Vergelijking van verwachtingen van de patiënt en de arts omtrent arbeidsongeschiktheid

Penne Kaat, KU Leuven

Truyers Jef, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven

Manama 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.

Abstract

Context
Zowel tijdens de basisopleiding geneeskunde als de master huisartsgeneeskunde wordt er veel aandacht besteed aan het bevragen van de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE) van de patiënt tijdens een consultatie. Wij zijn ervan overtuigd dat in analogie met de ICE omtrent de pathologie ook de ICE omtrent arbeidsongeschiktheid tot een beter begrip tussen arts en patiënt kan leiden. Hierover bestaat echter weinig tot geen literatuur.

Onderzoeksvraag
In deze studie onderzoeken we of er een verschil is in verwachtingen tussen patiënten en artsen wat betreft arbeidsongeschiktheidsduur bij vijf frequente pathologieën: cystitis, musculoskeletale pijn, lage rugpijn, bovenste luchtweginfectie en gastro-enteritis. Enerzijds bekijken we het verschil in geschatte arbeidsongeschiktheidsduur, anderzijds onderzoeken we welke factoren volgens artsen en patiënten kunnen bijdragen aan deze arbeidsongeschiktheidsduur.

Methode
Voor dit onderzoek is een vragenlijst opgesteld, die bestaat uit fictieve casussen. De vragenlijsten zijn verdeeld over Vlaamse huisartsen en patiënten, dit zowel digitaal als fysiek. De vragenlijst omvat, naast enkele demografische gegevens als leeftijd en geslacht, twintig eenvoudige casussen over vijf frequente pathologieën. Per pathologie is er één standaard casus en drie aanvullende casussen. Voor de aanvullende casussen is er telkens een specifieke determinant toegevoegd of veranderd aan de standaard casus. Op basis van deze beperkte gegevens beslisten de deelnemers of de beschreven patiënt arbeidsongeschikt was en voor welke periode. De bekomen data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS. Om de arbeidsongeschiktheidsduur die door artsen en patiënten is ingeschat te vergelijken, werd een ongepaarde t-toets uitgevoerd. Daarnaast is een gepaarde t-toets gebruikt om het effect van een specifieke determinant op de arbeidsongeschiktheidsduur te onderzoeken.

Resultaten
We stellen vast dat de verwachtingen omtrent de arbeidsongeschiktheidsduur van de ondervraagde patiënten en artsen in dezelfde lijn liggen. Slechts bij een kwart van de casussen werd een significant verschillende arbeidsongeschiktheidsduur bekomen. Wanneer er een significant verschil werd gevonden, is dit vaak eerder klein, tot maximaal één dag. Bij de casussen over cystitis en gastro-enteritis schatten de patiënten de arbeidsongeschiktheid over het algemeen langer in. Bij de casus over bovenste luchtweginfecties wordt er dan weer een langere arbeidsongeschiktheid voorzien door de ondervraagde artsen.
De verschillende determinanten met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsduur tekenen zich duidelijk af in dit onderzoek. Bij 73 % van de determinanten is een significant verschil weerhouden ten opzichte van de standaard casus. Een hogere leeftijd leverde geen significant verschil op bij de casussen over cystitis en musculoskeletale pijn, wel werd een langere arbeidsongeschiktheid voorzien bij een oudere patiënt met gastro-enteritis. Het geslacht heeft geen significant effect op de ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur bij bovenste luchtwegklachten. De introductie van een niet-gerelateerde comorbiditeit gaf geen significant verschil met de standaard casus bij cystitis. Subjectief en objectief meer uitgesproken klachten zorgen voor een langer ingeschatte arbeidsongeschiktheid. Bij lage rugpijn hebben zowel een hogere pijnscore als uitstralingspijn een significant effect op de arbeidsongeschiktheidsduur. Bij cystitis en bovenste luchtwegklachten bemerken we hetzelfde effect voor respectievelijk subjectief en objectief meer uitgesproken klachten. Bij de casus over gastro-enteritis wordt een langere arbeidsongeschiktheid voorzien wanneer de beschreven patiënt koorts heeft. Het type werk komt ook naar voren als belangrijke determinant. Patiënten met fysiek zwaar werk kregen langer arbeidsongeschikt voorgeschreven bij lage rugpijn en musculoskeletale klachten. Patiënten die aan telewerk doen, kunnen het werk sneller hervatten bij een bovenste luchtweginfectie volgens de ondervraagde.

Moeilijke familiale omstandigheden zorgen bij de casus over musculoskeletale pijn voor een significante verlenging van de arbeidsongeschiktheid. Ten slotte heeft ook een reis in de afgelopen dagen een significant verlengend effect op de arbeidsongeschiktheid bij gastro-enteritis.

Besluit

Dit onderzoek toont aan dat patiënten en artsen een vergelijkbare inschatting maken van de arbeidsongeschiktheidsduur, ook na de introductie van verschillende determinanten. De determinanten van ziekteduur, beschreven in voorgaand onderzoek, worden door dit onderzoek bevestigd. Zowel artsen als patiënten nemen deze factoren in overweging bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur. Dit maakt dat patiënten een rol hebben bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur, zij het tijdens een consult met een arts of op individuele basis. Het kennen van deze ideeën en verwachtingen omtrent arbeidsongeschiktheidsduur kan tot een beter begrip leiden tussen arts en patiënt.

Inhoudstafel

1. Inleiding 6

1.1. Achtergrond en aanzet tot het onderzoek 6

1.2. Doel van het onderzoek 6

1.3. Onderzoeksvragen 6

2. Methode 7

2.1. Onderzoeksaanpak 7

2.2. Methodologie – Opstellen vragenlijst 8

2.3. Beschrijving van het literatuuronderzoek 7

2.4. Methodologie - Gegevens verzamelen 9

2.5. Methodologie - Verwerken resultaten 9

2.6. Methodologie - Statistische analyse 9

3. Resultaten 10

3.1. Cystitis 10

3.2. Acute bovenste luchtweginfectie 11

3.3. Musculoskeletale pijn 12

3.4. Lage rugpijn 13

3.5. Gastro-enteritis 14

4. Discussie 15

5. Besluit 17

6. Referenties 18

7. Bijlagen 20

Bijlage A - Tabel 1 en 2 - Overzicht literatuuronderzoek 20

Bijlage B - Vragenlijst 26

Bijlage C - Vooropgestelde boodschap 29

Bijlage D - Informatiebrief 30

1. Inleiding

1.1. Achtergrond en aanzet tot het onderzoek

Het belang van het informeren naar de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE) van de patiënt wordt zowel in de basisopleiding als in de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde sterk benadrukt. In het algemeen is het navragen van de ICE eenvoudig en vormt het een grote meerwaarde tijdens het consult.

Veel artsen zullen al moeite ondervonden hebben bij het informeren naar de ICE van de patiënt met betrekking tot de verwachte duur van arbeidsongeschiktheid. Sommige patiënten hebben het idee dat de duur ervan alleen door de arts bepaald wordt en dat men hier als patiënt geen bijdrage in heeft. Anderen zullen een bepaalde schroom ondervinden om zelf een voorstel te doen.

In Vlaanderen zijn artsen verantwoordelijk voor het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. De ICE omtrent arbeidsongeschiktheid kan, in analogie met de ICE omtrent de pathologie, een hulpmiddel zijn bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur. Zo kan er een beter begrip tot stand komen tussen de arts en de patiënt. Naar de duur van arbeidsongeschiktheid die patiënten verwachten, is echter weinig tot geen onderzoek gebeurd. Deze masterproef is een stap in die richting.

1.2. Doel van het onderzoek

Het primaire doel van dit onderzoek is om als huisarts een beter inzicht te krijgen in de verwachtingen van de patiënt met betrekking tot een mogelijke arbeidsongeschiktheid. Wanneer de arts hier een beter zicht op heeft, kan de arbeidsongeschiktheidsduur met behulp van gedeelde besluitvorming bepaald worden. De arts kan ook aan patiënteneducatie doen wanneer de patiënt een verkeerde inschatting maakt.

Een ander doel van deze studie is om na te gaan of de verwachtingen omtrent arbeidsongeschiktheid bij artsen en patiënten ver uit elkaar liggen. Er wordt onderzocht of er bepaalde determinanten zijn die de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur beïnvloeden.

1.3. Onderzoeksvragen

Met behulp van dit onderzoek zoeken we een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is het verschil in verwachtingen tussen patiënten en artsen wat betreft de arbeidsongeschiktheidsduur bij enkele van de meest frequente pathologieën?

- Wordt dit verschil in arbeidsongeschiktheidsduur beïnvloed door specifieke determinanten?

2. Methode

2.1. Onderzoeksaanpak

Voor dit onderzoek is een vragenlijst opgesteld, die bestaat uit fictieve casussen. De focus van deze studie is de eerstelijnszorg in Vlaanderen. De vragenlijsten zijn verdeeld over Vlaamse huisartsen en burgers, dit zowel digitaal als fysiek. Er wordt voor de term 'burgers' gekozen om de groep niet-artsen die de vragenlijst ingevuld hebben te beschrijven. Dit omdat de term 'patiënten' in deze masterproef gebruikt wordt om de beschreven patiënten uit de opgestelde casussen te benoemen. Beide groepen, de huisartsen en burgers, hebben dezelfde vragenlijst ingevuld.

Na het lezen van een casus beslissen de deelnemers of de beschreven patiënt naar hun mening arbeidsongeschikt is. Zo ja, wordt de deelnemers gevraagd welke duur van arbeidsongeschiktheid ze zouden toekennen bij deze casus. Om het onderzoek verder uit te breiden worden er per casus specifieke determinanten (bijvoorbeeld zwaar beroep, belastende voorgeschiedenis …) toegevoegd, waarna dezelfde twee vragen gesteld worden. Zo kan de impact van de determinanten op de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur volgens de arts en de ondervraagde burger bepaald worden. Ten slotte worden aan het begin van de vragenlijst enkele persoonsgegevens bevraagd.

2.2. Methodologie - Opstellen vragenlijst

De vragenlijst omvat casussen over vijf frequente pathologieën. Per pathologie is er één standaard casus en telkens drie casussen waarbij een specifieke determinant, die de arbeidsongeschiktheidsduur potentieel beïnvloedt, geïntroduceerd is. De te beantwoorden vragen bij elke casus zijn "*Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt?"* en *"Indien ja, hoelang?".* De finale vragenlijst is weergegeven in bijlage B. De casussen zijn opgesteld volgens volgende principes:

1. De casussen beschrijven telkens één van de vijf meest frequent gestelde diagnoses in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Deze gegevens zijn gebaseerd op de INTEGO databank van de KU Leuven. De cijfers dateren van 2015. Dit waren de meest recente gegevens bij de start van deze masterproef. Indien er meerdere (gelijkaardige) diagnoses uit een ICPC-hoofdstuk vertegenwoordigd waren in de top vijf, is er over deze pathologie slechts één casus opgesteld. Een uitzondering hierop zijn de codes "L03 = klachten lage rug" en "L87 = bursitis/tendinitis/synovitis", beide uit het hoofdstuk "L= bewegingsapparaat", dit door het uitgesproken verschil in ziektebeeld tussen deze diagnoses. Voor een overzicht van deze diagnoses, gerangschikt volgens prevalentie, wordt verwezen naar Tabel A.

Positie	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Man	R74	R80	D73	R78	L03	L87	S16
Vrouw	R74	R80	D73	U71	R78	L03	L87

Tabel A: ranglijst van de meest frequent gestelde diagnose per geslacht in het jaar 2015 in Vlaanderen, gebruikmakend van de INTEGO databank.
R74 = acute infectie bovenste luchtwegen, R80 = influenza, D73 = verondersteld infectieuze gastro-enteritis, R78 = acute bronchitis/bronchiolitis, U71 = cystitis/andere urineweginfectie, L03 = symptomen/klachten lage rug, L87 = bursitis/tendinitis/synovitis, S16 = buil/kneuzing

2. Het geslacht van de patiënt in de casus komt overeen met het geslacht waarbij in 2015 de diagnose het meest werd gesteld.
3. De leeftijd van de patiënt is de mediaan van het leeftijdsinterval van vijf jaar waarbij deze diagnose het meest gesteld werd. Dit op voorwaarde dat deze leeftijd valt binnen de arbeidsgeschikte leeftijd in Vlaanderen, van 18 tot en met 67 jaar.
4. De symptomen zijn typische symptomen vermeld in richtlijnen over de overeenkomende pathologie.
5. De determinanten zijn geselecteerd uit een literatuurstudie. De methodologie van deze literatuurstudie staat beschreven in punt '2.3. Beschrijving van het literatuuronderzoek'.

De uiteindelijke vragenlijst bevat dus vijf standaard casussen. Voor elk van deze pathologieën zijn er drie determinanten die afwisselend aangepast worden ten opzichte van de standaard casus. Dit zorgt voor vier casussen per pathologie en dus een totaal van twintig casussen die beantwoord dienen te worden.

Op 07/03/2023 verleende de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven een gunstig advies met betrekking tot ons onderzoek (zie bijlage E).

2.3. Beschrijving van het literatuuronderzoek

Het doel van dit literatuuronderzoek is om determinanten te selecteren die een invloed uitoefenen op de arbeidsongeschiktheidsduur. De literatuurstudie is gericht op de eerder geselecteerde pathologieën (zie 2.2. Methodologie - Opstellen vragenlijst) en op determinanten van ziekte in het algemeen. De zoekstrategie en weerhouden artikelen zijn overzichtelijk weergegeven in 'tabel 1' en 'tabel 2' (zie bijlage A).

Beide onderzoekers doorzochten onafhankelijk van elkaar de literatuur. Hierbij is gebruikgemaakt van de Cochrane library, Pubmed, de zoekmachine 'Limo' van de KU Leuven en Google scholar. Ook werd de databank met voorgaande masterpapers van het ICHO geraadpleegd. Tot slot is er gekeken naar de richtlijnen van de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Artikelen waarbij enkel onderzoek gedaan is naar de invloed van specifieke interventies (bijvoorbeeld twee uur per week sporten) op de arbeidsongeschiktheidsduur zijn niet geïncludeerd. Ook artikelen die dateren van voor 2007 en dus ouder dan 15 jaar zijn op het moment van het literatuuronderzoek zijn geëxcludeerd. De weerhouden artikelen van beide onderzoekers zijn samengelegd en op deze manier werden drie determinanten per casus geselecteerd. Er zijn enkel determinanten geselecteerd die verstaanbaar zijn voor zowel artsen als burgers (i.e. geen vakjargon).

De determinanten met een effect op de algemene arbeidsongeschiktheidsduur die weerhouden zijn in het literatuuronderzoek zijn leeftijd (met langere arbeidsongeschiktheid en grotere spreiding met toenemende leeftijd), type werk (shiftwerk, telewerk, fysiek zwaar werk …), comorbiditeit, familiale omstandigheden en uitgesproken klachten. Daarboven worden er per pathologie specifieke determinanten onderscheiden. Bij acute bovenste luchtweginfecties zijn dit geslacht, uitgesproken klachten en de mogelijkheid tot telewerk. De arbeidsongeschiktheidsduur bij musculoskeletale klachten wordt vooral bepaald door het type werk (zwaar fysiek werk), leeftijd en familiale omstandigheden. Bij lage rugpijn toont de literatuur een verschil in arbeidsongeschiktheidsduur op basis van type werk (zwaar fysiek werk), hogere pijnscore, uitstralingspijn en voorgaande heelkunde. Er bestaat onduidelijkheid over het effect van factoren als roken, comorbiditeit en mentale aandoeningen of kwetsbaarheden zoals depressie, angsten, jobtevredenheid en uitstelgedrag. Determinanten die specifiek bij gastro-enteritis worden gevonden zijn leeftijd, reis in de afgelopen zeven dagen, koorts en besmettelijkheid.

2.4. Methodologie - Gegevens verzamelen

De vragenlijst is elektronisch verspreid via Qualtrics met een vooropgestelde boodschap (zie bijlage C). De vragenlijst is ook fysiek op papier verspreid. Dit in de wachtzalen van de huisartspraktijken 'Praktijk Dutsel' te Kortrijk-Dutsel en 'Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt' te Leuven. Dit zijn de praktijken waar respectievelijk Jef Truyers en Kaat Penne als HAIO tewerkgesteld waren. Ook zijn er vragenlijsten in de wachtzaal van de spoedgevallen van AZ Diest gelegd, na toestemming van het lokale ethische comité.

De inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek zijn eenvoudig. Huisartsen werkzaam in Vlaanderen konden deelnemen, evenals burgers die behoren tot de beroepsactieve populatie, hier gedefinieerd als personen met een leeftijd tussen 18 en 67 jaar. Tewerkgesteld zijn op het moment van deelname aan het onderzoek is niet weerhouden als criterium.

Voor het invullen van de vragenlijst kregen de deelnemers digitaal of fysiek de informatiebrief te lezen (zie bijlage D). Bij de digitale vragenlijsten dienden de deelnemers akkoord te gaan alvorens ze de vragenlijst konden invullen. De fysieke vragenlijsten zijn enkel weerhouden indien onderaan de informatiebrief een handtekening van de deelnemer stond.

2.5. Methodologie - Verwerken resultaten

De vragenlijst behaalde 127 respondenten, 115 online en 12 op papier. In totaal gaven 29 respondenten aan arts te zijn, 92 burger en 6 respondenten lieten deze vraag open. De papieren vragenlijsten zijn handmatig toegevoegd aan Qualtrics.

Al de verzamelde gegevens zijn van Qualtrics geëxporteerd naar SPSS om de statistische analyses uit te voeren. De vragenlijsten van respondenten die geen enkel antwoord gegeven hebben zijn verwijderd. Ook indien de respondent niet aangegeven heeft of die arts was of niet, is de vragenlijst verwijderd. Hierdoor zijn 115 vragenlijsten weerhouden voor analyse, 86 door burgers ingevuld en 29 door artsen. De niet ingevulde vragen zijn als 'missing value' verwerkt. De antwoorden in weken en maanden zijn omgezet naar dagen. Hierbij is een week 7 dagen en een maand 30,44 dagen. Bij getallen na de komma is er afgerond naar ',0' of ',5'. Onwaarschijnlijke antwoorden zijn aangeduid als uitschieter en opgenomen in de analyse als 'missing value'.

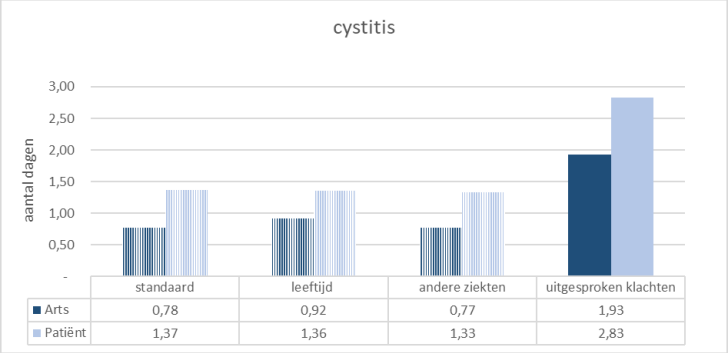
2.6. Methodologie - Statistische analyse

Eerst is het verschil in aangegeven arbeidsongeschiktheidsduur tussen burgers en artsen onderzocht. Hiervoor is het gemiddelde van beide groepen berekend. De Levene's test is per casus gebruikt om na te gaan of de varianties tussen de twee groepen van elkaar verschillen. Hierop volgend is met de ongepaarde t-test berekend of het gemiddelde van beide groepen significant verschilt.

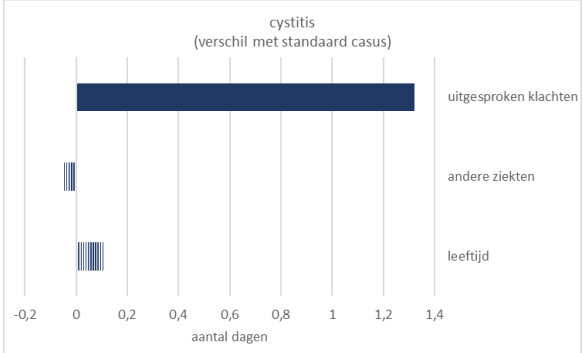
Als tweede is er gekeken naar het verschil in aangegeven arbeidsongeschiktheidsduur tussen de determinanten binnen eenzelfde pathologie. Voor dit tweede deel is er geen onderscheid meer gemaakt tussen artsen en burgers, beide groepen zijn dus samengevoegd. Dit omdat er gezien de relatief beperkte steekproef (vooral van artsen) en door 'multiple testing' de kans op statistische fouten en misinterpretatie groot is. Het gemiddelde aantal dagen van de standaard casus is vergeleken met het gemiddelde van deze casus na introductie van een determinant. Met de gepaarde t-test is dan bepaald of dit verschil significant is.

3. Resultaten

3.1. Cystitis



Grafiek 1: vergelijking arbeidsongeschiktheid tussen artsen en burgers, onderwerp cystitis



Grafiek 2: arbeidsongeschiktheid per determinant, onderwerp cystitis

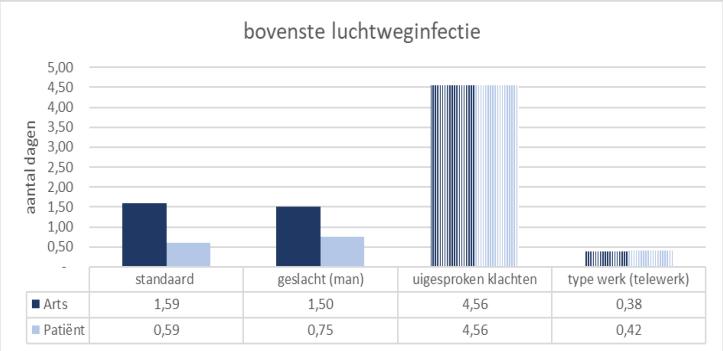
Grafiek 1 illustreert het aantal dagen arbeidsongeschiktheid dat door de artsen en burgers per deelcasus wordt ingeschat. De x-as geeft de vier deelcasussen weer binnen het onderwerp 'cystitis', met hun respectievelijke determinant. De donkere balk aan de linkerkant vertegenwoordigt de inschattingen van artsen, terwijl de lichte balk aan de rechterkant die van burgers weergeeft. Het gearceerd patroon betekent dat er geen significant verschil is tussen het aantal dagen dat artsen en burgers voorzien. Een vol patroon duidt op een significant verschil. Op de y-as is de inschatting van de arbeidsongeschiktheid in aantal dagen weergegeven.

In deze casus wordt de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur hoger ingeschat door de patiënten dan door de artsen die de vragenlijst ingevuld hebben. Een significant verschil zien we echter alleen bij de casus waarin de beschreven patiënt de klachten zelf als ernstig beschouwt. Hierbij schatten de burgers de arbeidsongeschiktheidsduur bijna een dag langer in dan de artsen, met een gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur van respectievelijk 2,83 dagen en 1,93 dagen. Bij de standaard casus schatten artsen de arbeidsongeschiktheid 0,59 dagen minder lang in. Bij de determinanten oudere leeftijd en een niet-gerelateerde comorbiditeit schatten de artsen de arbeidsongeschiktheid respectievelijk 0,44 dagen en 0,56 dagen minder lang in. In geen van deze drie situaties is het verschil echter significant.

In grafiek 2 worden voor de analyse de antwoorden van burgers en artsen samengenomen. Per deelcasus (y-as) wordt weergegeven hoeveel dagen er meer of minder arbeidsongeschiktheid (x-as) voorgeschreven wordt ten opzichte van de standaard casus. Er wordt dus gekeken naar de invloed op de voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur per determinant, zonder een onderscheid te maken tussen artsen en burgers. Een gearceerd patroon wijst erop dat dit verschil met de standaard casus niet significant is. Het volle patroon toont een significant verschil.

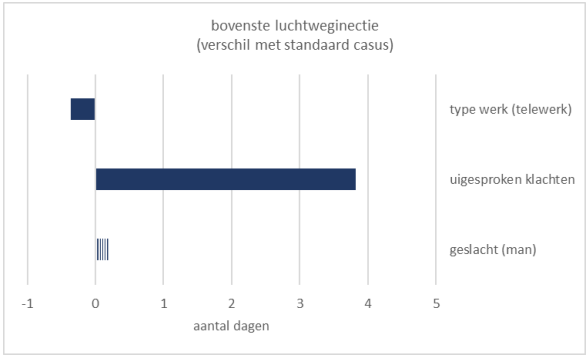
Bij cystitis is er een duidelijk en significant verschil in ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur als de patiënt haar klachten zelf als ernstig benoemt. Hierbij worden er gemiddeld 1,32 dagen meer arbeidsongeschiktheid verwacht dan bij de standaard casus. In een andere casus is de leeftijd van de patiënt van 22 jaar verhoogd naar 53 jaar, dit maakte geen significant verschil. Ten slotte werd er een comorbiditeit vermeld, die niet relevant was voor de huidige klachten. In deze casus werd een patiënt met gecontroleerd astma beschreven. De arbeidsongeschiktheid werd bijna exact hetzelfde ingeschat als bij de standaard casus.

3.2. Acute bovenste luchtweginfectie



	standaard	geslacht (man)	uigesproken klachten	type werk (telewerk)
Arts	1,59	1,50	4,56	0,38
Patiënt	0,59	0,75	4,56	0,42

Grafiek 3: vergelijking arbeidsongeschiktheid tussen artsen en burgers, onderwerp acute bovenste luchtweginfectie

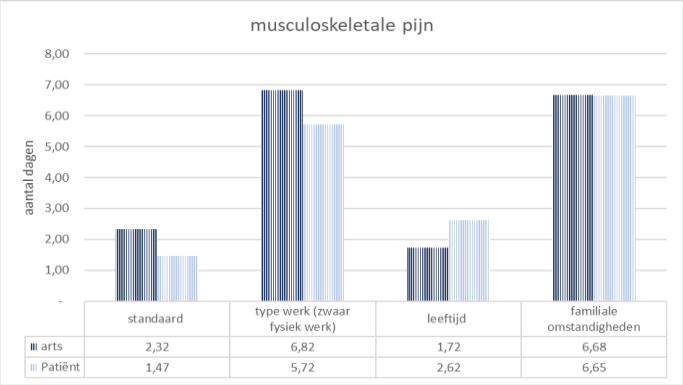


Grafiek 4: arbeidsongeschiktheid per determinant, onderwerp acute bovenste luchtweginfectie

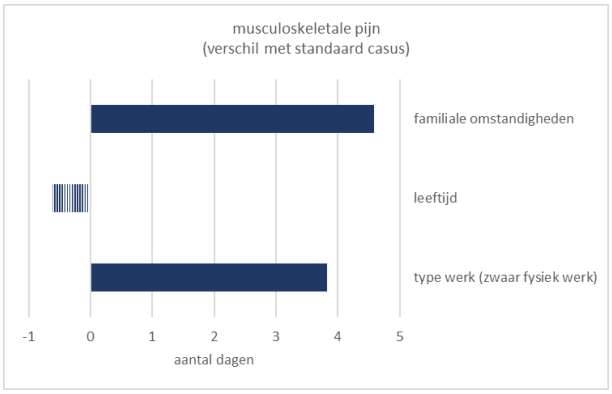
Hierboven zijn de resultaten weergegeven van de casus waarin een patiënt met typische klachten van een bovenste luchtweginfectie werd beschreven. Dit in twee grafieken met hetzelfde format als hierboven beschreven (zie eerste en derde alinea 3.1. Cystitis). Wanneer de standaard casus voorgelegd wordt aan de groep burgers en de groep artsen, zien we dat artsen gemiddeld een langere arbeidsongeschiktheid voorzien dan de ondervraagde burgers. Artsen voorzien 1,59 dagen, terwijl burgers het houden op 0,59 dagen. Dit verschil van één dag is ook statistisch significant.
Bij wijziging van het geslacht van de patiënt in deze casus van vrouw naar man zien we een gelijkaardig patroon. Artsen voorzien 1,50 dagen arbeidsongeschiktheid en de burgers houden het op 0,75 dagen. Ook hier is dit verschil tussen beide groepen statistisch significant. In de derde deelcasus zijn de klachten van de patiënt objectief en subjectief meer uitgesproken (koorts tot 39°C en aanvraag van een huisbezoek). In dit geval schatten beide groepen de arbeidsongeschiktheid exact hetzelfde in en is er dus geen significant verschil. Bij de laatste deelcasus, waarbij de patiënt aan telewerk kan doen is er ook geen statistisch significant verschil in ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur.

Hierna is gekeken naar determinanten die een mogelijke invloed hebben op de ingeschatte duur van arbeidsongeschiktheid bij acute bovenste luchtweginfecties. Voor deze analyses zijn de burgers en artsen weer samengevoegd tot één groep. Verandering van het geslacht van de patiënt geeft een ongeveer identiek aantal ingeschatte dagen arbeidsongeschiktheid. Als de patiënt meer uitgesproken klachten heeft, voorziet de ondervraagde populatie een significant langere arbeidsongeschiktheid. Er worden dan 3,82 dagen meer voorzien dan bij de standaard casus. Indien de patiënt aangeeft van thuis uit te werken wordt er een significant kortere arbeidsongeschiktheid voorzien in vergelijking met de standaard casus, namelijk 0,36 dagen korter.

3.3. Musculoskeletale pijn



Grafiek 5: vergelijking arbeidsongeschiktheid tussen artsen en burgers, onderwerp musculoskeletale pijn



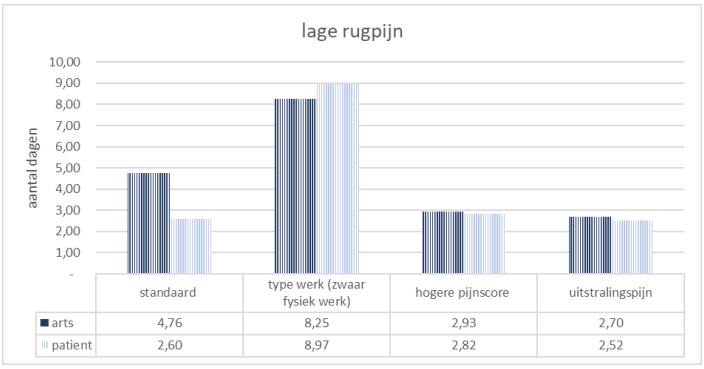
Grafiek 6: arbeidsongeschiktheid per determinant, onderwerp musculoskeletale pijn

Bovenstaand zijn de resultaten weergegeven met betrekking tot de casussen over musculoskeletale pijn, waarbij steeds een patiënt beschreven werd met aspecifieke schouderpijn. In geen van de vier casussen binnen dit onderwerp is er een significant verschil vastgesteld tussen de inschatting van burgers en artsen met betrekking tot de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur.

Voor de patiënt beschreven in de standaard casus voorzien de ondervraagde artsen gemiddeld 2,32 dagen arbeidsongeschiktheid. De burgers voorzien hiervoor 1,47 dagen. Het verschil tussen beide groepen is niet statistisch significant. In het geval dat de beschreven patiënt een fysiek zware job uitoefent, in deze casus beschreven als huishoudhulp, voorzien artsen 6,82 dagen. De groep burgers schat dit op 5,72 dagen, waarbij ook hier het verschil niet statistisch significant is. Verder werd de leeftijd van de patiënt gewijzigd van 51 naar 29 jaar. Dit resulteerde in een geschatte arbeidsongeschiktheidsduur van 1,72 dagen door artsen en 2,62 dagen door burgers. Ook dit is een niet statisch significant verschil. Ten slotte is er een casus voorgelegd waarin er voor de patiënt verzwaarde familiale omstandigheden op de voorgrond staan, hier beschreven als een verhoogde zorgzwaarte voor een zieke echtgenoot. Ook bij deze casus is het verschil van geschatte arbeidsongeschiktheid met 6,68 dagen door artsen en 6,65 dagen door burgers niet statistisch significant.

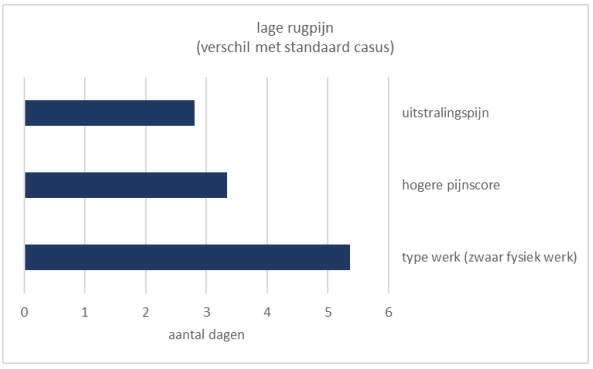
Hierna wordt de groep artsen en burgers weer samengevoegd om de determinanten te analyseren bij aspecifieke schouderpijn. Er wordt voor twee factoren een significant effect bekomen. Voor de eerste determinant, namelijk zwaar fysiek werk, wordt de geschatte arbeidsongeschiktheid met 3,83 dagen verlengd. Een vergelijkbare tendens wordt waargenomen bij verzwaarde familiale omstandigheden, waarbij de geschatte arbeidsongeschiktheid met 4,58 dagen toeneemt. Bij het verlagen van de leeftijd van 52 naar 29 jaar schat de ondervraagde populatie in dat de patiënt 0,61 dagen minder lang arbeidsongeschikt zal zijn. Dit verschil is echter niet statistisch significant.

3.4. Lage rugpijn



	standaard	type werk (zwaar fysiek werk)	hogere pijnscore	uitstralingspijn
arts	4,76	8,25	2,93	2,70
patient	2,60	8,97	2,82	2,52

Grafiek 7: vergelijking arbeidsongeschiktheid tussen artsen en burgers, onderwerp lage rugpijn



Grafiek 8: arbeidsongeschiktheid per determinant, onderwerp lage rugpijn

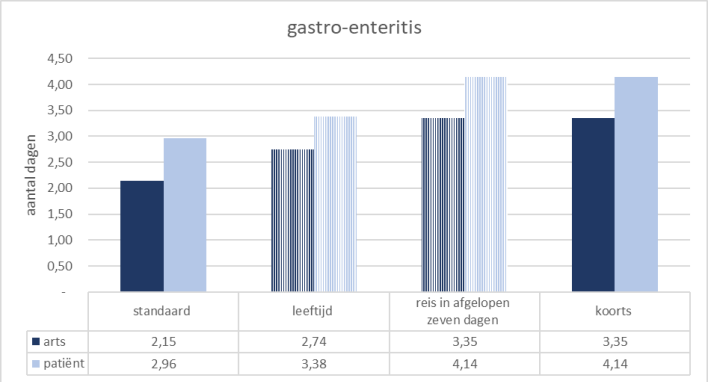
Hierboven staan de resultaten weergegeven van de casus waarin telkens een patiënt met lage rugpijn is beschreven. In geen van de vier casussen binnen dit onderwerp is een statistisch significant verschil met betrekking tot de ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur aangetoond tussen de artsen en burgers.

Bij de standaard casus over lage rugpijn zien we dat de ondervraagde artsen een langere arbeidsongeschiktheid voorzien dan de ondervraagde burgers met respectievelijk 4,76 en 2,60 dagen. Hoewel er een verschil van meer dan twee dagen is, blijkt dit niet statistisch significant. Bij het introduceren van de determinant fysiek zwaar werk, hier beschreven als werken in de bouwsector, wordt het verschil tussen artsen en burgers teruggebracht tot slechts 0,72 dagen. Ook in dit geval is het verschil statistisch niet significant. Wanneer de beschreven patiënt een hogere pijnscore aangeeft en dus subjectief meer last heeft, is het verschil nog maar 0,11 dagen. Ten slotte is er bij de toevoeging van uitstralingspijn een verschil van 0,18 dagen tussen beide groepen. Ook in deze twee laatste gevallen is het verschil niet statistisch significant.

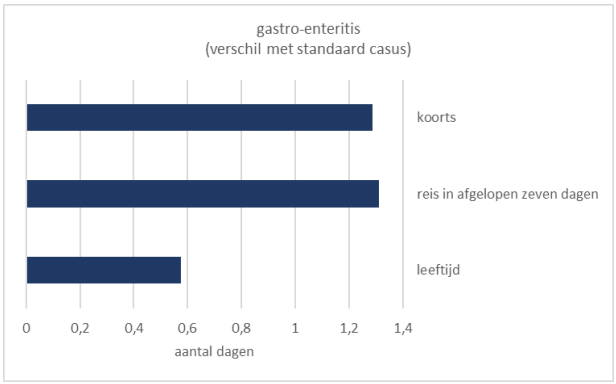
Het is opvallend dat in de eerste analyse de artsen minder arbeidsongeschiktheid voorzien bij een hogere pijnscore en bij aanwezigheid van uitstralingspijn ten opzichte van de standaard casus. Dit is te verklaren doordat de standaard casus eerder in de vragenlijst stond en er enkele deelnemers niet de volledige vragenlijst hebben ingevuld. Deze deelnemers kenden gemiddeld een hoge arbeidsongeschiktheid toe, wat het gemiddelde bij de standaard casus omhoog gehaald heeft. Bij de tweede analyse, de vergelijking tussen determinanten, worden enkel waarden meegenomen van deelnemers die beide casussen hebben ingevuld, waardoor dit opvallende verschil niet terugkomt.

De determinanten die toegevoegd zijn aan de standaard casus hebben elk een statistisch significant effect op de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur. De ondervraagde populatie voorziet, in vergelijking met de standaard casus, 2,81 dagen meer arbeidsongeschiktheid wanneer de patiënt uitstralende pijn vermeldt. Wanneer de beschreven patiënt een hogere pijnscore aangeeft en dus subjectief meer last heeft, voorzien de ondervraagden 3,34 dagen meer. Het grootste verschil merken we bij de casus waar de patiënt fysiek zwaar werk uitoefent, hier beschreven als werken in bouwsector. Deze patiënt krijgt 5,36 dagen meer arbeidsongeschiktheid dan een patiënt van wie het beroep niet werd benoemd.

3.5. Gastro-enteritis



Grafiek 9: vergelijking arbeidsongeschiktheid tussen artsen en burgers, onderwerp gastro-enteritis



Grafiek 10: arbeidsongeschiktheid per determinant, onderwerp gastro-enteritis

In het laatste deel wordt een patiënt gepresenteerd met typische symptomen van een maag-darmontsteking. Er worden opnieuw drie determinanten veranderd ten opzichte van de standaard casus. In de standaard casus schatten de ondervraagde burgers de arbeidsongeschiktheidsduur langer in dan de ondervraagde artsen. Door de artsen worden gemiddeld 2,15 dagen voorzien en door de ondervraagde burgers 2,96 dagen. Dit verschil is statistisch significant. Indien de leeftijd van de patiënt in de casus verhoogd wordt van 22 naar 64 jaar schatten de burgers 3,38 dagen arbeidsongeschiktheid in en de artsen 2,74 dagen. Dit is echter geen statistisch significant verschil. Een gelijkaardige trend is er indien de patiënt een tropische reis gemaakt heeft in de week voor de symptomen. De burgers schatten dan 4,14 dagen in en de artsen 3,35 dagen. Ook dit verschil is niet statistisch significant. Ten slotte heeft de patiënt in de casus koorts tot 38,5°C. Hier schrijven de burgers 4,14 dagen arbeidsongeschiktheid voor en de artsen 3,35 dagen, wat wel een statistisch significant verschil oplevert. In de casus met de tropische reis en deze met koorts is het aantal dagen ingeschatte arbeidsongeschiktheid exact hetzelfde. Toch is enkel het verschil tussen burgers en artsen bij de casus met koorts significant. Een mogelijke verklaring is dat er meer respondenten de vragen bij deze casus volledig hebben ingevuld, waardoor deze steekproef dus groter was.

Voor de analyse van de invloed van de determinanten op de ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur zijn de burgers en artsen weer samengevoegd tot één groep. De verzamelde data tonen een statistisch significante invloed van alle onderzochte determinanten op de ingeschatte arbeidsongeschiktheidsduur in vergelijking met de standaard casus. Wanneer de beschreven patiënt koorts heeft, wordt er door de ondervraagden 1,29 dagen meer arbeidsongeschiktheid voorzien dan wanneer dit niet het geval is. Als de patiënt in de beschreven casus recent een tropische reis gemaakt heeft, is de ingeschatte arbeidsongeschiktheid 1,31 dagen langer. Bij een oudere patiënt van 64 jaar ten opzichte van 22 jaar in de standaard casus wordt een kleine, maar significante, toevoeging van 0,57 dagen ingeschat.

4. Discussie

We stellen vast dat de verwachtingen omtrent de arbeidsongeschiktheidsduur van de ondervraagde burgers en artsen in dezelfde lijn liggen. In slechts 25% van de casussen was er een statistisch significant verschil in de geschatte arbeidsongeschiktheidsduur.

Bij de casussen met als onderwerp cystitis schatten burgers en artsen de arbeidsongeschiktheid gelijkaardig in. Over het algemeen schatten artsen deze duur iets korter dan burgers, gemiddeld ongeveer 0,5 dagen minder. Dit verschil is enkel significant wanneer er uitgesproken klachten aanwezig zijn, waarbij artsen de arbeidsongeschiktheid één dag korter inschatten dan de burgers. Dit valt waarschijnlijk te verklaren door de snelle werkzaamheid van antibiotica waarmee artsen meer vertrouwd zijn dan burgers. Wat de determinanten van arbeidsongeschiktheidsduur betreft, heeft alleen subjectief meer uitgesproken klachten een significant effect op de arbeidsongeschiktheidsduur. De determinanten die in eerdere studies naar voren kwamen zoals hogere leeftijd en aanwezigheid van andere ziektes kunnen hier niet worden bevestigd. Deze factoren werden dan ook beschreven als determinanten van algemene ziekte (1–3). Wat cystitis betreft werden er geen afzonderlijke studies of determinanten weerhouden tijdens het literatuuronderzoek.

Artsen schatten de arbeidsongeschiktheidsduur bij bovenste luchtwegklachten hoger in dan de ondervraagde burgers. Dit komt vermoedelijk doordat beide groepen zich baseren op een andere patiëntenpopulatie. Verschillende ondervraagde burgers zullen regelmatig gaan werken met verkoudheidsklachten of zelf een rustdag inlassen. De patiënten die de arts op spreekuur ziet, zijn vermoedelijk iets zieker of verwachten een langere arbeidsongeschiktheid. We zien inderdaad dat, bij de casus waar de beschreven patiënt uitgesproken klachten heeft of aan telewerk kan doen, er geen significant verschillende inschatting meer is tussen artsen en burgers. In een grote studie over twaalf Europese landen wordt bevestigd dat er gemiddeld vier dagen arbeidsongeschiktheid voorzien worden voor een acute bovenste luchtweginfectie (4). In een Belgische studie vinden we een arbeidsongeschiktheid van drie dagen terug voor deze klachten (5). De determinanten uit het literatuuronderzoek worden bevestigd (4,6–8). We zien dat zowel het type werk, hier telewerk, en uitgesproken klachten een belangrijke en significante invloed hebben op de arbeidsongeschiktheid. Geslacht heeft geen significante invloed op de ziekteduur.

De inschatting van de arbeidsongeschiktheidsduur is gelijklopend en niet significant verschillend tussen burgers en artsen bij de casussen over musculoskeletale pijn van de schouder. We zien dat artsen een iets langere arbeidsongeschiktheid voorzien bij de standaard casus. Burgers voorspellen dan weer een langere arbeidsongeschiktheid wanneer de patiënt ouder is, maar zoals reeds vermeld zijn deze verschillen niet statistisch significant. Artsen en burgers houden in gelijke mate rekening met fysiek zwaar werk en verzwarende familiale omstandigheden. In voorgaand onderzoek werd een gemiddelde arbeidsongeschiktheid van 3,5 dagen beschreven voor orthopedische klachten (5), wat in overeenstemming is met dit onderzoek. Fysiek zwaar werk en een moeilijke thuissituatie worden hier eveneens bevestigd als belangrijke determinanten van de ziekteduur bij musculoskeletale klachten. Een oudere leeftijd zorgde gemiddeld gezien niet voor een significant effect op de arbeidsongeschiktheidsduur. In de literatuur worden veel determinanten voor musculoskeletale klachten beschrijven, waarbij het effect van psychologische en socio-economische factoren niet eenduidig is (3,8–11). Deze zijn hier onvoldoende onderzocht.

Ook bij de casus over rugklachten is het verschil tussen de ondervraagde artsen en burgers klein. In de standaard casus voorzien artsen ongeveer twee dagen langer arbeidsongeschiktheid. Dit verschil is relevant, maar niet statistisch significant. De inschatting van de ondervraagde burger is gekleurd door eigen ervaring en observaties uit de omgeving. Niet elke patiënt met rugpijn zal langsgaan bij de huisarts. Hierdoor zullen artsen de patiënten die wel op consultatie komen een langere arbeidsongeschiktheid voorschrijven, aangezien zij specifiek hiervoor consulteren of een behandeling wensen omdat de zelfbehandeling niet langer volstaat. Op

deze manier valt het gevonden verschil, hoewel niet significant, wel praktisch te verklaren. Bij toevoeging van de verschillende determinanten wordt het verschil kleiner en wederom niet significant tussen de twee ondervraagde groepen. De geïncludeerde determinanten bij deze casus, namelijk uitstralingspijn, hogere pijnscore en fysiek zwaar werk hebben, zoals reeds beschreven in voorgaand onderzoek, een belangrijk effect op de arbeidsongeschiktheidsduur. In analogie met musculoskeletale pijn zijn er voor lage rugpijn diverse determinanten die de lengte van arbeidsongeschiktheid beïnvloeden. Hier worden subjectieve pijnbeleving en werklast duidelijk bevestigd, maar is er minder aandacht voor andere psychologische en socio-economische factoren die volgens verschillende studies een belangrijk effect hebben. (2,9,11–19)

Bij gastro-enteritis schatten de burgers de arbeidsongeschiktheid bijna één dag langer in dan de artsen. Het verschil is echter alleen significant bij de standaard casus en de casus waarin de beschreven patiënt koorts heeft. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat gastro-enteritis subjectief als zeer ernstig kan worden ervaren. De patiënt kan hierdoor verrast worden, maar artsen zijn meer vertrouwd met de gunstige prognose van deze aandoening met een verwachte opklaring van de klachten over enkele dagen. Dit komt overeen met de onderzochte literatuur waar voor gastro-enteritis een arbeidsongeschiktheidsduur van twee tot vier dagen wordt beschreven (20,21). Bij een hogere leeftijd of reis in de voorgeschiedenis is er geen significant verschil tussen de inschatting van artsen en burgers. De determinanten uit het literatuuronderzoek worden ook bij deze casus bevestigd (1,20). Dat zijn objectief meer uitgesproken klachten (hier beschreven als koorts), tropische reis in de afgelopen week en een hogere leeftijd. Bij koorts en een tropische reis de afgelopen week voorziet de ondervraagde groep ongeveer één dag langer arbeidsongeschiktheid, bij een hogere leeftijd iets meer dan een halve dag.

Over het algemeen zien we dus weinig verschillen tussen artsen en burgers bij het inschatten van de arbeidsongeschiktheidsduur. Het grootste significante verschil bedraagt ongeveer één dag. Bij de casussen over cystitis en gastro-enteritis schatten de burgers de arbeidsongeschiktheid over het algemeen langer in. Bij de casussen over bovenste luchtweginfecties en lage rugpijn wordt er dan weer een langere arbeidsongeschiktheid voorzien door de ondervraagde artsen. Deze verschillen zijn, zoals hierboven beschreven, vaak goed te verklaren. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat in de meerderheid van de gevallen de patiënt zich niet betrokken voelt bij de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsduur (22). Nochtans vindt de meerderheid van de patiënten zichzelf in samenspraak met de huisarts hiervoor het meest geschikt (21). We zien dat de verwachtingen van de patiënt vaak in dezelfde lijn liggen als die van de arts. De patiënt is dus een belangrijke partner bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur. Deze gedeelde besluitvorming zal de arts-patiëntrelatie versterken.

De determinanten met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsduur tekenen zich duidelijk af in dit onderzoek. Bij 73 % van de determinanten is een significant verschil weerhouden ten opzichte van de standaard casus. Een hogere leeftijd leverde geen significant verschil op bij de casussen over cystitis en musculoskeletale pijn. Wel werd een langere arbeidsongeschiktheid voorzien bij een patiënt van 64 jaar met gastro-enteritis klachten, tegenover de standaard casus waar de beschreven patiënt 22 jaar is. De introductie van een niet-gerelateerde comorbiditeit gaf geen significant verschil met de standaard casus bij cystitis. Over de verschillende casussen heen zien we dat uitgesproken klachten, zowel subjectief als objectief, een belangrijk effect hebben op de arbeidsongeschiktheidsduur. Bij cystitis zorgen subjectief meer uitgesproken klachten voor bijna een verdubbeling van de arbeidsongeschiktheidsduur ten opzichte van de standaard casus. Bij de casus over een bovenste luchtweginfectie en gastro-enteritis zien we een significante toename van de arbeidsongeschiktheidsduur bij objectief meer uitgesproken klachten. Bij lage rugpijn hebben zowel een hogere pijnscore als uitstralingspijn een significant effect met verlenging van de arbeidsongeschiktheid. Verder is het type werk een belangrijke determinant. Zo kan iemand die kan telewerken volgens de ondervraagden sneller terug aan het werk bij een bovenste luchtweginfectie en blijft iemand met fysiek zwaar werk met musculoskeletale pijn of rugpijn beter langer thuis. Moeilijke familiale omstandigheden zorgen bij de casus over musculoskeletale pijn voor een significante verlenging van de ziekteduur in vergelijking met de standaard

casus. Ten slotte heeft ook een reis in de afgelopen week een significant effect op de arbeidsongeschiktheid bij gastro-enteritis klachten.

Hoewel de algemene conclusie is dat de verwachte arbeidsongeschiktheidsduur voor de ondervraagde artsen en burgers in dezelfde lijn ligt en de verschillen meestal goed te verklaren zijn, stoten we bij deze studie op enkele limitaties. Het onderzoek is gebaseerd op een relatief kleine onderzoekspopulatie waar vooral het aantal artsen een limiterende factor is. Er is een groot verschil tussen het aantal burgers en het aantal artsen dat geïncludeerd is, wat een effect heeft op de statistische power van dit onderzoek. Er is om diezelfde reden geen regressie analyse uitgevoerd, waardoor er geen onderscheid kan gemaakt worden tussen de artsen- en burgerpopulatie met betrekking tot de determinanten van de arbeidsongeschiktheidsduur bij de verschillende casussen.
Verder weerhouden we het risico op selectiebias. Het betreft een masterproef waarbij om praktische redenen gekozen is voor 'convenience sampling'. Wat de artsen betreft, zien we dat we vooral jongere en vrouwelijke artsen bereikt hebben. Het effect van deze oververtegenwoordigde subpopulatie op het voorschrijfgedrag is niet duidelijk. De burgers die de vragenlijst hebben ingevuld hadden allen een goede kennis van de Nederlandse taal en door hun motivatie om mee te werken aan wetenschappelijk onderzoek beschikken ze vermoedelijk over betere gezondheidsvaardigheden dan een gemiddelde burger. De inschatting van de arbeidsongeschiktheidsduur kan hierdoor een wat vertekend beeld geven. We zien hier niet de inschatting van een gemiddelde burger, maar van een eerder gezondheidsvaardige burger. Het zou interessant zijn om deze studie te herhalen met een ruimere artsenpopulatie om zo ook het voorschrijfgedrag binnen bepaalde subgroepen van artsen te bestuderen. Dit leidt ons echter te ver van het beoogde doel van deze masterproef.

Bij de sterke punten van dit onderzoek staat onder andere de korte vragenlijst met korte casussen. We zien bij bijna alle deelnemers een volledige respons. Er is een mooie spreiding over de verschillende leeftijdscategorieën wat de burgers betreft, dit is vermoedelijk te danken aan het hybride systeem met zowel elektronische als papieren vragenlijsten. Een mogelijk voordeel is dat de burgers gevraagd wordt te oordelen over een andere patiënt. Zo zijn ze in staat om het oordeel over de arbeidsongeschiktheid buiten zichzelf te leggen. Bij dit onderzoek is er dus geen bias door eigenbelang of ziektewinst. Wat het bijkomende effect hiervan zou kunnen zijn op de arbeidsongeschiktheidsduur is een interessant onderwerp voor verder onderzoek.

5. Besluit

Dit onderzoek toont aan dat burgers en artsen een gelijkaardige inschatting maken van de arbeidsongeschiktheidsduur, ook na de inclusie van verschillende determinanten. De determinanten van ziekteduur, beschreven in voorgaand onderzoek, kunnen door dit onderzoek bevestigd worden. Bij zowel artsen als burgers worden deze factoren meegenomen in de beslissing over arbeidsongeschiktheidsduur. Dit maakt dat patiënten zeker een rol hebben bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheidsduur, dan wel binnen het artsenconsult als op zelfstandige basis. We stellen voor dit nog ruimer te onderzoeken, zodat er eventueel een administratieve last kan verdwijnen bij huisartsen in de toekomst.

6. Referenties

1. Lévy Y, Denis A, Fassier JB, Kellou N, Schott AM, Letrilliart L. Determinants of sick-leave length: still limited to diagnosis elements. Disabil Rehabil. 2017;39(26):2657–62.

2. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. Chiropr Man Ther [Internet]. 2016;24(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z

3. De Kock CA, Lucassen PL, Akkermans RP, André Knottnerus J, Buijs PC, Steenbeek R, et al. Work-relatedness of the presented health problem and sickness absence. Fam Pract. 2020;37(3):360–6.

4. Hordijk PM, Broekhuizen BDL, Butler CC, Coenen S, Godycki-Cwirko M, Goossens H, et al. Illness perception and related behaviour in lower respiratory tract infections-a European study. Fam Pract. 2015;32(2):152–8.

5. Uyttersprot E, Avonts D. Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid : Opstellen van een praktijkrichtlijn . ICHO. 2013;

6. Ahmed F, Kim S, Nowalk MP, King JP, VanWormer JJ, Gaglani M, et al. Paid leave and access to telework as work attendance determinants during acute respiratory illness, United States, 2017-2018. Emerg Infect Dis. 2020;26(1):26–33.

7. Godycki-Cwirko M, Nocun M, Butler CC, Little P, Verheij T, Hood K, et al. Family practitioners' advice about taking time off work for lower respiratory tract infections: A prospective study in twelve European primary care networks. PLoS One. 2016;11(10):1–13.

8. De Boer WEL, Mousavi SM, Delclos GL, Benavides FG, Lorente M, Kunz R. Expectation of sickness absence duration: A review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America. Eur J Public Health. 2016;26(2):306–11.

9. Hallman DM, Holtermann A, Björklund M, Gupta N, Nørregaard Rasmussen CD. Sick leave due to musculoskeletal pain: determinants of distinct trajectories over 1 year. Int Arch Occup Environ Health [Internet]. 2019;92(8):1099–108. Available from: https://doi.org/10.1007/s00420-019-01447-y

10. Gragnano A, Villotti P, Larivière C, Negrini A, Corbière M. A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders. J Occup Rehabil [Internet]. 2021;31(3):491–511. Available from: https://doi.org/10.1007/s10926-020-09935-6

11. Valentin GH, Pilegaard MS, Vaegter HB, Rosendal M, Ørtenblad L, Væggemose U, et al. Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: A systematic review of cohort studies. BMJ Open. 2016;6(1).

12. Richtlijn Lage rugpijn en LRS - bij werkende -def versie 2020. Ned Ver voor Verzek. 2020;

13. Awang H, Tan LY, Mansor N, Tongkumchum P, Eso M. Factors related to successful return to work following multidisciplinary rehabilitation. J Rehabil Med. 2017;49(6):520–5.

14. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. Spine J [Internet]. 2009;9(5):350–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2008.07.003

15. Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock SR, Nouwen A, et al. Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: A 2-year prospective study. Eur Spine J. 2007;16(5):641–55.

16. Kovacs FM, Fernández C, Cordero A, Muriel A, González-Luján L, Gil Del Real MT. Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: A prospective study on clinical outcomes and determinants of management. BMC Health Serv Res. 2006;6:1–12.

17. Werner EL, Côté P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: A systematic review. Clin J Pain. 2012;28(4):364–71.

18. Pind R. Testing a new 10-item scale (Pind's LBP Test) for prediction of sick leave lasting more than three days or more than two weeks after a general practitioner visit for acute low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2014;39(9):581–6.

19. Werner EL, Côté P. Low back pain and determinants of sickness absence. Eur J Gen Pract. 2009;15(2):74–9.

20. Schmutz C, Bless PJ, Mäusezahl D, Jost M, Mäusezahl-Feuz M. Acute gastroenteritis in primary care: a longitudinal study in the Swiss Sentinel Surveillance Network, Sentinella. Infection. 2017;45(6):811–24.

21. Politis C, Aertgeerts B, Piettte K, Viaene M. Problemen en strategieën bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid in de huisartsenpraktijk . ICHO. :1.

22. Van beveren M, Schoenmakers B, Peeters J. De Vlaamse huisarts en arbeidsongeschiktheid , is een consensus mogelijk ? Een praktijkstudie bij patiënten en artsen. ICHO. 2013;1.

23. Duchemin T, Bar-Hen A, Lounissi R, Dab W, Hocine MN. Hierarchizing Determinants of Sick Leave: Insights from a Survey on Health and Well-being at the Workplace. J Occup Environ Med. 2019;61(8):E340–7.

24. Westerlind E, Palstam A, Sunnerhagen KS, Persson HC. Patterns and predictors of sick leave after Covid-19 and long Covid in a national Swedish cohort. BMC Public Health. 2021;21(1):1–9.

25. Ebrahim S, Malachowski C, Kamal el Din M, Mulla SM, Montoya L, Bance S, et al. Measures of Patients' Expectations About Recovery: A Systematic Review. J Occup Rehabil. 2015;25(1):240–55.

26. Merkus SL, Van Drongelen A, Holte KA, Labriola M, Lund T, Van Mechelen W, et al. The association between shift work and sick leave: A systematic review. Occup Environ Med. 2012;69(10):701–12.

27. Remaut L, De Sutter A, Albers F. "Dokter, hoeveel dagen zal ik krijgen?" Arbeidsongeschikhteid: welke criteria past de huisarts toe ? ICHO. 2016;1.

28. Smetryns D, Avonts D, De maesschalck M, Lesaffer C, Peeters A, Vanderlinden K. IMPLEMENTATIE VAN EEN PRAKTIJKRICHTLIJN OVER ARBEIDSONGESCHIKTHEID BIJ COURANTE PATHOLOGIE ? N : ICHO. 2016;1–2.

29. Bourguignon S, Schoenmakers B, Van Tilborg E. Ziekteattest en de job: in welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid ? ICHO. :1.

7. Bijlagen

Bijlage A - Tabel 1 en 2 - overzicht literatuuronderzoek

Tabel 1 - onderzoeksstrategie onderzoeker één

Onderzoeksstrategie onderzoeker één				
databank	datum	zoekterm	aantal artikelen	weerhouden artikelen
Cochrane library	12/04/22	(determin*) AND (sick-leave) NOT (intervention)	78	Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain (14) Work-relatedness of the presented health problem and sickness absence (3)
Limo	12/04/22	(determin*) AND (sick leave) AND (respiratory)	1	Paid Leave and Access to Telework as Work Attendance Determinants during Acute Respiratory Illness, United States, 2017–2018 (6)
Limo	12/04/22	(determin*) AND (back pain) AND (sick leave)	12	Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: a 2-year prospective study (15) Non-specific low back pain in primary care in the Spanish National Health Service: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management (16) Low back pain and determinants of sickness absence (19)

Google scholar	12/04/22	allintitle: sick leave determinants	12	Sick leave due to musculoskeletal pain: determinants of distinct trajectories over 1 year (9) Hierarchizing Determinants of Sick Leave (23) Determinants of sick-leave length: still limited to diagnosis elements (1)
Pubmed	12/04/22	(general practitioner) AND (respiratory infection) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	5	(2) Illness perception and related behaviour in lower respiratory tract infections—a European study (4) Family Practitioners' Advice about Taking Time Off Work for Lower Respiratory Tract Infections: A Prospective Study in Twelve European Primary Care Networks (7)
Pubmed	12/04/22	(general practitioner) AND (gastroenteritis) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	1	/
Pubmed	12/04/22	(general practitioner) AND (cystitis) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	1	/
Pubmed	12/04/22	(general practitioner) AND (acute back pain) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	8	Testing a new 10-item scale (Pind's LBP Test) for prediction of sick leave lasting more than three days or more than two weeks after a general practitioner visit for acute low back pain (18)
Pubmed	12/04/22	("gastroenteritis"[All Fields]) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	11	Acute gastroenteritis in primary care: a longitudinal study in the Swiss Sentinel Surveillance Network, Sentinella (20)
Pubmed	13/04/22	((days) AND (sick leave)) AND (respiratory infection)	59	Patterns and predictors of sick leave after Covid-19 and long Covid in a national Swedish cohort (24) Illness perception and related behaviour in lower respiratory tract infections—a European study (4)
Pubmed	13/04/22	((days) AND (sick leave)) AND	24	*Acute gastroenteritis in primary care: a longitudinal study in the Swiss Sentinel Surveillance Network,*

		(gastroenteritis)		*Sentinella (duplicaat)*
Pubmed	13/04/22	((days) AND (sick leave)) AND (cystitis)	(1)	/

Tabel 2 - onderzoeksstrategie onderzoeker twee

Onderzoeksstrategie onderzoeker twee				
databank	datum	zoekterm	aantal artikelen	weerhouden artikelen
pubmed	29/3/22	(determin*) AND (sick leave)	51	Measures of Patients' Expectations About Recovery: A Systematic Review (25) The association between shift work and sick leave: a systematic review (26) Physicians' Determinants for Sick-listing LBP Patients A Systematic Review (17)
pubmed	29/3/22	(determin*) AND (incap* for work)	7	/
pubmed	30/3/22	(expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work))	21	*Measures of Patients' Expectations About Recovery: A Systematic Review (duplicaat)* *Physicians' Determinants for Sick-listing LBP Patients A Systematic Review (duplicaat)* Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews (2) Expectation of sickness absence duration: a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America (8) A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders (10)

pubmed	30/3/22	(expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work))) AND (resp* tract infect*)	0	/
pubmed	30/3/22	(expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work)) AND (gastroenteritis)	1	/
pubmed	30/3/22	(expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work)) AND (cystitis)	0	/
pubmed	30/3/22	(expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work)) AND (lower back pain)	21	Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies (11) *Physicians' Determinants for Sick-listing LBP Patients A Systematic Review (duplicaat)* *Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews (duplicaat)*
pubmed	30/3/22	((expect*) AND ((sick leave) OR (incap* for work))) AND (musculosk*)	6	*Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews (duplicaat)* *Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies (duplicaat)* *A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders (duplicaat)*
pubmed	30/3/22	((sick leave) OR (incap* for work)) AND (resp* infect*)	8	/
pubmed	30/3/22	(sick leave) OR (incap* for work)) AND (gastroenteritis)	8	/

pubmed	30/3/22	((sick leave) OR (incap* for work)) AND (cystitis)	0	/
pubmed	30/3/22	((sick leave) OR (incap* for work)) AND (lower back pain)	39	*Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain (duplicaat)* *Physicians' Determinants for Sick-listing LBP Patients A Systematic Review (duplicaat)* *Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews (duplicaat)* *Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies (duplicaat)*
pubmed	30/3/22	((sick leave) OR (incap* for work))) AND (musculosk*)	63	*Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews (duplicaat)* *Prognostic factors for disability and sick leave in patients with subacute non-malignant pain: a systematic review of cohort studies (duplicaat)* *A Systematic Search and Review of Questionnaires Measuring Individual psychosocial Factors Predicting Return to Work After Musculoskeletal and Common Mental Disorders (duplicaat)*
databank masterproeven ICHO	30/3/22	arbeidsongeschiktheid	11	'Dokter, hoeveel dagen zal ik krijgen? Arbeidsongeschiktheid: welke criteria past de huisarts toe? (27) De Vlaamse huisarts en arbeidsongeschiktheid, is een consensus mogelijk? Een praktijkstudie bij patiënten en artsen (22) IMPLEMENTATIE VAN EEN PRAKTIJKRICHTLIJN OVER ARBEIDSONGESCHIKTHEID BIJ COURANTE PATHOLOGIE?N: EEN KWALITEITSVERBETEREND PROJECT. (28) Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: Opstellen van een praktijkrichtlijn. (5) Problemen en strategieën bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid in de huisartsenpraktijk. (21) Ziekteattest en de job: In welke mate komen de verwachtingen van de patiënt overeen met die van de

				huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? (29)
NVAB-richtlijnen	11/4/22			Richtlijn lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, versie 2020 (12)

Bijlage B - Vragenlijst

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Bent u arts?: JA/ NEE **Uw leeftijd:** … **Uw geslacht:** M / V / X

Laura is 22 jaar en heeft sinds enkele dagen pijn bij het plassen. Ze beschrijft dit als een brandend gevoel. De pijn neemt toe en ze heeft nu constant het gevoel te moeten plassen.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Sanne is 32 jaar en heeft sinds gisteren een verkoudheid. Ze voelt zich algemeen wat minder goed, heeft een loopneus, hoest en heeft af en toe wat hoofdpijn.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Linda is 52 jaar en werkt als bediende. Ze heeft sinds enkele dagen een toenemende pijn aan haar schouder. Deze pijn neemt toe als ze haar schouder veel gebruikt.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Jan is 42 jaar en heeft sinds deze ochtend plots pijn in de onderrug, na iets van de grond te willen oprapen.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Nele is 22 jaar en is sinds deze ochtend misselijk en moet braken. Deze middag heeft ze ook diarree gehad met buikpijn.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Johanna is 32 jaar en heeft een verkoudheid. Ze heeft een loopneus en hoofdpijn. Ze werkt meestal van thuis uit, deze week gaat ze hoe dan ook niet op kantoor werken.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Kim is 52 jaar. Ze heeft sinds enkele dagen toenemende pijn in haar schouder. De pijn is vooral aanwezig bij bepaalde bewegingen. Ze werkt als huishoudhulp in een woonzorgcentrum.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Pieter is 42 jaar en heeft sinds deze ochtend plots pijn in de onderrug, na iets van de grond te willen oprapen. De pijn trekt door tot in het rechter bovenbeen.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Sara is 22 jaar en is sinds deze ochtend misselijk en moet braken. Deze middag heeft ze ook diarree gehad met buikpijn en koorts van 38,5°C.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Monique is 53 jaar. Ze heeft sinds enkele dagen een brandend gevoel bij het plassen. Ze heeft nu ook constant het gevoel te moeten plassen.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Tessa is 29 jaar. Ze heeft sinds enkele dagen pijn in haar schouder. Deze pijn neemt toe bij een specifieke beweging. Ze werkt als bediende.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Jos is 42 jaar en heeft sinds deze ochtend plots pijn in de onderrug, na iets van de grond te willen oprapen. Hij is bouwvakker van beroep.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Astrid is 22 jaar en gisteren teruggekomen van een tropische reis. Sinds deze ochtend is ze misselijk en moet braken. Deze middag heeft ze ook diarree gehad met buikpijn.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Lisa is 22 jaar. Ze heeft het gevoel constant te moeten plassen en bij het plassen voelt het branderig aan. Ze heeft sinds 10 jaar astma, waarvoor ze puffers gebruikt.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Anne is 32 jaar, heeft sinds gisteren een verkoudheid, maar maakt nu koorts tot 39°C. Ze vraagt dan ook of de dokter op huisbezoek kan komen, omdat ze zich zo ziek voelt dat ze haar bed amper uit kan.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Erik is 42 jaar en heeft sinds deze ochtend plots pijn in de onderrug, na iets van de grond te willen oprapen. Hij heeft nog nooit zo veel pijn gehad.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Maria is 64 jaar en is sinds deze ochtend misselijk en moet braken. Deze middag heeft ze ook diarree gehad met buikpijn.

Is de patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Lotte is 22 jaar. Ze heeft sinds enkele dagen constant het gevoel te moeten plassen en heeft ook pijn tijdens het plassen. Ze benadrukt dat ze al enkele dagen heel veel pijn heeft.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Jan is 32 jaar. Hij heeft een verkoudheid. Hij heeft de typische klachten, maar vooral last van een loopneus en hoofdpijn. Hij hoest ook af en toe.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Karin is 52 jaar en werkt als bediende. Ze heeft sinds enkele dagen een toenemende pijn aan haar schouder. Deze pijn neemt toe als ze haar schouder veel gebruikt. Thuis zorgt ze voor haar zieke man, dit vraagt zowel fysiek als emotioneel veel van haar.

Is deze patiënt volgens u arbeidsongeschikt? JA/ NEE

Indien ja, hoelang? …… dagen/weken/maanden

Bijlage C - Vooropgestelde boodschap

Beste deelnemer,

Wij (Jef Truyers en Kaat Penne) doen, in het kader van onze thesis in de master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde, onderzoek naar de verwachtingen van zowel patiënten als artsen omtrent de arbeidsongeschiktheidsduur ('ziektebriefje').

Het arbeidsongeschiktheidsattest is reeds verschillende keren een 'hot topic' geweest in de media. We hopen met dit onderzoek een beter inzicht te verkrijgen in het verschil tussen verwachtingen van de arts en de patiënt omtrent arbeidsongeschiktheidsduur. Dit zal in onze ogen leiden tot een beter begrip tussen beiden en bijgevolg een betere arts-patiëntrelatie.

Hieronder vindt u 20 beknopte situaties met telkens dezelfde twee vragen.

U vult de enquête in volgens uw persoonlijke mening, met de beperkte informatie die u krijgt per situatie. Er is dus geen juist of fout antwoord en u hoeft zich niet te verplaatsen in het standpunt van de arts of patiënt.

De enquête zal niet meer dan 10 minuten van uw tijd vragen.

We zijn u alvast dankbaar voor het invullen van deze enquête en hierbij ook de medewerking aan het wetenschappelijk onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde.

Deze vragenlijst is anoniem. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw mening, bijdragen aan de kennis omtrent arbeidsongeschiktheid en de verwachtingen hierrond.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: 10 minuten

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

- *Deze studie is opgesteld na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.*
- *Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.*
- *De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.*
- *Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.*

Bijlage D - Informatiebrief

Titel van de studie: 'Vergelijking van verwachtingen van de patiënt en de arts omtrent arbeidsongeschiktheid'

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.

Onderzoekers: Truyers Jef, huisarts-in-opleiding, jef.truyers@student.kuleuven.be

Penne Kaat, huisarts-in-opleiding, kaat.penne@student.kuleuven.be

Godderis Lode, promotor, lode.godderis@kuleuven.be

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de duur van het ziektebriefje. Het doel is om het aantal ziektedagen dat patiënten verwachten en artsen schrijven met elkaar te vergelijken voor enkele veel voorkomende ziektes.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie wilt de verwachtingen van de patiënt en de arts omtrent de duur van het ziektebriefje en de verschillen hiertussen in kaart brengen.
Dit kan leiden tot een beter begrip tussen beiden en bijgevolg een betere arts-patiëntrelatie.
Wij stellen u voor om aan deze studie deel te nemen omdat u tot de arbeidsgeschikte populatie behoort.
Aan deze studie zullen ongeveer *75* personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u behoren tot de arbeidsgeschikte populatie (18–65 jaar).
We vragen u hierbij om een vragenlijst in te vullen met 20 beknopte situaties, met telkens de 2 zelfde vragen. Er wordt gepeild of u de patiënt in de situatie arbeidsongeschikt vindt en indien ja, voor hoelang.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal ingevuld kunnen worden in de wachtzaal of bij uw thuis. U kan de vragenlijst aan het secretariaat of in een daarvoor bedoelde doos afgeven.

Deze vragenlijst is anoniem. Er worden geen persoonsgegevens verzameld.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.
U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek. U kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan onze kennis rond dit thema.

Deelnemen aan het onderzoek kost tijd: ~10 minuten

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

- Deze studie (MP023860) opgesteld is na evaluatie door EC Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang.

- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn volledig anoniem. Er worden geen persoonsgegevens zoals naam, geboortedatum, adres, enz. verzameld. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Als u bijkomende informatie wenst over hoe wij uw anonieme gegevens gebruiken, maar ook ingeval van problemen, bijkomende vragen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers Penne Kaat via (kaat.penne@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer 016 23 09 03 en Truyers Jef via (jef.truyers@student.kuleuven.be) of telefoonnummer 016 62 39 10 en de hoofdonderzoeker Godderis Lode via het telefoonnummer 0032 16 37 32 91 (werkuren) of via e-mail (lode.godderis@kuleuven.be). Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staat te uwer beschikking.
  De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt:

  DPO – KU Leuven, e-mail dpo@kuleuven.be

- Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))
- Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

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

Handtekening deelnemer:
