Arbeids(on)geschiktheid bij lage rugpijn

Hoe beslissen verschillende disciplines artsen over deze problematiek?

Marie Eysackers, Universiteit Antwerpen

Roxane Basstanie, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven

Copromotor: dr. Maaike Van Overloop

Master in de Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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.

Arbeids(on)geschiktheid bij lage rugpijn

Hoe beslissen verschillende disciplines artsen over deze problematiek?

Auteurs

- Roxane Basstanie en Marie Eysackers zijn huisarts in opleiding, verbonden aan de Universiteit Antwerpen en KU Leuven.
- Prof. Dr. Lode Godderis is gewoon hoogleraar aan de KU Leuven en CEO van IDEWE.
- Dr. Maaike Van Overloop is huisarts, lid van de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen en het Verzekeringscomité op het RIZIV.

Inleiding

In 2021 consulteerden 4.1% van de patiënten de huisarts met lage rugpijn (1, 2). 10% van de arbeidsongeschiktheid die langer dan een maand duurde, werd veroorzaakt door lage rugpijn (3). In 2020 vertegenwoordigde lage rugpijn 5.6% van de verloren gezonde levensjaren (DALY) in België (4). Het heeft daarbij een jaarlijkse maatschappelijke kost van tussen de 270 miljoen en 1.6 miljard euro (3).

Recente richtlijnen voor lage rugpijn bevelen aan dat werk of dagelijkse activiteiten zo mogelijk gecontinueerd moeten worden of dat de werkhervatting zo snel mogelijk moet worden aangemoedigd (5-7). Er bestaat ook een Terug Naar Werk fiche voor aspecifieke lage rugpijn, gepubliceerd door de federale overheid (8). Uit literatuur blijkt echter dat artsen niet altijd de richtlijnen volgen (9).

Wettelijk gezien is men arbeidsongeschikt indien men door letsels of functionele stoornissen minder dan een derde van zijn verdienvermogen kan bewerkstelligen (10). Tijdens de opleiding worden er weinig handvaten meegegeven om over arbeidsongeschiktheid te beslissen (11). Hoe artsen uiteindelijk een beslissing nemen over arbeidsongeschiktheid, is nog onvoldoende gekend.

Er zijn al verschillende risicofactoren gekend voor het chronisch beloop van lage rugpijn, zoals ernstige pijn, een psychiatrische comorbiditeit, angst voor pijn en catastroferen. Deze risicofactoren zijn ook allemaal vervat in het vlaggensysteem van de Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) richtlijn (5).

Specifiek voor arbeidsongeschiktheid en/of werkhervatting bij lage rugpijn zijn volgende determinanten onderzocht: leeftijd (6, 12, 13), geslacht (6, 13), opleidingsniveau (14), de aanwezigheid van uitstralende pijn (6, 13, 15), de mate van functiebeperking (6, 12, 13, 15-18), het voorkomen van tegelijk nek- en rugklachten (19), depressie (12, 14, 17), pijn catastroferen (15, 20, 21), vermijdingsgedrag (6, 12, 16, 20, 21) en job perceptie (14, 17).

In een recenter onderzoek van K. Goorts *et al.* wordt aangegeven dat psychosociale determinanten inzake duur van algemene arbeidsongeschiktheid belangrijk blijken te zijn. Determinerende groepen zijn factoren gerelateerd aan het functioneren (gezondheidsperceptie, psychologische stress, ...), aan het werk, aan de persoon en aan stressvolle gebeurtenissen in het leven (22).

Ook de verwachting van de patiënt over de duur van de arbeidsongeschiktheid kan een invloed hebben op het uiteindelijk afwezigheidsattest (11).

Deze kwalitatieve studie gaat na op basis van welke factoren huisartsen, arbeidsartsen, adviserend artsen en controleartsen arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn bepalen en of hierbij verschillen of gelijkenissen bestaan tussen deze vier artsengroepen.

Kader aanvullende informatie

Wie is wie? (23)

- Huisarts: de behandelend arts in de eerste lijn*.
- Arbeidsarts: werkt onafhankelijk van de werkgever, staat in voor preventie op het werk en begeleiding van re-integratie*.
- Adviserend arts: werknemer van het ziekenfonds die een beoordeling maakt over arbeidsongeschiktheid, beoordeelt over tussenkomsten van het ziekenfonds en re-integratie begeleidt*.
- Controlearts: werkt in opdracht van de werkgever, gaat na of iemand arbeidsongeschikt is en bepaalt hiervan ook de waarschijnlijke duur.

* Kunnen onderling overleggen via het trio-overleg.

Kader

Wat is gekend

- Lage rugpijn is een veelvoorkomend probleem in de huisartsenpraktijk.
- Er is al retrospectief onderzoek gebeurd naar determinanten van arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn.
- Richtlijnen bevelen aan om bij lage rugpijn zo mogelijk werk en activiteiten te continueren of zo snel mogelijk werk terug te hervatten.

Wat is nieuw

- De visie van artsen over arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn komt grotendeels overeen met eerder onderzoek naar determinanten van arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn.
- Huisartsen houden meer rekening met klinische factoren, terwijl arbeidsartsen en adviserend artsen meer aandacht besteden aan de werkomgeving.
- Verder wordt er rekening gehouden met de gezondheidsperceptie van de patiënt en de inspraak van de patiënt.

In de praktijk

- Het blijft belangrijk om patiënten zo veel mogelijk te activeren bij lage rugpijn.
- Psychosociale factoren spelen een rol bij de aanpak van lage rugpijn.
- In de toekomst kan het goed zijn meer aandacht te besteden aan arbeidsgeschiktheid in plaats van arbeidsongeschiktheid.

Methode

De rekrutering verliep via mail via de huisartsenkringen, via de verenigingen en bedrijven voor arbeidsartsen, via de mutualiteiten voor adviserend artsen en via de sociale secretariaten voor controleartsen. Huisartsen werden gerekruteerd in provincie Antwerpen en andere artsen in Vlaanderen. Verder werd er ook een oproep verspreid via LinkedIn.

Elke arts die reageerde op de oproep werd geïncludeerd. Exclusiecriteria waren gepensioneerde artsen, studenten geneeskunde of artsen met een andere actieve discipline. Er werden semigestructureerde interviews uitgevoerd, online of fysiek, met audio-opnames. De rekrutering en de interviews vonden plaats vanaf januari 2023 tot en met augustus 2023. Er werd uitgegaan van convenience sampling, met het principe van datasaturatie, met een vooropgestelde steekproefgrootte van 24 artsen, zes per discipline. Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité op 20/12/2022, nummer MP023211.

Parameters

Eerst werden sociodemografische factoren bevraagd. Een casus over lage rugpijn (minderjarigen en zwangeren buiten beschouwing gelaten) werd voorgesteld waarna gepeild werd naar determinanten van arbeidsongeschiktheid, weerhouden uit literatuuronderzoek. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd door beide masterproefstudenten apart, op basis van een stapsgewijze zoekstrategie volgens de Evidence Based Medicine piramide en vergeleken. Er werd gescreend naar duur en determinanten van arbeidsongeschiktheid bij (sub)acute lage rugpijn.

Analyse

Er werd gewerkt volgens een thematische analyse (24). Elk interview werd letterlijk uitgeschreven door één masterproefstudent en nagelezen door de andere masterproefstudent. Hierdoor werden de studenten vertrouwd met de data. Gegevens werden gepseudonimiseerd. Transcripties werden gecodeerd in het programma Nvivo. Twee interviews per artsengroep werden door beide masterproefstudenten gecodeerd, vergeleken en besproken. Daarna vervolledigde één student de codering van de groep huisartsen en controleartsen en de andere student de codering van de groep arbeids- en adviserend artsen, om zo datasaturatie te ervaren. Elke factor die aangehaald werd, werd gecodeerd. Nadien werden deze codes herhaaldelijk bediscussieerd en zo nodig gereviseerd om de uiteindelijke codes te bepalen. Vervolgens werden de codes gestructureerd tot overkoepelende thema’s (inductieve methode). Ten slotte werden verbanden gelegd om zo hoofdthema’s te bekomen.

Resultaten

Er werden in totaal 25 artsen geïnterviewd, zeven huisartsen (één in opleiding), zes adviserend artsen (één in opleiding), zes controleartsen en zes arbeidsartsen. Sociodemografische verdeling kan u vinden in tabel 1.

Er werden twee hoofdclusters weerhouden: omgevingsfactoren en patiëntfactoren. Verdere onderverdeling wordt weergegeven in figuur 1 en verdere uitleg over de inhoud van de verschillende factoren in tabel 2.

Subcluster “sociodemografische factoren”

Geen enkele arts van de vier artsengroepen houdt rekening met geslacht. Het merendeel van de artsen houdt geen rekening met opleiding en er is een wisselende houding ten opzichte van leeftijd, enkel de huisartsen houden met beide factoren geen rekening. Wanneer er rekening gehouden wordt met leeftijd, leidt een oudere leeftijd tot langere arbeidsongeschiktheid.

> *GESLACHT: “Man of vrouw maakt op zich geen verschil naar klachten toe, het is de klachten die het functioneren bepalen en niet het geslacht.” (adviserend arts)*

Subcluster “medische status”

Enkele artsen houden rekening met de voorgeschiedenis (zowel algemeen als locomotorisch) en sommigen bevragen een actieve levensstijl. Hier wordt geen duidelijk verschil tussen de vier groepen gezien.

Als er echter gekeken wordt naar de pijnanamnese, springen enkele zaken spontaan naar voren: de meeste artsen houden rekening met de ernst van de pijn en de mate van functiebeperking en in wisselende mate met de aanwezigheid van uitstralingspijn. Dit alles komt het meeste naar voor bij de huisartsen. De duur en het ontstaan van de klachten spelen weinig rol. Over de combinatie nek- en rugklachten en het effect van de behandeling zijn alle vier groepen verdeeld.

> *UITSTRALING: “Ik denk dat ik alleen maar arbeidsongeschiktheid zou geven als die echt uitstralende pijn heeft.” (huisarts)*
>
> *Tegenvoorbeeld UITSTRALING: “Die uitstraling hoeft niet per se ineens arbeidsongeschiktheid te betekenen, als het functioneren nog oké is en de pijnscore niet al te hoog.” (arbeidsarts)*
>
> *MATE VAN FUNCTIEBEPERKING: “Als hij echt zegt ‘ik hou het niet vol en ik kan ’s avonds en in mijn huis niets meer doen’ en die persoon begint zo echt te vertellen van wat er allemaal niet meer gaat, dan denk ik dat je zeker voor een korte periode een arbeidsongeschiktheid kunt verantwoorden.” (adviserend arts)*
>
> *ERNST PIJN: “Voor mij is arbeidsongeschiktheid echt puur hoeveel last heeft de patiënt.” (huisarts)*

Factoren uit het klinisch onderzoek hebben een wisselende invloed. Over de invloed van de proef van Lasègue zijn de meningen verdeeld. De meerderheid van de artsen houdt rekening met de aanwezigheid van rode vlaggen, maar de invloed op arbeidsongeschiktheid is ook hierbij verdeeld. Specifiek over de aanwezigheid van uitval is de meerderheid van de artsen het eensgezind dat dit voor arbeidsongeschiktheid zorgt.

LASÈGUE: "Moest hij een positieve Lasègue hebben, dat zou voor mij een verschil maken en dan zou ik inderdaad vanaf begin twee weken arbeidsongeschikt schrijven." (adviserend arts)

Tegenvoorbeeld LASÈGUE: "Het is niet d' office dat een positieve Lasègue voor mij een volledige arbeidsongeschiktheid is nee, absoluut niet, dan ga ik kijken wat die persoon wel kan en dan ga ik echt met de werkgever in overleg om tijdelijk een aangepaste job te doen" (arbeidsarts)

RODE VLAGGEN: "Als die geen kracht meer heeft in zijn been, door zijn been zakt of urinaire incontinent is plotseling of zadelanesthesie heeft, ja dan is die natuurlijk arbeidsongeschikt." (adviserend arts)

Subcluster "mentale status"

Alle artsengroepen houden vervolgens rekening met de mentale gezondheid van de patiënt, maar er wordt niet altijd van een langere arbeidsongeschiktheid gesproken. Verder geven controleartsen aan rekening te houden met of patiënten al dan niet simulatie gedrag vertonen. De persoonlijkheid van de patiënt speelt ook een wisselende rol, enkel de arbeidsartsen halen dit niet aan. De werkwilligheid van de patiënt wordt ook in alle groepen aangehaald, maar het is onduidelijk welke invloed deze heeft.

MENTALE GEZONDHEID: "Als je mensen hebt met neiging van daarbij komende depressiviteit of zoals je dat ook aangeeft snel angstig te zijn, dat uitvergroten of grote preoccupatie daarmee hebben. Ja, dat zou wel een keer de arbeidsongeschiktheid kunnen beïnvloeden, in de zin dat die langer gaat uitvallen." (adviserend arts)

PERSOONLIJKHEID: "Het karakter, een beetje de persoonlijkheid, in die zin heb je van nature courageuze mensen of optimisten, dan ga je waarschijnlijk ook veel minder lang schrijven, gewoon omdat je weet die mensen boksen zich daaruit, maar mensen die snel in paniek zijn of snel dramatiseren, geen grote draagkracht hebben… Ja, dat speelt allemaal wel een beetje een rol hè." (adviserend arts)

Subcluster "perceptie gezondheid"

In alle artsengroepen wordt er rekening gehouden met ziekte-inzicht. Ziekteverzuim wordt voornamelijk aangehaald door de huisartsen en in mindere mate door de controleartsen en arbeidsartsen. Of de patiënt ongerust is over de oorzaak van de klachten heeft voor de meeste artsen geen invloed. De artsen hebben een wisselende mening over pijnvermijdend gedrag. Controleartsen en adviserend artsen geven aan rekening te houden met de pijnbeleving van patiënten.

ZIEKTE-INZICHT: "Verwachting is wel dat mensen met minder ziekte-inzicht langer gaan thuisblijven." (adviserend arts)

PIJNVERMIJDEND GEDRAG: "Op zich is arbeidsongeschiktheid heel simpel en maakt pijnvermijdend gedrag niet uit voor evaluatie van arbeidsgeschiktheid of ongeschiktheid. Ik denk dat het de beoordeling ervan wel moeilijker maakt." (adviserend arts)

Subcluster "zorgomgeving"

Een groot deel van de artsen haalt spontaan aan dat inspraak van de patiënt een invloed heeft op arbeidsongeschiktheid, enkel arbeidsartsen halen dit niet aan. De vertrouwensband is een factor dat door alle groepen spontaan wordt aangehaald, maar in iets mindere mate.

Verder spelen ervaring van de arts, dag van de week waarop de patiënt op consultatie komt en wachttijd tot afspraak bij een arts of verder onderzoek een rol bij sommige artsen. Deze factoren zijn eveneens niet aangehaald door arbeidsartsen.

> *INSPRAAK VAN DE PATIËNT: “Maar als hij nu echt die vraag zou hebben van: "het gaat echt niet op het werk", dan zou ik dat ook wel een beetje bij de patiënt leggen.” (huisarts)*
>
> *VERTROUWENSBAND: “Wij beseffen heel goed dat wij een hele andere relatie hebben met patiënten. Als huisarts moet je een vertrouwensband hebben en moet je er echt zijn om uw mensen te helpen en dus ga je rapper schrijven natuurlijk.” (adviserend arts)*

Subcluster “patiëntomgeving”

Er wordt door meerdere artsen aangehaald dat thuissituatie een rol speelt. Financiële situatie komt maar een enkele keer naar boven.

Als het over het werk gaat, doet enerzijds de aard van de job ertoe volgens de meeste artsen, met een fysiek zwaardere job vaak als factor voor een langere arbeidsongeschiktheid. Dit komt in alle groepen naar boven. Anderzijds wordt er in alle groepen ook rekening gehouden met de werkomgeving en het mentale welzijn op het werk. Werkomgeving komt meer aan bod bij arbeidsartsen en adviserend artsen, terwijl het mentale welzijn op het werk gelijker verdeeld is.

> *THUISSITUATIE: “Thuissituatie, dat is zeker ook nog wel belangrijk. Dat kan een positieve factor zijn om wel te gaan werken of een negatieve factor, als de thuissituatie heel moeilijk is dan zijn dat vaak mensen die graag wel gaan werken.” (huisarts)*
>
> *AARD VAN DE JOB: “Als hij de bewegingen niet echt hoeft uit te voeren tijdens zijn werk dan is er op zich ook niet echt een arbeidsongeschiktheid lijkt mij.” (adviserend arts)*

Bespreking

Subcluster “medische status”

De meeste artsen geven aan dat de ernst van de pijn en de mate van functiebeperking hun beslissing tot arbeidsongeschiktheid beïnvloeden. Uit literatuur komen ernst van de pijn en disfunctioneren naar voor als determinanten voor arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn (17, 18), met ook bewijs dat meer disfunctioneren en in mindere mate ernstigere pijn langere ziekteduur geeft (13). Mildere pijn en minder disfunctioneren zijn voorspellers om terug aan het werk te gaan (12, 15, 16).

Deze factoren komen voornamelijk aan bod bij huisartsen. De kerntaak van de huisarts, dewelke ook de behandelend arts is, is in eerste plaats een diagnose stellen en een behandelplan opstellen, wat mogelijks maakt dat zij meer aandacht hebben voor anamnestische factoren. Huisartsen staan vaak dichter bij de patiënt en zijn omgeving en handelen in eerste instantie in functie van het welzijn van de patiënt en minder in functie van de werksituatie of maatschappij.

Over de proef van Lasègue en de aanwezigheid van de rode vlaggen zijn de meningen verdeeld. Uitval zou volgens de meeste artsen wel een invloed hebben. De studie van Oosterhuis *et al.* toont dat een negatieve proef van Lasègue een voorspeller is om sneller terug aan het werk te gaan, maar dat neurologische afwijkingen of symptomen geen voorspellers zijn (12).

In dit thema zien we geen duidelijke verschillen tussen de verschillende artsengroepen.

Subcluster “perceptie gezondheid”

Ziekte-inzicht wordt spontaan aangehaald als een factor waar sommige artsen rekening mee houden. Enerzijds wordt aangehaald dat patiënten geen 100% hersteld moeten zijn om terug aan het werk te gaan, wat ook overeenkomt met de Belgische wetgeving (10). Dit komt ook terug in de recente voorstelling van de Terug Naar Werk fiches, waarbij geduid wordt dat er een verschil is tussen arbeidsongeschiktheidsduur en herstelduur (8).

Anderzijds gaat het over het inzicht van patiënten over de diagnose en behandeling van lage rugpijn. In de literatuur is er weinig terug te vinden dat ziekte-inzicht specifiek een invloed heeft op arbeidsongeschiktheid van lage rugpijn, maar wordt ziekte-inzicht wel aangegeven als risicofactor voor chronisch beloop van rugklachten (1, 25).

Over pijnvermijdend gedrag zijn de meningen verdeeld. Uit onderzoek blijkt dat kinesiofobie een voorspellende factor is voor arbeidsongeschiktheid (18, 21). Het blijkt ook dat minder kinesiofobie zorgt voor snellere werkhervatting (12). Vervolgens blijken angstvermijdende overtuigingen en catastroferen ook determinanten voor arbeidsongeschiktheid (18) en werkhervatting (12, 26).
Verder werd ook in het onderzoek van Goorts *et al.* aangetoond dat gezondheidsperceptie van de patiënt een significante psychosociale determinant is van algemene arbeidsongeschiktheidsduur (22).

In dit thema zien we geen duidelijke verschillen tussen de verschillende artsengroepen.

Subcluster “zorgomgeving”

Een groot deel van de artsen haalt spontaan aan dat hij of zij belang hecht aan inspraak van de patiënt. Uit literatuur komt dat herstelverwachting van de patiënt een voorspeller is voor werkhervatting (15, 26). Verder blijkt dat de vraag van patiënten de uiteindelijke beslissing van huisartsen soms beïnvloedt (11).

Dit komt voornamelijk aan bod bij de huisartsen en adviserend artsen, in mindere mate bij de controleartsen en niet bij de arbeidsartsen. Huisartsen en adviserend artsen zijn diegenen die moeten beslissen over arbeidsongeschiktheid, arbeidsartsen dienen dit niet te doen. Een belangrijke nuance hierbij is dat sommige arbeidsartsen, voornamelijk zij die werken bij een interne dienst, patiënten ook vroeg in het proces zien en mogelijks dichter bij hen staan. Echter, maar één van onze arbeidsartsen die we interviewden was van een interne dienst, alle anderen waren van een externe dienst.

Subcluster “patiëntomgeving”

In alle groepen wordt de thuissituatie als relevant aangehaald. Uit literatuur komt naar voor dat sociale isolatie en sociale dysfunctie een voorspeller is voor langere ziekteduur (11, 13). De financiële situatie komt weinig naar voor in ons onderzoek, ook in literatuur is er geen duidelijk bewijs dat dit een voorspeller is (13).

Een fysiek zwaardere job is vaak een factor voor het schrijven van arbeidsongeschiktheid. Uit literatuur blijkt dat een zware job leidt tot langere arbeidsongeschiktheid (13) en dat een lage fysieke werkbelasting een gunstige factor is voor werkhervatting (12).

Met de werkomgeving wordt ook rekening gehouden bij de beslissing tot arbeidsongeschiktheid. Voornamelijk de mogelijkheid tot aangepast werk en de aanwezigheid van hulpmiddelen worden benoemd. Ook met het mentale welzijn op het werk wordt soms rekening gehouden bij de beslissing tot arbeidsongeschiktheid. Uit literatuur blijkt dat controle over het werk een voorspeller voor arbeidsongeschiktheid is (14, 17), daarnaast blijkt minder stress op het werk ook een voorspeller te zijn voor werkhervatting (12).

Mentaal welzijn op het werk komt ook naar voren uit het onderzoek van Goorts *et al.*, waarbij voldoening over de job, sociale ondersteuning van leidinggevenden en collega’s en autonomie op het werk significante psychosociale determinanten blijken van algemene arbeidsongeschiktheidsduur (22) .

De aard van de job en het mentaal welzijn op het werk is gelijk verdeeld in alle groepen. Werkomgeving komt voornamelijk bij adviserend en arbeidsartsen naar boven. Dit kan te maken hebben met de kerntaak van arbeidsartsen en adviserend artsen, gezien zij zich veel intensiever met re-integratie en aanpassingen op het werk bezighouden en hier ook meer kennis over hebben.

Naar de toekomst toe

Uit de richtlijnen over acute lage rugpijn komt het belang van een snelle werkhervatting duidelijk naar voor (1, 5, 6, 25). Is er nood aan een richtlijn wat zo snel mogelijk is? Uit Lewis *et al.* blijkt dat er geen duidelijke evidentie is dat het schrijven van arbeidsongeschiktheid een significante impact heeft op de klinische uitkomst (18). Dit suggereert dat het belangrijk blijft, zowel op individueel niveau als op maatschappelijk niveau, om patiënten zoveel mogelijk te stimuleren hun activiteiten te blijven uitvoeren.

Echter, uit ons onderzoek blijkt dat de gezondheidsperceptie en het in gesprek gaan met de patiënt belangrijke factoren zijn die het beslissingsproces over arbeidsgeschiktheid kunnen beïnvloeden, net zoals ook blijkt uit het onderzoek van Goorts *et al* (22).

Enerzijds, het lijkt van belang te zijn om te beseffen dat de taak van een arts verder gaat dan alleen het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Hun taak is ook het aftoetsen van de gezondheidsperceptie van de patiënt over lage rugpijn en hierover eventuele educatie (motiveren tot bewegen, …) aanbieden. Als laatste kan het aftoetsen van de herstelverwachting van de patiënt en hierover in gesprek te gaan ook een belangrijke taak zijn.

Anderzijds is het mogelijks zinvol om patiënten bewust te maken van het belang om zo mogelijk terug aan het werk te gaan, zelfs als er nog resterende of terugkerende symptomen zijn, zoals ook vermeld is in de Terug Naar Werk fiche aspecifieke lage rugpijn (8). Dit ondersteunt het groeiende belang om meer te focussen op wat men nog wel kan, in plaats van wat men niet meer kan. In de Verenigd Koninkrijk bestaat reeds de 'fit note', een attest om mensen aan te moedigen in het (aangepast) blijven werken of in werkhervatting (18).

Sterktes en zwaktes

Er werden al veel retrospectieve en prospectieve onderzoeken gedaan naar determinanten van arbeidsongeschiktheid, in het algemeen en bij lage rugpijn, maar er zijn nog weinig onderzoeken gebeurd naar het gedachteproces bij artsen in kader van arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn.

Onze studie was een semigestructureerd onderzoek wat maakte dat er ruimte was voor artsen om spontaan zaken aan te brengen die zij relevant vonden. Dit gaf een bredere dimensie aan ons onderzoek.

Onze onderzoekspopulatie was relatief klein, met een focus op Vlaanderen, huisartsen zelfs voornamelijk in de provincie Antwerpen. Dit maakt het moeilijk om onze bevindingen te extrapoleren naar een algemeen standpunt van artsen in België of daarbuiten.

Gezien de kwalitatieve opzet van onze studie, kunnen we de causaliteit van de verbanden niet aantonen. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat de factoren onderling waarschijnlijk een invloed op elkaar hebben.

Besluit

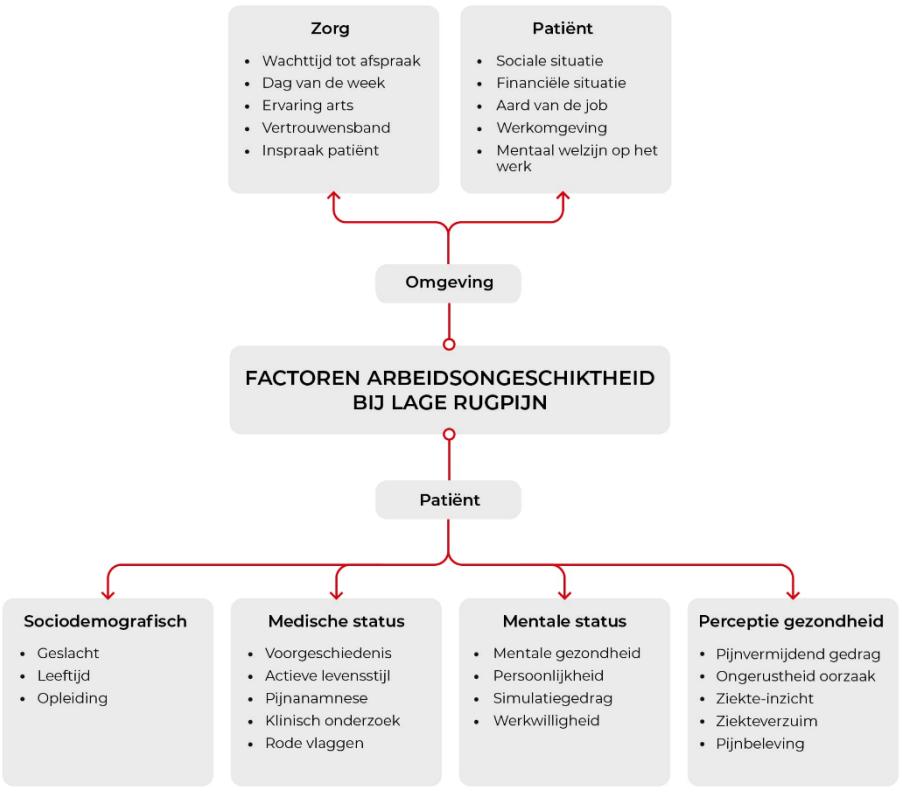
De visie van artsen over arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn komt grotendeels overeen met eerder onderzoek naar determinanten van arbeidsongeschiktheid bij lage rugpijn. Huisartsen houden meer rekening met klinische factoren, terwijl arbeidsartsen en adviserend artsen meer aandacht besteden aan de werkomgeving. Verder blijkt dat er rekening gehouden wordt met de gezondheidsperceptie van de patiënt en de inspraak van de patiënt. Deze factoren hebben een plaats in het bepalen van arbeidsongeschiktheid.

Correspondentie: Marie Eysackers – eysackers_marie@outlook.com

Met dank aan Marie-Claire Lambrechts en Jonas Steel, verbonden aan de KU Leuven, voor het begeleiden van de analyses.

Afbeeldingen

Figuur 1. Mindmap van hoofdclusters en onderverdeling in subclusters met bijhorende factoren.



Tabel 1. Sociodemografische verdeling van de geïnterviewde artsen.

	Algemeen (n=25)	**Huisarts (n=7)**	**Controlearts (n=6)**	**Arbeidsarts (n=6)**	**Adviserend arts (n=6)**
Totaal	25	7*	6	6*	6
Vrouw	16 (64%)	6* (85%)	0	6* (100%)	4 (66%)
Man	9 (36%)	1 (15%)	6 (100%)	0	2 (33%)
Leeftijd (mediaan – min/max)	51 (24/73)	30 (24/63)	65 (38/73)	55,5 (29/61)	41 (26/62)
Werksituatie		Werkzaam in groepspraktijk (3 of meer artsen)	Voorbeelden: Mediwe, Certimed...	1 intern 5 extern	5 liberale mutualiteit 1 vlaams & neutraal ziekenfonds

* waarvan 1 in opleiding

Tabel 2. Subclusters met bijhorende factoren en definities.

Factor	**Betekenis**	**Behorend tot interview-guide**	**Terug te vinden in literatuur**
Zorgomgeving			
Wachttijd tot afspraak	Tijd tot afspraak beeldvorming, huisarts of specialist		
Dag van de week	Het moment van de week waarop de patiënt de arts consulteert		
Ervaring arts	Ervaring van de arts in de discipline die hij of zij uitoefent		
Vertrouwensband	De band tussen arts en patiënt		X
Inspraak van de patiënt	Inspraak van en overleg met de patiënt in het beslissingsproces over arbeidsongeschiktheid		X
Patiënt omgeving			
Sociale situatie	Gezinssituatie, alleenstaand, ondersteuning thuis, sociaal netwerk		X
Financiële situatie	Financieel zelfredzaam, armoede, schulden		
Werkomgeving	Aangepast werk mogelijk? Hulpmiddelen beschikbaar? Ergonomische manier van werken?		
Mentaal welzijn	Hoe voelt patiënt zich op het werk? Band met collega's en/of baas?		X
Aard van de job	Fysiek belastend werk of niet? Welke functie? Zittende functie of niet?	X	X
Sociodemografische factoren			
Geslacht	Geslacht van de patiënt	X	X
Leeftijd	Leeftijd van de patiënt	X	X
Opleiding	Secundaire opleiding en / of diploma hoger onderwijs van de patiënt	X	X
Huidige medische status			
Algemene voorgeschiedenis	Comorbiditeiten zoals hart-, long-, nierlijden etc, medicatiegebruik, osteoporose, maligniteiten, ...		X
Locomotorische voorgeschiedenis	Voorgeschiedenis van rugproblematiek, andere locomotorische klachten, (complicaties van) rugoperaties, ...		

Actieve levensstijl	Lichaamsbeweging buiten het werk, huishoudelijk werk, sporten, ...		X
Duur van de klachten	Hoe lang zijn de pijnklachten al aanwezig?	Pijn-anamnese werd algemeen bevraagd	
Ontstaan van de pijn	Hoe is de rugpijn ontstaan: val, trauma, verkeerde beweging, ...		
Ernst van de pijn	Intensiteit van de rugpijn door middel van pijnscores en anamnese		X
Mate van functiebeperking	Inschatting van de arts hoe patiënt nog kan functioneren in dagdagelijkse leven (aan de hand van objectieve en subjectieve klachten)		X
Uitstralingspijn	Is er uitstralingspijn aanwezig (anamnestisch) of niet?		X
Combinatie nek- en rugpijn	Zijn er tegelijkertijd met de rugklachten ook nekklachten aanwezig?		X
Effect van behandeling	Effect van pijnstilling, kine, ... op de pijn		
Houding	Statiek en antalgische houding	Klinisch onderzoek werd algemeen bevraagd	
Gewicht	Wat is de body mass index (BMI) of gewicht van de patiënt?		X
Bewegingsbeperking	Bewegingsbeperking of blokkade		
Proef van Lasègue	Is er een afwijkende proef van Lasègue of niet?		X
Rode Vlaggen	Elementen die tot de rode vlaggen behoren volgende de KCE richtlijn: motorische of sensorische uitval, wervelslagpijn, nachtelijke pijn, ...		X
Mentale status van de patiënt			
Mentale gezondheid	Is de patiënt gestresseerd, depressief, angstig, ...?	X	X
Persoonlijkheid	Theatraliteit, neiging tot dramatiseren, ...		
Simulatiegedrag	Simuleert de patiënt (subjectief versus objectief)?		
Werkwilligheid	Is de patiënt bereid om te blijven werken of terug aan de slag te gaan?		
Perceptie gezondheid van patiënt			
Pijnvermijdend gedrag	Is de patiënt bang om te bewegen uit angst voor de pijn, stelt de patiënt ander pijnvermijdend gedrag?	X	X
Pijnbeleving	Hoe gaat de patiënt om met de pijn?		X

Ongerustheid oorzaak	Is er ongerustheid bij de patiënt over de oorzaak of beloop van zijn klachten?	X	X
Ziekte-inzicht	Patiënt zijn inzicht in rugklachten en in arbeidsongeschiktheid		
Ziekteverzuim	Is de patiënt vaak afwezig door ziekte (grijs of zwart ziekteverzuim)?		

Bibliografie

1. Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuijpers T, Ostelo RWJG, et al. Aspecifieke lagerugpijn: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2017 [Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/aspecifieke-lagerugpijn.
2. Intego. Prevalentie van L84 op praktijkpopulatie 2022 [13/3/2022]. Available from: https://intego.gbiomed.kuleuven.be/intego-apps/inc_prev_v0/
3. KCE. Chronische lage rugpijn: rust roest. 2007.
4. S.n. Verloren gezonde levensjaren: gezond belgië; 2022 [Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/bod-daly-nl.
5. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Klinische Richtlijn rond lage rugpijn en radiculaire pijn. Good Clinical Practice (GCP). Brussels. . Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017;KCE Reports 287A.
6. NHG. Ketenrichtlijn Aspecifieke Lage rugklachten. 2010.
7. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Acute and chronic low back pain. University of York Effective Health Care. 2000;6(5).
8. Federale overheidsdienst: sociale zekerheid. Terug naar werk fiche: Aspecifieke lage rugpijn 2024 [Available from: https://www.evidencelinker.be/SiteAssets/rtw/nl/aspecifieke-lage-rugpijn.pdf.
9. Fullen BM, Baxter GD, O'Donovan BG, Doody C, Daly LE, Hurley DA. Factors impacting on doctors' management of acute low back pain: a systematic review. Eur J Pain. 2009;13(9):908-14.
10. Belgisch wetboek. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. 1994 [Available from: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1994071438&table_name=wet.
11. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2010;28(2):67-75.
12. Oosterhuis T, Smaardijk VR, Kuijer PPF, Langendam MW, Frings-Dresen MHW, Hoving JL. Systematic review of prognostic factors for work participation in patients with sciatica. Occup Environ Med. 2019;76(10):772-9.
13. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. Occup Environ Med. 2005;62(12):851-60.
14. Holmberg SA, Thelin AG. Primary care consultation, hospital admission, sick leave and disability pension owing to neck and low back pain: a 12-year prospective cohort study in a rural population. BMC Musculoskelet Disord. 2006;7:66.
15. Du Bois M, Donceel P. A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. Eur Spine J. 2008;17(3):380-5.
16. Storheim K, Brox JI, Holm I, Bo K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. J Rehabil Med. 2005;37(6):365-71.
17. Melloh M, Elfering A, Salathe CR, Kaser A, Barz T, Roder C, et al. Predictors of sickness absence in patients with a new episode of low back pain in primary care. Ind Health. 2012;50(4):288-98.
18. Lewis M, Wynne-Jones G, Barton P, Whitehurst DG, Wathall S, Foster NE, et al. Should General Practitioners Issue a Sick Certificate to Employees Who Consult for Low Back Pain in Primary Care? J Occup Rehabil. 2015;25(3):577-88.
19. Nyman T, Grooten WJ, Wiktorin C, Liwing J, Norrman L. Sickness absence and concurrent low back and neck-shoulder pain: results from the MUSIC-Norrtalje study. Eur Spine J. 2007;16(5):631-8.
20. Besen E, Young AE, Shaw WS. Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. J Occup Rehabil. 2015;25(1):25-37.

21. Macias-Toronjo I, Rojas-Ocana MJ, Sanchez-Ramos JL, Garcia-Navarro EB. Pain catastrophizing, kinesiophobia and fear-avoidance in non-specific work-related low-back pain as predictors of sickness absence. PLoS One. 2020;15(12):e0242994.
22. Goorts K, Vandenbroeck S, Rusu D, Bois MD, Godderis L. Screening for the Risk on Long-Term Sickness Absence. Journal of Public Health Research. 2018;7(2):1419.
23. Bruneel E, Dierckx K. Vlaams patiënten platform: wie is wie? De expertiseartsen en hun opdracht. 2020.
24. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
25. Duodecim. Lage rugpijn 2017 [Available from: https://ebpnet.be/nl/ebsources/597?searchTerm=lage%20rugpijn
26. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine. 2008;65:507-17.

Bijlage: handleiding semigestructureerd interview

Voorafgaand het interview

De geïnformeerde toestemming (ICF) zal minimaal één week op voorhand worden verstuurd via e-mail naar de deelnemer zodat deze de tijd krijgt om dit door te nemen. Indien het interview live doorgaat zal voor dat het interview van start gaat, gevraagd worden de ICF te ondertekenen. Indien het interview online doorgaat, krijgt de deelnemer dit op voorhand via mail toegestuurd en wordt er gevraagd om dit ondertekend terug te sturen via mail. Uiteraard kan de deelnemer, zoals vermeld in de ICF, zijn toestemming tijdens of na het interview terug intrekken.

Hierna gaan we door met het inleidend gesprek en het interview.

Inleidend woord

Beste dr. ….

Zoals u al weet, ben ik Marie Eysackers/Roxane Basstanie en werk ik samen met Roxane Basstanie/Marie Eysackers aan een masterproef in kader van onze master na master (MaNaMa) Huisartsgeneeskunde. Wij worden begeleid door prof dr. Lode Godderis, onze promotor. Onze studie is goedgekeurd via de Ethische Commissie Onderzoek KU Leuven (MP023211).

We doen prospectief kwalitatief onderzoek naar de visie van verschillende disciplines artsen, waaronder uw discipline (keuze uit: huisarts/arbeidsarts/adviserend arts/controle arts) op arbeids(on)geschiktheid bij acute lage rugpijn.

We zouden eerst een aantal algemene vragen willen stellen om onze onderzoeksgroep te kunnen definiëren, zoals uw beroep, uw leeftijd, …. Daarna zouden we graag aan de hand van een voorbeeldcasus verder vragen willen stellen, waarbij we zullen focussen op de reden en duur van de arbeidsongeschiktheid en welke factoren dat er volgens u een rol spelen in dat verhaal. Belangrijk is dat u het Nederlands voldoende machtig bent, niet gepensioneerd bent en werkzaam bent in Vlaanderen. Is dat correct? *(ruimte laten voor de deelnemer)*

Het interview zelf zal ongeveer 30 à 45 minuten duren. Om de resultaten goed te kunnen verwerken, werken we met een audio opname. Bent u hiermee akkoord? *(ruimte laten voor de deelnemer)*

De deelname zal van u een tijdsinvestering vragen. Verder zijn er geen voor- of nadelen gekoppeld aan uw deelname. U krijgt op het einde van het interview wel de keuze of u uw e-mailadres wil achterlaten voor een terugkoppeling van de resultaten.

De deelname is vrijwillig, u heeft op eender welk moment het recht uw toestemming in te trekken. De gegevens die we tijdens dit interview verkrijgen, zullen vertrouwelijk verwerkt worden, zoals beschreven in het document van geïnformeerde toestemming. U kan tijdens het interview steeds vragen stellen, bij vragen na het afnemen van het interview kan u bij ons terecht via e-mail.

Ben u hiermee akkoord? *(ruimte laten voor de participant)*

Alvast nogmaals bedankt dat u wil deelnemen aan ons interview en onderzoek.

Het diepte interview - semi gestructureerd

Algemene vragen

Ik zou graag eerst wat algemene vragen willen stellen.

Vraag 1: Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Dat zeg ik liever niet
- Andere:…….

Vraag 2: Wat is uw leeftijd?

- Open vraag: …. Jaar

Vraag 3: Wat is het huidige beroep waarin u werkzaam bent?

- Huisarts
- Arbeidsarts
- Adviserend arts
- Controle arts

Vraag 4: Wat is uw vooropleiding? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisarts
- Verzekeringsgeneeskunde
- Arbeidsgeneeskunde
- Ziekenhuisspecialisatie: ……..
- Andere:....

Vraag 5: Indien u een andere vooropleiding dan uw huidige beroep heeft gedaan, heeft u dan ook dit beroep uitgeoefend en zo ja hoe lang?

Vraag 6: (opgesplitst per discipline)

A: (huisarts): in welke soort praktijk werkt u en met hoeveel artsen werkt u samen?

- solo arts
- duo praktijk
- groepspraktijk (hoeveel artsen?)
- medisch huis (hoeveel artsen?)

B: (arbeidsarts): werkt u via een interne of externe dienst voor Preventie en Bescherming op het werk? Zo extern, welke dienst? …..
C: (adviserend arts): voor welke mutualiteit werkt u?
D: (controle arts): voor welk bedrijf/organisatie werkt u?

Het interview

Nu gaat het interview verder met een casus die ik u zal voorstellen. Hier vindt u hem ook op papier zodat u mee kan volgen. Nadien volgen vragen die verder gaan op deze casus.

We stellen u Patrick voor, een 40-jarige man, in algemene goede gezondheid. Hij heeft geen specifieke medische of psychiatrische voorgeschiedenis.

Hij gaat bij zijn huisarts op consultatie gezien hij sinds 4 dagen klaagt van lage rugpijn. Dit is de eerste maal dat hij zich met deze klacht aanbiedt bij de huisarts. Hij heeft geen val of trauma meegemaakt. Hij heeft geen uitstralende pijn, geen urinaire of stoelgangincontinentie of retentie. Patrick rookt niet en drinkt sporadisch alcohol.

Als job oefent Patrick een bediende functie uit als baliemedewerker. Hij doet deze job graag en heeft een goed contact met zijn collega's en baas.

Verder geeft hij aan dat hij meer pijn heeft bij naar voor buigen of wandelen. Bij liggen is de pijn beter.

Klinisch is er een normale stand van de lumbale wervelkolom, lichte spierspanning van de paralumbale spieren met licht beperkte flexie van de lumbale wervelzuil. Er is geen wervelslagpijn, er is geen motorische of sensorische uitval van het onderste lidmaat en de reflexen van de onderste ledematen zijn symmetrisch normaal aanwezig. De proef van lasègue is bilateraal negatief.

Zo, dit was de casus. Nu volgen er een aantal vragen:

1. Hoe kijkt u naar arbeidsgeschiktheid bij deze man?
   Indien niet gespecificeerd: wat vindt u een correcte duur van arbeidsongeschiktheid? (specifiek vragen naar aantal dagen)
   Indien niet besproken: wat maakt dat u zo oordeelt (peilen naar factoren)?

2. Stel dat Patrick een vrouw is, wat zou dat met uw visie doen?
   Indien niet gespecificeerd: in welk opzicht? Verandert de duur?

3. Stel dat Patrick een andere leeftijd zou hebben, wat zou dat met uw visie doen?
   Indien niet gespecificeerd: in welk opzicht? Verandert de duur?

4. Zou de opleiding (bv. secundair onderwijs) van Patrick een verschil maken in uw visie?
   Indien niet gespecificeerd: in welk opzicht? Verandert de duur?

5. Wat zou er aan het klinisch onderzoek moeten veranderen om uw eerste antwoord te veranderen?
   Indien niet gespecificeerd:
   - bijvoorbeeld een fors beperkte range of motion (ROM)/moeite met uitkleden? Verandert de duur?
   - wel uitstralende pijn met een positieve lasègue test? Verandert de duur?

6. Uit onderzoek blijkt dat patiënt met simultane klachten van nek en rug vaak langer arbeidsongeschikt zijn, wat is uw ervaring hiermee of uw visie hierop?
   Indien niet gespecificeerd: Verandert de duur?

7. Hoe gaat u om met casussen waarbij patiënten pijnvermijdend gedrag stellen?
   Indien niet gedefinieerd: heel de dag in bed liggen uit angst voor de pijn waardoor voor de patiënt bewegen amper mogelijks is. Verandert de duur?

8. Hoe beïnvloedt de perceptie van de patiënt (over de oorzaak van de klachten) uw beslissingsproces over arbeidsgeschiktheid?
   Indien niet gespecificeerd: als de patiënt denkt dat er iets ernstig aan de hand is. Evalueren of iemand alarmsymptomen opnoemt. Verandert de duur?

9. Hoe beïnvloedt de mentale status van de patiënt uw beslissingsproces omtrent arbeidsgeschiktheid?
   Indien niet gespecificeerd: stel dat de patiënt toch gekend is met een depressieve stoornis. Verandert de duur?

   Uitleg die je hierbij kan geven: uit onderzoek blijkt dat een psychiatrische comorbiditeit een negatieve invloed heeft op de duur van arbeidsongeschiktheid.

10. Hoe beïnvloedt het werk van de patiënt uw beslissingsproces omtrent arbeidsgeschiktheid? Hoe schat u de werkbelasting in bij patiënten met lage rugpijn? Bevraagt u de functie/beroep?
    Indien niet gespecificeerd: verandert bijvoorbeeld een fysiek zware job de duur? Wat houdt een fysiek zware job voor u in?
    Deelvraag: houdt u rekening met de perceptie omtrent werkbelasting van de patiënt?

Bijkomende vragen:

11. Zijn er factoren die we nu niet besproken hebben, die volgens u wel degelijk een invloed hebben op de arbeidsgeschiktheid of ongeschiktheid bij lage rugpijn?

12. Zijn er zaken die worden aangehaald in de vragenlijst die volgens u wel degelijk een invloed kunnen hebben, maar die u zelf niet bevraagt of onderzoekt tijdens een consultatie rond lage rugpijn? En waarom?

13. Zoals u merkt en ook uit onderzoek blijkt, is de duur van het arbeidsongeschiktheidsattest bij lage rugpijn vaak onvoorspelbaar en zeer verschillend, wat is uw ervaring hiermee?

14. Opsplitsing verschillende disciplines:
    a. huisarts: als u in een groepspraktijk werkt, zijn er afspraken rond arbeidsongeschiktheid in de praktijk? Specifiek voor lage rugpijn? (bevragen vanaf duopraktijk)
    b. controle arts/arbeidsarts/adviserend arts: zijn er afspraken binnen jullie bedrijf in kader van arbeidsgeschiktheid? Specifiek voor lage rugpijn?

15. In de meeste richtlijnen werd als aanbeveling gegeven dat ‘de (werk)hervatting zo snel mogelijk moet worden aangemoedigd’, wat verstaat u hieronder?

16. Als u gebruik maakt van richtlijnen over arbeidsgeschiktheid bij lage rugpijn, welke bronnen gebruikt u?

17. Vindt u dat er meer concrete richtlijnen over de duur van ongeschiktheidsattesten bij lage rugpijn moeten komen?

18. Opsplitsing verschillende disciplines:
    a. huisarts: Hoe gaat u om met patiënten die specifiek naar een arbeidsongeschiktheidsattest vragen als ‘expectation van de ICE’?
    b. controle arts/arbeidsarts/adviserend arts: Hoe zou u omgaan met een patiënt die specifiek vraagt naar een arbeidsongeschiktheidsattest? Of hoe gaat u om met een patiënt die er op aandringt dat hij nog niet terug kan gaan werken en dus verlenging wilt van zijn arbeidsongeschiktheid? Bij vraag naar aangepast werk?

19. Als besluitende vraag: verschillende disciplines:
    a. Huisarts: wanneer neemt u contact op met de arbeidsarts? En hoe?
    b. Arbeidsarts: wanneer neemt u contact op met de huisarts? En hoe?
    c. Adviserend arts: wanneer neemt u contact op met de huisarts of arbeidsarts? En hoe?
    d. Controle arts: wanneer neemt u contact op met de huisarts of arbeidsarts? En hoe?