Leidt het afschaffen van ziekteattesten tot meer ziekteverzuim?

Meer specifiek:
1) Wat zijn de aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties tussen huisarts en patiënt rond arbeidsongeschiktheidsattesten?
2) Hoe groot is de variatie in duur ingevuld op een arbeidsongeschiktheidsattest door verschillende huisartsen?

Wannes Meskens, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Co-promotor: Dr. Madieke Maseman, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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

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

Abstract

Inleiding

Het debat over het nut van arbeidsongeschiktheidsattesten is actueel. Zo wordt de administratieve last die hiermee gepaard gaat gehekeld. Er gingen de laatste jaren verschillende stemmen op ter afschaffing van de arbeidsongeschiktheidsattesten, al dan niet voor korte periodes van arbeidsongeschiktheid. Anderen toonden aan dat sommige artsen ook arbeidsongeschiktheidsattesten schrijven wanneer hier geen medische reden toe is. Beperkt het huidige systeem van attesten dan wel het ziekteverzuim? Of valt het maar zelden voor dat een patiënt een arbeidsongeschiktheidsattest vraagt zonder medische reden en dat de arts in kwestie dat attest dan ook opmaakt? Een andere vraag in dit debat is, hoe schat een arts in hoe lang iemand arbeidsongeschikt is? Zijn arts en patiënt het hierover eens? Zijn artsen het hierover onderling eens? Vandaar de onderzoeksvragen van deze studie:

1) Wat zijn de aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties tussen huisarts en patiënt rond arbeidsongeschiktheidsattesten?
2) Hoe groot is de variatie in duur ingevuld op een arbeidsongeschiktheidsattest door verschillende huisartsen?

Methode

In deze cross-sectionele studie werd een online vragenlijst verstuurd naar Nederlandstalige huisartsen(-in-opleiding) in Vlaanderen en Brussel. De vragenlijst bestond uit 3 delen. Deel een bevroeg enkele sociodemografische gegevens, deel twee de persoonlijke ervaring rond mogelijke conflictsituaties omtrent arbeidsongeschiktheidsattesten. In het laatste deel dienden de deelnemende artsen bij vijf verschillende casussen aan te geven welke duur ze zouden invullen op het arbeidsongeschiktheidsattest. Dit onderzoek gebeurde na goedkeuring van de commissie medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel.

Resultaten

De responsgroep bedroeg 117 artsen, na exclusie van 7 niet volledig ingevulde vragenlijsten. De meerderheid van de artsen gaf aan meestal de mening van de patiënt te vragen omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid. Patiënten vragen regelmatig om langere arbeidsongeschiktheid dan de arts nodig acht. De meeste artsen weigeren dit te attesteren, al zeggen 44 artsen dit maar zelden te weigeren. De vraag om een arbeidsongeschiktheidsattest zonder medische reden, komt ook frequent voor. De overgrote meerderheid van de artsen weigert dit altijd tot meestal. De grootste standaarddeviatie in duur van arbeidsongeschiktheid bedroeg maximaal 2,79 dagen, met een gemiddelde arbeidsongeschiktheid van 6,04 dagen. De kleinste standaarddeviatie bedroeg 0,32 dagen, met een gemiddelde van 1,03 dagen arbeidsongeschiktheid.

Conclusie

Het opmaken van een arbeidsongeschiktheidsattest gebeurt in de meeste gevallen na overleg met de patiënt over de mogelijke duur van arbeidsongeschiktheid. Wanneer een patiënt vraagt om een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan nodig wordt geacht door de arts, wordt dit niet systematisch geweigerd. Een arbeidsongeschiktheidsattest zonder gegronde reden wordt meestal niet afgeleverd. Er is sprake van een zekere variatie in

duur van arbeidsongeschiktheid tussen artsen onderling. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragende argumenten zijn in het debat rond het nut van arbeidsongeschiktheidsattesten. Om het vraagstuk rond het nut van de arbeidsongeschiktheidsattesten verder op te lossen, dienen bijvoorbeeld ook socio-economische factoren en ervaringen van patiënten bekeken te worden.

Inhoudsopgave

Abstract 3
1 Inleiding 6
1.1 Relevantie en plaatsbepaling 6
1.2 Huidig Belgisch systeem 6
1.3 Internationale systemen 7
1.4 Pijnpunten 9
2 Methode 9
2.1 Onderzoeksdesign 9
2.2 Populatie en setting 9
2.3 Dataverzameling 10
2.3.1 Procedure 10
2.3.2 Periode 10
2.3.3 Meetinstrument 10
2.4 Ethisch aspect 10
2.5 Data analyse 10
3 Resultaten 11
3.1 Respons en representativiteit 11
3.2 Karakteristieken van de responsgroep 11
3.3 Aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties 12
3.4 Variatie in duur ingevuld op het arbeidsongeschiktheidsattest 15
4 Discussie 17
4.1 Bevindingen 17
4.1.1 Aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties 17
4.1.2 Variatie in duur ingevuld op het arbeidsongeschiktheidsattest 17
4.2 Sterktes en zwaktes 18
5 Conclusie 19
Verwijzingen 20
Bijlagen 22
Goedkeuring Commissie Medische Ethiek 22
Meetinstrument 25

1 Inleiding

1.1 Relevantie en plaatsbepaling

Over arbeidsongeschiktheidsattesten werd reeds veel geschreven en gediscussieerd. De laatste jaren zagen we verscheidene stemmen opkomen die het nut van deze attesten in vraag stelden. Huisartsenverenigingen hekelen de administratieve belasting. Er werd reeds meermaals geopperd tot het maken van één uniform arbeidsongeschiktheidsattest. Of sterker, er waren zelfs voorstellen tot het afschaffen van arbeidsongeschiktheidsattesten, al dan niet enkel voor periodes van korte arbeidsongeschiktheid. [1] [2] In februari 2022 zagen we een reportage in het VRT-programma *Factcheckers* waarin bleek dat sommige huisartsen arbeidsongeschiktheidsattesten opstellen wanneer de patiënt aangeeft geen gegronde reden te hebben om zo'n attest te ontvangen. [3] Ook dit was aanleiding tot nog meer discussie rond de arbeidsongeschiktheidsattesten. De vraag rees onder andere of arbeidsongeschiktheidsattesten ziekteverzuim zonder gegronde reden wel tegengingen, als sommige huisartsen ze hoe dan ook opstellen. Een tegenargument zou kunnen zijn dat het niet zo vaak gebeurt dat patiënten een arbeidsongeschiktheidsattest zonder gegronde reden vragen. Dat huisartsen en hun patiënten het meestal eens zijn of er een arbeidsongeschiktheidsattest opgesteld dient te worden en over welke periode dat dan moet gaan. Of dat er weldegelijk in zekere mate een ongeschreven uniformiteit bestaat tussen huisartsen onderling bij het al dan niet opstellen van een arbeidsongeschiktheidsattest. Rond deze stellingen dient echter nog meer onderzoek te gebeuren.

1.2 Huidig Belgisch systeem

Er bestaan twee soorten documenten ter attestering van arbeidsongeschiktheid in België, elk met hun eigen vorm, bestemmeling en doel. Om te beginnen dient een attest, om te gelden als correct medisch attest, steeds de naam en voornaam van de arts, de naam en voornaam van de patiënt, de datum van aflevering, de stempel en RIZIV nummer van de arts en de handtekening van de arts te bevatten. [4] Eerst en vooral bestaat er het arbeidsongeschiktheidsattest wat wordt beschreven in de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten van 3 juli 1978. [5] Dergelijk arbeidsongeschiktheidsattest bevat een melding van de arbeidsongeschiktheid, de verwachte duur van arbeidsongeschiktheid en of de patiënt zich mag verplaatsen met het oog op een eventuele controle. Er wordt dus geen diagnose vermeld op dit attest. Dit attest is hoofdzakelijk bedoeld om de werkgever op de hoogte te brengen van de arbeidsongeschiktheid van de patiënt. Een arbeidsongeschiktheidsattest wordt uitsluitend opgesteld door de behandelende arts van die patiënt na persoonlijke ondervraging en onderzoek.

Het tweede document dat aan bod komt is het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid. [6] Zo'n getuigschrift van arbeidsongeschiktheid heeft als bestemmeling de adviserend arts van het ziekenfonds waar de patiënt is aangesloten. Het bestaat uit twee luiken. Het eerste luik wordt door de patiënt ingevuld en bevat de naam en voornaam van de patiënt, het rijksregisternummer van de patiënt, de verblijfplaats van de patiënt, de beroepssituatie van de patiënt en de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid. Het tweede luik dient de behandelend arts in te vullen, na persoonlijke ondervraging en onderzoek, en bevat naast de melding van

arbeidsongeschiktheid en de verwachte duur ook de diagnose en indien van toepassing de duur van hospitalisatie en vermoedelijke bevallingsdatum.

Wanneer welk van deze attesten moet opgesteld worden, verschilt naargelang het arbeidsstatuut van de patiënt in kwestie. Zo wordt het onderscheid gemaakt tussen werknemers en zelfstandigen.

Werknemers kunnen op hun beurt onderverdeeld worden in werknemers in arbeiders en bedienden. Beide groepen dienen vanaf de eerste dag ziekte een arts te contacteren en indien nodig wordt er een arbeidsongeschiktheidsattest geschreven. In het begrotingsakkoord van de federale regering van 12 oktober 2021 werd beslist dat een arbeidsongeschiktheidsattest niet meer nodig is voor 1 dag afwezigheid, en dit tot 3 keer per jaar. [7] Dit is echter niet afdwingbaar in kleine- en middelgrote ondernemingen (KMO's) waar minder dan 50 werknemers aan de slag zijn. Daar kan de werkgever dus wel nog een arbeidsongeschiktheidsattest eisen vanaf de eerste dag van afwezigheid. Maar op zich is hier dus geen verschil tussen arbeiders en bedienden. Waar het verschil dan wel zit, is wanneer we spreken over langdurige arbeidsongeschiktheid. De eerste 28 dagen van arbeidsongeschiktheid geniet een bediende van een gewaarborgd loon. Dit wil zeggen dat de werkgever het loon gewoon uitbetaalt alsof de werknemer in kwestie aan het werk zou zijn. Na deze 28 kalenderdagen, betaalt de werkgever geen loon meer uit. De bediende in kwestie kan in dat geval een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Dat doet hij via het ziekenfonds waar hij bij aangesloten is, door middel van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid. Een arbeider heeft slechts 7 dagen recht op een volledig gewaarborgd loon. De 7 dagen hierop volgend, heeft hij recht op 85,88% van zijn loon. Vanaf de vijftiende dag van arbeidsongeschiktheid kan de arbeider een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen, doormiddel van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid. Tot en met dag 30 van de arbeidsongeschiktheid heeft de arbeider recht op een percentage van zijn loon, door de werkgever betaald.

1.3 Internationale systemen

Wanneer we kijken naar de regelgeving van arbeidsongeschiktheden in naburige landen, zien we dat in Nederland [8] de huisarts geen rol heeft in het bepalen van de arbeidsongeschiktheid. Een arbeidsongeschiktheidsattest is niet nodig. Vanaf de zesde week arbeidsongeschiktheid, dient er een gesprek plaats te vinden tussen de werknemer en de bedrijfsarts. Op week 8 van de arbeidsongeschiktheid wordt een plan van aanpak opgesteld in samenspraak met de werkgever. Indien de arbeidsongeschiktheid langer dan 52 weken duurt, dient de werknemer samen met de werkgever een eerstejaarevaluatie in te vullen waarin de aanpak van re-integratie naar de werkvloer wordt beschreven. Op week 88 van de arbeidsongeschiktheid wordt een uitkering aangevraagd via de ziekteverzekering die dan op week 104 ingaat. In dit systeem lijkt de focus op re-integratie te liggen. Communicatie tussen werknemer en werkgever met de bedrijfsarts als coördinator van deze gesprekken speelt daarbij de centrale rol. De behandelende arts, in vele gevallen dus de huisarts, wordt dus ontlast, zeker ook op administratief vlak. Zo kan die zich meer toeleggen op de eigenlijke hulpvraag van de patiënt. In Nederland ging in 2021 4,6% van de werkdagen verloren aan ziekteverzuim. [9] Ter vergelijking, in België lag dit cijfer in 2021 op 6,13%. [10]

In Frankrijk [11] is er wel een arbeidsongeschiktheidsattest nodig vanaf dag één. De behandelende arts dient dit op te maken. Het attest bestaat uit drie delen. Het eerste deel is bestemd voor de medische afdeling van de ziekteverzekering en hierop staat de diagnose vermeld. Deel twee gaat naar de administratieve afdeling van de ziekteverzekering. Het derde deel is voor de werkgever bedoeld. Deel twee en drie vermelden de diagnose niet. Het is zo dat de ziekteverzekering vanaf dag één een uitkering betaalt. In sommige gevallen is er nog een aanvullende uitkering van de werkgever. In dit systeem is de verzekeraar vanaf de eerste dag dus op de hoogte van de arbeidsongeschiktheid en de reden hiervan. Een drieledig arbeidsongeschiktheidsattest invullen, vraagt veel de behandelend arts.

Het Duitse [12] systeem werkt opnieuw wat anders. Zo kan een werkgever vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid een attest vragen, maar zal die dat in vele gevallen pas vanaf de derde dag doen. Ook hier is het arbeidsongeschiktheidsattest drieledig. Deel één voor de ziekteverzekering met vermelding van de diagnose, deel twee voor de werkgever en deel drie voor de patiënt zelf. Ook hier is de ziekteverzekering dus vroeg op de hoogte van de arbeidsongeschiktheid. Het is wel de werkgever die tot en met de zesde week arbeidsongeschiktheid de werknemer betaalt. Pas hierna betaalt de ziekteverzekering. De ziekteverzekeringsmaatschappijen krijgen dus veel informatie te verwerken, aan de hand van de arbeidsongeschiktheidsattesten die de behandelende artsen opmaken. Deze informatie heeft vaak geen invloed op het beleid omtrent de arbeidsongeschiktheid van de persoon in kwestie, maar kan natuurlijk wel gebruikt worden voor allerhande statistische analyses.

In Groothertogdom Luxemburg [13] bestaat een gelijkaardig systeem. Ook hier wordt over het algemeen pas een arbeidsongeschiktheidsattest gevraagd vanaf de derde dag. Maar ook hier mag de werkgever alsnog verantwoording vragen voor afwezigheid op dag een en twee. Het arbeidsongeschiktheidsattest bestaat uit dezelfde drie delen als dat in Duitsland. Het is de werkgever die de werknemer betaalt tot de maand waarin de 77ste dag arbeidsongeschiktheid valt. Daarna betaalt de ziekteverzekering. Indien de arbeidsongeschiktheid langer dan zes weken duurt, vindt er voor terugkeer naar het werk een consultatie bij de bedrijfsarts plaats. Opmerkelijk: gedurende de eerste vijf dagen van arbeidsongeschiktheid mag de persoon in kwestie het huis niet verlaten. Vanaf de zesde dag mag het enkel van 10h00 tot 12h00 en van 14h00 tot 18h00. Eten halen mag steeds.

Het Verenigd Koninkrijk [14] pakt het anders aan. De eerste zeven kalenderdagen is er geen nood tot een arbeidsongeschiktheidsattest. Vanaf de achtste dag is er een zogenoemde ‘fit note’ nodig. Op dit attest kunnen twee opties aangeduid worden. De eerste optie is dat de persoon in kwestie niet geschikt is om te gaan werken. In dat geval wordt ook de periode van arbeidsongeschiktheid ingevuld. Er moet ook aangeduid worden of er een herevaluatie dient te gebeuren aan het eind van de arbeidsongeschiktheid. De tweede optie is dat de persoon waarschijnlijk geschikt is om te werken, met aanpassingen. Deze aanpassingen kunnen deeltijdse werkhervatting inhouden, aangepast werk, of andere. Op dit attest, bedoelt voor de werkgever, staat steeds een diagnose vermeld. Naast de behandelend arts, kunnen ook andere zorgbeoefenaars, zoals verpleegkundigen, kinesisten en apothekers, dit attest opmaken als ze betrokken zijn bij de behandeling. Het is de verzekering die vanaf dag één de

uitkering betaalt, in sommige gevallen krijgen werknemers een aanvullende uitkering van hun werkgever.

1.4 Pijnpunten

De vraag of het afschaffen van ziekteattesten leidt tot meer ziekteverzuim, is een in de praktijk moeilijk te beantwoorden vraag. Een Cochrane Database Systematic Review uit 2019 vond weinig evidentie rond dit thema. Zo waren er aanwijzingen dat wanneer een arbeidsongeschiktheidsattest pas na 3 dagen nodig was, het ziekteverzuim tot 3 dagen toenam. Er werd echter geen toename in ziekteverzuim gezien tussen wanneer een arbeidsongeschiktheidsattest nodig was na 3 dagen, dan wel na 1 week of 2 weken. Wanneer er geen nood is aan een arbeidsongeschiktheidsattest tot een jaar, zou er minder ziekteverzuim zijn. Deze stellingen aangehaald in de systematic review hebben echter een lage tot zeer lage zekerheidsgraad. [15] Het blijft een uitdaging om hier duidelijkere evidentie rond te vergaren. Een politiek systeem verander je niet zomaar. Systemen internationaal vergelijken kan helpen, maar de grote variatie in sociaal, economisch en politiek vlak maken een extrapolatie van het ene land of regio naar het andere uitdagend.

Waar wel reeds veel onderzoek naar gebeurd is, is wat de pijnpunten voor huisartsen rond arbeidsongeschiktheidsattesten net zijn. In verscheidene studies waar artsen hierover werden bevraagd kwamen, naast de administratieve last voor de artsen, steeds dezelfde twee zaken naar voor. Een eerste uitdaging die artsen aangeven is het behouden van een goede arts-patiënt relatie. [16] Bij het opmaken van een arbeidsongeschiktheidsattest geven artsen aan een dubbele rol te hebben. Enerzijds die van hulpverlener, anderzijds die van controleur. Dit kan tot conflictsituaties leiden. Ten tweede vinden artsen het vaak moeilijk de nood tot en de duur van arbeidsongeschikheid in te schatten. [16] [17]

Er zijn echter weinig data over deze twee pijnpunten in België. Vandaar de onderzoeksvragen van deze studie:

3) Wat zijn de aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties tussen huisarts en patiënt rond arbeidsongeschiktheidsattesten?
4) Hoe groot is de variatie in duur ingevuld op een arbeidsongeschiktheidsattest door verschillende huisartsen?

2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een cross-sectionele studie waarbij de data op één tijdstip wordt afgenomen door gebruik te maken van een online vragenlijst.

2.2 Populatie en setting

De vragenlijst werd verspreid onder Nederlandstalige huisartsen en huisartsen-in-opleiding in Vlaanderen en Brussel. De totale populatie wordt geschat op 12000 artsen.

2.3 Dataverzameling

2.3.1 Procedure

De vragenlijst werd digitaal opgesteld via het enquêteprogramma LimeSurvey en werd via de huisartsenkringen in Vlaanderen en Brussel verspreid. De huisartsen-in-opleiding werden ook bereikt via de maandelijkse nieuwsbrief van het Interuniversitair Centrum HuisartsenOpleiding (ICHO), ICHO Actua.

2.3.2 Periode

De enquête liep van 10/01/2023 tot en met 14/02/2023.

2.3.3 Meetinstrument

De vragenlijst bestaat uit drie delen. In het eerste deel worden enkele sociodemografische gegevens van de artsen en hun praktijk bevraagd. Het tweede deel peilt naar de persoonlijke ervaring en handelswijze van de artsen omtrent het opmaken van het arbeidsongeschiktheidsattest. De laatste twee vragen uit dit onderdeel (vraag 2.d en 2.e) bleken niet relevant voor de initiële vraagstelling en werden achteraf geschrapt. In het derde deel werden de artsen vijf casussen voorgelegd. Bij iedere casus dienden ze te vermelden hoeveel dagen ze op een arbeidsongeschiktheidsattest zouden invullen. Bij de eerste twee delen van de vragenlijst hadden de artsen steeds de antwoordmogelijkheid ‘Ik wens dit niet te beantwoorden’. Bij het derde deel moest iedere vraag beantwoord worden om te kunnen deelnemen aan het onderzoek.

2.4 Ethisch aspect

De vragenlijst kon enkel ingevuld worden na een geïnformeerde toestemming. Het invullen van de vragenlijst gebeurde volledig anoniem. De verzamelde gegevens werden, GDPR-conform, bewaard in de daarvoor voorziene ruimte in Microsoft Sharepoint, ter beschikking gesteld door de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Chronische Zorg van de Vrije Universiteit Brussel.

Dit onderzoek gebeurde na goedkeuring van de commissie medische ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel.

2.5 Data analyse

De eerste onderzoeksvraag, ‘Wat zijn de aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties tussen huisarts en patiënt rond arbeidsongeschiktheidsattesten?’, kan beantwoord worden door middel van beschrijvende statistiek van de data gehaald uit het tweede deel van de vragenlijst.

Om een antwoord te vinden op de tweede onderzoeksvraag, ‘Hoe groot is de variatie in duur ingevuld op een arbeidsongeschiktheidsattest door verschillende huisartsen?’, wordt de standaarddeviatie berekend voor de data verzameld met het derde deel van de vragenlijst.

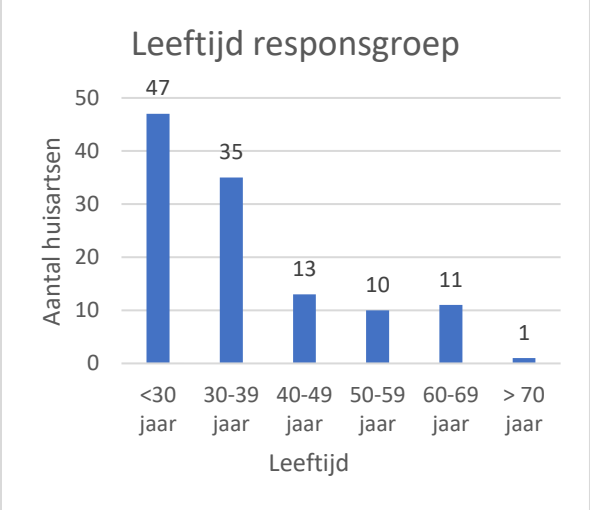
3 Resultaten

3.1 Respons en representativiteit

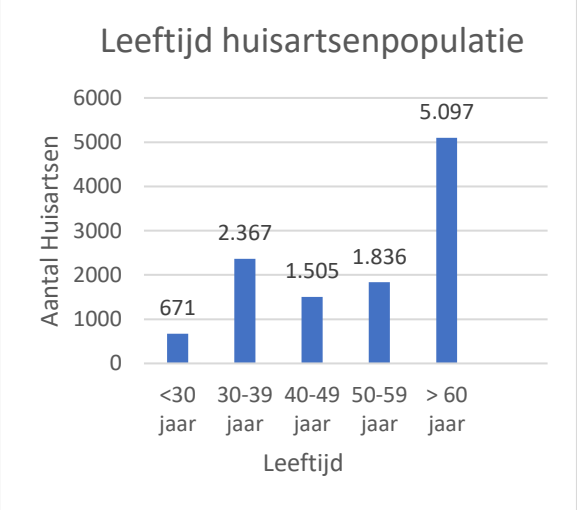
Het totaal aantal Nederlands sprekende huisartsen en huisartsen-in-opleiding dat actief is in Vlaanderen en Brussel bedraagt ongeveer 12000. [18] In totaal namen er 124 artsen deel aan de bevraging, waarvan 117 de vragenlijst volledig invulden en dus weerhouden konden worden.

3.2 Karakteristieken van de responsgroep

Zoals figuur 1.1 toont, zien we responsen verspreid over de verschillende leeftijdscategorieën, doch met een overwicht naar de jongere generatie. In de gehele populatie ligt de verdeling van de leeftijd anders. [18] Daar zien we een duidelijke meerderheid van artsen met een leeftijd boven 60 jaar, te zien op figuur 1.2.

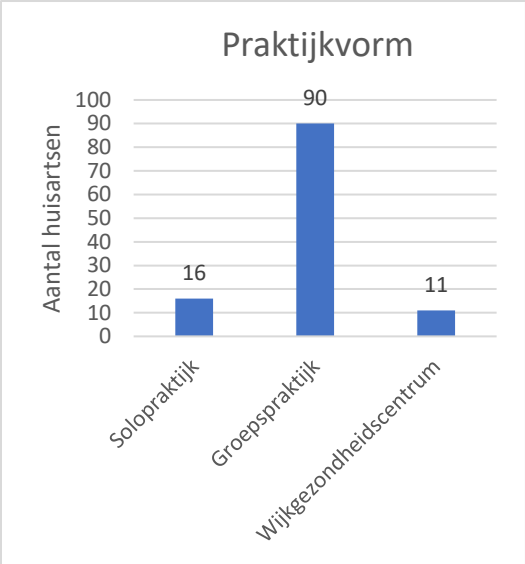


Figuur 1.1 Leeftijdsverdeling responsgroep

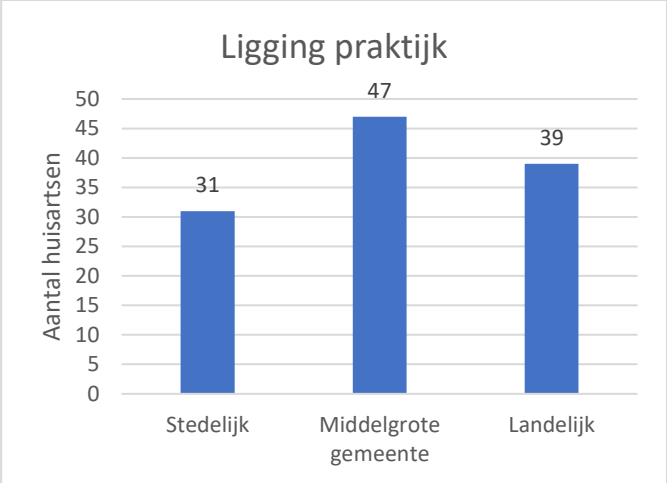


Figuur 1.2 Leeftijdsverdeling Huisartsenpopulatie

De meerderheid van de artsen in de steekproef werkt in een groepspraktijk. En we zien een gelijkmatige verdeling onder artsen die werken in een middelgrote gemeente of een stedelijke of landelijke omgeving.



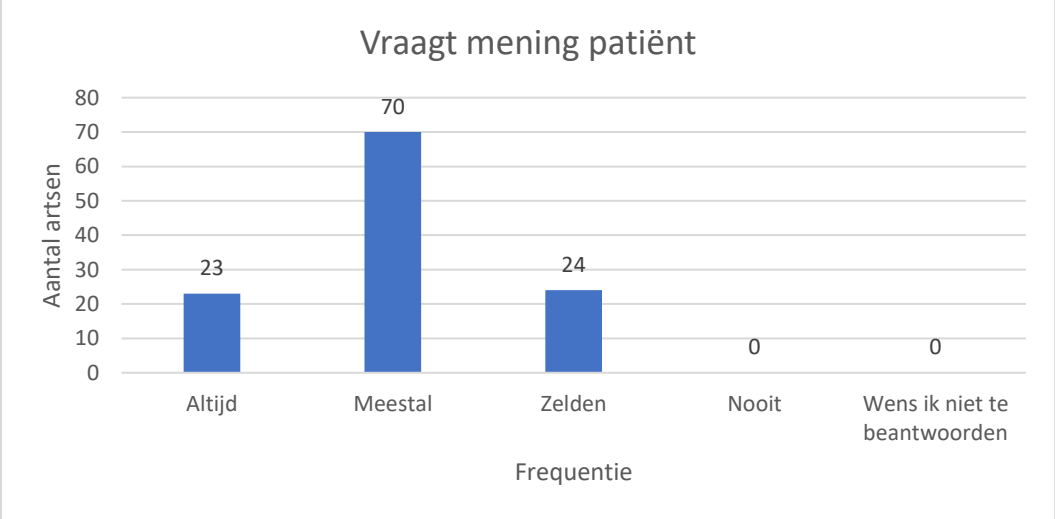
Figuur 1.3 Verdeling praktijkvormen



Figuur 1.4 Verdeling ligging praktijken

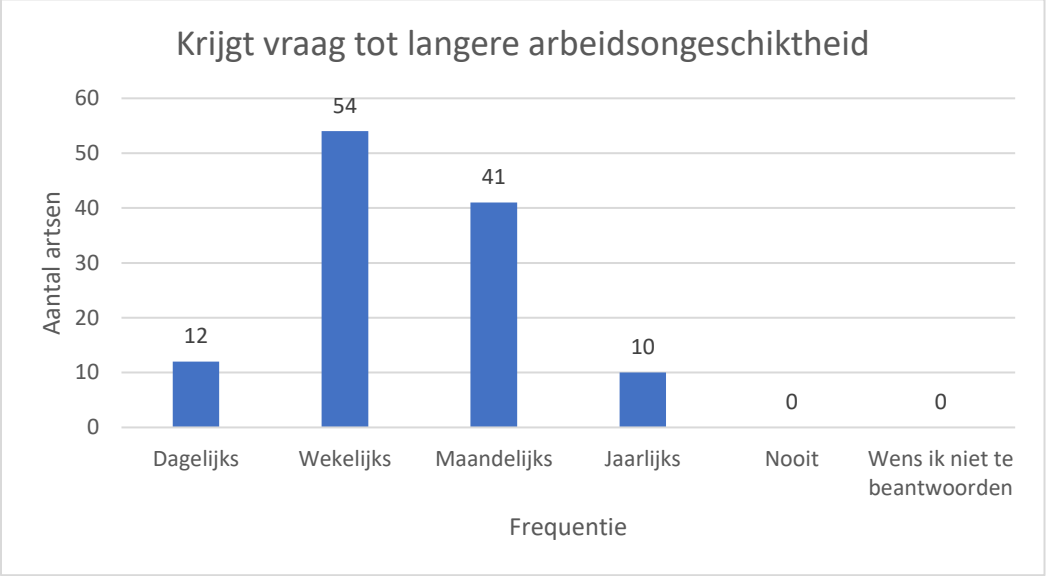
3.3 Aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties

De meerderheid van de bevraagde artsen vraagt meestal tot altijd de mening van de patiënt over de duur die op het arbeidsongeschiktheidsattest wordt ingevuld. Ongeveer een op vijf doet dit slechts zelden.

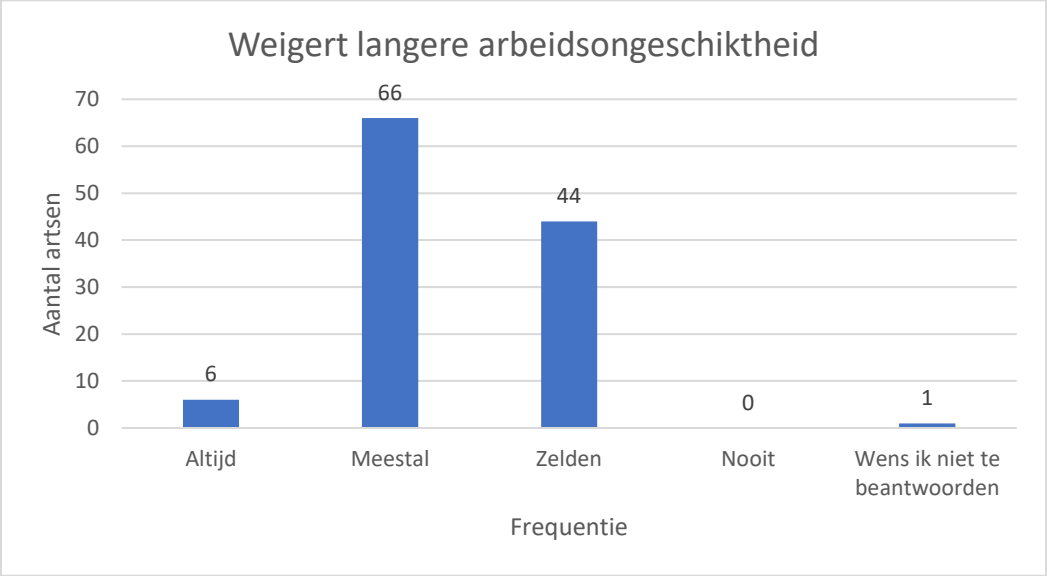


Figuur 2.1 Aantal artsen die de mening vraagt van de patiënt omtrent de duur van de arbeidsongeschiktheid

Het grootste deel van de artsen geeft aan op wekelijkse tot maandelijkse basis de vraag te krijgen om een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan zij zelf nodig achten. Slechts 6 artsen zeggen dit altijd te weigeren. 66 artsen, iets meer dan de helft, weigeren dit meestal. 44 van de 117 artsen weigeren zelden om een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan ze zelf nodig achten. 1 arts beantwoorde deze vraag liever niet.

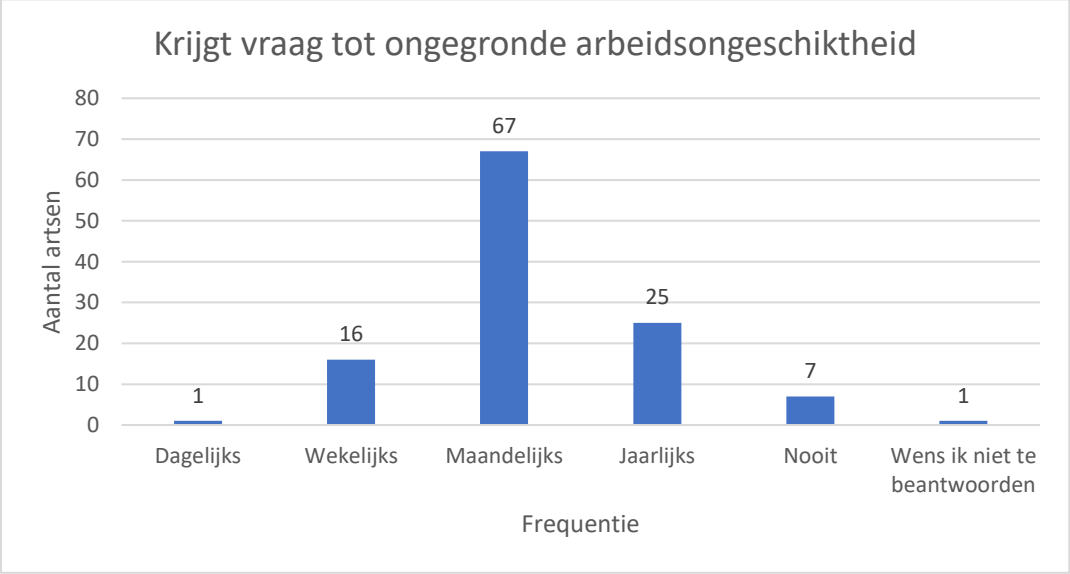


Figuur 2.2.a Hoe vaak krijgen artsen de vraag een langere duur op het arbeidsongeschiktheidsattest in te vullen dan zij zelf nodig achten?

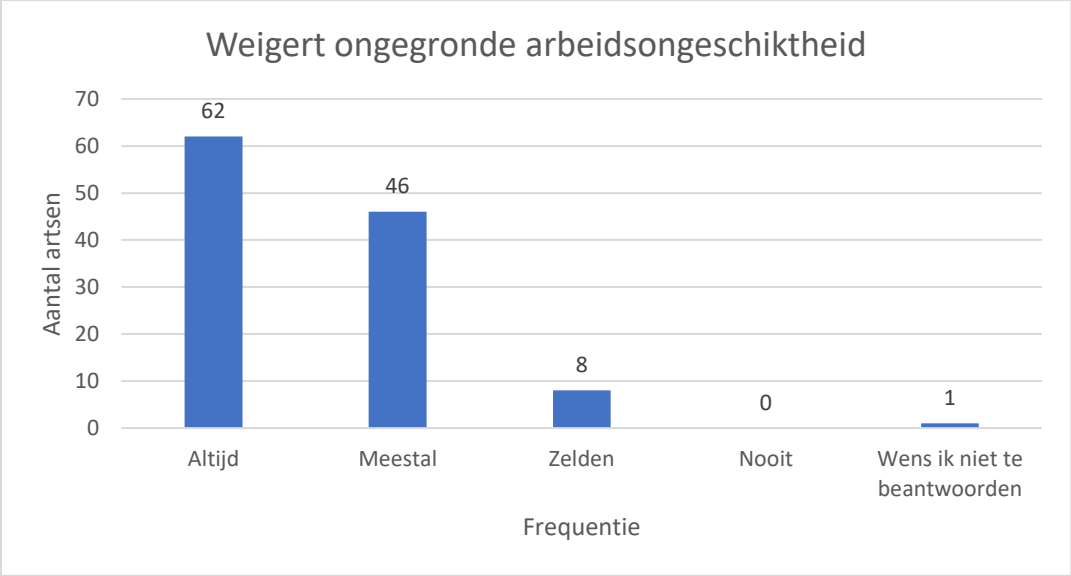


Figuur 2.2.b Hoe vaak weigeren artsen een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan zij zelf nodig achten?

Meer dan de helft van de artsen geeft aan maandelijks een patiënt op raadpleging te hebben die een arbeidsongeschiktheidsattest vraagt zonder gegronde medische reden. 62 van de 117 artsen weigeren steeds dit attest af te leveren. 46 artsen leveren meestal geen arbeidsongeschiktheidsattest af wanneer er geen medisch gegronde reden toe is. 8 van de bevraagde artsen zeggen dit slechts zelden te weigeren. 1 arts beantwoorde deze vraag liever niet.



Figuur 2.3.a Hoe vaak krijgen artsen de vraag een arbeidsongeschiktheidsattest te schrijven zonder gegronde reden?



Figuur 2.3.b Hoe vaak weigeren artsen een arbeidsongeschiktheidsattest te schrijven zonder gegronde reden?

3.4 Variatie in duur ingevuld op het arbeidsongeschiktheidsattest

In de bevraging kregen de deelnemende artsen 5 casussen te zien waarbij ze telkens moesten aangeven hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid ze zouden invullen op het attest.

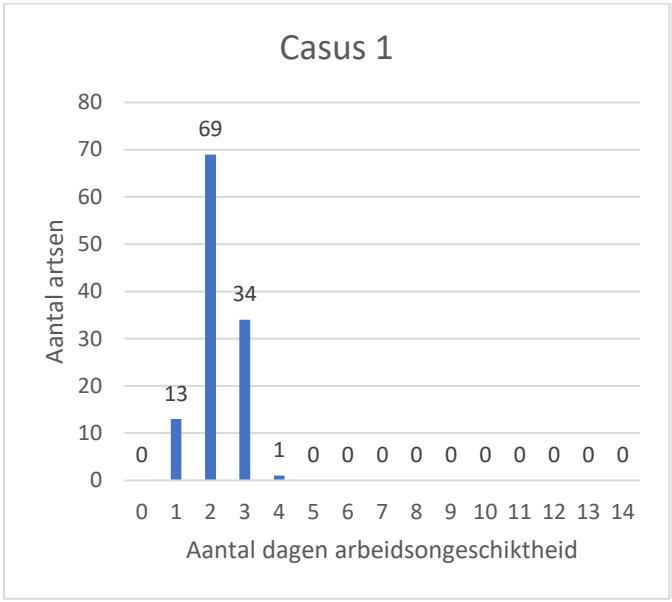
De eerste casus gaat over een 35 jarige vrouw met gastro-intestinale klachten sinds 1 dag, zonder alarmsymptomen, waar een virale gastro-enteritis de meest waarschijnlijke diagnose lijkt. De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid bedraagt hier 2,2 dagen met een standaarddeviatie van 0,63 dagen.

Casus twee toont eveneens het verhaal van een 35 jarige vrouw met gastro-intestinale klachten zonder alarmsymptomen. Hier kan echter anamnestisch achterhaald worden dat mevrouw de dag voordien te veel gedronken had. Het overgrote deel van de artsen vindt 1 dag arbeidsongeschiktheid hier geoorloofd. 3 van de 117 artsen zou geen arbeidsongeschiktheidsattest afleveren in dit geval. De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid bedraagt hier 1,03 dagen met een standaarddeviatie van 0,32 dagen.

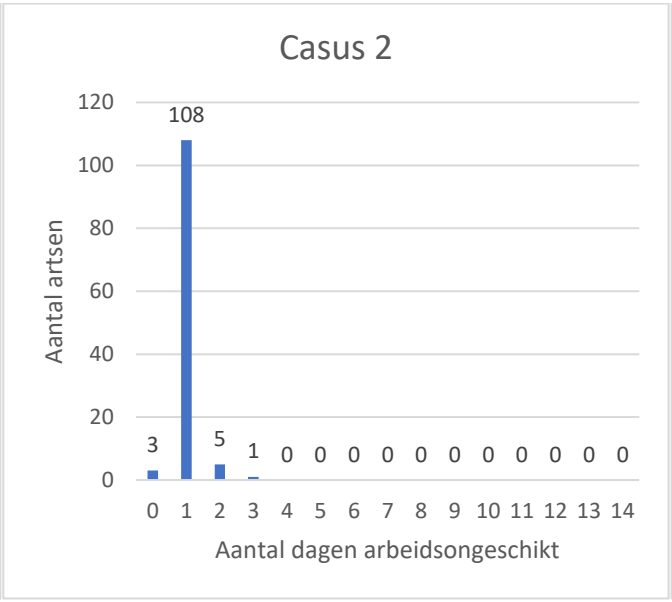
In de derde casus gaat het over een 42 jarige winkelbediende met lage rugpijn sinds 1 dagen, wederom zonder anamnestische alarmsymptomen en een geruststellend fysiek onderzoek. De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid door de deelnemende artsen ingevuld bedraagt hier 3,32 dagen met een standaarddeviatie van 1,64 dagen. 5 artsen vinden een arbeidsongeschiktheidsattest in dit geval niet nodig. 8 artsen zouden 7 dagen arbeidsongeschiktheid attesteren.

De vierde casus is zeer gelijkaardig aan de vorige. Het fysiek onderzoek is hier echter wel afwijkend. Zo is de proef van Lasègue positief bij deze man. De gemiddelde arbeidsongeschiktheid hier bedraagt 6,04 dagen met een standaarddeviatie van 2,79 dagen. 2 artsen zouden geen arbeidsongeschiktheidsattest afleveren aan deze man. 8 artsen achten 14 dagen arbeidsongeschiktheid nodig.

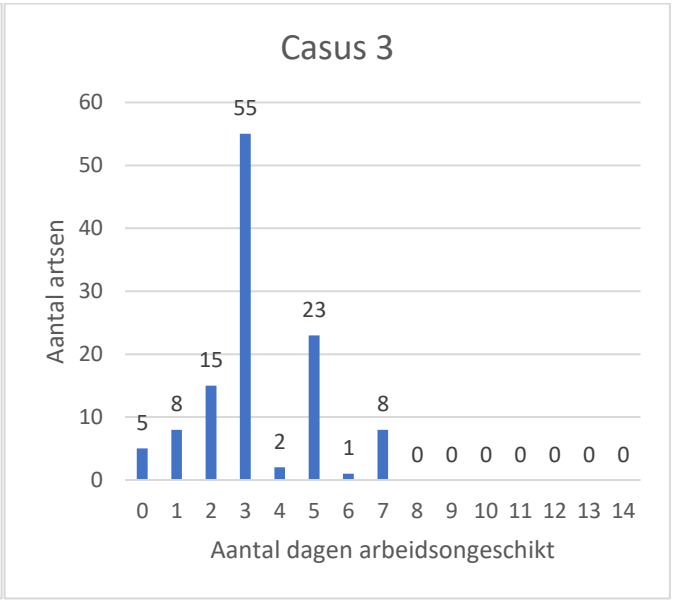
In de laatste casus zien we iemand die een arbeidsongeschiktheidsattest vraagt omwille van een relatiebreuk. Verder heeft de patiënt geen actieve hulpvraag en worden anamnestisch geen alarmsymptomen weerhouden. De gemiddelde arbeidsongeschiktheid hier bedraagt 3,46 dagen met een standaarddeviatie van 2,65 dagen. 3 artsen vinden dit geen gegronde reden tot het schrijven van een arbeidsongeschiktheidsattest. 4 artsen vullen 14 dagen in op het attest.



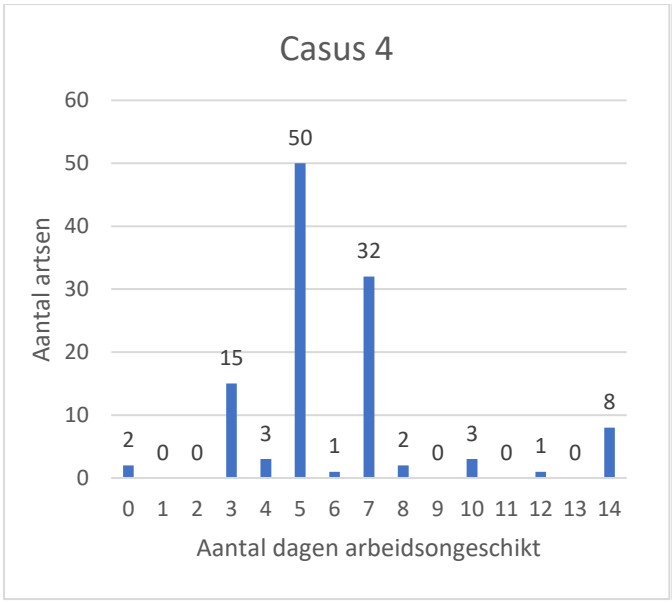
Figuur 3.1 Duur van arbeidsongeschiktheid casus 1



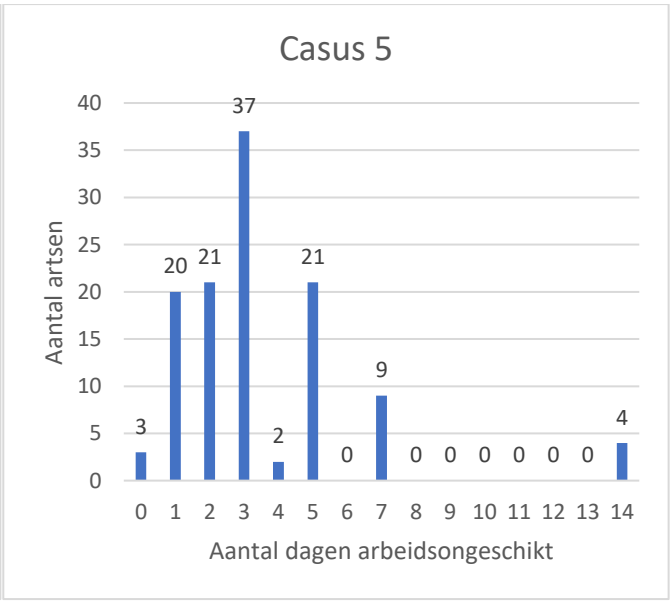
Figuur 3.2 Duur van arbeidsongeschiktheid casus 2



Figuur 3.3 Duur van arbeidsongeschiktheid casus 3



Figuur 3.4 Duur van arbeidsongeschiktheid casus 4



Figuur 3.5 Duur van arbeidsongeschiktheid casus 5

	Gemiddelde duur arbeids-ongeschiktheid (dagen)	Standaard-deviatie (dagen)
Casus 1	2,20	0,63
Casus 2	1,03	0,32
Casus 3	3,32	1,64
Casus 4	6,04	2,79
Casus 5	3,46	2,65

Figuur 3.6 Gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid en standaarddeviatie

4 Discussie

4.1 Bevindingen

4.1.1 Aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties

Er wordt gezien dat de meerderheid van de huisartsen en huisartsen-in-opleiding patiënten betrekken in de bepaling van de duur van arbeidsongeschiktheid. Artsen krijgen ook regelmatig de vraag om een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan zij nodig achten. Slechts een zeer beperkt aantal artsen zegt dit altijd te weigeren. De andere artsen doen dit, al dan niet soms, toch. Dit kan kaderen binnen het model van shared decision making, waar arts en patiënt samen zoeken naar de oplossing die het beste is voor de patiënt. Een kanttekening die hierbij kan gemaakt worden is dat de arts bij het opmaken van een arbeidsongeschiktheidsattest, naast de belangen van de patiënt en de medische noodzakelijkheid, ook moet denken aan de maatschappelijke impact van arbeidsongeschiktheid. De arts dient deze maatschappelijke visie natuurlijk steeds te hebben, bij iedere beslissing die samen met de patiënt genomen wordt. De vraag rest dan of de arts voldoende weet heeft van de maatschappelijke impact van arbeidsongeschiktheid. Waarop is deze kennis gebaseerd? Komt dit voldoende aan bod in de opleiding?

Een arbeidsongeschiktheidsattest zonder medisch gegronde reden wordt bij meer dan de helft van de artsen op maandelijkse basis gevraagd. Een kleine meerderheid van de artsen weigert dit steeds. Al geven de anderen artsen toe dit wel soms te doen. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat ze de arts-patiënt relatie niet willen beschadigen. Of ze willen een conflict vermijden. Speelt een gevoel van onveiligheid hier mee? Verder onderzoek hierrond lijkt nodig.

4.1.2 Variatie in duur ingevuld op het arbeidsongeschiktheidsattest

In de casus waar een ongecompliceerde buikgriep de meest waarschijnlijke diagnose lijkt, zien we dat de meeste artsen het ongeveer eens zijn over de duur van arbeidsongeschiktheid. Dit valt waarschijnlijk te verklaren doordat dit een frequent voorkomende pathologie is met een vrij voorspelbaar verloop.

Bij de tweede casus, waar vermoed kan worden dat een te hoge alcoholconsumptie de avond voordien aan de oorzaak ligt van de klachten, blijkt het overgrote deel van de artsen 1 dag arbeidsongeschiktheid te attesteren. De vraag die we ons hier kunnen stellen is wat het voordeel is van een evaluatie door een arts in dit geval. De patiënt lijkt meestal wel te weten wat de oorzaak van de klachten is en weet ook dat de klachten van voorbijgaande aard zijn. Het is dus waarschijnlijk dat sommige patiënten niet op consultatie komen met het doel medisch advies te krijgen. Een arbeidsongeschiktheidsattest bemachtigen blijkt dan de enige verwachting. Vanuit maatschappelijk standpunt kan men denken dat de arts hier de controlerende rol dient op te nemen. De arts zou hier kunnen oordelen dat een zogenoemde kater geen gegronde medische reden is voor een arbeidsongeschiktheidsattest. Maar uit de bevraging blijkt dat dit niet gebeurt. Opnieuw kan de angst om de arts-patiëntrelatie te schaden hier een verklaring voor zijn. Of vinden artsen zo nu en dan een ‘katerdag’ wel geoorloofd? Maar ook dan blijft de vraag wat de bijdrage van de evaluatie door de arts in dit geval is.

Bij de casussen over lage rugpijn zien we een grotere spreiding in duur van arbeidsongeschiktheden. Waarom de ene arts geen arbeidsongeschiktheidsattest aflevert en de andere een van 7 dagen of meer, kan verschillende redenen hebben. Zo gaf de patiënt in beide casussen aan dat de pijn 'dragelijk' was onder paracetamol, wat natuurlijk zeer ruim kan geïnterpreteerd worden door de artsen. Pijn valt nu eenmaal moeilijk te objectiveren. Wat wel duidelijk naar voor komt uit de bevraging is dat een afwijkend fysiek onderzoek (in deze een positieve proef van Lasègue) een argument kan zijn voor een langere arbeidsongeschiktheid. En dit wanneer beide patiënten hun pijn op dezelfde manier omschrijven en ze anamnestisch dezelfde hinder ondervinden. Al toont het feit dat in geen enkele andere casus de standaard deviatie van de duur van arbeidsongeschiktheid zo hoogt ligt als in de casus met positieve proef van Lasègue aan dat de artsen het niet eens zijn over hoe veel langer iemand arbeidsongeschikt is. Lage rugpijn is een frequente pathologie in de huisartsenpraktijk. [19] Maar zoals hierboven gezegd is pijn subjectief en valt het verloop ervan dus moeilijker te voorspellen. De duur van de nodige arbeidsongeschiktheid valt dus moeilijker te bepalen.

In de laatste casus, waar iemand een arbeidsongeschiktheidsattest wenst omwille van een relatiebreuk, zien we opnieuw een grotere variatie in duur van arbeidsongeschiktheid. Opnieuw gaat het over een casus waar het probleem, of de intensiteit ervan, weinig objectiveerbaar zijn. Daarbij komt dat men zich kan afvragen of liefdesverdriet een gegronde reden is tot arbeidsongeschiktheid die een arts kan beoordelen. Wat is ook hier de meerwaarde van de evaluatie door de arts? De patiënt heeft immers in deze casus wederom geen hulpvraag buiten het bekomen van een arbeidsongeschiktheidsattest. Bovendien leveren de meeste artsen een arbeidsongeschiktheidsattest af. Opnieuw kan men zich de vraag stellen of de huisarts hier de meest geschikte rol heeft om de maatschappelijke impact van arbeidsongeschiktheid te beperken.

4.2 Sterktes en zwaktes

Deelname aan de studie gebeurde geheel vrijwillig, vrijblijvend en anoniem. Hierdoor geloven we het risico op vooringenomenheid door de deelnemende artsen bij het invullen van de vragenlijst zo laag mogelijk gehouden te hebben. Deelnemers werden op een neutrale manier geïnformeerd over de aard en het doel van het onderzoek, om de kans op responsbias te verkleinen. Gezien in een deel van de bevraging wordt gepeild naar de subjectieve ervaringen van de artsen, bestaat er een mogelijkheid tot een informatiebias. Desalniettemin zijn deze ervaring belangrijk om in kaart te brengen.

Door de vragenlijst zo kort mogelijk te houden, werd drempelverlagend gewerkt om deel te nemen. Het bereiken van de artsen echter verliep, gezien het gebrek aan een universeel communicatiekanaal, stroever dan initieel verwacht, wat resulteerde in een kleinere steekproef dan geanticipeerd.

Een opmerking die we kunnen maken over de steekproef is dat de spreiding van de leeftijd anders ligt dan bij de studiepopulatie. Zo werd de enquête meer ingevuld door jongere artsen, waar we weten dat deze jonge populatie niet het grootste deel uitmaakt van het totaal aantal huisartsen in Vlaanderen en Brussel. Een verklaring hiervoor kan de louter digitale

verspreiding van de enquête zijn, alsook dat een van de belangrijkste kanalen voor het bereiken van de artsen, de ICHO actua was, bedoeld voor huisartsen-in-opleiding

Uit dit onderzoek blijkt dat het merendeel van de artsen de mening van de patiënt vraagt omtrent de duur van arbeidsongeschiktheid. In dit onderzoek werden de artsen gevraagd de duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen zonder dat ze de mening van de patiënt hierover kenden. Dit is dus een extra factor waarvan de invloed nog onderzocht kan worden in verder onderzoek.

Meer studies, die onder andere peilen naar de ervaringen van patiënten en van werkgevers lijken nodig. Ook kan er verder onderzocht worden wat de onderliggende beweegredenen zijn van de artsen bij het al dan niet maken van een arbeidsongeschiktheidsattest en het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid.

5 Conclusie

Het opmaken van een arbeidsongeschiktheidsattest gebeurt in de meeste gevallen na overleg met de patiënt over de mogelijke duur van arbeidsongeschiktheid. Wanneer een patiënt vraagt om een langere duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest dan nodig wordt geacht door de arts, wordt dit niet systematisch geweigerd. Een arbeidsongeschiktheidsattest zonder gegronde reden wordt meestal niet afgeleverd.

Bij casussen met objectiveerbare klachten en een relatief voorspelbare prognose, blijken artsen onderling een gelijkaardige duur in te vullen op het arbeidsongeschiktheidsattest. Een afwijkend fysiek onderzoek kan een argument zijn om een langere arbeidsongeschiktheidsduur te bepalen. Bij subjectievere klachten, zoals pijn of emotionele surmenage, is er een groter verschil in duur van arbeidsongeschiktheid ingevuld door de huisartsen en huisartsen-in-opleiding onderling.

De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is een dynamisch gegeven. Er beweegt veel, dat blijkt onder andere uit het rapport ‘Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk) van Minister Frank Vandenbroucke uit 2022. [20] De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragende argumenten zijn in het debat rond het nut van arbeidsongeschiktheidsattesten. Ze dragen bij aan het in kaart brengen van de ervaringen van huisartsen(-in-opleiding). Om het vraagstuk rond het nut van de arbeidsongeschiktheidsattesten verder op te lossen, dienen ook andere invalshoeken, zoals socio-economische factoren en ervaringen van patiënten bekeken te worden.

Verwijzingen

[1] AADM, BVAS, Kartel en Jong Domus, „zinloosattest.be," 2022. [Online]. Available: https://www.zinloosattest.be/de-zinloze-attesten/werkgever/. [Geopend 15 05 2022].

[2] Project Kafka, „domusmedica.be," 09 2020. [Online]. Available: https://www.domusmedica.be/project-kafka. [Geopend 15 05 2022].

[3] L. De Wolf, „Ontluisterende steekproef "Factcheckers": 14 van 20 bezochte dokters schrijven onterecht ziektebriefje voor 1 dag," *Vrtnws,* 15 02 2022.

[4] „healt.belgium.be," Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, [Online]. Available: https://www.health.belgium.be/nl/e-services/legalisatie-van-medische-attesten. [Geopend 15 05 2022].

[5] Federale overheid van België, „ejustice.just.fgov.be," 22 08 1978. [Online]. Available: http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/1978/07/03/1978070303/justel. [Geopend 15 05 2022].

[6] Christelijke Mutualiteit, „cm.be," 2022. [Online]. Available: https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/ziekte-en-invaliditeitsuitkering/aangifte-arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen#:~:text=Een%20correcte%20aangifte%20van%20arbeidsongeschiktheid,blanco%20exemplaar%20in%20huis%20hebt.. [Geopend 15 05 2022].

[7] S. Grommen en R. Arnoudt, „Begrotingsakkoord-12-oktober-2021," *vrtnws.be,* 10 12 2021.

[8] Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), „Ik ben ziek en heb een werkgever," [Online]. Available: https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-met-werkgever/re-integreren-tijdens-ziekte/detail/stappenplan-bij-ziekte. [Geopend 30 03 2023].

[9] Centraal Bureau Voor de Statistiek, „Ziekteverzuim," 2023. [Online]. Available: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim#:~:text=Het%20ziekteverzuim%20onder%20werknemers%20van,het%20verzuim%204%2C6%20procent.. [Geopend 30 03 2023].

[10] SD Worx, „Ziekteverzuim in België 2021," SD Worx, België, 2022.

[11] République Française , „Maladie ou accident du travail dans le secteur privé," [Online]. Available: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N526. [Geopend 30 03 2023].

[12] Handbook Germany, „Sick Leave," [Online]. Available: https://handbookgermany.de/en/work/sick-leave.html. [Geopend 30 03 2023].

[13] The Government of The Grand Duchy Of Luxembourg, „Incapacity for work and medical certificates," 23 01 2019. [Online]. Available: https://guichet.public.lu/en/entreprises/sante-securite/accident-maladie/incapacite-travail/certificat-medical.html. [Geopend 30 03 2023].

[14] Crown Copyright, „Taking Sick Leave (Contains public sector information licensed under the Open Government Licence v3.0)," [Online]. Available: https://www.gov.uk/taking-sick-leave. [Geopend 30 03 2023].

[15] J. Kausto, J. H. Verbeek, J. H. Ruotsalainen, J. I. Halonen, L. J. Virta en E. Kankaanpää, „Self-certification versus physician certification of sick leave for reducing sickness absence and associated costs," *Cochrane Database Sytymatic Review,* p. 5(5), 2019.

[16] L. Letrilliart en A. Barrau, „Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: A systematic review," *European Journal of General Practice,* vol. 18, nr. 4, pp. 219-228 , 2012.

[17] „Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians," *Swiss Medical Weekly,* vol. 145, nr. 14201, 2015.

[18] Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, „Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidsberoepen," België, 2021.

[19] Sciensano, „Health Status Report, Brussel, België," 12 December 2022. [Online]. Available: nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/musculoskeletale-aandoeningen. [Geopend 27 03 2023].

[20] M. F. Vandenbroucke, „Naar een New Deal voor de Huisartsenpraktijk," 17 06 2022. [Online]. Available: https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk. [Geopend 31 03 2023].

Bijlagen

Goedkeuring Commissie Medische Ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

JOHAN VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN

Brussels, 2022-05-25

EC number: **EC-2022-009**

LEADING ETHICS COMMITTEE – SINGLE OPINION

Concerning :
Does the cancelation of sickness certifications lead to more sick leave?
BUN: 1432022000008

The Medical Ethics Committee of UZ Brussel/VUB reviewed the documents (see annex EC document list) concerning the above mentioned project from the ethical, legal and medical science points of view and in accordance with the Belgian Law of 7 May 2004 concerning experiments on the human person, Chapter VIII – Article 11 – § 4 : items 1 till 11

On 2022-05-12, the president of the Medical Ethics Committee decided that there are no objections to the study in its present form.

This approval is endorsed during the meeting on 2022-05-25.

Please remark that the Green Light Procedure has to be completed before the study can be performed at UZ Brussel.

This approval is valid for the duration of the trial. The Committee wishes to obtain an annual trial status. Results of the trial should be transmitted to the Committee at the end of the trial (publication or summary if there is no publication planned). The Committee reminds the investigator of his/her personal responsibility for this project. The Committee does not take any responsibility for its favourable advice of the project. The Ethics Committee is organised and operates according to ICH-GCP and its applicable laws and regulations. The list of members is enclosed.

Kind regards,

Chairman
Vice-Chairman

Cc: FAGG, Departement R&D

EC Document List

STUDY REGISTRATION

certificaat GCP prof. dr. Johan Vansintejan

certificaat GCP Wannes Meskens

Study team

Supporting Departements

Informed consent 2.0 + begeleidende tekst dd. 12/05/2022

20220418 GDPR checklist 2.0

20220427 Protocol 4.0

20220427 Vragenlijst 3.0

antwoord

20220418 Antwoord 2.0

20220427 Antwoord 3.0

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 82 2 477 55 84
Fax + 82 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 2022-05-25

EC number: EC-2022-009

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL – VUB
(since 26-01-2022)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	CHAIRMAN Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Mr. B. Colson	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Mr. P. De Knop	Patient representative External Member	M
Dr. P. Flamee, MD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. L. Goudman, PhD	Methodologist VUB	F
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. M. Moens, MD, PhD	Neurosurgery UZ BRUSSEL	M
Mrs. S. Pirlotte	Nurse UZ BRUSSEL	F
Mr. T. Van Sande	Nurse UZ BRUSSEL	M
Dr. K. Vergaelen, MD	Paediatric Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

Meetinstrument

Beste huisarts, beste huisarts-in-opleiding,

Ik ben Wannes Meskens, huisarts-in-opleiding. In kader van mijn master-na-masterthesis verbonden aan ICHOvzw en de Vrije Universiteit Brussel, doe ik onderzoek rond arbeidsongeschiktheidsattesten. Zo wil ik aan de hand van een enquête bij huisartsen(-in-opleiding) de aard en frequentie van mogelijke conflictsituaties tussen arts en patiënt rond arbeidsongeschiktheidsattesten in kaart brengen. Ook wil ik via die weg kijken naar de mogelijke variatie tussen artsen onderling in tijdsduur ingevuld op deze arbeidsongeschiktheidsattesten.

Deelname aan deze enquête vrijwillig en volledig anoniem. De vragenlijst bestaat uit 3 delen. In deel 1 worden sociodemografische gegevens gevraagd. In deel 2 worden vragen gesteld rond mogelijke conflictsituaties omtrent arbeidsongeschiktheidsattesten. In deel 3 worden 5 casussen voorgesteld waar u dient aan te geven hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid u zou invullen op het arbeidsongeschiktheidsattest. De enquête invullen neemt ongeveer 5 minuten in beslag.

Alvast erg bedankt!

Dr. Wannes Meskens
Huisarts-in-opleiding
Promotor prof. dr. Johan Vansintejan
Co-promotor dr. Madieke Maseman

INFORMED CONSENT

Ik heb begrepen dat
- deelname stikt vrijwillig en vrijblijvend is.
- deelname volledig anoniem gebeurd.
- het invullen van de enquête ieder moment gestopt kan worden wanneer ik dat als deelnemer wens.

Ik verklaar dat
- ik voldoende geïnformeerd ben over de aard van dit onderzoek rond arbeidsongeschiktheidsattesten.
- de resultaten van deze enquête mogen gebruikt worden voor wetenschappelijke onderzoeksdoeleinden en mogen gepubliceerd worden.

Voor akkoord:

- Ja, ik ga akkoord en neem deel aan de enquête.

1. Sociodemografische gegevens
    a. Mijn leeftijd is
        i. <30 jaar
        ii. 30-39 jaar
        iii. 40-49 jaar
        iv. 50-59 jaar
        v. 60-69 jaar
        vi. >70 jaar
        vii. Ik wens dit niet te beantwoorden
    b. Ik werk in een
        i. Solopraktijk
        ii. Groepspraktijk
        iii. Wijkgezondheidscentrum
        iv. Ik wens dit niet te beantwoorden
    c. De ligging van mijn praktijk is
        i. In een stad
        ii. In een middelgrote gemeente
        iii. Landelijk
        iv. Ik wens dit niet te beantwoorden
2. Persoonlijke ervaring:
    a. Wanneer u een afwezigheidsattest opmaakt, hoe vaak vraagt u de mening van de patiënt over hoelang die denkt niet te kunnen gaan werken?
        i. Altijd
        ii. Regelmatig
        iii. Zelden
        iv. Nooit
        v. Ik wens dit niet te beantwoorden
    b. Hoe vaak krijgt u de vraag van de patiënt om die langer ~~thuis te schrijven~~ arbeidsongeschikt te verklaren dan u nodig acht?
            1. Dagelijks
            2. Wekelijks
            3. Maandelijks
            4. Jaarlijks
            5. Nooit
            6. Ik wens dit niet te beantwoorden
        ii. Hoe vaak weigert u bovenstaande te doen?
            1. Altijd
            2. Meestal
            3. Zelden
            4. Nooit
            5. Ik wens dit niet te beantwoorden

c. Hoe vaak krijgt u de vraag naar een afwezigheidsattest zonder gegronde reden?
    1. Dagelijks
    2. Wekelijks
    3. Maandelijks
    4. Jaarlijks
    5. Nooit
    6. Ik wens dit niet te beantwoorden

   ii. Hoe vaak weigert u bovenstaande te doen?
    1. Altijd
    2. Meestal
    3. Zelden
    4. Nooit
    5. Ik wens dit niet te beantwoorden

d. Hoe vaak krijgt u de vraag een afwezigheidsattest te schrijven met als startdatum niet de huidige datum?
    1. Dagelijks
    2. Wekelijks
    3. Maandelijks
    4. Jaarlijks
    5. Nooit
    6. Ik wens dit niet te beantwoorden

   ii. Hoe vaak weigert u bovenstaande te doen?
    1. Altijd
    2. Meestal
    3. Zelden
    4. Nooit
    5. Ik wens dit niet te beantwoorden

e. Sinds het begin van de coronapandemie kunnen afwezigheidsattesten elektronisch worden afgeleverd aan de patiënt. Dit zonder dat de patiënt fysiek in de praktijk aanwezig is. Hoe vaak krijgt u hier toe de vraag? (deze vraag gaat niet over quarantaineattesten)
    1. Dagelijks
    2. Wekelijks
    3. Maandelijks
    4. Jaarlijks
    5. Nooit
    6. Ik wens dit niet te beantwoorden

   ii. Sinds de invoering van deze elektronische mogelijkheid is de hoeveelheid aan afwezigheidsattesten dat ik opmaak:
    1. Toegenomen
    2. Hetzelfde gebleven
    3. Afgenomen
    4. Ik wens dit niet te beantwoorden

3. Casussen
    a. An, 35 jaar, blanco voorgeschiedenis
        i. S/ Sinds gisterennamiddag braken, diarree. Geen bloed- of slijmbijmenging. Intake wat minder. Geen koorts. Algemeen slapjes. Gisteren nog doorgewerkt, maar deze ochtend lukte het echt niet.
        O/ Abdomen niet opgezet. Goede peristaltiek. Diffuus wat drukpijnlijk, maar geen loslaatpijn, geen spierverzet.
        Temperatuur 36.3°C.
        Bloeddruk 115/70mmHg
        Hartslag 86spm
        ii. Hoeveel dagen vult u in op het afwezigheidsattest? (Antwoord met '0' indien u de patiënt arbeidsgeschikt acht.)
    b. Bea, 35 jaar, blanco voorgeschiedenis
        i. S/ Sinds deze nacht misselijk, eenmalig moeten braken. Geen bloed- of slijmbijmenging. Buikkrampen, geen diarree. Felle hoofdpijn. Geen koorts. Het was gisteren kermis en heeft misschien wat te veel gedronken, geeft ze toe.
        O/ Abdomen niet opgezet. Goede peristaltiek. Diffuus wat drukpijnlijk, maar geen loslaatpijn, geen spierverzet.
        Temperatuur 36.3°C.
        Bloeddruk 115/70mmHg
        Hartslag 86spm
        ii. Hoeveel dagen vult u in op het afwezigheidsattest? (Antwoord met '0' indien u de patiënt arbeidsgeschikt acht.)
    c. Chris 42, blanco voorgeschiedenis
        i. S/ Gisteren bij het uitladen van de boodschappen plots hevige pijn aan de onderrug. Niet uitstralend. Geen tintelingen, geen krachtsverlies. Geen zadelanesthesie, geen plotse incontinentie voor stoelgang of urine. Pijn is dragelijk onder Paracetamol 1g 3 keer per dag. Werkt als winkelbediende in een supermarkt.
        O/ Normale inspectie rug. Beperkte flexie door pijn, verder goede bewegelijkheid van de rug. Geen wervelslagpijn. Drukpijn paravertebraal, laag lumbaal rechts meer dan links. Bewaarde kracht, sensibiliteit en reflexen ter hoogte van de onderste ledematen. Proef van Lasègue negatief.
        ii. Hoeveel dagen vult u in op het afwezigheidsattest? (Antwoord met '0' indien u de patiënt arbeidsgeschikt acht.)

d. Dirk, 42, blanco voorgeschiedenis
    i. S/ Gisteren bij het uitladen van de boodschappen plots hevige pijn aan de onderrug. Pijn straalt uit tot onder rechter knie. Soms wat tintelingen in rechter been, geen krachtsverlies. Geen zadelanesthesie, geen plotse incontinentie voor stoelgang of urine. Pijn is dragelijk onder Paracetamol 1g 3 keer per dag. Werkt als winkelbediende in een supermarkt.
    O/ Normale inspectie rug. Beperkte flexie door pijn, verder goede bewegelijkheid van de rug. Geen wervelslagpijn. Drukpijn paravertebraal, laag lumbaal rechts meer dan links. Bewaarde kracht, sensibiliteit en reflexen ter hoogte van de onderste ledematen. Proef van Lasègue positief rechts.
    ii. Hoeveel dagen vult u in op het afwezigheidsattest? (Antwoord met '0' indien u de patiënt arbeidsgeschikt acht.)
e. Erik, 29, blanco voorgeschiedenis
    i. S/ Heeft er een lastig weekend op zitten. Woonde samen met partner, maar die heeft iemand anders ontmoet en is dit weekend verhuisd. Weet dat hij dit wel te boven komt, maar het is even heel moeilijk om te plaatsen. Geen zelfmoordgedachten. Kon het deze ochtend niet opbrengen om te gaan werken. Kan zich op niets concentreren.
    ii. Hoeveel dagen vult u in op het afwezigheidsattest? (Antwoord met '0' indien u de patiënt arbeidsgeschikt acht.)