te bieden. Ik wil hem ook bedanken voor het kritisch nalezen van deze thesis en voor het verzorgen van de lay-out.

Afkortingen

AO: Arbeidsongeschiktheid
HA: Huisarts
Pt: Patiënt

Bijlage

INTERVIEW 1

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Wel inderdaad ook dubbel. Het is patiëntgebonden. Als ge patiënten hebt die heel weinig komen en die dan zijn ziek zijn, dan ben ik blij dat ik die mensen kan helpen met die thuis te zetten, vaak is dat ook domweg de oplossing om te genezen, even rusten. 1e gevoel bij die mensen. Bij andere mensen heb ik een heel ander gevoel. Dan weet ik 'ik breng hier dat best aan, dat is niet leuk om te doen. Dus ook al direct een dubbel gevoel.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheidsattest overwogen heeft. Een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u heeft gehandeld.

Wat ik bv al een paar keer gedaan heb en wat ik wel leuk vind is mensen met zware psychische decompensatie, zo heb ik er laatst 1 gehad, die dan 1 maand thuisschreef, die moet ook een maand thuiszitten. Administratief puur. Na die maand zet ik die op 50% arbeidsongeschiktheid, terwijl die waarschijnlijk nog veel langer had kunnen thuis zijn, maar toch op 1 maand heb kunnen houden. met de werkgever contact opgenomen of we niets halftijds konden uitdokteren. Dat heb ik al een paar kunnen doen zo.

Uw bedoeling was al op voorhand op 50% voor te schrijven? Ja, want zo iemand die totaal gedecompenseerd is kan mogelijks maanden uitliggen. Waar ik al van in het begin probeer te werken naar toch werken?

Zei u uw bedoelingen al van de 1e keer dat u dat briefje meegaf? Niet de allereerste keer, maar wel de 3e keer of zo. Ik liet haar dan elke week terugkomen.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van AO?

Die je dag dak ziek schrijf mag die natuurlijk niet gaan werken. Dat is soms ook moeilijk voor mensen die toch willen gaan werken, die zijn dan niet verzekerd als ge dat briefje meegeeft. Dat is al een rol. Ik vind het belangrijk dat ze zelf hun verantwoordelijkheid opnemen. Als dat een stomme verkoudheid is en ik zeg: excuseer maar u kan daarmee gaan werken, dan vind ik dat hun eigen verantwoordelijkheid om dat te doen.

A**ls de patiënt dat niet ziet zitten; heeft dat dan veel invloed op u? hou je daar rekening mee?**

Ja uiteindelijk wel e. als de patiënt het echt niet ziet zitten, dan zal ik een dag extra voorschrijven. Zelfs voor een stomme verkoudheid ga ik zeggen, blijf ene dag thuis maar morgen zal het wel lukken om te gaan.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheid overwogen heeft. Een casus waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Bv.Een terugkomend probleem bij een patiënt: die is al een paar keer ontslagen geweest. Is nu op den dop, moet nu briefjes hebben voor van die VDAB-activiteiten en komt dan net als er zo'n activiteit is altijd zeggen dat hij ziek is; dan heb ik dat al een paar keer geschreven, terwijl ik denk 'dees is echt nie goed". Want als we zo bezig blijven gaat hij altijd zijn werk verliezen.En dan heb ik iets voor mezelf: bij die moet ik echt wel strenger zijn.

Wat was uw doel met het attesteren ervan? Vervangen door: maar de reden waarom je het dan wel schrijft is dan?

Omdat hij echt wel zeer marginaal is, en zeer weinig copinggedrag en weinige psychische stabiliteit heeft om het leven aan te kunnen.

Welke alternatieven heeft u overwogen vooraleer u attesteerde?

Dat zijn dan wel mensen waarbij ik de moeite ga doen om de werkgever te bellen om toch te laten zien aan mijn patiënt van : kijk ik heb u aanhoord, maar ik vind dat ge kunt gaan werken, maar misschien moeten we iets van werkaanpassing proberen te doen.

Wat zei u tegen de patiënt toen u attesteerde?

Ja, vaak vertel ik hem zijn verhaal, want hij beseft wel dat hij zijn job is kwijtgeraakt omdat gij frequent ziek was en dat zeg ik hem dan ook nog wel erbij. Daar beperk ik mij dan ook tot 1 a 2 dagen; maar het zijn dan telkens ook wel weer 1 of 2 dagen dan hij dan weer uitvalt, dan zeg ik dus ook wel bij, dat hij zo snel mogelijk terug aan het werk moet zijn. Soms staat hij er dan na 2d terug

Zegt u in het algemeen iets tegen patiënten als ge een ziekenbriefje afgeeft?

Nee niet direct. Wat ik wel vaak doe. Is de mensen zelf de verantwoordelijkheid geven. Bv bij een zware sinusitis en ze komen de maandag. Kijk ik schrijf u t/m woensdag. Als het donderdag niets beter is, is hier nog een verlenging voor de donderdag. En als't vrijdag niet beter is moet je echt terugkomen.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke taak bij het attesteren van AO?

Ja,ik vind wel dat wij als artsen hiervoor de goede persoon zijn. Ik denk dat ik er positief tov sta da mensen voor 1 dag ook naar een dokter moeten. Alle ik weet het niet eigenlijk. Ik heb er nog niet echt over nagedacht. Ik vind het maatschappelijk wel belangrijk dat mensen een goede reden hebben om niet te gaan werken. En dan vind ik de HA de geschikte persoon om dat te doen. **Baaldagen in Nederland?** Ik vind dat niet goed. Dat is misschien ook uit het zelfstandig zijn dat ik dat bekijk. Wij als zelfstandigen, wij gaan gewoon werken. Ge hebt u verantwoordelijkheid en zomaar thuisblijven hoort daar niet bij. **Legt de druk dan eigenlijk wat hoger, zodat mensen toch gaan werken?** Ja

Als u een AO attesteert, zou u dan soms anders willen handelen dan je daadwerkelijk doet? Indien ja: Hoe?

Ja, neem nu het verschil tussen zelfstandigen en werknemers. Vaak zijn er momenten dat ik zieker ben dan de patiënt en dan denk ik: wat ik bezig om die mensen thuis te schrijven voor die snotneus. Maar ge doet het dan toch vaker dan lief is om iemand toch een dag of 2 even te laten rusten.

Is dat dan voor uw vertrouwensrelatie optimaal te houden? Of een andere reden?

Nee omdat ik ervan overtuigd ben dat die persoon het minder goed aankan om met die symptomen toch iets te gaan doen. Ik denk ook dat symptomen ook heel subjectief zijn vaak e? Daar moet je ook rekening mee houden.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals je zou willen?

Nee, eigenlijk valt da wel mee, ik heb niet zo heel veel problemen met die ziektebriefjes; ik denk als beginnende arts dat dat inderdaad nog wel moeilijker is, maar als ge al wat langer bezig zijt vind ik dat ge dan toch striktere standpunten gaat innemen en dan heb ik daar precies toch ook niet teveel problemen mee. Ik zeg dat ook van: ge zijt echt al teveel geweest, ge gaat moeten oppassen, ik bespreek dat altijd, zowel naar arbeidsongeschiktheid als naar voorschriften.

Daarom heb je waarschijnlijk minder problemen ermee?

Ja, dan weten dat ze niet moeten komen, dat ik het niet zomaar geef.

Is er iets dat u zou willen toevoegen ivm attesteren van AO of een aspect ervan?

Niet direct. Vind dat wij een geweldig goed sociaal systeem hebben hier in België. Daar ben ik heel blij mee. Vooral voor zwakkere die meer problemen hebben en ook meer arbeidsongeschikt zijn

Voor u mag het systeem zo blijven?

Ja langs de andere komt het natuurlijk wel op de kap van mensen die..het leidt zowiezo tot enkele profiteurs. Ik denk we daar als huisarts verantwoordelijk mee moeten omgaan en dat we dat ook kunnen als huisarts.

INTERVIEW 2

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Zeer ambigu thema. Het feit dat we enerzijds gemachtigd zijn door de overheid om die attesten uit te schrijven maar anderzijds dat bijna alle instanties, als er problemen van welke aard ook opduiken, meestal administratieve problemen, dat die afgewendeld worden naar ziekte toe. Men is met een of ander niet in orde en men gaat dan zeggen van:"Oh we regelen dat wel, ga naar uw dokter want als je "ziek" bent, is het toch in orde". Vaak wordt ziekte ge-of misbruikt om administratieve tekortkomingen in orde te maken. En dan heb ik het gevoel dat wij als prostituee gebruikt worden om die zaken te regelen. Een heel concreet voorbeeld: Ziekte in het onderwijs. Mensen komen op raadpleging voor een banale aandoening: keelpijn, een ooronsteking, een viraal syndroom. Of bijvoorbeeld diarree:je vindt het evident om die persoon 2 à 3 dagen voor te schrijven en dan krijg je als tegenvraag: "Jamaar we moeten 14 dagen hebben, want dan krijgen we een vervanger. Onze directeur zegt: laat maar 14 dagen opschrijven." Hetgeen absurd is, want iemand die diarree heeft kan na 2 dagen terug gaan werken. Wij dienen niet voor een administratief probleem op te lossen, wij dienen om een medisch probleem op te lossen. U bent ziek, u kan niet gaan lesgeven want u hebt diarree, u blijft 2 dagen thuis en erna gaat u terug werken. Lijkt me zeer correct, en al de rest wat erbij komt lijkt me niet correct.

Hoe reageert u daar dan op, als die vraag van de patiënt komt?

Ik probeer in het mate van het mogelijke daarvoor 2 dagen voor te schrijven, ondanks dat mij het tegengestelde gevraagd wordt. Maar het geeft dus vaak conflicten. En deze conflicten worden groter naarmate je meer aanleunt tegen die 14 dagen. Bijvoorbeeld bij iemand met een acute lumbago: is die 2 dagen afwezig, is die 3 dagen afwezig, mogelijks 5 dagen indien er felle scheefstand aanwezig is. Dan zegt ge "ok, blijf maar de hele week thuis. " Maar dan krijgt ge: ja maar zou ge de andere week er niet ook bij doen want...De wereld op zijn kop.

Leidt dat ook tot problemen tussen u en de patiënt?

Dat leidt tot zowel problemen tussen mij en de patiënt als problemen met mij en de inrichtende overheid die graag heeft dat ik wat meer ziekte voorschrijf. Er is een spanningsveld dat veroorzaakt wordt door verkeerde regelgeving. Want eigenlijk, ansich naar ziekteverzuim is dat mijns inziens perfect te regelen. Iemand die 4 dagen afwezig is, die moet 4 dagen afwezig kunnen zijn. Niet meer dan dat. En in principe moet dan, een beetje een onuitgesproken gegeven; zo waarom moet ik die vrijdag nog gaan werken? Iemand die donderdagavond gezond is moet vrijdag terug gaan werken. Ook daar is da spanningsveld. Toch eigenlijk..we moeten toch beseffen van "het is niet alleen dat niet gaan werken. Er staat ook een kost tegenover. De werkgever moet dat betalen, die heeft daar onkosten aan. Het heeft eigenlijk te maken met: iedereen moet zijn verantwoordelijkheid nemen. Als iedereen dat doet, dan loopt dat systeem geoliëd. Maar helaas wordt er al eens geschoven met verantwoordelijkheden.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Ik denk, in alle eerlijkheid, dat de meerderheid van de gevallen vrij correct verlopen, laat me zeggen dat een arts er een bepaalde modus operandi rond moet ontwikkelen. Bij mij bv. een viraal syndroom, dat is 2 à 3 dagen, een diarree dat is 2 dagen, naargelang de werkomstandigheden: iemand die in de bouw werkt, waar het niet altijd even gemakkelijk is om naar het toilet te gaan; of iemand die op en af moet lopen in een gebouw met verdiepingen, daar kan het dan een beetje meer zijn. Maar in het algemeen loopt dat vrij correct. Waar ik het moeilijk mee heb zijn bv. gevallen waar ge 2-3-4 dagen uitschrijft, en waar er door de patiënt een verlenging gevraagd wordt, en ge dan postfactum vaststelt, als ge 4-5 weken verder zijt, dat die patiënt nog altijd niet aan het werk is: dat vind ik moeilijk te rijmen. Ik heb toch aanvankelijk een oordeel geveld om een zeer beperkte AO

te geven. En dan wordt ge toch telkens verplicht tot een verlening'ik kan niet gaan werken' daar zit een vorm van ongerijmdheid in die mij weinig arbeidsvreugde geeft. Verlengen en nog eens verlengen, dan heb ik het gevoel dat ik een speelbal ben.

Hebt ge daar een vb van?

Ja, mensen die vinden dat ze een bepaalde job niet kunnen doen omdat ze teveel moeten tillen, of omdat ze een repetitieve beweging moeten doen, waardoor ze bv een tenniselleboog ontwikkelen, en zo geleidelijk aan terechtkomen in een ziekteverzuim dat dan finaal 2-3-4 maanden duurt, daar kan ik mij niet in vinden.

Gaf u een booschap mij aan de patient, als je het briefje uitschreef?

Ja wij hopen natuurlijk keer op keer dat als we een beperkte AO uitschrijven dat de patiënt terug zal hervatten. Ik geef toch ook een signaal? Als ik 4-5 dagen vrij schrijf geef ik toch een ook een signaal dat die ziekte kort moet duren? En vaak lijkt die patiënt daar een heel andere visie op te hebben. Als gij iemand 5 dagen vrij schrijft dan zou er toch na 6-7-8, max. 10 dagen een werkhervatting moeten zijn? Want anders snap ik niet goed waarom je 5 dagen vrijheid schrijft. Daar ontstaat dan een spanningsveld. En toch zijn er patiënten die dat blijven uitmelken. Dat geeft een slecht gevoel.

De visie van de patiënt heeft een grote rol in het voorschrijven?

Het heeft toch op een of andere manier wel een invloed ja. Kijk ge kunt zeggen van "mijn inziens kan je het werk hervatten." En die zegt: "mijn inziens niet."Ja, dan staat ge voor een dilemma. En dan hoop ik dat het controlemechanisme het systeem kan kortsluiten, maar dat gebeurt dan soms ook niet…en dan komt ge in een trein van verlengen, verlengen…

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? Hoe staat u in het algemeen tegenover die alternatieven?

Je kan in zeldzame gevallen spreken van aangepast werk. Je zegt van: " kijk je kan hervatten, maar mits beperking van… bv bij rugklachten: beperking van tillen maar ondertussen wel de andere verplichtingen van de werkvloer terug opnemen. Maar meestal de minderheid. Het is vaak een alles of niets reactie: ik ga werken of ik ga niet werken.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik vind dat belangrijk, ik vind dat een heel belangrijk instrument dat ons ter beschikking gesteld is om mensen te helpen, maar het zou ook op die manier moeten zijn. En de realiteit zegt mij dat er regelmatig spanningen rond bestaan.

M**aar u vindt uzelf als arts wel de geschikte persoon hiervoor?**

Als iedereen zijn verantwoordelijk goed opneemt, denk ik wel dat wij geschikt zijn of mensen in staat zijn om te werken ja dan nee, mogelijks in samenspraak met een controlerende instantie, of in samenspraak met een arbeidsgeneesheer die meer de omstandigheden op de werkvloer zelf kent; samenspraak die mijn inziens te weinig gebeurd. We opereren nogal vaak los van elkaar. Er zou meer overleg mogen zijn. Het zou mij allesinds niet afschrikken.

Zou er meer opleiding moeten zijn hier rond voor student-geneeskunde?

Ik denk dat de vraag naar meer opleiding een correcte vraag is als ge in die fase staat waar jij nu in staat. Maar finaal nu, 25 jaar huisartsgeneeskunde bezig zijnde, heb ik die behoefte niet. We zijn wel gepokt en gemazeld in het systeem...Ik voel mij voldoende geskilled om daar een goede keuze in te maken.

Is dat gegroeid met de jaren?

Ik heb de indruk dat ik al vrij vlot vanaf het begin besliskundig mijn plan in kon trekken, het is een kwestie van de kerk in het midden te houden en op een eerlijke manier met die zaken om te gaan. Ik probeer bij elke beslissing die ik moet nemen telkens terug af te wegen. Proberen het automatisme een beetje op zij te schuiven. In welke mate denk ik dat die persoon die nu voor mij zit ja dan nee morgen of overmorgen kan gaan werken. Daar komt het op neer.

Heeft u en uw collega daar dezelfde visie over?

Nee, ik denk dat ge eerlijk moet zijn, ik denk dat elke arts op zijn manier de zaken benadert , we bekijken de zaken wel iets of wat gelijklopend. We werken niet allebei op exact dezelfde manier.

Er zijn onderlinge afspraken rond gemaakt?

Daar groeit wel een bepaalde consensus in term van termijnen. Maar om te zeggen dat we daar nu een soort prijslijst van gemaakt hebben: neen. Zo exact is het niet. Je zou dat in principe kunnen doen: dat en dat. Maar zo werkt het niet. Ik kan mij wel inbeelden dat het moeilijk is…Je kan het probleem ofwel heel rationeel benaderen of ergens benaderen met een afweging, ik denk dat het eerder de afweging is. Het hoeft niet altijd exacte wetenschap te zijn. Laat ook ruimte tot interpreteren. Er mag oordeelkundige vrijheid zijn, maar met mate!

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Bv o.a. in tegengestelde richting, het systeem van het onderwijs, daar heb ik het dus moeilijk mee. Ook bv kinderen die niet naar school gaan en die dan door de directie naar ons verwezen worden voor attestjes omdat ze anders niet in orde zijn met hun kinderbijslag…Bepaalde zaken in onze maatschappij worden al te gemakkelijk afgewimpeld op ziekte. Ziekte is dan vaak een dekmantel die vaak de sleutel naar de oplossing is en wij moeten die oplossing dan bieden.

V**oornamelijk administratieve barrières?**

Ja. Laat me zeggen, je zit ook vaak met een spanningsveld tussen datgene wat de patiënt graag zou willen, en dat gene wat gij als arts rechtvaardig vindt. En dat loopt dus niet altijd gelijk. Patiënt heeft soms andere wensen dan dat wij vinden dat de werkelijkheid zou moeten zijn. Op het moment dat ge daar een discrepantie hebt zit ge met een groot spanningsveld. Laat ons eerlijk zijn. Het blijft altijd het leukste als gij zelf aangeeft dat die patiënt terug kan gaan werken, en dat die dat ook vindt. Van het moment dat ge daar onuitgesproken consensus over hebt voelt ge u het comfortabelst. Op het moment dat ge vindt: " ik vind dat gij kunt gaat werken" en de patiënt vindt van niet, dan ontstaat er een onderhandelingspositie. En dat geeft wrijving, spanning.

Hoe vaak in de week zou u zo zeggen?

Behoorlijk regelmatig. Ik probeer daar de bovenhand in te behouden. Een vaardigheid die ik in deze vaak hanteer is dat ik in het algemeen zelf niet kwistig met dagen ben. Ik geef weinig. Ze moeten meer vragen. Ze moeten zelf actief verlening vragen.

Zo legt u dan een barrière op?

Ja. Bv. Als ge morgen u been breekt is het evident dage 6-8 weken niet gaat werken. Dan ga ik ook geen 2 weken voorschrijven. Zeker met verkeersongevallen, polytraumata enzomeer. Daar weet ge uit uw ervaring snel, dat zelfs van de 1e dag, ok die persoon is de eerstvolgende 2 maanden niet aan het werk, dan maak ik daar ook geen problemen van, dan heeft het geen zin om telkens 3 dagen te verlengen. Die duidelijkheid geef ik ook wel aan de patiënt. Dat je soms veel tijd nodig hebt om te herstellen. Zo ook herstel na een ingreep. Bv ge hebt een arthroscopie laten doen en ge zijt bouwvakker, dan zijt ge na 2 weken niet terug op een ladder aan het kruipen. Dat moet ge respecteren, en het is belangrijk dat ge uw patiënt vertrouwen geeft daarin: ge gaat de eerste 4 weken niet aan het werk zijn. Erna zien we wel= ge hebt snelle recupereerders, ook afhankelijk van de job: mensen met een zwaar fysieke job, dan kan 't zijn dat 't 6-7 weken zijn.

Zijn er bepaalde ziektebeelden waar je het moeilijker mee hebt dan andere?

Ik herhaal, ik probeer het geval per geval te bekijken. En voor elk geval een correcte afweging te maken. Als de patiënt daarin volgt, is dat natuurlijk een vrij gemakkelijk item. Het is pas als hij een andere mening heeft dat ge in spanningsveld terechtkomt.

Maar het is niet zo dat het bv bij psychische problematiek moeilijker ligt?

Ik denk dat elke arts zijn eigen cliënteel aantrekt, elke vogel zingt zoals hij gebekt is. Ik ben nu niet direct de meest psychische georiënteerde huisarts, ik ben een rationeel mens. Dus bij psychische decompensatie en dergelijke, om dat altijd goed aan te vullen wanneer is de patiënt klaar om 't werk terug te hervatten, dat is niet altijd evident.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Ik denk voor mijzelf, en dat is ook mijn grootste frustratie in dit item, ik vind het jammer dat de verantwoordelijkheid vaak omgekeerd wordt, het is niet goed dat in onze maatschappij alles wordt opgelost met ziektebriefjes, dat zou anders moeten. Mensen moeten voor hun verantwoordelijkheid uit komen en telkemale dat men daar via een ziektebriefje probeert onderuit te komen : bv ge kunt niet op vakantie gaan, loop maar naar uw dokter: daar heb ik echt de pest aan. Als gij vindt da ge niet op vakantie kunt gaan, dan moet ge uw vakantie maar betalen of ge moet op voorhand een annulatieverzekering nemen waar duidelijk de voorwaarden in omschreven zijn, maar dat altijd naar ziekte toespelen: neen. Ik voel mij op dat vlak wel eens geprostitueerd. En dat voelt niet goed.

INTERVIEW 3

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Als mensen ziek zijn, zijn daar 2 kanten aan. Ofwel dat mensenniet AO zijn voor ziekte en zijn ze toch te ziek om te gaan werken en moet ge ze daar overtuigen ofwel zijn mensen niet ziek en willen ze werkonbekwaamheid die onterecht is. Dat heeft zijn 2 uitersten, en daar tussenin zit een range en de de maatschappij gebruikt ons soms ten onrechte om een oordeel in die range te vellen en te attesteren.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheidsattest overwogen heeft. Een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u heeft gehandeld.

Als mensen ziek zijn, heb ik daar eigenlijk altijd een tevreden gevoel bij. Als het terecht is, heb ik daar een goed gevoel bij. Maar onterecht…hoe langer ge in de praktijk staat hoe minder onterechte attesten ge uitschrijft denk ik omdat ge u daar beter in kunt verwoorden, en ge steviger staat om in uw standpunt verder te gaan. Ik denk zeker dat het iets is waar ge beter in wordt met de jaren. Dat is misschien niet voor iedereen. Maar ge moet deskundig zijn in het uitschrijven van een ziekte-attest en ge moet niet emotioneel zijn. Dat is niet het verschil tussen een psychologische reden voor een ziekteattest of een fysische reden voor een ziekteattest.

Overweegt u soms alternatieven voor een werkonbekwaamheid?

Zeker! Ook reïntegratie van de werkonbekwaamheid. Bv een recent voorbeeld: een patiënt die haar echtgenoot verloren is in december aan een kanker en die al 9m werkonbekwaamheid was omdat haar man ziek was, waar ik bij de attesteringen niet zo makkelijk had maar waarbij de vrouw echter fel hieronder decompenseerde. We zijn nu ondertussen medio-januari, en die mvr ziet het niet zitten om het werk te nemen. Dan zeg ik wel: vanaf nu de 1e week van januari gaat ge halftijds terug werken, ik ga niet meer volledig attesteren; dat is niet goed voor u. ik bewijs u daar medisch gezien geen dienst mee. Ik kan aannemen dat dat voor u heel vermoeiend is, psychisch ook, omdat een hele dag vol te houden maar nu gaan we beginnen met halve dagen, maar volledig attesteren zit er niet in. Ik kondig dat wel al aan de consultatie daarvoor. Toen ik haar heb gezien in de week dat haar man gestorven is heb ik gezegd: we gaan er nu nog een paar weken over, maar vanaf januari gaan we wel terug integreren in de maatschappij, en daar hoort ook uw werk bij. Ze kwam erna terug, voor een volledig attest. Maar

dan zei ik: ge weet wat we vorige week besproken hebben, en we gaan dat nu ook uitvoeren. En dan druk ik erop dat dat geen spelletje is, of om haar te pesten. Maar dat dat eigenlijk de bedoeling is om haar te integreren en dat we weten dat hoe langer mensen van het werk afwezig zijn, hoe moeilijker het is om terug te beginnen. En dat die drempel altijd hoger is maar dat het niet anders kan, dat ze altijd terug moet beginnen werken. En over een drempel stappen, en dat met langer thuisblijven, die drempel niet gaat verkleinen.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van AO?

Dat speelt een rol, maar dat is zeker niet het belangrijkste.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheid overwogen heeft. Een casus waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Dat was eigenlijk een patiënt van mijn echtgenoot die met een lumbalgie zat. Er waren eerst 3dagen voor geattesteerd, en erna nog eens 4 degen en waar dat de arbeidsgeneesheer toen bij de controle gezegd had, die vrouw deed licht huishoudelijk werk bij mentaal gehandicapten die zelfstandig woonden, dat zij het werk niet kon hervatten, dat het werk te zwaar was voor haar, en dat zij dus nog 6 weken werkonbekwaam was voor haar job, zij is dan op dat moment bij onze vorige haio geweest en ze had een papier bij van de arbeidsgeneesheer waarop stond werkonbekwaam tot dan, en dat moest dan door de huisarts geattesteerd worden, en onze HAIO heeft dat dan uitgeschreven. Daarna is zij nog eens teruggekomen bij mijn echtgenoot, ik zie eigenlijk geen reden…Wat ze was nog eens bij de arbeidsgeneesheer geweest, en die zei nog 8weken bij. Mijn man zei: ik ziedaar geen reden voor. Ik zal nog een bijkomend onderzoek doen, maar als die allemaal negatief zijn. Zie ik geen reden om te attesteren. En die onderzoeken waren allemaal negatief. Die mevrouw deed ondertussen haar eigen huishouden terug, die verzorgde haar paarden, die was eigenlijk helemaal niet ziek en de arbeidsgeneesheer vroeg nog een verlenging van het attest dan heeft mijn man zijn ongenoegen geuit, maar heeft dat toch geschreven. En dan is ze in november (dat was van februari bezig), ze bij mij gekomen. Ervoor was ze dus bij mijn man geweest die heel boos geweest was, ik dacht toen van ‘nee, ik wil dit niet’. ’t Is niet omdat mijn man boos geweest is dat ge de volgende moet proberen. Toen ze binnenkwam vroeg ik dus wat er was. Ze kwam dus voor dat attest. Ik zei: kijk mevrouw, ik ga u dossier opendoen, ik ga kijken wat er aan de hand is, ik heb dat opengedaan, bekeken met haar, en ik zeg: hoe gaat het met u. Patiënte: oh heel goed, ik kan eigenlijk het werk hervatten, maar de arbeidsgeneesheer zegt dat dat niet kan en zou eigenlijk graag hebben dat ik u een attest laat ondertekenen van medische onbekwaamheid. Ik zeg: kijk mevrouw, ik ga dit niet invullen, ik kan dit niet invullen. Want dat gaat tegen mijn deskundigheid in als ik u dossier zie, zie ik hier nergens enige reden voor AO en ik zal dat zo ook op uw attest schrijven. Maar die patiënt is dan niet meer in orde met haar werkongeschiktheid, want ze mocht niet van de arbeidsgeneesheer. Dan heb ik die proberen te bellen, maar dat lukte niet want die was niet bereikbaar. Dan heb ik op dat blad gekeken en zag ik een telefoonnummer van de arbeidsgeneesheer inspecteur generaal van Limburg. Die heb ik dan opgebeld en gezegd: kijk, ik heb een probleem. Ik wil dat attest niet uitschrijven, ik heb daar geen enkele reden voor, maar die arbeidsgeneesheer heeft dat geadviseerd, en als ik dat attest niet invul, is de patiënt niet meer in orde. Die patiënt heeft een GMD in onze praktijk, dus ik moet daar wel voor zorgen, maar ik kan dat niet uitschrijven. Dan heeft zij die arts gecontacteerd voor mij en dan heeft die arts mij opgebeld, en dan zij die: ok vanaf vandaag mag die patiënt voor mij terug gaan werken. Die patiënt is werkbekwaam. Dus ik heb dat niet geattesteerd; maar de week erop stond die mevrouw terug bij mij, die was dan naar het werk gegaan, nu had haar hoofd gezegd, zo van “ de arbeidsgeneesheer heeft gezegd dat u zeer astrant bent geweest en dat u dat en dat allemaal gezegd hebt over het bedrijf en in kader daarvan kan u hier niet blijven werken. Als ge zo’n mening bent toegedaan moeten we u ontslaan”. En dan hebben ze haar ontslaan. Maar ik blijf daarbij, en die mevrouw neemt mij dat ook niet kwalijk. Maar we moeten medisch besliskundig handelen, en een bedrijf dat in problemen zit, en mensen wil laten afvloeien, moet dat niet via medische basis doen. Ten eerste moet ik aan schriftvervalsing meedoen als ik daaraan meewerk, maat dat is niet het belangrijkste. Het belangrijkste is de patiënt zelf; als ik haar medisch onbekwaam schrijf, en erna medisch ongeschikt, dan gaat zij voor een beperktere arbeidsmarkt in de toekomst staan, en gaat zij minder jobkansen hebben. Ik ben dus tevreden over hoe ik het heb opgelost, en ik denk dat het voor de patiënt op termijn ook de beste oplossing is. Daar kruipt veel tijd in. Ik vind het heel belangrijk dat ge u met uw geweten goed voelt als ge een AO uitschrijft. Anders schrijf ik het niet uit. Maar dat moet je leren. In het begin konden mensen mij wel onder druk zetten. En dan zeg ik wel: ik wil dat niet doen, of dit is niet correct, of

ik zal dat nu doen maar nooit niet meer. Dat leert ge wel, als ge er met uw geweten niet bij bent, op een paar jaar tijd om duidelijk te stellen van 'zo is het'. Ik zeg niet dat die mensen nergens anders in de medische zorg terechtkomen waar ze dat wel krijgen, dat weet ik niet maar dat moet elke arts zo deskundig mogelijk voor zichzelf uitmaken.

Zou u gewild hebben dat u in uw opleiding meer les hieromtrent gehad had?

Ja, ik denk dat het een heel stuk beter zou zijn als er uniformiteit onder alle artsen was, wij hebben een aantal jaren geleden eens nachtdienst, en dan kregen we zondag/maandag eens telefoon n dat was een man die een arbeidsongeschiktheidsattest voor de week die erop volgde, want zijn zoontje had koorts, en of hij daarvoor kon komen. Mijn man zei: nee dat gaat niet. Ga morgen naar uw huisarts en als dat kind ziek is, dan zal die wel kijken. En dan riep die vrouw op de achtergrond: bel dokter…" dus dat was dan een andere dokter. Dus ik denk dat wij als arts allemaal op een deskundige manier uitschrijven…Het zal nog niet allemaal hetzelfde zijn, want de ene zal een meer invaliderende waarde aan een ziekte geven dan de andere, maar als we die dingen die heel concreet zijn een ziekteattest uitschrijven, of als we twijfelen aan ziekte, om dan geen attest uit te schrijven, als we dat allemaal op dezelfde manier doen, dan gaan mensen minder shoppen, en gaan we minder misbruikt worden, dus ik denk wel dat dat belangrijk is. Een belangrijk item in de opleiding. Het is ook belangrijk om weten dat zo'n attestje uitschrijven heel veel geld is wat ge uitschrijft en dat dat niet alleen de werkgever maar ook de werknemer benadeelt als ge dat onterecht uitschrijft. Want als er ontslagen komen, gaat men ook kijken wie er terecht of onterecht ziek was. Mensen gaan zich settelen in het ziek zijn, gaan zich psychisch daardoor slechter voelen. Er is eigenlijk geen voordeel aan. Ik vind dat belangrijk dat we van in de opleiding weten dat er geen voordelen aan zijn.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke taak bij het attesteren van AO?

Ik denk dat wij daar zeker een opdracht in hebben, in mensen begeleiden in het zich gezond houden, in het gezond blijven, in het zich arbeidsgeschikt voelen, maar ik denk niet dat het onze verantwoordelijk is om de maatschappij van ziekteattesten te voorzien, hier denk ik dan bv aan schoolse situaties waarbij directeurs op het einde van het schooljaar bij kinderen die spijbelen briefjes meegeven aan de kinderen welke attesten ze allemaal aan de dokter moeten vragen, dit vind ik een maatschappelijk probleem dat door de school moet opgelost worden en waar de arts niets mee te maken heeft. Dikwijls wordt de druk heel hoog, dat komt er een commissie bijeen met de MST arts, met de huisarts…die mensen verliezen hun kindergeld, die kinderen zitten in de inschrijving en dat lukt niet zo voor de school en dat is niet zo evidente materie, en daar zou de rol van het ziekteattest van de behandelende geneesheer uit moeten, of vroeger ingeschakeld worden, als een persoon vaak afwezig is, dat het CLB dan contact opneemt met de ouders van 'ga eens naar de huisarts'. Is er een psychisch probleem met uw kind? Is er een ander probleem? Kan men dit omkaderen in ziekte? Psychisch of mentaal; of niet. Indien niet: op zoek gaan naar een andere oorzaak. We hebben om dit ogenblik een jongen die zit in het beroepsonderwijs, die is schoolmoe, die is verleden trimester heel vaak afwezig gewest. In januari komt die mama bij mij op raadpleging zonder die zoon van ja, er moet een oplossing gezorgd worden, want school gaat nu terug beginnen, en hij ziet het echt niet zitten, en hij heeft nog altijd hoofdpijn en school heeft gezegd dat er nu toch wel dringend briefjes moeten binnenkomen en toen heb ik gezegd: gaat hij wel nog graag naar school? Ik heb de indruk dat hij schoolmoe is. Hij zit nu in 5e middelbaar, maar is 18; nu binnenkort. Dus ik denk dat het beste is dat ge uw kind gaat inschrijven als werkzoekende. Want die is niet meer schoolplichtig op 18. Uw kind is niet ziek, die is schoolmoe. De directeur van de school gaat r niet op in, want dat is een leerling minder, en de ouders, dat is kindergeld minder, die werkzoekende gaat niet onmiddellijk werk hebben, krijgt niet onmiddellijk een job vast, en ook geen uitkering. En daar knelt het schoentje. Dat is een maatschappelijk probleem dat de geneeskunde moet oplossen. Dat moet de maatschappij oplossen. Dat moet men binnen het onderwijs, binnen de tewerkstelling oplossen. Maar niet bij de arts gooien.

Maar u vindt wel dat u als arts geschikt ben om attesten uit te schrijven?

Een gedeelte daarvan is voor de arts. Bv. Binnen scholen, leerkrachten die griep hebben, die 3 dagen werkonbekwaam zijn, maar 14 dagen ongeschikt moeten zijn omdat ze anders niet vervangen kunnen worden,

dat kan niet. Dit is en probleem dat men binnen het schoolse systeem moet oplossen, en niet de arts door 14 dagen werkonbekwaam voor te schrijven.

Heeft u ook problemen met andere soort attesten? Bv briefjes bij overlijden?

Ik vind niet dat wij met administratie moeten bezig zijn, daarvoor hebben we werk genoeg. De kwaliteit van uw werk is beter naarmate de tijd per patiënt die ge er meer in kunt steken. En als ge in belangrijke dingen 5 min. minder moet steken om die attesten uit te schrijven…En we zijn ook geen shopping, ik vind niet dat je dat moet ophangen aan een prikbord, we zijn echt geen shoppingcenter; dan hebben we er helemaal geen controle over. En als ge er controle over wilt hebben dan vind ik dat dit werk te banaal is voor de opleiding die we gevolgd hebben. Ik vind niet dat ge 7-8 jaar moet studeren om dan een briefje te maken dat iemand thuis moet blijven voor een begrafenis.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals je zou willen?

Ja. Niet zo vaak omdat wij nogal streng zijn allebei. Er zijn barrières zoals in scholen, of bv van het attesteren van ziektebriefjes op het einde van het jaar of bijvoorbeeld die mevrouw waar ik naar de arbeidsinspecteur heb gebeld. Er zijn soms barrières die je moet overbruggen om dat er zoveel druk van alle kanten is dat het niet anders kan maar ik denk dat dat in alle gebieden van uw vak is dat ge op barrières stoot, en dat ge moet proberen die hindernissen zo goed mogelijk te nemen. En daar bedoel ik mee, zo goed mogelijk in evenwicht met u geweten. Ik had laatst een patiënt, die niet veel ziekteverzuim heeft, 6 dagen omwille van een ingreep die gebeurd was. En ze zei van: ge weet toch dat ik ook in het weekend moet werken. Dat was donderdag. Ik zeg dan: jamaar er staat op dat dit een werkonbekwaamheid van dit termijn geeft, en 3 dagn werkonbekwaam meer, weet gij wat dat voor de maatschappij kost? 3 dagen, u werkt 5 dagen op een week, en toevallig vallen kunnen daar 2 weekenddagen van zijn. Maar 3 dagen is meer dan de helft van een week! Dat kan toch niet zomaar. En dan zeggen die van: achja dokter, dat is waar. Het is bijna een automatisme: ohh donderdag, dan is de week bijna om. En dan is het makkelijk voor hun als je dat visualiseert: kijk hier is een lijn, en dit is wat je bij wil, onterecht. En als het niet gaat, dan komt u donderdag terug, dan bekijken we dat, maar de arts die uw ingreep heeft gedaan, die zegt dat het dan goed gaat zijn en die gaat erop vertrouwen. Zo is uw loon vragen ook moeilijk e? De patiënt mag u alles vragen. Maar als jij iets aan de patiënt vraagt, als jij de patiënt iets oplegt, dat is moeilijker e? Die dingen leren ze u niet in uw opleiding.
Soms zeggen patiënten voor een attest (bij de betaling), dokter is het goed zo? “neen, het is niet goed zo’. Ik schrijf u, dat kost zoveel aan de maatschappij, ik moet die verantwoordelijk nemen, ik heb daarvoor moeten studeren om dat deskundig te doen, en daarvoor moet ik betaald worden.
Ik vind het belangrijk dat ge u goed voelt over wat ge doet. Ik denk dat belangrijk is om uw job graag te blijven doen.
Wij zeggen hier soms: ik kan u begeleiden in uw gezondheid, maar gij hebt ook een aandeel in uw gezondheid, gij moet zorgen voor uw “fabriekske” voor uw lichaam. Ik kan u tips geven, adviezen, …Maar ik voel me slecht, maak me maar beter, zo werkt dat niet e!
De patiënten leren jullie stijl dan ook wel kennen, hoe jullie werken. Dan neemt dat probleem misschien ook wel af? Er is een vast cliënteel, maar er is ook verloop. Ik doe k&g en er zijn dus altijd nieuw jonge gezinnen die komen, maar ook daar …mensen zoeken. Sommige mensen hebben graag veel ziekte, en veel antibiotica, …ge moet selecteren, ge moogt u daardoor niet laten verleiden. In het begin is uw praktijk nog niet zo groot, dan is de verleiding misschien groot, of ge zijt nog wat onzeker maar op den duur hebt ge zoiets van ik wil dit op een goede manier doen, ik zie daar geen reden voor, dus ik ga dat ook niet doen. Het is nu eenmaal zo in België dat mensen kunnen gaan shoppen. Ok, dan is dat maar zo, dan gaat ge maar shoppen als ge dat wilt, maar ik ga het niet doen om u tegen te houden om niet te gaan shoppen, daarvoor ga ik u geen medicijn voorschrijven. Dat komt met de tijd. Dat is niet zaligmakend. Iedereen heeft daar zijn idee over, over praktijkvoeren. Wij vinden dat belangrijk om da juist te doen. Alles heeft zijn voor en nadelen.

Is er iets dat u zou willen toevoegen ivm attesteren van AO of een aspect ervan?

Nee...Haio’s zouden meer in de vingers moeten hebben: uitstrijkjes nemen, hechten...

INTERVIEW 4

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Eigenlijk een dubbel gevoel: langs de ene kant de kompaan, de pleitbezorger van de patiënt en dat ge in die zin u toch dikwijls solidair opstelt met die patiënt en zegt van: dit is gewettigd, dit is gerechtigd, ik vind ook dat ge niet kunt gaan werken. Anderzijds moet ge toch altijd verderop denken: kijk het is toch belangrijk dat die patiënt toch ook maatschappelijk functioneert en het werk terug opneemt van zodra dat mogelijk is. Wanneer dat duidelijk niet kan, zal ik er alles voor doen om het werk te verdedigingen, maar in een aantal gevallen zijt ge dikwijls aan't koorddansen van: hoe krijg ik die patiënt weer gemotiveerd om te werken en het maatschappelijk belang daarbij. Maar toch ook in eerste instantie in het belang van die patiënt zelf. Dus dat is zo mijn 1e idee: een dubbel gevoel.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheidsattest overwogen heeft. Een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u heeft gehandeld.

Meestal. Ik weet nu niet of dit seffens nog aan bod komt, ik overleg ook meestal met de patiënt tot wanneer ik schrijf. Ik vind dat dat een interactie is. Ik denk bv aan een vrouw die ik ken met heel wat problemen, die in het onderwijs staat, dat is een specifieke situatie van werkonbekwaamheid, dus zij had een erge luchtweginfectie, meestal komt zij naar hier, maar zij vroeg toen door sneeuw en ijzel dat ik naar daar zou gaan. Ze kon er zelf niet geraken, ze was inderdaad ook erg ziek. Het moeilijke bij haar is dat zij heel veel medicijnen niet verdraagt, ge probeert behoudsgezind te zijn, zo conservatief mogelijk te behandelen, omdat de meeste ziekten toch uit zichzelf genezen, omdat ik weet dat we meestal meer problemen hebben bij haar door de behandeling dan door de ziekte. Dus handen af. Nu zat ze toch echt met een etterige verkoudheid, dus ik schreef toch in reserve een antibioticum voor waar ze ook mee start en ik hield de wo erg kort, maar ik zeg dan tegen haar: als ge merkt dat gij op het moment dat ge moet herbeginnen niet kunt, neem dan contact met mij op. En dat doet zij adequaat. Toen ik haar terug zag 4-5 dagen later, en dat het ook tijd was om haar opnieuw te evalueren, en dan zit ge met die onderwijstoestand waar ik daarjuist op doelde: een korte werkonbekwaamheid kan niet vervangen worden. Daarvoor moet men minimum 14 dagen ziek zijn. Men heeft daar nu een budget voor aan de scholen gegeven om die korte werkonbekwaamheid toch op te vangen door vervanging, maar als het budget toch op is, is het ook weer gedaan. En zij kon 't werk niet hervatten, en dat kon pas als zij meer als 14 dagen ziek is, dus dan heb ik dat ineens ook op 14 dagen gezet zodanig dat zij kan vervangen worden. Is zij eerder goed, dan mag zij hervatten, maar dan heeft de school toch de mogelijkheid gehad om haar te vervangen. Maar vandaag belt zij mij terug van: ah ja, op school hebben ze al 100 mensen aangeschreven en opgebeld om mij te vervangen, maar ze vinden echt niemand. Iedereen is nu ziek. Dus zegt ze van 'mag ik dan toch niet eerder beginnen". Ik zeg van: nu nog niet, ge zijt echt te ziek, dat gaat niet om voor de klas te gaan staan. Dus ik zeg: als ge eerder goed zijt, moogt ge wel terug herbeginnen. Dus dat is bij mij toch al wel een interactie van: wat kan, wat wil de ene partij, wat wil de andere partij, en in heel veel gevallen moet ik daar niet moeilijk gaan doen. Dat is zoiets recent waar ik aan denk.

Als ze nu voor 2 dagen AO zou geweest zijn. Maar als ze zei van: mijn directeur heeft liever dat u 14 dagen opschrijft, zou u dat dan doen?

Voor 2 dagen ga ik dan zeggen van "nee", dat kan je onmogelijk verantwoorden. Ik zal wel eens horen van: is er een andere reden waarvoor ze denkt niet terug te gaan. Maar als ze zegt van: ik ben maar 2 dagen ziek, maar ze kunnen mij pas vervangen als ik 14 dagen afwezig ben, dan zeg ik: neen dat gaat niet. Dat kan je voor jezelf niet verantwoorden, maatschappelijk niet en voor de controle niet. En controleurs hebben daar direct oog voor. Wie schrijft men tot het eind van de week altijd, of wie geeft men juist 14 dagen…dat ze die gaan controleren, dat is begrijpelijk.

Wat was uw reden met het attesteren van AO?

Omdat ze ernstig ziek was. En dat het ook wat tijd neemt, zeker bij haar.

Welke boodschap zei u toen u het AO attest uitschreef?

Ik zeg: kijk, ik schrijf tot dan, ik overleg met haar. Bij haar was het kort gehouden waarbij ik weet misschien is ze niet hersteld. Maar in sommige gevallen ga ik ook zeggen van : kijk ik schrijf u ruim voor, als ge merkt dat ge goed hersteld zijt, moogt ge herbeginnen. Gelukkig zijn er toch heel wat mensen gemotiveerd om terug te beginnen...en dat is ook zo voor schoolgaanden, voor schoolattesten, dat een aantal jongeren zeggen van: ik wil niet zolang thuisblijven, ik mis veel. Dan zeg ik: ik schrijf voor alle zekerheid tot dan, maar als gij fit zijt, en je kan normaal eten en zo, mag je naar school gaan. Iemand met buikgriep gaan zeggen van: 2d amper gegeten en gedronken, maar die voelt zich wat beter, dan zeg ik: je moet eerst een dag goed kunnen eten voordat je gaat werken om het ook veilig te houden op de weg, op het werk, ...dat is natuurlijk een heel ander onderwerp. Ik doe dat wel dikwijls, van dus die duur te laten afhangen van het verloop, van de evolutie, en dat is ook juist denk ik. Daar zijn geen algemene regels in.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van AO?

Ik ga zelden zelf zeggen van zo is't en niet anders. Ik overleg altijd. Ik heb dat wel al eens gedaan, maar dat is zeer zelden. Het zijn dan mensen met heel weinig mogelijkheden, waarvan ge voelt 'die profiteert echt". Waar ge dan duidelijk grenzen moet trekken. Dat zijn dan vaak mensen die in een beschermde werkplaats werken en waar ge dan zegt van : kijk dan moet ge herbeginnen. Dan hebt ge nog eens het sociale kader, als het gaat om een lichamelijke kwaal van dat ge weet dat ze toch wel altijd opnieuw beroep doen op u als het nodig is**.** Dikwijls blijven die ook thuis door problemen op het werk. Ik laat mensen maar, als het echt conflicteus zit, op het werk, met de werkgever, of collega's en de betrokken patiënt, laat ik ze toch eens de tijd om een zekere weerbaarheid te hebben om dat gesprek te voeren. Want het is toch niet onaanzienlijk..zoals die opvoedster, waar heel wat misbruik was…ge moet die mensen de tijd geven om weerbaar te worden en zich te verdedigen. En ge moet begrip hebben dat ze dan wat rancuneus zijn. Iemand die voordien altijd hen gezegd heeft van: dat is perceptie hoe gij dat waarneemt, ge overdrijft, en die dan hun werk krijgen en ook decompenseren…en dat die patiënt van mij dan zegt :haha!! Daar moet ge dan tegen kunnen.

Vertel me een recente casus waarbij u een arbeidsongeschiktheid overwogen heeft. Een casus waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Dat zullen dan de casussen zijn waarin ge zegt van "god, dit blijft duren". Maar ja, we proberen dat erin gefixeerd geraken toch te voorkomen. Ik denk dat iedereen toch zo zijn patiënten heeft die hij niet terug aan de bak krijgt. Waarbij ge het voorschreven hebt, en waarvan ge zegt van: dit is toch wel overdreven ja…ik moet eens nadenken…waarbij we verlengen en verlengen. Ik denk aan 2 patiënten:1) iemand met toch wel een erg pathologische rouw die ik ziek terecht ziek geschreven heb omdat die niet kon werken. Ze werkt in het onderwijs. Ze is in het verleden nog wel eens psychisch gedecompenseerd geweest en dus na een overlijden in haar omgeving, na korte tijd terug herbegint en dan een paar weken later terug hervalt en alles zakt in elkaar. Hoe is die dan in godsnaam zo lang ziek gebleven? Ge stuurt ze dan naar de psycholoog, ze hebben daar heel veel aan. Die psycholoog had zoiets van: ge moet uzelf niet zoveel onder druk zetten, ge zijt veel te gedreven om aan uw plicht te voldoen, denk eens eerst aan uzelf…Ondertussen duurt dat al meer dan 1 jaar. Ze komt op ziekenkas, de adviseur ziet haar, merkt dat dat dus massaal psychisch defunctioneren is en zegt dus 'moet die vrouw niet opgenomen worden? Die is heel depressief". Ik zeg: ja goed, ik zie dat toch als iets dat we ambulant kunnen doen, zo'n pathologische rouw. Ze was niet suïcidaal, maar die ziet het serieus niet meer zitten. En dus de adviseur tilt daar dan heel zwaar aan, heel ongewoon. Maar ja, die vindt dus dat ze moet opgenomen worden, ik stuur ze dan uiteindelijk naar de psychiater, die dan de medicatie vervierdubbelt, en die zegt dan: dat is eigenlijk mijn terrein niet, ik verwijs haar naar een andere psychiater die zich speciaal met rouw bezighoudt. Dat duurt een paar maanden eerdat ze daarbij terecht kan. Psychiaters zijn moeilijk bereikbaar, zeker voor nieuwe patiënten, dat duurt dan een aantal maanden, en die neemt dat ook heel ernstig enzovoort en uiteindelijk denkt ge: die vrouw heeft wel nog veel problemen, maar zou die haar werk niet terug kunnen hervatten? Uiteindelijk wordt de drempel alsmaar groter om terug te werken. Het wordt alsmaar moeilijker om terug te gaan bij langdurige werkonbekwaamheid.
Ik heb nog zo'n situatie van een opvoedster in een tehuis voor gehandicapten, die een zeer zware job had. Recent inde media-aandacht gekomen is: dus de agressie , ook seksuele agressie, tussen bewoners of van verzorgenden. Dat was daar nu niet het geval. Volwassen bewoners die andere slachtoffer maken. Waar zij nu mee te maken

had was dat ze veel te weinig coaching had, veel te weinig steun vond om dat allemaal gemanged te krijgen, uiteindelijk er onderdoor gaat en zo ook een langdurige chonische toestand…Uiteindelijk mag ze dan het werk herbeginnen maar krijgt ze een andere werksituatie die ze veel liever heeft, maar dat duurt dan nog maanden....

Wat was uw reden met het (langdurig) attesteren ervan?

Het eerste geval: eigenlijk omdat zelf de tweede psychiater die zich speciaal met rouw
bezighoudt mij ook opbelt en zegt van: ik heb nog geen verslag kunnen schrijven en ze moet

binnenkort naar de adviseur, maar ze is nog niet in staat om te gaan werken. Terwijl ik er
eigenlijk aan twijfel. Dat ge zegt van: ik kan hier niet tegen ingaan. Als specialisten vinden van: neen dat gaat nog niet, die patiënt heeft nog heel wat klachten, dan kunt ge dat niet …Dat zijn dingen die dan uiteindelijk wel in orde komen maar die veel te lang aanslepen. Waarbij ge zegt met mogelijks wat meer bedacht daarop te zijn, meer overleg tussen de verschillende ichelons, dat het misschien wel in te korten is, die extra lange ziekte.

Zijn er soms alternatieven die u overweegt?

Je zegt wel eens tegen patiënten die absoluut willen werken, en waarvan gij vindt, 't is kantje
boordje: dat ge de gewone hygiënische maatregelen meegeeft: vertroetel u, slaap genoeg, rust,
laat alles liggen, deligeer naar andere. Is dat een alternatief? Ja voor iemand die echt bereidwillig is om te gaan werken. Een alternatief voor werkonbekwaamheid: ik denk niet zoveel e: ge kunt werken of ge kunt niet werken. Ahja, een interessante piste, maar waar de adviseurs van de ziekenfondsen ook wel op bedacht zijn: wanneer ge ziet van 'iemand gaat dit werk niet meer kunnen herbeginnen", dat ge overweegt van: kan die om medische redenen geen ontslag krijgen zonder sanctie, bv bij rugproblemen die dat werk nooit meer op langdurige basis kunnen blijven doen, en waar ge dat toch moet overwegen. Maar dan verslikken de mensen zich soms van "dan heb ik geen werk meer". Maar die mogelijkheid moet toch regelmatig es ter sprake gebracht worden. Ge kunt, in een werk waar ge niet geschikt voor zijt, ontslagen worden omdat ge medisch onbekwaam zijt. Ik herinner mij zo een mooi voorbeeld: een vrouw die door een sociaal verhuurkantoor aangenomen is om de bewoners, sociaal kwetsbaren, te begeleiden. Die persoon had daarvoor ook altijd thuisbegeleiding gedaan, was daarvoor aangenomen. En het werk vindt op een zeker moment dat ze het niet goed doet: ze krijgt heel veel gerechtelijke dossiers, waar zij de know-how niet van kant, ze heeft daar ook geen middelen voor, geen mensen die haar daarvoor helpen…ze decompenseert psychisch met allerlei lichamelijke klachten erbij. Maar het komt daarop neer: goed, eigenlijk is dat geen job voor jou. Je bent een heel goede voor thuisbegeleiding te doen, maar heel die zakelijke kant van dat huren, aansprakelijkheid, controleur te zijn van die mensen, daar hebt ge de bekwaamheid niet voor. En die wilde die job ook niet meer doen als ze niet meer ondersteuning krijgt. Dus ik haalde dan uit te kast: ontslag o.w.v. medische redenen, waarbij de arbeidsgeneesheer met mij contact opneemt van 'ik zie dat toch niet zitten". De arbeidsgeneesheer moet dan zoeken in het bedrijf naar werk dat aangepast is voor die patiënt, in samenwerking met de werkgever. Indien er geen aangepast werk is, kan die ontslagen worden zonder sanctie. De arbeidsgeneesheer moet hiermee akkoord gaan. Deze arts zei 'sociaal-medische redenen", dat zie ik niet zitten. Maar ik verwijs haar naar de psycholoog van onze arbeidsgeneeskundige dienst. Uiteindelijk wilde men haar eerst niet ontslaan, maar door die interactie, door het overleg heeft men haar uiteindelijk toch ontslaan met behoud van al haar rechten. Dat ze geen sanctie kreeg. Dat was niet vanzelfsprekend geweest. Men heeft haar eerst proberen te ontslaan o.w.v. dringende reden, dat ze niet voldeed aan wat men van haar verwachten, dan kreeg ze wel een sanctie. Maar dan is die geneeskundige dienst, die psycholoog daartussen gekomen en die zei van 'eigenlijk is dit niet wat de bedoeling was, we zoeken wat de beste oplossing is voor allebei en mits communicatie is dat toch goed verlopen.

Iemand die niet functioneerde als manager in een filiaal van een keten. Die de stress niet aankon van mensen die onder haar stonden en haar het bloed onder de nagels haalden: ze was daar niet tegen bestand. En zij heeft een psoariatische aandoening (reumatologisch). Ze doet een opstoot: veel locomotorische pijn. Geen twijfel dat ze een opstoot doet en werkonbekwaam werd, en dat duurt heel lang. Dat was moeizaam, depressief enzo, uiteindelijk, na veel 5-en en 6-en gaat het beter, met zware behandeling; en was er de vraag van terug te

hervatten. Maar we weten dat ze in feite dat ze die job niet aankan, dat heeft dan nog wat voeten in de grond gehad, maar nu werkt ze deeltijds, in datzelfde filiaal. Ze behield haar rechten want ze wilde ook niet gewoon als verkoopster werken omdat zij het statuut had van filiaal-manager. Ze beweert dat ze toch haar rechten behoudt. Ze werkt deeltijds: 2 dagen in de week, en omdat haar vader ernstig ziek is neemt ze loopbaanonderbreking om voor haar vader te zorgen. Ze is daar uitgeput van, maar ze functioneert wel. En dat is dan zoiets waar opeens een aantal dingen in mekaar passen. Deeltijds terug hervatten is een goede zaak, maar het ziekfonds erkent dat niet vaak omdat het snel evolueert naar de vraag van dat blijven te krijgen. Ge hebt mensen die niet in staat zijn hun job voltijds te doen en waar het ziekenfonds dan deeltijd moet in blijven tussenkomen. Die willen dat natuurlijk niet. Ze willen alleen die deeltijdse arbeidsongeschiktheid in een overgang. En erna terug voltijds. Als ze dat zien zitten…Ik moedig mensen ook altijd aan omdat te gaan doen, en erna terug voltijds, en als blijkt na een bepaalde tijd dat dat niet gaat, dan hebt ge uw goede wil getoond, in feite als het echt niet gaat, kunt ge opnieuw ziek worden. Maar dan hebben ze toch geprobeerd te zien of 't gaat. Op die manier geraken toch een aantal mensen terug op gang die anderzijds in de chroniciteit vervallen. Dat is een goede zaak, maar ik begrijp de ziekenfondsen daar ook in.

Zijn de door u gegeven voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk?

Toch wel. Ge staat versteld van hoe weinig banale dingen ge ziet als huisarts. Dat is misschien wel afhankelijk van hoe ge huisarts zijt. Dat ze een dan wel meer meemaken dan de andere. Een groot stuk van mijn werk is toch wel, waarvan ik zeg 'dat is iets waar ik energie moet insteken". Mijn gewicht in de schaal moet leggen, moet overreden, …kan ook over andere dingen gaan; bv overreden om gezonder te leven, hun medicatie te nemen…Een groot stuk van mijn werk is niet zo simpel. Eigenlijk meer een project, op langer termijn. Maar om nu te zeggen dat managen van werkonbekwaamheid een groot deel van mijn werk is? Dat is wat overdreven. Maar wel dit soort begeleidingen, maar niet altijd over werkonbekwaamheid.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke taak bij het attesteren van AO?

Ik vind dat ik dat moet opnemen. Ik vind dat ik verantwoording moet afleggen aan de mensen die het vangnet maken, dus niet de hangmat. Wij dragen daarin ook bij. Maatschappelijk is zowel de middelen die nodig zijn om dat op te vangen, als ook de meerwaarde van iemand die werkt. Het triestige vb is brugpensioen. Mensen die niet mogen werken, maar die nog goed zijn, dat denk ik dat een maatschappelijk een gruwel is. In die zin denk ik dat men streng genoeg maar toch therapeutisch moet blijven.

Maar u vindt u als arts wel de geschikte persoon om AO voor te schrijven?

Ja, daar is heel die discussie rond korte werkonbekwaamheid…in omringende landen is niet altijd zo dat mensen naar de dokter moeten gaan. We hebben ook zoveel ander werk dan iemand die verkouden is zijn administratie …Maar de gezondheidszorg is nu zo georganiseerd dat dat nu eenmaal lucratief is en gelukkig moet ik daar niet aan meedoen omdat we met een ander betalingssysteem zitten. Maar dat is inderdaad met de haren getrokken. Een korte WO moet een patiënt zelf kunnen regelen. En dan moet men eens kijken hoe men dat kan organiseren. Dat vind ik niet dat ons werk is. Langere perioden wel, want daar moet je gaan sturen 'wat moet er hier gebeuren', maar korte werkonbekwaamheid…

Als u een AO attesteert, zou u dan soms anders willen handelen dan je daadwerkelijk doet? Indien ja: Hoe?

Zeker wel, iets heel banaal. Soms ben je zelf zieker dan je patiënt en dan denk je 'wat zit ik hier te doen'!? Dat maakt iedereen wel eens mee, dat ge denkt: "niet flauw doen". Maar dat overstijg je, ge weet dat dat uw functie is, je kent je patiënten, en ge werkt inderdaad ook met dat project waar we het over hadden. Je kent de context, je weet dat die patiënt het moeilijk heeft …Dan ga ik geen algemene regel toepassen van "verkouden, dat is zoveel dagen". Ik zeg dikwijls ook van ik kan niet goed voorzien wanneer je terug genezen gaat zijn'.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals je zou willen?

Bv die schooltoestanden, die 14 dagen. Als ik niet zeker ben dat het genezen is binnen de 14 dagen en ik vermoed dat het in die buurt ligt, dat ge dan 14 dagen schrijft, dat doe ik wel, met de afspraak dat ze vroeger kunnen herbeginnen.
Mensen die geen gewone werkweek hebben, dan ga ik soms vragen : wanneer moet ge terug aan het werk. Om er rekening mee te houden, kan ik het korter maken? Patiënten hebben soms liever dat ge het kort houdt. Met het risico dat ze soms kunnen opgeroepen worden voor andere collega's die ziek zijn.
Ge hebt ook het systeem in het onderwijs dat ze voor de eerste dag geen attest moeten hebben. Bv. Een leerkracht komt op vrijdag. Hij is ziek. Ik vul geen attest in, er valt een weekend tussen. Dus die blijkt niet genezen te zijn, ja dan moet ik attesteren van daarvoor, op een andere dag, dat zijn zo dingen..daar moet je soepel in zijn, maar dat zijn geen grote…dat zijn mensen die ook echt ziek zijn. Want dan medico-collegiaal nodig is, is dat ge de mensen ziet. Ga ik daar soms over mijn grenzen? Dat gebeurt wel eens hoor. Ik weet, iemand is ziek, die belt mij …dat ik die verleng zonder dat ik die zie. Dat gebeurt. Medico-collegiaal mag dat niet. Maar dat zijn toch dingen die ik verantwoord vind.
Ik probeer ook de vriendschappelijke relaties uit de professionele te houden. Dat lukt niet altijd …Ook de familiale dingen ..zoveel mogelijk uit elkaar houden. Iemand die ik op de 2 terreinen ken. Zak ik toch altijd vragen het hier op de raadpleging over het medische te houden. We werken al 32 jaar, we hebben al heel wat mensen gehad die bij ons in dienst zijn. Die hebben we liever zelf ook niet als patiënt. Ge zit dan in die dubbele last: ge hebt zelf het ongemak van dat ze ziek zijn. Dat is beetje vergelijkbaar met dat ge zelf zieker zijt als uw patiënt zo. Ik ben ooit zwanger geweest, en er was iemand in dienst die ook zwanger was en die dan van heel in't begin uitviel en ik tot het einde doordeed, en altijd ma ziek schrijven, en zelf proberen op te vangen omdat zij ziek is. Niet simpel. Dus personeel ook daarbuiten, niet alleen vrienden en familie. We gaan dat natuurlijk ook niet verhinderen. Als ze zeggen: we hebben liefst dat gij onze huisarts zijt, dan is dat zo, dan proberen we dat.

Is er iets dat u zou willen toevoegen ivm attesteren van AO of een aspect ervan?
Voor u mag het systeem zo blijven?

De meest vervelende aspecten van werkonbekwaamheid is de controle van de werkgever. Dus de werkgever die controle stuurt. Meestal is dat niet vervelend, en moet die arts zijn werk doen. En als dat redelijk is, en met overleg, dan gaat dat wel, maar ge hebt ook een aantal vervelende tussenkomsten van controleurs van werkgevers die het heel onredelijk doen. Die nemen dan de allure van: ja, als ge niet akkoord zijt, bel me dan tussen dat en dat uur. Ge krijgt die brief dan natuurlijk te laat van uw patiënt, als dat uur al lang voorbij is. Ge kunt die dan niet bereiken. Ge belt die op en die is dan lastig enzo. Ik heb een truc: als ik niet akkoord ben, ik probeer dan wel tussen die uren te bellen. Collega's van mij beweren dat ze dat recht niet hebben om u zo in te perken: langdradig maken. Ze hebben daar geen goesting voor, geen oren naar: je belt die op, je legt het helemaal uit, en wat er nog allemaal bij komt kijken en dat dat toch allemaal niet kan enzo. Ge voelt dat die willen neergooien. Dat is een manier om ze wat toegeeflijker te krijgen. Wat ik ook merk, een serieuze achteruitgang tov vroeger, vroeger kon je als ge niet akkoord was me een controleur, een deskundige aanstellen die als neutrale beoordeler die patient is of was, het gaat soms over psychische decompensaties van vorige week...Kijk die patient kon echt niet werken, dan kon je een deskundige vragen. Wat is daar zo slecht in geworden? Dat dat altijd mensen zijn die in dat circuit zitten van controle van de werkgever, ge moogt zelf niemand meer aanbrengen. Ge moogt iemand aanbrengen uit een lijst, maar dat zijn allemaal mensen die werken bij diezelfde organisatie, dus dat is echt niet netjes. Hoe de werknemerssyndicaten daar ooit in getrapt zijn, dat snap ik niet. Dat is geen eerlijke beoordeling meer.

Dat zijn mijn 2 bedenkingen. Zoals als je die controlearts moet opbellen, probeer zijn geduld op te krijgen en dan hebt ge soms, als ge recht in uw schoenen staat, mijn werknemer moet dan herbeginnen, maar als die dan niet hersteld is, dan moet die weer op controle komen, en dan verdient die er weer aan. Dat is laag bijdegronds, maar dat is zo. En dan op vlak van verdediging hebben we geen neutrale deskundige meer.

Dat moet veranderd worden?

Ja, maar wie gaat zich daarmee bezighouden. Eigenlijk zouden dat de werknemerssyndicaten moeten doen.

INTERVIEW 5

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Dat hoort erbij zou ik zeggen. Aan de ene kant vind ik het positief dat wij dat kunnen voorschrijven omdat ge op die manier ook de patiënt ook kunt verdedigen in de situaties waardat zij zijn. Anderszijds geeft het soms problemen, maar je kan mensen uitleggen wat kan en wat niet kan. We hebben het niet alleen in de hand, natuurlijk ook als ge iemand hebt die wat neiging heeft om lang op de ziekenkas te gaan staan, alleen kunt ge dat niet....Ge kunt moeilijk als huisarts zeggen: nee ge zijt niet meer ziek, ge moet gaan werken. Ik denk niet dat dat onze taak is. Daarvoor zijn er andere instanties: controle geneesheren, ziekenkasartsen die hebben mee de maatschappelijke taak om grenzen te trekken. Wij zelf ook door de hoeveelheid die we voorschrijven, door de mensen in te lichten door te zeggen: ik vind het eigenlijk mogelijk dat ge terug gaat werken; en meestal lukt dat ook wel. Ge hebt enkele situaties waar het moeilijker is, maar ja, dat zijn dan de meer problematische situaties waar ik dan toch ook reken op de externe controle om daar wat mee helpen grenzen aan te stellen.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Meestal is het geen probleem vind ik. De dagelijkse werkonbekwaamheid is toch niet problematisch vind ik. Er zijn gewoon enkele moeilijke gevallen die wat langduriger zijn. Ik ben me er wel van bewust dat als ge langer als 3 maanden werkonbekwaam zijt dat het dan veel moeilijker is om terug aan de slag te gaan. Dus ik probeer te overtuigen als het enigsinds kan van om terug aan het werk te gaan. Dat lukt niet altijd. Ik begrijp soms ook niet dat de arts van de ziekenkas daar zo dragelijk rond is, dat die niet meer de grenzen trekt. Ik heb zo iemand die al 3-4 jaar op de ziekenkas zit o.m.v. een conflict met de werkgever waarop ze gedecompenseerd is. Ervoor functioneerde ze zeer goed, en sinds die decompensatie daarop functioneert ze niet meer goed. Ik heb haar dat proberen uit te leggen, die weerstand was zo groot dat ze op de ziekenkas is blijven staan. Dat ga ik er ook geen statement van blijven maken. Er zijn nog andere dingen die belangrijk zijn.

Heeft u de indruk dat het altijd dezelfde soort pathologieën zijn de moeilijke gevallen worden?
Hoe?
Zoals bv.in uw geval orthopedische pathologie?

Ja, ge zou da zeggen,…maar ruglijden is ook de meest voorkomende klacht in de huisartsgeneeskunde, dus het zal niet toevallig zijn dat dat dan ook meer voorkomt. Er is vaak ook een depressieve component aanwezig. ik stuur de patiënt ook geregeld naar de pijnkliniek. Ik heb zo een patiënt met rugpijn, waar ook een depressieve component van echtscheiding bij zit. Door de pijnkliniek ging die veel beter. Hij heeft ook een nieuwe relatie gekregen, misschien dat dat er ook voor iets tussenzit?

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Ja, ik heb een patiënt die een arbeidsongeval gehad heeft in juni 2011, en die had 20 jaar daarvoor ook een arbeidsongeval gehad met rugproblemen. Nu is het ook terug een rugprobleem. En nu blijft die daar in hangen zo; vind ik. Hij heeft ook wel een probleem, maar de vraag is of er iets aan te doen is; met een operatie. Ik heb de indruk van niet. Hij was ook veel te zwaar; ondertussen heeft hij ook een gastric bypass gehad en dat is goed geëvalueerd. Hij is 20-30 kilo verloren. Hij blijft toch rugpijn behouden. Ik probeer hem dan…dat is een chauffeur, dat is een slecht beroep voor ruglijders. Als de neurochirurg niets kan doen aan die tussenwervelschijf die wel degelijk versleten is, dan denk ik ook niet dat ge kunt terug uw werk kunt gaan doen. Dat ziet hij ook wel in. Maar wat kunt ge dan gaan doen zult ge wel zeggen; wat kan ik doen? Ik kan niets anders. Ik begrijp dat wel dat dat niet gemakkelijk is, maar ge zijt 45 jaar, ge kunt, ge gaat die tijd niet meer op de ziekenkas blijven staan met dat probleem, het is ook een stuk arbeidsongeval van vroeger dat hem erop heeft gezet…Hij heeft een hele omweg gemaakt via uiteindelijk eerst neurochirurgisch problemen op te lossen. Dan gewicht speelt mee, hij heeft ook suikerziekte, dus er was een dubbele reden om iets te doen aan zijn gewicht. Ja op zijn eigenlijk lukt het niet. Nu heeft hij een gastric bypass, met succes. Diabetes is veel beter. Rugpijn is niet beter. Ik denk persoonlijk dat dat toch iets beter is. Maar goed, dat duurt dan natuurlijk. Dat is zo'n voorbeeld. Maar ik hoop

dak die man toch terug aan het werk kan krijgen. Ik hoop dat hij inziet dat hij toch te jong is om te stoppen. Nu, sociale situatie speelt ook mee. Vrouw werkt nog. 1 kind is al buitenhuis, en het ander kind werkt ook al. Dus voor de kinderen moeten ze ook al geen groot inkomen meer verwerven. De druk is minder. Hij amuseert zich, hij kan zich bezighouden. Zijn vrouw werkt bij Ford, zij gaat haar werk kwijtgeraken. Dat heb ik niet volledig in de hand, er is een probleem om zijn huidig werk te doen natuurlijk…zo zijn er verschillende voorbeelden die ik zou kunnen aanhalen.

Heeft u alternatieven overwogen? Zo ja, welke?

Ik zie niet in wat. Ge hebt niet veel keuze e denk ik? Ofwel zijt ge ziek ofwel moet ge gaan werken. Er is geen tussenoplossing denk ik. Soms doe ik wel heel af en toe deeltijds terug aan het werk te krijgen. Zou ik eens kunnen proberen met deze patiënt. Heb ik hier niet aan gedacht omdat hij nog in die cyclus zit van opereren of niet opereren. Als dat nu definitief wordt, als die chirurg zegt: we kunnen dat niet opereren, dan zijn we een stap verder, want hij zit nog met het gedacht dat hij geopereerd zal worden.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest uitschreef?

Ja, zoals ik vandaag deed. Ik zei van: ge zult toch moeten uitkijken naar ander werk. Dan zegt die ja van wat kan ik doen? Ik kan niets anders, met mijn rug?

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?

Ik denk dat we daar rekening mee moeten hebben. Als iemand zelf vindt dat die werkonbekwaam is, daar kunt ge toch niet langs, dan moet ge daar rekening mee houden, zien hoe ge 't aanpakt. Als ik als dokter vindt dat die werkonbekwaam is, is er eigenlijk geen probleem. Soms wel want er zijn patiënten die vinden dat ze wel kunnen gaan werken. Dan hebt ge het omgekeerde, dan moet ge die overtuigen om niet te gaan werken. Dan komt natuurlijk niet zo veel voor. Maar als ik vind: nu kunt ge toch proberen om terug te gaan werken, en de patiënt vindt nog van niet. Dan denk ik dat ik ga vragen 'waarom denkt ge dat dat nog niet gaat"? Dan moet ik daar eerst proberen in te komen, anders kan ik er toch niet uitgeraken. Ik denk dat ge toch moet proberen te begrijpen wat voor werk die patiënt doet, waarom is het dan niet haalbaar…ik vind dat ge moet kijken: wat vindt de patiënt, wat is mijn standpunt en dan proberen erover te spreken. Maar in het algemeen ben ik geen autoritaire dokter. Ik ben eerder invoelend, ik probeer de patiënt te begrijpen. Ik heb ook mijn eigen standpunten, ik probeer dan in dialoog te gaan.

Hebben jullie onderlinge afspraken gemaakt?

We hebben eigenlijk voor een groot deel eigen patiënten. Degene die tussenin komen, zeker die langdurige werkonbekwaamheid hebben, dan moet ge proberen die toch bij dezelfde arts te krijgen, anders kunt ge niet goed volgen als er wisselende contacten zijn. Langdurige werkonbekwaamheid wordt best door 1 arts opgevolgd. Maar ik dat we daar onze eigen manier van werken hebben. Waarschijnlijk komen we min of meer overeen, maar toch hebben we onze eigen stijl. Dat ziet ge: er is geen verdeling van: alle vrouwen gaan bij X, alle mannen gaan bij mij. Dat is toch gemengd, en dat heeft toch te maken met de stijl denk ik.

Is dat een weergave van uw dagelijkse praktijk?

Iemand die de neiging heeft om lang op de ziekenkas te gaan staan? Laat me zeggen, dat zijn dan van die moeilijke gevallen. Meestal is dat geen probleem vind ik. Dat zijn zo enkele moeilijke problemen, zo kan ik u nog een paar voorbeelden geven. Vrij uitgebreid natuurlijk.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik vind dat ik als arts hiervoor geschikt ben. Misschien is het Nederlands systeem ook niet slecht…Dan kunnen mensen zelf bepalen of ze thuisblijven of niet. Er is dan een controlesysteem dat losstaat van de patrons. We hebben hier een aantal werknemers die gebonden zijn aan dat systeem. Dus dat is toch heel anders. Ze moeten dan naar een medisch adviseur gaan. Van de ziekenkas ofzo…het is toch anders. Ze hebben allesinds geen ziektebriefje nodig van de dokter. Soms komen ze dan wel een brief vragen voor die controle-arts. Ik vraag me

dan wel af: als er een conflict is met de werkgever. Wie gaat er dan tussenkomen? Ik heb er geen zicht op. Ik vind wel dat werknemers verdedigd moeten kunnen worden als ze ziek worden anders gaan werkgevers zeggen ik neem da niet aan dat ge ziek zijt, ge moet komen werken terwijl ze misschien wel serieus ziek zijn. Dus ik neem dat er andere systemen zijn die ook werken, maar die moeten dan wel zo zijn dat de werknemers ook een verdediging kunnen krijgen.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Ik heb een patiënt die nu al 1.5 jaar op de ziekenkas staat. Ook een ruglijder. Dat is ook iemand die 35 jaar zwaar werk gedaan heeft. Die heeft ook een versleten rug. Die heeft altijd zware motoren moeten opheffen als *mechanieker*. Die zijn baas is aan het uitbollen, die gaat er binnenkort mee stoppen heb ik de indruk. Die is ook niet meer gemotiveerd om kost wat kost die job te houden, want het gaat toch stoppen. Ik denk dat w dat ook met de Ford gaan meemaken. Als er op de werkplaats ..als de situatie daar niet meer motiverend is, dat dat ook bepalend is natuurlijk.

Nu wat dikwijls gezegd wordt in ons systeem is dat als ze niet meer kunnen geholpen worden bij hunne dokter, dat ze dan naar een andere kunnen gaan. Dat is inderdaad een nadeel als dat echt mensen zijn die op zoek zijn naar werkonbekwaamheid. Ik denk dat wij daar minder last van hebben met ons forfetair systeem. Wij werken met ingeschreven patiënten en zij kunnen zomaar niet van de ene naar de andere arts gaan. Ze kunnen wel maar ze worden niet terugbetaald, ze moeten het dan zelf betalen. Dus wij zitten op dat gebied in een andere situatie. Ze moeten dan met ons de confrontatie aangaan. Dat is een voordeel van dit systeem.

Te weinig opleiding gehad hierover?

Er is geen opleiding geweest, ik denk wel dat dat interessant zou zijn. Ik denk dat dat nuttig is om daar wat aspecten te bekijken, maar de praktijk is natuurlijk niet zo gemakkelijk.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Ik denk dat ik alles gezegd heb. Wij zijn al wat uitegwijd links en rechts. Ik zit te denken met die moeilijke situaties zou er wat betere samenwerking moeten zijn tussen de huisarts en de arts van het ziekenfonds. Ik sta op de eerste plaats aan de kant van mijn patient dus ik kan moeilijk zelf actief naar die medisch adviseur bellen en zeggen' wilt ge die nu eens aan't werk zetten?' Misschien zou ik dat eens moeten doen. Maar daar heb ik het moeilijk mee om dat te doen. Een soort verraad tov uw patiënt? Ja, je moet een open relatie hebben met je patiënt, er mogen geen verborgen hoeken zijn. Maar bij enkele patienten is er iets irrationeel ook dat moeilijk te bespreken is. Ik denk als huisarts: ge moet het belang van uw patient denken. Maar soms zou het in het belang van de patiënt zijn dat die een grens krijgt om niet te vervallen in die renteneurose. Wat dat is niet goed voor uw patient. Dus rond die renteneurose zouden we toch nog een betere strategie moeten kunnen ontwikkelen.

INTERVIEW 6

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Dat ik soms teveel werkonbekwaamheid voorschrijf. Dit tegen mijn zin

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Ik had bijvoorbeeld vandaag een patiënte met een oorontsteking en surmenage door een relatiebreuk met haar vriend. Ik heb haar dan 1 week werkonbekwaamheid voorgeschreven. Dit was zowel voor mezelf als voor haar een goede afspraak.

Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Hier was dit voornamelijk de surmenage. Mevrouw was buschauffeur en had al bijna een ongeluk veroorzaakt.

Wat zijn in het algemeen, redenen voor u om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Algemene redenen: zoals hier surmenage meestal 2 weken. Of ook als mensen zich echt ziek voelen met koorts, enz…

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? Hoe staat u in het algemeen tegenover die alternatieven?

Neen hier heb eigenlijk niet verder nagedacht over alternatieven. Ik zou zo ook niet kunnen zeggen of er alternatieven zijn voor dit geval…

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest voorschreef? Zegt u dat tegen alle patiënten?

Ik zei tegen haar dat het geen probleem was en dat als het haar niet ging, ze volgende week mocht terugkomen om verlenging aan te vragen. Maar dit zeg ik zeker niet tegen alle mensen! Ik deed dit nu enkel omdat ik het gevoel had dat ze echt graag terug wilde maar het niet zag zitten

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft?

Eum. Even denken. Ik had deze week een patiënt met eigenlijk gewoon een virale verkoudheid. Ik wou die ik na 3 dagen terug naar zijn werk sturen maar volgens hem "ging het een week duren."

Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ja, zijn verkoudheid é. En omdat hij er zelf naar vroeg.

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke?

Neen. Hier niet.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest uitschreef?

Dat ik vond dat hij na 3 dagen terug moest gaan werken. Maar hij bleef maar zagen dat het langer ging duren en dat hij toen hij de vorige keer ziek was geweest het ook een week had geduurd en dat in de kou gaan werken "niet gezond is". Dus heb ik hem toch maar een week AO uitgeschreven.

Zijn de door u gegeven 2 voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk?

Ja, ik heb zowel goede ervaringen als slechte ervaringen met werkonbekwaamheid, gelukkig meer goede dan slechte!

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?

Ik denk…Ik vind dat de patiënt wel een grote rol speelt hierin. Ik laat de patiënt ook altijd zelf vragen voor naar werkonbekwaamheid. Ik stel dat bijna nooit zelf voor. Daarnaast vragen ze extra dagen of willen ze het verlengd zien tot aan het weekend.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Voelt u zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik geef toe dat ik daar vaak te weinig bij stil sta tot onze secretaresse zelf ziek is want dan word je pas geconfronteerd met de gevolgen van het schrijven van werkonbekwaamheid. Ik denk wel dat we de geschikte persoon zijn.

Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?

Ja, soms zou ik meer willen vasthouden aan het voorgestelde aantal dagen en niet toegeven aan de patiënt maar als HAIO vind ik dit soms moeilijk omdat ge de patiënten die bij u willen komen toch tevreden wilt houden. In discussie gaan vraagt soms zo veel energie, dat ik het dan maar gewoon toegeef.

Zou er meer aandacht over dit onderwerp moeten zijn in onze opleiding?

Ja misschien wel. Wat zijn alternatieven, hoe pakken we dit het best aan?

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Echte barrières niet denk ik. Maar gewoon het gezaag van de patiënt.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Neen niet echt, ik denk dat ik het belangrijkste heb kunnen zeggen.

INTERVIEW 7

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"? Mijn eerste gedacht als ik dit hoor is dat ik zeker niet te snel arbeidsongeschiktheid ga schrijven. Het is misschien een subjectieve mening, maar ik vind dat er al veel te veel mensen profiteren van het systeem door langdurig werk onbekwaam te zijn.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Een jonge vrouw van 30 jaar, zwanger en een zeer fragiele persoonlijkheid. Ze komt altijd een beetje klagerig over, durft niet recht in uw gezicht te kijken. Heeft al een depressieve periode achter de rug. Nu is ze 30 weken zwanger en ze kan dit niet meer aan, ze heeft het veel te zwaar om én haar werk te doen in de bib, én het huishouden én zwanger te zijn (spierpijn, rugpijn, harde buiken…) Ik had haar al 2x een Week thuisgelaten in de eerste maanden van de zwangerschap, maar nu denk ik (samen met haar psychiater) dat het gerechtigd is haar volledig thuis te houden tot na de bevalling. Ik schrijf niet snel voor lang voor, maar dit was gerechtvaardigd denk ik. Daarom ben ik ook tevreden hierover.

Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Wat zijn in het algemeen, redenen voor u om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Reden zie hierboven. In het algemeen kijk ik naar de toestand van de patiënt. Als ik deze al eerder heb gezien weet ik hoe hij hoort te zijn. Wanneer ze echt ellendig zijn en koorts hebben uiteraard. Bij zware mentale weerslag of depressie. Mensen die eigenlijk niks hebben, maar toch pas 's avonds consulteren geef ik meestal de dag zelf dan wel.

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? Hoe staat u in het algemeen tegenover die alternatieven?

Ik gebruik regelmatig een dixit attest, en dit overweeg ik ook. Soms maak ik een ziekenbriefje voor vandaag (en evtl komende dagen), maar een dixit attest voor gisteren, als de patiënt te laat bij ons komt. Ik vind dit een goed alternatief om ons veilig te stellen, en mijn principe intact te houden, maar ik denk dat het in de praktijk geen enkel verschil maakt met een regulier ziekenbriefje. Hier wordt vaak niet naar gekeken.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest voorschreef? Zegt u dat tegen alle patiënten?

Ik zeg dan dat het niet wettelijk is om iemand ziek te schrijven die ik op die dagen niet heb gezien en dus niet kan verifiëren. Dat zou illegaal en schriftvervalsing zijn. Soms gebruik ik het argument van een jonge arts te zijn en dus dat ik extra in het oog wordt gehouden op mijn voorschrijfgedrag. Dat werkt ook nog al eens.

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

In de recente griepperiode zijn er veel mensen die 'maar' een virale blwi, of verkoudheid hebben en die dit zelf komen verkopen als een griep. Ze eisen dan ook bijna 3 tot 7 dagen arbeidsongeschiktheid, want ze zijn ziek en hebben de griep.

Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Soms gewoon om van de patiënt af te geraken.

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke?

Ik probeer altijd de duur van de ao tot een minimum te beperken door erbij te zeggen dat als het niet gaat, ze moeten terugkomen en dat ik dan wel kan verlengen. Dixit attest heeft geen waarde hierbij.

Zijn de door u gegeven 2 voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk?

Ja, het komt eerder minder voor dat ik a.o. tegen mijn zin uitschrijf.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?

Sommigen komen op consultatie en gooien meteen hun papieren op tafel om duidelijk te maken wat ze willen, anderen komen pas achteraf vertellen dat ze in het begin van de week ziek waren en een ziekenbriefje nodig hebben. De rol van de patiënt is belangrijk, want deze bepaalt waar het gesprek naar toe gaat, louter medisch, of eerder proberen overtuigen dat arbeidsongeschiktheid niet nodig is.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Voelt u zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik denk dat je als (huis)arts inderdaad op de meest geschikte positie staat om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven voor dagelijkse toestanden en kwalen. Het is wel zo dat er dan enige patiënten enkel langs komen voor enkel de briefjes, en niks verder. Wel is het zo dat wanneer er een specialistische interventie vereist is, ik ook vind dat de specialist de gewenste arbeidsongeschiktheid moet voorschrijven. Dit wordt vaak afgerold op de huisarts terwijl die niet altijd het beste idee heeft over de ingreep, duur van herstel, …

Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?

Ja, vooral in het geval van de 'geëiste' arbeidsongeschiktheid, of bij de patiënten met chronische klachten die door de specialisten bevestigd worden, maar waar er eigenlijk weinig aan de hand is. Ik vind ook dat mijn po soms te snel en te veel ao voorschrijft. In een ideale situatie zou ik deze gevallen gewoon weigeren van een briefje te schrijven, maar dan kom je natuurlijk in het vaarwater van je broodwinning. En dat is ook geen goede zaak. Dat is dus een moeilijke oefening. Deontologie en principes vs gemakzucht en snelle consultaties.

Zou er meer aandacht over dit onderwerp moeten zijn in onze opleiding?

Ja, meer uitleg over de gevolgen, de mogelijke alternatieven, en gesprekstechnieken om zaken te keren.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Ja, zoals eerder vermeld, de bevestiging van specialisten in het gedrag van de patiënt. De druk om toch te doen wat de patiënt wil, of anders gaat hij ergens anders.

Zo heb ik een geval gehad van een nieuwe patiënt, 29-jarige man, vrouw en 2 kindjes. Zijn huidige werk ging slecht, gaat waarschijnlijk failliet gaan, maar hij wil niet op de dop gaan staan omdat dan de sociale inspectie naar zijn baas zou komen, en dat wil hij hem niet aandoen. Zijn plan: Dat ik hem 2 maanden op de ziek schrijf zodat hij op de ziekenkas valt en toch nog een inkomen heeft. Het zou geen problemen geven, hij kende de controlearts op de ziekenkas en zijn schoonvader was een hoge pief bij dezelfde ziekenkas. Ik heb er even over nagedacht, maar uiteindelijk en gelukkig toch geweigerd. Dit heeft mij een heel harde discussie gekost, want ik zou hem zonder inkomen zetten en hij moet zijn kinderen toch voeden etc. Dat zijn situaties waarin de patieënt grote druk uitoefent. Terwijl ge toch recht in uw schoenen staat, voelt ge u bijna schuldig om hem niet te helpen. Achteraf was ik heel blij dat ik dit niet gedaan heb, en ik zou het ook nooit willen doen. Ik heb de patiënt nooit meer teruggezien. Tot nu toe toch.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Nee

INTERVIEW 8

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Geen gemakkelijk onderwerp. Ik denk dat sommige mensen daar heel strikt en heel correct in zijn, en andere mensen er toch wel van profiteren. En ja, dan heeft, denk ik, de arts als taak om daar correct in te handelen. Proberen altijd te zeggen tegen de patiënt als het bijvoorbeeld iets is, waarvan ik denk ' dat duurt maar 2dagen', dat als het niet beter is, dan moeten we het opnieuw moeten herbekijken.'Je zou normaal dan beter moeten zijn.' Zo probeer ik het af te bakenen. Meestal lukt dat ook wel. Soms lukt het ook niet, dan voel ik mij daar wel een beetje verveeld bij.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Tja, er zijn er zoveel. De laatste tijd met het griepvirus. Dan zeg ik: 'ik vermoed dat dat 2 dagen duurt', dan zijn de mensen daar tevreden mee, want ze denken ook dat ze dan genezen zijn.

Wat was uw reden om werkonbekwaamheid voor te schrijven? ziekte

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke? Hoe staat u in het algemeen tegenover die alternatieven?

Hier nu niet. Maar soms ook aangepast werk. Dat lukt wel niet zo heel goed vind ik. Je hebt dat vaak met arbeiders ofzo, die dan ergens iets aan hun hand hebben, en dan is er bijna geen aangepast werk, en dan moeten ze eigenlijk vrij lang thuisblijven voor 'slechts' die hand, terwijl ze niet echt ziek zijn. Meestal probeer ik toch iets te zoeken.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest voorschreef? Zegt u dat tegen alle patiënten?

Als het niet beter is, moet je terugkomen. Dat zeg ik eigenlijk altijd.

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Zo had ik vorige week iemand. Dat was iemand die ik voor de eerste keer zag. ze had een verhaal, ik kon er echt inkomen in dat verhaal. Ze was verhuisd van Antwerpen naar hier, en die uitindelijk wou ze, had ze heel veel last van vaginale bloedingen. Dan had de gynaecoloog aangeraden om een hysterectomie uit te voeren en ze was daar psychologisch vanonder door, maar 't was de eerste keer dat ik haar zag. en ze had precies ook nog nie echt een huisarts omdat ze verhuisd was. Ze was hier wel al ergens anders geweest bij een huisarts en ik ben zo stom geweest om dat niet te vragen. Uiteindelijk was dat ook maar ene keer dat ze daar is geweest, dus ze was nog wat

aan't zoeken naar een huisarts. En ik kon ook in dat verhaal inkomen, ze voelde zich psychologisch niet goed. Ze zat hier heel zenuwachtig op hare stoel. Ik heb dan arbeidsongeschiktheid uitgeschreven, maar ik zei ook van: kom dan nog eens terug voor bloed te laten controleren, zodat ik haar een beetje kon opvolgen. Dat zou ze dan normaal gezien vorige week zijn moeten komen laten nemen, 's morgens vroeg bij de verpleegster. Maar ze is nog altijd niet gekomen, en dan heb ik zoiets van: oei was dat toch, heeft ze toch ervan geprofiteerd? Want dat was dan onmiddellijk het vertrouwelijk, want ze zat op de dop…

Dan voelde je achteraf toch gebruikt? Ja

Komt dat vaak voor dat je je achteraf slecht voelt over een attest dat je hebt uitgeschreven? Ja vaak, toch soms. 1 keer per week denk ik. Ik vermoed dat dat nog wel zal minderen omdat ge nog veel nieuwe patiënten hebt, en ge ze ook niet goed kent, en ik probeer ze toch ook duidelijk te maken wat voor iemand ge zijt, dat ge niet snel iets uitschrijft. Want ik denk als ze ene keer zien dat ge gemakkelijk papiertjes schrijft, dat dat gemakkelijk rondgaat.

Hoe probeer je dat duidelijk te maken? Door bijvoorbeeld te zeggen: als het niet beter is moet je terugkomen.

En kan dat dan ook telefonisch? Nee, altijd terug op afspraak. Tenzij dat dat iemand is waarvan ge echt weet; bv iemand met een voorgeschiedenis van borstkanker, die dan uiteindelijk oedemen heeft van arm, dan weet ge dat die niet kan gaan werken, en dan kan ik het wel eens telefonisch overleggen.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Voelt u zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ja ik denk, wie zou het anders doen?

Bijvoorbeeld een gedeelde opdracht, dat andere gezondheidsmedewerkers het ook mogen voorschrijven?

Dat denk ik toch wel nie é, toch omwille van ziekte dat ge thuisblijft. Dus ik dat de arts de enige…Dat het werk wel een beetje meer op moet toezien. Ik denk wel dat dat al gebeurt, met de arbeidsgeneesheer of de controle-artsen.

Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?

Ja, maar dan zeg ik het tegen de patiënt: Als ik er echt niet mee akkoord ben, dan zeg ik dat, en dan doe ik het ook niet. Dus je doen het nooit echt tegen je zin? Soms wel, bijv. gisteren iemand van 27 jaar die zich wat grieperig voelde, en hij was 2 weken voordien ook al wat ziek geweest. Daarvoor was hij toen 2 dagen thuisgebleven. Nu was hij terug begonnen terwijl hij nog niet 100%genezen was, en nu was hij terug hervallen omdat hij nog niet 100%genezen was en ik zei: als ge nu tot en met de woensdag thuisblijft, en donderdag kan je herbeginnen…Dat vond hij onvoldoende. Hij wou de hele week thuisblijven omdat hij niet terug wou hervallen. Dus ja, dat vind ik dan moeilijker, maar ik kan het dan wel begrijpen in de situatie van die patiënt.

Zou er meer aandacht over dit onderwerp moeten zijn in onze opleiding?

Over de wettelijke regels daar rond vind ik wel. Over hoe dat ge het zelf doet niet echt. De regels, dat weet ge soms toch niet te goei hoe dat allemaal juist zit.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Al s ze echt kwaad beginnen te worden. Dan vind ik het juist terecht dat ze het niet krijgen. Dan is er eigenlijk een reden dat ze kwaad worden. Het gedrag van de patiënt soms.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan? Neen niet direct.

INTERVIEW 9

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Een dubbel gevoel. We krijgen vaak de vraag van de mensen om werkonbekwaamheid te schrijven. Dan is't aan ons om uit te pakken: is het terecht of niet en hoelang moeten we ze geven. Het is inderdaad een beetje een dubbel gevoel. Als we het niet voorschrijven gaan ze kwaad zijn. Het is altijd schipperen als ik het zo mag zeggen.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft?

Cho ja, ge hebt natuurlijk ook andersom, je hebt patiënten die eigenlijk…waarvan je zegt: die zijn te ziek, die moeten thuisblijven, die bang zijn om hun werk te verliezen, die zeggen van ik blijf niet thuis ik ga werken, dus ja in dat opzicht zijn dat 2 uitersten. Meestal, wat ik doe is: ik vraag dat dan ook: "wanneer denk je terug aan het werk te kunnen." Zo heb ik een idee wat ze er zelf over denken. Als die zeggen 'over 2d moet dat wel lukken', en we kunnen daar dan wat over babbelen, discuteren, dan zeg ik 'ja dat is goed". Maar als ze al meteen komen van 'ik moet 2 weken thuisblijven", dan weet je al…daar heb ik dan ook geen goed gevoel bij. Als ze zeggen van "ja oké een paar dagen en dan probeer ik het wel, of dan zal het wel gaan," dan weet je ook dat de patiënt probeert er geen misbruik van te maken. In zo een geval heb je er zelf ook een goed gevoel bij.

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Even denken. Geef me even tijd. Ik haal me nu wel even iemand boven. Dat is een jonge man die wat last heeft van zijn nek eigenlijk, die al een tijdje op ziekenkas staat en die regelmatig komt voor verlengingen. En waarbij ik de indruk heb dat het een beetje gespeeld is, dat het niet echt is, maar als ik het niet doe, wordt hij verbaal agressief, dus is het wat moeilijk om te weigeren om het zo te zeggen. Dus daar zit ik zelf verveeld mee. Maar als ik het niet doe, loopt hij vanzelf naar de specialist en krijgt die het waarschijnlijk toch. Dus dat is een voorbeeld.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest uitschreef?

Ja, ik probeer het altijd zelf om het met de patiënt daarover te hebben. Van kijk: het is soms toch beter als ge terug aan't werk gaat omdat hoe langer ge thuisblijft hoe moeilijker het wordt om terug te beginnen. Maar ja, in dit geval lukt dat niet. Hij zegt: ik heb pijn, en zolang ik pijn heb kan ik niet gaan werken. Ik ga werken als ik geen pijn meer heb. En ja, wat doe ik in zo een geval. Om een bewijs te hebben achteraf om het zo te zeggen, dan stuur ik de patiënt naar de specialist en dan vraag ik: kijk, wat is uw advies? Als zij zeggen van kijk, die man kan eigenlijk gaan werken, dan kan ik ook tegen de patiënt zeggen van kijk, er is geen reden, er is niets ernstigs waarom ge niet zou kunnen gaan werken. Zo probeer ik dan een reden te vinden, of ze daar dan mee akkoord zijn, dat is iets anders, zo is dat inderdaad een beetje zoeken en kijken: kunt ge ze daarmee tevreden stellen of niet. Soms ja, soms schrijf je dan toch een briefje. 't Is druk, ge hebt weinig tijd, je kan er niet veel tijd in steken, dan is het soms gemakkelijker om te zeggen van 'ik geef u nog 2 weken" en de controle-arts moet zijn werk dan maar doen.

En bent u tevreden over die controle-artsen?

Ja, dat is weer zoiets. Ook een beetje een dubbel gevoel. In sommige gevallen kan ik begrijpen, als wij zo onder druk gezet worden door de patiënt en wij schrijven wat langer voor en zelf denken we van eigenlijk kan hij een beetje vroeger kan beginnen. Als die controle-arts dan zegt van: ge moet terug beginnen en die patiënt komt terug bij ons van "ik ben niet akkoord". Ja dan…Meestal zeg ik op voorhand: oké, ik zal u dat schrijven maar als de controle-arts zegt dat ge vroeger moet beginnen, dan is dat zo. Dus dan wijs ik daar ook wel op. En in sommige gevallen dan zeg je van "kijk, die man is toch ernstig ziek" ik vind dat die bv. een week moet thuisblijven. Je weet, die controle-artsen proberen de mensen toch vroeger aan het werk te krijgen, wat je dan eigenlijk moet doen is meer geven dan wat je denkt nodig te hebben zodat ze uiteindelijk krijgen wat ze nodig

hebben. Dus dat is een beetje een dubbel gevoel van bij die controle-artsen ook, als je iemand 3 dagen thuis wilt hebben moet je er 5 dagen schrijven want ze gaan er toch 2 dagen vanaf halen, dat is een beetje de indruk die ik heb.

Zijn de door u gegeven 2 voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk?

Het komt wel eens voor ja. Ik ga niet zeggen dagelijks, maar wel wekelijks allesinds. En dan moet je zien hoe je daarmee omgaat e. Je kan inderdaad elke keer ertegen in gaan, en soms zeg je, oké, ik doe het, de controle-arts moet er maar kijken. Als zijn werk akkoord is oké, dan is het maar zo, en de ziekenkas geen problemen maakt, dan is't maar zo. Uiteindelijk zijn er controle-mogelijkheden dus…Iedereen moet zich goed voelen, moet zijn taak vervullen.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?

Ik probeer dan rekening mee te houden. Dat is ook de ingesteldheid e, ge merkt zo van oké dat is ene die er niet van profiteert of juist wel, dat weet je op voorhand, dan probeer je daar een beetje in te overleggen; 2-3 dagen, dat is redelijk. Dan heb ik daar geen moeite mee. Als ze afkomen van: ik kan nie gaan werken, ik wil 2 weken thuisblijven ja dan weet je al van…Als je nu een heel zwaar probleem hebt, dan is dat ook geen probleem, maar als het iets licht is, dan weet je ...er is iets meer en dan heb je zelf ook geen goed gevoel erbij.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven? Voelt u zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Eu ja, ik denk dat wij in de job die dat we hebben inderdaad de geschikte persoon voor zijn ja. Ik denk wel dat wij die rol moeten opnemen.

En wat zou u ervan vinden als andere personen ook die opdracht zouden krijgen?

Eum…wat voor personen

Bv. Psychologen.

Zij zouden een inspraak kunnen hebben. Maar alleen psychologen laten beslissen, dat weet ik niet of dat een goed idee is. Uiteindelijk zijn wij goed geplaatst om de mensen te kennen, hun levensloop en situatie thuis en problemen. Ik denk in principe dat wij dat ook kunnen, ik denk niet dat een psycholoog dat nog extra nog zou kunnen doen.

Als hulp, om het werk te verlichten?

Ja ik weet het niet, zo rap kunnen ze ook niet bij een psycholoog terecht, dus ik weet niet hoe dat praktisch in zijn werk zou moeten gaan. En uiteindelijk moeten we de mensen met lichamelijke problemen ook nog altijd doen, want dat gaan psychologen ook niet kunnen doen, dus ik weet niet in hoeverre iemand anders dat werk zou kunnen overnemen. Alle, ik denk het niet.

Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?

Eigenlijk wel e, allez soms als we denken van dat is iemand die er probeert van te profiteren zou ik liever zeggen van ja nee, ik ben het daar niet mee eens, je krijgt maar 1 dag of zo, maar ja, door verschillende factoren is dat moeilijk. Je kan dat natuurlijk doen, maar dan zie je die persoon waarschijnlijk niet meer terug, snap je. Dus het is vooral uit angst om patiënten te verliezen? Ja ik denk dat als je dat echt gaan doen, dan gaan ze naar een collega, en daar krijgen ze het waarschijnlijk wel. Ik denk dat dat het probleem is. Patiënten kunnen naar de huisarts gaan waar ze willen, als ze niet content zijn gaan ze de hoek om en gaan ze bij een andere, dus ze shoppen veel. Zolang wij niet, macht kan het niet noemen, maar dat wij degenen zijn die erover beslissen dat ze niet bij iemand anders kunnen, maakt het voor ons moeilijker. Als ze zich zouden moeten inschrijven bij een huisarts, en enkel bij die mogen gaan, zou heel die problematiek ook anders zijn. Dan zouden wij er ook anders

mee omgaan, dan zouden we geen schrik hebben om patiënten te verliezen of dat ze ons onder druk zetten. Dat kunnen we zelf meer autonoom beslissen zonder druk. Dat zou een verandering zijn. In dat opzicht zou dat niet slecht zijn.

Zou er meer aandacht over dit onderwerp moeten zijn in onze opleiding?

Heb ik daar nood aan gehad? Ja eigenlijk is het toch zoeken voor jezelf, voor jezelf uitmaken in hoever ga ik ergens in, dat is ook met voorschriften maken. Je moet ergens een lijn trekken. En uiteindelijk moet iedereen dat voor zich beslissen. Tijdens de opleiding, je krijgt wel informatie, maar hoe je precies in elke situatie moet handelen, dat moet je zelf een beetje ervaren. Ik denk dat ik tijdens mijn opleiding voldoende mee geconfronteerd ben geweest met die problematiek. Ik denk dat het ervaring is die je moet opdoen. Hoe ver ga ik daarin, hoe ga ik daarmee om, waar trek ik de lijn?
Hetzelfde met afwezigheidsattesten voor school. Dat is ook een hele problematiek van spijbelende jeugd. Die briefjes komen vragen. Daar moet je ook een lijn in trekken. Hoe gaat u ermee om? Mensen die ik goed ken, je kent de situatie, je kent de ouders, de ouders die weten ervan, ja, dan schrijf ik wel een briefje. Als het nu is voor een week geleden, dat maak ik een dixit-attest e. Dan zeg ik ook van: kijk, je moet de dag zelf komen anders is het geen echt officieel attest. Ik maak u een ander attest, ik weet niet of de school dat zal aanvaarden. Dan weten ze dat ze de dag zelf moeten komen, anders krijgen ze geen echt attest.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Wat bedoel je daar precies mee? **Dat kan gaan van het systeem zelf tot de patiënt.**

Alles wat we al besproken hebben. Druk enerzijds, dat de patiënt echt een periode wilt thuisblijven, de moeilijkheid een te verliezen als ge er niet op ingaat. Dan moet ge rekening houden met de controle-arts wat die doen. Als ge denkt: die heeft toch een bepaalde tijd nodig, dan moet ge daar ook rekening mee houden, dus er zijn heel wat factoren.
Dan hebt ge nog zoiets van bij de leerkrachten dat ze 14 dagen moeten hebben voor vervanging te krijgen. Dat is ook zoiets waarvan je zegt: moeten ze daar 2 weken voor thuisblijven? Maar dat dat dan wegens organisatorische redenen moet omdat ze anders geen vervanging kunnen inschakelen, dat is iets wat wel meespeelt ja. Persoonlijk doe ik daar niet moeilijk over. Als het niet voor een verkoudheid is, maar als het voor iets is wat iets langer duurt, iets waarvan ge zegt dat zou op 7 dagen gedaan kunnen zijn, dan schrijf ik wel voor 2 weken zodat ze intussen tijd vervanging kunnen doen en dan kunnen ze erna beginnen. Dat is dan ook een beetje de verantwoordelijkheid van de controle,van de scholen, dan moeten ze het systeem maar veranderen e. als alle leerkrachten niet vervangen zouden worden die…dan denk ik, dan gaan de scholen een tekort hebben, in dat opzicht schrijf ik dat meestal wel.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

Dat het uiteindelijk eigenlijk een moeilijke situatie is, het is denk ik een beetje geven en nemen. Dat is een beetje de conclusie. Bij iedere persoon moet je een beetje inschatten wat wil hij precies, hoe ernstig is zijn situatie? Eum ja, uiteindelijk is het voor iedere persoon een beetje anders. Het is niet zo simpel. 't is niet voor iedereen hetzelfde. Dat zou gemakkelijk zijn. En ik denk uiteindelijk,moest het zijn dat elke patient vast ingeschreven is, dat je dan veel gemakkelijker rechtlijniger kan zijn om het zo te zeggen, dat je niet zo moet schipperen. Dat zou een beter systeem zijn.

INTERVIEW 10

Wat zijn uw eerste gedachten/gevoelens bij het onderwerp: "werkonbekwaamheid voorschrijven"?

Voor mij hangt dat dus een beetje af van de pathologie die je krijgt. Anderzijds is het zo dat je je publiek als huisarts kent en je al op voorhand een beetje weet van 'dat is iemand die makkelijk thuisblijft"dan heb je ook al meer een alertzijn naar ziekenverlof voorschrijven, en ja verder is het eigenlijk vooral afhankelijk van de pathologie die erachter zit, wordt er een bepaalde hoeveelheid dagen ziekteverlof voorgeschreven. En ja, voor

sommige aandoeningen is een zaak op patiënten terug aan het werk te krijgen en voor het andere is het zo dat er nu eenmaal tijd overgaat, zoals bij depressies of een hernia. Dat neemt gewoon veel meer tijd als acutere zaken.

Kan u mij over een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven? In het bijzonder een casus waarbij u tevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

De dagelijkse zaken met de infectieziekten. In de huidige tijden is het meestal 3 dagen. Dat is wat wij zo hanteren. Hangt er een beetje vanaf. Als we zien dat het echt een griep is, wat we doen is zeggen van: "kijk ja, het kan zijn dat het wat langer gaat duren." Een griepaal syndroom kan echt wel wat langer duren. En dan delen we dat ook mee ook mee aan de patiënt. Als dat niet voldoende is: ofwel kom je terug als er complicaties zijn. En dan doen we nieuw onderzoek en dan kijken we of er bijkomend ziekteverlof nodig is of soms denken we van "we geven zo wie zo wel misschien wel wat te kort, dus we kunnen misschien nog eens 2 dagen bijgeven. Als we de patiënt vertrouwen en goed kennen, dan schrijven we dat op voorhand al bij, zodanig dat je dat kan weggooien als je het niet nodig hebt, en heb je het wel nodig, dan kan je het gebruiken. Dat doen we ook al eens. Omdat we moeilijk, als we ineens een week schrijven, mogen de mensen niet gaan werken. Als ze niet werkbekwaam zijn zit ge met dat probleem van dat ze niet gedekt zijn naar arbeidsongevallen toe.

Wat zei u tegen de patiënt toen u het attest voorschreef?

Ja, als het niet beter is, dan moeten de patiënten terugkomen. Als er complicaties bijkomen. Of om de diagnose nog eens te herbekijken. Dat zeggen we wel ja.

Kan u mij een recente casus vertellen waarbij u overwogen heeft om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven waarbij u ontevreden was over de manier waarop u gehandeld heeft.

Natuurlijk, Ik werk ook met een HAIO, ik werk niet meer alleen. Dan is het ook zo dat als je met 2 de mensen ziet, dan is het gecompliceerder dan als je enkel altijd zelf die patiënt ziet. Zo ondervind ik wel het probleem dat als je met 2 de patiënt ziet dat je…dat het voor mij sneller zou een uitpunt zijn om met de patiënt dingen af te spreken van nu gaan we dit of dat doen of die weg inslaan of een bijkomend onderzoek doen en afhankelijk daarvan ook de AO beperken en ik ondervind dat als zij die patiënt ook nog eens ziet, dat dan langer duurt. Dus omdat…Ik denk dat dat logisch is. Hoewel als je het dossier bekijkt zou je toch sneller actie kunnen ondernemen. En niet alleen naar WO toe, maar ook naar bijkomende onderzoeken enzo toe. Naar AO zelf toe, hebben we zo één casus van een jonge man die dus ja, spiercontractuur had. Als die hier kwam zag je dat ook wel heel duidelijk. We hebben hem allerlei technische onderzoeken laten doen die is naar de specialist geweest, fysische geneeskunde, heeft daar ook scans gekregen enzovoorts, daar is nooit iets duidelijk uit de bus gekomen. Buiten die spiercontracturen, kinesetherapie, osteopathie,…En ja, dan kon die telkens niet…we gaven dus 2 of 3 weken..dan kwam die telkens terug met "het gaat nog altijd niet"dan proberen een werkhervatting,1 dag gaan werken…nee het gaat lukt echt niet, ze hebben mij van mijn werk terug naar huis gestuurd. Dat heeft zo enkele maanden aangesleept waarbij we dan toch ook geen duidelijke harde diagnose hadden ondanks het feit dat we wel alles hadden uitgeput van middelen. Dan is die patiënt uiteindelijk ontslagen omwille van medische redenen omwille van langdurige ziekteverlof. Maar het ging ook echt niet om terug te gaan werken, want hij heeft dat ook echt terug geprobeerd. Dat is zo'n casus waarbij het een beetje uit de hand gelopen is.

Heeft u alternatieven overwogen vooraleer u het attest uitschreef? Zo ja, welke?

We proberen wel mensen die al wat langdurig werkonbekwaam zijn vb. om die met halftijds werkhervatting te stimuleren. Dat is meestal meer na psychologische problematiek ofzo om ze zo terug langzaam aan het werk te krijgen. Ofwel stimuleren naar een andere soort job, want soms heeft het werk zelf te maken met de aandoening en proberen de mensen duidelijk te maken van kijk deze job is niet zo ideaal, dan sturen we de mensen naar vzw kompas voor loopbaanbegeleiding om eens te kijken van past dit wel bij mij, zijn er alternatieven. Soms ook naar de kinesist om te kijken van zijn er bepaalde houdingen die anders kunnen waardoor ik minder problematiek krijg.

Zijn de door u gegeven 2 voorbeelden een weergave van uw dagelijkse praktijk?

De meeste dingen gaan zonder problemen. Maar iedereen heeft wel van die probleemgevallen van"die is toch wel heel snel ziek of die komt wel heel vaak terug". Ik heb zo'n casus met schoolmoeheid, pesten op school, contact opgenomen met CLB…dat zijn dan vaak jongeren die alternatief krijgen voor school die dus naar de zorgboerderij gaan. Waar samen met het CLB naar oplossingen wordt gezocht voor kinderen die echt schoolmoe zijn en die richting niet aankunnen of niet meer verder wensen te studeren maar die toch nog leerplichtig zijn.

Wat is uw visie over de rol van de patiënt in het attesteren van werkonbekwaamheid?

Ik overleg dat meestal in die zin dat ik vaak zelf een voorstel doe afhankelijk van de diagnose: "kijk dan gaat ongeveer zolang duren" dus is dat dan oké voor u dat we dan van dan tot dan ziek schrijven. En dan kijk ik hoe de patiënt reageert, soms moet ik het omgekeerde doen van: nee je mag echt niet gaan werken. Wat er zijn ook mensen die altijd zouden willen gaan werken ondanks het feit dat ze ziek zijn maar meestal kom je tot een akkoord. Van ja, dat zie ik wel zitten. en ja, als het dan niet beter is kunnen we het nog verlengen. En soms zijn er mensen die zeggen van schrijf toch maar die en die dagen ook bij en als dat dan inderdaad iemand is die bijna nooit ziek is en die zegt" ik ben er echt helemaal door, ik wil even deze week helemaal volledig", dan kan dat voor mij. Het is eigenlijk een onderhandelingsproces afhankelijk van mijn ervaring die ik al heb met de patiënt en afhankelijk van wat ik gerechtvaardigd vind voor dit ziektebeeld. 't Is eigenlijk een combinatie van factoren.

Hoe staat u t.o.v. uw maatschappelijke opdracht om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik denk dat ik daar een evenwicht in zoek en dat daar mijn grootste zorg bij de patiënt ligt. De patiënt moet ik „..ik zij mijzelf als een hoe moet ik het zeggen een behouder, een zorgverlener, die zorgt dient te dragen voor de patiënt en ook te behouden voor te snel terug te gaan werken en anderzijds ook een hulp te bieden naar de vraag die ze hebben en eum…ik vind dat je ..als er onduidelijkheid is, dat daar moet over gepraat worden, maar voor mij primeert de patiënt, niet de maatschappij, dat is pas in tweede instantie. Ik heb onlangs in een artikel nog een aantal gevallen, een aantal casussen gelezen van patiënten die gezocht hebben naar een diagnose en die op de duur ook een stempel op zich kregen totdat bleek dat die een terminale aandoening hadden die niemand nog niet gevonden had. Die mensen werden, ook door de mutualiteit…Gij moet terug gaan werken 'we vinden niets, ge hebt niets'…ik bedoel , je moet daar ook, uiteindelijk denk ik dat het juist het voordeel is van huisarts te zijn is dat je je patiënten zou moeten kennen vind ik. Wat in grote groepspraktijken vee minder het geval is. Dat is een nadeel vind. Natuurlijk staat het wel in het dossier, maar de band die je hebt met je patiënt hebt doet er veel aan en de patiënt neemt dat dan ook veel gemakkelijker aan denk ik. Die band werkt in 2 richtingen. Bij een specialist is dat ook anders denk ik, die kent de patiënt ook veel minder goed, en die gebruiken veel meer die standaardprocedures: meniscusectomie, zoveel weken…Terwijl wij als huisarts veel met psycho-problematiek te maken krijgen en dat is een heel andere manier dan om te gaan met AO. Natuurlijk voor de acute infectieuze pathologie is dat heel beperkt en dan is het meestal ook geen probleem van langdurig ziekte…De patiënt primeert voor mij wel, maar ik ben wel bewust van het feit dat we …Mijn man is ingenieur, die zit in het directiecomité van het bedrijf, dus die heeft daar een heel andere visie over. We gaan dan ook soms daarover ook in discussie. Ik heb bv. een patiënt die zegt van : how, woensdag heb ik een onderzoek gepland, mijn jaarlijks cardiaal onderzoek in kader van een chronische aandoening die hij heeft. Maandag komt hij bij mij omdat hij ziek is. Ik vond dat een ziekte die alleen voor maandag gerechtvaardigd was. Ik zeg: is het dan goed dat ik je voor maandag 1 dag zet, morgen kan je terug gaan werken. Maar hij zegt: ik moet woensdag naar dat onderzoek. Ik denk dan: oké, je kan daar verlof voor nemen, maar het is toch niet de bedoeling, vind ik dan, hij als patiënt, dat hij telkens al zijn verlof moet plannen om bepaalde technische onderzoeken of afspraken bij een specialist te laten doorgaan die toch eigenlijk in kader van een chronische aandoening gerechtvaardigd zijn dat de patiënt daar een halve dag ziekteverlof voor kan krijgen. Dat is ook zo een debat, "moet ge daar verlof voor nemen of niet. " Die patiënt zegt dan: kijk: als ik daar ook een ziektebriefje voor moet vragen, zijn dat 2 aparte verlofdagen. Dan zou 1 dag gaan werken, dat komt voor zijn werk slechter over , want als dat door zou lopen, en ik hem onterecht 1 dag zou gegeven hebben, dan had hij maar 1 ziekteverlof...En wat doen ze op het einde van elk jaar van elke werknemer: hoe vaak is die ziek geweest. En dan worden daar statistieken rond gemaakt, en die mensen die meer dan 4x ziek per jaar zijn geweest worden opgeroepen. Ik heb al met mijn man gediscussierd, van kijk, dat is niet correct, als ik dat nu onterecht een dag ziekteverlof gegeven. Had die misschien nooit opgeroepen geworden, terwijl die nu misschien opgeroepen gaat worden terwijl die man zijn best heeft gedaan om te werken! Het maatschappelijke is ook niet altijd het ideale en ik probeer daar zelf als arts mijn geweten in

te laten spelen, om met patiënt in discussie te gaan. Maar de patiënt wordt daar ook soms gegijzeld door ja eu arbeidsovereenkomsten die zijn hebben. Doe dan controles bij de mensen die langdurig ziek zijn, stuur daar controle-artsen op af enzovoort. Maar dat systeem werkt ook niet goed, alle ja, ge kunt daar discussies over voeren. Ik heb dus die man dus maar 1 dag gegeven. Die was daar niet zo happy mee. Ik kan zijn standpunt begrijpen. Ik vind dat dat een punt voor de werkgever is. Dat is iemand die moeite doet om te gaan werken en die wordt afgestraft. Dat zou toch het tegenovergestelde moeten zijn. Anders zijn we verkeerd bezig, ook maatschappelijk. De maatschappij moet daar ook haar verantwoordelijkheid in nemen vind ik.

U voelt zich als arts de geschikte persoon om werkonbekwaamheid voor te schrijven?

Ik denk het wel. Ik denk dat dan een belangrijke rol is omdat we toch dicht bij de patiënt staan, medische gegevens die meestal de aanleiding zijn voor ziekteverlof kennen, ja, ik denk dat wij daar de eerste geplaatste zijn. Waar ik eventueel wel voor zou kunnen pleiten is om te zeggen voor mij zou het kunnen, in de maatschappij is het zo dat iedereen een week wo mag zijn zonder dat hij zich daarvoor moet verantwoorden. Maar als het langer als een week is, dan moet hij zich wel laten onderzoeken. En bv zou je kunnen zeggen die 5 werkdagen dan, die zijn dan niet betaald. Dat zou een mogelijke oplossing kunnen zijn. Want iemand die echt ziek is en langdurige ziek is, ja die gaat dan die 5 dagen wel betaald krijgen omdat die dan medisch gerechtvaardigd zijn. En iemand die dan 1 of 2 daagjes ziek is, oké, die kan wel zonder 1 of 2d dagen zonder loon. Dat is misschien onterecht omdat ik dan de lage lonen , ja die gaan het moeilijker hebben met 1 of 2 dagen geen loon en die kunnen ook wel eens een buikgriep hebben en 2d afwezig zijn. Ik denk op zich, dat dat een systeem om naar toe te gaan op zich niet zo slecht zou zijn.
Een ander punt waar ik aan denk is dat er in wijkgezondheidscentra ben je natuurlijk niet afhankelijk van inkomen per prestatie, dat maakt ook een andere impact, hoewel je daar misschien ook al een bepaald publiek hebt dat zo wie zo heel anders omgaat met ziekten, omdat daar heel wat kansarmen zijn die vaker ziek zijn, of allochtonen zie je in zo'n praktijken ook veel meer dan in een doorsnee praktijk. Dat kan dan ook al een verschil maken van hoe hanteer je het.

Zou u soms anders willen handelen dan u daadwerkelijk doet als u een werkonbekwaamheid voorschrijft? Indien ja: Hoe?

Soms wel ja, dat gebeurt. Zo weinig mogelijk. Heel die problematiek van de ambtenarij, het onderwijs bv., "schrijf mij 14 dagen want dan hebben we recht op een vervanger, anders niet." Dat is gewoon onvoorstelbaar. Aan de andere kant zitten die mensen ook vast, als ze 7 dagen afwezig zijn kunnen ze inderdaad blijkbaar geen vervanger krijgen en dan moet dat opgevangen worden, intern is dat heel moeilijk. Verander dat systeem dan maatschappelijk dan toch! Pak daar al die dingen aan en een ander probleem, ook vaak in het onderwijs: het einde van de loopbaan: "ik heb nog zovéél ziektedagen staan", in alle ambtenarij is dat zo, en ik heb die niet opgebruikt. Dus nu gaan we die eens lekker opgebruiken voor het pensioen, dus schrijf me maar regelmatig een keer een maand voor. Of laat me nu maar een keer omwille van mijn rugprobleem of mijn knie maar eens een keer 6 maanden thuis. Ik heb toch nog al die dagen staan. Daar heb ik het heel héél moeilijk mee. En dat is een probleem omdat dat een maatschappelijk probleem is, waar wij ook als arts in vast zitten. Als men daar niets aan veranderd, dat men niet zorgt dat er na 7 dagen of na 2 dagen een vervanger kan zijn en dat daar dan een andere leraar kan zijn. Men dwingt ons op die manier ziekteverlof aan die mensen te geven. En die ziektedagen. Dat men dan zegt aan de mensen: neen, dat zijn dagen die we u uitbetalen als ge ze nooit hebt opgebruikt, maar niet zo van "ge moogt die op het einde van uw loopbaan zomaar eventjes gaan opgebruiken." Dat is de bedoeling niet, maar die mensen vinden dat een verworven recht. En dat is heel moeilijk. Men moet daar dus aan werken, als maatschappij vind ik dan, om het ons gemakkelijker te maken.

Voert u daar zelf discussies over met de patiënten?

Uiteraard ja. Ik vertel mijn standpunt daarover. Maar ik vind dat niet evident omdat die mensen al zo vastgeroest zitten in dat systeem en al jaren daar naar uitkijken: van dan ga ik die dagen opgebruiken. Dat is gewoon…Dat is heel moeilijk om daar tegenin te gaan. En dan heb je soms ruzie met die patiënt ja.

Zou er meer aandacht over dit onderwerp moeten zijn in onze opleiding?

Bij mij is de opleiding lang geleden. En in mijn tijd werd er inderdaad geen opleiding rond gegeven. Maar ik merk dat jullie daar nu toch wel een beetje over leren. Ja of toch in seminaries bespreken. Dat was met mijn HAIO toch ook wel direct een punt dat ik merkte dat zij totaal niet wist hoe zij ermee moest omgaan. Dus voor jonge artsen denk ik dat zo'n opleiding zeker nuttig is. Wij hebben daar gewoon samen over overlegd. In het begin had mijn HAIO de opvatting van 1 dag en dat is het Natuurlijk stonden die mensen allemaal de volgende dag terug hier. Dan heb ik ook moeten zeggen van: voor die problematiek geef ik zoveel dagen en dan bekijk ik het, ook voor kinderen die naar school gaan, moet je vertrouwen op de rol van de ouders die ook wel de mening delen van mijn kind moet zo snel mogelijk naar school want die mist teveel lessen enzovoort…EN oké, schrijf daar de hele week, daar speelt die arbeidsfactor niet in mee. Dat je die mensen 1 dagje en dan nog een dagje moet bijschrijven. Ik vind dat je dat enkel kan doen als je niet zeker bent van je diagnose of als er inderdaad een complicatie bijkomt en dat je dan de patiënt terugziet en dan verlengt. 1 dag kan nodig zijn voor sommige dingen. Maar dat was haar standaard, en dat vond ik wel wat eng. Dus ik denk dat dat nuttig is om daar inderdaad een opleiding rond te geven. Mijn HAIO heeft dan de adviseur van de mutualiteit gecontacteerd. Die heeft haar dan een aantal evidence based medicine dingen daarover doorgestuurd, want je vindt daar niet zoveel over natuurlijk en uiteindelijk is ook zijn conclusie van: doe jij in eer en geweten wat jij gerechtvaardigd denkt voor die aandoening. Je kan toch een beetje inschatten van zoiets is op zoveel dagen toch genezen en onderhandel met je patiënt, en bij die patiënten waarbij je je echt niet goed voelt, daar zullen wij wel met de hamer op tafel kloppen. Dat heeft hij zo'n beetje als boodschap gegeven. Ja van wij zijnde stol achter de deur. En ze zijn ook veel strenger de laatste tijd. Maar dat is dan weer een andere problematiek. Ze zijn in alles strenger geworden. Ja, zij moeten ook besparen.

Is er iets dat u verhindert om te attesteren zoals u zou willen? Zo ja, wat?

Ja soms heb je van die mensen die op het werk zodanig problemen hebben waarvan je denkt "eigenlijk zijn ze nog niet werk bekwaam, maar de mutualiteit doet dan moeilijk van: voor mij kunnen de mensen wel gaan werken, maar jij, omdat je de geschiedenis van die persoon kent, weet dat die man dat soort werk niet aankan, en dat terug problemen gaat geven. Zo heb ik een casus: je kan beter ontslag geven om medische redenen, of u laten ontslaan om medische redenen, terwijl ge denkt: had die patiënt toch niet wat langer in ziekteverlof kunnen zijn. Maar meestal lukt het wel.

Zijn er nog ervaringen, meningen… die u nog zou willen toevoegen ivm attesteren van werkonbekwaamheid of een aspect ervan?

We hebben de meeste dingen wel aangeraakt. Ik denk inderdaad dat het belangrijk is naar opleiding toe te gaan uitbouwen. Ten tweede het maatschappelijk aspect, gaan bekijken van al die ambtenarij toestanden doe daar iets aan! Of bekijk het hele systeem van voor 1 dag ziekte heeft niemand een briefje nodig dan heb je die problemen ook niet. Maar dan ook mag dat voor mij echt zijn dat dat niet betaald is, anders is het weer te gemakkelijk, want dan heb je altijd mensen die die dagen gaan beschouwen als betaalde verlofdagen, en dan ga je een hele andere optiek krijgen ook.

Een ander punt dat we niet besproken hebben is het verschil tussen arbeiders en bediende in hun toelating van ziektedagen vooraleer ze op de mutualiteit vallen. Ik vraag mij of dat allemaal zo terecht is dat die mensen eigenlijk al op mutualiteit vallen na 14 dagen. Ze hebben een veel lager loon, ze hebben meestal al een lager loon ten opzichte van een bediende die veel meer bescherming heeft: gedurende een maand een volledig loon behoudt. Dus dat vind ik maatschappelijk gezien niet correct, en daar zou meer evenwicht moeten zijn. En dan heb ik het nog niet eens over het statuut van de zelfstandige natuurlijk die helemaal…Die mensen weten dat ook heel goed en daar zie je heel duidelijk dat die mensen zoveel mogelijk proberen te werken ook al hebben ze een even ernstige aandoening dan iemand anders. En als die echt ziek zijn, dan hebben die loonverlies en dan zijn die beperkt ziek. Dus probeer dat systeem van de zelfstandige een stukje toe te passen in de maatschappij, ook op de zo beschermde bediendes. En arbeiders…dan ga je zien dat er veel minder misbruik is. Dat is iets om te bekijken. De zelfstandige die is veel veel korter ziek, die is veel sneller terug aan het werk. Hoe komt dat? Omdat er inderdaad zijn loon vanaf hangt. Het gaat nochtans om dezelfde ziekte bij 2 dezelfde personen, dus die mensen zijn te beschermd.