Arbeidsongeschiktheid na cholecystectomie: Huidige praktijk van huisarts en chirurg en vergelijking met internationale standaarden.

Dr. Daniels Adriaan, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Professor dr. Godderis Lode, Katholieke Universiteit Leuven

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

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021-2024

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.

Inhoud

Abstract 4
Inleiding 5
Onderzoeksvraag 6
Methode 6
Resultaten 7
Discussie 11
Besluit 13
Dankwoord 13
Bronvermelding 14
Lijst met afkortingen 15
Bijlages 16
1. Enquête 16
2. Arbeidsongeschiktheid volgens de Haute Autorité de Santé (HAS) 18

Abstract

Achtergrond: Een cholecystectomie is een frequent uitgevoerde ingreep. Gezien de meeste patiënten nog beroepsactief zijn, gaat dit gepaard met een belangrijke arbeidsongeschiktheid. Binnen de heelkunde is er een toenemende focus op minimaal invasieve procedures en sneller herstel na ingrepen. In hoeverre zich dit vertaalt naar de arbeidsongeschiktheid is echter nog onduidelijk.

Doel: Dit onderzoek wenst de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid bij Vlaamse chirurgen en huisartsen in kaart te brengen en deze aftoetsen t.o.v. een aantal internationale standaarden.

Methode: Een enquête werd verdeeld onder de Vlaamse huisartsen en chirurgen om te polsen naar hun voorschrijfgedrag en motivatie voor arbeidsongeschiktheid na een ongecompliceerde cholecystectomie.

Resultaten: 63 enquêtes konden geïncludeerd worden. De zwaarte van arbeid alsook de gekozen operatietechniek bepalen de gekozen duur van de arbeidsongeschiktheid. De graad van urgentie, de leeftijd van de arts of de specialiteit van de voorschrijver, bleken geen significant effect te hebben op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid. Keuzes werden door de meeste artsen (79%) gebaseerd op persoonlijke ervaring en lokale gewoontes en liggen in de meeste situaties 1 tot 4 dagen hoger als wat de internationale richtlijnen voorschrijven.

Besluit: Vlaamse artsen schrijven meer arbeidsongeschiktheid voor dan teruggevonden in internationale richtlijnen. Ze weerhouden wel dezelfde parameters: de fysieke zwaarte van de arbeid en de operatietechniek. De richtlijnen worden ook nauwelijks gebruikt. Uitwerking van Vlaamse/Belgische richtlijnen lijkt nuttig en noodzakelijk.

Inleiding

De cholecystectomie is een frequent uitgevoerde ingreep. Over de laatste 10 jaar werden er gemiddeld 24.225 interventies per jaar uitgevoerd in België oftewel 211 ingrepen/jaar/100.000 verzekerden. De mediane leeftijd van deze patiënten bedraagt 55 jaar (1). Een klassieke open cholecystectomie is lang de standaardbehandeling geweest, maar een shift richting minimaal invasieve chirurgie (minimally invasive surgery of MIS) is bezig en zet zich gestaag verder (2). De laparoscopische cholecystectomie is nu de gouden standaard geworden, niet alleen voor electieve procedures maar ook voor een acute cholecystectomie, dit omwille van het snellere herstel en minder postoperatieve pijn (3). Zelfs in de zwaarste gevallen wordt er nog steeds bij voorkeur voor een minimaal invasieve aanpak gekozen. Er wordt dan geopteerd om eerst een biliaire drainage te doen en in tweede tijd een (poging tot) laparoscopische cholecystectomie (3). Urgente procedures gaan gepaard met een hogere complicatie graad en aldus een hogere gemiddelde economische kost en ligduur dan de electieve procedures. Toch is er een tendens richting meer ingrijpen in de acute fase gezien er op deze manier een tweede aparte hospitalisatie en ziekteperiode wordt vermeden (4).

Verder is het concept van “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) iets wat de laatste 2 decennia gestaag aan belang wint. Dit bestaat uit preoperatieve optimalisatie van de patiënt (bvb. Rookstop, preoperatieve respiratoire kinesitherapie, behandelen van anemie…), vroege postoperatieve mobilisatie, snellere postoperatieve start van de perorale voeding en aangepaste anesthesiologische technieken. Dit alles met het oog op een zo snel mogelijk ontslag uit het ziekenhuis en hernemen van de dagelijkse activiteiten (5). Hierdoor gebeuren er steeds meer ingrepen in het chirurgisch dag hospitaal of tijdens zeer korte hospitalisaties en verplaatst de opvolging zich deels naar de 1ste lijn. Richtlijnen betreffende de opvolging na ontslag uit het ziekenhuis zijn echter schaars, waardoor er vooral experience-based wordt gewerkt (6).

In de literatuur kunnen we zien dat verschillende factoren bepalend zijn voor de totale arbeidsongeschiktheid (AO). Ten eerste zijn er factoren afhankelijk van de ingreep zelf: een Cochrane review uit 2006 toonde reeds aan dat patiënten die een laparoscopische ingreep ondergingen gemiddeld 3 dagen sneller uit het zienhuis waren en gemiddeld 22,5 dagen sneller terug aan het werk waren (2). Verder blijkt postoperatieve pijn en vermoeidheid een belangrijke impact te hebben op de werkhervatting (7). Ten tweede zijn er een aantal job-gebonden factoren die een belangrijke rol spelen: de fysieke zwaarte van de job, de job tevredenheid en de mate van financieel verlies tijdens de AO (7-8). Tenslotte toont Bisgaard aan dat preoperatieve verwachtingen en de voorgeschreven AO bij ontslag een belangrijke predictor zijn van de totale AO. Patiënten die voorafgaandelijk goed worden ingelicht over de duur van de AO die hen zal worden voorgeschreven, zijn doorgaans niet langer feitelijk AO dan deze voorgeschreven periode. De meerderheid (68/85) van de patiënten die fysiek sedentair of licht werk verrichten hervatten het werk na de voorgeschreven AO van slechts 2 dagen (7). Een duidelijke set met postoperatieve instructies van welke fysieke activiteiten kunnen en hoe deze progressief te hervatten zou verder kunnen bijdragen aan een snellere werkhervatting (6).

De duur tot werkhervatting varieert fors van 1 tot 10 weken (9). In de persoonlijke ervaring van de auteur die als assistent chirurgie actief was van 2013 tot 2020 in verschillende Vlaamse en Brusselse ziekenhuizen werd er meestal een periode van 3 tot 6 weken AO voorgeschreven. Nochtans adviseert het Royal Colleges of Surgeons of England een werkhervatting na 10 tot 14 dagen (10), de Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons een werkhervatting na 1 week voor een MIS ingreep en na 4 tot 6 weken voor een open ingreep (11) en de Haute Autorité de Santé (HAS) in Frankrijk een werkhervatting na 1 tot 5 weken in functie van de het type ingreep en de zwaarte van de arbeid (12). Het al dan niet urgent zijn van de ingreep wordt in deze richtlijnen amper hernomen, maar heeft in de ervaring van de auteur wel enige effect. Ten slotte valt op dat er nauwelijks recente literatuur over de werkhervatting na een cholecystectomie verschenen is, wat dan ook tot de onderzoeksvraag leidt.

Onderzoeksvraag

Het doel van deze studie is om in kaart te brengen hoeveel arbeidsongeschiktheid Vlaamse chirurgen en huisartsen voorschrijven in verschillende situaties na een niet-gecompliceerde cholecystectomie:

1. In hoeverre is de voorgeschreven AO afhankelijk van de gekozen techniek?
2. In hoeverre speelt de fysieke zwaarte van de arbeid van de patiënt een rol bij het voorschrijven?
3. In hoeverre is er een verschil tussen urgente en electieve procedures?
4. In hoeverre heeft de leeftijd of specialiteit van de voorschrijvende arts een invloed op de voorgeschreven AO? Dit laatste vanuit de hypothese dat oudere (huis)artsen minder vertrouwd zijn met de evoluties richting MIS en ERAS.

Vervolgens worden de resultaten vergelijken met de huidige internationale standaarden hieromtrent en wordt er gekeken of deze effectief als referentie gebruikt worden.

Methode

Een enquête (zie bijlage 1) werd opgesteld in Qualtrics via de KULeuven licentie en verspreid via Domus Medica, ICHO en via the Belgian Society of Surgery. Gezien de beperkte respons van chirurgen werd nadien via een mailinglijst van de Belgian Section of HepatoBiliary and Pancreatic Surgery de vragenlijst opnieuw verstuurd. Daarnaast werd de enquête via de sociale media van de auteur verspreid. Het betreft hier dus grotendeels een convenience sample.

De vragenlijst bestaat uit:

A) 3 beschrijvende karakteristieken van de voorschrijvend arts: de leeftijd, de specialiteit (huisarts, huisarts in opleiding, algemeen/abdominaal chirurg en hepatobiliaire chirurg of andere) en de plaats van tewerkstelling (Vlaanderen/Brussel of daarbuiten).

B) 16 vragen naar voorgeschreven arbeidsongeschiktheid met telkens 1 variabele aangepast: open versus laparoscopische ingreep, electieve versus urgente ingreep en zwaarte van arbeid (sedentair, licht, matig en zwaar fysiek werk)

De gradering van zwaarte van arbeid gebeurde conform het systeem van de HAS.

- Sedentair werk
- Licht fysiek werk: max 10kg tillen of repetitief max 5kg tillen
- Matig fysiek werk: max 25kg tillen of repetitief max 10kg tillen
- Zwaar fysiek werk: meer dan 25kg tillen of repetitief meer dan 10kg tillen

Onze vragenlijst is aldus een aangepaste versie van het model dat de HAS (12) voorstelt waarbij de factor urgentie als extra variabele wordt toegevoegd.

C) Tenslotte wordt er nog gepolst naar de onderbouwing van de keuze van duur van AO.

Er werd gemikt op een sample size van 30 ingevulde enquêtes per subgroep arts. Om geïncludeerd te kunnen worden moest de voortschrijvend arts actief zijn binnen Vlaanderen of Brussel. De voorschrijver moest daarnaast werkzaam zijn als huisarts/HAIO of als algemeen chirurg (of een van de subspecialiteiten van de algemene heelkunde). Er werd specifiek gevraagd naar een hepatobiliaire subspecialisatie omdat we deze groep als gouden standaard zouden willen gebruiken.

Om na te gaan wat het effect van de verschillende variabelen was op de voorgeschreven AO werd er gekozen voor linear-mixed model analyse binnen SPSS. Dit model laat goed toe om te werken met zowel verschillende fixed effects (de parameters waarvan we vermoeden dat ze een invloed hebben op de AO) als met random effects (de individuele verschillen tussen verschillende voorschrijvers). Daarnaast is dit een model dat ook toelaat om te werken met missing values, daar niet volledige ingevulde enquêtes ook meegenomen zullen worden in de statische analyse.

Resultaten

In totaal werd de enquête 95 keren ingevuld. Van deze 95 resultaten werden er 14 geschrapt omdat ze buiten de inclusie criteria vielen (niet werkzaam als huisarts of chirurg in Vlaanderen of Brussel). Vervolgens werden nog eens 18 resultaten geschrapt omdat geen enkele vraag over arbeidsduur ingevuld was. Hierdoor bleven er 63 resultaten over die werden gebruikt voor de verdere statische analyse. De groep hepatobiliaire chirurgen was met 7 ingevulde enquêtes te klein en werd voor de verdere analyses samen genomen met de groep algemeen chirurgen. Artsen die in de enquête een andere specifieke subspecialisatie van de algemene heelkunde vermelden zoals bijvoorbeeld kinderheelkunde werden ook onder de noemer algemeen chirurg geanalyseerd. Specialisten uit andere specialiteiten (urologie, plastische heelkunde) werden geëxcludeerd.

Uiteindelijk werden 29 enquêtes van chirurgen, 18 van afgestudeerde huisartsen en 16 van huisartsen in opleiding weerhouden. Gemiddeld was de arts die onze enquête invulde 36 jaar oud (min 26 en max 71 jaar). (zie tabel 1)

Leeftijd in jaar					
	N	Max	Min	Mean	Std. Deviation
Huisarts - Afgestudeerd	18	71	28	40	11
Huisarts in opleiding	16	41	26	28	5
Abdominaal/algemeen chirurg	29	56	26	38	8
Totaal	63	71	26	36	9

Tabel 1. Verdeling en leeftijd respondenten.

Zoals aangetoond in tabel 2, toont de analyse binnen het mixed-linear effects model dat de zwaarte van arbeid en techniek een statistisch significant effect hebben op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid. Het effect van de urgentiegraad is klein en niet statisch significant. De leeftijd en de specialisatie van de voorschrijver blijkt geen significant effect te hebben op het voorschrijfgedrag van de AO.

Type III Tests of Fixed Effects		
Factor	F	p-value
Zwaarte	155,57	<0,001
Techniek	310,17	<0,001
Urgentie	3,12	0,078
Leeftijd	0,43	0,977
Type arts	1,43	0,258

Tabel 2: Significantie van verschillende parameters. F staat voor sterkte van correlatie (grotere F = sterkere correlatie). p < 0,05 wordt als significant beschouwd.

Uit tabel 3 kunnen we aflezen dat er een tendens is naar langere AO bij zwaardere arbeid en bij een open ingreep. De bekomen resultaten worden vergeleken met de arbeidsongeschiktheid die de HAS voorstelt per subgroep.

Voorgeschreven AO in dagen						AO HAS	Verschil
Zwaarte arbeid en techniek		Estimated marginal means	Std. Error	95% Confidence Interval			
				Lower Bound	Upper Bound		
Sedentair	Laparoscopisch	11,6	1,0	9,6	13,5	7,0	4,6
	Open	18,7	1,0	16,8	20,7	14,0	4,7
Licht arbeid	Laparoscopisch	15,7	1,0	13,7	17,8	10,0	5,7
	Open	22,0	1,0	20,0	24,1	21,0	1,0
Matige arbeid	Laparoscopisch	19,1	1,0	17,1	21,2	14,0	5,1
	Open	25,3	1,0	23,2	27,3	28,0	-2,7
Zware arbeid	Laparoscopisch	24,3	1,0	22,2	26,3	21,0	3,3
	Open	31,1	1,0	29,0	33,1	35,0	-3,9

Tabel 3: Estimated marginal means op basis van het mixed effects marginal model met spreiding opgedeeld naar zwaarte van arbeid en operatietechniek. Vergelijking met arbeidsongeschiktheid aangeraden door HAS.

In tabel 4 kunnen we zien dat het verschil in AO tussen een electieve en urgente ingreep slechts 0,5 dag bedraagt en dat de confidence intervallen (95%) grotendeels overlappen.

Voorgeschreven AO in dagen				
Urgentiegraad	Estimated marginal means	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Electief	20,7	0,9	18,9	22,6
Urgentie	21,2	0,9	19,4	23,1

Tabel 4: Estimated marginal means op basis van het mixed effects marginal model met spreiding opgedeeld naar urgentiegraad.

In tabel 5 zien we dat de huisartsen in opleiding gemiddeld minder arbeidsongeschiktheid voorschrijven, maar ook hier overlappen de confidence intervallen grotendeels en zoals te zien is in tabel 2 is dit resultaat niet significant.

Voorgeschreven AO in dagen				
type arts	Estimated Marginal Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Huisarts - Afgestudeerd	21,9	2,2	17,3	26,5
Huisarts in opleiding	15,4	3,1	9,0	21,8
Abdominaal/ Algemeen chirurg	22,5	1,8	18,8	26,2

Tabel 5: Estimated marginal means op basis van het mixed effects marginal model met spreiding opgedeeld naar type arts.

Tenslotte werd er in de enquête gepeild naar de motivatie of fundering van het voorschrijfgedrag van de arbeidsongeschiktheid na cholecystectomie. Respondenten konden kiezen tussen “eigen ervaring”, “gelijkschakeling met collega’s”, “richtlijnen/evidence based medicine” of “andere” waarna ze zelf een verklaring konden invullen. Het was mogelijk om meer dan 1 antwoord te selecteren. Het vrije tekstveld werd maar 4 keer gebruikt. De antwoorden hier konden steeds teruggebracht worden naar “eigen ervaring” waarbij rekening moet gehouden worden met het type arbeid dat de patiënt verricht. Ze werden dan ook verder geanalyseerd samen met “eigen ervaring”.

Deze resultaten worden samengevat in onderstaande tabel 6.

Fundering voorschrijfgedrag				
	Eigen ervaring	Gelijkschakeling met collega's	Evidence based medicine	Geen antwoord
Huisarts - Afgestudeerd (n=18)	11 (61%)	9 (50%)	1 (6%)	5 (28%)
Huisarts in opleiding (n=16)	7 (44%)	11 (69%)	0	2 (13%)
Abdominaal/ algemeen chirurg (n=29)	14 (48%)	20 (69%)	0	5 (17%)
Totaal (n=63)	32 (51%)	40 (63%)	1 (2%)	12 (19%)

Tabel 6: Fundering of motivering voorschrijfgedrag naar type arts.

Discussie

In het eerste deel van ons onderzoek werd er op zoek gegaan naar de parameters die de voorgeschreven AO beïnvloeden.

De eerste 2 onderzoeksvragen: “Is er een effect is van de gekozen operatietechniek?” en “Is er een effect is van de zwaarte van arbeid?” kunnen duidelijk positief beantwoorden worden. De gekozen operatietechniek en de zwaarte van arbeid vertonen een sterke correlatie met de voorgeschreven AO. (zie tabel 2) Dit ligt in lijn met de aangehaalde literatuur in de inleiding (2,7,12). Het effect van zwaarte van arbeid en operatietechniek is zowel statisch significant ($p<0,001$) alsook klinisch relevant (zie tabel 3). De hoeveelheid voorgeschreven AO verdriedubbelt bijna van 11 dagen in de lichtste categorie (sedentaire job, laparoscopische ingreep) naar 31 dagen in de zwaarste categorie (zware arbeid, open ingreep).

De 3de onderzoeksvraag: “Of er een verschil is tussen urgente en electieve procedures?” moet negatief beantwoord worden. De graad van urgentie heeft geen significante invloed op de AO (zie tabel 4). Mogelijk speelt de grootte van de steeksproef hierin een rol, de auteur vermoedt echter op basis van de bekomen resultaten dat zelfs als er bij een grotere steekproef wel een significant verschil zou kunnen worden waargenomen, dit verschil eerder klein zou zijn, en dus klinisch minder relevant.

Ook het antwoord op de 4de onderzoeksvraag: “Is er een effect van de leeftijd of het specialisme van de voorschrijvend arts?” is negatief. De leeftijd van de arts of het type arts heeft geen significante correlatie met de voorgeschreven AO (zie tabel 2). De HAIO’s lijken wel terughoudender te zijn in hun voorschrijfgedrag, maar de spreiding op deze cijfers is dermate groot dat we hier geen conclusies aan kunnen verbinden. (zie tabel 5)

In het tweede deel van de studie wordt er gekeken in hoeverre dit gebaseerd is op en correleert met de internationale richtlijnen.

Deze bevindingen op de eerste 4 onderzoeksvragen liggen in lijn met de aanbevelingen van de HAS die ook de parameters zwaarte van arbeid en operatietechniek gebruikt om de richtlijnen betreffende AO op te stellen. In de richtlijnen van de HAS wordt wel vermeld om de arbeidsongeschiktheid eventueel verder aan te passen in functie van de aanwezigheid van een cholecystitis (= een urgente procedure), wat in deze studie dus eerder verwaarloosbaar lijkt te zijn. (zie bijlage 2) (12).

Als dan gekeken wordt naar de effectief voorgeschreven AO voor alle klassen van zwaarte van arbeid en operatietechniek valt op dat Vlaamse artsen gemiddeld in de meeste indicaties enkele dagen (1 tot 4 dagen) meer AO voorschrijven dan de HAS voorstelt. Enkel bij matige en zware arbeid in combinatie met een open ingreep schrijft de Vlaamse arts 2 tot 4 dagen minder AO voor (zie tabel 2).

Bij het peilen naar de motivatie/fundering blijkt dat Vlaamse artsen zich nauwelijks baseren op richtlijnen of wetenschappelijke artikels bij de keuze voor de voorgeschreven AO (zie tabel 5). De grote meerderheid geeft aan dat ze het zuiver op eigen ervaring (50%) en/of op gelijkschakeling met de collega’s (63%) baseren. Samengenomen baseert 79% zich op ervaring. Slechts 1 respondent geeft aan de bestaande richtlijnen te gebruiken. Dit stemt

overeen met het artikel van Van Vliet, die stelt dat de keuze van de duur van AO meestal experience-based gebeurt (6). De literatuur over AO bij cholecystectomie is echter ook schaars, en Belgische/Vlaamse richtlijnen ontbreken. Dit zou misschien ook kunnen verklaren waarom HAIO's minder arbeidsongeschiktheid lijken voor te schrijven dan chirurgen of huisartsen bij gebrek aan deze ervaring (zie tabel 5).

Als sterkte van de studie zou de auteur de zeer afgetekende resultaten met hoge F-factor en zeer lage p-value ($p<0,001$) voor de belangrijkste 2 weerhouden factoren (zwaarte van arbeid en operatietechniek) willen aanstippen. Verder is de voorgestelde AO zoals bekomen in tabel 2 ook gemakkelijk te gebruiken door (jonge) artsen om hun keuze in de dagelijkse klinische praktijk te onderbouwen. De resultaten over het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing bij het voorschrijven van AO zijn ook zeer duidelijk en mogen in een tijd van evidence-based medicine als ontnuchterend beschouwd worden.

Verder zijn er een aantal zwaktes in de uitgevoerde studie. De vooropgesteld sample size van 30 enquêtes per subgroep artsen werd niet behaald en dit door het relatieve hoge aantal exclusies. 32 van de 95 enquêtes moest geschrapt worden wegens niet binnen de inclusiecriteria of omdat er geen enkele arbeidsongeschiktheid ingevuld was. De subgroep van de hepatobiliaire chirurgen, dewelke als gouden standaard bedoeld was om de andere subgroepen tegen af te zetten, was zelfs dermate klein dat deze mee in de analyse voor de abdominaal/algemene chirurgen moest geïncludeerd worden. De chirurgen werden grotendeels via een convenience sample bekomen. Hierdoor zullen er waarschijnlijk disproportioneel veel chirurgen die in Brussel of omstreken actief zijn, geïncludeerd zijn omdat de auteur hier het sterkst ontwikkelde netwerk heeft. Dit zal een zekere geografische bias vormen maar er is geen enkele reden om een sterke geografische spreiding in het voorschrijfgedrag van AO te vermoeden dus kan de steekproef toch als representatief beschouwd worden. Daarnaast is er een zekere sampling bias. Het linear-mixed model dat gekozen werd voor analyse is geschikt om te werken met missing data. Het model verondersteld wel dat de missing data volledig at random zijn. In de dataset wordt echter gezien dat er meer missing data zijn naarmate men verder in de enquête komt en de vragen dus gesteld worden over relatief zwaardere casussen. Aangezien deze casussen in de praktijk ook minder frequent voorkomen, lijkt dit de auteur geen onoverkoombaar probleem, maar een correctie hiervoor uitvoeren is niet mogelijk.

Er is geen reden om te vermoeden dat deze beperkingen de bekomen resultaten belangrijk beïnvloeden. Daarnaast zijn de bekomen correlaties zeer sterk. De auteur is dan ook van mening dat de resultaten van deze studie voldoende solide zijn om als basis meegenomen te worden in een discussie over de ideale hoeveelheid voor te schrijven AO na een cholecystectomie.

Uit de feedback van enkele chirurgen die de enquête ingevuld hebben blijkt wel dat de vraag naar de AO na een niet gecompliceerde cholecystectomie via een klassieke incisie gedateerd is. Deze techniek wordt heden ten dage quasi exclusief voor zeer complexe en gecompliceerde gevallen gebruikt.

Een experten panel of consensus meeting om te kijken of de richtlijnen van de HAS (12) naar de Vlaamse/Belgische context kunnen gekopieerd worden lijkt dan ook een interessante volgende stap om naar een meer uniform voorschrijfgedrag te kunnen gaan. Dit zou een interessant volgend wetenschappelijk project kunnen zijn.

Besluit

Vlaamse artsen schrijven meer arbeidsongeschiktheid voor als teruggevonden in internationale richtlijnen. Ze weerhouden wel dezelfde parameters: de fysieke zwaarte van de arbeid en de operatietechniek.

De Vlaamse artsen baseren hun voorschrijfgedrag op ervaring (persoonlijk of gelijkstelling met collega's). De bestaande internationale richtlijnen worden nauwelijks gebruikt. Uitwerking van Vlaamse/Belgische richtlijnen lijkt nuttig en noodzakelijk.

Dankwoord

Het idee voor deze masterproef kreeg ik aangereikt door prof. dr. Marc Du Bois die mij er ook op attendeerde dat een soortgelijke studie reeds gedaan was bij liesbreukoperaties door dr. Anna Dams. (13) Het schrijven van deze masterproef was niet mogelijk geweest zonder de regelmatige begeleiding van mijn promotor prof. dr. Lode Godderis. Hij wist steeds de onderzoeksvraag centraal te houden en het project op schema. Verder was Jonas Steel onmisbaar voor de sturing bij het uitvoeren van mijn statistiek. Ook wens ik dr. Madieke Maseman te bedanken voor het geduldig nalezen van mijn masterproef.

Tenslotte een woord van dank aan mijn vrouw en kinderen die mij vele uren hebben moeten missen en vaak hebben horen grommen tijdens het schrijfproces.

Bronvermelding

1) Meeus P, Dalcq V, Beauport D, Declercq K, Hoekx L, Sierens K, Swine B. Variaties in medische praktijken: Cholecystectomie. RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie. 2022. 39p. Beschikbaar via: https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Cholecystectomie_2021.pdf

2) Keus F, de Jong JA, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. Cochrane Database Syst Rev. 18 oktober 2016;(4):CD006231. doi: 10.1002/14651858.CD006231. PMID: 17054285.

3) Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, Iwashita Y, Hibi T, Pitt HA, Umezawa A, Asai K, Han HS, Hwang TL, Mori Y, Yoon YS, Huang WS, Belli G, Dervenis C, Yokoe M, Kiriyama S, Itoi T, Jagannath P, Garden OJ, Miura F, Nakamura M, Horiguchi A, Wakabayashi G, Cherqui D, de Santibañes E, Shikata S, Noguchi Y, Ukai T, Higuchi R, Wada K, Honda G, Supe AN, Yoshida M, Mayumi T, Gouma DJ, Deziel DJ, Liau KH, Chen MF, Shibao K, Liu KH, Su CH, Chan ACW, Yoon DS, Choi IS, Jonas E, Chen XP, Fan ST, Ker CG, Giménez ME, Kitano S, Inomata M, Hirata K, Inui K, Sumiyama Y, Yamamoto M. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. Januari 2018;25(1):55-72. doi: 10.1002/jhbp.516. Epub 2017 Dec 20. Erratum in: J Hepatobiliary Pancreat Sci. November 2019;26(11):534. PMID: 29045062.

4) Rice CP, Vaishnavi KB, Chao C, Jupiter D, Schaeffer AB, Jenson WR, Griffin LW, Mileski WJ. Operative complications and economic outcomes of cholecystectomy for acute cholecystitis. World J Gastroenterol. 28 december 2019;25(48):6916-6927. doi: 10.3748/wjg.v25.i48.6916. PMID: 31908395; PMCID: PMC6938729.

5) Gopinath R, Belani KG. ERAS - The dawn of a new era! J Anaesthesiol Clin Pharmacol. April 2019;35(Suppl 1):S1-S2. doi: 10.4103/joacp.JOACP_56_19. PMID: 31142951; PMCID: PMC6515721.

6) van Vliet DC, van der Meij E, Bouwsma EV, Vonk Noordegraaf A, van den Heuvel B, Meijerink WJ, van Baal WM, Huirne JA, Anema JR. A modified Delphi method toward multidisciplinary consensus on functional convalescence recommendations after abdominal surgery. Surg Endosc. December 2016;30(12):5583-5595. doi: 10.1007/s00464-016-4931-9. Epub 2016 May 2. PMID: 27139706; PMCID: PMC5112288.

7) Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Factors determining convalescence after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg. Augustus 2001;136(8):917-21. doi: 10.1001/archsurg.136.8.917. PMID: 11485527.

8) Froom P, Melamed S, Nativ T, Gofer D, Froom J. Low job satisfaction predicts delayed return to work after laparoscopic cholecystectomy. J Occup Environ Med. Juli 2001;43(7):657-62. doi: 10.1097/00043764-200107000-00014. PMID: 11464398.

9) Keus F, de Vries J, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Assessing factors influencing return back to work after cholecystectomy: a qualitative research. BMC Gastroenterol. 27 januari 2010;10:12. doi: 10.1186/1471-230X-10-12. PMID: 20105318; PMCID: PMC2834604.

10) Royal College of Surgeons England. Helping you make a speedy recovery after gall bladder removal [Internet]. [Geraadpleegd op 27 september 2022]. Beschikbaar via: https://www.rcseng.ac.uk/patient-care/recovering-from-surgery/gall-bladder/returning-to-work/#:~:text=In%20most%20cases%20it%E2%80%99s%20usually%20safe%20to%20return,this.%20Alternatively%20your%20GP%20can%20give%20you%20advice.

11) Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Gallbladder removal surgery (cholecystectomy patient informatiom from SAGES [Internet]. 3 mei 2019 [Geraadpleegd 7 november 2023]. Beschikbaar via: https://www.sages.org/publications/patient-information/patient-information-for-laparoscopic-gallbladder-removal-cholecystectomy-from-sages/

12) Haute Autorité de Santé. Arrêt de travail: Cholecystectomie [Internet]. Februari 2011 [Geraadpleegd 7 november 2023] Beschikbaar via: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arrets-travail-referentiels-duree/interventions-chirurgicales-soins-post-operatoires-2

13) Dams A, Du Bois M. Arbeidsongeschiktheid na liesbreukherstel. Een onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisarts en chirurg. [Masterproef].[Leuven]: KU Leuven Faculteit Geneeskunde; 2020. 17p. Beschikbaar via: https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=alma9992561580601488&context=L&vid=32KUL_KUL:KULeuven&search_scope=All_Content&tab=all_content_tab&lang=en

Lijst met afkortingen

AO = Arbeidsongeschiktheid

ERAS = Enhanced recovery after surgery

HAIO = Huisarts in opleiding

HAS = Haute Authorité de Santé (de Franse hogegezondheidsraad)

MIS= Minimaal invasieve chirurgie

SAGES = Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons

Bijlages

1. Enquête

A) Beschrijving arts:

1. Wat is uw functie:
   A) Huisarts – afgestudeerd
   B) Huisarts - HAIO
   C) Abdominaal/algemeen chirurg (niet specifiek hepatobiliair)
   D) Abdominaal/algemeen chirurg met hepatobiliaire subspecialisatie
   E) Andere: beschrijf…
2. Bent U actief als arts in Vlaanderen ?
   A) Ja
   B) Nee
3. Hoe oud bent U?

   C) Voorgeschreven duur tijdelijke ongeschiktheid: altijd met cijfer te beantwoorden
   Kernwoorden in **vet**, variabele factor ***schuin vet***

1. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **sedentair** werk?
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **sedentair** werk?
2. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve *open*** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **sedentair** werk?
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **open** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **sedentair** werk?
3. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met ***licht fysiek*** werk? (Max 10kg tillen of herhaaldelijke 5kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **licht fysiek** werk? (Max 10kg tillen of herhaaldelijke 5kg tillen)
4. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve *open*** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **licht fysiek** werk? (Max 10kg tillen of herhaaldelijke 5kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente***

open ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **licht fysiek** werk? (Max 10kg tillen of herhaaldelijke 5kg tillen)

5. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met ***matig fysiek*** werk? (Max 25kg tillen of herhaaldelijke 10kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **matig fysiek** werk? (Max 25kg tillen of herhaaldelijke 10kg tillen)
6. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve** ***open*** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **matig fysiek** werk? (Max 25kg tillen of herhaaldelijke 10kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **open** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **matig fysiek** werk? (Max 25kg tillen of herhaaldelijke 10kg tillen)
7. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met ***zwaar fysiek*** werk? (meer dan 25kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **laparoscopische** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **zwaar fysiek** werk? (meer dan 25kg tillen)
8. A. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een **electieve** ***open*** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **zwaar fysiek** werk? (meer dan 25kg tillen)
   B. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijft U gemiddeld voor na een ***urgente*** **open** ongecompliceerde cholecystectomie bij iemand met **zwaar fysiek** werk? (meer dan 25kg tillen)

C) Motivatie voorschrijfgedrag:

1. Op welke bron baseert U zich bij de keuze voor de duur van arbeidsongeschiktheid?
   a. Eigen ervaring
   b. Gewoonte in praktijk/ziekenhuis, gelijkschakeling met collega's
   c. Internationale guidelines – Evidence based medicine
   d. Andere: vul in

2. Arbeidsongeschiktheid volgens de Haute Autorité de Santé (HAS)



ARRÊT DE TRAVAIL

Cholécystectomie

Février 2011

après avis de la HAS [1]

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi		Durée de référence*	
		Laparoscopie	Laparotomie
Travail sédentaire		7 jours	14 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	10 jours	21 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	14 jours	28 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	21 jours	35 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- l'état général du patient,
- la présence éventuelle d'une cholécystite,
- la technique chirurgicale utilisée,
- la survenue de complications,
- l'existence de comorbidités.

La reprise des activités professionnelles, sportives et de loisir :

En dehors d'éventuelles complications et après la cicatrisation, l'activité professionnelle peut être reprise sans restriction.

Sources :
Guide santé Québec, cholécystectomie par laparoscopie ou par laparotomie, avril 2008.
Official Disability Guidelines, 14th Edition, 2009.
Medical Disability Advisor, Reed Group, 5th Edition, 2005.
The Royal College of Surgeons of England, Get Well Soon, Helping you make a speedy recovery after Gall Bladder Removal.

[1] www.has-sante.fr

Juin 2013 / DSS / 32-2013

La santé progresse **avec vous**

L'Assurance Maladie