Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen

Een kwalitatieve exploratie van vragen en oplossingen

Freja Haak – Universiteit Antwerpen
Tom Hoerée – Universiteit Antwerpen
Brecht Verbrugghe – Universiteit Gent

Promotor: **Katrien Bombeke**, Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider & Co-promotor: **Ilke Cabus, Staf Hendrickx, Luc Ectors, Dirk Van Duppen**

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen

Een kwalitatieve exploratie van vragen en oplossingen

Thesis voor het behalen van de graad *Master in de huisartsgeneeskunde* -2014

Freja Haak
Tom Hoerée
Brecht Verbrugghe

Promotor: Katrien Bombeke, *Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen*
Praktijkopleider – co-promotor: Ilke Cabus, Staf Hendrickx, Luc Ectors, Dirk Van Duppen

,

Inhoudstabel

Inleiding ..... I- 1-7

Abstracts ..... I- 8-10

Hoofdstuk 1: Exploratie van arbeid-gerelateerde aandoeningen op de eerste lijn:
een literatuur onderzoek.
Freja Haak, Tom Hoerée, Brecht Verbrugghe H1- 1-16

Hoofdstuk 2: Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen: een kwalitatieve exploratie van vragen en oplossingen.
Freja Haak, Tom Hoerée, Brecht Verbrugghe H2- 1-30

Hoofdstuk 3: Vragen en struikelblokken bij het herkennen, diagnosticeren en behandelen van arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA's).
Freja Haak H3- 1-25

Hoofdstuk 4: De psychosociale en administratieve aspecten van arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA's): een kwalitatieve exploratie van vragen bij huisartsen.
Tom Hoerée H4- 1-21

Hoofdstuk 5: Barrières voor de herkenning, diagnose en aanpak van AGA's in de huisartsenpraktijk.
Brecht Verbrugghe H5- 1-48

Proloog

Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is het opmaken van een praktische gids om de huisarts, voor zover mogelijk tijdens het spreekuur, te helpen bij het onderkennen en aanpakken van gezondheidsklachten die veroorzaakt zijn door of een invloed hebben op werk. We introduceren hier reeds de term "*arbeid-gerelateerde aandoening (AGA)*", die zowel beroepsziekten, ziektes waar de oorzaak specifiek in de werksituatie ligt, omvat als gezondheidsproblemen met een multifactorieel karakter waarbij het oorzakelijk verband niet alleen in de werksituatie te vinden is (WHO, 2001).

Factoren in de werksfeer die een invloed hebben op deze aandoeningen kunnen in vier groepen worden onderverdeeld: *1-werkbelasting* (fysisch, psychisch), *2-werkomstandigheden* (fysische risico's zoals lawaai, trillingen of straling, chemische en biologische risico's, zoals infecties), *3- arbeidsvoorwaarden* (werktijd en werkdruk, ploegendienst, loon, loopbaan, verlofregeling), en *4- arbeidsverhoudingen* (relaties met collega's, overste, organisatiestructuur, …) (Verbeek, 2010; FBZ, 2013).

Arbeid, gezin en ontspanning zijn voor elke mens steeds de eerste prioriteit. Gezondheid komt pas op de voorgrond als deze 'in gebreke' blijft. Niet meer kunnen werken heeft niet alleen een impact op het gezinsbudget en overleven, maar ook op de eigenwaarde. Dit laatste heeft te maken met zingeving en zelfrealisatie door het gevoel iets nuttigs te doen, iets te realiseren, zijn kunde en kennis te gebruiken. En wordt onder andere ook bepaalt doordat werken een sociale activiteit is. Collega's maken vaak deel uit van de vrienden- en kennissenkring. Vele mensen halen dus, naast hun broodwinning, ook veel zelfvoldoening en plezier uit hun werk (El-Samra, 1985; Navarro, 2007; CSDH, 2008).

Werk 'slorpt' gemiddeld een kwart tot een derde van de beschikbare tijd op. Ongezonde factoren, indien aanwezig op het werk, kunnen dus lang inwerken. Behalve voor werkongevallen, loopt de causale relatie tussen werk en ziekte vaak heel insidieus, waardoor arts noch patiënt het verband opmerkt. Daarbij, en deels door de langdurige blootstelling, hebben vele werk gerelateerde aandoeningen een sterk invaliderend karakter. Het is daarom van zeer groot belang om arbeidsomstandigheden die tot ziekte leiden te onderkennen en op te heffen. Dit heeft niet alleen een positieve impact op het niveau van de patiënt en zijn onmiddellijke omgeving, ook de werkgever en het sociale systeem hebben er baat bij.

Met andere woorden, voor de patiënt is werken van levensbelang, maar ziekmakende werkomstandigheden kunnen dit van hem/ haar afnemen. De arts, als gezondheidswerker, heeft dus

een verpletterende verantwoordelijkheid in het verbeteren van de volksgezondheid door het tijdig herkennen, aanpakken en voorkomen van arbeid-gebonden aandoeningen.

De rol van de huisarts[1] is echter, zoals voor vele gezondheidsproblemen, eerder complex. Ze moet inderdaad verschillende competentieterreinen met elkaar verbinden: Klinisch redeneren en verwijzen naar gespecialiseerde artsen, waar nodig onderhandelen met de patiënt over de behandeling, werkonbekwaamheid, rehabilitatie en her-inschakeling in het arbeidsproces. Bij dit laatste zijn ook andere actoren betrokken: arbeidsgeneesheer, controle geneesheer, werkgever, fonds voor beroepsziekten, het ziekenfonds, de VDAB, … . Idealiter denk ze ook na over hoe een onderhavige casus vermeden had kunnen worden, en welke interventies op de werkvloer of elders nodig zijn om dit te bewerkstelligen.

In principe is de huisarts een vertrouwenspersoon en het eerste contact van de patiënt met het gezondheidssysteem. Zij is zowat de schakel tussen de maatschappij en het gezondheidssysteem. Door deze uitkijkpositie heeft ze (*of zou ze*) dus een zicht op beide (*moeten hebben*), waardoor ze oorzakelijke verbanden beter kan zien. Echter, 'wie niet kijkt ziet niet'. Huisartsen hebben inderdaad nood aan nog eens een andere bril, "*een AGA-bril!*" Deze bril, zoals alle brillen, is meer dan weten. Het is het nieuwsgierig en kritisch kijken naar hoe arbeid en gezondheid voor deze specifieke patiënt aan een specifieke werksituatie gelinkt zijn.

Het oorspronkelijk doel van deze thesis was om een praktijkgids voor huisartsen te ontwikkelen als hulpmiddel bij de aanpak van arbeid-gerelateerde klachten. Er is voor België een zeer leesbaar boek beschikbaar over werkstress (Hendrickx, 2009), maar geen echte gids over alle AGA's die bruikbaar is in de praktijk. Na een *uitgebreide literatuursearch* bleek echter dat er geen duidelijk antwoord op onze onderzoeksvraag te vinden was en dat we dus meer informatie nodig hadden voor onze gids. Deze zoektocht wordt in *hoofdstuk 1* beschreven. Daarom hebben we een *kwalitatieve casestudie* opgezet om de struikelblokken die huisartsen ondervinden bij de aanpak van arbeid-gerelateerde klachten bloot te leggen. Dit originele onderzoek wordt in *hoofdstuk 2* uit de doeken gedaan. Tijdens de literatuurstudie kwamen we in een kluwen van aan mekaar gelinkte onderwerpen terecht, die we uiteindelijk in een viertal clusters onderverdeelden: 1- beschrijving van het probleem vanuit een epidemiologische perspectief; 2- problemen en oplossingen bij het vermoeden van het causale verband tussen klacht en blootstelling. En aspecten van het therapeutisch beleid bij specifieke AGA's; 3- aspecten gerelateerd aan de psychologische, sociale en administratieve begeleiding van patiënten met een AGA; 4- actoren die tussenkomen bij de aanpak van AGA's en barrières (en oplossingen) bij de huisarts en tussen deze actoren die een effectieve aanpak in de weg staan.

[1] 'de huisarts' wordt waar nodig steeds met 'zij' aangeduid, omdat de meerderheid inderdaad vrouwen zijn.

Het eerste thema bleek minder relevant voor onze uiteindelijke doelstelling en werd niet verder opgenomen na de verkennende fase van de literatuurstudie. Elk volgend thema werd verder uitgediept door één van ons. Vragen over diagnostiek en aanpak (thema 2) werd opgenomen door Freja Haak. Deze over psychosociale en administratieve begeleiding (thema 3) door Tom Hoerée. Brecht Verbrugghe verdiepte zich in de complexiteit van de verschillende actoren, hun rol en bevoegdheden en de moeilijkheden die daaruit voortvloeien (thema 4). Ieder is verantwoordelijk voor een onderzoeksrapport in resp. hoofdstukken 3, 4 en 5. Het eindresultaat van dit studiewerk wordt in de reeds aangehaalde hoofdstukken 1 en 2 samengebracht.

Een thesis schrijven is meestal een individueel werk. Wij mochten dit smaken bij het opmaken van de onderzoeksrapporten, maar hebben meer gekregen, door het onderzoeksdomein tijdens meerdere samenkomsten geleidelijk samen af te bakenen, mekaar feedback te geven en mekaars werk kritisch te beoordelen, en door met z'n drieën steeds meer greep te krijgen op het onderwerp, hebben we ook het werken in groep gesavoureerd. Het was een lange, soms moeizame weg, waar veel tijd is in gekropen, maar we hebben hem samen afgelegd. We danken onze promotor, onze co-promotor en onze praktijkopleiders voor hun raad en daad. Ook aan onze geliefden en vrienden dank, voor de tijd die ze ons gegeven hebben om dit werk te kunnen afleveren.

Referenties

CSDH. (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. *Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva.

El-Samra G. (1985) *Identification and control of work-related diseases. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva.

Fonds voor Beroepsziekten (2013) Belgische lijst van de beroepsziekten, available: http://www.fmp-fbz.fgov.be/lijst (accessed 25/3/2013)

Henderickx, S. and Krammisch, H. (2009) Dokter, ik ben op. Over werkstress, EPO.

Navarro V. (2007) What is a National Health Policy? *International Journal of Health Services, 37(1)*, pp. 1-14.

Verbeek J, Smits P. (2010) De relatie tussen werk en gezondheid. In: *Werk en gezondheid. Inleiding in de Bedrijfsgezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.

WHO. *Occupational health. A manual for Primary Health Care*. Cairo: 2001.

Abstract: 'Hoofdstuk 3- Vragen en struikelblokken bij het herkennen, diagnosticeren en behandelen van AGA's'

Freja Haak

Context
Werkgerelateerde aandoeningen worden gedefinieerd als multi-factoriële ziekten in een werkende populatie, deze azijn gedeeltelijk veroorzaakt door werk, en/of verergerd of versneld door beroepsgebonden blootstellingen en/of de oorzaak van een verminderde werkcapaciteit. Gezien het feit dat de zorg voor meer dan 80% van de beroeps-en omgevingsgebonden aandoeningen geleverd wordt door de eerstelijn zorgverleners, is er een grote behoefte aan huisartsen die bekwaam zijn in het screenen van patiënten op beroepsgebonden problemen. Regelmatig herkennen huisartsen de werkgerelateerdheid van een ziekte niet eens. Dit kan op langere termijn lijden tot ernstigere gezondheidsproblemen of onnodig langdurige arbeidsongeschiktheid. Dit heeft dus niet enkel effect op de gezondheid van de patiënt maar ook op de kosten voor bedrijven en de maatschappij in het algemeen. Omgekeerd, als artsen de werkgerelateerdheid van een klacht beter zouden herkennen, zou dit voor een meer adequate preventie kunnen zorgen en lijden tot minder arbeidsongeschiktheid.

Onderzoeksvraag
Welke struikelblokken voor de herkenning, diagnose en behandeling van AGA's ervaren huisartsen tijdens hun praktijkvoering?

Methode
Omdat de literatuur te weinig bruikbare informatie bevatte voor onze studie en geen duidelijk antwoord kon geven op onze onderzoeksvraag hebben we besloten om zelf een kwalitatieve studie op te starten. We hebben gevraagd aan collega huisartsen om gedurende een tweetal weken alle casussen te noteren met betrekking tot AGA's en hun vragen/bemerkingen daarbij. We willen als het ware kijken door hun ervaringsbril naar feitelijke moeilijkheden bij de aanpak van AGA's. Dit is wat ook wel het 'factist perspective' genoemd wordt. 'Content analysis' is een onderzoeksmethodologie die hierbij past. Deze laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren. Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan. Alle analyses gebeurden manueel met behulp van Word en Excel.

Resultaten
De meeste vragen die naar boven komen uit de analyse gaan over de onzekerheid om een etiologisch verband te leggen tussen de werksituatie en het probleem van de patiënt. In sommige casussen is zeer specifieke informatie nodig om een etiologische verklaring voor de klachten van de patiënt te kunnen geven. Artsen vragen zich dan ook af waar en hoe ze die relevante informatie kunnen vinden. Bijna alle casussen en bijhorende vragen gaan over een klacht of ziekte die vermoedelijk veroorzaakt of verergerd werd door het werk van de patiënt. Er zijn weinig casussen die de situatie andersom bekijken. Welk effect heeft een klacht of ziekte op de mogelijkheid om een job uit te voeren?

Conclusie
Heel wat patiënten komen bij de huisarts met arbeidsgerelateerde klachten. Jammer genoeg beschikken huisartsen over te weinig kennis omtrent deze materie. In de literatuur is er over de rol van de huisarts in relatie met werkgerelateerde ziekten erg weinig terug te vinden. Dit onderwerp heeft naar mijn inziens tot nu toe onvoldoende aandacht gekregen. Uit ons eigen kwalitatief onderzoek is duidelijk gebleken dat de huisarts met veel vragen zit omtrent herkenning, diagnose en aanpak van arbeidsgebonden klachten of aandoeningen. Eerst en vooral moeten artsen meer bewust worden van het feit dat heel wat klachten in de eerste lijn arbeid-gerelateerd zijn. Er alvast aan denken is een eerste stap. Een goede blootstellings- en beroeps anamnese afnemen zou dan in tweede instantie kunnen helpen om een link te leggen tussen oorzaak en klacht. En dan als derde stap zouden de artsen op een eenvoudige en snelle manier antwoord op hun vragen moeten kunnen krijgen. Dit zou kunnen aan de hand van een gids of tool waar alle nodige informatie met betrekking tot arbeidsgerelateerde klachten op een snelle manier terug te vinden is.

Contact: haak.freja@gmail.com

Abstract: 'Hoofdstuk 4- De psychosociale en administratieve aspecten van arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA): een kwalitatieve exploratie van vragen bij huisartsen'

Tom Hoerée

Context
Arbeidsgeneeskunde komt in weinig basis- of voortgezette opleidingen aan bod. Huisartsen kennen de realiteit van het werken als arbeider of lagere bediende niet. Toch worden ze heel vaak geconfronteerd met vragen en problemen die met arbeid te maken hebben, zoals de vraag van de patiënt of zijn klacht met zijn werk te maken heeft, of de patiënt die wel wil gaan werken maar nog niet volledig gerecupereerd is. Huisartsen zijn ook betrokken bij de beslissingen met betrekking tot arbeidsongeschiktheid en invaliditeit, waarbij de inkomenszekerheid voor de patiënt belangrijk wordt. De kennis over deze sociale en administratieve aspecten wordt meestal enkel opgebouwd door ervaring.
Het opstellen van een praktische, tijdens de raadpleging consulteerbare, internet-gelinkte gids, met korte praktische antwoorden en verwijzingen naar de bevoegde personen en instanties, zou de huisarts al een heel eind op weg helpen. Deze studie maakt deel uit van een breder onderzoek over dit onderwerp.

Onderzoeksvraag
Het doel van deze kwalitatieve studie is om het opmaken van dergelijke gids voor te bereiden door de vragen en problemen die huisartsen ervaren bij de psychosociale en administratieve begeleiding van patiënten met een arbeid-gerelateerde aandoening, te exploreren.

Methode
Via purposeful sampling, werden huisartsen gevraagd om gedurende een beperkte periode alle contacten waarvan ze dachten dat het om een AGA ging te beschrijven en kort hun moeilijkheden, problemen en eventuele suggesties op te schrijven. De analyse gebeurde kwalitatief. De inhouden werden gecodeerd en waar relevant geteld. Het doel was om de realiteit vanuit de ervaringsbril van de huisarts te leren kennen, door op een vergelijkende en iteratieve wijze de reeksen casussen te analyseren. Dit leidde tot theorieën over de hindernissen die huisartsen ervaren bij het begeleiden van AGA's, die in vervolgonderzoek verder onderzocht kunnen worden op hun houdbaarheid. De analyses gebeurden manueel met behulp van eenvoudige software als Word en Excel.

Resultaten
Twaalf huisartsen leverden 107 arbeid-gerelateerde casussen. Bij 91 werden vragen gesteld over de psychosociale en administratieve aspecten. Dit leverde in totaal 102 vragen op. Drie grote thema's kwamen naar voren.
Huisartsen hebben heel wat moeilijkheden om *arbeidsongeschiktheid (AO) te verantwoorden* bij psychosociale aandoeningen (zie: surmenage, slaapstoornissen, conflicten op de werkvloer). Leeftijd en ervaring van de arts en haar inzicht in en kennis over deze problemen komen als mogelijke verklarende factoren naar boven.
De vraag naar *aangepast werk* wordt het vaakst gesteld. Het blijkt moeilijk te vinden. De huisarts weet niet goed of en hoe het te realiseren is, en vraagt zich af of het inschakelen van de arbeidsgeneesheer een goede optie is. Twee hypothesen komen naar voren waarom ons beeld over dit thema eerder vaag blijft. De huisarts weet niet wat er effectief mogelijk is op de werkvloer, en de bevoegdheden van haar collega arbeidsgeneesheer zijn haar niet duidelijk.
Tenslotte hebben huisartsen heel veel *concrete administratieve vragen*, zoals de rechten en plichten bij verschillende statuten, zoals interim werk, wanneer en hoe een dossier indienen bij het Fonds voor Beroepsziekten of hoe een dossier samenstellen voor een verzekeringsgeval bij een arbeidsongeval.

Conclusie
Deze kwalitatieve verkenning leverde heel wat bruikbare inzichten op over de problemen die huisartsen ervaren bij arbeid en ziekte. Voor de concrete vragen kunnen praktische antwoorden gezocht en samengevat worden. Voor de complexere vragen is meer studiewerk nodig, zoals het uitklaren van hoe de samenwerking tussen huisarts en arbeidsgeneesheer verbeterd kan worden.

Contact: thoeree@gmail.com

Abstract: Hoofdstuk 5- Vragen en struikelblokken bij het herkennen, diagnosticeren en behandelen van AGA's

Brecht Verbrugghe

Context
Veel mensen brengen een aanzienlijk deel van hun tijd door op het werk. Dit werk, of de ongewilde afwezigheid ervan, heeft als gezondheidsdeterminant een belangrijke impact op het welzijn en de gezondheid van het individu. Arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA's), is de verzamelterm die gebruikt wordt voor het benoemen van zowel de beroepsziekten als die aandoeningen waarbij arbeid één van de oorzakelijke factoren uitmaakt. AGA's presenteren zich frequent op het spreekuur van de huisarts maar worden vaak niet als dusdanig herkend. Het niet-of laattijdig diagnosticeren, leidt tot slechtere gezondheidsresultaten, maar ook tot gemiste kansen qua preventie of aangepast beleid. De aangifte van een arbeidsongeval of beroepsziekte heeft ook belangrijke positieve sociale en financiële implicaties voor de patiënt. De huisarts kan door zijn positie als poortwachter van de gezondheidszorg (en sociale instanties) een sleutelrol spelen in deze problematiek, dit potentieel wordt heden onderbenut door de vele barrières die zich stellen in deze processen.

Onderzoeksvragen
Wat zijn de belangrijkste struikelblokken voor de herkenning, diagnose en aanpak van AGA's in de huisartsenpraktijk, volgens huisartsen en experts? Wat is al gekend over deze problematiek met betrekking tot deze struikelblokken en oplossingen in de literatuur en volgens de visie van experten? Welke elementen kunnen opgenomen worden in een handige en snel-consulteerbare praktijkgids? En waarom?

Methode
Om antwoord te vinden op de struikelblokken die de huisarts ervaart, moeten we in eerste instantie het perspectief van de huisartsen zelf exploreren en dus doen we beroep op een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Twaalf 'purposeful' gekozen huisartsen registreerden gedurende twee weken alle casussen die volgens hen met het werk van de patiënt te maken hadden en tevens hun vragen en bemerkingen hierbij. Op die manier kijken we door hun ervaringsbril naar de feitelijke moeilijkheden bij de aanpak van AGA's. Dit is wat ook wel het 'factist perspective' genoemd wordt. De visie van de experten werd nagegaan aan de hand van negen semi-gestructureerde interviews. Beide kwalitatieve data werden onderworpen aan 'content analysis'. Deze laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren. Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan. De combinatie van de kwalitatieve data bekomen uit de interviews en de praktijkcasussen, gecombineerd met de literatuurstudie maakte het mogelijk om een triangulatie uit te voeren.

Resultaten
Zowel de pratijkcasussen als de interviews en de literatuur geven consistent aan dat er veel barrières zijn. Vaak komen ook dezelfde obstakels ter sprake doorheen de verschillende data. Een belangrijk obstakel is het kennis probleem bij de huisarts. Dit omhelst klinische arbeidsgeneeskundige kennis, kennis van procedures en wetgeving, kennis van beroepsziekten en de daaraan verbonden procedures. Barrières verbonden aan de patiënt betreffen vooral een zekere terughoudendheid en angst voor de gevolgen van een bepaalt beleid naar z'n werk toe. Barrières verbonden aan de samenwerking met de arbeidsgeneesheer zijn z'n moeilijke bereikbaarheid, een gebrekkige kennis van z'n rol en werkveld en structurelere problemen verbonden aan z'n positie met bijhorende intrinsieke beperkingen. Deze obstakels culmineren vervolgens in fenomenen zoals 'onderaangifte van beroepsziekten'.
De experten en de literatuur geven aan de oorzaak van deze obstakels gedeeltelijk terug te leiden zijn tot meer fundamentele problemen, zoals de lage prioriteit die aan het onderwerp toegekend wordt met bijhorende ondervertegenwoordigingn in het curriculum en de navorming. Maar ook aan intrinsieke beperkingen van de organisatie van de arbeid en de werking van de sociale instellingen. Evenals aan onaangename aspecten verbonden aan de procedures en de samenwerking met andere actoren actief op het domein.
Terzelfdertijd bestaat er een belangrijke informatie behoefte bij de huisarts.

Conclusie
Om aan de informatie behoefte van huisartsen te voldoen en tevens als antwoord op de aangehaalde barrières zou een praktijkgids handvaten kunnen bieden bij herkenning, diagnose en aanpak van AGA's.

Contact: Brecht.Verbrugghe@UGent.b

Hoofdstuk 1: Exploratie van arbeid-gerelateerde aandoeningen op de eerste lijn: een literatuur onderzoek.

Haak F., Hoerée T., Verbrugghe B.[1]

Inleiding

Doel van dit literatuur onderzoek was enerzijds het onderwerp arbeid-gerelateerde aandoening (AGA) beter te leren kennen, en anderzijds een antwoord op onze belangrijkste onderzoeksvraag te vinden. Het begrip "arbeid-gerelateerd" komt weinig tot zeer weinig aan bod in de basisopleiding tot arts (Frank 2000). Dit is ook een van de redenen waarom we het onderwerp kozen. Tijdens de praktijkvoering worden we vaak met vragen geconfronteerd waar we geen antwoord op kunnen geven tenzij na ruggespraak met de praktijkopleider of na het contacteren van andere zorgverleners. Vele vragen blijven dan nog onbeantwoord. Vandaar onze onderzoeksvraag of andere huisartsen, jongere en oudere, dezelfde of andere en evenveel problemen tegenkomen met arbeid-gerelateerde aandoeningen. Het gaat dus om een verkennend onderzoek met een brede invalshoek, maar met een zeer specifieke vraagstelling. Wat wordt er gerapporteerd over AGA's op de eerste lijn? En, welke vragen, problemen of struikelblokken komen hierin aan bod?

Methode

Om geen belangrijke literatuur te missen werd een brede zoekopdracht geformuleerd. Zoektermen die refereren naar 'huisartsgeneeskunde' of 'eerstelijnsgeneeskunde' werden gecombineerd met deze voor 'arbeid-gerelateerde aandoeningen' (zie kader 1). De selectie werd verder vernauwd door de periode '1990 – 2013', en met enkel in het Engels gepubliceerde artikels. Deze zoekstrategie werd uitgevoerd met de zoekmachine PubMed op 20/2/13.

Database: PubMed [MeSH Termen]
User query:
(general practitioner) OR (general practice) OR (general practice physician) OR (physician, general practice) OR (family practice) OR (physician, family) OR (primary health care) OR (primary care)
AND
((occupational OR work OR workplace) (diseases OR illnesses) OR (occupational exposure) OR (occupational medicine)
AND (1990/01/01 - 2013/02/20) AND (English) AND (Humans)

Kader 1: zoektermen (mesh terms) voor PubMed

Dit leverde een totaal van 852 artikels op. De titels werden door twee vorsers gelezen en gequoteerd als relevant (of niet). Elke relevante titel werd ook onder een van negen vooraf geïdentificeerde topics ondergebracht. Wanneer er geen overeenstemming bestond, beslisten beide lezers in gezamenlijk overleg. Na deze eerste selectie werden de negen topics in vier thema's

[1] In alfabetische volgorde

ingedeeld, waarop elke onderzoeker verder ging met het lezen van de abstracts, het opvragen van de artikels en het maken van een rapport per thema.

De search werd enkel uitgevoerd via PubMed op medline, de referenties werden opgeladen in Endnote op de server van de Universiteit Gent. Via deze software konden artikels die vrij toegankelijk zijn via het bibliothecaire systeem van deze universiteit, worden opgeladen.

Omdat de huisarts vandaag overwegend vrouwelijk is, wordt in de tekst, waar nodig, het vrouwelijke voornaam-woorden 'ze, zij, haar' gebruikt.

Resultaten

De eerste selectieronde leverde in totaal 462 (54%) relevante titels op. Na overleg werden de topics in volgende thema's ondergebracht (details zie tabel): 1- Beschrijving van het probleem, 2- De medische aspecten van de aanpak, 3- De psychosociale aspecten van de aanpak, en 4- Obstakels en interventies voor een betere aanpak.

Tabel 1: Thema's en topics van het literatuur onderzoek o.b.v. titels (n=462)

	Thema en topics	Beschrijving	Aantal titels	Lezer
I- Beschrijving van het probleem			***101***	***TH***
1	Epidemiologie& determinanten & kost	Soorten AGA's, prevalentie, incidentie, oorzaken; sociale en economische kost van AGA's		
II- Aanpak van AGA's in de praktijk: medische aspecten			***133***	***FH***
2	CURE aspecten	van vermoeden, opsporing tot diagnose, behandeling en rehabilitatie; vnl medisch en klinische aspecten		
III- Aanpak van AGA's in de praktijk: psychosociale aspecten			***55***	***TH***
3	CARE aspecten	vnl omkaderende aspecten vb. certifiëren van werkonbekwaamheid; … aspecten van communicatie ts arts patiënt; herintegratie in werkomgeving;		
IV- Obstakels en begeleidende interventies voor een betere aanpak			***173***	***BV***
4	Modellen& obstakels	modellen, theorieën, kaders, perspectieven, opinies etc over AGA, oorzaken en aanpak		
5	Interventies- Educatief	educatieve, competentie verhogend interventies		
6	Interventies- praktijk organisatie	Interventies op het niveau van praktijk organisatie en management		
7	Interventies- samenwerking	Interventies om de samenwerking met andere actoren te verbeteren (zie arbeidsgeneesheren)		
8	Interventies- Preventie	Preventieve of andere programma's binnen de praktijk, de community of op de werkplek		
9	Interventies- Beleid	Interventie op beleidsniveau		

Thema I: Beschrijving van het probleem

Van de 101 geselecteerde titels onder het thema "beschrijving van het probleem van AGA's op de eerste lijn" in termen van epidemiologie, determinanten en kost werden 18 abstracts weerhouden in de categorie voorkomen, determinanten en kost. Abstracts werden niet weerhouden omdat ze niet relevant bleken voor de eerste lijn, omdat er geen abstract voorhanden was (51 abstracts). Andere abstracts werden, vaak na lezing van het artikel, niet weerhouden omdat ze handelen over de epidemiologie van specifieke AGA's waarbij eerstelijnsgegevens worden gebruikt om incidentie en/ of prevalentie in de algemene populatie te schatten (32 abstracts). Van de 18 als relevant beschouwde abstracts werden slechts 7 artikels gevonden (Kader 2).



Kader 2: Selectie van artikels voor het thema: beschrijving van het probleem

Eén van de artikels is een review over het voorkomen van AGA's in de huisartsen- of eerstelijnspraktijk (Weevers et al. 2005). Bij 12,4 tot 15,9% van alle patiëntencontacten diagnosticeerde de huisarts een arbeid-gebonden aandoening. Dit cijfer wordt door drie bijkomende studies bevestigd met resp. 7,0 – 14,1 – 16% van de patiëntencontacten (Dembe et al. 2002, Hussey et al. 2008, Seaton 1995). Voor arbeidsongevallen komen de cijfers enkel uit de review met 5,5 – 6,0% van de contacten.

Interessant is dat enkele auteurs ook een idee geven van het perspectief van de patiënt. Waarbij in 39% van de reasons for encounter (RFE) de patiënt aangeeft dat hij denkt dat zijn probleem met zijn werk of werkomgeving te maken heeft, waarbij hij in slechts 16% van de gevallen gevolgd wordt door de huisarts (Hussey et al. 2008). In een andere studie worden gelijkaardige cijfers gevonden resp. 35,7% en 15,9% (Benavides et al. 2005). Ook in twee studies gerapporteerd door (Weevers et al. 2005) wordt dit cijfer waarbij ongeveer een derde van de RFE's arbeid-gerelateerd zijn volgens de patiënt, aangegeven.

Een verdeling van de op de eerste lijn meest voorkomende arbeid-gerelateerde pathologie (ziekte en ongevallen) komt uit slechts twee artikels uit Australië (Driscoll and Hendrie 2002) en uit UK (Hussey et al. 2008). Met meer dan 50% zijn musculoskeletale aandoeningen (MSD) de meest voorkomende AGA's op de eerste lijn (zie tabel 2). Psychologische en psychosociale aandoeningen – inclusief

psychosociale stress op het werk (PSW), aandoeningen door shift werk (SWD) – variëren tussen 14,4 tot 29,7%%. Dus, twee derde tot drie vierde van de gediagnosticeerde AGA's vallen in deze categorieën. Andere minder voorkomende problemen zijn huidaandoeningen (tot 10%), neurologische aandoeningen, incl. irritaties of vreemd voorwerp in het oog, longaandoeningen, waaronder COPD en allergieën (2-3%) en gehoorproblemen. (1%).

Tabel 2: Frequentieverdeling van arbeid-gerelateerde diagnosen op de eerste lijn (Driscoll and Hendrie 2002, Hussey et al. 2008)

Studie	*Australië,* n=4734	*UK, n=2872; 267 GP's*
Aandoeningen	**Diagnosen (%)**	**Diagnosen (%)**
MSD	48,9	53,3
Psychosociaal	14,4	29,7
Huid	10,4	9,2
Neurologisch (incl oog)	5,7	N/A
Respiratoir	2,0	3,0
Oor	1,1	0,6
Maag en darm	1,7	N/A
Andere	N/A	4,2

Thema II: Medische aspecten van de aanpak van AGA's

De topics "herkenning, diagnose en behandeling van een AGA" bevatten 133 titels. Hiervan werden, via het lezen van de abstracts 13 geselecteerd. Na lezing van de volledige artikels bleken er nog 3 niet relevant. Ook werden van twee artikels geen volledige tekst gevonden. Via de referenties werden wel nog 4 relevante artikels gevonden waardoor het eindresultaat op elf artikels kwam (Kader 3).



Kader 3: Selectie van artikels voor het thema: medische aspecten van de aanpak van AGA's

Met 'niet relevant' wordt bedoeld dat de gerapporteerde studie niet werk-gerelateerd is, dat het onderwerp of de aandoening waarover het gaat te specifiek of te zeldzaam is of dat de locatie van het onderzoek erg afgelegen of niet representatief is voor onze situatie hier in België. Met 'te specifiek' wordt bedoeld dat het artikel wel interessant is, maar voor onze studie te specifiek over slechts één aandoening gaat.

Bij arbeidsgerelateerde klachten of aandoeningen is de klinische diagnose (bv. Rhinitis) eigenlijk minder belangrijk dan de etiologische diagnose (bv. Rhinitis veroorzaakt door een bepaalde stof). De klinische diagnose is belangrijk om de juiste behandeling te geven, terwijl de etiologische diagnose gebruikt kan worden voor preventieve, epidemiologische, regelgevende en verzekeringsmaatregelen

(Cegolon et al. 2010). Artsen worden tijdens hun opleiding over het algemeen vrij goed aangeleerd hoe ze een anamnese moeten afnemen over veelvoorkomende aandoeningen, maar er is veel minder aandacht over hoe informatie te bekomen over beroeps- of omgevingsblootstellingen (Frank 2000). Uit verschillende studies blijkt ook dat artsen vaak wel het beroep van de patient navragen maar zelden of nooit informatie verzamelen over mogelijke schadelijke blootstellingen tijdens het werk (Blue et al. 2000). Volgens de studie van Marshall et al. zouden we zeker een beroeps- of omgevingsgebonden anamnese moeten uitvoeren indien een nieuwe patiënt zich in de praktijk inschrijft, bij een familiale voorgeschiedenis van astma, bij allergieën of auto-immuunziekte, tijdens een prenatale of pre-conceptuele raadpleging, wanneer de patiënt de start van zijn symptomen linkt aan een blootstelling vanuit de omgeving, bij een onduidelijk verhaal of raadselachtige klachten, bij niet-specifieke symptomen, indien patienten heel frequent consulteren met verschillende klachten en ziektebeelden (Marshall et al. 2002). Uit de studie van Schwartz et al. blijkt ook dat een goede blootstellingsanamnese op verschillende manieren voordelen kan bieden voor de patiënt. Ten eerste, identificatie van een specifieke blootstelling moet ons doen denken aan bepaalde (unieke) aandoeningen en kan ons sturen in het zoeken en bevragen van specifieke klachten en symptomen. Vroege identificatie van beroepsblootstellingen als oorzaak van bepaalde medische problemen kan de geassocieerde morbiditeit, functionele limitaties, mortaliteit en de kosten van de gezondheidszorg doen dalen. Wanneer een specifieke blootstelling geïdentificeerd wordt, moet dit leiden tot een logische serie van vragen en diagnostische tests om zo een ziekte in vroege en nog behandelbare fase te identificeren. Ten tweede, identificatie van het verband tussen een blootstelling en een ziekte kan resulteren in het genezen of stabiliseren van de ziekte door het vermijden van contact met het oorzakelijke agens of de oorzakelijke factoren. Ten derde, identificatie van beroepsblootstellingen kan een stimulus zijn om zo collega's te identificeren die met dezelfde blootstelling te maken krijgen. Zo kunnen we trachten vermijdbare blootstellingen te verminderen op de werkvloer. En ten vierde, identificatie van het verband tussen een blootstelling en een ziekte zou een schadevergoeding , die de financiële kosten van een werk gerelateerde aandoening dekt, moeten bevorderen (Schwartz et al. 1991).

Thema III: Psychosociale aspecten van de aanpak van AGA's

Van de 55 titels hadden er 8 geen abstract. Na lezing, werden 18 abstracts als niet relevant geklasseerd. Verder waren van de geselecteerde abstract 8 artikels niet beschikbaar. Tenslotte werden 17 artikels weerhouden omdat na lezing er nog 4 niet relevant bleken te zijn. Er werd via de referenties nog één artikel bijgevoegd, waardoor het totaal op 18 komt (tabel 3).
Bij lezing kwamen 5 thema's naar boven (tabel 4).

Tabel 3: Literatuur onderzoek over sociale en administratieve aspecten van AGA's (n= 55)

Selectiestappen	Search	Andere
No abstract	8	
Niet relevant of te specifiek	18	
Artikel niet beschikbaar	8	
Gelezen artikels- niet weerhouden	4	
Gelezen artikels- weerhouden	17	
Extra artikel		1
Totaal	55	

Tabel 4: Thema's uit het literatuur onderzoek over sociale en administratieve aspecten van AGA's

Thema's	Artikels
Frequentie van AO attestering	1
Reden en duur van AO	5
Return to work	6
Aangepast werk AGPW	1
Langdurende AO en determinanten	5
Totaal	18

Een eerste thema gaat over de frequentie en de duur van het attesteren van arbeidsongeschiktheid (AO) in Malta (Soler 2003). In Malta is in 5,7% van de Reasons-for-encounter (RFE) de belangrijkste vraag een AO attest. Ter vergelijking wordt Italië aangehaald waar dit cijfer op 3,6% ligt. In 11,7% van alle consulten wordt ook effectief een attest uitgeschreven. In Vlaanderen ligt dit cijfer op 17,9%. Verder duurt de AO gemiddeld 2,9 dagen per ziekteperiode en heeft een werknemer gemiddeld 2,4 AO-episodes per jaar. In de bespreking wordt ook nog een interessante vergelijkende tabel (zie tabel 5) gegeven waar voor heel wat Europese landen de attesterende persoon wordt aangegeven. Opmerkelijk is dat enkel in Nederland geen doktersattest moet ingediend worden. Ook wordt in de meeste landen geen diagnose of probleemstelling op het attest vermeld, behalve in Duitsland en Hongarije waar de ICD-10 code vermeld moet worden.

Tabel 5: Regelgeving i.v.m. attesteren van AO; tijdstip na absenteïsme waarop een doktersattest moet ingediend worden (Soler 2003)

Attestering vanaf	
Dag 1	België, Frankrijk, Italië, Malta, Portugal, Polen, Slovenië
Dag 3	Duitsland
Dag 4	Noorwegen, Oostenrijk
Dag 6	UK
Dag 9	Zweden

Een tweede thema gaat over het verantwoorden van het AO attest. Money introduceert het idee van het attesteren van AO als een negotiatieproces (Money et al. 2010). Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt dat heel wat artsen in de UK het gesprek over het attesteren als problematisch aanvoelen. Ze vinden dat dit de art-patiëntrelatie verstoort. Uit ander onderzoek blijkt echter dat patiënten hier geen problemen mee hebben. Ook blijkt dat artsen met vorming in arbeidsgeneeskunde en met meer inzicht in de werkomstandigheden van de patiënt, de discussie met de patiënt wel willen

aangaan. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat artsen bij het certifiëren van AO enkel rekening houden met werk-gerelateerde factoren (Norrmen et al. 2010). Voor absenteïsme omwille van familiale of andere niet-professionele redenen wordt significant minder gecertifieerd. Een iets ouder overzichtsartikel van Briner somt de onderzochte factoren op waarom een patiënt zich ziek meldt (Briner 1996). Op het eerste zicht zou men denken dat enkel medische oorzaken een rol spelen. Echter blijkt dat bij job tevredenheid, meer autonomie en controle op het werk, meer sociale ondersteuning van collega's en oudere leeftijd, de werknemer de ziekterol eerder niet zal opnemen. Langere pendeltijd, groter gezin, grotere organisatie of grotere ploegen leiden wel tot meer absenteïsme. Een Schotse studie leert dat artsen bij het certifiëren van AO voor depressie, de verantwoording flexibel en individueel wordt toegepast (Macdonald et al. 2012). Iemand een tijdje uit een stresserende situatie trekken heeft zeer grote therapeutische voordelen. Voor anderen zal juist aan het werk blijven meer voordelen geven. Tenslotte is er een studie die aangeeft hoe werk ook ziekmakend kan zijn als niet voldoende recuperatietijd wordt voorzien (Mohren et al. 2010). Vnl. werknemers tussen de 46 en 55 jaar, meer dan jongeren of ouderen, hebben hier nood aan. De risico's van onvoldoende recuperatietijd zijn zowel de gezondheid van de patiënt (o.a. verhoogde kans op CV-aandoeningen) als de veiligheid op het werk. Dit geldt nog meer voor shiftwerkers, die meer dan dag-werkers nood hebben aan gezonde recuperatiemaatregelen.

Hervatten van het werk na een AO , is een volgend thema. Dit is niet altijd evident. Zo blijkt voor werknemers na een arbeidsongeval (Kominski et al. 2008) of voor moeders een maand na de bevalling (Nichols and Roux 2004). Er zijn een aantal factoren die bepalen of dit proces gemakkelijker of minder vlot verloopt. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol. Goede communicatie over het het soort letsel bij werkongevallen en de te verwachten heling zijn sterk bepalend voor de mate waarin werknemers wel of niet terug aan de slag gaan (Guzman et al. 2002). Maar, hoewel in mindere mate, blijken ook de bereidheid van de werkgever om voor aangepast werk te zorgen en de ondersteuning van collega's en ploegbaas, bepalende factoren voor een succesvolle terugkeer naar het werk. Aanpassen van de werkomstandigheden zijn belangrijk om werknemers in een zo goed mogelijke gezondheid te houden. Zo is er het voorbeeld van nachtshiften voor verpleegkundigen die onvoldoende recuperatietijd kregen (Hakola et al. 2010). Na het verlengen van de recup-periode na een nachtshift voelden alle werknemers, jong en oud, zich een stuk beter en fitter.

Return-to-work heeft nog een andere vraagstelling, met name hoelang na het begin van de AO kan iemand terug aan de slag? Dit is een moeilijke vraag waar enkel consensus-based evidence vermoedelijk een uitkomst kan bieden, zoals het uitgebreide Delphi onderzoek om te bepalen wanneer een vrouw na hysterectomie welk soort activiteiten terug kan opnemen (Vonk Noordegraaf et al. 2011).

Dat de huisarts weinig zicht heeft op de werkomstandigheden en er moeilijk of niet kan interveniëren, wil niet zeggen dat aanpassingen op de werkvloer niet mogelijk zouden zijn (Pransky et al. 2002). Een review over psychologische stress, musculoskeletale aandoening van de bovenste extremiteiten en interventies, geeft aan dat aanpassingen inderdaad een verbetering meebrengen, zowel als het gaat om preventieve als curatieve acties. De belangrijkste elementen van zo'n interventie zijn de actieve inbreng van de werknemers, het engagement van het management, en regelmatige terugkoppeling naar de deelnemers over de vooruitgang van het project. Ook de samenwerking tussen de huisarts, in haar signaalfunctie, en de arbeidsgeneesheer, als intermediair tot het management, zijn ook elementen voor succesvolle programma's.

Huisartsen hebben heel wat problemen met het begeleiden van patiënten op langdurige AO. Sommigen zien dit niet als hun rol, ze voelen zich niet deskundig, zeker als het gaat om zeer lange AO of om een beslissing te nemen over de fitness van de patiënt om terug aan de slag te gaan. Anderen hebben moeilijkheden of voelen zich soms bedreigd in het onderhandelingsproces over het beëindigen van het AO attest (Cohen et al. 2010). Omdat dit zo'n moeilijk en gevoelig probleem is heeft NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) op basis van evidence een leidraad opgesteld (Gabbay et al. 2011). Naast persoonlijke begeleiding is het duidelijk dat elke interventie ook een 'werkplek component' nodig heeft om succesvol te zijn. Dit is dus een pleidooi voor 'aangepast werk'. De individuele begeleiding m.b.t. werkhervatting of het vinden van aangepaste werk, kan verder ondersteund worden door het integreren van deze dienstverlening (sociaal assistent, loopbaanbegeleider, …) in de eerstelijnspraktijk, zoals in een project in Oost-Engeland, UK (Pittam et al. 2010).

Zowel de relatie tussen arts en patiënt en een aantal factoren op de werkplek spelen een rol bij het succesvol begeleiden van langdurig zieken naar werkhervatting. Zo blijkt voor de patiënt de competentie en empathische aanpak van de huisarts een belangrijk element te zijn (Rasmussen and Andersen 2005). Ook, stres op het werk – d.i. minder beslissingsruimte, minder sociale ondersteuning op het werk, lagere job tevredenheid – is een belangrijke voorspeller voor langdurige arbeidsongeschiktheid (> 1 maand). Het begrijpen van dit probleem op de werkplek zijn belangrijk bij de voorbereiding van werkhervatting (Andrea et al. 2003).

Thema IV: Obstakels en begeleidende interventies voor een betere aanpak van AGA's

Inclusie criteria: studies relevant voor de huisartssetting. Exclusie criteria: niet relevant voor de organisatie van de Belgische eerste lijn, omdat de organisatie van de gezondheidszorg niet vergelijkbaar is. Niet relevant omwille van te specifieke aandoeningen, opiniestukken en commentaren uit medische tijdschriften, studies te weinig vanuit huisartsperspectief, studies die handelen over de werkomstandigheden van de huisarts (kader 4).



Kader 4: Selectie van artikels voor het thema: barrières voor de huisarts

De bekomen literatuur kan onderverdeeld worden in 4 grote groepen barrières met telkens bijhorende oplossingen.

Een eerste groep studies bespreekt de barrières die zich voordoen bij de detectie van een AGA. Bij het bevragen van huisartsen a.d.h.v. interviews /of een vragenlijst wat volgens hen de oorzaken zijn van de onder detectie, blijkt dit hoofdzakelijk de combinatie tussen kennis en tijd te zijn (Harber and Merz 2001, Holness et al. 2007a, Holness et al. 2007b). Benavides gaat dieper in op wat de moeilijkheden zijn om een AGA te onderscheiden van een 'gewone aandoening', hierbij zijn er zowel factoren verbonden aan de arts, als aan de aandoening (moeilijker wanneer de aandoening multifactorieel, vaak voorkomend of lange latentie tijd heeft) belangrijk (Benavides et al. 2005). Thompson geeft aan dat de anamnese vaak nagelaten wordt en dat huisartsen de bekomen informatie ook niet in het dossier noteren (Thompson et al. 2000). Specialisten blijken vaker een arbeidsanamnese te doen, huisartsen geven vooral aan hier geen tijd voor te hebben, maar ook over onvoldoende kennis te beschikken of dit gewoon te vergeten. Moeilijkheden bij de verwijzing en problemen verbonden aan de aangifte (zie verder), zijn andere barrières (Holness et al. 2007a, Holness et al. 2007b). Wat ook kan meespelen zijn bepaalde onaangename aspecten en het relatief beperkte belang dat toegekend wordt aan het onderwerp (Harber and Merz 2001). De artikels van New, lax en Taiwo beschrijven deze oorzaken van de onder detectie op een narratieve manier en bieden zo een globaal overzicht van deze obstakels (Lax et al. 1998, Newman 1995, Taiwo et al. 2010). Bij de studies omtrent de onder detectie kunnen we opmerken dat de barrières zich redelijk consistent herhalen in de verschillende studies en zich bevinden op verschillende vlakken.

Elms et al. gaan specifiek in op de perceptie van het thema 'arbeidsgeneeskunde' bij huisartsen en brengen een heleboel redenen aan waarom huisartsen hier niet vaak een rol in opnemen (Elms et al. 2005). Een gelijkaardige studie is die aangevraagd door het HSE (Health and Safety Executive), met als 1 van de onderzoeksvragen 'waarom er zo weinig aandacht is voor AGA's in de huisartsprakkijk?' (O'Hara et al. 2004), veel barrières zijn dezelfde met kleine verschillen: kennis en opleiding, rolperceptie, ethische problemen, verwijzingsmoeilijkheden, weinig financiële renumeratie, een dossier dat als ongeschikt word beschouwd om beroepsrelevante aspecten te registeren (Elms et al. 2005, O'Hara et al. 2004).

De voorgestelde oplossingen focussen zich voornamelijk op het kennis probleem, het betreffen veelal aanbevelingen, niet afgeleid uit een interventie uitgevoerd in de studie. Er zou meer aandacht en prioriteit moeten komen bij artsen voor het onderwerp (Goodwin et al. 1995, Lax et al. 1998, Newman 1995, O'Hara et al. 2004), het zou meer moeten figureren in de (voortgezette) opleiding (Benavides et al. 2005, Elms et al. 2005, Goodwin et al. 1995, Harber and Merz 2001, Holness et al. 2007a, O'Hara et al. 2004, Taiwo et al. 2010) met onderwijs dat meer aansluiting vindt bij de noden van de huisarts (Goodwin et al. 1995, Holness et al. 2007b). Er dient een gemakkelijke toegang te zijn tot informatie (Holness et al. 2007a, Holness et al. 2007b, Lax et al. 1998, Newman 1995, O'Hara et al. 2004). Belangrijke vaardigheden die kunnen bijdragen zijn het afnemen van een (korte) gerichte beroepsanamnese (Benavides et al. 2005, Goodwin et al. 1995, Harber and Merz 2001, Holness et al. 2007b, Lax et al. 1998, Newman 1995, Taiwo et al. 2010) en het aanleren van een strategie om snel tot relevante informatie te komen met eventueel ondersteuning hierbij, beide vaardigheden kunnen ondersteund worden door gestandaardiseerde vragenlijsten en ondersteuning onder de vorm van een tool (Harber and Merz 2001, Holness et al. 2007b). (Praktijk)-organisatorische opties, zijn de mogelijkheid tot registratie van relevante informatie in het dossier (Holness et al. 2007b, O'Hara et al. 2004, Taiwo et al. 2010), het kennen en de aanwezigheid van een lokaal netwerk van professionals en instanties waarnaar je kan verwijzen (Elms et al. 2005, Holness et al. 2007a, Holness et al. 2007b, Lax et al. 1998, Newman 1995, O'Hara et al. 2004), het komen tot meer samenwerking met de arbeidsgeneesheer (Benavides et al. 2005, Elms et al. 2005, Lax et al. 1998, Newman 1995), het uitbesteden van bepaalde taken aan derden (Harber and Merz 2001). Opties die zich niet binnen het bereik van de huisarts bevinden zijn het voorzien van een financiële renumeratie (Harber and Merz 2001, Holness et al. 2007a), de organisatie van ondersteunende diensten, het opnemen van meer verantwoordelijkheid door ander instanties (de overheid en/of de werkgever) en campagnes die zich richten op de werknemer (Elms et al. 2005, O'Hara et al. 2004).

Een tweede groep studies onderzoekt de barrières die er bestaan om een aangifte te doen van een beroepsziekte (en/of arbeidsongeval). Het betreft vooreerst de moeilijkheden om tot een diagnose te komen. De voornaamste moeilijkheden om tot een aangifte te komen zijn: twijfel bij de arts over

het werk als (enige) oorzaak, gebrekkige kennis van de procedures gelinkt aan de aangifte of de complexiteit van de procedures, de arts die het niet als zijn taak beschouwd om de aangifte te doen, angst voor de gevolgen voor de werknemer en gebrek aan kennis en tijd gelinkt aan de procedures (Arnaud et al. 2010, Arnaud et al. 2008, Verger et al. 2008). Twee studies in de V.S. bevragen patiënten en gaan na wat de barrières bij hen zijn om een aangifte te doen van een arbeidsongeval: dit betreft voornamelijk negatieve percepties over de gevolgen van een aangifte (Galizzi et al. 2006, Rosenman et al. 2000). De studie van Azaroff introduceerde het concept van 'filters'; deze filters zijn op zich wel doorlaatbaar, maar bij elke filter blijven enkele gevallen 'kleven'. Deze filters bevinden zich niet enkel bij het gezondheidssysteem en z'n personeel maar ook bij de patiënt, het werk, de verantwoordelijke instanties etc… en de veelheid aan deze barrières zouden een conceptuele verklaring kunnen bieden voor de lage aantallen beroepsziekten en arbeidsongevallen in de officiële statistieken (Azaroff et al. 2002).

De mogelijke oplossingen die voor deze problemen naar voren worden geschoven, overlappen voor een groot deel met deze voor de onder detectie maar focussen zich op de stap na de detectie van AGA, het indienen van een aanvraag voor een mogelijke beroepsziekte of arbeidsongeval. Appreciatie van het belang van een aangifte is belangrijk (Arnaud et al. 2010, Verger et al. 2008), alsook een goed werkend data-verzameling (Azaroff et al. 2002). Er wordt aangegeven dat het onderwijs ook meer aandacht zou moeten hebben voor de procedures verbonden aan beroepsziekten en arbeidsongevallen (Arnaud et al. 2010). Er zou ondersteuning kunnen aangeboden worden specifiek voor de detectie van beroepsziekten (Arnaud et al. 2010) en voor het gedeeltelijk overkomen van de tijd verbonden aan het indienen van een aangifte (Verger et al. 2008).

Een derde groep studies focust zich op de oorzaken en mogelijke oplossingen voor de moeilijke communicatie en samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. De belangrijkste terugkomende barrières zijn een gebrek aan kennis bij de huisartsen over de procedures, de relevante wetgeving, de mogelijkheden en de functie van de bedrijfsarts en z'n moeilijke bereikbaarheid. Het wantrouwen van de huisarts t.a.v. de bedrijfsarts; (Anema et al. 2006, Buijs et al. 1999, Buijs et al. 2009, Mosshammer et al. 2012) betreft een vrees voor 'conflict of interest', een onwetendheid wat de arbeidsgeneesheer met de bekomen informatie gaat doen en een angst voor negatieve gevolgen voor de patiënt (Anema et al. 2006, Buijs et al. 1999, Buijs et al. 2009). Het verschil in doel en de focus tussen de 2 disciplines, waarbij de huisarts focust op diagnose en behandeling, dit terwijl de arbeidsgeneesheer focust op werkomstandigheden en re-integratie vormt een andere soort barrière (Anema et al. 2006).

Voor deze groep obstakels worden oplossingen aangehaald die zich voornamelijk focussen op het beter leren kennen van elkaar: het ophelderen van de functie van de arbeidsgeneesheer, kennis van de wettelijke concepten en mogelijkheden kunnen hiertoe bijdragen (Buijs et al. 2009).

Gemeenschappelijke initiatieven met huisartsen en bedrijfsartsen kunnen hier mogelijks ook toe bijdragen (Anema et al. 2006, Buijs et al. 1999, Buijs et al. 2009, Nauta et al. 2006).

Een vierde groep studies gaat dieper in op de barrières in het (voortgezet) onderwijs en educatie en onderzoekt tevens verschillende oplossingen. Het basis curriculum (Michas and Iacono 2008), alsook de vervolgopleiding (Jamil et al. 2010) lijkt in de VS althans, weinig aandacht te hebben voor arbeidsgeneeskunde.

Pistes om het relatieve kennis deficit aan te vullen is meer aandacht tijdens het curriculum (Cohen et al. 2012, Jamil et al. 2010), via bijscholingen (Barber et al. 2010), integratie in huisartsrichtlijnen (van Balen et al. 2010) of via online learning modules (Thorley et al. 2009, Thorley et al. 2007). De review van Vanbaelen stelt vast dat 'het onderwerp arbeid' ook weinig onderdeel uitmaakt van de NHG standaarden, dewelke op zich een afspiegeling zijn van de literatuur ter zake (van Balen et al. 2010). Het onderwijs kan mogelijk bijdragen aan meer awareness en zelfvertrouwen om in het domein aan de slag te gaan (Cohen et al. 2012). Modules die aangeboden worden na het afronden van de opleiding blijken wel potentieel te hebben maar slagen niet steeds in hun beoogde resultaat (Barber et al. 2010, Thorley et al. 2009, Thorley et al. 2007).

Bespreking

Bovenstaande zoekstrategie geeft in de eerste plaats een overzicht van de bestaande lacunes en hun achtergrond voor de huisartsgeneeskunde aangaande AGA's. Echter is er in de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn in het algemeen weinig specifiek onderzoek gepubliceerd over arbeid-gerelateerde aandoeningen. Heel wat onderzoek verwijst wel naar de eerste lijn omdat daar de data zijn verzameld. De search was niet exhaustief, omdat we slechts één zoekmachine (Pubmed) gebruikten. En een belangrijk deel van de geselecteerde artikels was voor ons niet toegankelijk.

Inhoudelijk was het een goede exploratie van het onderwerp. Echter vonden we niet wat we zochten. Geen of weinig artikels gaven ons een antwoord op de struikelblokken die de huisarts ervaart wanneer ze geconfronteerd wordt met een arbeid-gerelateerde aandoening. We vonden geen artikels over de Belgische context en de meeste artikels waren enkel descriptief. We konden dus op basis van de literatuur geen vragen noch antwoorden formuleren voor het opmaken van de praktijkgids, omdat we geen zicht kregen op de vragen en problemen van de Belgische huisarts.

De belangrijkste boodschappen uit de literatuur worden hier kort samen gevat. Een belangrijk deel, tot één derde van de patiënten, consulteert met het idee dat zijn probleem met het werk te maken heeft. De huisarts volgt in haar diagnosestelling slechts de helft van deze patiënten. De reden waarom de huisarts de bezorgdheid van de patiënt niet volgt is op basis van de literatuur niet duidelijk.

Gezien het feit dat de eerstelijn meer dan 80% van de zorg voor arbeid-gerelateerde aandoeningen verleent, is er een grote behoefte aan huisartsen die bekwaam zijn in het screenen op AGA's. Vaak herkennen huisartsen de werkgerelateerdheid van een ziekte niet. Door de langdurige blootstelling kan dit tot aanhoudende arbeidsongeschiktheid leiden, met negatieve effecten voor de patiënt en eventueel ook voor het bedrijf. Betere herkenning (en registratie) zou ook tot adequatere preventie op de werkplek, en minder arbeidsongeschiktheid, kunnen leiden. Het linken van een klacht of ziekte aan het type arbeid of de arbeidsomgeving begint met aan deze mogelijkheid te denken. Een goede blootstellingsanamnese levert dan vaak voldoende aanwijzing om er dieper op in te gaan.

Huisartsen hebben heel wat problemen met de sociale en administratieve aspecten van AGA's. Zowel het attesteren van AO als de patiënt weer geschikt verklaren na langdurige ongeschiktheid, stuit op problemen van roldefinitie, communicatie en onderhandeling met de patiënt, en de juiste competenties bij huisartsen. Voor het hervatten van werk is, zeker bij langer durende AO, interventie op de werkplek duidelijk een faciliterende factor, die echter grotendeels buiten de actieradius van de huisarts ligt. Rekening houden met en het bespreekbaar stellen van stress op het werk én een patiënt-gerichte houding dragen bij tot het hervatten van werk. Tenslotte, zijn er enkele pogingen beschreven om guidelines en guidance te geven bij deze moeilijke en complexe beslissingen.

Wat opmerkelijk is, is dat in de verschillende continenten en in verschillende studieopzetten veelal dezelfde barrières naar boven komen, waarbij bijvoorbeeld in studies over rolperceptie ook kennis aan bod komt en omgekeerd. Hierbij kan het werken aan één barrière ook gevolgen hebben voor de andere, bijvoorbeeld: kennis kan potentieel leiden tot een verandering in de rolperceptie, meer data kunnen leiden tot meer awareness, wat op zijn beurt weer kan leiden tot meer detectie, etc…. Een terugkerend aandachtspunt is dat de huisartsen zelf aangeven dat onderwijs en vorming dienen aan te sluiten bij de problemen waarmee ze geconfronteerd worden.

Besluit

Omdat de literatuur te weinig bruikbare informatie bevatte voor onze studie en geen duidelijke antwoorden kon geven op onze onderzoeksvraag met betrekking tot de obstakels en vragen van huisartsen voor de betere aanpak van AGA's in onze context, hebben we besloten om zelf een kwalitatieve studie op te starten (zie hoofdstuk 2).

Referenties

Andrea, H., Beurskens, A. J., Metsemakers, J. F., van Amelsvoort, L. G., van den Brandt, P. A. and van Schayck, C. P. (2003) Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. *Occup Environ Med, 60*(4), pp. 295-300.

Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I., Schoemaker, C. G., Buijs, P. C. and van den Berg, R. (2006) Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil, 16*(1), pp. 41-52.

Arnaud, S., Cabut, S., Viau, A., Souville, M. and Verger, P. (2010) Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists. *Int Arch Occup Environ Health, 83*(3), pp. 251-8.

Arnaud, S., Viau, A., Ferrer, S., Iarmarcovai, G., Saliba, M. L., Souville, M. and Verger, P. (2008) [What barriers hinder the reporting of work related sciatic pain by GPs and rheumatologists?]. *Sante Publique, 20 Suppl 3*, pp. S39-48.

Azaroff, L. S., Levenstein, C. and Wegman, D. H. (2002) Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting. *Am J Public Health, 92*(9), pp. 1421-9.

Barber, C. M., Frank, T., Walsh, K., Burton, C., Bradshaw, L. and Fishwick, D. (2010) Knowledge and utilisation of occupational asthma guidelines in primary care. *Prim Care Respir J, 19*(3), pp. 274-80.

Benavides, F. G., Castejon, J., Gimeno, D., Porta, M., Mestres, J. (2005) Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med, 47*(2), pp. 176-80.

Blue, A. V., Chessman, A. W., Gilbert, G. E., Schuman, S. H. (2000) Medical students' abilities to take an occupational history: use of the WHACS mnemonic. *J Occup Environ Med, 42*(11), pp. 1050-3.

Briner, R. B. (1996) ABC of work related disorders. Absence from work. *BMJ, 313*(7061), pp. 874-7.

Buijs, P., van Amstel, R. and van Dijk, F. (1999) Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation. *Occup Environ Med, 56*(10), pp. 709-13.

Buijs, P. C., Weel, A. N., Nauta, N. P., Anema, H. R., Schoonheim, P. L. and Helsloot, R. S. (2009) Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: joint training to provide better care for European workers. *Eur J Gen Pract, 15*(3), pp. 125-7.

Cegolon, L., Lange, J. H. and Mastrangelo, G. (2010) The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. *BMC Public Health, 10*, pp. 405.

Cohen, D., Khan, S., Allen, J. and Sparrow, N. (2012) Shifting attitudes: the National Education Programme for work and health. *Occup Med (Lond), 62*(5), pp. 371-4.

Cohen, D., Marfell, N., Webb, K., Robling, M. and Aylward, M. (2010) Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond), 60*(2), pp. 121-6.

Dembe, A. E., Savageau, J. A., Amick, B. C., 3rd and Banks, S. M. (2002) Office-based medical care for work-related conditions: findings from the National Ambulatory Medical Care Survey, 1997-1998. *J Occup Environ Med, 44*(12), pp. 1106-17.

Driscoll, T. R. and Hendrie, A. L. (2002) Surveillance of work-related disorders in Australia using general practitioner data. *Aust N Z J Public Health, 26*(4), pp. 346-51.

Elms, J., O'Hara, R., Pickvance, S., Fishwick, D., Hazell, M., Frank, T., Henson, M., Marlow, P., Evans, G., Bradshaw, L., Harvey, P. and Curran, A. (2005) The perceptions of occupational health in primary care. *Occup Med (Lond), 55*(7), pp. 523-7.

Frank, A. L. (2000) Approach to the patient with an occupational or environmental illness. *Prim Care, 27*(4), pp. 877-94.

Gabbay, M., Taylor, L., Sheppard, L., Hillage, J., Bambra, C., Ford, F., Preece, R., Taske, N. and Kelly, M. P. (2011) NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *Br J Gen Pract, 61*(584), pp. e118-24.

Galizzi, M., Miesmaa, P., Slatin, C. and "PHASE in Healthcare team" (2006) *Occupational injuries, workers' reporting and firms policies in the health care industry: the challenges and rewards of combining qualitative and quantitative research methodologies.* : National Institute for Occupational Safety and Health.

Goodwin, P., Wall, E. M. and Bajorek, M. (1995) Occupational medicine content of Oregon family physician practices. *J Am Board Fam Pract, 8*(4), pp. 300-4.

Guzman, J., Yassi, A., Cooper, J. E. and Khokhar, J. (2002) Return to work after occupational injury. Family physicians' perspectives on soft-tissue injuries. *Can Fam Physician, 48*, pp. 1912-9.

Hakola, T., Paukkonen, M. and Pohjonen, T. (2010) Less quick returns--greater well-being. *Ind Health, 48*(4), pp. 390-4.

Harber, P. and Merz, B. (2001) Time and knowledge barriers to recognizing occupational disease. *J Occup Environ Med, 43*(3), pp. 285-8.

Holness, D. L., Tabassum, S., Tarlo, S. M., Liss, G. M., Silverman, F. and Manno, M. (2007a) Dermatologist and family practitioner practice patterns for occupational contact dermatitis. *Australas J Dermatol, 48*(1), pp. 22-7.

Holness, D. L., Tabassum, S., Tarlo, S. M., Liss, G. M., Silverman, F. and Manno, M. (2007b) Practice patterns of pulmonologists and family physicians for occupational asthma. *Chest, 132*(5), pp. 1526-31.

Hussey, L., Turner, S., Thorley, K., McNamee, R. and Agius, R. (2008) Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract, 58*(554), pp. 637-40.

Jamil, H., Campbell-Voytal, K. and Arnetz, J. E. (2010) Perceptions of training in occupational and environmental medicine among family medicine residents. *J Occup Environ Med, 52*(2), pp. 202-6.

Kominski, G. F., Pourat, N., Roby, D. H. and Cameron, M. E. (2008) Return to work and degree of recovery among injured workers in California's Workers' Compensation system. *J Occup Environ Med, 50*(3), pp. 296-305.

Lax, M. B., Grant, W. D., Manetti, F. A. and Klein, R. (1998) Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history. *Am Fam Physician, 58*(4), pp. 935-44.

Macdonald, S., Maxwell, M., Wilson, P., Smith, M., Whittaker, W., Sutton, M. and Morrison, J. (2012) "A powerful intervention: general practitioners'; use of sickness certification in depression". *BMC Fam Pract, 13*, pp. 82.

Marshall, L., Weir, E., Abelsohn, A. and Sanborn, M. D. (2002) Identifying and managing adverse environmental health effects: 1. Taking an exposure history. *CMAJ, 166*(8), pp. 1049-55.

Michas, M. G. and Iacono, C. U. (2008) Overview of occupational medicine training among US family medicine residency programs. *Fam Med, 40*(2), pp. 102-6.

Mohren, D. C., Jansen, N. W. and Kant, I. (2010) Need for recovery from work in relation to age: a prospective cohort study. *Int Arch Occup Environ Health, 83*(5), pp. 553-61.

Money, A., Hussey, L., Thorley, K., Turner, S. and Agius, R. (2010) Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. *Br J Gen Pract, 60*(579), pp. 721-8.

Mosshammer, D., Natanzon, I., Manske, I., Grutschkowski, P. and Rieger, M. A. (2012) [Deficiencies and barriers of the cooperation between German general practitioners and occupational health physicians? A qualitative content analysis of focus groups]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 106*(9), pp. 639-48.

Nauta, N., Weel, A., Overzier, P. and von Grumbkow, J. (2006) The effects of a joint vocational training programme for general practitioner and occupational health trainees. *Med Educ, 40*(10), pp. 980-6.

Newman, L. S. (1995) Occupational illness. *N Engl J Med, 333*(17), pp. 1128-34.

Nichols, M. R. and Roux, G. M. (2004) Maternal perspectives on postpartum return to the workplace. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 33*(4), pp. 463-71.

Norrmen, G., Svardsudd, K. and Andersson, D. K. (2010) The association of patient's family, leisure time, and work situation with sickness certification in primary care in Sweden. *Scand J Prim Health Care, 28*(2), pp. 76-81.

O'Hara, R., Elms, J., Pickvance, S., Fishwick, D., Hazell, M., Frank, T., Marlow, P., Henson, M., Harvey, P., Evans, G. and Curran, A. (2004) *The profile of patients' occuptaional health in primary care: health and safety executive, research report 254*. Norwich, UK: Health ande Safety Executive (HSE).

Pittam, G., Boyce, M., Secker, J., Lockett, H. and Samele, C. (2010) Employment advice in primary care: a realistic evaluation. *Health Soc Care Community, 18*(6), pp. 598-606.

Pransky, G., Robertson, M. M. and Moon, S. D. (2002) Stress and work-related upper extremity disorders: implications for prevention and management. *Am J Ind Med, 41*(5), pp. 443-55.

Rasmussen, K. and Andersen, J. H. (2005) Individual factors and GP approach as predictors for the outcome of rehabilitation among long-term sick listed cases. *J Occup Rehabil, 15*(2), pp. 227-35.

Rosenman, K. D., Gardiner, J. C., Wang, J., Biddle, J., Hogan, A., Reilly, M. J., Roberts, K. and Welch, E. (2000) Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers' compensation. *J Occup Environ Med, 42*(1), pp. 25-34.

Schwartz, D. A., Wakefield, D. S., Fieselmann, J. F., Berger-Wesley, M. and Zeitler, R. (1991) The occupational history in the primary care setting. *Am J Med, 90*(3), pp. 315-9.

Seaton, A. (1995) Diagnosing and managing occupational disease. *BMJ, 310*(6990), pp. 1282.

Soler, J. K. (2003) Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes - a complete record of sickness certification in a defined population of employees in Malta. *BMC Fam Pract, 4*, pp. 2.

Taiwo, O. A., Mobo, B. H., Jr. and Cantley, L. (2010) Recognizing occupational illnesses and injuries. *Am Fam Physician, 82*(2), pp. 169-74.

Thompson, J. N., Brodkin, C. A., Kyes, K., Neighbor, W. and Evanoff, B. (2000) Use of a questionnaire to improve occupational and environmental history taking in primary care physicians. *J Occup Environ Med, 42*(12), pp. 1188-94.

Thorley, K., Turner, S., Hussey, L. and Agius, R. (2009) Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners. *Occup Med (Lond), 59*(5), pp. 342-6.

Thorley, K., Turner, S., Hussey, L., Zarin, N. and Agius, R. (2007) CPD for GPs using the THOR-GP website. *Occup Med (Lond), 57*(8), pp. 575-80.

van Balen, J., Kremer, A., Buijs, P., Hulshof Carel and Lex, G. (2010) NHG-standaarden doorgelicht op arbeid. *Huisarts en wetenschap, 53*(1), pp. 6-12.

Verger, P., Arnaud, S., Ferrer, S., Iarmarcovai, G., Saliba, M. L., Viau, A. and Souville, M. (2008) Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload and role perception. *Occup Environ Med, 65*(6), pp. 392-7.

Vonk Noordegraaf, A., Huirne, J. A., Brolmann, H. A., van Mechelen, W. and Anema, J. R. (2011) Multidisciplinary convalescence recommendations after gynaecological surgery: a modified Delphi method among experts. *BJOG, 118*(13), pp. 1557-67.

Weevers, H. J., van der Beek, A. J., Anema, J. R., van der Wal, G. and van Mechelen, W. (2005) Work-related disease in general practice: a systematic review. *Fam Pract, 22*(2), pp. 197-204.

Hoofdstuk 2: Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen: een kwalitatieve exploratie van vragen en oplossingen

Haak F., Hoerée T., Verbrugghe B.[1]

Inleiding

Het doel van deze kwalitatieve exploratie was het onderwerp arbeid-gerelateerde aandoening (AGA) vanuit de bril van de huisarts te leren kennen en antwoorden op onze onderzoeksvraag te vinden. Het begrip "arbeid-gerelateerd" komt weinig aan bod in de basisopleiding tot arts (Frank 2000). Dit is ook een van de redenen waarom we het onderwerp kozen. Tijdens de praktijkvoering worden we vaak met vragen geconfronteerd waar we geen antwoord op kunnen geven tenzij na ruggespraak met de praktijkopleider of na het contacteren van andere zorgverleners. Vele vragen blijven dan nog onbeantwoord. Vandaar onze onderzoeksvraag of andere huisartsen, jongere en oudere, dezelfde of andere en evenveel problemen tegenkomen met arbeid-gerelateerde aandoeningen. En of we hiervoor een handige, snel consulteerbare gids kunnen samenstellen die de meeste vragen over AGA's kan beantwoorden tijdens het consult.

Het gaat om een verkennende studie met een brede invalshoek, maar met een zeer specifieke vraagstelling: "*Welke struikelblokken voor de herkenning, diagnose en aanpak van AGA's ervaren huisartsen tijdens hun praktijkvoering?*". Via de beschrijving van concrete patiëntencontacten willen we nagaan wat hindert en helpt bij de herkenning en begeleiding van AGA's door de huisarts.

Methode

Onderzoeksperspectief en methodologie

Om antwoord te vinden op onze onderzoeksvraag, moeten we het perspectief van de huisartsen zelf exploreren en dus doen we beroep op een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Waar sommige kwalitatieve onderzoeksmethoden uitgaan van een 'sociaal geconstrueerde waarheid' die iedere persoon in haar dagelijks doen en laten opbouwt (oa. constructivisme), leunt ons onderzoeksperspectief iets meer aan bij het post-positivisme van het kwantitatieve onderzoek dat ervan uitgaat dat er één externe waarheid bestaat. De wetenschapsfilosofische visie die achter onze studie zit, gaat ervan uit dat we die externe waarheid maar kunnen leren kennen via het perspectief van de verschillende 'actoren' die deze realiteit beleven en waarnemen. Onderzoekers kunnen het perspectief van deze spelers leren kennen. Dus we nemen een vrij centrale positie in tussen beide

[1] In alfabetische volgorde

paradigmata. Inderdaad proberen we via de deelnemers zo dicht mogelijk te komen bij de vraagstukken waar ze in de realiteit tegen aanlopen. We gaan op zoek naar 'feiten' aangeleverd door de deelnemende huisartsen. En kijken door hun ervaringsbril naar moeilijkheden bij de aanpak van AGA's. Dit is wat ook wel het 'fact-ist perspective' genoemd wordt (Alasuutari 1995, Sandelowski 2010).

'Content analysis' is een onderzoeksmethodologie die hierbij past. Deze laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren (Gbrich 2007). Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan (Downe-Wamboldt 1992, Morgan 1999).

Dataverzameling & analyse

De drie onderzoekers nodigden elk op een doelgerichte manier huisartsen uit op basis van geslacht, aard van de praktijk (stad vs. platteland, groep vs. solo) en leeftijd. Persoonlijke contacten werden gemobiliseerd. Toezegging gebeurde per mail of in een persoonlijk contact. De geselecteerde huisartsen werden gevraagd om gedurende 2 weken alle contacten waarvan zij dachten dat het om een AGA ging, te registreren. Ze beschreven kort de casus met opgave van leeftijd, geslacht, soort werk van de patiënt en maakten een korte schets van de problematiek in termen van diagnostiek, behandeling of andere aspecten van de aanpak. Tenslotte werd hen gevraagd aan te geven wat er eventueel mis liep bij deze casus of waar ze strop raakten in hun aanpak, welke vragen ze hadden en wat ze nodig dachten te hebben om deze casus (in het vervolg) beter aan te pakken (zie kader 1).

Vragen bij het beschrijven van de casus
De casus
Geslacht, leeftijd, beroep en beroepssector van de patiënt
De (vermoedelijke) aandoening
Vragen?
Waar liep je bij deze casus vast?
Welke concrete vraag/behoefte heb je?
Wat heb je nodig om verder te kunnen?

Kader 1: Casusbeschrijving en vragen

De analyse startte nadat alle data verzameld waren, eigen aan de methode van content analysis (Chamberlain et al. 2004). Vervolgens analyseerden we de data volgens de procedure van Elo en Kyngäs (Elo and Kyngäs 2008). Dit houdt in dat we onszelf eerst 'onderdompelden' in de data om een overzicht te krijgen. We lazen alle registraties samen door. Vervolgens codeerden we de data, dit wil zeggen dat 'labels' toegekend werden aan kleine, betekenisvolle fragmenten van de data. Het hele analyse proces werd onderverdeeld in twee grote fases. In de eerste fase, met drie te onderscheiden *stappen*, werkten we in groep, in de tweede fase individueel. De eerste fase leverde drie overkoepelende thema's op die dan in de tweede fase individueel verder werden geanalyseerd en gerapporteerd.

Fase 1. In de *eerste stap* van de eerste fase codeerden we een kwart van de casussen samen, eerst onafhankelijk van elkaar. Dan vergeleken en discussieerden we tot we een consensus bereikten over de toe te kennen codes. Een vierde onderzoeker (KB) werd ingeschakeld voor methodologische ondersteuning en om de discussie te verdiepen. In de *tweede stap* werden de overige casussen met de aldus vastgelegde codes ('codeboek') geanalyseerd, waarbij telkens 2 onderzoekers eerst onafhankelijk van elkaar werkten en daarna overlegden. Nieuwe codes werden alvorens deze toe te kennen per email of telefonisch besproken. In een *derde stap*, nu we de inhoud van de data beter beheersten, werden alle codes gegroepeerd in betekenisvolle categorieën en drie overkoepelende thema's: 1- diagnose, behandeling en aanpak; 2- sociale aspecten (verder uitgewerkt in dit rapport); 3- betrokken actoren.

Fase 2. Hierna ving de tweede fase aan en ging iedere onderzoeker aan de slag met de codes van één bepaald thema. Alle casussen werden nogmaals doorlopen met het specifieke thema voor ogen. Extra codes werden waar nodig toegevoegd en sub-thema's onderkend. Om een zicht te krijgen op het belang van bepaalde problemen voor de rapporterende artsen, werden ook de frequenties van de codes verkend (Bloor and Wood 2006). Dit leidde tot drie onderzoeksrapporten (zie hoofdstukken 3, 4 en 5). Alle analyses gebeurden manueel met behulp van Word en Excel.

Omdat de huisarts vandaag overwegend vrouwelijk is, wordt in de tekst, het vrouwelijke voornaamwoorden 'ze, zij, haar' gebruikt.

Resultaten

Populatie van deelnemende artsen

Uiteindelijk namen twaalf van de 21 gecontacteerde huisartsen deel aan dit onderzoek en registreerden ze in totaal 107 casussen.

Tabel 1: Karakteristieken van de deelnemende huisartsen

Ervaring als huisarts	HAIO – 1j: 5	3-10j: 4	> 30j: 3
Geslacht	Vrouw 2	Man: 10	
Ligging praktijk	Stedelijk: 7	Landelijk: 5	
Soort praktijk	WGC: 6	Groep: 5	Solo: 1

Bijna de helft van de huisartsen zijn nog in opleiding (5 met net 1 jaar praktijkervaring), 4 hebben tussen de 3 en de 10 jaar werkervaring en 3 meer dan 30 jaar. Twee artsen zijn vrouw, 7 werken in een stedelijk gebied, en 11 in een groepspraktijk, waarvan 6 met een forfaitair betalingssysteem en dus met een multidisciplinair team (zie tabel 1).

Tabel 2: Verdeling van het aantal casussen over de deelnemende artsen

Aantal artsen	*Casussen per arts*	*Totaal aantal casussen*	*Aandeel in totaal aantal casussen (%)*
9	2 - 7	47	44%
2	16 - 17	33	31%
1	27	27	25%
12		107	100%

Gemiddeld beschreef elke huisarts 9 casussen, echter 9 van de 12 artsen

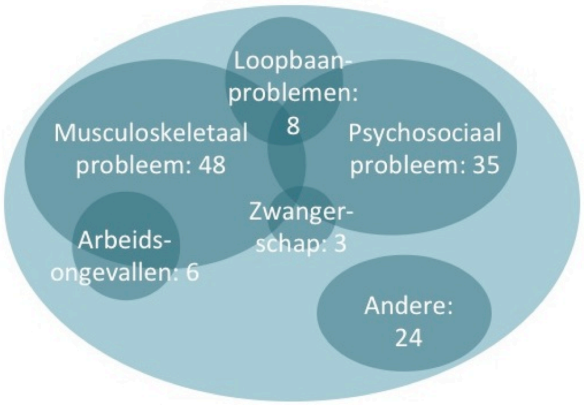
leverden tussen de 2 en 7 gevallen of in totaal 44% van de gevallen. De andere drie artsen leverden de overige gevallen, waarvan twee resp. 16 en 17, en één arts rapporteerde er 27 in totaal (tabel 2).

I- Voorkomen, diagnose en behandeling van AGA

Verdeling van AGA's uit de registratie

Uit de analyse van de casussen komt volgende onderverdeling van arbeid-gerelateerde aandoeningen op basis van klacht of diagnose naar boven (zie figuur 1).

De belangrijkste problemen waarmee de patiënten uit de casussen naar de huisarts komen zijn musculoskeletale (45%) en psychosociale (33%) problemen. De figuur laat ook zien dat heel wat casussen niet in één deelverzameling pasten. Vaak komen twee of meer problemen aan bod.



Figuur 1: Klachten of diagnosen bij de geregistreerde casussen (n= 107)

Omdat niet gevraagd werd de 'reason for encounter (RFE)' of de diagnose systematisch te noteren bij de casusbeschrijving, is dit voor 24 casussen niet duidelijk (zie categorie 'andere). In deze groep zitten casussen die gaan over een heel specifiek medisch probleem zoals een oogaandoening , de ziekte van Menière of een balanitis. Maar er zitten ook casussen in met enkel een administratieve vraag van de patiënt. Zoals bijvoorbeeld een brief voor de adviserend geneesheer of een attest met gezondheidsverklaring.

Vragen over oorzakelijkheid

De meeste vragen die naar boven komen binnen dit thema gaan over de onzekerheid om een etiologisch verband te leggen tussen de werksituatie en het probleem van de patiënt. De vraagstelling is dan soms heel kort en krachtig: "gonartrose t.g.v. oude bussen? Aanslepende keelpijn door de airco? …" (casussen 21, 36, 42, 48, 66).

> ***Casus**: overbelastingsklachten van de rechterschouder, zonder duidelijke aanwijzing voor een specifieke tendinitis, bij een patiënt die bureauwerk doet. Vragen: Is dit arbeidsgerelateerd (bureauwerk)? Is er verbetering mogelijk door werkaanpassing? (21)*
>
> ***Casus**: buschauffeur met een pijnlijke knie. Hij heeft vroeger veel kracht moeten gebruiken om te schakelen en remmen. Nu in de nieuwe bussen is dit wel al veel beter. Vraag: gonartrose tgv oude bussen? (36)*
>
> ***Casus**: een politie consulent die zelf aangeeft dat zijn aanslepende keelpijn niet geneest omwille van de airco op het werk. Vraag: kan dit tgv airco? (42)*

> ***Casus**: een bediende die nog in bijberoep als zelfstandige werkt krijgt een aanval van menière. Ze doet dus twee jobs en nog een huishouden wat voor veel stress zorgt. Vragen: kan stress een aanval van menière uitlokken? Is dit een AGA? (48)*
>
> ***Casus**: patiënte met een staand beroep in een broodjeszaak, spataders worden erger daardoor, steunkousen dragen ziet ze niet zitten, een operatie zeker niet en zittend werken gaat niet. Vraag: spataders door staand beroep? (66)*

Uit de literatuur blijkt dat de duur tussen blootstelling en klacht een belangrijke parameter is om de oorzakelijkheid vast te stellen. Bij een nieuwe klacht na de start in een nieuwe job, is het niet zo moeilijk om een verband aan te tonen. Moeilijker is om dit te bewijzen als het probleem al veel langer aanwezig is en de patiënt of de arts een vermoeden heeft dat de klacht veroorzaakt, onderhouden of verergerd wordt door het werk. Een andere arts vraagt zich af of ze een verergering van ruglijden naar aanleiding van een duidelijke incident tijdens het werk, als werkongeval mag inschrijven (casus 88). Het incident is duidelijk werk-gerelateerd, maar is het een werkongeval? Ook het voorafbestaand lijden kan werk-gerelateerd zijn. In sommige casussen is zeer specifieke informatie nodig om een etiologische verklaring voor de klachten van de patiënt te kunnen geven. Zoals, om de relatie tussen vage klachten en een toxisch product aan te tonen (casus 6). De arts geeft hier zelf een suggestie: de arbeidsrisicokaart. Sommige artsen vragen zich dan ook af waar ze relevante informatie kunnen vinden (casus 97, 98): “Wat is de juiste zoekstrategie? Waar zoek ik dit op?”.

> ***Casus**: een poetsvrouw met last aan de hiel sinds een drietal weken. De diagnose enthesopathie van de achillespees wordt gesteld. Patiënte vraagt zelf: hoe komt zo iets dokter? Overbelasting? Patiënte heeft wel al sinds 17e levensjaar regelmatig last van de achillespees. Twee maand geleden heeft ze ook pijn gekregen aan de knie wat na beeldvorming ook gediagnosticeerd werd als een enthesopathie van de quadriceps. Vraag: probleem is toch zeker deels veroorzaakt door werk? (24)*
>
> ***Casus**: patiënt die airco’s installeert met een gekend ruglijden (protrusie L5-S1). Hij heeft gisteren heel veel moeten sleuren waarna een toename van de rugpijn. Kan nu niet meer uit de voeten. Diagnose = lumbago. Vraag: wanneer is iets een werkongeval? (88)*
>
> ***Casus**: Vage klachten: hoofdpijnaanvallen (4x/m), paresthesien hemicorpus, soms 'trillingen'. Onduidelijk, tot vriendin aangeeft dat hij jarenlang met Butonex/ Butachlor heeft gewerkt. Vragen: hoe relatie aantonen tussen klachten/ problemen en toxische agentia? Hoe en waar toegankelijke informatie vinden ivm toxische stoffen en gezondheidsklachten? Nuttig: "risicokaart" per werknemer en per soort werk. (6)*
>
> ***Casus**: ‘hij moet met een ‘soort hamertje’ heel vaak tikken’, geen andere etiologie gevonden. Vragen: Kan een fractuur van de proc styloideus radius en/of een TFFC scheur ontstaan door repetitieve bewegingen op het werk? Waar zoek ik dit op? (97)*
>
> ***Casus**: een afwasser in de horeca met een carpaal tunnelsyndroom. De huisarts neemt een uitgebreide anamnese af met vragen over jobinhoud, werklast, lichamelijke problemen bij vorige job, familiale voorgeschiedenis, hobby’s, problemen bij collega’s. Vraag: Zoek strategie werkgerelateerdheid? (98)*

Gevolgen voor werk

Hierboven werden casussen besproken waarin werk een klacht of een ziekte veroorzaakt of verergert. Er zijn weinig casussen die de situatie andersom bekijken. Welk effect heeft een klacht of ziekte op de mogelijkheid om een job uit te voeren? Twee casussen zijn wel illustratief. Het is bijvoorbeeld minder belangrijk om aan te tonen dat hemorroiden en obstipatie (casus 40) veroorzaakt zijn door een zittende job. Belangrijker is om te kijken of de patiënt zijn job nog wel kan uitoefenen en onder welke omstandigheden. Een andere vraag die door een huisarts wordt gesteld, is een vraag naar specifieke regels omtrent infectieziekten en de toelating hebben om te gaan werken (101).

> ***Casus**: een patiënte die in de kinderopvang werkt, heeft momenteel een gastro-enteritis waarvoor de huisarts haar arbeidsongeschikt schrijft. Vraag: specifieke regels hieromtrent die verbonden zijn aan het beroep, zoals bij contact met voeding? (101)*

Vragen over therapeutisch beleid

In enkele casussen stelt de huisarts zich vragen over de therapeutische aanpak van een bepaalde diagnose. Deze vragen staan los van het feit of de diagnose een arbeid-gerelateerde aandoening is of niet. En appelleert eerder aan de medisch-wetenschappelijke evidentie, zoals standaarden en aanbevelingen. Soms blijken de vereisten van het werk het therapeutisch beleid te sturen. Zo realiseert een arts zich dat haar initieel succesvolle aanpak minder pertinent lijkt in het licht van de arbeidsgebonden oorzaak. Inderdaad, kan iemand een langdurige kinésitherapeutische behandeling krijgen om zijn rug soepel te houden, en intussen blijven werken zonder dat de oorzaak op de werkplek wordt aangepakt? In andere casussen vraagt de arts zich sneller af of de oplossing niet op de werkvloer te vinden is (zie onder 'aangepast werk'). In een andere casus is de arts heel ongelukkig met haar beleid, maar geeft toe onder druk van het gevaar van werkverlies voor de patiënt.

> ***Casus**: een verpleegster die haar job heel graag doet maar sinds enkele weken last heeft van beide voeten. Ze heeft pijn bij elke stap. Diagnose hielspoor thv beide voeten door overbelasting. … Vraag: Hoe pak je dit het beste aan? (60)*

> ***Casus**: patiënt die werkt in een wasserij en sinds 6 weken rondloopt met een fasciitis plantaris. De klacht is begonnen na het starten met start to run. Tot hiertoe nog niet thuis gebleven van werk …. Vraag: is fasciitis plantaris een reden om AO te schrijven en zo ja, hoe lang? (22)*

> ***Casus:** 58j vrouw met nekklachten en trapeziusspasmen. Ze werkt af en toe in de horeca. Rust en medicatie gegeven. Vraag: kan ik nog iets meer doen? (57)*

> ***Casus**: overbelastingsklachten van de rechterschouder, zonder duidelijke aanwijzing voor een specifieke tendinitis, bij een patiënt die bureauwerk doet. Vragen: de patiënt blijft kiné-voorschriften vragen om het probleem van houding en van verkeerd gebruik van spieren te corrigeren. Is dit wel nodig? Is er geen verbetering mogelijk door werkaanpassing? (21)*

> ***Casus**: patiënte is nog maar net bezig op een nieuwe job in de verkoop. Ze zit nog in haar proefperiode en heeft schrik dat ze haar niet gaan aannemen als ze niet snel terug kan spreken (laryngitis). Ze wil een paardenmiddel. Vraag: kan je een paardenmiddel zoals medrol (met beperkte evidentie en met nevenwerkingen) geven in functie van de angst van een patiënt voor werkverlies? (105)*

II- Sociale en administratieve begeleiding bij AGA's

Uit de analyse van de casussen komt naar voren dat huisartsen heel wat vragen hebben over de sociale en administratieve begeleidende maatregelen bij ziekte of ongeval. In totaal werden bij 91 van de 107 casussen 102 problemen of vragen gelinkt aan dit thema. Bij verdere analyse werden 16 codes gegroepeerd in *drie hoofdthema's*: *A- de verantwoording van het AO attest*, *B- het vinden van aangepast werk* en *C- regelgeving en administratieve procedures* in verband met invaliditeit, het aanvragen van een vergoeding bij het Fonds voor Beroepsziekten, de arbeidsongevallenverzekering, en het statuut van de patiënt, zijnde bediende of anders (interim, zelfstandig, werkloos, …) (tabel 3).

Tabel 3: Thema's, aantal codes en aantal vragen over sociale en administratieve begeleidende maatregelen bij AGA's

	Thema's	Aantal codes	Aantal vragen
A	***Verantwoording van het AO attest***	***4***	***23***
B	***'Aangepast werk'***	***4***	***40***
C	***Regelgeving en administratieve procedures***	***8***	***39***
	• *Invaliditeit*	*2*	*5*
	• *FBZ*	*1*	*12*
	• *Arbeidsongevallen en verzekering*	*1*	*6*
	• *Statuten & AO*	*4*	*16*
	Totaal	**16**	**102**

Verantwoording van het AO attest

Uit deze registratie blijkt dat huisartsen meer vragen hebben over de verantwoording van het attest als het gaat om minder objectiveerbare klachten en meer psychologische en sociale problemen. De zekerheid waarmee de arts AO attesteert, vermindert hoe verder ze zich van haar vertrouwde somatische stek bevindt. En dit probleem lijkt belangrijker voor de jongere artsen. Zo zijn er twee vergelijkbare casussen, van twee HAIO's, met surmenage ten gevolge van werkstress door te hoge verwachtingen (casus 96) en door onvoldoende rapport met collega's (casus 64). Waar deze casussen nog onder 'psychologische ziektebeelden' en dus binnen het medisch paradigma geklasseerd kunnen worden, valt deze waar een conflict met de werkgever escaleert en AO als time-out wordt gehanteerd, geheel buiten de geneeskundige ziekteleer (casus 2). Deze oudere huisarts brengt de WGO-definitie van gezondheid wel heel consequent in de praktijk. Een andere oudere huisarts beantwoordt de onzekerheden van de jongere collegae met een casus die als voorbeeld kan dienen bij de aanpak van surmenage (casus 19).

> *Een vrouw van 50 jaar, advocate. … Ze heeft het gevoel niet te voldoen aan de verwachtingen. Ze vindt de sfeer niet collegiaal. Ze krijgt te veel opdrachten waardoor ze geen focus kan houden en zich moeilijk kan concentreren. … Ze vindt geen aanspreekpunt bij het kader om hier iets mee te doen.* ***Vragen:*** *Is dit iets voor de huisarts? … (96)*

> *Een 50-jarige lerares in het bijzonder onderwijs. Ze doet haar job heel graag. … . Maar het botst een beetje met nieuwe en jongere collega's. Ze voelt zich niet gewaardeerd en moet zichzelf de laatste*

> *tijd naar het werk sleuren, moe en futloos. Ze gaat wel met de directeur praten maar is bang dat dit niks oplost.* ***Vragen****: Surmenage: AO attesteren? (64)*
>
> *(Bij een sociaal conflict waarbij een tussen de werkgever en vakbond onderhandelde oplossing uit de bus komt) … 6 op de 15 werknemers, waaronder de patiënt, gaan niet akkoord.* ***Vragen****: Ik bedenk dat AO vaak de enige ontsnappingsweg is bij sociale conflicten die vastlopen. Maar, hoe formuleer je AO omwille van sociaal conflict? Welke 'ziekte' invullen? Wat doet de werknemer in geval van controle? (2)*
>
> *Een man van 29 … . Twee zaken hielpen bij het oplossen van zijn probleem (van surmenage): 1- zijn overste heeft het personeel herschikt, waardoor hij meer waardering krijgt van zijn collega's; 2- dank zij de psychotherapie (tijdens enkele weken AO) heeft hij geleerd duidelijkere grenzen te trekken. (19)*

Ook de duur van AO stelt problemen. Dit komt echter meer naar voren bij somatische aandoeningen (casus 14). Hoewel de verantwoording hier ook vragen doet rijzen (casus 22).

> *… epicondylitis lateralis, waarvoor ze nu een 2° verlenging AO krijgt. …* ***Vragen****: Hoe lang AO schrijven voor dit probleem? … (14)*
>
> *Ik vraag me af … of fasciitis plantaris een gegronde reden is om AO te schrijven en zo ja, hoe lang? (22)*

Uit de casussen blijkt ook dat het gesprek over AO vaak een negotiatieproces is. In een aantal gevallen zorgt dit, zo niet voor spanningen in de communicatie, dan toch voor onzekerheden bij de arts. Pijn, angst of verdriet zijn niet objectiveerbare gevoelens waartegen de arts geen argumenten kan aanbrengen, zoals in casus 71 waar ze zich vertwijfelt afvraagt of de vrees van de patiënt een voldoende argument is om een verlenging van een AO-attest goed te keuren. Ook als de patiënt reeds beslissingen heeft genomen, zijn eigen leven in handen neemt, daarbij als preventieve maatregel voor burned-out wil gaan solliciteren en hiervoor AO vraagt, twijfelt de arts (casus 61). Ook financiële problemen kunnen een patiënt nopen om AO te vragen. Zo is er de wel extreme casus van de jonge vrouw die dagloner is aan de haven en dus niet altijd werk heeft. Zonder AO attest zou ze een heel onregelmatig, en mogelijk onvoldoende inkomen hebben (casus 46). Ook hier rijzen er vragen naar de legitimiteit van het AO attest.

> *Een48-jarige schoonmaakster, met een recente knieprothese, vraagt een verlenging van haar AO attest. Door de zware operatie vreest ze dat ze het zware werk niet meer aan zal kunnen. Ze wil ook liever geen nieuw werk moeten zoeken. Kan ik dit toestaan? Hoe lang?… (71)*
>
> *Kan je iemand AO attesteren om hem of haar tijd te geven te solliciteren omdat … (in deze casus) de patiënt zich niet meer kan vinden in het beleid van hogerhand in zijn firma. Hij moet er tussenuit zo niet gaat hij crashen (burn-out). (61)*
>
> *22-jarige vrouw werkt met dag contracten is nu tweemaal door de baas doorgestuurd naar de arts om op ziekenkas te gaan. Er is geen aangepast werk. Ze heeft geen recht op dop omdat ze nog in de wachttijd zit. Een niet zieke patiënt die AO vraagt (door baas): Mag dat? Kan dat? (46)*

Anderzijds zijn er ook heel wat patiënten die *geen AO wensen*, wat niet wil zeggen dat dit, vanuit een medisch oogpunt, altijd te rechtvaardigen is. Vrees voor verlies van job is bijvoorbeeld een vaker

voorkomende reden om ondanks objectiveerbare gezondheidsproblemen toch aan de slag te blijven. Dit kan tot empathische reacties aanleiding geven (casus 51) maar ook tot spanningen, zoals bij casus 106 waar de arts de patiënt volgt ondanks haar eigen ongemak.

> *Een arbeider, 50 jaar, … met een forse balanitis. Dit geeft veel last bij het werken. Maar hij wil niet thuis blijven omdat hij schrik heeft om af te vloeien. Het nieuwe bestuur zoekt naar manieren om het personeelsbestand te verminderen. Hij vreest dus ontslag als hij thuis blijft. (51)*

> *Een 49-jarige vrouw. … Ze is enkele weken bezig (als verkoopster). … Aanmeldingsklacht: laryngitis: ze kan niet spreken, wil een paardenmiddel, want ze is nog in haar proefperiode en ze heeft schrik dat ze haar niet gaan aannemen. Ik schrijf Medrol … (voor) in functie van haar angst voor werkverlies: … patiënte was tevreden, ik iets minder (106)*

Aangepast werk

Als alternatief voor of naar aanleiding van het beëindigen van AO, denken veel huisartsen aan 'aangepast werk'. Het begrip roept echter veel vragen op (casus 92). Soms vraagt de huisarts zich vertwijfeld af wat te doen wanneer de patiënt aangeeft dat aangepast werk niet beschikbaar is binnen het bedrijf (casus 69). Als uitweg wordt er vaak naar de arbeidsgeneesheer gerefereerd. De vraag die dan rijst is hoe je zo'n overleg best aanpakt (casus 21). Dit verloopt echter niet altijd gemakkelijk (casus 1). Of, stuit bij de patiënt op een weerstand (casus 18). Er komen ook heel wat vragen naar boven wat de precieze rol en de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer zijn (casus 88, 107). Bij complexere en langer bestaande problemen worden ook andere actoren gesuggereerd o.a. de adviserend geneesheer van het ziekenfonds en de vakbond (casus 54).

> *Bij een schoonmaker van 40 jaar met een ontsteking van het acromio-claviculair gewricht door repetitief werk: aangepast werk: voor en nadelen? hoe aanvragen en wanneer? andere opties? hoe te bespreken met de patiënt? (92)*

> *Man 42 jaar, werkt in de tuinbouw. … fasciitis plantaris. … hij ziet het niet zitten om aan de baas te zeggen dat hij enkele weken moet thuis blijven. Aangepast werk is er volgens hem niet, en weet niet of er een arbeidsgeneeskundige dienst is.* ***Vragen:*** *Wat te doen indien de patiënt zegt dat hij geen AO wil en er geen aangepast werk is? Toch voorschrijven? … (69)*

> *30-jarige secretaresse met overbelastingsklachten van de rechterschouder …* ***Vragen:*** *1- Is dit evt. arbeid gerelateerd (bureauwerk)? 2- verbetering mogelijk door werkaanpassing? 3- overleg hierover met arbeidsgeneesheer nodig? En hoe? (21)*

> *35-jarige man, met ischialgie, HNP+. Bijna 6 maanden AO nu. Pijn is beter, maar nog paresthesieën in het been. Hij wil ontslag om medische reden vermijden …. Hij moet via de arbeidsgeneesheer passeren, maar deze wil hem pas na de 6 maanden zien! Het risico voor ontslag is dus groot. …* ***Vragen:*** *Hoe kunnen we in België evolueren zoals in Nederland, waar de werkgever verplicht is aangepast werk te organiseren … !? (1)*

> *55-jarige man, met stotteren. … Hij heeft vooral probleem bij het opnemen van de telefoon. … Hij durft de arbeidsgeneesheer niet in te schakelen, want volgens hem "staat die toch aan kant van werkgever". (18)*

> *Een man van 42 jaar installeert airco's. Hij is gekend met ruglijden (protrusie L5-S1). Gisteren heeft hij heel veel moeten sleuren, waardoor een toename van de rugpijn. Hij kan nu niet meer uit de voeten.* ***Vragen:*** *zijn er geen hulpmiddelen? Wat is de rol van de arbeidsgeneesheer i.v.m. sleuren van zware lasten? (88)*

28-jarige man, IT consulent, met torticollis. Hij kan zo niet werken … Het gesprek gaat daarna over ergonomie. ***Vragen:*** *Te regelen via arbeidsgeneesheer?... (107)*

Een 57-jarige chauffeur, met een rotator-cuff scheur, is geopereerd en ondergaat een moeizame revalidatie. Hij is nu 6 maanden tijdelijk werk onbekwaam. Hij weet dat hij ontslagen zal worden bij terugkeer. ***Vragen****: kan hij niet op invaliditeit (want hij heeft ook een totale heupprothese en ruglijden). Moet ik de arbeidsgeneesheer inschakelen voor aangepast werk? Of de adviserend geneesheer voor invaliditeit? En wanneer de vakbond inschakelen? (54)*

Ander werk

De vraag naar aangepast werk komt vaak in combinatie met veranderen van werk op. In veel gevallen zijn het ziekmakende arbeidsomstandigheden die hiertoe nopen, zoals stresserende arbeidsroosters (casus 84) of shiftwerk (casus 15), of artritis (casus 17). Soms nam de patiënt reeds het initiatief om ander werk te zoeken, vaak twijfelt de arts over wat ze moet aanraden: doorgaan of herscholen? En welke instanties bij carrière veranderingen kunnen helpen. Veranderen van werk kan ook gezondheidsproblemen veroorzaken, zoals bij patiënten die na een fabriekssluiting weer aan de slag konden. Dit geeft enerzijds problemen door onverwerkte rouw omwille van het verlies van de vorige job, en anderzijds aanpassingsproblemen in de nieuwe job (casus 8). De vraag naar extra begeleiding of verdere loopbaanbegeleiding zijn dan aan de orde. Tenslotte is er de vraag naar hoe je iemand na een langdurige AO kan reactiveren? En hierbij kan helpen (casus 78).

Een 40-jarige schoonmaakster: … Dit is fysiek zwaar werk, en om de 2 uur moet ze op een andere werkplek binnen de stad zijn. Ze spendeert dan ook veel tijd op de 'tram/bus/fiets', en heeft veel stress om maar op tijd te komen. Ze kampt nu met cervicalgie en spanningshoofdpijn. Ze is nu aan het solliciteren. … (84)

Een 40-jarige vrouw met slaapstoornissen, rugklachten, moeheid. Ze doet de nachtshift voor de dispatch van een vervoersbedrijf …. ***Vragen:*** *Wat aanraden: ander werk of andere shift vragen? Hoe kan ik haar hierbij helpen? Moet ik de arbeidsgeneesheer contacteren? Kan ze herscholen? Hoe advies geven bij loopbaan, en naar wie doorverwijzen? (15)*

Man, 48 jaar, bezetter met artritis van proximale en distale interphalangeale gewrichten van beide handen (pijn, zwelling en scheefstand van enkele vingers). ***Vragen:*** *Advies arbeidsgeneesheer gevraagd (nog geen uitkomst); wat zijn de kansen op ander werk? (17)*

Man van 43 jaar, die na een fabriekssluiting en na vele jaren van trouwe dienst, toch snel een andere job vond en nu in een nieuw bedrijf werkt onder een veel jongere chef. Hier heeft hij moeilijkheden mee, maar er zit ook nog een heel stuk rouw bij na het gedwongen ontslag. ***Vragen:*** *Als huisarts kan je ondersteunen, raad geven etc.; maar niet verder helpen met loopbaan perikelen. Naar wie kan ik verwijzen? Een loopbaanbegeleider of zoiets (hoe? Via VDAB? Andere?) (8)*

Een man 31 jaar, in opvolging voor een herval van depressie. Momenteel werkloos. … Naar de toekomst toe wilt hij zeker weer gaan werken …. Hoe gaan we dit voorbereiden en wanneer is het moment daar dat werkhervatting kan/nodig is? Hoe en wanneer werkhervatting, wie kan carrière advies geven? (78)

Regelgeving en administratieve procedures

Vier probleemsituaties met vragen over de *regels en procedures* die moeten gevolgd worden opdat de patiënt zijn rechten op hulp en ondersteuning niet zou verliezen, komen aan bod (tabel 4).

Tabel 4: Vragen over administratieve aspecten van AO bij bedienden

- Is ontslag tijdens de proefperiode mogelijk? Kan ziekte een reden zijn om iemand niet aan te nemen?
- Technisch werkloos: gaat dit met loonverlies gepaard?
- Schuift de datum van pensionering op door een periode van AO?
- Verminderd het pensioenbedrag als iemand voor zijn pensionering op langdurig ziekteverlof staat?
- Kan een vrouw, die langdurig AO was, na de bevalling terug langdurig arbeidsongeschikt worden?
- Kan een vrouw met een miskraam drie maanden AO krijgen om dit voor een volgende zwangerschap te voorkomen?
- Wat zijn de administratieve verplichtingen van de patiënt bij een arbeidsongeval?

Een eerste reeks vragen gaat over verzekering bij arbeidsongevallen. Arbeidsongevallen zijn een speciale categorie van AGA's. In deze bevraging komen ze weinig of niet aan bod. Nochtans leven er heel wat vragen over hoe dit administratief en verzekeringstechnisch best wordt afgehandeld (casus 103).

> *Een vrouw van 30 jaar. … Ze wordt sinds 6 maanden opgevolgd naar aanleiding van een ongeval op weg naar het werk met een Whiplash tot gevolg. … Het probleem waar ze mee consulteert is … dat de verzekering de zaak wil consolideren. Een expert werd aangesteld maar we krijgen er weinig informatie van en we weten niet goed wat er allemaal gebeurt.* ***Vragen:*** *Wat is belangrijk bij een arbeidsongevallen dossier? Wat kan je doen als de verzekeringsarts niet akkoord gaat? Wat zijn de valkuilen bij een arbeidsongeval? Werk je best met een expert, of doe je dat zelf als huisarts? Consolidatie: wat betekent dit? (103)*

Eén casus vat alle vragen over langdurige AO samen: administratie bij langdurige AO, wanneer duikt het gevaar van ontslag op en wat zijn de mogelijkheden voor het toekennen van invaliditeit (casus 95).

> *Een vrouw van 49 jaar … is nu langdurig werk onbekwaam ten gevolge van 'stroke in the young'. Ik schrijf nu telkens werkonbekwaamheid van enkele maanden (95):*
> 1- *Waarom is dit nog nodig en voor hoe lang? Welke papieren moet ik in orde brengen? Wie initieert de verschillende stappen bij langdurige werkongeschiktheid? Wat moet de huisarts weten wanneer hij wat moet doen en wie moet contacteren?*
> 2- *Wanneer kan je ontslagen worden bij langdurige AO?*
> 3- *Wat is er mogelijk voor een re-integratie van deze dame in het arbeidsproces? Welke organisaties kunnen daarbij helpen*

De derde topic gaat over of, wanneer en hoe een aanvraag in te dienen bij het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ). Alle, buiten één (eczeem, 94) gaan over musculoskeletale aandoeningen (zoals

casus 3, 14). Ook hier hebben patiënten soms weerstanden, de arbeidsgeneesheer wordt hier gesuggereerd als mediator (casus 9).

> *53-jarige arbeider met een tendinose van supra-, infraspinatus en subscapularis (rotator cuff), echo- en radiograisch aangetoond. Door jarenlange repetitive bewegingen met vnl rechter schouder (bandwerk).* ***Vragen:*** *Kan een aanvraag ingediend worden bij FBZ; en hoe?. . (3)*
>
> *38-jarige poetsvrouw met een epicondylitis lateralis. Ze kan niet meer werken hierdoor. Nu, 2° verlenging AO.* ***Vragen:*** *1- Hoe lang AO schrijven voor dit probleem? 2- Wanneer FBZ inschakelen?. . (14)*
>
> *56-jarige vrouw met nek-schouder-arm pijnen. Ze doet sinds 30 jaar bandwerk. Voorstel om een aanvraag te doen bij het FBZ, maar patiënte heeft angst dat dit een negatieve invloed zal hebben op haar positie binnen het bedrijf.* ***Vragen:*** *beter dit doen via de AG? (9)*

Tenslotte, zijn er heel wat vragen over de administratieve aspecten en de gevolgen voor het vervangingsinkomen bij AO. Een reeks casussen betreft bedienden waar de 'normale' regels mogelijk niet gelden. Zo is er bijvoorbeeld de vraag over de gevolgen voor haar inkomen bij een bediende die technische werkloos wordt (casus 87). Of, de vraag of de pensioenleeftijd opschuift bij langer durende AO (casus 63).

> *Een 28-jarige stewardess. … Heeft nu te horen gekregen dat ze 5 maanden op 'winterstop' wordt gezet. … Groot probleem, want heeft financiën echt nodig: woont alleen ….* ***Vragen:*** *kan een maatschappij dit zomaar doen? Wat is de wetgeving omtrent technische werkloosheid? (87)*
>
> *Een 64-jarige man … met een tendinose van de enkel …. Hij moet nog vier weken werken en dan kan hij op pensioen. … Hij zegt dat als hij nu ziekteverlof neemt, de pensioendatum opschuift. Hij wil dus verder blijven werken.* ***Vragen:*** *Is het zo dat de pensioenleeftijd opschuift door arbeidsongeschiktheid? (63)*

Een tweede reeks gaat over mensen in andere dan bediende statuten: interim contract (incl. jobstudent), dagloners, zelfstandigen, parttimers, werkzoekenden, OCMW steuntrekkers. Hierbij weet de huisarts niet meteen hoe een en ander geregeld is en wenst ze meer informatie. Deze vragen worden vaker gesteld door artsen werkend in stedelijke gebieden. Voorbeelden zijn: de rechten en plichten van interim werkers (casus 105). Waaronder ook het recht op vaderschapsverlof (casus 81) (volledige lijst met vragen zie tabel 5).

Tabel 5: Vragen over administratieve aspecten van AO bij andere statuten

▪ Hebben al deze statuten dezelfde rechten?
▪ Wat is gedekt, grote en kleine risico's?
▪ Vanaf wanneer schakelt men bij AO over naar een vervangingsinkomen betaald door het ziekenfonds?
▪ Wat is de regelgeving m.b.t. het recht op zwangerschaps- en vaderschapsverlof?"
▪ Ontslag om medische redenen, kan bij bedienden pas na 6 maanden AO, maar geldt dit ook in deze speciale statuten?
▪ Vaak wordt gezegd: "ik heb geen ziekenbriefje nodig, ik ben toch werkloos", is dat zo?
▪ Wat bij interim contracten: zijn werkongevallen gedekt? En door wie?
▪ Hoe kan je iemand zonder papieren re-activeren?

> *Een man van 22 jaar man met burn-out met mogelijk onderliggende depressie. … (hij werkt) … via een interim kantoor in een autofabriek …**Vragen:** wat met arbeidsongeschiktheid bij interim werk? Wanneer gaan ze op ziekenkas? Kunnen ze ontslagen worden om medische reden, en wanneer? Waar vindt ik informatie over de rechten van de interim arbeider? (105)*
>
> *Een 29-jarige man werkt al 1 jaar via een interim bedrijf als arbeider. Vorige maand is zijn dochter geboren. Hij heeft vaderschapsverlof genomen en komt nu met papieren van de mutualiteit, incl. met 'de vertrouwelijke'. **Vragen:** … Vaderschapsverlof bij interim contract: welke papieren noodzakelijk? (81)*

III- Actoren en barrières

Zoals reeds bleek uit bovenstaande analyse halen de huisartsen heel wat spelers aan als potentiële hulp bij de betreffende casus. De meeste actoren worden in een beperkt aantal casussen enkel geciteerd met de vraag of ze mogelijk kunnen tussenkomen om een sociaal of administratief probleem te helpen klaren. Wanneer het gaat over AO of aangepast werk komen de arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, de controle geneesheer, de werkgever, de personeelsdienst en een externe coach op het voorplan. Bij carrièreproblemen of het vinden van nieuw werk wordt op de VDAB en loopbaanbegeleiding gemikt. En voor het vinden van een vervangingsinkomen wordt gekeken naar het FBZ, de verzekeringsmaatschappij. Voor deze actoren vinden we in de casusbeschrijvingen onvoldoende elementen om de barrières waar huisartsen tegenaan lopen te beschrijven. De hoofdrolspelers zijn echter de huisarts zelf, de patiënt en de arbeidsgeneesheer. Voor deze drie actoren is er voldoende narratief voorhanden om de hindernissen die huisartsen ervaren beter te begrijpen.

De barrières zitten meestal in de vraagstelling vervat. We maken onderscheid tussen vier soorten vragen: *praktische, specifieke, achtergrond en reflectieve barrières of vragen.* Inderdaad, soms stuit de huisarts op een praktisch probleem of wil ze een snel antwoord. Bij de eerste soort vraag wil de huisarts weten hoe ze *iets praktisch kan verwezenlijken*, zoals "*wie contacteren".* En is ook gelinkt aan een concrete casus, waardoor overleg met of advies van een specialist ter zake het probleem kan oplossen. Sommige vragen zijn heel specifiek waar de huisarts een beste oplossing voor een bepaald *soort probleem* verlangt. In de huisartsgeneeskunde is dit bekend als "PICO" (*Population – Intervention – Comparison – Outcome*). Vaak stelt de huisarts zich ook vragen over een ander competentiedomein dan het hare, in vele gevallen dat van de arbeidsgeneesheer, deze hebben we *achtergrond vragen* genoemd. Tenslotte, zijn er ook heel wat quotes waar de huisarts nadenkt over haar eigen haar rol en functie en de waarden en normen die hiermee samenhangen. Deze vragen worden *reflectieve vragen* genoemd.

Barrières bij de huisarts: informatie, kennis, inzicht en reflectie

De inhoud van de vraagstellingen over de diagnostische en therapeutische aanpak en de sociale en administratieve begeleiding kwamen al aan bod. We illustreren hier het soort vragen aan de hand van casussen uit beide categorieën.

Diagnostiek van een AGA betekent het stellen van een diagnose en het aantonen van een link met het werk. Dit *causaliteitsprobleem* kan moeilijkheden opleveren wanneer arbeid één van de veronderstelde oorzaken is. In onderstaande voorbeelden wordt hierover een achtergrond vraag gesteld (casus 21 en 24). En hebben ze, ons inzien, betrekking op arbeidsgeneeskunde als competentiedomein. Een voorbeeld van een specifieke vraag is, zoals in dit voorbeeld "*wat kan/moet ik doen bij een burn-out?*" (casus 58)

> *Overbelasting klachten rechterschouder?... Bureauwerk…1- Is dit evt. arbeid gerelateerd (bureauwerk)?... (21)*
>
> *'Poetsvrouw: sinds drie weken last aan de hiel…enthesopathie van de quadriceps … het probleem is toch zeker deels veroorzaakt door werk? (24)*
>
> *Een assistent manager … met een burn-out … Hoelang thuis schrijven? Hoe op te volgen? Wat zijn alarmsignalen?... (58)*

Wanneer een verandering van jobinhoud of arbeidsduur, als oplossing geopperd wordt, resulteert dit in een vraag met een praktisch aspect. '… *Eerst parttime laten werken?' (58) '… verbetering mogelijk door werkaanpassing?'(21)*

De huisarts wordt ook geconfronteerd met verschillende juridische en administratieve problemen. Hierbij rijzen achtergrond vragen, die de beperkte kennis van de huisarts op dit terrein illustreren (casus 79). Ook specifieke (casus 73) en praktische vragen (casus 4) worden gesteld. Hier komt de huisarts op het competentiedomein van de socioloog, jurist of maatschappelijk werker.

> *'In juli betrokken geweest bij verkeersongeval. Sukkelt sinds dan met whiplash … Mijn eigen vraag is hoe dit nu zit: iemand is zoveel % ongeschikt ten gevolge van een ongeval, maar werkt wel volledig. Welke theorie zit hier achter?' (79)*
>
> *'art 60 OCMW … voltijds werken is onmogelijk, deeltijds zou echter prima kunnen: kan of mag dat?' (73)*
>
> *'leidraad, soorten problemen bij oudere werknemers die moeten veranderen van werkomgeving en wat doen en waar naartoe verwijzen?'(4)*

Rond de bijdrage van specifieke actoren, zoals het FBZ, komen de verschillende soorten vragen eveneens naar boven. Zoals in (casus 69) '*… een fasciitis plantaris …*', die leidt tot een praktische vraag *'…Wat met het fonds voor beroepsziekten?...*', en een achtergrond vraag. '*…Enkel voor chronische aandoeningen?*'. Ook specifieke vragen komen naar boven (casus 14). Reflectieve vragen

worden iets minder gesteld. Zoals bij deze huisarts die zich afvraagt wat haar bevoegdheidsdomein is en wanneer ze andere hulpverleners moet inschakelen (casus 94).

> *… Epicondylitis lateralis, 2° verlenging AO … poetsvrouw, kan niet meer werken hierdoor …. Wanneer FBZ inschakelen?'(14)*
>
> *… vrouw 49, stroke in the young: deed voorheen familiehulp, nu langdurig werkonbekwaam … welke papieren in orde brengen: wie initieert de verschillende stappen bij langdurige werkongeschiktheid: de huisarts moet weten wanneer hij wat moet doen en wie moet contacteren? (94)*

Dit gaat soms ook over eigen waarden, prioriteiten en opvattingen, die niet stroken met deze van de patiënt. Wat de arts voor een dilemma plaatst: '*opkomen voor haar eigen waarden en opvattingen of deze van de patiënt*' (casus 72). Dit leidt tot een zekere spanning in de arts-patiënt relatie en laat de huisarts meestal ook niet onberoerd (casus 105).

> *…oververmoeid door combi van ontevredenheid met huidige job en overbevraagd door klussen voor scouts en familie…Ik vind dat hij in eerste plaats zijn werk moet blijven doen aangezien de werkgever hiervoor betaalt en dus wat vaker nee moet zeggen tegen familie, maar eigenlijk doet hij dat klussen liever dan zijn werk, wat nu? (72)*
>
> *Aanmeldingsklacht: laryngitis: kan niet spreken: wil een paardenmiddel … nog in proefperiode en schrik dat ze haar niet gaan aannemen … vraag: kan je een paardenmiddel gevel: Medrol … in functie van angst patiënt voor werkverlies? gesprek hierover: is weggegaan met Medrol: patiënt was tevreden, ik iets minder. (105)*

Vaak leidt één soort vraag tot een vraag uit een andere categorie. Zoals bij (casus 46) waar een achtergrond vraag '*mag dat?*' leidt tot een specifieke vraag '*kan dat*?' (casus 46).

> *… dag contracten bij katoennatie, 2x door baas doorgestuurd naar arts om op ziekenkas te gaan, er is geen aangepast werk, ze heeft geen recht op dop omdat ze nog in wachttijd zit … niet zieke patiënt die AO vraagt (door baas) … Mag dat? Kan dat? (46)*

Barrières bij de patiënt: verschillende 'ICE' (ideas, concerns en expectations)

Waarden- of belangentegenstellingen tussen arts en patiënt kunnen een barrière tot een oplossing betekenen. Om zulke complexe barrières te helpen slechten werd vanuit het patiëntgerichte zorg model (*patient-centred care*) hiervoor de communicatietechniek van de 'ICE' (*ideas, concerns en expectations*) op punt gesteld. De huisarts tracht dan de ideeën, belangen en verwachtingen van de patiënt in kaart te brengen, om zo openlijker naar een gezamenlijke oplossing te kunnen zoeken. Dank zij het bevragen van de 'ICE' komt de huisarts meer te weten over de drijfveren, zoals karakter, persoonlijke overtuiging of arbeidsethiek, van de patiënt. Dit geeft naast reflectieve ook specifieke of praktische vragen (casus 60). Een tweede vaker voorkomend argument van de patiënt bij het weigeren van AO (zie ook deel II) is de angst voor inkomensverlies. Het feit dat de huisarts de casus sec rapporteert en geen verdere vragen stelt, doet haar empathische houding vermoeden, en geeft aan dat ze zich bewust is van haar eigen machteloosheid (zie ook deel II; en casus 51).

Verpleegster, doet haar job heel graag … bij elke stap pijn, hielspoor beide voeten. Heel plichtsbewust en wil blijven werken … Hoe pak je dit beste aan? Aangepast werk voor een tijdje? Of halftijds? (60)

Een arbeider, 50 jaar, … met een forse balanitis. Dit geeft veel last bij het werken. Maar hij wil niet thuis blijven omdat hij schrik heeft om af te vloeien. Het nieuwe bestuur zoekt naar manieren om het personeelsbestand te verminderen. Hij vreest dus ontslag als hij thuis blijft. (51)

Barrières bij de arbeidsgeneesheer

Van de arbeidsgeneesheer wordt expertise met betrekking tot het vaststellen van de causaliteit tussen aandoening en de werkomstandigheden verwacht. Ook hoopt de huisarts dat hij werk-gerelateerde oorzaken kan aanpakken door het faciliteren van aangepast werk en dat hij de procedures kent voor bv. het indienen van een dossier bij het FBZ. Huisartsen citeren met betrekking tot deze verwachtingen twee soorten barrières. De *bereikbaarheid* van de arbeidsgeneesheer blijkt een probleem te zijn. De oorzaak is meestal een gebrek aan praktische informatie over wie de arbeidsgeneesheer is (casus 23, 93) of hoe deze te contacteren (casus 21). Soms is er wel een contact geweest maar blijft de arbeidsgeneesheer onbereikbaar om onbekende redenen (casus 1). Een conflict kan ook de toegankelijkheid in de weg staan zoals bij één patiënt die duidelijke twijfels heeft over de belangen van de arbeidsgeneesheer bij de vraag naar aangepast werk (casus 18). Er is ook heel wat *onduidelijkheid over het werkveld, de rol en het bevoegdheidsdomein* van de arbeidsgeneesheer. Wat leidt tot achtergrond vragen. Het betreft zowel het causaliteitsprobleem (casus 88), als sociale of administratieve begeleiding bij aanpassen of veranderen van werk (casus 96).

… wilde arbeidsgeneesheer inschakelen maar patiënt weet niet wie dit is; hoe is het dan mogelijk een stap verder te zetten? (23)

Vrouw 35 jaar, grootkeuken … conflict met overste … opties naar melding toe? … kent de bedrijfsarts niet. (93)

'Overleg hierover met de arbeidsgeneesheer nodig? Hoe?' (21)

'… hernia nucleus pulposi, bijna 6 maanden nu…Wil ontslag om medische reden … vermijden, moet via arbeidsgenees-heer passeren … Arbeidsgeneesheer wil patiënt pas na de 6 maanden zien! Dus risico ontslag (is reeël) …'(1)

Stotteren, schaamte op werk, probleem telefoon opnemen…durft arbeidsgeneesheer niet inschakelen, "… die staat aan kant van werkgever". (18)

'Installeert airco's. Gekend ruglijden (protrusie L5-S1). Gisteren heel veel moeten sleuren, toename van rugpijn. Kan nu niet meer uit de voeten. Kun/doe je hier iets mee naar een arbeidsgeneesheer toe?' (88)

Arbeider… degeneratief meniscus: reeds verschillende malen arbeidsongeschikt … advies voor werk? tijdelijk aangepast? zou hij beter uitkijken voor ander werk? … Bespreek je dit met de arbeidsgeneesheer?' (96)

Barrières bij andere actoren en de organisatie van ons sociaal zekerheidsstelsel

Hetzelfde probleem stelt zich ook voor andere actoren binnen ons sociaal zekerheidsstelsel (casus 49 en 54).

> *…discopathie L5-S1,recidiverende arbeidsongeschiktheid wegens rugpijn… aangepast werk vragen AG? Vakbond inschakelen? (49)*

> *Chauffeur, rotator cuff scheur, geopereerd, moeizame revalidatie, nu 6 maanden tijdelijke werkongeschiktheid , zal ontslagen worden bij terugkeer… kan hij niet op invaliditeit, want ook totale heupprothese en ruglijden? Arbeidsgenees-heer inschakelen voor aangepast werk? Adviserend geneesheer inschakelen (invaliditeit)? Vakbond inschakelen? (54)*

De huisarts uit (casus 1, zie hoger) stelt een achtergrond vraag, die aangeeft dat ze een duidelijke idee heeft over de onderliggende oorzaak van het probleem, dat volgens haar zijn oorsprong heeft in de wettelijke bepalingen die aan de grondslag van ons sociaal zekerheidsstelsel liggen.

> *'…Hoe kunnen we in België evolueren zoals in Nederland, waar werkgever verplicht is aangepast werk te organiseren (halftijds, andere job invulling etc.)' (1). Veel patiënten bevestigen deze observatie, dat aangepast werk in ons land niet gemakkelijk voorhanden is (casus 69).*

> *'Aangepast werk is er niet volgens hem…wat te doen indien patiënt zegt dat er geen aangepast werk is? Toch voorschrijven?' (69*

Bespreking

Dit is de, op één na (Henderickx & Krammisch 2009) voor België ons bekende, eerste verkenning van hoe huisartsen omgaan met arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA's) en welke problemen en vragen ze hierbij hebben. Onze bevindingen geven aan dat huisartsen betrokken zijn bij vele belangrijke beslissingen over zowel de diagnose en het therapeutische beleid van AGA's, als de sociale en administratieve begeleiding van een patiënt met een AGA. Deze beslissingen gaan concreet over het vaststellen van de oorzakelijkheid van een AGA, het omgaan met de invloed van ziekte op werk, het verantwoorden van arbeidsongeschiktheid (AO), het adviseren van aangepast werk en hulp bij het aanvragen van een vergoeding of een vervangingsinkomen. De belangrijkste geciteerde struikelblok is een gebrek aan kennis. Waarbij leemtes in zowel praktische informatie, specifieke kennis, als inzicht in de competenties van andere disciplines zoals arbeidsgeneeskunde, sociale wetgeving, en maatschappelijk werk blijken te bestaan. Ook de eigen roldefiniëring en eigen normen en waarden blijken niet altijd voldoende uitgeklaard te zijn.

Bij het zoeken naar deelnemende huisartsen (purposeful sampling) werd een gelijke verdeling in praktijkervaring en ligging van de praktijk (in en buiten de stad) bekomen, wat de transfereerbaarheid van de resultaten ten goede komt. Het verzamelen van gegevens gebeurde dicht bij de dagelijkse praktijkvoering. De beschrijving van de casussen en de vragen en bedenkingen van de huisartsen waren voldoende gedetailleerd om de aangehaalde problematiek te begrijpen. En, de casussen in deze kwalitatieve studie leverden een rijk pallet aan problemen, vragen en suggesties

op, waarbij de gegevens maximaal werden benut en we van saturatie kunnen spreken, wat de geloofwaardigheid van de bevindingen ondersteunt (Mortelmans 2007).

Het aantal vrouwen alsook bepaalde praktijkvormen waren wel ondervertegenwoordigd. Het is dus mogelijk dat bepaalde thema's onderbelicht bleven tijdens de registratieperiode. Het had interessant geweest om voor elke casus de 'reason for encounter' meer expliciet verwoord te hebben gehad om het perspectief van de patiënt beter te kunnen begrijpen. Ook hebben de huisartsen niet systematisch op de drie vragen (zie kader 1) geantwoord waardoor soms belangrijke informatie verloren ging voor de interpretatie. Tenslotte werden door tijdsgebrek de drie hoofdthema's van fase twee elk door slechts één onderzoeker geanalyseerd, wat zijn weerslag heeft op de 'afhankelijkheid' (dependability of betrouwbaarheid) (Driscoll and Hendrie 2002, Hussey et al. 2008, Mortelmans 2007). Pas bij het opstellen van het rapport, wanneer de resultaten werden besproken, werd bij onduidelijkheid of onenigheid gezamenlijk opnieuw naar de data gekeken.

Kwalitatief vervolgonderzoek kan daarom nuttig zijn, met het verder doelgericht samplen van huisartsen die hier niet aan bod kwamen en met het spreiden van de gegevensverzameling over een langere periode. De geloofwaardigheid (credibility) van de analyses kan ook nog verbeterd worden door de resultaten in een opvolginterview, individueel of in groep, te presenteren en te laten bediscussiëren door de huisartsen die deelnamen. Deze studie laat ook toe om semi-kwantitatief onderzoek voor te bereiden, waardoor het soort AGA's en soorten vragen en problemen gekwantificeerd kunnen worden.

In wat volgt worden kort de belangrijkste struikelblokken besproken. Mede op basis van de gevonden literatuur (zie hoofdstuk 1) worden antwoorden gezocht. In tabel 6 worden per struikelblok de besproken oplossingen samengevat.

Frequente AGA's

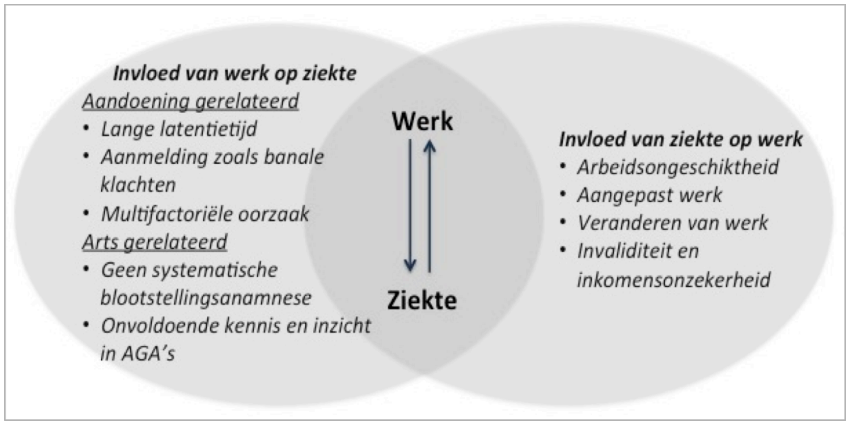
Proportioneel komen musculoskeletale (45%) en psychosociale (33%) aandoeningen *het meest voor* in deze casussenreeks. Het feit dat ze gerapporteerd werden in dit onderzoek wil zeggen dat de huisarts een causaal verband met arbeid vermoedde of wilde bevestigd zien. De rangorde komt overeen met de literatuur (Driscoll and Hendrie 2002, Hussey et al. 2008). De proporties kunnen echter niet vergeleken worden omdat de dataverzameling niet binnen een epidemiologisch maar kwalitatief onderzoekskader werd uitgewerkt en omdat de diagnosen niet door een tweede of een experten opinie bevestigd werden.

Werk-gerelateerde causaliteit

Het probleem van de *werk-gerelateerde causaliteit* komt ten overvloede aan bod in de vragen van de huisartsen. Dit is samen met het probleem van de onderdetectie op de eerste lijn, wat onze metholodogie niet toeliet te schatten, een belangrijke bekommernis in de literatuur (Benavides et al.

2005, Marshall et al. 2002, Schwartz et al. 1991) (zie ook figuur 2). Hieruit blijkt dat drie factoren gelinkt aan de aandoening zelf het onderkennen van de oorzakelijkheid bemoeilijken: 1- een lange latentietijd tussen de blootstelling en het ontstaan van de klacht, 2- AGA's presenteren zich zoals veel voorkomende aandoeningen, en 3- de multicausaliteit van de meest frequente AGA's. De twee eerste factoren worden hier en daar aangehaald in een casus. De derde factor is vermoedelijk één van de redenen waarom de huisarts bij psycho-sociale problematiek zoveel twijfels en vragen heeft. Twee factoren gelinkt aan de zorgverstrekker bemoeilijken ook de mate waarin AGA's worden gedetecteerd: 1- een gebrek aan een systematische beroeps- en omgevingsanamnese, en 2- een gebrek aan achtergrond , kennis en informatie over de karakteristieken van AGA's. Deze laatste factor komt nog uitgebreid aan bod. Er is slechts sporadisch een aanwijzing dat de huisartsen de patiënt systematisch hebben bevraagd over mogelijk blootstelling. Hierover is heel wat onderzoek verricht, waaruit blijkt dat het efficiënter is om te gaan zoeken naar een verandering in de omgeving van de patient en deze te linken aan de start of exacerbatie van de klacht (Marshall et al. 2002). Er zijn een aantal mnemonics getest voor gebruik door eerstelijnsartsen. Zo staat CH^2OPD^2 voor "*community, home, hobbies, occupation, personal habits, diet, drugs*" (Genuis and Genuis 2004, Marshall et al. 2002). Een ander is WHACS, dat staat voor "*What do you do? How do you do it? Are you concerned about any of your exposures on the job? Co-workers or others exposed? Satisfied with your job?*" (Blue et al. 2000). Beide helpen om op een gestructureerde wijze veranderingen aan klachten te koppelen, en dus de causaliteit plausibel te maken en een vermoeden van een AGA te stellen. Verdere bewijskracht kan de huisarts leveren door de blootstelling een poosje te vermijden, door het voorschrijven van AO, en na te gaan of dit de klachten vermindert. Na deze stap heeft ze voldoende argumenten om ofwel verdere bevestiging bij de specialist te zoeken of om de arbeidsgeneesheer in te schakelen (Marshall et al. 2002).

Voor blootstellingen aan specifieke stoffen bestaan de 'material safety data sheets'. Deze moeten in elk bedrijf aanwezig zijn voor alle agentia waarmee gewerkt wordt. Andere informatiebronnen zijn: het antigifcentrum, het Instituut voor Tropische Geneeskunde, de FOD Volksgezondheid. Er bestaan ook databanken over toxische stoffen die via het internet geconsulteerd kunnen worden. Er is dus wel genoeg informatie maar het mankeert de huisarts aan tijd en interesse om zich in deze materie in te werken (Frank 2000). Dit soort verwijsinformatie zou op een handige en overzichtelijke manier samen kunnen worden gebracht in een via het internet consulteerbare praktijkgids.



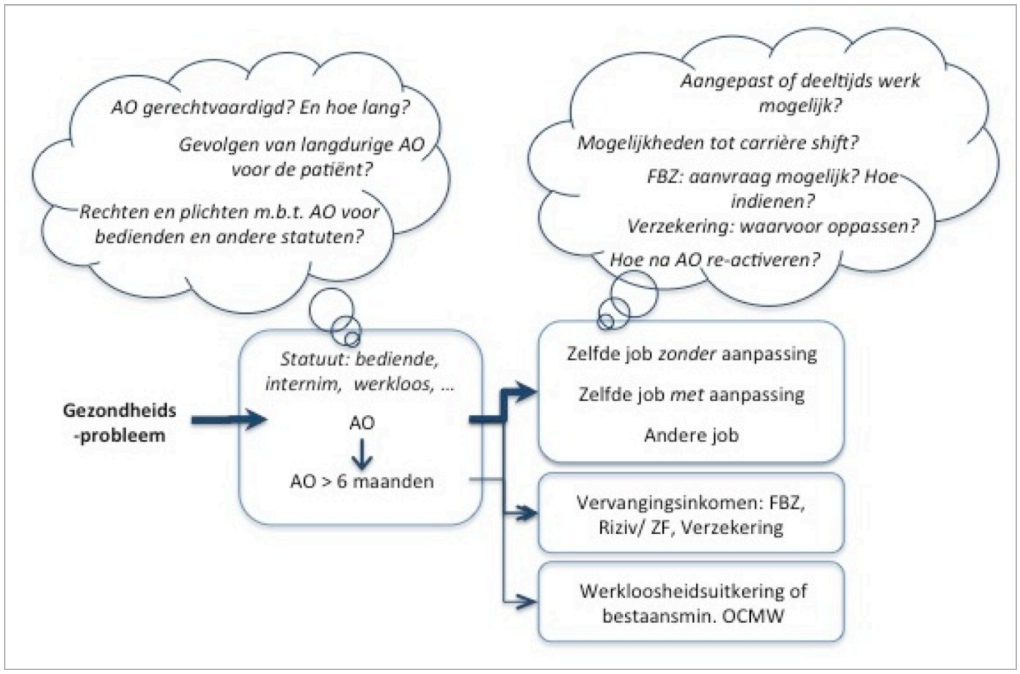
Figuur 1: De wederzijdse beïnvloeding van werk en ziekte

Therapeutisch beleid: invloed van werk op ziekte en ziekte op werk

Het *therapeutisch beleid van de 'aandoening'* van de meeste AGA's verschilt niet van deze voor dezelfde aandoening met een andere causaliteit. De huisartswetenschappelijke opleiding en literatuur blijken hier, op een paar uitzonderingen na - zie bv. fasciitis plantaris -, voldoende richting te geven. Interessant wordt het wanneer de huisarts de link legt met de arbeidsomstandigheden als oorzakelijke of onderhoudende factor. En zich afvraagt of het niet beter is om daar te interveniëren dan een volgens EBM richtlijnen uitgevoerde behandeling te herhalen. Een kritische analyse van de NHG standaarden gaat hier dieper op in, en komt tot de vaststelling dat 'het aspect arbeid' nauwelijks voorkomt in de richtlijnen, hoewel dit vaak pertinent is (van Balen et al. 2010). Voor werkende mensen heeft elke aandoening een gevolg op de werkbekwaamheid (zie ook figuur 2). Voor de patiënt is werk een prioriteit, zoals ook blijkt uit die casussen waar de patiënten ondanks belangrijk ongemak, toch aan het werk willen blijven. Deze literatuur is echter voornamelijk bekend bij arbeidsgeneesheren, en wordt niet gelezen door huisartsen. Dit geeft meteen een hint voor de verdere ontwikkeling van de standaarden en richtlijnen, met name om hierin de arbeidsgeneeskundige literatuur te verwerken. En aan te geven hoe de huisarts de invloed van werk op de aandoening kan inschatten en wat ze kan doen om deze invloed te temperen of te voorkomen.

Het AO attest en de beslissingen van de huisarts omtrent de ziekterol: verantwoording en onderhandeling

Vanuit het perspectief van de patiënt betekent de vraag naar arbeidsongeschiktheid (AO) het al of niet opnemen en het weer afgeven van de ziekterol (zie figuur 3: rechthoekige kaders) (Helman 1984)



Figuur 2: Beslissingen en vragen m.b.t. het attesteren van de ziekterol

Bij beide stappen speelt de huisarts een beslissende rol. Bij de eerste moet ze de arbeidsongeschiktheid attesteren en de duur ervan bepalen. Bij de tweede moet ze beslissen over het al of niet continueren van het attest, waarbij andere factoren zoals de mogelijkheid van aangepast of ander werk mee bepalend zijn. Wanneer beslist wordt de ziekterol te bestendigen komen vragen over de gevolgen van langdurige AO en invaliditeit, bestaanszekerheid en vervangingsinkomen naar boven. De huisarts stelt zich heel wat vragen om haar beslissingen te motiveren (zie figuur 3: tekstballonnetjes).

De zekerheid waarmee de artsen AO attesteren, vermindert hoe verder ze zich van hun vertrouwde somatische stek bevinden. Uit de data blijkt dat huisartsen meer vragen hebben over de *verantwoording* als het gaat om minder objectiveerbare klachten en meer psychologische en sociale problemen. Dit probleem lijkt ook belangrijker voor jongere artsen. Oudere huisartsen lijken hier minder problemen mee te hebben omdat ze de problematiek van de patiënt vanuit een holistisch perspectief kunnen bekijken (International Conference on Primary Health Care 1978).

Uit de casussen blijkt ook dat het gesprek over AO vaak een *negotiatieproces* is. In een aantal gevallen zorgt dit, zo niet voor spanningen in de communicatie, dan toch voor onzekerheden bij de arts. Het perspectief van de arts, eerder *biomedisch versus 'bio-psycho-sociaal'*, speelt hierbij een meer restrictieve versus meer empathische rol. Ook de patiënt neemt een actieve rol op in het beslissingsproces. Dit blijkt uit de casussen waar hij, ook al lijkt dit uit medisch oogpunt

onverantwoord, geen AO wenst op te nemen. Er is hier duidelijk vraag naar en ruimte voor meer wetenschappelijke richtlijnen en meer inzichtelijk onderwijs. Het is evident dat dit complexe beslissingen zijn waar zowel wetenschap als de situatie en de weerbaarheid van de patiënt en de sociale context een rol spelen.

Bij de beslissing tot het attesteren van AO stellen artsen zich ook heel wat vragen over de mogelijke gevolgen van hun beslissing voor de patiënt. Ze stellen zich vragen over de *regelgeving met betrekking tot de rechten* van zowel bedienden als mensen in andere statuten. De vragen zijn hier nogal eclectisch, behalve voor deze over interim contracten. De basisvraag is hier steeds of ze dezelfde rechten hebben als patiënten met een bediendenstatuut. De reden waarom meerdere casussen over het interim contract gaan, heeft mogelijk te maken met het feit dat steeds meer mensen onder dit soort statuut werken (Vandenbrande et al. 2013). Vreemd genoeg suggereert geen enkele huisarts waar ze met deze vragen terecht denkt te kunnen. Dit is evenwel het expertiseterrein en het werkdomein van de sociale werkers van ziekenfondsen en OCMW's. Opleiding, met meer feitenkennis over ons sociaal zekerheidsstelsel, en de rechten en plichten die dit meebrengt, zou meer achtergrond verschaffen in deze problematiek. Ook, persoonlijke contacten met sociale werkers waar huisartsen met specifieke vragen terecht kunnen of een website met FAQ's over dit onderwerp, zou al heel wat vragen kunnen oplossen.

Aangepast werk, de werkgever en de wetgeving

Een uitweg uit het ingewikkelde beslissingsproces is natuurlijk *geen* AO attesteren. Inderdaad de mogelijkheid van 'aangepast werk' wordt niet alleen geopperd na AO. In heel wat gevallen komt dit ook naar voren als alternatief voor AO. Vaak is dit vermoedelijk een goed alternatief. Echter, of 'aangepast werk' in de Belgische context ook een realistisch alternatief is, is minder zeker. Of de patiënten er ook in slagen 'aangepast werk' te vinden is niet voldoende duidelijk uit dit onderzoek. In heel wat casussen geven patiënten wel duidelijk te verstaan dat dit in hun bedrijf niet kan. De huisartsen, hoewel ze dit niet woordelijk aangeven – buiten één huisarts die bijna wanhopig uitroept "*hoe kunnen we in België evolueren zoals in Nederland, waar de werkgever verplicht is aangepast werk te organiseren … !?* (casus 1)" –, lijken te beseffen dat ze hier geen of zeer weinig vat op hebben. Telkens wordt dan naar de arbeidsgeneesheer gerefereerd. Maar over zijn rol en mogelijkheden blijkt ook heel wat onduidelijkheid te bestaan. Zoals aangegeven, is in andere landen (Nederland) aangepast of deeltijds werk veel couranter omdat, naast de verplichting voor de werkgever, de arbeidsgeneesheer hierin een beslissende verantwoordelijkheid heeft (Arboportaal 2014). Een begin van een oplossing is dat huisartsen de rol en verantwoordelijkheden van de arbeidsgeneesheer beter leren kennen. Hier ligt een rol voor de basisopleiding. Ook de communicatie-kanalen zouden zo goed moeten functioneren zoals tussen de huisarts en gelijk welke

andere specialist die telefonisch gemakkelijk te consulteren is. Natuurlijk, zolang aangepast en deeltijds werk niet afdwingbaar zijn bij de werkgever, blijft het futiel om dergelijk advies te geven. Daarom ligt hier een rol voor de politici en de vakbonden om meer wettelijke mogelijkheden tot het verplichten van aangepast werk, te creëren.

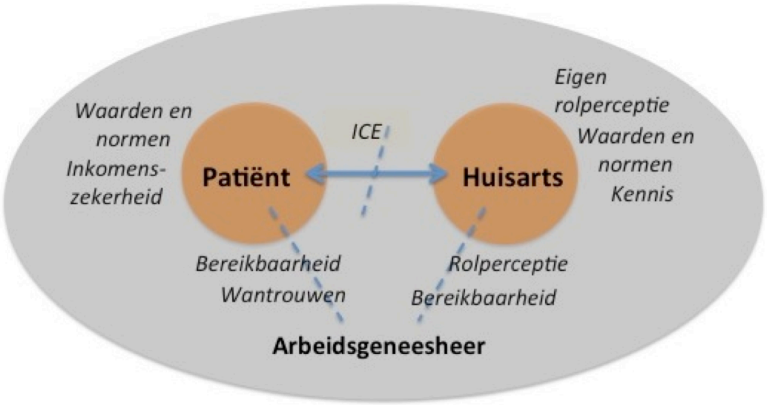
Vervangingsinkomens en vergoedingen

Een derde optie is langdurige arbeidsongeschiktheid voorschrijven waardoor op een gegeven moment ontslag om medische redenen kan volgen, en de patiënt voor bepaalde soorten jobs niet meer in aanmerking komt. Het toekennen van een percentage invaliditeit is hieraan gekoppeld. Drie instanties kunnen een vergoeding toekennen voor invaliditeit: het ziekenfonds (enkel bij meer dan 66%), het FBZ of de ongevallenverzekering (enkel bij een werkongeval). Merkwaardig komen deze aspecten bij slechts enkele casussen aan bod. Het is niet duidelijk waarom dit zo is. Enerzijds is het mogelijk dat de prevalentie van dit soort problemen redelijk laag ligt. Toch blijkt uit de paar vragen dat dit een erg onbekende materie is. Nochtans kan de ontvankelijkheid van een dossier bij het FBZ, of een correcte procedure bij de verzekering, financieel voor de patiënt een groot verschil uitmaken. De belangrijkste vragen zijn wat de huisarts moet doen opdat zulke dossiers op tijd en voldoende beargumenteerd worden ingediend, en hoe ze deze met goed gevolg kan verdedigen wanneer de tegenpartij of toekennende instantie objecties maakt. Ook hier is meer feitelijke kennis over het sociale zekerheidsstelsel, en de verschillende verzekerings- en tegemoetkomings-mechanismen belangrijk. Maar ook, 'hand-on' kennis over hoe een specifiek dossier aangepakt en verdedigd kan worden. Mogelijk moeten huisartsen hier toch zelf de beschikbare kennis en knowhow bundelen in een op te richten expertisecentrum. Samen met de patiënt zijn ze immers in principe de enige belanghebbenden.

Actoren en barrières voor de huisarts bij de aanpak van AGA's

De huisartsen in deze studie halen heel wat spelers aan als potentiële hulp bij een betreffende casus. De meeste actoren worden in een beperkt aantal casussen enkel geciteerd met de vraag of ze kunnen tussenkomen om een sociaal of administratief probleem te helpen klaren. Wanneer het gaat over AO of aangepast werk komen de arbeidsgeneesheer, de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, de controle geneesheer, de werkgever, de personeelsdienst en een externe coach op het voorplan. Bij carrièreproblemen of het vinden van nieuw werk wordt op de VDAB en loopbaanbegeleiding gemikt. En voor het vinden van een vervangingsinkomen wordt gekeken naar het FBZ, de verzekeringsmaatschappij en bij mensen in speciale statuten naar het OCMW. Voor deze actoren vonden we in de casusbeschrijvingen onvoldoende elementen om de barrières waar huisartsen tegenaan lopen te beschrijven. De hoofdrolspelers in de beschrijvingen zijn de huisarts

zelf, de patiënt en de arbeidsgeneesheer. Voor de drie hoofdspelers was er voldoende narratief voorhanden om een zicht te krijgen op de hindernissen die huisartsen ervaren (figuur 4).



Figuur 3: Barrières bij huisarts, patiënt en arbeidsgeneesheer

Via de vraagstelling geven de huisartsen hun belangrijkste hindernis, met name 'kennis', aan met betrekking tot de aanpak van AGA's. De vier soorten kennis die onderscheidden in de casusbesprekingen worden samen met mogelijke oplossing hieronder verder uitgewerkt (zie: *kennisproblemen van de huisarts en mogelijke oplossingen*).

De patiënt werpt ook een aantal barrières op. Dit gebeurt wanneer zijn ideeën, belangen of verwachtingen (ICE) niet overeenkomen met deze van de huisarts. Zijn objecties kunnen te maken hebben met zijn karakter, zijn persoonlijke overtuiging of zijn arbeidsethiek, maar ook met financiële overwegingen omwille van schrik voor job verlies.

Uit de gegeven blijkt dat de bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer voor problemen te zorgt. Het gaat dan zowel over het vinden als het contacteren van de voor een bepaald bedrijf bevoegde arts of dienst. Patiënten hebben ook verschillende objecties om de arbeidsgeneesheer in te schakelen. Sommigen vrezen om ten opzichte van de baas een slechte indruk te maken, anderen hebben geen vertrouwen in zijn onafhankelijkheid.

Een laatste belangrijke barrière, die ook door de patiënten wordt aangegeven is het feit dat de werkgever in België niet verplicht is om aangepast of deeltijds werk te voorzien wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt dit vereist.

Kennisproblemen van de huisarts en mogelijke oplossingen [2]

De vragen en bedenkingen in deze arbeidscasussen wijzen op knelpunten waar huisartsen op vastlopen bij de aanpak van AGA's. Zowel het vaststellen van de causaliteit, de therapeutische

[2] geïnspireerd op van Dijk, F. J., Verbeek, J. H., Hoving, J. L. and Hulshof, C. T. (2010) A knowledge infrastructure for occupational safety and health. *J Occup Environ Med, 52*(12), pp. 1262-8.

aanpak, het attesteren van AO en de sociale en administratieve begeleidende maatregelen stellen problemen. De vragen kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën: *praktische, specifieke, achtergrond en reflectieve vragen.* Antwoorden op vragen leidt tot kennis, wat wil zeggen dat kennis ook in deze vier categorieën kan worden onderverdeeld. Kennis kan overgedragen worden, echter de wijze waarop verschilt. '*Praktische en specifieke kennis'* kunnen op relatief eenvoudige wijze worden overgedragen via tekst. Een telefoonnummer om een specifiek persoon te contacteren vergt naast de naam en functie mogelijk een korte uitleg over zijn competentiedomein. Wanneer er een zoekfunctie of een leidraad verbonden is aan de tekst, kan de zoeker de juiste informatie snel vinden. Dit geldt ook voor richtlijnen voor diagnose en therapie. Het grote verschil is de achtergrondinformatie die nodig is voor beide. Praktische kennis stoelt op concrete en context gebonden informatie. Specifieke kennis stoelt op wetenschappelijke of disciplinaire informatie. Met het begrip '*achtergrond '* refereerden we naar inzicht en begrip van een specifiek competentiedomein, zoals arbeidsgeneeskunde of sociale wetgeving. Het gaat dus eigenlijk over disciplinaire, domein-specifieke of professionele kennis. Dit soort kennis is niet overdraagbaar via enkel tekst. Dit vergt jarenlange studie en ervaring. Het heeft dus geen zin om deze domein-specifieke kennis over te brengen op de huisarts. Wel is het nuttig om in bv. de huisartsenopleiding grondbegrippen van de belangrijkste disciplines mee te geven. En om de rol en het takenpakket van de verschillende hulpverleners te duiden. En dit om de samenwerking tussen de relevante disciplines te voor te bereiden. Het begrip *'reflectief'* hebben we gebruikt om het bespiegelend karakter op het eigen functioneren te duiden. Het gaat over roldefiniëring, taakomschrijving, en de normen en waarden die deze drijven. Het soort kennis dat hieruit voortvloeit sluit nauw aan bij de vorige omdat multidisciplinaire samenwerking erg gebaat is bij een groter zelfbewustzijn en een klare domeinafbakening. Echter, ook binnen de eigen discipline is het reflectief vermogen van groot belang. Dit blijkt in elk contact met een patiënt waar er fricties zijn tussen de verwachtingen, ideeën, en normen en waarden van beide partners. Op basis van de bespreking van de resultaten van dit onderzoek hebben we in het voorgaande een aantal voorstellen geformuleerd om de geïdentificeerde barrières te slechten. In onderstaande (tabel 6) vatten we deze samen en geven we per voorgestelde interventie aan welk soort kennis nodig is en met welke middelen deze kan worden overgedragen. De vier belangrijkste 'kennisdragers' zijn: 1- tekst met concrete, beknopte en praktische informatie, zoals telefoonnummers van andere hulpverleners; 2- tekst met inhoudelijke informatie over een specifiek probleem, zoals een richtlijn bij het samenstellen van een dossier ter bekomen van een vergoeding; 3- opleiding over een specifiek professioneel domein; 4- eigen vorming. De eerste twee kennisdragers kunnen opgenomen worden in een *praktijkgids* die preferentieel online staat, wat het verder linken aan andere informatiebronnen faciliteert. De

opleiding die nodig is voor het beter aanpakken van AGA's door huisartsen is, naar onze mening, eerder van het voortgezette type. Het gaat inderdaad voornamelijk over discipline overschrijdende kennisdomeinen. Dit kan in grote groep aangebracht worden. Maar nieuwere agogische methoden kunnen hier zeker ook getest worden. Echter ook *wetenschappelijk onderzoek* hoort in deze groep thuis. De huisarts kan door eigen onderzoek haar domein-specifieke kennis en expertise i.v.m. AGA's vergroten door doelgericht en afgelijnd onderzoek. Dit kan uitmonden in publicaties en meer theoretische kennis, maar ook in een expertisecentrum waar de kennis binnen de huisartsgeneeskunde over de aanpak van AGA's voor de beroepsgroep gecentraliseerd en ontsloten wordt. De laatste soort kennis is *zelfkennis* incl. eigen waarden en normen, relationele vaardigheden, …. Dit heb je nodig om efficiënt te kunnen functioneren als professional en als medewerker of medespeler. Dit laatste refereert ook naar de 'advocacy' rol die de huisarts als gezondheidspromotor kan opnemen bij bv. het beïnvloeden van het beleid inzake aangepast werk in België (Frank and Danoff 2007). Zelfreflectie is iets wat opbouwt met reflectie, uitwisseling en ervaring. Interactieve methoden in groep (peergroups) of individueel (coaching, tutoring) zijn hier het meest efficiënt.

Tabel 6: Voorstellen voor een betere aanpak van AGA's door de huisarts o.b.v. de lijst met geïdentificeerde problemen

Kennis en competenties* / Voorstellen o.b.v. vastgestelde problemen	P	S	I	R	Interventies
Causaliteitsprobleem en therapeutische aanpak					
1. Mnemonics: CH2OPD2 en WAHCS		x			Praktijkgids: met richtlijn; consulteerbaar via internet
2. Informatie over toxische agentia	x				Praktijkgids: internetverwijzing
3. 'Material Safety Data Sheets'	x				Praktijkgids: internetverwijzing
4. Integratie van "invloed van arbeid op ziekte" en "ziekte op arbeid" in praktijkrichtlijnen/ standaarden		x			Praktijkgids: met richtlijn; consulteerbaar via internet
Het AO attest					
5. Richtlijnen over de verantwoording van AO vnl. bij MSD, psychosociale aandoeningen		x			Praktijkgids: met richtlijn; consulteerbaar via internet
6. Inzicht in WGO definitie en determinanten van gezondheid			x		Voorgezette opleiding
7. Communicatie- en onderhandelingstechnieken				x	Aanleren van interpersoonlijke competenties
8. FAQ's over statuten, rechten en plichten bij specifieke statuten		x			Praktijkgids: met richtlijn; consulteerbaar via internet
9. Verwijsinformatie naar juridische en sociale diensten ivm rechten en plichten	x				Praktijkgids: rol, functie en contactgegevens
10. Netwerking met sociale en juridische diensten van bevoegde instanties			x	x	Voortgezette opleiding en interpersoonlijke competenties
11. Inzicht in ons sociaal zekerheidsstelsel en plaats en functie van huisarts hierin			x		Voorgezette opleiding
Aangepast werk					
12. Verwijsinformatie naar arbeidsgeneeskundige diensten	x				Praktijkgids: contactgegevens arbeidsgeneeskunde per bedrijf
13. Inzicht in de arbeidsgeneeskunde als discipline, en rol van huisarts bij arbeidsgeneeskundige problemen			x	x	Voortgezette opleiding en interpersoonlijke competenties
14. Faciliteren van aangepast werk via beleidsbeïnvloeding			x	x	Wetenschappelijk onderzoek en advocacy competenties
Vervangingsinkomen					
15. Inzicht in ons sociaal zekerheidsstelsel m.b.t. tegemoetkomingen en vervangingsinkomens			x		Voortgezette opleiding
16. Bundelen van beschikbare kennis en knowhow over het opstellen van een dossier voor tegemoetkomingen			x		Bundelen van kennis in expertise centrum
17. Richtlijn voor het opstellen van een ontvankelijk dossier voor tegemoetkomingen		x			Praktijkgids: met richtlijn; consulteerbaar via internet
18. Verwijsinformatie naar ziekenfonds, FBZ en verzekeringsinstelling	x				Praktijkgids: contactgegevens

*Legende: Soorten kennis en competenties voor het oplossen van een specifieke probleem: P= praktische; S= specifieke; I= inzichtelijke; R= reflexieve kennis

Besluit

Heel wat patiënten komen bij de huisarts met arbeid-gerelateerde klachten. Huisartsen hebben hier heel wat vragen over. In de literatuur is er over de problemen die de huisartsen ervaren weinig terug te vinden. Daarom werd deze kwalitatieve studie opgezet. Huisartsen beschreven gedurende een beperkte periode systematisch elke arbeid-gerelateerde casus en rapporteerden de problemen en vragen die ze hierbij ondervonden.

Onze bevindingen geven aan dat huisartsen betrokken zijn bij veel belangrijke beslissingen over zowel de diagnose en het therapeutische beleid van AGA's, als de sociale en administratieve begeleiding van een patiënt met een AGA. Deze beslissingen gaan concreet over het vaststellen van de oorzakelijkheid van een AGA, het omgaan met de invloed van ziekte op werk, het verantwoorden van arbeidsongeschiktheid (AO), het adviseren van aangepast werk en hulp bij het aanvragen van een vergoeding of een vervangingsinkomen.

Het belangrijkste gerapporteerde struikelblok is een gebrek aan kennis. Vier soorten kennis worden onderscheiden: praktische, specifieke, achtergrond en reflectieve kennis. Er blijken inderdaad leemtes te bestaan in zowel praktische informatie zoals de contactgegevens van andere hulpverleners, specifieke kennis over hoe een probleem best aangepakt wordt, als achtergrondinformatie over de competenties van andere hulpverleners. Ook de reflectie over de eigen roldefiniëring en eigen normen en waarden roept vragen op.

Andere struikelblokken komen aan het licht bij de analyse van de bijdrage die andere betrokken actoren leveren. De arbeidsgeneesheer wordt het meest frequent geciteerd. Ook de controlegeneesheer, de werkgever, de vakbond, sociale en juridische diensten van o.a. het ziekenfonds, het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) en de VDAB komen aan bod. Een meer diepgaande analyse van de bijdrage die de arbeidsgeneesheer levert, maakt duidelijk dat de communicatie niet steeds vlot verloopt door problemen met de bereikbaarheid. Ook blijken huisartsen weinig achtergrondkennis te hebben over zijn taakomschrijving en interventiemogelijkheden. Dit gebrek aan kennis geldt trouwens ook voor de overige actoren en evenals alles wat sociale wetgeving en maatschappelijk werk betreft zoals hoe, wanneer en voor wie het vangnet van onze sociale zekerheid werkt.

Om aan deze verzuchtingen tegemoet te komen, stellen we op basis van de literatuur en eigen inzichten, een aantal maatregelen voor die kunnen bijdragen tot een betere informatie verstrekking en kennisoverdracht aan huisartsen. Deze gebundelde informatie kan aangeboden worden onder de vorm van een praktijkgids, verbonden met het internet, om de sites en coördinaten van andere actoren gemakkelijk te vinden. Ook richtlijnen voor de praktijkvoering kunnen gemakkelijk op deze

wijze ontsloten worden. Voor achtergrondkennis en het uitklaren van de eigen taakomschrijving moet naar andere methoden gezocht worden. Zowel in de vervolgopleiding tot huisarts als via netwerking met andere hulpverleners kan de huisarts een beter inzicht krijgen in de bijdrage van elke discipline bij de aanpak van AGA's. De reflectie over de eigen rol en de normen en waarden zouden best besproken worden in collegiale groepen.

Kennisoverdracht is echter niet de enige oplossing. Er is nood aan meer onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde over arbeid en ziekte en over de rol van de eerste lijn in de aanpak en preventie ervan. Een kennis- of expertisecentrum over werk en ziekte op de eerste lijn kan via studie, reflectie en actie, gebundelde en gebruiksvriendelijke informatie verspreiden naar huisartsen, faciliteren in de samenwerking tussen disciplines en lobbywerk verrichten om arbeid gezonder te maken. Wat dit laatste betreft dringt zich alvast één dringende maatregel op. Aangepast werk is een verzuchting van vele patiënten en huisartsen. In België blijkt dit, in tegenstelling met Nederland, waar de werkgever verplicht is om het werk aan te passen aan de mogelijkheden van de patiënt, heel moeilijk te organiseren. Er is hier dus zeker plaats voor meer wetgevend werk.

Referenties

Alasuutari, P. (1995) *Researching Culture, Qualitative Method and Cultural Studies,* London: SAGE.

Arboportaal (2014) *Werk op maat voor zieke werknemers*, Available: http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbowet--en--regelgeving/arbozorg/arbeidshandicap/aangepast-werk.html [Accessed 22/02/2014.

Benavides, F. G., Castejon, J., Gimeno, D., Porta, M., Mestres, J. and Simonet, P. (2005) Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *Am J Ind Med, 47*(2), pp. 176-80.

Bloor, M. and Wood, F. (2006) *Keywords in Qualitative Methods: A Vocabulary of Research Concepts,* 1 ed.*,* London: SAGE Publications.

Blue, A. V., Chessman, A. W., Gilbert, G. E., Schuman, S. H. and Mainous, A. G. (2000) Medical students' abilities to take an occupational history: use of the WHACS mnemonic. *J Occup Environ Med, 42*(11), pp. 1050-3.

Chamberlain, K., Camic, P. and Yardley, L. (2004) *Qualitative analysis of experience: grounded theory and case studies, Research Methods for Clinical and Health Psychology,* 1 ed.*,* London: Sage Publications Ltd.

Downe-Wamboldt, B. (1992) Content analysis: methods, applications, and issues. *Health Care Women Int.,* (13), pp. 313-321.

Driscoll, T. R. and Hendrie, A. L. (2002) Surveillance of work-related disorders in Australia using general practitioner data. *Aust N Z J Public Health, 26*(4), pp. 346-51.

Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *J. Adv.Nurs.,* (62), pp. 107–115.

Frank, A. L. (2000) Approach to the patient with an occupational or environmental illness. *Prim Care, 27*(4), pp. 877-94.

Frank, J. R. and Danoff, D. (2007) The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach, 29*(7), pp. 642-7.

Gbrich, C. (2007) *Qualitative Data Analysis: An Introduction,* 1 ed.*,* London: Sage Publications.

Genuis, S. J. and Genuis, S. K. (2004) Human exposure assessment and relief from neuropsychiatric symptoms: case study of a hairdresser. *J Am Board Fam Pract, 17*(2), pp. 136-41.

Helman, C. G. (1984) *Culture, health and Illness. Ab Introduction for health professionals,* 3 Rev.ed ed.*,* Oxford: Butterworth-Heinemann.

Henderickx, S. and Krammisch, H. (2009) *Dokter, ik ben op. Over werkstress,* EPO.

Hussey, L., Turner, S., Thorley, K., McNamee, R. and Agius, R. (2008) Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract, 58*(554), pp. 637-40.

International Conference on Primary Health Care (1978) Declaration of Alma-Ata. In Paper Presented to the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR.

Marshall, L., Weir, E., Abelsohn, A. and Sanborn, M. D. (2002) Identifying and managing adverse environmental health effects: 1. Taking an exposure history. *CMAJ, 166*(8), pp. 1049-55.

Morgan, D. R. (1999) The general practitioners' view. *Occup Med (Lond), 49*(6), pp. 403-5.

Mortelmans, D. (2007) *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden,* 1 ed.*,* Leuven: Acco.

Sandelowski, M. (2010) What's in a name? Qualitative description revisited. *Res. Nurs. Health, 33*, pp. 77–84.

Schwartz, D. A., Wakefield, D. S., Fieselmann, J. F., Berger-Wesley, M. and Zeitler, R. (1991) The occupational history in the primary care setting. *Am J Med, 90*(3), pp. 315-9.

van Balen, J., Kremer, A., Buijs, P., Hulshof Carel and Lex, G. (2010) NHG-standaarden doorgelicht op arbeid. *Huisarts en wetenschap, 53*(1), pp. 6-12.

van Dijk, F. J., Verbeek, J. H., Hoving, J. L. and Hulshof, C. T. (2010) A knowledge infrastructure for occupational safety and health. *J Occup Environ Med, 52*(12), pp. 1262-8.

Vandenbrande, T., Vandekerckhove, S., Vendramin, P., Valenduc, G., Huys, R., Van Hootegem, G., Hansez, I., Vanroelen, C., Puig-Barrachina, V., Bosmans, K. and De Witte, H. (2013) Kwaliteit van werk en werkgelegenheid in België. pp. 1-186.

Hoofdstuk 3: Vragen en struikelblokken bij het herkennen, diagnosticeren en behandelen van AGA's.

Haak F.

Inleiding

Na reeds enkele maanden werken als huisarts in opleiding merkte ik op dat er erg veel patiënten met werk gerelateerde aandoeningen kwamen consulteren. Jammer genoeg hebben wij hierover in onze opleiding heel erg weinig gezien en was het dus erg moeilijk om deze problemen te herkennen, te diagnosticeren en aan te pakken. Dit blijkt ook uit de weinige literatuur die ik hierover gevonden heb. Dit onderzoek is slechts een onderdeel van een groter onderzoek over arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA's) in de huisartsenpraktijk. In dit hoofdstuk ga ik dieper ingaan op de vragen die huisartsen hebben over het herkennen, diagnosticeren en behandelen van een arbeid-gerelateerde klacht.

Werkgerelateerde aandoeningen worden gedefinieerd als multi-factoriële ziekten in een werkende populatie, deze zijn gedeeltelijk veroorzaakt door werk, en/of verergerd of versneld door beroepsgebonden blootstellingen en/of de oorzaak van een verminderde werkcapaciteit (gedeeltelijk gebaseerd op WHO definitie) (Weevers et al. 2005).

Gezien het feit dat de zorg voor meer dan 80% van de beroeps- en omgevingsgebonden aandoeningen geleverd wordt door de eerstelijns zorgverleners, is er een grote behoefte aan huisartsen die bekwaam zijn in het screenen van patiënten op AGA's (Blue et al. 2000, Thompson et al. 2000). Regelmatig herkennen huisartsen de werkgerelateerdheid van een ziekte niet eens. Dit kan op langere termijn lijden tot ernstigere gezondheidsproblemen of onnodig langdurige arbeidsongeschiktheid. Dit heeft dus niet enkel effect op de gezondheid van de patiënt maar ook op de kosten voor bedrijven en de maatschappij in het algemeen. Omgekeerd, als artsen de werkgerelateerdheid van een klacht beter zouden herkennen, zou dit voor een meer adequate preventie kunnen zorgen en lijden tot minder arbeidsongeschiktheid (Weevers et al. 2005).

Arbeidsongevallen of AGA's zijn een significante oorzaak van morbiditeit (Blue et al. 2000). Desondanks worden blootstellingen op het werk en omgevingsfactoren zelden bevraagd tijdens de anamnese en worden ze zelden in overweging genomen bij het bepalen van de diagnose. In een studie waarin 2922 anamneses werden bekeken, afgenomen door 137 geneeskunde studenten, werd in 91% van de casussen de rookstatus bevraagd, in 70% het beroep en slechts in 8,4% werd specifiek

navraag gedaan naar beroepsgebonden blootstellingen (Marshall et al. 2002). Omwille van bovenstaande redenen is het van belang om tijdens de opleiding tot arts voldoende aandacht te besteden aan beroeps- en omgevingsdeterminanten van bepaalde aandoeningen (Schwartz et al. 1991).

De rol van beroeps- en omgevingsfactoren wordt steeds belangrijker, vooral omdat andere ziekten, zoals infectieziekten en chronische aandoeningen zoals hartziekten en hypertensie, steeds effectiever behandeld kunnen worden. Het uiteindelijke doel van een goede gezondheidszorg is om meer preventieve geneeskunde uit te voeren. Dit vereist dat gezondheidswerkers meer kennis moeten hebben over de werkplaats van hun patiënten en over omgevingsgerelateerde blootstellingen (Frank 2000). Jammer genoeg schatten momenteel veel artsen hun eigen niveau van kennis over dit soort van gezondheidsrisico's zeer laag in (Marshall et al. 2002).

Het belangrijkste aspect van de aanpak van patiënten met potentiele beroeps- of omgevingsgebonden aandoeningen is om er alvast aan te denken en om er dan dieper op in te gaan (Frank 2000).

Een goede anamnese is de start om een bepaalde blootstelling te linken aan een klacht of aandoening. Omdat huisartsen niet voldoende opgeleid zijn in de arbeids- of omgevingsgeneeskunde is de eerste bron van goede informatie de patiënt zelf. Deze weet vaak erg veel over zijn eigen werkplaats en kan dus al significante informatie daarover geven (Frank 2000).

Uit de review van Weevers blijkt dat meer dan 1/3^{e} van de patiënten die een huisarts consulteren, dachten dat hun aandoening mogelijks veroorzaakt was door het werk of ze rapporteerden zelf werkgerelateerde gezondheidsproblemen. Ondanks de perceptie van patiënten faalt de huisarts regelmatig om werkgerelateerde blootstellingen te identificeren of te registreren. Vb. 60 patiënten rapporteerden een gevaarlijke blootstelling op het werk, maar dit werd slechts genoteerd in de medische dossiers van 5 patiënten. Vb. 1/3^{e} van de patiënten gediagnosticeerd met astma hadden een beroep dat de oorzaak zou kunnen zijn of een beroep dat zou kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van hun astma. Slechts in 18% (9/50) van de gevallen was er een notitie van een verwijzing naar beroepsgebonden astma (Weevers et al. 2005).

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat relevante klinische gegevens bekomen kunnen worden via een goede blootstellingsanamnese. De bruikbaarheid van de gegevens is natuurlijk afhankelijk van de bekwaamheid van de arts om een verband te identificeren tussen blootstelling en ziekte (Schwartz et al. 1991).

Beroepsmatige blootstellingen zijn duidelijk verantwoordelijk voor een groot deel van acute of chronische medische aandoeningen in de algemene populatie. Nauwkeurige gegevens omtrent de incidentie en prevalentie van arbeid-gerelateerde aandoeningen ontbreken.
De belangrijkste redenen van onderschatting van AGA's zijn de lange latentietijd tussen blootstelling en ziekte, de multifactoriële oorzaak van chronische ziektes, het gebrek aan herkenning van beroepsgebonden aandoeningen door de artsen en de onder rapportering van beroepsgebonden aandoeningen (Schwartz et al. 1991).

Ondanks dat de huisarts in vele health care systems de eerste gezondheidswerker is die geconsulteerd wordt door werknemers voor werkgerelateerde aandoeningen, is de rol van de huisarts in relatie met deze werkgerelateerde ziekten nog niet voldoende onderzocht. Het is moeilijk om uit de enkele studies die er zijn, significante cijfers te halen. Dit omwille van de verscheidenheid in studieopbouw, het hanteren van verschillende definities en de lage methodologische kwaliteit van de studies. Daarenboven zijn er ook nog eens belangrijke internationale verschillen in de sociale systemen, de economische situaties en bestaan er verschillen in wetgeving rondom werk en gezondheid. Een betere kennis en correcte cijfers van de incidentie en prevalentie van arbeidsgerelateerde aandoeningen zouden de alertheid van huisartsen rondom dit onderwerp kunnen doen stijgen. Werk is immers een belangrijke factor in een patiënt zijn leven en kan een grote invloed hebben op de patiënt zijn gezondheid en welzijn. En omgekeerd, ziektes kunnen de mogelijkheid tot werken beïnvloeden (Weevers et al. 2005).

Werkgerelateerde aandoeningen zijn veel voorkomend in de huisartsenpraktijk, desondanks heeft dit topic tot nu toe nog onvoldoende adequate aandacht gekregen. Daarom is verder onderzoek nodig (Weevers et al. 2005).

Het doel van deze studie is om na te gaan welke struikelblokken huisartsen ervaren voor de herkenning, diagnose en aanpak van AGA's tijdens hun praktijkvoering. Welke vragen stellen huisartsen zich bij arbeid-gerelateerde casussen? Hoofdstuk 2 geeft antwoord op deze onderzoeksvraag. Mijn bedoeling is om meer in te zoemen op de inhoud van de casussen die over diagnosestelling en behandeling van AGA's gaan. Om meer zicht te krijgen op het soort AGA's die huisartsen tegenkomen in hun praktijk en welke vragen ze daarover hebben. Dit juist omdat er zo weinig over geweten is. In de bespreking kader ik dit in de literatuur.

Methodologie

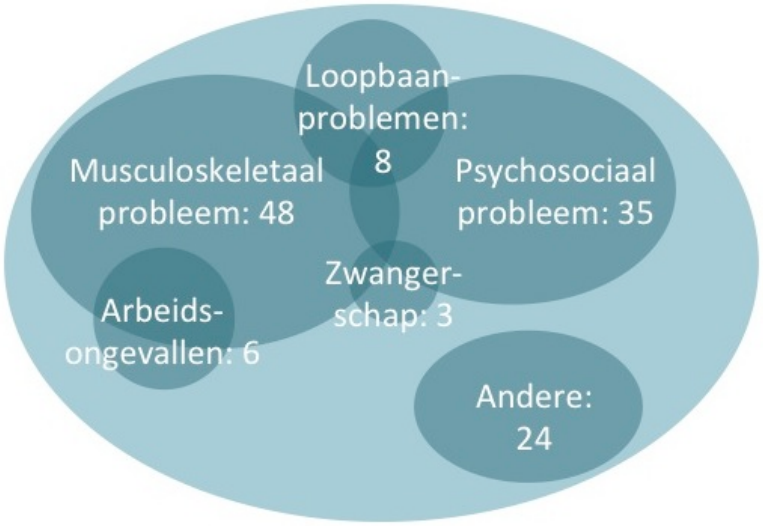
Om het onderwerp te verkennen zijn we gestart met een literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 1). Omdat de literatuur te weinig bruikbare informatie bevatte voor onze studie en geen duidelijk antwoord kon geven op onze onderzoeksvraag hebben we besloten om zelf een kwalitatieve studie op te starten. We hebben gevraagd aan collega huisartsen om gedurende een tweetal weken alle casussen te noteren met betrekking tot AGA's en hun vragen/bemerkingen daarbij. We willen als het ware kijken door hun ervaringsbril naar feitelijke moeilijkheden bij de aanpak van AGA's. Dit is wat ook wel het 'factist perspective' genoemd wordt (Alasuutari 1995, Sandelowski 2010). 'Content analysis' is een onderzoeksmethodologie die hierbij past. Deze laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren (Gbrich 2007). Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan (Downe-Wamboldt 1992).

Zo hebben we 107 bruikbare casussen verzameld die we dan zijn gaan groeperen in verschillende categorieën op basis van de vragen die de arts had. Deze categorieën werden deels ook ingegeven door de literatuurstudie, waar we een soortgelijke indeling maakten. Dit is fase 1 van het analyse proces en dit gebeurde in groep. Voor meer informatie hierover, zie hoofdstuk 2.

In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe ik specifiek voor mijn onderzoeksthema fase 2 heb verdergezet. Alle casussen die gecodeerd stonden onder de categorie 'diagnose en behandeling' heb ik opnieuw bekeken met dit specifieke thema voor ogen. Ik heb eerst 2 grote nieuwe categorieën gemaakt. Alle casussen met een vraag rond diagnose kregen een code en alle casussen met een vraag rond behandeling kregen een andere code. Nadien ben ik opnieuw door alle casussen heen gegaan en heb ik nog een andere indeling gemaakt op basis van het medisch probleem in de casus om zo een overzicht te hebben van het soort aandoeningen die werk gerelateerd zijn. De nieuwe codes werden besproken met de collega onderzoekers. Uiteindelijk door selectief te coderen is het mogelijk geweest om tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag. Alle analyses gebeurden manueel met behulp van Word en Excel.

Resultaten

Uit de analyse van de casussen komt volgende onderverdeling op basis van klacht of diagnose naar boven. Omdat we niet specifiek aan de artsen gevraagd hebben om de 'reason for encounter' en/of de diagnose te noteren, is dit niet voor elke casus erg duidelijk. Daarom dus ook een deelverzameling met de naam 'andere'. In deze groep zitten casussen die gaan over een heel specifiek medisch probleem zoals een oogaandoening , de ziekte van Menière of een balanitis. Maar er zitten ook casussen in met enkel een administratieve vraag van de patiënt. Zoals bijvoorbeeld een brief voor de adviserend geneesheer of een attest met gezondheidsverklaring. Met deze grafiek wil ik enkel een grove verdeling laten zien van de arbeid-gerelateerde klachten waarmee patiënten bij de huisarts komen. Belangrijk is ook dat heel wat casussen niet in één deelverzameling te plaatsen zijn. Zoals je kan zien is er overlap mogelijk.

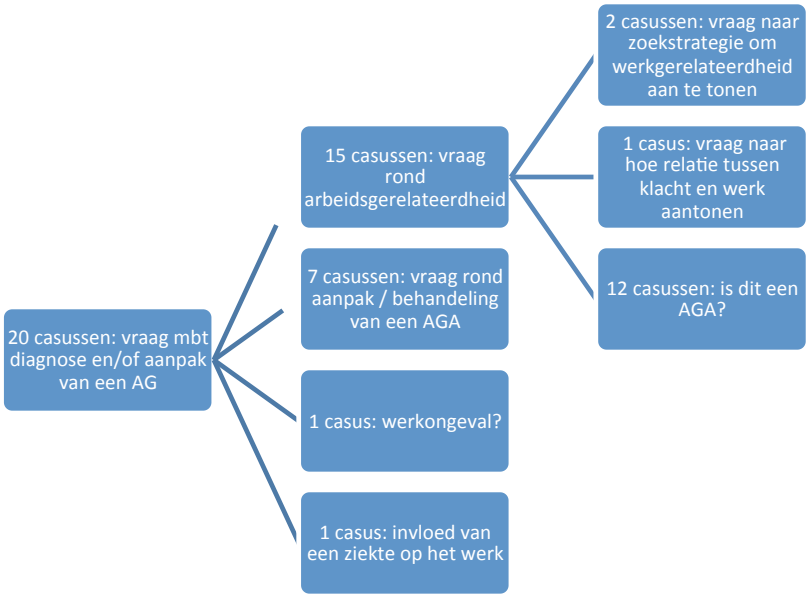


Figuur 1: Klachten of diagnosen bij de geregistreerde casussen (n= 107)

Bij het analyseren van de casussen ben ik eerst gaan kijken naar alle casussen waarbij de huisarts een vraag had met betrekking tot diagnose en behandeling van arbeidsgerelateerde klachten. Nadien ben ik de belangrijkste deelverzamelingen één voor één nauwkeuriger gaan bekijken.

Welke vragen stellen huisartsen met betrekking tot de diagnose en aanpak van arbeidsgerelateerde klachten?

In 20 van de 107 geregistreerde casussen wordt er een vraag gesteld met betrekking tot de diagnose of aanpak van een AGA. In enkele van deze casussen worden er zowel diagnostische als therapeutische vragen gesteld.



De belangrijkste vragen die naar boven komen in de categorie **diagnosestelling** zijn de volgende:

Wat is de juiste zoekstrategie, of anders gezegd, hoe en waar moet ik zoeken naar de werkgerelateerdheid van een klacht, probleem of aandoening?

> ***Casus**: een afwasser in de horeca met een carpaal tunnelsyndroom. De huisarts neemt een uitgebreide anamnese af met vragen over jobinhoud, werklast, lichamelijke problemen bij vorige job, familiale voorgeschiedenis, hobby's, problemen bij collega's. Vraag: Zoek strategie werkgerelateerdheid? (98)*
> ***Casus**: 'hij moet met een 'soort hamertje' heel vaak tikken', geen andere etiologie gevonden. Vragen: Kan een fractuur van de proc styloideus radius en/of een TFFC scheur ontstaan door repetitieve bewegingen op het werk? Waar zoek ik dit op? (97)*

Vage klachten die reeds lang aanslepen en waar niet echt een éénduidige diagnose kan gesteld worden omdat het allemaal erg onduidelijk is, kunnen arbeidsgerelateerd zijn. Maar hoe komen we dit te weten? Om te beginnen is een goede anamnese erg belangrijk. Als er uit de anamnese blijkt dat de patiënt in aanraking is gekomen met bepaalde stoffen of producten, komt er een nieuwe vraag naar boven. Hoe gaan we de relatie aantonen tussen de klacht of problemen van een patiënt en een bepaald toxisch agens? Hoe en waar vinden we toegankelijke informatie over toxische stoffen en gezondheidsklachten? En zou het inbrengen van een risicokaart, per werknemer en per soort

werk, in het medisch dossier ons verder kunnen helpen? Een andere arts vraagt zich af of er verbetering van de klachten mogelijk is door een werkaanpassing door te voeren. Op die manier zou er dan ook een verband tussen de klacht en het werk aangetoond kunnen worden.

> ***Casus**: Vage klachten: hoofdpijnaanvallen (4x/m), paresthesien hemicorpus, soms 'trillingen'. Onduidelijk, tot vriendin aangeeft dat hij jarenlang met Butonex/ Butachlor heeft gewerkt. Vragen: hoe relatie aantonen tussen klachten/ problemen en toxische agentia? Hoe en waar toegankelijke informatie vinden ivm toxische stoffen en gezondheidsklachten? Nuttig: "risicokaart" per werknemer en per soort werk. (6)*
> ***Casus**: overbelastingsklachten van de rechterschouder, zonder duidelijke aanwijzing voor een specifieke tendinitis, bij een patiënt die bureauwerk doet. Vragen: Is dit arbeidsgerelateerd (bureauwerk)? Is er verbetering mogelijk door werkaanpassing? (21)*

Enkele casussen zijn heel erg kort. De arts vraagt zich enkel af: is deze klacht/diagnose veroorzaakt door het werk van de patiënt. Bijvoorbeeld: gonartrose tgv oude bussen? Aanslepende keelpijn door de airco? Aanval van Menière door stress? Spataders door staand beroep?

> ***Casus**: buschauffeur met een pijnlijke knie. Hij heeft vroeger veel kracht moeten gebruiken om te schakelen en remmen. Nu in de nieuwe bussen is dit wel al veel beter. Vraag: gonartrose tgv oude bussen? (36)*
> ***Casus**: een politie consulent die zelf aangeeft dat zijn aanslepende keelpijn niet geneest omwille van de airco op het werk. Vraag: kan dit tgv airco? (42)*
> ***Casus**: een bediende die nog in bijberoep als zelfstandige werkt krijgt een aanval van menière. Ze doet dus twee jobs en nog een huishouden wat voor veel stress zorgt. Vragen: kan stress een aanval van menière uitlokken? Is dit een AGA? (48)*
> ***Casus**: patiënte met een staand beroep in een broodjeszaak, spataders worden erger daardoor, steunkousen dragen ziet ze niet zitten, een operatie zeker niet en zittend werken gaat niet. Vraag: spataders door staand beroep? (66)*

Indien een nieuwe klacht plots optreedt na de start van een nieuwe job dan is het niet zo moeilijk om een verband tussen klacht en werk aan te tonen als die er is. Wat moeilijker is, is om dit te bewijzen indien de klacht of aandoening al veel langer aanwezig is en de patiënt of de arts een vermoeden heeft dat de klacht veroorzaakt, onderhouden of verergerd wordt door het werk.

> ***Casus**: een poetsvrouw met last aan de hiel sinds een drietal weken. De diagnose enthesopathie van de achillespees wordt gesteld. Patiënte vraagt zelf: hoe komt zo iets dokter? Overbelasting? Patiënte heeft wel al sinds 17e levensjaar regelmatig last van de achillespees. Twee maand geleden heeft ze ook pijn gekregen aan de knie wat na beeldvorming ook gediagnosticeerd werd als een enthesopathie van de quadriceps. Vraag: probleem is toch zeker deels veroorzaakt door werk? (24)*

Zo wordt door één arts ook de vraag gesteld wanneer een bepaalde aandoening een werkongeval is. Als een bepaald persoon op het werk op een bepaald moment iets heel erg zwaar moet optillen en er schiet plotseling iets in zijn rug waardoor hij helemaal geblokkeerd is, dan is dit duidelijk een werkongeval. Zeker als deze persoon nog nooit eerder rugklachten heeft gehad. Maar het wordt allemaal veel onduidelijker wanneer er een reeds voorafbestaand probleem is en de klachten geleidelijk aan toenemen door het zware werk dat iemand moet doen. Er is slechts één casus waarin deze vraag heel duidelijk door de huisarts gesteld wordt. Bij het opnieuw nalezen van alle casussen blijkt dat deze vraag veel vaker had kunnen gesteld worden. Blijkbaar stellen de andere huisartsen

zich dus niet deze vraag bij gelijkaardige casussen. Misschien denken ze er gewoon zelfs niet aan of zijn ze de vraag vergeten registreren.

> ***Casus**: patiënt die airco's installeert met een gekend ruglijden (protrusie L5-S1). Hij heeft gisteren heel veel moeten sleuren waarna een toename van de rugpijn. Kan nu niet meer uit de voeten. Diagnose = lumbago. Vraag: wanneer is iets een werkongeval? (88)*

'Waarom wacht iemand zo lang alvorens te consulteren?' en 'Hoe lang lijden mensen onder hun werk alvorens een arts te raadplegen?' Dit zijn terechte vragen die de huisarts zich stelt.

> ***Casus**: patiënt die werkt in een wasserij en sinds 6 weken rondloopt met een fasciitis plantaris. De klacht is begonnen na het starten met start to run. Tot hiertoe nog niet thuis gebleven van werk ondanks dat de patient zelf al een verband met zijn werk vermoedde. Vraag: waarom wacht iemand zo lang alvorens te consulteren? Is het omdat ze zelf al wel een verband met haar werk vermoedde en niet arbeidsongeschikt wou geschreven worden? (22)*

Hierboven hebben we casussen besproken waarin een klacht of een ziekte veroorzaakt of toegenomen is door het werk van een patiënt. Er zijn weinig casussen die de situatie andersom bekijken. Welk effect heeft een klacht of ziekte op de mogelijkheid om een job uit te voeren? Nochtans zijn er wel twee casussen die we daar als voorbeeld voor kunnen gebruiken. Het is bijvoorbeeld minder belangrijk om aan te tonen dat hemorroiden en obstipatie veroorzaakt zijn door de zittende job die iemand doet. Het is belangrijker om te kijken of deze patiënt zijn job nog wel kan doen en onder welke omstandigheden. Op welke manier kunnen we als huisarts de patiënt, die veel pijn heeft en bijna niet meer kan zitten, daarbij helpen? Een andere vraag die door een huisarts wordt gesteld, is een vraag naar specifieke regels omtrent infectieziekten en de toelating hebben om te gaan werken.

> ***Casus**: een patiënte die in de kinderopvang werkt, heeft momenteel een gastro-enteritis waarvoor de huisarts haar arbeidsongeschikt schrijft. Vraag: specifieke regels hieromtrent die verbonden zijn aan het beroep, zoals bij contact met voeding? (101)*

In slechts 7 casussen stelt de huisarts zich de vraag hoe hij een klacht of een bepaald probleem moet **aanpakken of behandelen**. Deze vraag staat eigenlijk los van het feit of deze diagnose een arbeidsgerelateerde aandoening is of niet. De huisarts vraagt informatie over de aanpak of behandeling van een specifiek probleem. In 2 van deze casussen wordt de vraag gesteld of het nuttig of verdedigbaar is om voor die specifieke aandoening arbeidsongeschiktheid te schrijven. Dit zijn eigenlijk vragen die buiten het kader van ons onderzoek vallen. Dit zijn medisch gerichte vragen die opgezocht kunnen worden in de standaarden of richtlijnen voor huisartsen.

> ***Casus**: een verpleegster die haar job heel graag doet maar sinds enkele weken last heeft van beide voeten. Ze heeft pijn bij elke stap. Diagnose hielspoor thv beide voeten door overbelasting. Ze is heel plichtsbewust en wil blijven werken. Vraag: Hoe pak je dit het beste aan? (60)*
> ***Casus**: patiënt die werkt in een wasserij en sinds 6 weken rondloopt met een fasciitis plantaris. De klacht is begonnen na het starten met start to run. Tot hiertoe nog niet thuis gebleven van werk ondanks dat de patient zelf al een verband met zijn werk vermoedde. Vraag: is fasciitis plantaris een reden om AO te schrijven en zo ja, hoe lang? (22)*
> ***Casus:** 58j vrouw met nekklachten en trapeziusspasmen. Ze werkt af en toe in de horeca. Rust en medicatie gegeven. Vraag: kan ik nog iets meer doen? (57)*

In onderstaande casus houdt de arts wel rekening met het feit dat de klachten van de patiënt eventueel arbeidsgebonden kunnen zijn en dat dus eerst de oorzaak moet aangepakt worden voordat er een langdurige behandeling wordt gegeven. Kan iemand gewoon blijven doorwerken en intussen naar de kiné blijven gaan om bijvoorbeeld zijn rug soepel te houden zonder dat er iets gebeurt aan de oorzaak van het probleem? Moet er niet eerst iets gebeuren op de werkplek?

> ***Casus**: overbelastingsklachten van de rechterschouder, zonder duidelijke aanwijzing voor een specifieke tendinitis, bij een patiënt die bureauwerk doet. Vragen: de patiënt blijft kiné-voorschriften vragen om het probleem van houding en van verkeerd gebruik van spieren te corrigeren. Is dit wel nodig? Is er geen verbetering mogelijk door werkaanpassing? (21)*

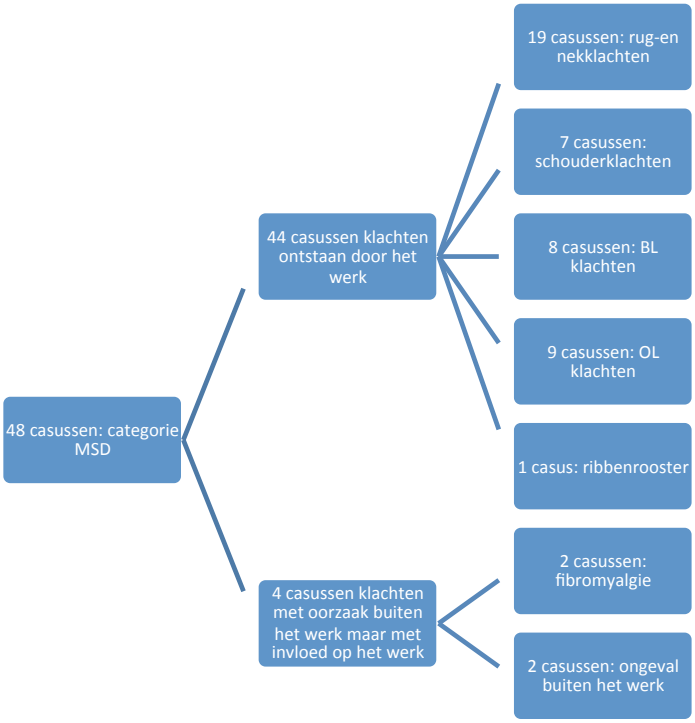
In één casus komt de vraag naar boven of je als arts medicatie mag voorschrijven in functie van de angst van een patiënt voor werkverlies indien ze te lang ziek zou zijn.

> ***Casus**: patiënte is nog maar net bezig op een nieuwe job in de verkoop. Ze zit nog in haar proefperiode en heeft schrik dat ze haar niet gaan aannemen als ze niet snel terug kan spreken (laryngitis). Ze wil een paardenmiddel. Vraag: kan je een paardenmiddel zoals medrol (met beperkte evidentie en nevenwerkingen) geven in functie van de angst van een patiënt voor werkverlies? (105)*

Bij het opnieuw doorlezen van alle casussen zijn er natuurlijk nog veel meer casussen waarin de arts een vraagt heeft over de aanpak van een probleem. Maar in bovenstaand stuk gaat het echt enkel over de behandeling of aanpak van een medische klacht. De vragen over aanpak in de andere casussen gaan over sociale aspecten en/of over actoren. Deze vragen worden besproken in hoofdstuk 4 en 5.

Welke vragen stellen huisartsen zich bij patiënten met een arbeidsgerelateerde musculoskeletale aandoening?

In 48 van de 107 casussen heeft de patiënt een musculoskeletale klacht of aandoening (45%). Na het opnieuw herlezen van deze casussen merkte ik dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen twee soorten van problemen. De eerste groep (44 casussen) zijn de musculoskeletale aandoeningen die ontstaan zijn door het werk. De tweede groep (4 casussen) zijn aandoeningen die hun oorzaak ergens anders hebben maar die wel een invloed hebben op het werk. Binnen de eerste groep zijn er 5 casussen die veroorzaakt zijn door een arbeidsongeval. De andere casussen zijn voornamelijk veroorzaakt door RSI's, fysiek zwaar werk, slechte houdingen op het werk of overbelasting. Binnen de tweede groep hebben we 2 casussen waar de patiënt fibromyalgie heeft en 2 casussen met een ongeval buiten het werk.



Na analyse van deze casussen is het opmerkelijkste dat ik hieruit kan halen het grote verschil in aantal casussen tussen de twee groepen. Enerzijds 44 casussen met vragen over een aandoening die ontstaan is of verergerd is door het werk, anderzijds slechts 4 casussen met vragen over aandoeningen die elders hun oorzaak hebben maar die een invloed hebben op het werk.

De meest gestelde vragen van huisartsen over een musculoskeletale aandoening, veroorzaakt door het werk of met invloed op het werk, gaan over het Fonds van beroepsziekten en over het wel of niet inschakelen van een arbeidsgeneesheer. De vraag om aangepast werk aan te vragen, komt ook

regelmatig naar boven. Deze drie onderwerpen en alle mogelijke vragen daaromtrent komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk 4 en 5 .
De enkele casussen waar echt wel een vraag over de diagnose, aanpak of behandeling van de musculoskeletale klacht naar voren komt, heb ik reeds hierboven besproken.

Onderstaande tabel is slechts een oplijsting om een idee te hebben van het soort klachten en diagnoses die uit de casussen naar boven zijn gekomen.

19 casussen rug- en nekklachten	3 casussen cervicalgie 5 casussen lumbo-ischialgie 7 casussen thoracalgie/lumbalgie 1 casus torticollis 3 arbeidsongevallen: 1 contusie rug en 1 cervicalgie/lumbalgie en 1 whiplash
7 casussen schouderklachten	4 casussen rotator cuff letsel 2 casussen supraspinatus letsel 1 casus ontsteking AC gewricht
8 casussen bovenste lidmaat klachten	3 casussen golf/tenniselleboog 1 arbeidsongeval: trauma elleboog 1 casus dupuytren 1 casus artritis handen 1 casus fractuur proc styloideus 1 casus carpaal tunnel
9 casussen onderste lidmaat klachten	3 casussen fasciitis plantaris 1 casus enthesopathie achillespees 1 arbeidsongeval: ligamentscheur enkel 3 casussen artrose knie 1 casus degeneratie meniscus
1 casus thorax	1 casus klachten van het ribbenrooster

Welke vragen stellen huisartsen zich bij patiënten met een arbeidsgerelateerde psychosociale aandoening?

In 35 van de 107 casussen heeft de patiënt een psychosociale klacht of aandoening (33%). Omdat we niet duidelijk aan de artsen gevraagd hebben om de 'reason for encounter' en de diagnose te noteren, is het onmogelijk om uit elke casus de juiste diagnose te halen.

Wat wel duidelijk uit de casussen naar voren komt, zijn de oorzaken die ertoe leiden dat iemand zich minder goed gaat voelen of zelfs de oorzaken die ertoe leiden dat iemand in een depressie geraakt. Om een probleem aan te pakken, is het belangrijk om de oorzaak ervan te kennen. Daarom hieronder toch eerst een overzicht van deze oorzaken met voorbeelden van casussen. Nadien zal ik de vragen van de artsen bespreken.

Overbelasting door te hoge eisen die gesteld worden, door te veel en te vaak overuren moeten doen, door onregelmatig shiftwerk en door de noodzaak 2 jobs te moeten uitoefenen om financieel rond te komen, leiden tot surmenage. Conflicten op het werk of een slechte werksfeer zijn eveneens factoren die een aanleiding kunnen vormen tot surmenage of overspannenheid.

> ***Casus:*** *38j vrouw die zegt dat ze 'op' is door de werksituatie; ze kreeg vanmorgen een blackout aan de computer en begon te wenen. Haar baas stelt te hoge eisen en zij is zeer perfectionistisch, geen goede combinatie. Zij doet sinds een paar maanden het werk van twee mensen nu er een ontslag is gevallen, deadlines staan altijd zeer scherp. Haar Blackberry staat altijd aan, ze werkt vaak zelfs 's nachts. De relatie met haar man zit nog goed, hij steunt haar enorm, maar zelf voelt ze zich er niet goed bij. 'Gelukkig geen kinderen' zegt ze zelf. Vroeg opstaan, weinig tijd voor ontspanning. (26)*
> ***Casus:*** *28j man die werkt in de haven, onregelmatig shiftwerk, soms 58u per week, in de zomer vaak 2à3 maand verlof door al de overuren die hij tijdens het jaar doet, nu zit hij er helemaal onderdoor, moest de voorbije maand een andere functie doen die fysiek nog veel zwaarder was ,slaapt niet meer, eet niet meer, helemaal oververmoeid. (59)*
> ***Casus:*** *48j man met hoge functie bij Q8, 45 mensen onder hem die hij moet aansturen, kan zich niet meer vinden in het beleid dat wordt opgelegd van hogerop, maar hij kan niet anders dan erin meegaan. Hij gaat er zelf aan onderdoor. Voelt zich in de richting van burnout gaan. Situatie gaat niet veranderen, heeft al met bazen gesproken. Hij wil ontslag nemen. (61)*
> ***Casus:*** *53j vrouw, onderhoud sporthal stad Antwerpen, surmenage tgv spanningen op werk, door verandering van werkplaats, mogelijkheid om opnieuw in ploegen te moeten gaan werken. (28)*

Conflicten op het werk worden veroorzaakt door problemen met de werkgever of met de collega's en door ontevredenheid over de job zelf, de werksituatie of de werkorganisatie.

> ***Casus:*** *45j man, ploegbaas in een metaalbedrijf. Zit in de put, belachelijk gemaakt door baas; consultants wilden hem zijn taken in een computer laten registreren. Toen hij zei dat hij dat niet kon noch wilde, werd hij belachelijk gemaakt. (7)*

Indien een conflict op het werk steeds groter wordt en er niets verandert kan dit zelfs leiden tot depressie of burn-out. Ook een slechte werksituatie of werkorganisatie kan op termijn aanleiding geven tot burn-out.

> ***Casus****: Lerares in bijzonder onderwijs, doet haar job heel graag, werkt op een speciale manier met leerlingen, heeft een goede band met hen. Maar het botst met nieuwe en jongere collega's, ze voelt zich niet gewaardeerd en moet zichzelf de laatste tijd naar het werk sleuren. Moe en futloos. Ze gaat wel met directeur praten maar is bang dat dit niks oplost. Huisarts stelt diagnose van burn-out en patiënt wordt voor lange tijd thuisgeschreven. (64)*

> ***Casus**: 29j man met depressie omwille van het feit dat hij zijn team niet mee krijgt, ze werken op trager tempo, hij heeft eerst nog op 'wil' doorgezet gedurende enkele maanden, maar nu heeft de arts enkele weken AO voorgeschreven en psychologische begeleiding. Nu is patiënt een stuk beter, probleem oplossing doordat overste personeel heeft herschikt, waardoor hij meer aandacht krijgt van collega's en door psychotherapie heeft hij leren duidelijkere grenzen trekken. (19)*

Deze laatste casus is een voorbeeld van hoe het ook positief kan aflopen. Psychotherapie om de draagkracht van de patiënt te verhogen in combinatie met een interventie op de werkvloer na overleg met de werkgever om zo de draaglast van de patiënt te verlagen, heeft gezorgd voor een hele verbetering.

Shiftwerk en nachtwerk kunnen leiden tot slaapstoornissen en daardoor dus ook tot overspannenheid en surmenage.

> ***Casus**: 45j man met slaapstoornissen, na sluiting fabriek heeft hij snel een nieuwe job gevonden maar daar heeft zijn draai nog niet gevonden. Hij heeft last van 5-ploegen systeem; Huisarts geeft hem melatonine ivm diurne stoornissen. (4)*
> ***Casus**: 40j vrouw met slaapstoornissen, rugklachten en moeheid. Ze doet de nachtshift op de dispatch van een vrachtwagenbedrijf. (15)*

Een bepaalde job, werksituatie, werkorganisatie of werksfeer zijn allemaal factoren die een invloed kunnen hebben op de psychische toestand van mensen, maar ook werkloosheid zorgt voor moedeloosheid, psychische stress en zelfs depressie. Enerzijds zijn er dus mensen die helemaal overbelast worden door te veel en te zwaar werk, terwijl er andere mensen ongelukkig zijn omdat ze geen werk hebben.

> ***Casus**: 53 j man die werkloos is, rugpijn heeft, moedeloos tgv werkloosheid. (38)*
> ***Casus**: 52j vrouw die werkloos is, ze woont alleen, wil graag vrijwilligerswerk doen omdat de werkloosheid zwaar weegt op haar. (44)*
> ***Casus**: 29j vrouw uit Azerbeidzjan, woont al 10 jaar in België, 3 jaar getrouwd, nog steeds geen Belgisch paspoort, werkloosheid zorgt voor verveling, angsten, depressieve ondertonen, zorgen over de toekomst. Werkloosheid: verschillende jaren met psychische stress. (99)*

Slechts in enkele casussen bekijkt en bespreekt de huisarts ook de thuissituatie van de patiënt. Financiële problemen en relatieproblemen kunnen eveneens een invloed hebben op de werksituatie of kunnen een extra probleem vormen bovenop de problemen op het werk. Bijvoorbeeld bij een echtscheiding met een depressie tot gevolg.

> ***Casus**: 28j man die werkt in een beschutte werkplaats; heeft al diverse jobs gehad; depressie tgv echtscheiding; onbegrip van collega's ivm depressie. (39)*
> ***Casus**: 37j poetsvrouw die graag van werk wil veranderen. Surmenage door familiale omstandigheden (5kinderen geplaatst), woonproblemen (staat op wachtlijst voor sociale woning) en nieuw werk waar een slechte sfeer is. (31)*
> ***Casus**: 28j vrouw, ze werkt als stewardess. Droomjob. Heeft nu te horen gekregen dat ze 5 maanden op 'winterstop' wordt gezet. Groot probleem, want heeft het geld echt nodig: ze woont alleen, relatie sinds vorige week gedaan. Klachten van surmenage. (87)*

Vragen die naar boven komen bij de artsen

De vragen van de artsen gaan echter slechts in 2 casussen ook echt over de diagnose of behandeling van een medisch probleem. In alle andere casussen heeft de arts eerder vragen gerelateerd aan het werk van de patiënt.

> ***Casus**: 47j man die werkt voor een telecombedrijf als assistent manager voor programmeergedeelte, diagnose burnout. Vragen: Wat zijn alarmsignalen? Hoe op te volgen? hoelang thuis schrijven? Eerst part-time laten werken? Werk contacteren? (58)*

Enerzijds vraagt de arts zich hier af wat de alarmsignalen zijn van een burn-out en hoe je dit als huisarts moet opvolgen? Anderzijds komen er ook vragen naar boven over het werk van de patiënt. Onderstaande casus is het tweede voorbeeld waarin de arts een vraag stelt over de aandoening zelf.

> ***Casus**: 45j man met slaapstoornissen; sluiting fabriek, snel nieuwe job, heeft zijn draai nog niet gevonden; heeft ook last van 5-ploegen systeem; R/ Melatonine ivm diurne stoornissen en arts heeft loopbaanbegeleiding opgezocht en doorverwezen. Vragen: effect van Melatonine op shiftwerk? Sulpiride of echt antidepressivum, enige hulp hierbij? Naar wie doorverwijzen voor dit soort oudere werknemers die van job en werkomgeving veranderen? (4)*

De meeste vragen die de artsen stellen in deze casussen gaan over het wel of niet arbeidsongeschiktheid attesteren, is dit deontologisch correct, hoelang mag ik een patiënt thuis schrijven en lost dit iets op op lange termijn als er niets aan de werksituatie verandert? Mogen we als huisarts werkongeschiktheid als 'geneesmiddel' gebruiken om de patiënt even de tijd te geven om op adem te komen? Hieronder slechts enkele voorbeeldjes. Vragen rond AO attesteren komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk 4.

> ***Casus**: 55j man wiens baas systematisch premies heeft achtergehouden de laatste 5j; vakbond bemoeit er zich mee; baas wil nu 75% van de premies van laatste 5j wel uitbetalen; 6/15 werknemers gaan niet akkoord. AO is vaak de enige ontsnappingsweg bij sociale conflicten die vastlopen. Vragen: hoe formuleer je AO omwille van sociaal conflict? Welke 'ziekte' invullen? Wat doet de werknemer igv controle? (2)*
>
> ***Casus**: 48j man met hoge functie bij Q8, 45 mensen onder hem die hij moet aansturen, Kan zich niet meer vinden in het beleid dat wordt opgelegd van hogerop, maar hij kan niet anders dan erin meegaan. Hij gaat er zelf aan onderdoor. Voelt zich in de richting van burnout gaan. Situatie gaat niet veranderen, heeft al met bazen gesproken. Hij wil ontslag nemen. In tussentijd AO om signaal aan bazen te geven en om te kunnen solliciteren. Vragen: AO attesteren bij bijna burnout en tijd dan om te solliciteren? Is dit deontologisch correct? (61)*
>
> ***Casus**: 28j man werkt in de haven, onregelmatig shiftwerk, soms 58u per week, in de zomer vaak 2à3maand verlof door overuren die hij tijdens jaar doet, nu zit hij er helemaal onderdoor, moest de voorbije maand een andere functie doen, nog veel zwaarder fysiek,slaapt niet, eet niet. Helemaal oververmoeid. Vragen: even tijd nodig om te recupereren maar hoelang? En wat lost dit op? Als hij terug gaat werken dan vervalt hij na een tijdje opnieuw? (59)*

Andere vragen die uit de casussen naar boven komen, gaan eerder over kennis. Wat kan een personeelsdienst doen igv werkstress of andere problemen? Wanneer en voor wat kunnen we een personeelsdienst, een vakbond of de arbeidsgeneesheer inschakelen? Hoe weten we wie de arbeidsgeneesheer is van een bepaald bedrijf? Wat zegt de wetgeving rond technische werkloosheid? Hoe kunnen we aangepast werk aanvragen? En wat is nu juist de rol van de huisarts?

Is dit wel iets voor de huisarts? Vragen met betrekking tot actoren worden uitgebreid besproken in hoofdstuk 5.

> ***Casus**: 28j poetsvrouw, sinds 1 week last van pijn in de lage rug, linkergluteaalstreek, en tussen de schouderbladen; Vorige week moest ze harder werken dan anders: veel tafels en stoelen verschuiven; ze vindt dat dit niet bij haar job hoort, Wilde AG inschakelen maar patiënt weet niet wie dit is; hoe is het dan mogelijk een stap verder te zetten? Vragen: Hoe weten wie AG is van een bepaald bedrijf/ organisatie? Kan de AG hier iets doen? Hierover meer weten zou helpen (23)*

Welke vragen stellen huisartsen zich bij patiënten met een arbeidsongeval?

Er zijn 6 casussen van de 107 betreffende een arbeidsongeval. De vragen die hierover bij de artsen naar boven komen, gaan niet over het aanpakken van het letsel veroorzaakt door het arbeidsongeval, maar zijn eerder praktische vragen. Vragen met betrekking tot het contacteren van de arbeidsgeneesheer of een verzekeringsarts. Wat is er belangrijk bij een arbeidsongevallen dossier en hoe is de regelgeving over arbeidsongevallen tijdens een interim contract?

> ***Casus**: 42j man, installeert airco's. Gekend ruglijden (protrusie L5-S1). Gisteren heel veel moeten sleurenà toename van rugpijn. Kan nu niet meer uit de voeten. Diagnose = lumbago. Vraag: kun/doe je hier iets mee naar een arbeidsgeneesheer toe? Contact en rol met de arbeidsgeneesheer? (88)*
> ***Casus**: 30j vrouw, werkt in grootkeuken, chronische opvolging voor whiplash op weg naar werk 6 maanden geleden: klachten blijven aanslepen, intensief kiné programma. Dus al 6 maanden AO omwille van arbeidsongeval; Problemen met verzekering: willen consolideren; Heeft een expert: heel onduidelijk: krijgen weinig informatie van, weet niet goed wat er allemaal gebeurt. Vragen: wat is belangrijk bij het Arbeidsongevallen dossier; Wat kan je doen als verzekeringsarts niet akkoord gaat; Wat zijn de valkuilen bij een arbeidsongeval; Werk je best met een expert, of doe je dat zelf als huisarts; Consolidatie: wat betekent dit? (103)*
> ***Casus**: 17j m studentenjob; arbeidsongeval contusie van rug en diastase van os pubis. Vragen: verzekering bij jobstudent? Interimcontract? (37)*

Welke vragen stellen huisartsen zich bij patiënten die zwanger zijn? Wat is de invloed van zwangerschap op werk of omgekeerd de invloed van het werk op een zwangerschap?

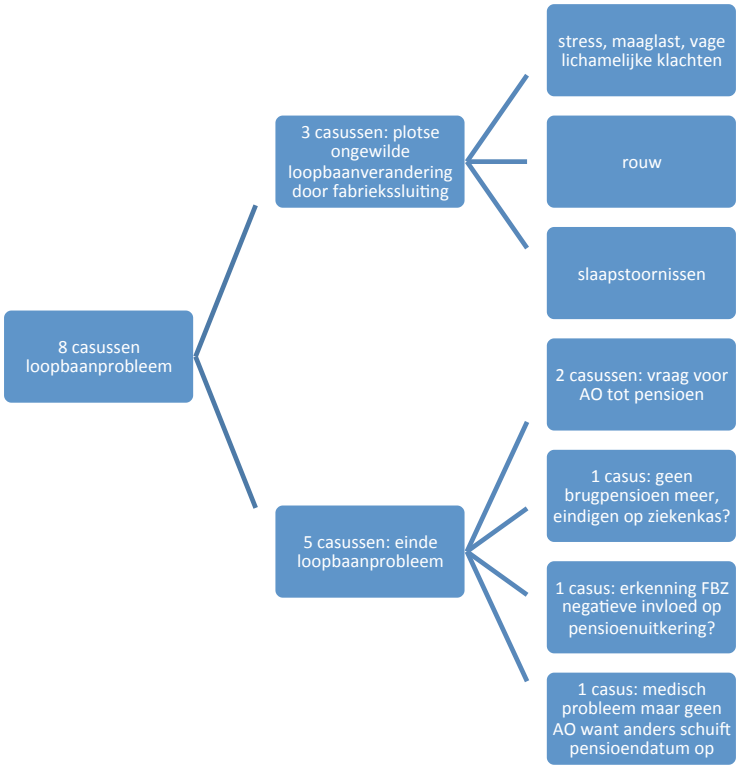
Drie van de 107 casussen gaan over zwangerschap in relatie met werk. Hoe zit het juist met de regelgeving rond bescherming van de zwangere vrouw? Kan je als interim zwangerschapsverlof krijgen? Hoe zit het juist met het inkomen? Opnieuw zeer praktische vragen die naar boven komen.

> ***Casus**: 35j vrouw, 6weken zwanger; klachten duizelig en moe, poetsvrouw; interimcontract tot 9/3/2014; daarna terug werkloosheidsuitkering, bespreken zwangerschapsverlof of aangepast werk: patiënte heeft wat schrik omdat ze interim is; Vragen: als interim zwangerschaps verlof krijgen? Aangepast werk kan krijgen? (27)*
> ***Casus**: 29j vrouw zeer recent miskraam op 13 weken, wijt dit zelf aan de overbelasting van haar werk (poetsvrouw in ziekenhuis, lichamelijk zwaar, maar ook psychisch veel stress 'geen waardering'). Wenst in toekomst nog eens zwanger te worden, maar wil dan de eerste 3 maanden thuis blijven. Vragen: is dit op een manier te regelen, met behoud van inkomsten? bescherming van de zwanger vrouw? (76)*

Welke vragen stellen huisartsen zich bij patiënten met loopbaanproblemen?

Het is erg moeilijk voor iets oudere werknemers (40+) om bij een plotse fabriekssluiting van werk te moeten veranderen en ze hebben vaak moeilijkheden om zich aan te passen. Werknemers die snel een nieuwe job vinden, moeten hun draai leren vinden in een nieuwe werkomgeving, met andere regels en andere bazen. Ze moeten bijvoorbeeld ook leren werken onder een jongere chef. Er komt ook extra stress op de gezinssituatie waardoor de familiale belasting groter wordt.

Als HA kan je ondersteunen en raad geven, maar je kan niet echt verder helpen met loopbaanproblemen. Wat als de job-overgang mislukt? Daarvoor zouden we moeten kunnen verwijzen naar een loopbaanbegeleider ofzoiets. Hoe doen we dit best? Via VDAB of andere instanties? Er is ook een huisarts die graag wat meer info wenst i.v.m. zowel fysische als psycho-sociale problemen bij oudere werknemers die plots van job moeten veranderen. We merken dus dat de huisarts in dit soort casussen wel met wat vragen zit.



***Casus**: 43j man, tgv fabrieksluiting nu in nieuw bedrijf (als stiefbedrijf); probleem jongere chef. Vragen: hoe verwijzen naar loopbaangeleider? Via VDAB? Of andere instanties? (8)*
***Casus**: 47j man, Stress; vnl maaglast, en andere vage klachten. Recent werkverlies door fabrieksluiting; nu in nieuwe job; vrouw CVS; kind ADHD. Vragen: aanpak vnl ondersteunend, maar wat als job-overgang mislukt? Waar naartoe verwijzen ivm jobovergang/ loopbaanveranderingen? (13)*

> ***Casus**: 45j man, Slaapstoornissen; sluiting fabriek, snel nieuwe job, heeft zijn draai nog niet gevonden; heeft ook last van 5-ploegen systeem; Vragen: naar wie doorverwijzen voor loopbaan problemen? (4)*

In 2 casussen sukkelt de patiënt met een schouderprobleem na jarenlang schouder belastend werk te doen. De ene patiënt gaat binnen 4 maanden op pensioen de andere binnen een kleine 2 maanden. Beide zijn ze helemaal opgewerkt. Kunnen we deze patiënten AO schrijven tot aan hun pensioen? Wordt de pensioendatum dan niet uitgesteld tgv de AO?

> ***Casus**: 59j man, Chauffeur, impingement en tendinopathie linker schouder, herstel artroscopie AO tot 15/9, pensioen op 1/11, man is helemaal opgewerkt. Vragen: AO schrijven tem pensioen of niet? (41)*

Een andere 56jarige patiënt werkt 14u per dag en heeft veel stressklachten. Hij is manager van een veiligheidsfirma. Er is geen mogelijkheid tot brugpensioen meer. De vraag komt hier van de patiënt zelf. 'Zal ik nu dus op ziekenkas moeten eindigen omwille van de slechte werkorganisatie in dit bedrijf?' (47)

In een vierde casus vraagt de huisarts zich af of een erkenning van het FBZ een negatieve invloed kan hebben op de pensioenuitkering van de patiënt? Deze 57 jarige metaalbewerker moet nog 3 jaar werken maar sukkelt met een zware lumboischialgie sinds vele jaren (reeds operatie in 2005 waarna opnieuw een opstoot) en een tenniselleboog. (12)

In een laatste casus beslist de patiënt zelf om toch verder te blijven werken met een tendinose van de enkel en intra-articulair vocht veroorzaakt door het vallen van een ladder thuis. Hij zegt zelf dat zijn pensioendatum opschuift indien hij ziekteverlof neemt. Hij wil zijn werk afronden en alle informatie nog doorgeven aan collega's. De huisarts vraagt zich af of dit wettelijk zo is dat de pensioendatum opschuift of dat de patiënt dit zelf zegt omdat hij zijn werk wil afmaken. (63)

Bespreking

De meeste vragen die naar boven komen uit mijn analyse gaan over de onzekerheid om een etiologisch verband te leggen tussen de werksituatie en het probleem van de patiënt. In sommige casussen is zeer specifieke informatie nodig om een etiologische verklaring voor de klachten van de patiënt te kunnen geven. Artsen vragen zich dan ook af waar en hoe ze die relevante informatie kunnen vinden. Bijna alle casussen en bijhorende vragen gaan over een klacht of ziekte die vermoedelijk veroorzaakt of verergerd werd door het werk van de patiënt. Er zijn weinig casussen die de situatie andersom bekijken. Welk effect heeft een klacht of ziekte op de mogelijkheid om een job uit te voeren? Dit lijkt mij toch ook een erg belangrijke vraag.

Epidemiologie

Zoals in de inleiding reeds aangegeven ontbreken nauwkeurige gegevens omtrent de incidentie en prevalentie van AGA's. De cijfers uit verschillende studies zijn redelijk uiteenlopend. Uit de review van Weevers blijkt dat in 12.4 tot 15.9% van alle patiëntencontacten bij de huisarts een arbeidsgebonden aandoening gediagnosticeerd werd. In de studie van Seaton was dit slechts 7%, 14.1% in de studie van Dembe en maar liefst 16% van de patiëntencontacten in de studie van Hussey (Dembe et al. 2002, Hussey et al. 2008, Seaton 1995, Weevers et al. 2005).

Onze data zijn verzameld binnen een kwalitatief onderzoekskader en zijn daarom niet geschikt om epidemiologische conclusies te trekken. Toch is het frappant dat in 45% van de casussen de patiënt een musculoskeletale klacht of aandoening heeft en in 33% van de casussen de patiënt een psychosociale aandoening heeft, wat zeer gelijkaardig is aan de verdeling die we terugvinden in de literatuur. Ongeveer 50% van de arbeid-gerelateerde aandoeningen zouden musculoskeletaal zijn en 14 tot 30% zouden psychosociaal zijn (Driscoll and Hendrie 2002, Hussey et al. 2008). Andere minder voorkomende problemen zijn huidaandoeningen (tot 10%), neurologische aandoeningen, oogproblemen, longaandoeningen, waaronder COPD en allergieën (2-3%) en oorproblemen, o.a. door geluidsoverlast (1%). We moeten wel erg opletten met deze cijfers aan elkaar te linken. In ons onderzoek werden klachten gerapporteerd wanneer de huisarts een causaal verband met arbeid vermoedde of wilde bevestigd zien. Terwijl de cijfers uit de literatuur van wel degelijk bewezen arbeid-gerelateerde aandoeningen komen.

Diagnose en aanpak

Bij arbeidsgerelateerde klachten of aandoeningen is de klinische diagnose (bv. Rhinitis) eigenlijk minder belangrijk dan de etiologische diagnose (bv. Rhinitis veroorzaakt door een bepaalde stof). De klinische diagnose is belangrijk om de juiste behandeling te geven, terwijl de etiologische diagnose

gebruikt kan worden voor preventieve, epidemiologische, regelgevende en verzekeringsmaatregelen (Cegolon et al. 2010).

Artsen worden tijdens hun opleiding over het algemeen vrij goed aangeleerd hoe ze een anamnese moeten afnemen over veel voorkomende aandoeningen, maar er is veel minder aandacht over hoe informatie te bekomen over beroeps- of omgevingsblootstellingen (Frank 2000). Uit verschillende studies blijkt ook dat artsen vaak wel het beroep van de patiënt navragen maar zelden of nooit informatie verzamelen over mogelijke schadelijke blootstellingen tijdens het werk (Blue et al. 2000).

De eerste vragen die naar boven gekomen zijn over de diagnosestelling van een arbeidsgebonden klacht of aandoening kunnen we beantwoorden aan de hand van de literatuur.

Wat is de juiste zoekstrategie, of anders gezegd, hoe en waar moet ik zoeken naar de werkgerelateerdheid van een klacht, probleem of aandoening? Hoe gaan we de relatie aantonen tussen de klacht of problemen van een patiënt en een bepaalde blootstelling? Hoe en waar vinden we toegankelijke informatie over toxische stoffen en gezondheidsklachten? Is er een verbetering van de klachten mogelijk door een werkaanpassing door te voeren?

Het identificeren van een bepaalde blootstelling, die eventueel gerelateerd is aan de symptomen, klachten of aandoening van een patiënt, is soms zoals zoeken naar een speld in een hooiberg. Efficiënter is om te gaan zoeken naar een verandering in de omgeving van de patient die gerelateerd is aan de start of exacerbatie van zijn of haar symptomen (Marshall et al. 2002).

De CH^2OPD^2 mnemonic is een efficiënte screeningsmethode. Het helpt om de blootstellingsanamnese te organiseren volgens een bepaald patroon en het biedt een structuur waarbinnen meer specifieke vragen gesteld kunnen worden afhankelijk van de bron of setting (Genuis and Genuis 2004, Marshall et al. 2002). CH^2OPD^2 staat voor community, home, hobbies, occupation, personal habits, diet, drugs. Om de beroepsanamnese te verbeteren heeft 'the Environmental Medicine Curriculum Committee of the South Carolina Statewide Family Practice Residency Program' een ezelsbruggetje ontwikkeld. WHACS staat voor: What do you do? How do you do it? Are you concerned about any of your exposures on the job? Coworkers or others exposed? Satisfied with your job?(Blue et al. 2000) Nog een andere belangrijk vraag kan zijn of de symptomen beter zijn in het weekend of op vakantie?

Indien de blootstelling op basis van de anamnese geïdentificeerd kan worden, kunnen we de patiënt adviseren om preventief deze blootstelling te vermijden. Indien de klachten verminderen of eventueel zelfs verdwijnen, dient er contact opgenomen te worden met de arbeidsgeneesheer en/of de werkgever zodat er ingegrepen kan worden (Marshall et al. 2002). Omdat een huisarts niet voldoende opgeleid is in de arbeids- of omgevingsgeneeskunde weet hij vaak niet hoe en waar hij extra informatie kan bekomen betreffende specifieke stoffen of aandoeningen. De 'material safety

data sheets' in een bedrijf, specifieke databanken over toxische stoffen, bepaalde instanties zoals het antigifcentrum, het tropisch instituut of de dienst Volksgezondheid, specialisten of het internet kunnen allemaal bronnen zijn om extra informatie te bekomen. Er zijn dus wel genoeg bronnen aanwezig maar de arts moet tijd en inspanning willen investeren om zich in te werken in deze materie (Frank 2000).

Ik geef hier toch opnieuw een illustratie uit onze data, omdat dit een mooi voorbeeld is van wat in de literatuur gesteld werd.

> ***Casus**: een afwasser in de horeca met een carpaal tunnelsyndroom. De huisarts neemt een uitgebreide anamnese af met vragen over jobinhoud, werklast, lichamelijke problemen bij vorige job, familiale voorgeschiedenis, hobby's, problemen bij collega's. Vraag: Zoek strategie werkgerelateerdheid? (98)*

De huisarts neemt een uitgebreide anamnese af waardoor hij de blootstelling die de symptomen of aandoening veroorzaakt kan identificeren. Onbewust geeft deze arts dus al een antwoord op zijn eigen vraag. Dit is in groot contrast met een heel aantal andere casussen waar de arts eigenlijk heel kort vraagt: 'is dit een AGA'? Deze casussen zouden veel verder uitgewerkt kunnen worden indien de arts ook eerst een uitgebreide blootstellingsanamnese zou afgenomen hebben. We zouden de artsen eigenlijk terug moeten contacteren om te vragen of ze dit gedaan hebben. Zo nee, is dat dan omdat ze daar niet aan gedacht hebben of geen tijd voor hadden? Zo ja, waarom hebben ze dit dan niet genoteerd en heeft de anamnese hen dan geholpen om een AGA aan te tonen?

Volgens de literatuur zouden we zeker een beroeps-of omgevingsgebonden anamnese moeten uitvoeren indien een nieuwe patiënt zich in de praktijk inschrijft, bij een familiale voorgeschiedenis van astma, bij allergieën of auto-immuunziekte, tijdens een prenatale of pre-conceptuele raadpleging, wanneer de patiënt de start van zijn symptomen linkt aan een blootstelling vanuit de omgeving, bij een onduidelijk verhaal of raadselachtige klachten, bij niet-specifieke symptomen, indien patiënten heel frequent consulteren met verschillende klachten en ziektebeelden (Marshall et al. 2002).

Indien een nieuwe klacht plots optreedt na de start van een nieuwe job dan is het niet zo moeilijk om een verband tussen klacht en werk aan te tonen als die er is. Wat moeilijker is, is om dit te bewijzen indien de klacht of aandoening al veel langer aanwezig is en de patiënt of de arts een vermoeden heeft dat de klacht veroorzaakt, onderhouden of verergerd wordt door het werk. Op zo'n moment is een uitgebreide anamnese erg belangrijk.

Uit de literatuur blijkt ook dat een goede blootstellingsanamnese op verschillende manieren voordelen kan bieden voor de patiënt. Ten eerste, identificatie van een specifieke blootstelling moet ons doen denken aan bepaalde (unieke) aandoeningen en kan ons sturen in het zoeken en bevragen van specifieke klachten en symptomen. Vroege identificatie van beroepsblootstellingen als oorzaak

van bepaalde medische problemen kan de geassocieerde morbiditeit, functionele limitaties, mortaliteit en de kosten van de gezondheidszorg doen dalen. Wanneer een specifieke blootstelling geïdentificeerd wordt, moet dit leiden tot een logische serie van vragen en diagnostische tests om zo een ziekte in vroege en nog behandelbare fase te identificeren. Ten tweede, identificatie van het verband tussen een blootstelling en een ziekte kan resulteren in het genezen of stabiliseren van de ziekte door het vermijden van contact met het oorzakelijke agens of de oorzakelijke factoren. Ten derde, identificatie van beroepsblootstellingen kan een stimulus zijn om zo collega's te identificeren die met dezelfde blootstelling te maken krijgen. Zo kunnen we trachten vermijdbare blootstellingen te verminderen op de werkvloer. En ten vierde, identificatie van het verband tussen een blootstelling en een ziekte zou een schadevergoeding , die de financiële kosten van een werkgerelateerde aandoening dekt, moeten bevorderen (Schwartz et al. 1991).

In een aantal casussen stelt de huisarts zich de vraag hoe hij een klacht of een bepaald probleem moet aanpakken of behandelen. Deze vraag staat eigenlijk los van het feit of deze diagnose een arbeidsgerelateerde aandoening is of niet. De huisarts vraagt informatie over de aanpak of behandeling van een specifiek probleem. Dit zijn eigenlijk vragen die buiten het kader van ons onderzoek vallen. Dit zijn medisch gerichte vragen die opgezocht kunnen worden in de standaarden of richtlijnen voor huisartsen. Ik heb wel een vermoeden dat de huisartsen die deze vragen gesteld hebben nog iets meer bedoelen als ze vragen: 'hoe pak ik dit het beste aan?' of 'is dit een reden om AO te schrijven en zo ja, hoe lang dan?'. Als huisarts kan je medicatie geven, kiné voorschrijven of de mensen eventueel een tijdje laten rusten maar op die manier wordt bij een AGA de oorzaak van het probleem niet aangepakt. Ik denk dat het een beetje in die context is dat we de vragen van deze artsen zouden kunnen plaatsen. Om dit zeker te weten, hadden we eigenlijk na het analyseren van de casussen, de desbetreffende huisartsen opnieuw moeten kunnen contacteren om hen deze hypothese voor te leggen. Ik geef opnieuw een illustratie van deze beschouwing uit onze data.

> ***Casus**: een verpleegster die haar job heel graag doet maar sinds enkele weken last heeft van beide voeten. Ze heeft pijn bij elke stap. Diagnose hielspoor thv beide voeten door overbelasting. Ze is heel plichtsbewust en wil blijven werken. Vraag: Hoe pak je dit het beste aan? (60)*
> ***Casus**: patiënt die werkt in een wasserij en sinds 6 weken rondloopt met een fasciitis plantaris. De klacht is begonnen na het starten met start to run. Tot hiertoe nog niet thuis gebleven van werk ondanks dat de patient zelf al een verband met zijn werk vermoedde. Vraag: is fasciitis plantaris een reden om AO te schrijven en zo ja, hoe lang? (22)*

De onderstaande casus is misschien wel een goed voorbeeld van mijn hypothese die ik hierboven geformuleerd heb. In deze casus houdt de arts wel rekening met het feit dat de klachten van de patiënt eventueel arbeidsgebonden kunnen zijn en dat dus eerst de oorzaak moet aangepakt worden voordat er een langdurige behandeling wordt gegeven. Kan iemand gewoon blijven doorwerken en intussen naar de kiné blijven gaan om bijvoorbeeld zijn rug soepel te houden zonder

dat er iets gebeurt aan de oorzaak van het probleem? Moet er niet eerst iets gebeuren op de werkplek?

> ***Casus**: overbelastingsklachten van de rechterschouder, zonder duidelijke aanwijzing voor een specifieke tendinitis, bij een patiënt die bureauwerk doet. Vragen: de patiënt blijft kiné-voorschriften vragen om het probleem van houding en van verkeerd gebruik van spieren te corrigeren. Is dit wel nodig? Is er geen verbetering mogelijk door werkaanpassing? (21)*

Patiënten kunnen de huisarts soms ook overtuigen om over zijn eigen grenzen heen te gaan. De casus waarin de patiënt vraagt voor een paardenmiddel illustreert dat mensen soms veel willen doen om hun job niet te verliezen maar moet je daar dan als arts in meegaan? Kan je op zo'n moment medicatie met een beperkte evidentie voorschrijven?

Onderstaande twee casussen vind ik toch erg opmerkelijk en zou ik graag nog even naar voren brengen. De eerste casus wijst erop dat er mensen zijn die veel te lang wachten alvorens ze een arts consulteren. Dit kan zijn om verschillende redenen. Financiële redenen, tijdsgebrek, angst om hun job te verliezen als ze arbeidsongeschikt worden geschreven, enz… In zo'n situatie gaan mensen natuurlijk de klacht of het opgelopen letsel onderhouden en vaak op lange termijn ook nog verergeren. Waardoor de kosten van de behandeling zullen stijgen en de arbeidsongeschiktheid langer kan worden. 'Waarom wacht iemand zo lang alvorens te consulteren?' en 'Hoe lang lijden mensen onder hun werk alvorens een arts te raadplegen?' Dit zijn terechte vragen die de huisarts zich hier stelt. In de tweede casus vind ik het heel opmerkelijk dat deze patiënt het blijkbaar al vanzelfsprekend vindt dat zijn job lichamelijke klachten teweegbrengt. Op zo'n moment moet de huisarts kritisch zijn en de taak van educator op zich nemen.

> ***Casus**: patiënt die werkt in een wasserij en sinds 6 weken rondloopt met een fasciitis plantaris. De klacht is begonnen na het starten met start to run. Tot hiertoe nog niet thuis gebleven van werk ondanks dat de patient zelf al een verband met zijn werk vermoedde. Vraag: waarom wacht iemand zo lang alvorens te consulteren? Is het omdat ze zelf al wel een verband met haar werk vermoedde en niet arbeidsongeschikt wou geschreven worden? (22)*
> ***Casus**: een magazijnier met lumbalgie tgv het versleuren van zware dozen op het werk. De patiënt zelf zegt dat dit bij de job hoort en dat er niets aan te doen is. Vraag: is dat zo? (43)*

Musculoskeletale aandoeningen

44 casussen bevatten vragen over een aandoening die ontstaan is of verergerd is door het werk, tegenover slechts 4 casussen met vragen over aandoeningen die elders hun oorzaak hebben maar die een invloed hebben op het werk. Dit is toch een opmerkelijk groot verschil. Mogelijke hypotheses voor dit grote verschil is enerzijds het feit dat artsen er gewoon niet aan denken. Ze staan er niet bij stil dat een bepaalde klacht of ziekte invloed kan hebben op het werk van de patiënt. Anderzijds kan het zijn dat artsen er wel aan denken maar dit niet zien als een arbeidsgerelateerde casus of ze hebben er geen vragen over en hebben daarom dergelijke casussen niet geregistreerd.

De meest gestelde vragen van huisartsen over een musculoskeletale aandoening, veroorzaakt door het werk of met invloed op het werk, gaan over het Fonds van beroepsziekten en over het wel of niet inschakelen van een arbeidsgeneesheer. De vraag om aangepast werk aan te vragen, komt ook regelmatig naar boven. Deze drie onderwerpen en alle mogelijke vragen daaromtrent komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk 4 en 5.

Psychosociale aandoeningen

De meeste vragen die de artsen stellen in deze casussen gaan over het wel of niet arbeidsongeschiktheid attesteren, is dit deontologisch correct, hoelang mag ik een patiënt thuisschrijven en lost dit iets op op lange termijn als er niets aan de werksituatie verandert? Mogen we als huisarts werkongeschiktheid als 'geneesmiddel' gebruiken om de patiënt even de tijd te geven om op adem te komen? Vragen rond AO attesteren komen uitgebreid aan bod in hoofdstuk4.

Andere vragen die uit de casussen naar boven komen, gaan eerder over kennis. Wat kan een personeelsdienst doen igv werkstress of andere problemen? Wanneer en voor wat kunnen we een personeelsdienst, een vakbond of de arbeidsgeneesheer inschakelen? Hoe weten we wie de arbeidsgeneesheer is van een bepaald bedrijf? Wat zegt de wetgeving rond technische werkloosheid? Hoe kunnen we aangepast werk aanvragen? En wat is nu juist de rol van de huisarts? Is dit wel iets voor de huisarts? Vragen met betrekking tot actoren worden uitgebreid besproken in hoofdstuk 5.

Arbeidsongeval

De vragen die hierover bij de artsen naar boven komen, gaan niet over het aanpakken van het letsel veroorzaakt door het arbeidsongeval, maar zijn eerder praktische vragen. Vragen met betrekking tot het contacteren van de arbeidsgeneesheer of een verzekeringsarts. Wat is er belangrijk bij een arbeidsongevallen dossier en hoe is de regelgeving over arbeidsongevallen tijdens een interim contract?

Zwangerschap

Hoe zit het juist met de regelgeving rond bescherming van de zwangere vrouw? Kan je als interim zwangerschapsverlof krijgen? Hoe zit het juist met het inkomen? Opnieuw zeer praktische vragen die naar boven komen.

Loopbaanproblemen en einde loopbaan

De belangrijkste vraag die uit deze casussen naar voren komt, is of de pensioendatum opschuift bij het schrijven van AO in de laatste maanden of weken voor het pensioen.

Sterktes en Limieten van dit onderzoek

Als limiet van dit onderzoek kunnen we zeker al stellen dat het interessant geweest was om voor elke casus de 'reason for encounter' te laten noteren door de arts om zo het perspectief van de patiënt beter te kunnen begrijpen. Ook het specifiek navragen van de uiteindelijke diagnose die de arts gesteld heeft, zou een meer correcte analyse van de resultaten mogelijk kunnen maken. Door tijdsgebrek werden de casussen, in fase 2 van het onderzoek (zie methodologie), enkel door mezelf geanalyseerd. Pas tijdens het opstellen van mijn onderzoeksrapport heb ik mijn resultaten besproken met de andere onderzoekers. Bij onduidelijkheid of onenigheid hebben we wel gezamenlijk opnieuw naar de data gekeken. De kwaliteit van de analyses had ook nog verbetert kunnen worden door de resultaten in een opvolginterview, individueel of in groep, te presenteren en te laten bediscussiëren door de huisartsen die deelnamen aan deze studie. Deze laatste limitatie heb ik enkele keren reeds aangehaald in de bespreking hierboven. Ik heb aan de hand van dit onderzoek wel een antwoord kunnen vinden op mijn onderzoeksvraag. Een antwoord dat niet terug te vinden was in de literatuur. De casussen in deze kwalitatieve studie leverden een breed pallet aan problemen, vragen en suggesties op, waarbij de gegevens maximaal werden benut. Dit onderzoek toont ook aan dat huisartsen met heel veel vragen zitten over arbeid-gerelateerde klachten en dat verder onderzoek naar dit onderwerp echt wel nuttig en zelfs nodig is om het uiteindelijke doel van een goede gezondheidszorg te bekomen.

Conclusie

Heel wat patiënten komen bij de huisarts met arbeidsgerelateerde klachten. Jammer genoeg beschikken huisartsen over te weinig kennis omtrent deze materie. In de literatuur is er over de rol van de huisarts in relatie met werkgerelateerde ziekten erg weinig terug te vinden. Dit onderwerp heeft naar mijn inziens tot nu toe onvoldoende aandacht gekregen. Uit ons eigen kwalitatief onderzoek is duidelijk gebleken dat de huisarts met veel vragen zit omtrent herkenning, diagnose en aanpak van arbeidsgebonden klachten of aandoeningen. Eerst en vooral moeten artsen meer bewust worden van het feit dat heel wat klachten in de eerste lijn arbeid-gerelateerd zijn. Er alvast aan denken is een eerste stap. Een goede blootstellings- en beroeps anamnese afnemen zou dan in tweede instantie kunnen helpen om een link te leggen tussen oorzaak en klacht. En dan als derde stap zouden de artsen op een eenvoudige en snelle manier antwoord op hun vragen moeten kunnen krijgen. Dit zou kunnen aan de hand van een gids of tool waar alle nodige informatie met betrekking tot arbeidsgerelateerde klachten op een snelle manier terug te vinden is.

Referenties

Alasuutari, P. (1995) *Researching Culture, Qualitative Method and Cultural Studies,* London: SAGE.

Blue, A. V., Chessman, A. W., Gilbert, G. E., Schuman, S. H. and Mainous, A. G. (2000) Medical students' abilities to take an occupational history: use of the WHACS mnemonic. *J Occup Environ Med, 42*(11), pp. 1050-3.

Cegolon, L., Lange, J. H. and Mastrangelo, G. (2010) The Primary Care Practitioner and the diagnosis of occupational diseases. *BMC Public Health, 10*, pp. 405.

Dembe, A. E., Savageau, J. A., Amick, B. C., 3rd and Banks, S. M. (2002) Office-based medical care for work-related conditions: findings from the National Ambulatory Medical Care Survey, 1997-1998. *J Occup Environ Med, 44*(12), pp. 1106-17.

Downe-Wamboldt, B. (1992) Content analysis: methods, applications, and issues. *Health Care Women Int.,* (13), pp. 313-321.

Driscoll, T. R. and Hendrie, A. L. (2002) Surveillance of work-related disorders in Australia using general practitioner data. *Aust N Z J Public Health, 26*(4), pp. 346-51.

Frank, A. L. (2000) Approach to the patient with an occupational or environmental illness. *Prim Care, 27*(4), pp. 877-94.

Gbrich, C. (2007) *Qualitative Data Analysis: An Introduction,* 1 ed.*,* London: Sage Publications.

Genuis, S. J. and Genuis, S. K. (2004) Human exposure assessment and relief from neuropsychiatric symptoms: case study of a hairdresser. *J Am Board Fam Pract, 17*(2), pp. 136-41.

Hussey, L., Turner, S., Thorley, K., McNamee, R. and Agius, R. (2008) Work-related ill health in general practice, as reported to a UK-wide surveillance scheme. *Br J Gen Pract, 58*(554), pp. 637-40.

Marshall, L., Weir, E., Abelsohn, A. and Sanborn, M. D. (2002) Identifying and managing adverse environmental health effects: 1. Taking an exposure history. *CMAJ, 166*(8), pp. 1049-55.

Sandelowski, M. (2010) What's in a name? Qualitative description revisited. *Res. Nurs. Health, 33*, pp. 77–84.

Schwartz, D. A., Wakefield, D. S., Fieselmann, J. F., Berger-Wesley, M. and Zeitler, R. (1991) The occupational history in the primary care setting. *Am J Med, 90*(3), pp. 315-9.

Seaton, A. (1995) Diagnosing and managing occupational disease. *BMJ, 310*(6990), pp. 1282.

Thompson, J. N., Brodkin, C. A., Kyes, K., Neighbor, W. and Evanoff, B. (2000) Use of a questionnaire to improve occupational and environmental history taking in primary care physicians. *J Occup Environ Med, 42*(12), pp. 1188-94.

Weevers, H. J., van der Beek, A. J., Anema, J. R., van der Wal, G. and van Mechelen, W. (2005) Work-related disease in general practice: a systematic review. *Fam Pract, 22*(2), pp. 197-204.

Hoofdstuk 4: De psychosociale en administratieve aspecten van AGA's: een kwalitatieve exploratie van vragen van huisartsen

Hoerée T.

Inleiding

Bij de meeste contacten met de werkende bevolking, worden huisartsen geconfronteerd met de sociaal-administratieve aspecten van ziekte en ongeval. Of het nu om een arbeid-gerelateerde aandoeningen (AGA) gaat of niet, voor al deze patiënten dringt de vraag naar het attesteren van arbeidsongeschiktheid (AO) zich op. AO verleent de patiënt immers de zgn. ziekterol (Helman, 1984). Naast het vergoeden van de medische kosten (consultatie, verzorging en medicatie), is hét belangrijkste sociaal-administratieve recht van deze rol het verkrijgen van een vervangingsinkomen. In een eerste periode hebben werkgevers er alle belang bij de duur van de AO zo kort mogelijk te houden, omdat de betaling van het vervangingsinkomen te hunner laste is. In een tweede periode is het de sociale zekerheid via de ziekenfondsen die erop toe ziet of de middelen goed besteed worden. Hiervoor zijn controlemechanismen in het leven geroepen waarbij respectievelijk een controlegeneesheer, geconsulteerd en betaald door de werkgever, en de adviserende geneesheer van het ziekenfonds, over de rechtvaardiging van het attest oordelen. De adviserende geneesheer heeft ook nog een rol wanneer de AO langer duurt, en de beslissing tot volledige (meer dan 66%) of gedeeltelijke invaliditeit aan de orde komt. De verschillende administratieve bepalingen met betrekking tot de ziekterol verschillen echter naargelang het statuut van de patiënt: bediende, zelfstandige, werkloze, of andere. Daarbij komt dat deze rechten en de daaruit voortvloeiende administratieve maatregelen evenzeer gelden voor aandoeningen die in de privésfeer als op het werk ontstaan zijn. Wat echter wel verschilt is *welke* instanties de terugbetalingen voor de medische kosten en het vervangingsinkomen regelen. Bij 'beroepsziekten' kan, wanneer een oorzakelijk verband aangetoond wordt, de overheidsinstelling 'Fonds voor Beroepsziekten (FBZ)' tussenkomen. Bij arbeidsongevallen is het de verplichte verzekering van de werkgever die tussenkomt .

Tegen het einde van de ziekte-episode, maar vaak ook als alternatief voor het opstarten van AO, rijst de vraag of de patiënt het werk terug volledig kan opnemen, of er aangepast werk voorhanden is. Ook hier gelden er verschillende rechten, waarbij dan weer andere instellingen of personen betrokken zijn. De arbeidsgeneesheer, het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW), de vakbondsafgevaardigde, maar ook de werkgever, zijn allen actoren die een rol kunnen spelen in het toegankelijker maken van de werkvloer voor mensen die herstellende zijn van een ziekte of een ongeval. En voor mensen die door gedeeltelijke invaliditeit in de werkloosheid terecht kwamen, of die om welke reden dan ook niet meer in hetzelfde bedrijf willen of kunnen werken,

stelt zich de vraag hoe ze op weg naar een nieuwe en beter aangepaste job kunnen geholpen worden. Hiervoor zijn dan weer andere instanties beschikbaar. Zowel Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB), als de vakbond, als loopbaanbegeleiding, kunnen hierin een helpende hand geven[1].

Ziekte en ongeval zijn altijd aan werkloosheid en armoede verbonden geweest, en zijn het dat nog steeds in de meeste delen van de wereld. Het nog steeds voortreffelijk georganiseerde sociale zekerheidsstelsel voorkomt dit in België voor de meeste werknemers en in mindere mate voor mensen in andere statuten. Wetgeving veronderstelt echter instellingen en administratie om deze tot uitvoer te brengen. En deze hebben hun specifieke regels en verplichtingen. Voor de patiënt, en in onze hypothese ook voor huisartsen, is het niet altijd duidelijke welke rechten ze hebben, waar ze terecht kunnen voor hulp en administratieve assistentie, en welke verplichtingen ze hebben wanneer ze van hun rechten gebruik willen maken. Uit ervaring weten we dat patiënten vaak met deze vragen naar hun huisarts, als vertrouwenspersoon, gaan. En dat huisartsen heel wat vragen hebben met betrekking tot deze administratieve en sociale aspecten van het ziek zijn.

Deze studie maakt deel uit van een breder onderzoek naar de rol van de huisarts bij de aanpak van AGA's. Het doel van het onderzoek is een gids samen te stellen om een antwoord te bieden op de meest voorkomende vragen die huisartsen hebben met hun aanpak. Omdat er vanuit de literatuur (zie hoofdstuk 1), zeker binnen de Belgische context (buiten één referentie over werkstress (Henderickx & Krammisch 2009)), niet veel gekend is met betrekking tot dit onderwerp, werd gekozen voor een verkennende analyse van door huisartsen aangebrachte casussen. Drie groepen vragen kwamen hierbij naar boven: 1- herkennen en behandelen van AGA's; 2- sociale en administratieve begeleidende maatregelen; 3- samenwerking, doorverwijzing en preventie. De analyses van elke thema wordt telkens in een apart hoofdstuk gerapporteerd (voor details: zie inleiding; voor de samenvattende analyse: zie hoofdstuk 2).

De onderzoeksvraag van onderhavige studie is: "Welke problemen ervaren huisartsen, en welke vragen stellen ze zich, bij de sociale en administratieve begeleiding verbonden aan het tijdelijk of definitief verlies van de mogelijkheid om te werken ten gevolge van een ziekte of ongeval opgelopen op het werk?".

[1] Deze inleiding is een samenvatting van informatie uit interviews met experten en consultatie van websites e.a. bronnen, ter voorbereiding van de praktijkgids (zie verder). De rapportering hiervan maakt geen deel uit van deze thesis, maar is basisinformatie voor de samenstelling van deze gids.

Methode

Onderzoeksperspectief en methodologie

Om antwoord te vinden op onze onderzoeksvraag, moeten we het perspectief van de huisartsen zelf exploreren en dus doen we beroep op een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Waar sommige kwalitatieve onderzoeksmethoden uitgaan van een 'sociaal geconstrueerde waarheid' die iedere persoon in haar dagelijks doen en laten opbouwt (oa. constructivisme), leunt ons onderzoeksperspectief iets meer aan bij het post-positivisme van het kwantitatieve onderzoek dat ervan uitgaat dat er één externe waarheid bestaat. De wetenschapsfilosofische visie die achter onze studie zit, gaat ervan uit dat we die externe waarheid maar kunnen leren kennen via het perspectief van de verschillende 'actoren' die deze realiteit beleven en waarnemen. Onderzoekers kunnen het perspectief van deze spelers leren kennen. Dus we nemen een vrij centrale positie in tussen beide paradigmata. Inderdaad proberen we via de deelnemers zo dicht mogelijk te komen bij de vraagstukken waar ze in de realiteit tegen aanlopen. We gaan op zoek naar 'feiten' aangeleverd door de deelnemende huisartsen. En kijken door hun ervaringsbril naar moeilijkheden bij de aanpak van AGA's. Dit is wat ook wel het 'fact-ist' perspective genoemd wordt (Alasuutari 1995, Sandelowski 2010).

'Content analysis' is een onderzoeksmethodologie die hierbij past. Deze laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren (Gbrich 2007). Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan (Downe-Wamboldt 1992, Morgan 1999).

Dataverzameling & analyse

De drie onderzoekers nodigden elk op een doelgerichte manier huisartsen uit op basis van geslacht, aard van de praktijk (stad vs. platteland, groep vs. solo) en leeftijd. Persoonlijke contacten werden gemobiliseerd. Toezegging gebeurde per mail of in een persoonlijk contact. De geselecteerde huisartsen werden gevraagd om gedurende 2 weken alle contacten waarvan zij dachten dat het om een AGA ging, te registreren. Ze beschreven kort de casus met opgave van leeftijd, geslacht, soort werk van de patiënt en maakten een korte schets van de problematiek in termen van diagnostiek, behandeling of andere aspecten van de aanpak. Tenslotte werd hen gevraagd aan te geven wat er eventueel mis liep bij deze casus of waar ze strop raakten in hun aanpak, welke vragen ze hadden en wat ze nodig dachten te hebben om deze casus (in het vervolg) beter aan te pakken (zie kader 1).

Vragen bij het beschrijven van de casus
De casus
Geslacht, leeftijd, beroep en beroepssector van de patiënt
De (vermoedelijke) aandoening
Vragen?
Waar liep je bij deze casus vast?
Welke concrete vraag/behoefte heb je?
Wat heb je nodig om verder te kunnen?

Kader 1: Casusbeschrijving en vragen

De analyse startte nadat alle data verzameld waren, eigen aan de methode van content analysis (Chamberlain et al. 2004). Vervolgens analyseerden we de data volgens de procedure van Elo en Kyngäs (Elo and Kyngäs 2008). Dit houdt in dat we onszelf eerst 'onderdompelden' in de data om een overzicht te krijgen. We lazen alle registraties samen door. Vervolgens codeerden we de data, dit wil zeggen dat 'labels' toegekend werden aan kleine, betekenisvolle fragmenten van de data. Het hele analyse proces werd onderverdeeld in twee grote fases. In de eerste fase, met drie te onderscheiden *stappen*, werkten we in groep, in de tweede fase individueel. De eerste fase leverde drie overkoepelende thema's op die dan in de tweede fase individueel verder werden geanalyseerd en gerapporteerd.

Fase 1: In de *eerste stap* van de eerste fase codeerden we een kwart van de casussen samen, eerst onafhankelijk van elkaar. Dan vergeleken en discussieerden we tot we een consensus bereikten over de toe te kennen codes. Een vierde onderzoeker (KB) werd ingeschakeld voor methodologische ondersteuning en om de discussie te verdiepen. In de *tweede stap* werden de overige casussen met de aldus vastgelegde codes ('codeboek') geanalyseerd, waarbij telkens 2 onderzoekers eerst onafhankelijk van elkaar werkten en daarna overlegden. Nieuwe codes werden alvorens deze toe te kennen per email of telefonisch besproken. In een *derde stap*, nu we de inhoud van de data beter beheersten, werden alle codes gegroepeerd in betekenisvolle categorieën en drie overkoepelende thema's: 1- diagnose, behandeling en aanpak; 2- sociale aspecten (verder uitgewerkt in dit rapport); 3- betrokken actoren.

Fase 2: Hierna ving de tweede fase aan en ging iedere onderzoeker aan de slag met de codes van één bepaald thema. Alle casussen werden nogmaals doorlopen met het specifieke thema voor ogen. Extra codes werden waar nodig toegevoegd en sub-thema's onderkend. Om een zicht te krijgen op het belang van bepaalde problemen voor de rapporterende artsen, werden ook de frequenties van de codes verkend (Bloor and Wood 2006). Dit leidde tot drie onderzoeksrapporten (zie hoofdstukken 3, 4 en 5). Alle analyses gebeurden manueel met behulp van Word en Excel.

Omdat de huisarts vandaag overwegend vrouwelijk is, wordt in de tekst, waar nodig, het vrouwelijke voornaamwoorden 'ze, zij, haar' gebruikt.

Resultaten

Voor de analyse van de casussen met betrekking tot de sociale en administratieve maatregelen bij het opnemen of verlaten van de ziekterol werd een codeboek opgemaakt met in totaal 16 codes. In totaal werden bij 91 van de 107 casussen 102 problemen of vragen met betrekking tot deze thematiek geteld. Bij verdere analyse werden de 16 codes gegroepeerd in *drie hoofdthema's*: *A- de verantwoording van het AO attest*, *B- het vinden van aangepast werk* en *C- regelgeving en administratieve procedures* in verband met invaliditeit, het aanvragen van een vergoeding bij het Fonds voor Beroepsziekten, de arbeidsongevallen verzekering, en het statuut van de patiënt, zijnde bediende of anders (interim, zelfstandig, werkloos, …). Om een zicht te krijgen op het belang van deze thema's in deze registratie werd het aantal casussen per codegroep opgeteld (zie tabel 1), eigen aan de methode van content analysis. Hierbij blijken de meeste vragen over de mogelijkheden en moeilijkheden van 'aangepast werk' te gaan. In tweede instantie komen vragen over specifieke regelgeving en administratieve procedures naar boven. Vragen over de verantwoording van AO zijn een derde groep vragen.

Tabel 1: Thema's, aantal codes en aantal vragen over sociale en administratieve begeleidende maatregelen bij AGA's

	Thema's	Aantal codes	Aantal vragen
A	***Verantwoording van het AO attest***	***4***	***23***
B	***'Aangepast werk'***	***4***	***40***
C	***Regelgeving en administratieve procedures***	***8***	***39***
	• *Invaliditeit*	*2*	*5*
	• *FBZ*	*1*	*12*
	• *Arbeidsongevallen en verzekering*	*1*	*6*
	• *Statuten & AO*	*4*	*16*
	Totaal	**16**	**102**

Verantwoording van het AO attest

Bij een groot aantal casussen vraagt de huisarts zich af of het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid *wel te rechtvaardigen* is met betrekking tot de problematiek van de patiënt. Opmerkelijk is dat deze vraag bijna uitsluitend rijst bij psychosociale problematiek. Vragen over de te attesteren *duur van AO* is gelijk verdeeld over psychosociale en somatische problemen. Ook opmerkelijk is dat de meeste casussen binnen dit thema van jongere huisartsen komen (drie HAIO's en twee artsen met minder dan 10 jaar ervaring).

Het rechtvaardigen van AO kan vanuit twee perspectieven gebeuren. De arts zoekt vooral naar een 'medische verantwoording' voor het attesteren van AO. Daarbij lijkt het belangrijk een label te kunnen plakken dat overeenkomt met de diagnostische criteria van de somatische of psychologische en psychiatrische ziekteleer. De patiënt zoekt de verantwoording eerder in de persoonlijke beleving (angst of pijn) of in de omgevingsfactoren die het probleem hebben doen ontstaan of die er een oplossing kunnen aan geven. Zo lijkt AO om te kunnen solliciteren, perfect verdedigbaar voor de patiënt, en minder of niet voor de arts. De analyse van de casussen waarbij de patiënt expliciet geen AO attest vraagt, geeft ook interessante aanwijzingen over hoe de verantwoording tot stand komt. Vrees voor ontslag maar ook andere redenen,

zoals werkethiek en een collegiale houding ten opzichte van de collega's, kunnen ervoor zorgen dat de patiënt geen AO wenst op te nemen.

Verantwoording van AO vanuit het perspectief van de arts (kader 2)

Kader 2: Vragen over verantwoording van AO vanuit het perspectief van de arts

- Kan je voor psychosociale problemen AO voorschrijven? Wat is de evidentie?
- Hoe lang moet je AO voorschrijven: vraag wordt gesteld voor zowel psychosociale als somatische problemen
- Wat zijn wettelijke bepalingen i.v.m. AO en quarantaine maatregelen bij infectieziekten in bepaalde beroepen?

Bij psychosociale problematiek vragen artsen zich vaak af of AO kan voorgeschreven worden als 'medicijn' om de patiënt de tijd te geven om de balans tussen draaglast en –kracht te herstellen (casus 96). Expliciet of impliciet vragen deze artsen dus of psychosociale problematiek gebaat is bij 'rust' en 'de patiënt een tijdje uit het arbeidsproces trekken'. Het is een vraag naar 'evidentie' over AO als ondersteuning voor de behandeling van psychosociale problemen. Sommige artsen echter lijken voldoende overtuigd en passen hun beleid hier met succes op aan (casus 19). Voor anderen blijft de vraag of AO mag/ moet/ kan geattesteerd worden bij psychosociale problemen (casus 64) bestaan. Of is het voor de arts niet onverdeeld duidelijk of AO wel een heilzaam effect zal hebben op het genezingsproces van de patiënt (casus 85).

> *Een vrouw van 50 jaar, advocate met stress op het werk. Ze heeft het gevoel niet te voldoen aan de verwachtingen. Ze vindt de sfeer niet collegiaal. Ze krijgt te veel opdrachten waardoor ze geen focus kan houden en zich moeilijk kan concentreren. Ze vindt dat er hoge eisen worden gesteld. Ze vindt geen aanspreekpunt bij het kader om hier iets mee te doen.* ***Vragen:*** *Is dit iets voor de huisarts? Maar toch deze bedenking: arbeidsongeschiktheid als 'geneesmiddel' waardoor je tijd geeft aan de patiënt om op adem te komen, waardoor die de balans tussen draagkracht en draaglast weer in evenwicht kan brengen (96).*
>
> *Een man van 29 voelt zich depri. Hij krijgt zijn team, dat op trager tempo werkt, niet mee. Hij heeft eerst nog op 'zijn wil' doorgezet gedurende enkele maanden, maar is nu op. Ik heb hem enkele weken AO en psychologische begeleiding voorgeschreven. Nu, ongeveer anderhalve maand later, is de patiënt een stuk beter en kan terug aan het werk. Twee zaken hielpen bij het oplossen van zijn probleem: 1- zijn overste heeft het personeel herschikt, waardoor hij meer waardering krijgt van zijn collega's; 2- dank zij de psychotherapie heeft hij geleerd duidelijkere grenzen te trekken. (19)*
>
> *Een 50-jarige lerares in het bijzonder onderwijs, doet haar job heel graag. Ze werkt op een speciale manier met de leerlingen. Ze heeft een goede band met hen. Maar het botst een beetje met nieuwe en jongere collega's. Ze voelt zich niet gewaardeerd en moet zichzelf de laatste tijd naar het werk sleuren, moe en futloos. Ze gaat wel met de directeur praten maar is bang dat dit niks oplost.* ***Vragen****: Surmenage: AO attesteren? (64)*
>
> *Een 52 jarige vrouw die bij mij in begeleiding is omwille van drankproblematiek en depressie. Tot nu toe heeft ze altijd gewerkt in een administratieve functie. Ze komt vandaag omdat het werken niet meer lukt. Medisch gezien gaat ze echter veel beter: intensieve CGT begeleiding heeft ervoor gezorgd dat ze sinds 2 maanden de controle terug heeft. Dit vraagt echter zeer veel energie. Daarom lijkt een time-out van 1 maand zeker te rechtvaardigen.* ***Vragen:*** *Echter: bij gebrek aan een dag invulling, is haar kans op herval dan groter? N.a.v. deze bedenking richt ik het gesprek op de betekenis voor haar van werk (en sociale controle) en hoe ze dat nu thuis gaat opvangen. (85)*

In een beperkt aantal gevallen is de vraag niet zozeer of maar wel *hoe je AO attesteert bij (psycho)sociale problemen*. Zo is er de arts die zich afvraagt hoe en hoelang hij sociaal verlof kan attesteren voor een zorgende vader die geen opvang heeft voor zijn ziek kindje (casus 101). Of de arts die twijfelt hoe hij, gezien de mogelijkheid van een controle door de werkgever, AO moet attesteren bij een sociaal conflict (casus 2).

Een man, 40 jaar, Marokkaanse origine, komt op consultatie met ziek kind: vraag sociaal verlof. ***Vragen:*** *Wat zijn de regels: hoeveel dagen, welke betaling? (101)*

Een 55-jarige man, wiens baas gedurende 5 jaar systematisch een premie heeft achtergehouden. De vakbond bemoeit er zich mee, en de baas wil nu 75% van de totale som wel uitbetalen. 6 op de 15 werknemers, waaronder de patiënt, gaan niet akkoord. ***Vragen****: Ik bedenk dat AO vaak de enige ontsnappingsweg is bij sociale conflicten die vastlopen. Maar, hoe formuleer je AO omwille van sociaal conflict? Welke 'ziekte' invullen? Wat doet de werknemer in geval van controle? (2)*

Bij *musculoskeletale aandoeningen* wordt eerder de vraag naar de duur van AO gesteld. Er wordt ook gevraagd naar de evidentie hierover.

Een 58-jarige vrouw met nekklachten en trapeziusspasmen. Ze werkt af en toe in de horeca. Ik schrijf rust en medicatie voor: kan ik nog iets meer doen? (57)

Ik vraag me af … of fasciitisplantaris een gegronde reden is om AO te schrijven (en zo ja, hoe lang?) (22)

Een vrouw van 38 jaar met een epicondylitis lateralis, waarvoor ze nu een 2° verlenging AO krijgt. Ze is een poetsvrouw. Ze kan niet meer werken: 1- Hoe lang AO schrijven voor dit probleem? … (14)

Bij twee casussen met specifieke beroepen, een onthaalmoeder en een kinderbegeleidster (casus 90 en 102), wordt gevraagd of deze dames met een acuut infectieuze ziekte kunnen blijven werken en naar de wettelijke bepalingen hierover i.v.m. gevaar voor besmetting van de kinderen.

Hoe zit het met de wettelijke bepalingen voor onthaalmoeders? Alshet dochtertje van zelfstandige onthaalmoeder een besmettelijke aandoening (BLWI) heeft, hoe moet het dan met haar werk? (90)

Een vrouw van 35. Ze werkt in de kinderopvang. Ze consulteert met gastro-enteritis. Ze krijgt enkele dagen arbeidsongeschiktheid: zijn er specifieke regels verbonden aan dit beroep? Zoals die gelden voor mensen die werkzaam zijn in de voedingssector. (102)

<u>Verantwoording van AO vanuit het perspectief (ICE) van de patiënt</u>

- Argumenten voor AO vanuit het perspectief van de patiënt (kader 3)

Kader 3: Vragen van de arts bij verantwoording van AO vanuit het perspectief (ICE) van de patiënt

- Wat als de klachten niet objectiveerbaar zijn (angst, pijn)?
- Is AO verdedigbaar voor:
  - Ontevredenheid op het werk door moeilijke werkrelaties?
  - Tijd om te solliciteren om van (ziekmakend) werk te kunnen veranderen?
  - Om een inkomen te garanderen?

De argumentering voor AO kan ook bij de patiënt liggen. Door de rapportering van de ICE (Ideas, concerns, expectations) van de patiënt komen we hierover heel wat te weten. De weerbaarheid (of niet) van de patiënt en sociale factoren kunnen maken dat de patiënt om AO vraagt. De arts kan hierin volgen of niet. Het afwegen leidt wel tot heel wat vragen. Zo blijft de individuele beleving van pijn of angst moeilijk objectiveerbaar, en staat de arts voor een moeilijke keuze (casus 71). Vaak ligt de rechtvaardiging van AO niet in het ziektebeeld zelf, maar in de werkomgeving die hiertoe aanleiding heeft gegeven. De nadruk ligt in deze gevallen inderdaad eerder op de sociale dimensie van gezondheid, waar de werkrelaties ziekmakend kunnen zijn (casus 72; zie ook casus 2 hoger geciteerd). Impliciet of expliciet vraagt de patiënt soms, met het

doel om uit de ziekmakende werkomgeving te kunnen ontsnappen, tijd om te kunnen solliciteren, (casussen 61 en 62). Sommige patiënten worden ook geconfronteerd met de financiële gevolgen van het wel of niet kunnen voorleggen van een arbeidsongeschiktheidsattest. Zoals de jonge vrouw van 22 die dagloner is aan de haven en dus niet altijd werk heeft, maar ook nog geen recht heeft op een werkloosheidsuitkering. Zonder AO attest zou ze een heel onregelmatig, en mogelijk onvoldoende inkomen hebben (casus 46).

> *Een48-jarige schoonmaakster, met een recente knieprothese, vraagt een verlenging van haar AO attest. Door de zware operatie vreest ze dat ze het zware werk niet meer aan zal kunnen. Ze wil ook liever geen nieuw werk moeten zoeken. Kan ik dit toestaan? Hoe lang?… (71)*
>
> *Kan je iemand AO attesteren omwille van oververmoeidheid ten gevolge van ontevredenheid in de huidige job? (72)*
>
> *Kan je iemand AO attesteren om hem of haar tijd te geven te solliciteren omdat de patiënt zich niet meer kan vinden in de huidige job; om welke reden dan ook: hier kan de patiënt zich niet meer vinden in het beleid van hogerhand in zijn firma. Hij moet er tussenuit zo niet gaat hij crashen (burn-out). (61)*
>
> *Een 37-jarige pilote, vakbondsafgevaardigde, wiens firma heeft aangekondigd 12 piloten te zullen ontslaan. Zijzelf is 'veilig', maar haar collega's vrezen voor hun job. Ze zijn nu eigenlijk al met te weinig. Ze doen allemaal overuren, wat soms echt onveilig is door oververmoeidheid. De andere piloten komen bij haar hun ongerustheid uiten en klagen over de werkomstandigheden. Ze neemt dit allemaal erg op zich. Het wordt haar stilaan teveel. Ze voelt zich er zelf aan onderdoor gaan. Ze is al bezig met solliciteren in het buitenland.* ***Vragen****: Alle kenmerken van burn-out. Moet/ kan ik AO attesteren? (62)*

- Argumenten tegen AO vanuit het perspectief van de patiënt (kader 4)

Kader 4: Redenen om AO te weigeren vanuit het perspectief van de patiënt

- Vrees voor ontslag, of niet verlenging van contract
- Vrees dat pensioendatum opschuift
- Arbeidsethiek
- Rekening houden met de werkdruk van collega's
- Geplande vakantie, waardoor AO niet nodig is

Anderzijds zijn er ook heel wat patiënten die *geen AO wensen*, wat niet wil zeggen dat dit, vanuit een medisch oogpunt, altijd te rechtvaardigen is. Vrees voor ontslag is een vaker voorkomende reden om ondanks objectiveerbare gezondheidsproblemen toch aan de slag te blijven (casus 51, 106). Maar ook verlies van bepaalde of vermeende voordelen (bijv. uitstel van pensioendatum; casus 63) kunnen patiënten nopen tot verder werken. Werkethiek '*het werk moet af*', '*er is geen andere mogelijkheid* (casus 35)' en een collegiale houding (casus 77) zijn nobelere redenen om aan de slag te blijven. Er moet ook aangestipt worden dat sommige patiënten geen AO vragen omdat ze net met vakantie zijn of kortelings zullen gaan (casus 24).

> *Een man, 50 jaar, arbeider in overheidsdienst, met een forse balinitis. Dit geeft veel last bij het werken. Maar hij wil niet thuis blijven omdat hij schrik heeft om af te vloeien. Het nieuwe bestuur zoekt naar manieren om het personeelsbestand te verminderen. Hij vreest dus ontslag als hij thuis blijft. (51)*
>
> *Een 49-jarige vrouw, veel verschillende jobs gedaan, nu in de verkoop. Ze is enkele weken bezig. Veel stress maar ze kan dit wel aan. Ze is dit gewoon, goed omringd, etc. Aanmeldingsklacht: laryngitis: ze kan niet spreken, wil een paardenmiddel, want ze is nog in haar proefperiode en ze heeft schrik dat ze haar niet gaan aannemen. (106)*
>
> *64-jarige man, IT sector, tendinose van enkel en vocht intra-articulair na vallen van ladder. Nog vier weken werken en dan op pensioen. … Als hij nu ziekteverlof neemt, schuift de pensioendatum op. Hij wil dus verder blijven werken. (63)*
>
> *51-jarige poetsvrouw met een gekende rugproblemen (hernia) … Ze heeft nu meer last na een zware werkweek: op dit moment zijn er veel zieke collega's, waardoor haar werkdruk omhoog gaat. (77)*

> *52-jarige vrouw, poetsvrouw: sinds drie weken last aan de hiel, bij dorsiflexie en ook als ze 's nachts in bed ligt (dan brandend gevoel). … Dx: enthesopathie van de achillespees … AO nodig? niet echt; want er komt een rustperiode aan; . Wat als er geen verlof periode was aangekomen? … (24)*

"Aangepast werk"

De rapporterende huisartsen hebben heel wat vragen over 'aangepast werk'. Het begrip 'aangepast werk' blijft vaak erg vaag. Er wordt enkel geopperd dat aangepast werk goed zou zijn en dan wordt de vraag gesteld hoe dit te organiseren. Inhoudelijk wordt niet gespecificeerd wat de aanpassing moet inhouden (casus 92, 33).

> *Bij een schoonmaker van 40 jaar met een ontsteking van het acromio-claviculair gewricht door repetitief werk: aangepast werk: hoe aanvragen en wanneer? andere opties? aangepast werk: voor en nadelen? hoe te bespreken met de patiënt? (92)*
>
> *Kan je voor een patiënt met (een opstoot van artrose) aangepast werk aanvragen? Hoe doe je dat? (33)*

Nadere analyse geeft een duidelijker beeld van wat de huisartsen voor ogen hebben (kader 5 & 6). 'Aangepast werk' kan de bedoeling hebben om de patiënt zoveel mogelijk in de huidige job of tenminste in hetzelfde bedrijf of dezelfde organisatie aan het werk te houden. Dit zien de huisartsen haalbaar met volgende maatregelen: a- veranderen naar een minder belastende taakinvulling, b- matigen van de werkdruk, eventueel door deeltijds werk, c- veranderingen in de werkorganisatie en dan voornamelijk werken met andere collega's en/ of chef, en d- ergonomische aanpassingen of aanpassingen aan het productieproces. Op te merken valt dat de patiënt in de casus vaak aangeeft dat er geen aangepast werk beschikbaar is binnen zijn of haar bedrijf. Dit kan betekenen dat de patiënt best verandert van werk. Herscholing en het vinden van een nieuwe werkgever geven dan de beste mogelijkheden om de patiënt actief te houden. Tenslotte, kan het ook de voorwaarde zijn om de patiënt na een langere periode van inactiviteit, terug in te schakelen in het arbeidsproces.

Bij de meeste casussen vraagt de huisarts zich af *hoe en via welke kanalen aangepast werk aangevraagd of geregeld kan worden*. Bij aanpassingen in de huidige werksituatie worden de arbeidsgeneesheer, de werkgever of de personeelsdienst, of de vakbond gelanceerd als mogelijk pistes. Bij verandering van job of re-activatie wordt vaak ook loopbaanbegeleiding en de Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling (VDAB) geciteerd.

Aangepast werk binnen hetzelfde bedrijf of organisatie

Kader 5: Vragen over aangepast werk binnen het bedrijf

- Job inhoud: ander, minder belastend werk;
- Werkdruk & ritme: veranderingen in het werkritme en/ of de werkdruk: deeltijds werken, minder overuren, veranderen van shiftwerk
- Aanpassingen van werkomgeving: werkprocessen, hulpmiddelen, ergonomie: bureau aanpassingen, veiligheidsschoenen, spataderkousen, hulpmiddelen bij sleuren van zware lasten;

Aangepast werk zou, in de vorm van een andere job invulling of door deeltijds werken, een helend effect kunnen hebben op overwerkte pezen (casus 69, 60). Of helpt een andere werkregeling het slaap- en waakritme te herstellen (casus 59). Ook veronderstellen huisartsen dat het aanpassen van de werkplek aan de patiënt een optie is om hem of haar aan het werk te houden of terug te activeren. De gevraagde aanpassingen kunnen gaan van het aanpassen van het bureau (casus 21), het dragen van speciale kledij (veiligheidsschoenen, casus 68; spataderkousen, casus 66) tot vragen over hoe het werk op een andere manier kan gedaan worden zodanig dat dit minder belastend wordt voor de patiënt (casus 88).

> *Man 42 jaar; staand beroep in tuinbouw, pijnlijke voetzolen, lijkt mij fasciitis plantaris, gaat beter met rust maar hij ziet niet zitten om aan baas te zeggen dat hij enkele weken moet thuis blijven. Aangepast werk is er niet volgens hem, weet niet of er arbeidsgeneeskundige dienst is.* ***Vragen:*** *Wat te doen indien de patiënt zegt dat er geen aangepast werk is? Toch voorschrijven? … (69)*
>
> *Vrouw 37 jaar; verpleegster, ze doet haar job heel graag. Sinds enkele weken heeft ze last van beide voeten. Elke stap doet pijn. Diagnose: hielspoor beide voeten. Ze is heel plichtsbewust en wil blijven werken.* ***Vragen:*** *Hoe pak je dit best aan: Aangepast werk voor een tijdje? Of halftijds werken? (60)*
>
> *Man 28 jaar; werkt in de haven, onregelmatig shiftwerk, soms 58u per week, in de zomer vaak 2à3maand verlof door overuren die hij tijdens jaar doet. Nu zit hij er helemaal onderdoor. Hij moest de voorbije maand een andere functie doen, met nog veel zwaarder fysiek werk. Hij slaapt niet, eet niet.* ***Vragen:*** *Even tijd nodig om te recupereren: maar hoelang? En wat lost dit op? Als hij terug gaat werken dan vervalt hij na een tijdje opnieuw?… (aangepast werk is) Minder overuren, regelmatig shiftwerk i.p.v. onregelmatig shiftwerk. (59)*
>
> *Vrouw 30 jaar; Overbelastingsklachten van de rechterschouder zonder duidelijke aanwijzing voor specifieke tendinitis;Bureauwerk;* ***Vragen:*** *1- Is dit evt. arbeid gerelateerd (bureauwerk)?; 2- verbetering mogelijk door werkaanpassing? 3- overleg hierover met AG nodig? Hoe? (21)*
>
> *Man 55 jaar; werkt in snoepjesfabriek, heeft een jeukende uitslag op de voet, de uitslag neemt toe bij dragen veiligheidsschoenen met stalen tip op de natte vloer. Hij zou ook laarzen kunnen dragen maar die zijn minder comfortabel;* ***Vragen:*** *Wat is de regelgeving met betrekking tot veiligheidsschoenen? Kan men deze verplichten? Moet de werkgever deze voorzien en eventueel aanpassen? (68)*
>
> *Vrouw 60 jaar; Werkt in een broodjeszaak (staand beroep), ze heeft last van spataders die erger worden door haar job. Steunkousen dragen ziet ze niet zitten, een operatie zeker niet en zittend werken gaat niet.* ***Vragen:*** *1- kan een staand beroep spataders veroorzaken of verergeren? 2- zijn er andere opties? (66)*
>
> *Man 42 jaar; installeert airco's. Gekend met ruglijden (protrusie L5-S1). Gisteren heeft hij heel veel moeten sleuren, waardoor een toename van de rugpijn. Hij kan nu niet meer uit de voeten.* ***Vragen:*** *zijn er geen hulpmiddelen? Wat is de rol van de arbeidsgeneesheer i.v.m. sleuren van zware lasten? (88)*

Veranderen van werk

Kader 6: Vragen over veranderen van werk

- Bij job-overgang: helpen verwerken van verlies en bij aanpassen aan nieuwe werkomgeving en collega's
- Als de huidige job ziekmakend is: hoe veranderen van job faciliteren? Wie inschakelen? Naar wie verwijzen?

In andere gevallen lijkt veranderen van werk de enige optie. Het gaat vaak om oudere werknemers, die omwille van ziekte of omstandigheden best of verplicht van werk veranderen. De belangrijkste vragen van de artsen, zijn: "waar of bij wie kunnen deze patiënten carrière advies krijgen? Wat zijn de mogelijkheden en de resultaten van loopbaanbegeleiding? Hoe kan men omscholen wanneer de huidige job te ziekmakend is?".

Verplicht veranderen van werk en aan de slag gaan in een nieuwe werkomgeving, kan gezondheids-problemen geven. Zoals bij de casussen die, na jarenlange trouwe dienst, hun werk verliezen door collectief

ontslag na een fabriekssluiting. Ook werk in shiften is een notoire ziekmaker. Anderzijds zijn de relaties op de werkvloer vaak van onderschat belang om werknemers de energie te geven om goed en efficiënt te werken. In een enkele casus nam de patiënt, alvorens te consulteren, reeds de beslissing om te stoppen omdat hij of zij het werk niet meer aan kon, met werkloosheid tot gevolg.

Zo zijn er de drie gevallen waar de patiënt na het verlies van werk redelijk snel weer aan de slag kon in een totaal nieuw bedrijf. Dit geeft echter de nodige problemen: enerzijds nog niet verwerkte rouw omwille van het verlies van de vorige job, en anderzijds aanpassingsproblemen in de nieuwe job (casus 8, 13, 8). Bij één patiënt valt een 5-shiften systeem te zwaar en bij de andere is het moeilijk om onder een veel jongere chef te functioneren (casus 4).

> *Man van 43 jaar, die na een fabriekssluiting en na vele jaren van trouwe dienst, toch snel een andere job vond en nu in een nieuw bedrijf (als stiefbedrijf) werkt onder een veel jongere chef. Hier heeft hij moeilijkheden mee, maar er zit ook nog een heel stuk rouw bij na het gedwongen ontslag.* ***Vragen:*** *Als HA kan je ondersteunen, raad geven etc.; maar niet verder helpen met loopbaan perikelen. Naar wie kan ik verwijzen? Een loopbaanbegeleider of zoiets (hoe? Via VDAB? Andere?) (8)*
>
> *47 jarige man met stressklachten (vnl. maaglast, en andere vage klachten). Hij heeft het nogal erg te verduren gehad recent: werk verloren door fabriekssluiting, maar kon snel in een nieuw bedrijf aan de slag.* ***Vragen****: mijn aanpak is voornamelijk ondersteunend, het verlies van werk helpen verwerken (zie: niet alleen de stress van broodroof, maar ook het verlies van werkmakkers en het 'zich nuttig' voelen, …) en de aanpassingen nodig in de nieuwe job helpen anticiperen (zie: nieuwe routines leren, nieuwe mensen leren kennen, met nieuwe mensen leren werken, …). Maar wat kan ik doen als deze job-overgang mislukt? Waar naartoe verwijzen bij problemen met job-overgang en andere loopbaanperikelen; (13)*
>
> *Man van 45 jaar; Na de sluiting van de fabriek had hij snel nieuwe job. Maar hij heeft 'er zijn draai nog niet gevonden'. Hij werkt in een 5-ploegen systeem, maar geraakt er niet aan aangepast (slaapproblemen, etc.). Om zijn diurne stoornissen op te vangen werd Melatonine voorgeschreven. Omdat hij zelf aangaf mogelijks van job te veranderen, hebben we samen op het net gezocht naar de mogelijkheden voor loopbaanbegeleiding.* ***Vragen:*** *… Naar wie doorverwijzen voor dit soort oudere werknemers die van job en werkomgeving veranderen? (4)*

Bij drie andere gevallen, ontwikkelt de patiënt een probleem waardoor hij niet langer in dezelfde job kan blijven functioneren, omwille van louter somatische redenen. Zo is er de bezetter die artritis, mogelijk leidend tot artrose, ontwikkelt waardoor hij het handwerk niet meer aankan (casus 17). Een andere heeft sinds lang een probleem van stotteren dat recent verergerde doordat hij vaker per telefoon moet werken (casus 18).

> *Man, 48 jaar, bezetter met artritis van proximale en distale interphalangeale gewrichten van beide handen (pijn, zwelling en scheefstand van enkele vingers).* ***Vragen:*** *Advies arbeidsgeneesheer gevraagd (nog geen uitkomst); wat zijn de kansen op ander werk? (17)*
>
> *55-jarige man, met stotteren. Hij schaamt zich op het werk. Hij heeft vooral probleem bij het opnemen van de telefoon. Intussen heeft hij ontslag gevraagd, en is intussen werkloos. Er schijnt volgens hem geen aangepast werk te zijn. Hij durft de arbeidsgeneesheer niet in te schakelen, want volgens hem "staat die toch aan kant van werkgever". Vragen: Nu hij werkloos is, welke kansen heeft hij op een andere job? Wie kan hem begeleiden naar een job binnen de beperkingen van zijn handicap? (18)*

Bij een viertal gevallen gaat het om surmenage en stress op het werk. Zo is er de verantwoordelijke voor kinderopvang die omwille van de zo ernstig verzuurde relaties op het werk, liefst van job zou willen veranderen (casus 75). Of de poetsvrouw die door een veel te strak werkschema met holderdebolder verplaatsingen, helemaal overspannen raakt (casus 84). Tenslotte duikt hier shiftwerk ook weer op als een ziekmaker: bij de dispatcher van een vrachtwagenbedrijf die, door nachtwerk, allerhande stressklachten ontwikkelt door slaapgebrek (casus 15).

Een *28-jarige vrouw is erg ontevreden met de huidige werkplek, en vooral met haar bazin. Is verantwoordelijk voor de organisatie van kinderopvang. Ze wil van job veranderen maar ze is echter alleenstaande moeder en kan om financiële redenen niet zomaar stoppen. … (75)*

Een vrouw van 40 jaar werkt voor een schoonmaakbedrijf. Dit is fysiek zwaar werk, en om de 2 uur moet ze op een andere werkplek binnen de stad zijn. Ze spendeert dan ook veel tijd op de 'tram/bus/fiets', en heeft veel stress om maar op tijd te komen. Ze kampt nu met cervicalgie en spanningshoofdpijn. Ze is nu aan het solliciteren. En ze mag eerder vertrekken bij het schoonmaakbedrijf, mits ze een voltijdse baan met vast contract vindt, anders verliest ze een deel inkomen. Ze doet erg haar best, maar het is niet gemakkelijk. (84)

Een 40-jarige vrouw met slaapstoornissen, rugklachten, moeheid. Ze doet de nachtshift voor de dispatch van een vervoersbedrijf (ze was vroeger zelf vrachtwagenchauffeur). ***Vragen:*** *Wat aanraden: ander werk of andere shift vragen? Hoe kan ik haar hierbij helpen? Moet ik best de arbeidsgeneesheer contacteren? Kan ze herscholen? Hoe advies geven bij loopbaan, en naar wie doorverwijzen? (15)*

Opnieuw inschakelen in het arbeidsproces, re-activering (kader 7)

Kader 7: Vragen over re-activering

- Kan een iemand die werk onbekwaam en daardoor werkloos is vrijwilligerswerk doen?
- Hoe kan je werkhervatting na langdurige werkloosheid voorbereiden?
- Deeltijds werk of flexibele uren zouden hier een oplossing kunnen bieden: kan dat en hoe moet je dat organiseren?

In deze categorie van vragen gaat het om patiënten wiens statuut hen ogenschijnlijk niet in staat stelt om actief te zijn. Sommigen ambiëren vrijwilligerswerk (casus 44), anderen willen aan het werk, maar in een andere sector of beroep (casus 78). Er zijn ook twee patiënten met een chronisch probleem dat zich echter stabiliseert waardoor ze weer aan het werk zouden kunnen. Wat hun conditie ten goede zou komen (casus 73). Of zij die na een tijd van werkloosheid terug aan de slag wilt (casus 80). Telkens vraagt de huisarts zich af of en hoe, inclusief carrière advies en loopbaanbegeleiding, zo'n activering georganiseerd kan worden.

Een vrouw van 51 jaar, werkloos. Consulteert voor een griepaal syndroom. Ze woont alleen en wil vrijwilligerswerk doen. De werkloosheid weegt zwaar daarom wil ze dit doen. Maar ze is bang voor de financiële gevolgen. Ze heeft schrik om daardoor de dop te verliezen. ***Vragen:*** *Kan ze dop verliezen als ze vrijwilligers werk gaat doen? (44)*

*Een man 31 jaar, in opvolging voor een herval van depressie. Momenteel werkloos. Zeer opvallend arbeidsverleden: is tot nu toe 3 maal in- en uit dienst getreden via een interimkantoor bij hetzelfde bedrijf. De reden voor ontslag was telkens ziekte. … Naar de toekomst toe wilt hij zeker weer gaan werken, liefst niet meer hier. Hoe gaan we dit voorbereiden en wanneer is het moment daar dat werkhervatting kan/nodig is?****Vragen:*** *Hoe en wanneer werkhervatting, wie kan carrière advies geven? (78)*

*Een man 52 jaar; nu al bijna 1 jaar arbeidsongeschikt omwille van ethylverslaving en daarmee samenhangende problematiek. Hij spreekt over 'artikel 60'. Zoals ik opmaak uit zijn uitleg, is hij verplicht om een zekere periode werk te verrichten voor het OCMW, om op die manier recht te blijven hebben op een uitkering. Momenteel bekijken we hoe hij terug aan het werk kan gaan.****Vragen:*** *voltijds werken is onmogelijk, deeltijds zou echter prima kunnen: kan of mag dat? … (73)*

Een vrouw van 25 jaar, werkloos. Vroeger heeft ze gewerkt in de poetssector. Ze is daar gestopt omdat haar man niet wilde dat ze 'tussen andere mannen werkte'. Op dit moment is ze wat depressief, maar heeft ze vooral veel stress. De reden is dat ze het financieel erg krap heeft. En ze dreigt verdere inkomsten te verliezen als ze niet op zoek gaat naar werk. Ze wilt echter graag gaan werken (o.a. ook omwille van het sociaal contact) maar denkt dat ze dit niet kan ('ik voel me als een vrouw van 60') of dat haar man het zal afkeuren. Ik maak de afspraak met haar dat ze toch haar CV indient en tweemaal per week op de VDAB site naar werk gaat zoeken. ***Vragen:*** *Ik denk dat werk haar goed zal doen, maar dan wel binnen haar mogelijkheden, d.i. waarschijnlijk halftijds en met uren dat ze haar kinderen naar de opvang kan brengen. Is dit een realistische verwachting of gaat ze verplicht worden om alles aan te nemen? Wat zijn de mogelijkheden bij de VDAB. Kunnen ze een mate van flexibiliteit toepassen afhankelijk van de specifieke situatie van de persoon? (80)*

Regelgeving en administratieve procedures

Langdurige AO, ontslag en invaliditeit (kader 8)

Kader 8: Vragen over langdurige AO, ontslag en invaliditeit

- Patiënten krijgen vaak maandelijks een verlenging van het AO attest bij de huisarts: waarom is dat zo? Is er geen andere regeling mogelijk?
- Wat is ontslag om medische redenen? Kan dit? En vanaf wanneer? Kan je dit vermijden door invaliditeit aan te vragen?
- Wanneer en hoe wordt beslist tot invaliditeit?

Eén casus illustreert alle vragen in verband met langdurige AO, het gevaar van ontslag en de mogelijkheden van het toekennen van invaliditeit (casus 95). Onder langdurige arbeidsongeschiktheid wordt normaal gezien verstaan een periode van meer dan een jaar. Vanaf meer dan twee jaar wordt nagegaan in welke mate invaliditeit kan en moet toegekend worden. Echter, na zes maanden kan een werknemer ontslagen worden omwille van medische redenen. Dit laatste is blijkbaar niet heel goed gekend bij de jongere artsen. Maar ook meer ervaren artsen weten niet goed wanneer en hoe iemand invalide verklaard kan worden. Noch wie hierbij betrokken moet worden: de arbeidsgeneesheer, of de adviserende geneesheer van het ziekenfonds, of de vakbond.

Een vrouw van 49 jaar, werkte vroeger als familiehulp, is nu langdurig werk onbekwaam ten gevolge van 'stroke in the young'. Ik schrijf nu telkens werkonbekwaamheid van enkele maanden (95):

1- *Waarom is dit nog nodig en voor hoe lang? Welke papieren moet ik in orde brengen? Wie initieert de verschillende stappen bij langdurige werkongeschiktheid? Wat moet de huisarts weten wanneer hij wat moet doen en wie moet contacteren?*
2- *Wanneer kan je ontslagen worden bij langdurige AO?*
3- *Wat is er mogelijk voor een re-integratie van deze dame in het arbeidsproces? Welke organisaties kunnen daarbij helpen*

Een 57-jarige chauffeur, met een rotator cuff scheur, is geopereerd en ondergaat een moeizame revalidatie. Hij is nu 6 maanden tijdelijk werk onbekwaam. Hij weet dat hij ontslagen zal worden bij terugkeer. ***Vragen****: kan hij niet op invaliditeit (want hij heeft ook een totale heupprothese en ruglijden); Moet ik de arbeidsgeneesheer inschakelen voor aangepast werk? Of de adviserend geneesheer voor invaliditeit? En wanneer de vakbond inschakelen? (54)*

Aanvragen bij het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ; kader 9)

Kader 9: Vragen over aanvragen bij het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ)

- Komt de pathologie in aanmerking voor een aanvraag bij het FBZ?
- Komt een zelfstandige in aanmerking voor een vergoeding bij het FBZ?
- Komt je in aanmerking als je met pensioen gaat of met pensioen bent (retroactief toegekend)?
- Heeft een uitkering van het FBZ een invloed op je pensioen?
- Kan een aanvraag bij het FBZ een negatieve invloed hebben op je positie binnen je bedrijf?

Bij twaalf casussen wordt de vraag gesteld of het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ) tussenbeide kan komen. Concreet gaat het om epicondylitis lateralis en medialis (casus: 10, 32, 12, 14), carpel tunnel syndroom (casus 99), rotator cuff syndroom (casussen 3, 11, 20), lumbo-ischialgie (casus 5), fasciitisplantaris (casus 69), nek-schouder-arm syndroom (casus 9) en anhydrotisch eczeem ten gevolge van werken zonder handschoenen (casus 94).

Naast de vraag of een aanvraag kan ingediend worden, zijn er nog enkele specifieke vragen: 1- kan een zelfstandige een aanvraag indienen (casus 11)? 2- Kan iemand die in Nederland werkt een aanvraag indienen bij het Belgische FBZ (casus 20)? Nog specifieke vragen zijn: 3- Heeft een tegemoetkoming van het fonds een invloed op de pensioenuitkering (casus 12)? En, 4- kan een gepensioneerde vooralsnog een aanvraag indienen voor lumbo-ischialgie opgelopen tijdens de loopbaan (casus 5)?

> *Heftrukchauffeur van 59 jaar, met een supraspinatus tendinopathie (met verkalking). Hij werkt als zelfstandige en gaat binnenkort met pensioen.* ***Vragen:*** *Komt hij als zelfstandige in aanmerking voor FBZ? (11)*
>
> *60-jarige vrouw met calcifiërendsupraspinatus syndroom, die er 40 jaar schouderbelastend werk heeft opzitten. Ze werk in Nederland en kan binnen 4 maanden met pensioen.* ***Vragen:*** *Kan ze een aanvraag indienen bij het FBZ in België? (20)*
>
> *Een man van 57 jaar met een opstoot van lumbo-ischialgie (eerste na operatie in 2005), en met een tenniselleboog. Hij is metaalbewerker en hij zou eigenlijk met pensioen willen (nog 3j te gaan).* ***Vragen:*** *1- Komt hij in aanmerking voor het FBZ? 2- Zo ja, heeft dit een negatieve invloed op zijn pensioenuitkering? (12)*
>
> *Een gepensioneerde van 67 jaar, met lumbo-ischialgie (gemiddeld eenmaal per jaar, met uitstraling in het been). "Dit is een overblijfsel van mijn werk in de bouw".* ***Vragen****: Kan deze gepensioneerde bouwvakker nog een aanvraag doen bij het FBZ? (5).*

In één geval is er een duidelijke weerstand van de patiënt om de aanvraag in te dienen.

> *Een vrouw van 56 jaar met nek-schouder-arm pijnen doet sinds 30 jaar bandwerk in een fabriek. Wanneer ik haar voorstel een aanvraag te doen bij het FBZ, remt ze af. Ze heeft schrik dat dit een negatieve invloed zal hebben op haar positie binnen het bedrijf.* ***Vragen****: Zou het daarom beter zijn om dit via de arbeidsgeneesheer te doen? (9)*

Opmerkelijk is wel dat de meeste van de aangereikte casussen uit dezelfde groepspraktijk komen. Dit is niet toevallig, omdat zo'n twintig tot dertig jaar geleden hier heel wat gevallen van zware-metalenvergiftiging ontdekt zijn. De ervaring in deze praktijk met beroepsziekten en met het opstellen van aanvragen ter zake is dan ook een stuk groter dan de gemiddelde huisartsenpraktijk. Omgekeerd evenredig, rijst dus de vraag of het niet bevragen van casussen die mogelijk in aanmerking komen voor een aanvraag bij het FBZ, betekent dat veel van de andere artsen niet aan deze mogelijkheid denken.

<u>Arbeidsongevallen en verzekering (kader 10)</u>

Kader 10: Vragen over arbeidsongevallen en verzekering

- Wat zijn valkuilen voor de patiënt i.v.m. terugbetalingen bij een arbeidsongeval?
- Wat is belangrijk in een arbeidsongevallen dossier?
- Wat als de verzekeringsarts niet akkoord gaat met AO periode?
- Kan je dit alleen af als huisarts of werk je best met een expert?
- Wat betekent exact: consolidatie van een arbeidsongevallendossier?
- Wat als je een arbeidsongeval niet aangeeft?

Arbeidsongevallen zijn een speciale categorie van AGA's. In deze bevraging komen ze weinig of niet aan bod. Nochtans leven er heel wat vragen over hoe dit administratief en verzekeringstechnisch best wordt afgehandeld (casus 103).

> *Een vrouw van 30 jaar. … Ze wordt sinds 6 maanden opgevolgd naar aanleiding van een ongeval op weg naar het werk met een Whiplash tot gevolg. Haar klachten blijven aanslepen, beeldvorming geeft geen objectieve defecten. Ze krijgt een intensief kiné programma. Het probleem waar ze mee consulteert is dat … dat de verzekering de zaak wil consolideren. Een expert werd aangesteld maar we krijgen er weinig informatie van en we weten niet goed wat er allemaal gebeurd.* ***Vragen:*** *Wat is belangrijk bij een arbeidsongevallen dossier? Wat kan je doen als de verzekeringsarts niet akkoord gaat?*

Wat zijn de valkuilen bij een arbeidsongeval? Werk je best met een expert, of doe je dat zelf als huisarts? Consolidatie: wat betekent dit? (103)

Een ander probleem dat kan opduiken is dat de patiënt het arbeidsongeval niet aangeeft. Zoals bij de vrouw die zich aan een oven van 1100°C verbrand heeft en niet wil dat de collega's weten dat dit op het werk gebeurd is. Wat daar de mogelijke gevolgen van kunnen zijn wordt hier enkel gesuggereerd (casus 65).

AO & vervangingsinkomen binnen verschillende soorten statuten (kader 11 & 12)

De vragen bij dit thema gaan over de regelgeving i.v.m. arbeidsongeschiktheid en vervangingsinkomen bij verschillende situaties en statuten. De vragen worden soms door de patiënt, waarop de arts dan geen antwoord heeft, en soms door de arts gesteld. Een eerste reeks casussen gaat over mensen met een bedienden statuut maar waar de 'normale regels' mogelijk niet gelden.

Kader 11: Vragen over AO bij bedienden

- Is ontslag tijdens de proefperiode mogelijk? Kan ziekte een reden zijn om iemand niet aan te nemen?
- Technisch werkloos: gaat dit met loonverlies gepaard?
- Schuift de datum van pensionering op door een periode van AO?
- Verminderd het pensioenbedrag als iemand voor zijn pensionering op langdurig ziekteverlof staat?
- Kan een vrouw, die langdurig AO was, na de bevalling terug langdurig arbeidsongeschikt worden?
- Kan een vrouw met een miskraam drie maanden AO krijgen om dit voor een volgende zwangerschap te voorkomen?
- Administratieve verplichtingen van de patiënt bij een arbeidsongeval

Is ontslag door ziekte tijdens proefperiode mogelijk?

Een vrouw 49 jaar, veel verschillende jobs gedaan, nu in de verkoop: kledij. Ze is enkele weken bezig. Individuele verkoopcijfers: stress, ze kan dit wel aan, ze is dit gewoon, ze is goed omringd, etc. ***Context gegevens:*** *Aanmeldingsklacht: laryngitis: kan niet spreken: wil een paardenmiddel—nog in proefperiode en heeft schrik dat ze haar niet gaan aannemen.* ***Vragen:*** *kan je een paarden middel gevel: Medrol (met beperkte evidentie) en nevenwerkingen in functie van de angst patiënt voor werkverlies? Gesprek hierover: ze is weggegaan met medrol: de patiënt was tevreden, ik iets minder. (106)*

Technisch werkloos

Een 28-jarige stewardess. Droom job. Heeft nu te horen gekregen dat ze 5 maanden op 'winterstop' wordt gezet. Gaat al vanaf 1 nov in. Groot probleem, want heeft financiën echt nodig: woont alleen …. ***Vragen:*** *kan een maatschappij dit zomaar doen? Wat is de wetgeving omtrent technische werkloosheid? (87)*

Pensioen

Een 64-jarige man werkt in de IT sector. Presenteert met een tendinose van de enkel en vocht intra-articulair na het vallen van een ladder. Hij moet nog vier weken werken en dan kan hij op pensioen. … Hij zegt dat als hij nu ziekteverlof neemt, de pensioendatum opschuift. Hij wil dus verder blijven werken. ***Vragen:****Is het zo dat de pensioenleeftijd opschuift door arbeidsongeschiktheid? (63)*

Een 56-jarige manager van een veiligheidsfirma voor geldtransport. Hij presenteert met stressklachten. Hij werkt gemiddeld 14u per dag. Hij kan dit niet meer aan en wil stoppen met werken. Brugpensioen kan echter niet meer. Hij vraagt zich vertwijfeld af "ik zal dus op ziekenkas eindigen?" (47)

Zwangerschap

Een 25-jarige vrouw werkt in een beenhouwerij voor de bediening. Heeft reeds geruime tijd last van lumbo-ischialgie, waarvoor ze reeds geruime tijd thuis blijft. Intussen is ze zwanger geweest en bevallen. ***Vragen:*** *kan ze nu meteen terug op mutualiteit? (45)*

Een 29-jarige vrouw met recent een miskraam op 13 weken. Ze wijt dit zelf aan de overbelasting van haar werk. Ze is poetsvrouw in een ziekenhuis. Dit is lichamelijk zwaar, maar geeft ook psychisch veel stress ('geen waardering'). Ze wenst terug zwanger te worden, maar wil dan de eerste 3 maanden thuis blijven om een miskraam te vermijden. ***Vragen****: Is dit op een manier te regelen met behoud van inkomsten? Hoe zit het met de bescherming van de zwanger vrouw op het werk? (76)*

Arbeidsongeval

Een 24-jarige poetsvrouw die nog maar 3 weken in dienst is. Ze is gisteren op het werk van de trap gevallen en op hals en onderrug terecht gekomen. Ze heeft gewoon doorgewerkt, maar deze ochtend is ze echter volledig stijf en kan niet gaan werken. … Mevrouw komt uit Nederland, eerste baantje hier. Heeft geen benul hoe ziekte-aangifte en aangifte arbeidsongeval hier verloopt. Ik heb alles uitgelegd. (82)

Een tweede reeks casussen gaat over mensen in andere dan bedienden statuten. De casussen betroffen mensen in volgende statuten: interim contract (incl jobstudent), dagloners, zelfstandigen, parttimers, werkzoekenden, OCMW steuntrekkers (o.a. onder het statuut van artikel 60). Hierbij weet de huisarts niet meteen hoe een en ander geregeld is en wenst ze meer informatie. De meeste vragen komen voornamelijk van artsen die werken in stedelijke gebieden.

Kader 12: Vragen over AO bij andere statuten

- Hebben al deze statuten dezelfde rechten?
- Wat is gedekt, grote en kleine risico's?
- Vanaf wanneer schakelt men bij AO over naar een vervangingsinkomen betaald door het ziekenfonds?
- Wat is de regelgeving m.b.t. het recht op zwangerschaps- en vaderschapsverlof?"
- Ontslag om medische redenen, kan bij bedienden pas na 6 maanden AO, maar geldt dit ook in deze speciale statuten?
- Vaak wordt gezegd: "ik heb geen ziekenbriefje nodig, ik ben toch werkloos", is dat zo?
- Wat bij interim contracten: zijn werkongevallen gedekt? En door wie?
- Hoe kan je iemand zonder papieren re-activeren?

*Een man van 22 jaar man met burn-out met mogelijk onderliggende depressie. … (hij werkt) … via een interim kantoor in een autofabriek …****Vragen:*** *wat met arbeidsongeschiktheid bij interim werk? Wanneer gaan ze op ziekenkas? Kunnen ze ontslagen worden om medische reden, en wanneer? Waar vindt ik informatie over de rechten van de interim arbeider? (105)*

Een 29-jarige man werkt al 1 jaar via een interimbedrijf als arbeider. Vorige maand is zijn dochter geboren. Hij heeft vaderschapsverlof genomen en komt nu met papieren van de mutualiteit, incl met 'de vertrouwelijke'. ***Vragen:****Is dit allemaal wel nodig, meneer is toch niet ziek? Toch maar alles ingevuld en gevraagd om deze papieren persoonlijk te gaan afgeven met vraag of het zo in orde is. Vaderschapsverlof bij interim contract: welke papieren noodzakelijk? (81)*

35-jarige vrouw. Ze is 6 weken zwanger en heeft klachten van duizeligheid en moeheid. Ze is een poetsvrouw met een interimcontract tot 9/3/2014, daarna is ze terug op werkloosheidsuitkering. We bespreken de mogelijkheden van zwangerschapsverlof of aangepast werk, maar patiënte heeft wat schrik omdat ze interim is. ***Vragen:*** *weet niet of ze als interim zwangerschapsverlof kan krijgen? Ook niet of ze aangepast werk kan krijgen? (27)*

Een 22-jarige vrouw werkt met dag contracten aan de haven. Ze is nu tweemaal door de baas doorgestuurd om op ziekenkas te gaan. Er is geen werk, en ze heeft geen recht op dop omdat ze nog in de wachttijd zit. ***Vragen****: Een niet-zieke patiënt die via de baas om een attest AO vraagt: mag dat, kan dat? (46)*

Zelfstandige

Een man van 32 jaar, zelfstandige beeldhouwer met een keelontsteking. ***Vragen:*** *Hoe zit het met de zelfstandigen: wanneer vallen ze terug op ziekenkas? (104)*

Werkloos

Een 38-jarige vrouw, arbeidsongeschikt omwille van een depressie. Momenteel is ze werkeloos (vroeger op call center gewerkt). Is echter aan het solliciteren. ***Vragen****: Wat als ze snel werk vindt? Moet ik daarom nu maar een korte AO schrijven? (74)*

Sans-papiers

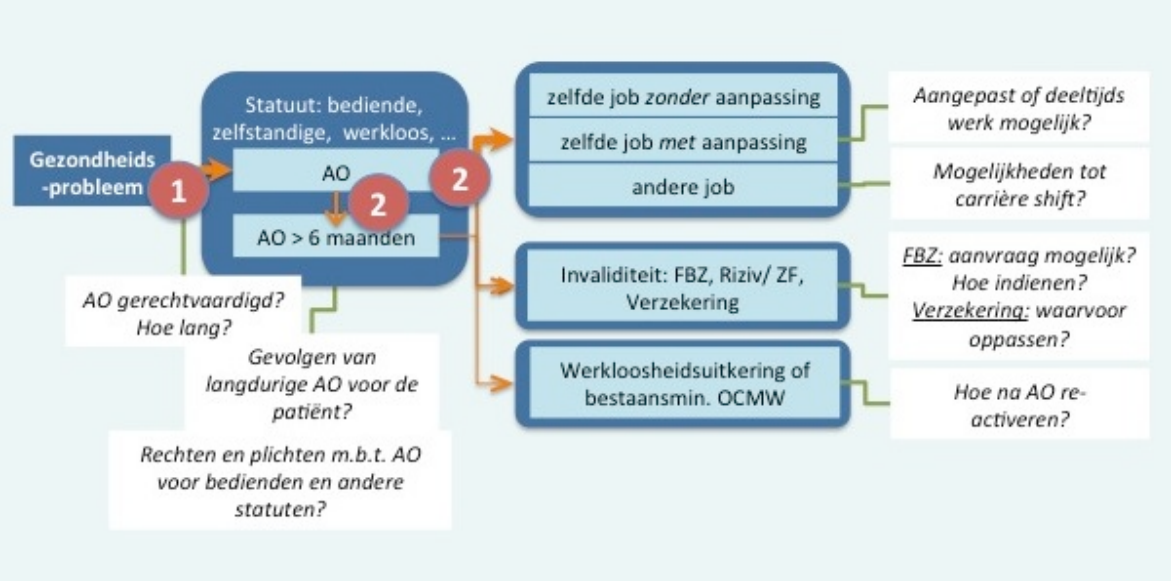
> *Een vrouw van 29 jaar. Ze is al 10 jaar in België, 3 jaar getrouwd, en heeft nog steeds geen Belgische pas. Ze is werkloos. Ze verveelt zich, ze heeft angsten met een depressieve ondertoon. Ze is bezorgd over haar toekomst en dat van haar kind.* ***Vragen****: Welke zijn de specifieke instanties en mogelijkheden voor sans papiers die werkeloos zijn om aan werk te geraken? (100)*

Bespreking

Dit is de op één na (Henderickx & Krammisch 2009) eerste in België, ons bekende, beschrijving van wat huisartsen doen met arbeid-gerelateerde aandoeningen en problemen en vragen die ze hiermee hebben. De casussen in deze kwalitatieve studie leverden een breed pallet aan problemen, vragen en suggesties op, waarbij de gegevens maximaal werden benut en we van saturatie kunnen spreken. Echter, voor sommige codes was er slechts één casus beschikbaar, het is dus mogelijk dat andere vragen niet aan bod zijn gekomen. Bij het samenstellen van de deelnemende huisartsen (purposeful sampling) werd een gelijke verdeling in praktijkervaring en de ligging van de praktijk (in en buiten de stad) bekomen. Het aantal vrouwen alsook andere praktijkvormen waren echter ondervertegenwoordigd. Kwalitatief vervolgonderzoek kan nuttig zijn met verder doelgericht samplen van huisartsen die hier niet aan bod kwamen. Deze studie laat ook toe om semi-kwantitatief onderzoek voor te bereiden, waardoor het soort AGA's en soorten vragen en problemen gekwantificeerd kunnen worden.

Om de resultaten van deze studie bevattelijk samen te vatten, stellen we een eenvoudig schema voor uitgaande van het perspectief van de patiënt. Deze gaat door twee fasen: het al of niet opnemen en het weer afgeven van de ziekte rol (zie donkere of blauwe kaders in figuur 1) (Helman 1984). Bij beide stappen speelt de huisarts een beslissende rol. Bij de eerste moet ze de arbeidsongeschiktheid attesteren en de duur ervan bepalen. Bij de tweede stap moet ze beslissen over het al dan niet continueren van het attest, waarbij andere factoren zoals de mogelijkheid van aangepast of ander werk mee bepalend zijn. Wanneer beslist wordt de ziekterol te bestendigen komen vragen over de gevolgen van langdurige AO en invaliditeit, bestaanszekerheid en vervangingsinkomen naar boven. De huisarts stelt zich heel wat vragen om haar beslissingen te motiveren (zie witte kaders in fig.).

Figuur 1: Beslissingen en vragen m.b.t. het attesteren van de ziekterol obv content analysis van casusdata



Uit deze registratie blijkt dat huisartsen meer vragen hebben over de verantwoording van het attest als het gaat om minder objectiveerbare klachten en meer psychologische en sociale problemen. De zekerheid waarmee de artsen AO attesteren vermindert hoe verder ze zich van hun vertrouwde somatische stek bevinden. En dit probleem lijkt belangrijker voor de jongere artsen. Oudere huisartsen lijken hier minder problemen mee te hebben omdat ze de problematiek van de patiënt vanuit een holistisch perspectief kunnen bekijken. Uit de casussen blijkt ook dat het gesprek over AO vaak een negotiatieproces is. In een aantal gevallen zorgt dit, zo niet voor spanningen in de communicatie, dan toch voor onzekerheden bij de arts. Het perspectief van de arts, eerder biomedisch versus 'bio-psycho-sociaal', speelt hierbij een duidelijke rol. Ook de patiënt neemt een actieve rol op in het beslissingsproces. Dit blijkt uit de casussen waar hij, ook al lijkt dit uit medisch oogpunt onverantwoord, geen AO wenst op te nemen. Er is hier duidelijk vraag en ruimte voor meer wetenschappelijke richtlijnen en meer inzichtelijk onderwijs. Het is evident dat dit complexe beslissingen zijn waar zowel wetenschap als de situatie en de weerbaarheid van de patiënt en de sociale context een rol spelen.

Bij de beslissing tot het attesteren van AO stellen artsen zich ook heel wat vragen over de mogelijke gevolgen van hun beslissing voor de patiënt. Het gaat hier over de regelgeving in verband met de rechten van zowel bedienden als mensen in andere statuten. De vragen zijn hier nogal eclectisch, behalve voor deze over interim contracten. De basis vraag is hier steeds of deze dezelfde rechten hebben als patiënten met een bediende statuut. De reden waarom meerdere casussen over het interim contract gaan, heeft mogelijk te maken met het huidige economische klimaat dat dit soort contracten aanmoedigt. Waar de huisarts met deze vragen terecht kan wordt nergens gesuggereerd. Dit is evenwel het expertiseterrein en het

werkdomein van de sociale werkers van ziekenfondsen en OCMW's. Opleiding, met meer feitenkennis over ons sociaal zekerheidsstelsel, en de rechten en plichten die dit meebrengt, zou meer inzicht verschaffen in deze problematiek. Ook, persoonlijke contacten met sociale werkers waar huisartsen met specifieke vragen terecht kunnen of een website met FAQ's over dit onderwerp, zou al heel wat vragen kunnen oplossen.

Een uitweg uit het ingewikkelde beslissingsproces is natuurlijk *geen* AO attesteren. Inderdaad de mogelijkheid van 'aangepast werk' wordt niet alleen geopperd na AO. In heel wat gevallen komt dit ook naar voren als alternatief voor AO. Vaak is dit vermoedelijk een goed alternatief. Patiënten die aan het werk blijven of zo snel mogelijk terug geactiveerd worden blijken immers sneller te recupereren en minder langdurig arbeidsongeschikt te zijn. Een eerste voorwaarde is dan een duidelijke definiëring van wat ermee bedoeld wordt. 'Aangepast werk' is echter een term die in de casussen vaak niet verder geduid wordt, of die meerdere ladingen kan dekken. Toch zijn er volgens de rapporterende artsen – als werk ziek maakt of als ziek-zijn niet meer past binnen de huidige werkorganisatie – een aantal mogelijkheden binnen hetzelfde bedrijf of organisatie. Deze zijn: 1- het opnemen van een minder belastende job; 2- het matigen van de werkdruk, eventueel door deeltijds werk; 3- veranderingen in de samenstelling van het team of de ploeg en/ of de chef, en 4- ergonomische aanpassingen of aanpassingen aan het productieproces. Wie hiervoor moet aangesproken worden: de werkgever of personeelsdienst, de arbeidsgeneesheer of de vakbond, is voor veel huisartsen niet duidelijk. 'Aangepast werk' houdt soms ook in dat de patiënt genoodzaakt is om elders werk te gaan zoeken. Bij het veranderen van werk, worden vragen gesteld over de mogelijkheden van loopbaanbegeleiding, carrière advies bureaus en de VDAB. Echter, of 'aangepast werk' in de Belgische context ook een realistisch alternatief is, is minder zeker. Of de patiënten er ook in slagen om 'aangepast werk' te vinden is niet voldoende duidelijk uit dit onderzoek. In heel wat casussen geven patiënten wel duidelijk te verstaan dat dit in hun bedrijf niet kan. De huisartsen, hoewel ze dit niet woordelijk aangeven – buiten één huisarts die bijna wanhopig uitroept "*hoe kunnen we in België evolueren zoals in Nederland, waar de werkgever verplicht is aangepast werk te organiseren … !?* (casus 1)" –, lijken te beseffen dat ze hier geen of zeer weinig vat op hebben. Telkens wordt dan naar de arbeidsgeneesheer gerefereerd. Maar over zijn rol en mogelijkheden blijkt ook heel wat onduidelijkheid te bestaan. Zoals aangegeven door een arts is in andere landen (Nederland) aangepast werk veel couranter omdat, naast de verplichting voor de werkgever, de arbeidsgeneesheer hierin, anders dan in België, een beslissende verantwoordelijkheid heeft . Huisartsen zouden ook de rol en verantwoordelijkheden van de arbeidsgeneesheer beter moeten kennen. De communicatiekanalen tussen beiden zouden zo goed moeten functioneren zoals tussen de huisarts en gelijk welke andere specialist, die telefonisch gemakkelijk te consulteren is. Natuurlijk, zolang aangepast en deeltijds werk niet afdwingbaar zijn bij de werkgever, blijft het moeilijk om dergelijk advies te geven.

Daarom ligt hier een rol voor de politici en de vakbonden, om meer wettelijke mogelijkheden voor het verplichten tot aangepast werk te creëren.

Een derde optie is langdurige arbeidsongeschiktheid voorschrijven waardoor op een gegeven moment ontslag om medische redenen kan volgen, en de patiënt voor bepaalde soorten jobs niet meer in aanmerking komt. Het toekennen van een percentage invaliditeit is hieraan gekoppeld. Drie instanties kunnen een vergoeding toekennen voor invaliditeit: het ziekenfonds (enkel bij meer dan 66%), het FBZ of de ongevallenverzekering (bij werkongeval). Merkwaardig komen deze aspecten bij slechts enkele casussen aan bod. Het is niet duidelijk waarom dit zo is. Enerzijds is het mogelijk dat de prevalentie van dit soort problemen redelijk laag ligt. Toch blijkt uit de paar vragen die gesteld worden dat dit een erg onbekende materie is. Nochtans kan de ontvankelijkheid van een dossier bij het FBZ, of een correcte procedure bij de verzekering, financieel voor de patiënt een groot verschil uitmaken. De belangrijkste vragen zijn wat de huisarts moet doen opdat zulke dossiers op tijd en voldoende beargumenteerd worden ingediend, en hoe ze deze met goed gevolg kan verdedigen wanneer de tegenpartij of toekennende instantie objecties heeft. Ook hier is meer feitelijke kennis over het sociale zekerheidsstelsel, en de verschillende verzekerings- en tegemoetkomings-mechanismen belangrijk. Maar ook, 'hand-on' kennis over hoe een specifiek dossier aangepakt en verdedigd kan worden. Mogelijk moeten huisartsen hier toch zelf de beschikbare kennis en expertise bundelen. Samen met de patiënt zijn ze in principe de enige belanghebbenden om deze dossiers vlot te laten behandelen.

Besluit

Het kwalitatieve karakter van deze studie geeft naast een beter begrip van de problemen die huisartsen ervaren wanneer ze geconfronteerd worden met AGA's, ook aanknopingspunten voor een beter beleid. Volgende zijn slechts enkele van de acties die ondernomen kunnen worden: 1- Informatie en opleiding, inclusief studie over de rol van AO bij het genezingsproces en de optimale duur ervan; 2- meer uitwisseling tussen huisartsen en sociale werkers over de sociale en financiële gevolgen m.b.t. ziekte en AO; 3- een duidelijke taakomschrijving voor arbeidsgeneesheren en meer communicatie over vnl. aanpassen van werk en werkomstandigheden; 4- meer stringente wetgeving naar de werkgever toe i.v.m. aangepast werk, met een duidelijke rol voor vakbonden en politici; 5- een expertise centrum voor en door huisartsen over de regelgeven en procedures m.b.t. langdurige AO en aanvragen over invaliditeit.

Referenties

Alasuutari, P. (1995) *Researching Culture, Qualitative Method and Cultural Studies,* London: SAGE

Bloor, M. and Wood, F. (2006) *Keywords in Qualitative Methods: A Vocabulary of Research Concepts,* 1 ed.*,* London: SAGE Publications.

Chamberlain, K., Camic, P. and Yardley, L. (2004) *Qualitative analysis of experience: grounded theory and case studies, Research Methods for Clinical and Health Psychology,* 1 ed.*,* London: Sage Publications Ltd.

Downe-Wamboldt, B. (1992) Content analysis: methods, applications, and issues. *Health Care Women Int.,* (13), pp. 313-321.

Elo, S. and Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process. *J. Adv.Nurs.,* (62), pp. 107–115.

Gbrich, C. (2007) *Qualitative Data Analysis: An Introduction,* 1 ed.*,* London: Sage Publications.

Helman, C. G. (1984) *Culture, health and Illness. Ab Introduction for health professionals,* 3 Rev.ed ed.*,* Oxford: Butterworth-Heinemann. pp 110-12

Henderickx, S. and Krammisch, H. (2009) *Dokter, ik ben op. Over werkstress*, EPO.

Morgan, D. R. (1999) The general practitioners' view. *Occup Med (Lond), 49*(6), pp. 403-5.

Sandelowski, M. (2010) What's in a name? Qualitative description revisited. *Res. Nurs. Health, 33*, pp. 77–84.

Hoofdstuk 5: Barrières en oplossingen voor de aanpak van AGA's in de huisartsenpraktijk

Verbrugghe B.

1 Inleiding 3
1.1 Arbeid is een sociale gezondheidsdeterminant 3
1.2 Arbeid in de huisartsgeneeskunde 4
1.3 Doelstelling 5
1.4 Onderzoeksvragen 5
2 Methodologie 7
2.1 Literatuur 7
2.2 Praktijk casussen 7
2.2.1 Onderzoeksperspectief en methodologie 7
2.2.2 Dataverzameling & analyse 8
2.3 Interviews 9
2.4 Triangulatie 10
3 Resultaten 11
3.1 Literatuur 11
3.1.1 Detectie 11
3.1.1.1 Oplossingen voor de onder-detectie 12
3.1.2 Aangifte 12
3.1.2.1 Oplossingen voor de onder-aangifte 13
3.1.3 Samenwerking met de arbeidsgeneesheer 13
3.1.3.1 Oplossingen voor de moeilijke samenwerking met de arbeidsgeneesheer 14
3.1.4 Kennis en educatie 14
3.1.4.1 Oplossingen voor het tekort aan kennis en educatie 14
3.2 Praktijk casussen 14
3.2.1 Barrières met betrekking tot de huisarts 14
3.2.1.1 'Kennis en informatie' 15
3.2.1.2 'Rolperceptie en deontologische aspecten' 17
3.2.2 Barrières met betrekking tot de patiënt 17
3.2.2.1 De Ideas, concerns and expectations van de patiënt 17
3.2.3 Barrières met betrekking tot de actoren waarmee de huisarts samenwerkt 18

3.2.3.1 De arbeidsgeneesheer 18
3.2.3.2 De vakbonden 20
3.2.3.3 Andere actoren 20
3.3 Interviews 21
3.3.1 Barrières met betrekking tot de huisarts 21
3.3.1.1 'Kennis en informatie' 21
3.3.1.2 'Rolperceptie en deontologische aspecten' 23
3.3.2 Barrières met betrekking tot de patiënt 23
3.3.3 Barrières en oplossingen met betrekking tot de actoren waarmee de huisarts samenwerkt 24
3.3.3.1 De arbeidsgeneesheer 24
3.3.3.2 De vakbonden en het CPBW 26
3.3.3.3 Het Fonds voor de beroepsziekten 27
3.3.3.4 De specialist 28
3.3.3.5 De arbeidsinspectie 29
3.4 Triangulatie 30
4 Discussie 32
4.1 Barrières met betrekking tot de huisarts: 'kennis en informatie' 32
4.1.1 Diagnostiek en de behandeling 32
4.1.2 Procedures en wetgeving 32
4.1.3 Procedures en wetgeving m.b.t. het Fonds voor de Beroepsziekten 33
4.1.4 Barrières met betrekking tot de huisarts: 'rolperceptie en deontologische aspecten' 35
4.2 Barrières met betrekking tot de patiënt 37
4.3 Barrières en oplossingen met betrekking tot de arbeidsgeneesheer 37
4.4 Fitting the pieces together 40
4.5 Wat voegt dit onderzoek toe? 41
4.6 Sterktes 41
4.7 Beperkingen 42
5 Besluit 43
6 Aanbevelingen 44
Referenties 45

1 Inleiding

1.1 Arbeid is een sociale gezondheidsdeterminant

Er bestaan aanzienlijke ongelijkheden[1] in gezondheid zowel tussen landen als binnen een land. Deze ongelijkheden zijn niet enkel te verklaren aan de hand van genetische determinanten en persoonlijke keuzes. Uit epidemiologische gegevens blijkt dat deze ongelijkheden een bepaalde sociale stratificatie vertonen, gebaseerd op socio-economische status, geslacht, etniciteit, cultuur of geografische ligging(Amable, Ballell et al. 2007, Marmot, Friel et al. 2008, Venkatapuram, Bell et al. 2010). De meeste auteurs beschouwen gezondheidsverschillen tussen mensen als onbillijk[2], indien ze structureel en te voorkomen zijn(Starfield 2011). De sociale determinanten van gezondheid (SDH) liggen aan de basis van deze gezondheidsverschillen. De SDH's zijn 'de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden, waaronder de gezondheidszorg' (Commission on Social Determinants of Health 2008). Het werk en de daar nauw mee verbonden socio-economische status zijn de belangrijkste verklarende determinanten voor het ontstaan van de sociale gradiënt in gezondheid[3](Commission on Social Determinants of Health 2008). In de Europese context zijn ongunstige werk omstandigheden ongelijk verdeeld[4] over de samenleving (Eurofound, Parent-Thirion et al. 2012). Verschillende veranderingen in de arbeidsmarkt zoals flexibilisering veroorzaken precarisering[5] van het werk, job-onzekerheid en een toename aan tijdelijk werk(Vandenbrande, Vandekerckhove et al. 2013) en

---

[1] Inequalties

[2] De term '(in)equity' (billijkheid) komt voort uit 'social justice theories'[2] en wordt voorbehouden voor ongelijkheden; zoals deze in de gezondheid, die volgens de theorie als oneerlijk[2] aanzien worden. Ward, P. R. (2009). "The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a 'fair go, for a fair innings'." Qual Prim Care **17**(1): 49-54, Starfield, B. (2011). "The hidden inequity in health care." Int J Equity Health **10**: 15. De WHO commissie bevoegd voor de sociale determinanten ziet 'sociale rechtvaardigheid' als de basis en legitimatie om inequities te verminderen.Venkatapuram, S., R. Bell and M. Marmot (2010). "The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice." Health Hum Rights **12**(2): 3-16.

[3] Het begrip 'selection' duidt het proces waarbij gezondheid de socio-economische situatie bepaalt. Het begrip 'causation' duidt het tegenovergestelde proces. Het proces dat achter 'causation' schuilt kan het grootste deel van de socio-economische gezondheidsverschillen verklaren.Mackenbach, J. (2006). Health inequalities: Europe in profile. European commission:"Tackling Health Inequalities: Governing for Health", European Commission.

[4] Een concreet voorbeeld van een onbillijke distributie van gezondheidsrisico's op het werk, is het werken met kankerverwekkende stoffen, arbeiders worden hier 10 maal frequenter aan blootgesteld dan werknemers in een kaderfunctie. Mengeot, M.-A., T. Musu and L. Vogel (2007). Occupational cancer the Cinderella disease. ETUI. Belgium, European Trade Union Institute for Research, Education, Helath and Safety**:** 1-52. Deze hogere blootstelling resulteert, bij de lage socio-economische laag van de bevolking, in hogere kanker incidenties gelieerd aan het werk, Hierbij zou ongeveer 1/3 van het verschil in kanker-gerelateerde sterfte tussen hoge en lage sociale strata te wijten zijn aan de beroepsblootstelling. Boffetta, P., M. Kogevinas, P. Westerholm and R. Saracci (1997). Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence Cancer Epidemiology - Social Inequalities and Cancer. N. P. M. Kogevinas, M. Susser and P. Boffetta, International agency for research on cancer**:** 331-341.

[5] Dimensies van precair werk: tijdelijk contract, laag inkomen, beperkte ontwikkelingsmogelijkheden, intensieve werktijden, flexibele werktijden, geen informatie over veiligheid en gezondheid, weinig werknemersvertegenwoordiging, weinig inspraak.

hebben een negatieve impact op de gezondheid van de werknemers(Benach, Muntaner et al. 2010). Het meest duidelijke voorbeeld hiervan is de toename van werkeloosheid en de daarmee gepaard gaande negatieve gevolgen voor de gezondheid(Diderichsen and Hallqvist 1997, Waddell and Burton 2006, Benach, Muntaner et al. 2010). Werk kan een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheid en het welzijn van het individu(Kelloway and Day 2005), belangrijk hierbij aan te merken is dat voornamelijk de aard en de kwaliteit van het werk[6] bepalen of werk al dan niet goed is voor de gezondheid(Waddell and Burton 2006).

De veranderingen in de organisatie van het werk en de blootstelling aan 'nieuwe' risicofactoren brengen ook 'nieuwe' aandoeningen met zich mee. De relevantste, in frequentie, opkomende risicofactoren voor de huisarts zijn de psychosociale en fysische/ergonomische(OSHA 2007). Deze epidemiologische shift is ook merkbaar in de evolutie van de gesloten lijst van het FBZ, waarbij sinds 2012 bepaalde RSI's[7] zijn opgenomen. Vanaf het eerste jaar dat gingen deze groep aandoening meteen ook een groot deel van het aanvragen uitmaken(FBZ 2012). Andere opkomende (multi-causale) aandoeningen gelinkt aan het werk, psychische overspanning, burn-out, lage rugpijn,… prijken (voorlopig)[8](Kieffer 2004) niet in de gesloten lijst van het FBZ maar zijn ook zeer aanwezig op het spreekuur(Hussey, Carder et al. 2013). De beleidsmaatregelen in de 'sociale sfeer', zoals het opnemen van een nieuwe aandoening in de lijsten van het FBZ), komen tot stand om de werknemers te beschermen tegen de onveiligheden en onzekerheden van de arbeidsmarkt (Amable, Ballell et al. 2007) en dit kan een belangrijke bijdrage leveren voor de gezondheid. (Benach, Muntaner et al. 2010)

1.2 Arbeid in de huisartsgeneeskunde

Ondanks de maatschappelijke relevatie en het feit dat AGA's frequent voorkomen in de huisartspraktijk(Benavides, Castejon et al. 2005, Weevers, van der Beek et al. 2005), vormt het domein toch een grote blinde vlek voor vele (huis)artsen (O'Hara, Elms et al. 2004, Vogel 2011).

Gezondheidssystemen fungeren als sociale determinanten die zowel 'upstream' als 'downstream' hun invloed hebben(Gilson, Doherty et al. 2007). De eerste lijn gezondheidszorg heeft het potentieel om de negatieve impact van SDH's tot zekere hoogte te mitigeren en dit gaat hand in hand met de holistische kijk van de huisarts op de gezondheid en het welzijn van de patiënt (Shi, Starfield et al. 1999, Starfield 2011).

---

[6] Een recente studie in de Belgische context bevestigde de positieve relatie tussen baankwaliteit en het welzijn en de gezondheid van de werknemers. Wanneer Vandebrande en collega's de banen in België onderverdelen in types zien we dat slechts 1 op de 3 banen van 'goede kwaliteit' zijn. "IS WORK GOOD FOR YOUR HEALTH AND WELL-BEING?", Vandenbrande, T., S. Vandekerckhove, P. Vendramin, G. Valenduc, R. Huys, G. Van Hootegem, I. Hansez, C. Vanroelen, V. Puig-Barrachina, K. Bosmans and H. De Witte (2013). "Kwaliteit van werk en werkgelegenheid in België." 1-186.

[7] Repetitive Strain Injury

[8] Welke aandoeningen op de gesloten lijst terechtkomen zijn functie van het maatschappelijk debat, dit varieert dan ook aanzienlijk tussen de Europese landen.

Deze holistische kijk is in het bijzonder relevant bij psychosociale en musculoskeletale AGA's die vaak multi-causaal zijn.

De huisarts moet in de arbeidscasus vele verschillende competentieterreinen met elkaar verbinden, die op hun beurt opnieuw onderhevig zijn aan verschillende barrières. Om tot een diagnose te komen dient ze o.a. een arbeidsanamnese af te nemen, kennis te bezitten over AGA's en van de verwijsmogelijkheden. Om tot een gepast beleid te komen dient ze rekening te houden met ICE van de patiënt met betrekking tot het werk, ze dient hierbij eventueel te onderhandelen over de behandeling of werkonbekwaamheid en kan hierbij in een waardenconflict komen met de eigen ICE.

(On)rechtstreeks zijn vaak ook specifieke actoren betrokken in de arbeidscasus. Het betreft de o.a. de arbeidsgeneesheer, de werkgever, het Fonds voor de Beroepsziekten en de vakbonden. Niet infrequent zijn hier verschillende barrières aan geassocieerd. Het vinden van de juiste informatie met betrekking tot de diagnose, behandeling, aangepast beleid en het 'socio-administratieve' luik is vaak moeilijk en tijdrovend.

1.3 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de barrières waarmee de huisarts geconfronteerd wordt bij de herkenning, diagnostiek en aanpak van AGA's, om vervolgens een gids te ontwikkelen die de huisarts in staat stelt tijdens de consultatie snel toegang te hebben tot informatie over de herkenning, de diagnose en de aanpak van arbeid gebonden aandoeningen. De eerste fase bestaat erin, inzicht te verwerven in de problemen en struikelblokken die een huisarts ondervindt wanneer zij geconfronteerd wordt met een AGA. De tweede fase combineert de kennis over de struikelblokken en oplossingen die de experten en de literatuur ons aanreiken. In een derde fase gaan we na wat de informatiebehoefte bij huisartsen nu precies inhoudt. In de laatste fase proberen we aansluiting te vinden bij deze struikelblokken en informatiebehoefte, door informatie op een overzichtelijke wijze onder te verdelen en aan te bieden. Een eerste versie van de gids werd samengesteld. Dit onderzoeksrapport beschrijft fase 1 t.e.m. 4, maar vermijdt overlap met wat reeds besproken werd in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 2 eindigde met een inzicht in de struikelblokken die de huisarts ervaart, alsook een indicatie van de informatienood. Dit hoofdstuk bouwt hierop verder, met herhaling van enkele belangrijke elementen.

1.4 Onderzoeksvragen

- Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de belangrijkste struikelblokken voor de herkenning, diagnose en aanpak van AGA's in de huisartsenpraktijk, volgens huisartsen en experts?

  Het benaderen van de barrières vanuit het perspectief van de huisarts werd reeds besproken in hoofdstuk 2, hier introduceren we het perspectief van de experten op deze materie.
- Onderzoeksvraag 2: Wat is al gekend over deze problematiek met betrekking tot deze struikelblokken en oplossingen in de literatuur en volgens de visie van experten?

De literatuurstudie in hoofdstuk 2 haalde de kennis omtrent de struikelblokken en oplossingen reeds aan, gaan we hier verder op in en toetsen dit af aan de data bekomen uit de praktijkcasussen als uit de interviews.

- Onderzoeksvraag 3: Welke elementen kunnen opgenomen worden in een handige en snel-consulteerbare praktijkgids? En waarom?

  De informatie nood van huisartsen wordt nagegaan vanuit het perspectief van de huisarts, de expert en de literatuur. Deze informatie nood maakt het mogelijk om een ondersteuning te bieden die hierop aansluit.

2 Methodologie

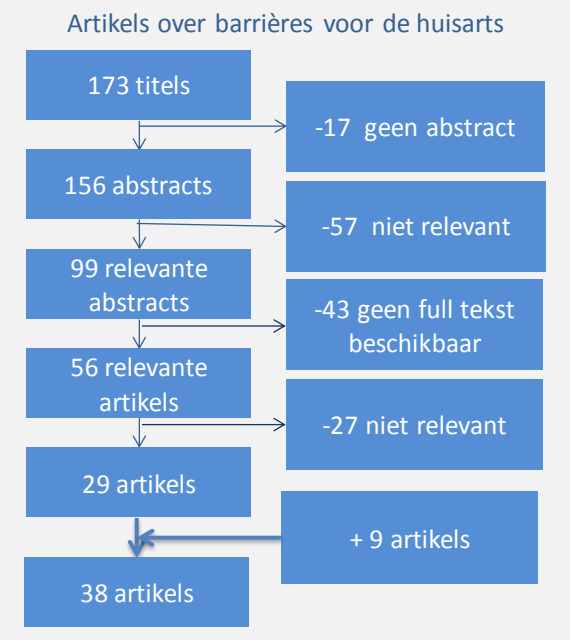
Dit hoofdstuk wil een dieper inzicht geven in de barrières en de mogelijke oplossingen d.m.v. triangulatie. Dit gebeurt aan de hand van 3 bronnen van data: de wetenschappelijke literatuur, kwalitatieve data onder de vorm van praktijkcasussen en kwalitatieve data onder de vorm van interviews. Vorige hoofdstukken maakten reeds gebruik van deze eerste twee bronnen, de data uit de interviews zijn nieuw en worden hier integraal gepresenteerd onder de resultaten sectie. De data uit de praktijkcasussen worden onderworpen aan een secundaire analyse. De bevindingen uit de literatuur staan beperkt beschreven per thema in de resultaten sectie.

2.1 Literatuur

Voor de uitwerking van het gemeenschappelijke gedeelte en zoektermen verwijs ik graag naar hoofdstuk 1.

Inclusie criteria: studies over AGA in de huisartsenpraktijk.

Exclusie criteria: studies niet relevant voor de organisatie van de Belgische eerste lijn, omdat de organisatie van de gezondheidszorg niet vergelijkbaar is. Studies die niet relevant waren omwille van te specifieke aandoeningen, opiniestukken en commentaren uit medische tijdschriften werden ook niet opgenomen, evenals studies die handelen over de werkomstandigheden van de huisarts.



Bij complexe onderwerpen kan een uitbreiding van de zoekstrategie bovenop een 'protocol-driven search' een meerwaarde betekenen(Greenhalgh and Peacock 2005). Er is gebruik gemaakt van 'snowballing', 'serendipiteit' alsook van artikels aangeraden door collega's. Deze groep leverde 9 nieuwe artikels aan. In deze groep artikelen zitten ook artikels, die niet bekomen zijn via Pubmed. Het betreft voornamelijk (onderzoeks)-rapporten van instanties actief op dit domein en die meer de achtergrond bieden voor het plaatsen van deze problematiek binnen de maatschappij.

2.2 Praktijk casussen

2.2.1 Onderzoeksperspectief en methodologie

Om een antwoord te vinden op onze onderzoeksvragen, moeten we het perspectief van de huisartsen zelf exploreren en dus doen we beroep op een kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Inderdaad proberen we

via de deelnemers zo dicht mogelijk te komen bij de vraagstukken waar ze in de realiteit tegen aanlopen. In hoofdstuk 2 hebben we dit gekaderd binnen het 'factist' perspective als achterliggend wetenschapsfilosofische perspectief (Alasuutari 1995, Sandelowski 2010). 'Content analysis' is een onderzoeksmethodologie die hierbij past. Content analyse laat toe om kwalitatief te analyseren en toch ook deels te kwantificeren (Gbrich 2007). Het is een 'beschrijvende' methodologie waarin zowel coderen van de data thuishoort, maar ook het tellen van deze codes en het interpreteren hiervan(Downe-Wamboldt 1992).

2.2.2 Dataverzameling & analyse

Het analytisch proces werd onderverdeeld in twee grote fases. In de eerste fase werkten we in groep, in de tweede fase individueel.

Toelichting Fase 1

Fase 1 wordt uitvoerig besproken in de methodologie sectie van hoofdstuk 2.

Toelichting fase 2

Additioneel aan de codering die tezamen gebeurde hebben we alle casussen opnieuw doorlopen met de voornaamste barrières die uit de literatuur naar boven kwamen in het achterhoofd. Daarbij hebben we geprobeerd om met een kritische en open blik de toepasbaarheid van de richtinggevende begrippen[9], in casu de barrières, op de praktijkcasussen na te gaan. De barrières die uit de literatuur naar voren kwamen zijn te vinden in de eerste kolom van de triangulatie tabel in de resultaten sectie. Eveneens werd een analyse gemaakt van de vraagstelling, hierbij zijn we geïnteresseerd in wat een vraag nu precies inhoudt, met als doelstelling de 'informatie-behoefte' bij de huisartsen te categoriseren. Het idee om vragen onder te verdelen in 'type' vragen kwam van het onderzoeksrapport opgesteld door Verbeek en Van Dijk dat een onderscheid maakt tussen 'foreground questions' en 'background questions'. Een indeling die op zich afkomstig is uit de EBM[10], maar dan toegepast in het domein van de arbeidsgeneeskunde (Verbeek and Van Dijk 2006). Dit gebeurde als volgt: alle vragen in de casussen werden opnieuw bekeken met het oogpunt ze te categoriseren, hierbij konden we vier 4 types vragen onderscheiden:

- Een eerste type vragen, zijn specifieke vragen (≈foreground), de arts wordt geconfronteerd met een probleem (van variabele thematisch inhoud) en hierbij is zij in staat een welomschreven vraag te formuleren, naar analogie met een PICO[11]. *Bv. Relatie tussen het werken met een chemisch product (butachlor) en bepaalde neurologische symptomen?* Deze vragen suggereren een arts die op de hoogte is van het domein, er kan een specifieke 'search' gedaan worden.

[9] 'sensitizing concepts' Bowen, G. A. (2006). "Grounded theory and sensitising concepts. ." Int J Qual Methods **5**: 12-23.
[10] Evidence Based Medicine (EBM)

[11] Patient Intervention Comparison Outcome

- Een tweede type vragen, zijn achtergrond vragen (≈background), een achtergrond vraag is een bredere vraag naar achtergrond of andere algemene aspecten. *Bv.' Arbeidsongeval… whiplash…Mijn eigen vraag is hoe dit nu zit: iemand is zoveel % ongeschikt ten gevolge van een ongeval, maar werkt wel volledig. Welke theorie zit hier achter?'* Deze vragen kunnen een indicatie zijn van een breder kennis-tekort in dit domein. Een antwoord zal dus meestal niet snel en gemakkelijk te verwerven zijn.
- Een derde type vraag is de praktische vraag, de concrete toepassing van kennis in een gegeven situatie. Hierbij is de informatie niet of slechts gedeeltelijk te vinden in naslagwerken. Het kan ook gaan om vragen die een domein behandelen dat zich buiten de 'medische setting' of het 'normale kennis domein bevindt en waarbij een derde actor nodig is om informatie te verschaffen. Het betreft zowel praktische vragen met een 'delicaat aspect', als praktische vragen met een 'neutraal aspect'. De informatie wordt bepaald door een specifieke context verbonden aan het probleem, die context en de mogelijkheden kan je niet (of moeilijk) inschatten zonder een derde actor te contacteren die hiervan op de hoogte is. De huisarts kan bijvoorbeeld niet inschatten of er aangepast werk beschikbaar is voor iemand met een specifieke aandoening binnen een specifiek bedrijf.
- Een vierde categorie vragen zijn de reflectieve vragen die een intern waardenprobleem bij de arts, tussen arts en patiënt, of een zekere twijfel of angst, aangeven. *Bv. 'kan je een paardenmiddel geven…in functie van angst patiënt voor werkverlies?'.* Dit soort vragen, verwacht meestal geen concreet antwoord en men kan geen antwoord zoeken op de klassieke manier, eventueel via overleg met de patiënt, discussie met collega's etc.…

2.3 Interviews

De interviews (audio) werden afgenomen in 2011 door dr. Steven Ronsmans in het kader van zijn Manama thesis en ons ter beschikking gesteld ter verwerking. Het betreft semigestructureerde interviews bij 8 experten. Vier huisartsen (HA 1; 2; 3; 4) met een bijzondere interesse in de arbeidsgeneeskunde. Een arts die zowel arbeidsgeneesheer als huisarts is (AGH), een huisarts die tevens werkzaam is op de dienst arbeidsinspectie (AI), een advocaat gespecialiseerd in arbeidsrecht en beroepsziekten (ADV) en een dubbelinterview met de coördinatoren van het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ). We verkregen ook een apart *informed consent* van de geïnterviewde personen, voor deze nieuwe studieopzet. De interviews duurden elk ongeveer anderhalf uur.

De Manama thesis van dr. Steven Ronsmans had als titel 'Participatief actieonderzoek als strategie voor de aanpak van beroepsgebonden aandoeningen: een samenwerking tussen huisarts en vakbond'[12] een secundair onderzoeksdoel van deze Manama was om een handleiding te maken voor huisartsen, die ondersteuning zou kunnen bieden bij de aanpak van werkgerelateerde aandoeningen. Door tijdsgebrek is

[12] Vrij de downloaden op: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7Bdad0938a-e531-f7af-ccc3-af5f447c6e71%7D_Ronsmans-Steven-scriptie.pdf

dit proces stopgezet na de opname van de interviews. Deze audio-fragmenten werden ons ter beschikking gesteld met duiding. De interviews werden vooreerst volledig uitgetypt en vervolgens gebeurde een 'content analyse' naar analogie met de methodologische benadering van de praktijkcasussen.

2.4 Triangulatie

In deze secundaire analyse werd een 'constante confrontatie' toegepast van de kwalitatieve data afkomstig van de praktijkcasussen, de kwalitatieve data afkomstig van de interviewdata en de resultaten van de literatuur. Aan de hand van observatie memo's bij het werken met de literatuur en de kwalitatieve data was het mogelijk deze informatie te structureren en de grote onderverdelingen in de resultaten sectie aan te brengen. Het resultaat van deze confrontatie van de data wordt samengevat in de resultaten sectie onder de vorm van een tabel.

Het gebruik van triangulatie vergroot de geloofwaardigheid (Guba and Lincolon 1994) en de data vullen elkaar ook aan. De data uit de interviews geven een extra laag aan de data uit de casussen, waarbij 'het waarom' van de probleemstellingen veel duidelijker werkt. De interviews openen ook het perspectief van de andere actoren, niet-huisartsen, die vaak betrokken zijn in een arbeidscasus, met name bij de casussen waarbij de arbeidsgeneesheer en het Fonds voor de Beroepsziekten betrokken zijn. De literatuur geeft een overzicht van de mogelijkheden en kan een zekere externe validiteit verschaffen. Dit maakt het ook mogelijk om de bekomen inzichten bij elkaar te voegen, en vergroot tevens de transferabiliteit van de bevindingen (Guba and Lincolon 1994).

3 Resultaten

Achtereenvolgens worden de resultaten van de literatuurstudie, de resultaten van fase 2 van de praktijkcasussen, de kwalitatieve data uit de interviews en de triangulatie tabellen gepresenteerd.

3.1 Literatuur

Voor een meer gedetailleerde bespreking van de literatuur verwijs ik naar de bijlage (literatuurstudie) De bekomen literatuur kan onderverdeeld worden in 4 grote groepen.

3.1.1 Detectie

Een eerste groep studies bespreekt de barrières die zich voordoen bij de detectie van een AGA. Bij het bevragen van huisartsen a.d.h.v. interviews /of een vragenlijst wat volgens hen de oorzaken zijn van de onder detectie, blijkt dit hoofdzakelijk de combinatie tussen kennis en tijd te zijn(Harber and Merz 2001, Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007). Benavides et al. gaan dieper in op wat de moeilijkheden zijn om een AGA te onderscheiden van een 'gewone aandoening', hierbij zijn er zowel factoren verbonden aan de arts, als aan de aandoening belangrijk. Voornamelijk wanneer de aandoening multifactorieel, vaak voorkomend of een lange latentie tijd heeft, blijkt dit moeilijk te zijn(Benavides, Castejon et al. 2005). Thompson geeft aan dat de anamnese vaak nagelaten wordt en dat huisartsen de bekomen informatie ook niet in het dossier noteren(Thompson, Brodkin et al. 2000).Specialisten blijken vaker een arbeidsanamnese te doen, huisartsen geven vooral aan hier geen tijd voor te hebben, maar ook over onvoldoende kennis te beschikken of dit gewoon te vergeten. Moeilijkheden bij de verwijzing en problemen verbonden aan de aangifte (zie verder), zijn andere barrières(Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007). Wat ook kan meespelen zijn bepaalde onaangename aspecten en het relatief beperkte belang dat toegekend wordt aan het onderwerp(Harber and Merz 2001). De artikels van New, lax en Taiwo beschrijven deze oorzaken van de onder detectie op een narratieve manier en bieden zo een globaal overzicht van deze obstakels(Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, Taiwo, Mobo et al. 2010). Bij de studies omtrent de *onder detectie* kunnen we opmerken dat de barrières zich redelijk consistent herhalen in de verschillende studies en zich bevinden op verschillende vlakken.

Elms et al. gaan specifiek in op de perceptie van het thema 'arbeidsgeneeskunde' bij huisartsen en brengen een heleboel redenen aan waarom huisartsen hier niet vaak een rol in opnemen(Elms, O'Hara et al. 2005). Een gelijkaardige studie is die aangevraagd door het HSE[13], met als 1 van de onderzoeksvragen 'waarom er zo weinig aandacht is voor AGA's in de huisartsprakkijk?'(O'Hara, Elms et al. 2004). Veel barrières zijn overlappend: kennis en opleiding, rolperceptie, ethische problemen, verwijzingsmoeilijkheden, weinig financiële renumeratie en een dossier dat als ongeschikt word

[13] Health and Safety Executive

beschouwd om beroepsrelevante aspecten te registeren. (O'Hara, Elms et al. 2004, Elms, O'Hara et al. 2005)

3.1.1.1 Oplossingen voor de onder-detectie

De voorgestelde oplossingen focussen zich voornamelijk op het kennis probleem. Het betreft veelal aanbevelingen, niet afgeleid uit een interventie uitgevoerd in de studie. Er zou meer aandacht en prioriteit bij artsen moeten komen voor het onderwerp(Goodwin, Wall et al. 1995, Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, O'Hara, Elms et al. 2004). Het thema zou meer moeten figureren in de (voortgezette) opleiding(Goodwin, Wall et al. 1995, Harber and Merz 2001, O'Hara, Elms et al. 2004, Benavides, Castejon et al. 2005, Elms, O'Hara et al. 2005, Holness, Tabassum et al. 2007, Taiwo, Mobo et al. 2010) met onderwijs dat meer aansluiting vindt bij de noden van de huisarts(Goodwin, Wall et al. 1995, Holness, Tabassum et al. 2007). Er dient een gemakkelijke toegang te zijn tot informatie(Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, O'Hara, Elms et al. 2004, Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007). Belangrijke vaardigheden die kunnen bijdragen zijn het afnemen van een (korte) gerichte beroepsanamnese(Goodwin, Wall et al. 1995, Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, Harber and Merz 2001, Benavides, Castejon et al. 2005, Holness, Tabassum et al. 2007, Taiwo, Mobo et al. 2010) en het aanleren van een strategie om snel tot relevante informatie te komen met eventueel ondersteuning hierbij. Beide vaardigheden kunnen ondersteund worden door gestandaardiseerde vragenlijsten en ondersteuning onder de vorm van een tool(Harber and Merz 2001, Holness, Tabassum et al. 2007). (Praktijk)-organisatorische opties, zijn de mogelijkheid tot registratie van relevante informatie in het dossier(O'Hara, Elms et al. 2004, Holness, Tabassum et al. 2007, Taiwo, Mobo et al. 2010), het kennen en de aanwezigheid van een lokaal netwerk van professionals en instanties waarnaar je kan verwijzen(Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, O'Hara, Elms et al. 2004, Elms, O'Hara et al. 2005, Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007), het komen tot meer samenwerking met de arbeidsgeneesheer(Newman 1995, Lax, Grant et al. 1998, Benavides, Castejon et al. 2005, Elms, O'Hara et al. 2005) en het uitbesteden van bepaalde taken aan derden(Harber and Merz 2001). Opties die zich niet binnen het bereik van de huisarts bevinden zijn het voorzien van een financiële renumeratie(Harber and Merz 2001, Holness, Tabassum et al. 2007), de organisatie van ondersteunende diensten, het opnemen van meer verantwoordelijkheid door ander instanties(O'Hara, Elms et al. 2004, Elms, O'Hara et al. 2005) (de overheid en/of de werkgever) en campagnes die zich richten op de werknemer(O'Hara, Elms et al. 2004, Elms, O'Hara et al. 2005).

3.1.2 Aangifte

Een tweede groep studies onderzoekt de barrières die er bestaan om een aangifte te doen van een beroepsziekte (en/of arbeidsongeval). Het betreft vooreerst de moeilijkheden om tot een diagnose te

komen. De voornaamste moeilijkheden om tot een aangifte te komen zijn: twijfel bij de arts over het werk als (enige) oorzaak, gebrekkige kennis van de procedures gelinkt aan de aangifte of de complexiteit van de procedures, de arts die het niet als zijn taak beschouwd om de aangifte te doen, angst voor de gevolgen voor de werknemer en gebrek aan kennis en tijd gelinkt aan de procedures(Arnaud, Viau et al. 2008, Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010). 2 bevragen patiënten en gaan na wat de barrières bij hen zijn om een aangifte te doen van een arbeidsongeval: dit betreft voornamelijk negatieve percepties over de gevolgen van een aangifte(Rosenman, Gardiner et al. 2000, Galizzi, Miesmaa et al. 2006).De studie van Azaroff introduceerde het concept van 'filters' als verklaring voor de lage aantallen beroepsziekten en arbeidsongevallen in de officiële statistieken(Azaroff, Levenstein et al. 2002). Deze filters zijn doorlaatbare barrières, waarbij bij elke enkele gevallen blijven 'kleven'. Deze filters bevinden zich niet enkel bij het gezondheidssysteem en z'n personeel maar ook bij de patiënt, het werk, de verantwoordelijke instanties etc.…

3.1.2.1 Oplossingen voor de onder-aangifte

De mogelijke oplossingen die voor deze problemen naar voren worden geschoven, overlappen voor een groot deel met deze voor de onder-detectie maar focussen zich op de stap na de detectie van AGA, het indienen van een aanvraag voor een mogelijke beroepsziekte of arbeidsongeval. Appreciatie van het belang van een aangifte is belangrijk(Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010), alsook een goed werkend data-verzameling(Azaroff, Levenstein et al. 2002). Er wordt aangegeven dat het onderwijs ook meer aandacht zou moeten hebben voor de procedures verbonden aan beroepsziekten en arbeidsongevallen(Arnaud, Cabut et al. 2010). Er zou ondersteuning kunnen aangeboden worden specifiek voor de detectie van beroepsziekten(Arnaud, Cabut et al. 2010) en voor het gedeeltelijk overkomen van de tijd barrière verbonden aan het indienen van een aangifte(Verger, Arnaud et al. 2008).

3.1.3 Samenwerking met de arbeidsgeneesheer

Een derde groep studies focust zich op de oorzaken en mogelijke oplossingen voor de moeilijke communicatie en samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. De belangrijkste terugkomende barrières zijn een gebrek aan kennis bij de huisartsen over de procedures, de relevante wetgeving, de mogelijkheden en de functie van de bedrijfsarts en z'n moeilijke bereikbaarheid. Het wantrouwen van de huisarts t.a.v. de bedrijfsarts (Buijs, van Amstel et al. 1999, Anema, Jettinghoff et al. 2006, Buijs, Weel et al. 2009, Mosshammer, Natanzon et al. 2012)betreft een vrees voor 'conflict of interest', een onwetendheid wat de arbeidsgeneesheer met de bekomen informatie gaat doen en een angst voor negatieve gevolgen voor de patiënt(Buijs, van Amstel et al. 1999, Anema, Jettinghoff et al. 2006, Buijs, Weel et al. 2009). Het verschil in doel en de focus tussen de 2 disciplines, waarbij de huisarts focust op diagnose en behandeling,

dit terwijl de arbeidsgeneesheer focust op werkomstandigheden en re-integratie(Anema, Jettinghoff et al. 2006), vormt een andere soort barrière.

3.1.3.1 Oplossingen voor de moeilijke samenwerking met de arbeidsgeneesheer

Voor deze groep obstakels worden oplossingen aangehaald die zich voornamelijk focussen op het beter leren kennen van elkaar: het ophelderen van de functie van de arbeidsgeneesheer, kennis van de wettelijke concepten en mogelijkheden kunnen hiertoe bijdragen(Buijs, Weel et al. 2009). Gemeenschappelijke initiatieven met huisartsen en bedrijfsartsen kunnen hier mogelijks ook toe bijdragen(Buijs, van Amstel et al. 1999, Anema, Jettinghoff et al. 2006, Nauta, Weel et al. 2006, Buijs, Weel et al. 2009).

3.1.4 Kennis en educatie

Een vierde groep studies gaat dieper in op de barrières in het (voortgezet) onderwijs en educatie en onderzoekt tevens verschillende oplossingen. Het basis curriculum(Michas and Iacono 2008), alsook de vervolgopleiding(Jamil, Campbell-Voytal et al. 2010)lijkt weinig aandacht te hebben voor arbeidsgeneeskunde.

3.1.4.1 Oplossingen voor het tekort aan kennis en educatie

Pistes om het relatieve kennis deficit aan te vullen zijn meer aandacht voor het onderwerp tijdens het curriculum(Jamil, Campbell-Voytal et al. 2010, Cohen, Khan et al. 2012), via bijscholingen(Barber, Frank et al. 2010), integratie in huisartsrichtlijnen(van Balen, Kremer et al. 2010) of via online learning modules(Thorley, Turner et al. 2007, Thorley, Turner et al. 2009). De review van, van Balen stelt vast dat 'het onderwerp arbeid' ook weinig onderdeel uitmaakt van de NHG standaarden, dewelke op zich een afspiegeling zijn van de literatuur ter zake(van Balen, Kremer et al. 2010). Het onderwijs kan mogelijk bijdragen aan meer awareness en zelfvertrouwen om in het domein aan de slag te gaan (Cohen, Khan et al. 2012). Modules die aangeboden worden na het afronden van de opleiding blijken wel potentieel te hebben maar slagen niet steeds in hun beoogde resultaat(Thorley, Turner et al. 2007, Thorley, Turner et al. 2009, Barber, Frank et al. 2010).

3.2 Praktijk casussen

We geven eerst een overzicht van de barrières bij de huisarts, vervolgens de problemen bij de patiënt en in als laatste komen de barrières aan bod verbonden aan de andere actoren, in het bijzonder de arbeidsgeneesheer.

3.2.1 Barrières met betrekking tot de huisarts

De belangrijkste barrières gelinkt aan de huisarts zijn kennis problemen, de problemen omtrent de rolperceptie van de huisarts en bepaalde deontologische aspecten.

3.2.1.1 'Kennis en informatie'

Dit kennis domein wordt onderverdeeld in achtereenvolgens 'kennis van diagnostiek en behandeling' 'algemene kennis over procedures en wetgeving' en 'specifieke kennis over de procedures en de werking van het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ)'. De kennis omtrent de procedures die via de arbeidsgeneesheer verlopen wordt besproken in hoofdstuk 4. Kennis van diagnostiek en behandeling wordt aangestipt om het overzicht te bewaren, maar wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk 3.

Kennis van diagnostiek en behandeling

Dit gedeelte wordt uitgebreid besproken in hoofdstuk 2.

Diagnostiek van een AGA betekent het stellen van een diagnose en meer specifiek, het aantonen dat er een link tussen de aandoening en het werk bestaat. (causaliteitsprobleem) Vaak zijn er meerdere oorzaken, deels beroeps gebonden, simultaan aanwezig. De huisarts ziet de 'volledige patiënt' en dus ook de context.

'Industriële reiniging, aanslepende rugpijn, ziet het werk niet meer zitten, onderliggende familiale problemen, relatieproblemen, er zit meer achter.' (29)

'Poetsvrouw: sinds drie weken last aan de hiel…enthesopathie quadriceps…probleem is toch zeker deels veroorzaakt door werk? (24) De patiënt kan geholpen worden met z'n specifiek probleem, aansluitend met dit specifiek probleem formuleert de huisarts vaak een algemene vraag. '…info over aanpak van specifieke problemen?' (24)

De aanpak en de behandeling stelt de huisarts voor dezelfde problemen, waarbij brede achtergrond vragen ontstaan. *'Assistent manager voor programmeergedeelte, burn-out…Hoelang thuis schrijven? Hoe op te volgen? Wat zijn alarmsignalen?…' (58) 'Overbelasting klachten rechterschouder?… Bureauwerk…1- Is dit evt. arbeid gerelateerd (bureauwerk)?…' (21) 'Slaapstoornissen; rugklachten; moe…Wat aanraden?…' (15)*

Veranderingen op het werk naar job inhoud of arbeidsduur toe, worden vervolgens als optie geopperd, dit resulteert in vragen met een praktisch aspect. *'…Eerst parttime laten werken?' (58) '…2- verbetering mogelijk door werkaanpassing?' (21) '…Ander werk zoeken, of andere shift vragen?' (15)*

Artsen zijn ook op zoek naar informatie of hulpmiddelen bij de 'diagnostiek' en het aantonen van de link tussen een concrete gezondheidsklacht en het werk dat iemand uitvoert.

'Hoe en waar toegankelijke informatie vinden in verband met toxische stoffen en gezondheidsklachten? (6)

Algemene kennis over procedures en wetgeving

Huisartsen worden vaak geconfronteerd met heel variabele juridische en administratieve problemen.

Onduidelijkheden betreffende de specifieke modaliteiten verbonden aan het contract zijn frequent.

Het betreft zowel arbeidsgeneeskundige kennis, waarbij achtergrond vragen rijzen, die de beperkte kennis van de huisarts op dit terrein illustreren.

'In juli betrokken geweest bij (werk) verkeersongeval. Sukkelt sinds dan met whiplash…Mijn eigen vraag is hoe dit nu zit: iemand is zoveel % ongeschikt ten gevolge van een ongeval, maar werkt wel volledig. Welke theorie zit hier achter?' (79)

'Bescherming (op het werk) van de zwangere vrouw?' (76)

Maar vooral arbeidswetgeving en sociale wetgeving roepen veel vragen op bij de huisartsen in onze registratie.

'Technische werkloos: wetgeving?' (87)

Waarbij het sociaal statuut, met zijn specifieke bepalingen, de huisartsen voor problemen stelt.

'Weet niet of ze als interim zwangerschapsverlof kan krijgen? Ook niet of ze aangepast werk kan krijgen?' (27)

'…geen papieren geen werk?' (99)

Aansluitend bij een concrete vraagstelling *'45 jaar…slaapstoornissen…sluiting fabriek… naar wie doorverwijzen voor loopbaan problemen?' (4) 'interim… burned out/ depressie…Specifieke begeleiding: interim werk en onzekerheid?...'. (104)*

kan er een praktische vraag naar ondersteuning of meer achtergrondinformatie bij de geschetste problematiek ontstaan. *'….leidraad, soorten problemen bij oudere werknemers die moeten veranderen van werkomgeving en wat doen en waar naartoe verwijzen?' (4) '…. info over AO en andere bij interim contracten?' (104)*

<u>Kennis over procedures en de werking van het 'Fonds voor de Beroepsziekten'</u>

Telkens als het Fonds voor de beroepsziekten aan bod komt is er een vraag aan verbonden. Huisartsen vragen zich af welke aandoeningen in aanmerking komen om een aangifte te doen bij het FBZ, ook de 'niet-medische' criteria en de procedure leveren onduidelijkheden op.

Een concreet probleem zoals *'…fasciitis plantaris…', leidt tot een concrete vraag '…Wat met fonds voor beroepsziekten?…'* Maar ook tot een algemene vraag. *'…Enkel voor chronische aandoeningen?' (69)*

Wanneer zowel de kennis van de aandoening als de kennis over procedures van het FBZ geen barrière vormen, kan er ook nog een praktische vraag opduiken. Deze praktische vraag kan een neutraal aspect hebben:

'…Epicondylitis lateralis, 2° verlenging AO…poetsvrouw, kan niet meer werken hierdoor…Wanneer FBZ inschakelen?' (14)

Of een delicaat aspect bezitten:

'Voorstel aanvraag te doen bij FBZ, maar patiënt heeft angst dat dit een negatieve invloed zal hebben op haar positie binnen het bedrijf, beter dit doen via de arbeidsgeneesheer?' (9)

3.2.1.2 'Rolperceptie en deontologische aspecten'

Rolperceptie betekent hoe de huisarts staat ten opzichte van de rol die hij speelt binnen deze problematiek, onder deontologie verstaan we de medische plichtenleer en de interpretatie van de huisarts hiervan. In casussen met een deontologisch probleem, uit de arts vaak twijfel. De arts is een hulpverlener, hij dient deze rol af te stellen op de verschillende betrokken actoren: de patiënt en het werk. Na een diagnose gesteld te hebben, kan er een dilemma opkomen tussen de waarden en opvattingen van de arts en deze van de patiënt.

'Hoe formuleer je AO omwille van sociaal conflict? Welke 'ziekte' invullen? Wat doet de werknemer in geval van controle?' (2)

'dag contracten bij katoennatie, 2x door baas doorgestuurd naar arts om op ziekenkas te gaan, er is geen aangepast werk/ ze heeft geen recht op dop omdat ze nog in wachttijd zit…niet zieke patiënt die AO vraagt (door baas)… (46) 'Ik vind dat hij in eerste plaats zijn werk moet blijven doen aangezien werkgever hiervoor betaalt en dus wat vaker nee moet zeggen tegen familie, maar eigenlijk doet hij dat klussen liever dan zijn werk…' (72)

Deze categorie problemen roept reflectieve vragen op *'Mag dat? Kan dat?' (46) '…wat nu?' (72)*

Hierbij dient hij de zorg voor de patiënt soms te verzoenen met z'n rol naar de maatschappij en de werkgever toe.

'vraag: kan je een paardenmiddel gevel: Medrol (met beperkte evidentie en nevenwerkingen) in functie van angst patiënt voor werkverlies? gesprek hierover: is weggegaan met Medrol: patiënt was tevreden, ik iets minder'. (105)

De arts stelt zich ook de vraag bij z'n eigen rol en takenpakket in de arbeid gebonden casus en hij geeft ook uiting aan een zekere angst voor de gevolgen van een gekozen beleid of dient hij het de angst van de patiënt in rekening te brengen.

'art 60 OCMW…deeltijds werkhervatting…hoeveel tijd moet ik hier als huisarts nog in steken? Brief opgesteld met mijn visie, rest uit te klaren met arts van mutualiteit en vaste begeleidster van OCMW.' (89)

'…vrouw 49, stroke in the young… nu langdurig werk onbekwaam… welke papieren in orde te brengen: wie initieert de verschillende stappen…moet de huisarts weten wanneer hij wat moet doen en wie moet contacteren?' (94)

3.2.2 Barrières met betrekking tot de patiënt

3.2.2.1 De Ideas, concerns and expectations van de patiënt

De ICE's met betrekking tot 'het werk' komen relatief vaak aan bod en bepalen de aanpak aanzienlijk. In deze situaties wordt er afgeweken van de 'normale aanpak' omwille van 'niet-medische factoren' die zich bevinden in de leefwereld van de patiënt of in de interactie met diens werk. Een eerste groep ICE zijn voornamelijk gelinkt met 'visie op arbeid en het werk', 'karakter' en/of 'waarden van de patiënt'.

'Verpleegster, doet haar job heel graag… bij elke stap pijn, hielspoor beide voeten. Heel plichtsbewust en wil blijven werken…' (60) De arts houdt rekening met de ICE van de patiënt en vraagt zich af hoe hij z'n beleid hier kan op afstellen. *'…Hoe pak je dit beste aan? Aangepast werk voor een tijdje? Of halftijds?' (60)*
'werkloos. Vroeger gewerkt in de poetssector, gestopt omdat man niet wilde dat ze 'tussen andere mannen werkt'' (80)
Een tweede groep factoren lijkt meer ingegeven door een externe invloed. Het betreft een zekere angst voor de reactie van het werk, of een derde waarvan men (financieel) afhankelijk is.
'stadsarbeider, forse balanitis, last om te werken, wil niet thuis blijven, schrik om af te vloeien (nieuw bestuur),ontslag als thuis blijven' (51)
'Interim arbeider is zwanger, bespreking zwangerschapsverlof of aangepast werk: heeft angst omdat ze interim is' (27)

3.2.3 Barrières met betrekking tot de actoren waarmee de huisarts samenwerkt

De registratie toont de verschillende disciplines en instanties die de huisarts aanspreekt of overweegt aan te spreken bij arbeid gerelateerde casussen. Er zijn zowel barrières intrinsiek aan deze actoren en instanties als aan de samenwerking.

3.2.3.1 De arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneesheer (AG) wordt het meest frequent aangehaald en wordt gezien als een belangrijke oplossing bij problemen omtrent de arbeidsomstandigheden, bij medische problemen die een impact hebben op het werk of bij een arbeid gerelateerde aandoening, bij bepaalde vormen van arbeidsongeschiktheid, bij het indienen van een aanvraag voor het FBZ en bij vragen omtrent de loopbaan. In alle casussen wordt er een barrière opgeworpen of gesuggereerd.
We kunnen de barrières onderverdelen in 3 categorieën. Problemen betreffende de communicatie en bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer. Onduidelijkheid over het werkveld en de rol van de arbeidsgeneesheer. De beperkingen inherent aan de organisatie van de arbeid en de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer. Verschillende casussen bevinden zich in meer dan 1 categorie.

De bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer

Denkt men de arbeidsgeneesheer nodig te hebben dan is het niet steeds gemakkelijk hiermee in contact te treden. De arbeidsgeneesheer is niet altijd bekend bij de patiënt. De huisarts zelf weet ook niet altijd hoe je te weten kunt komen wie de arbeidsgeneesheer is en ook in de communicatie tussen huisarts, bedrijfsarts en patiënt duiken problemen op.
'Vrouw 35 jaar, grootkeuken … conflict met overste…opties naar melding toe?…kent de bedrijfsarts niet'. (93)
'…wilde AG inschakelen maar patiënt weet niet wie dit is; hoe is het dan mogelijk een stap verder te zetten?' (23)

'Overleg hierover met AG nodig? Hoe?' (21)

Het werkveld en de rol van de arbeidsgeneesheer

De arts stelt de diagnose van een AGA, waarbij de aandoening (gedeeltelijk) aan het werk te wijten is en/of de arbeidsrelevante klacht waarbij de aandoening het functioneren op de werkvloer beïnvloedt. De arts twijfelt hierbij of de arbeidsgeneesheer dé speler is om mee samen te werken of naar te verwijzen en stelt een algemene vraag, die illustreert dat hij niet altijd goed op de hoogte is wat de functie van een arbeidsgeneesheer inhoudt en wat deze kan betekenen voor een patiënt in een concrete situatie. Er ontstaan ook veel vragen over de rol van de bedrijfsarts, die van reflectieve aard zijn simultaan met de achtergrond vragen. Dit kan wijzen op twijfel bij de rol en niet een geïsoleerd kennisprobleem.

'Installeert airco's. Gekend ruglijden (protrusie L5-S1). Gisteren heel veel moeten sleuren, toename van rugpijn. Kan nu niet meer uit de voeten. Kun/doe je hier iets mee naar een arbeidsgeneesheer toe?' (88)

'Arbeider… degeneratief meniscus: reeds verschillende malen arbeidsongeschikt … advies voor werk? tijdelijk aangepast? zou hij beter uitkijken voor ander werk?... Bespreek je dit met de arbeidsgeneesheer?' (96)

'Vorige week moest ze harder werken dan anders: veel tafels en stoelen verschuiven; ze vindt dat dit niet bij haar job hoort…Kan de AG hier iets doen? Hierover meer weten zou helpen'. (23)

'Kan ik alles aan deze coach overlaten of moet ik andere kanalen activeren, voorbeeld vertrouwenspersoon, bedrijfsarts?' (75)

De organisatie van het werk en de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer inclusief 'aangepast werk', 'ontslag om medische redenen' en 'gedeeld loyaliteit'

Er zijn ook beperkingen die zich bevinden bij de arbeidsgeneesheer en de organisatie van het werk. Dit is het meest duidelijk in de situatie van 'ontslag om medische redenen' en 'aangepast werk' waarbij opnieuw veel reflectieve vragen ontstaan. Aangepast werk is een vaak aangehaalde 'interventie' wanneer de patiënt zich presenteert met een AGA. Wanneer ontslag om medische redenen ter sprake komt betreft het telkens een patiënt met langdurige afwezigheid op het werk. Het ontslag om medische redenen verloopt obligaat via de arbeidsgeneesheer. Het zijn 'probleem' situaties, ofwel 'dreigt' een ontslag om medische redenen ofwel wordt het meer beschouwd als een optie/oplossing. Het gaat om wat in juridische termen 'ontslag om medische redenen' genoemd wordt en een 'verbreking van de arbeidsovereenkomst omwille van medische overmacht', dit zijn verschillende entiteiten. De huisarts weet niet goed wat te doen/adviseren bij deze problematiek en twijfelt tussen verschillende opties.

'Chauffeur, rotator cuff scheur, geopereerd, moeizame revalidatie, nu 6 maanden tijdelijke werkongeschiktheid , zal ontslagen worden bij terugkeer… kan hij niet op invaliditeit (want ook totale heupprothese en ruglijden? AG inschakelen voor aangepast werk? Adviserend geneesheer inschakelen (invaliditeit)? Vakbond inschakelen?' (54)

Indien de huisarts op de hoogte is van de verschillende mogelijkheden en de wetgeving kan hij nog geconfronteerd worden met de inherente beperkingen van bepaalde oplossingen en daartegenover een 'systeem' vraag stellen.

'Ischialgie, hernia nucleus pulposi, bijna 6 maanden nu…Wil ontslag om medische reden (na 6 maanden arbeidsongeschiktheid is dit mogelijk) vermijden, moet via arbeidsgeneesheer passeren…Arbeidsgeneesheer wil patiënt pas na de 6 maanden zien! Dus risico ontslag, controle geneesheer van ziekenfonds weigerde halftijdse aanstelling…Hoe kunnen we in België evolueren zoals in Nederland, waar werkgever verplicht is aangepast werk te organiseren (halftijds, andere job invulling etc.)' (1)

Eenzelfde vorm van twijfel op een ander manier geuit vinden we bij de arts die telkens de vakbond simultaan met de bedrijfsarts aanhaalt.

'Arbeider volvo; discopathie L5-S1… 'Aangepast werk vragen AG? Vakbond inschakelen?' (49)

'heupprothese en ruglijden? AG inschakelen voor aangepast werk? …Vakbond inschakelen?' (54)

De optie van 'aangepast werk' wordt opmerkelijk veel aangehaald. De huisarts (in samenspraak met z'n patiënt?) is m.a.w. van mening dat de patiënt zou kunnen blijven functioneren in z'n bestaande job mits aanpassingen, de aanvraag verloopt via de arbeidsgeneesheer en de vragen die opduiken illustreren de twijfel van de huisarts en/of de patiënt bij deze onduidelijke optie, ook de patiënt kan z'n terughoudendheid, op expliciete wijze, uiten bij het inschakelen van de arbeidsgeneesheer.

'Stotteren, schaamte op werk, probleem telefoon opnemen…durft arbeidsgeneesheer niet inschakelen "staat aan kant van werkgever"' (18)

3.2.3.2 <u>De vakbonden</u>

De vakbond is niet prominent aanwezig in de registratie, de vakbonden zijn aanwezig in situaties met een 'delicaat' aspect, waarbij de vakbond soms complementair aan de arbeidsgeneesheer gezien wordt, de vakbond wordt vaak ook genoemd in situaties waarbij de werknemer bescherming nodig heeft. Dreiging van een ontslag om medische redenen, aanvraag tot aangepast werk, sociaal conflict en conflicten met de overste zijn de omstandigheden waarbij de vakbond aan bod komt. Analoog met de situatie van de arbeidsgeneesheer kan ook hier de patiënt z'n terughoudendheid uiten bij het inschakelen van deze actor.

'Actie huisarts: aangeraden om 1- werkmakkers in te lichten over herstructureren is afdanken en harder werken voor zij die blijven, 2- vakbond erbij betrekken' (7)

'…vreest dat via de vakbond overste alleen kwaad gaat zijn en dat dat niet veel gaat oplossen' (93).

3.2.3.3 <u>Andere actoren</u>

Dit wordt waar relevant verder besproken in andere hoofdstukken.

De huisarts komt ook in contact met andere personen of instanties zoals de adviserend geneesheer, de personeelsdienst, de externe coach, controle geneesheer, de VDAB, het FBZ, het OCMW, de specialist. Ook

bij de samenwerking met andere actoren ontstaan opnieuw specifieke barrières, hierbij ontstaan er background vragen en praktische vragen.

'Collega's met gelijkaardige klachten:?; Verwijzing naar fysische: EMG' (98)

'mogelijkheden bij VDAB, flexibiliteit bij VDAB?' (80)

'verwijzing naar loopbaan begeleider; of zoiets, hoe? Via VDAB? Andere?' (8)

3.3 Interviews

In onderstaand schrijven zijn de experten aan het woord. Naar analogie van de praktijk casussen worden eerst de barrières besproken bij de huisarts, vervolgens de barrières bij de patiënt en de obstakels bij de andere actoren: de arbeidsgeneesheer, de vakbonden en het CPBW[14], het FBZ en de sociale inspectie. Er worden ook verschillende mogelijke oplossingen aangehaald.

3.3.1 Barrières met betrekking tot de huisarts

3.3.1.1 'Kennis en informatie'

Mensen spenderen veel tijd op hun werk en het werk speelt een belangrijke rol voor de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Bewust zijn van het werk dat iemand moet doen is belangrijk om tot de diagnose van een AGA te komen maar ook om een goede inschatting te kunnen maken bij het voorschrijven van de arbeidsongeschiktheid, hiervoor dient de huisarts beroepsrelevante vragen actief op te nemen in z'n anamnese. *'Mens brengt het grootste deel van z'n leven door in werksituatie. Werk is één van de belangrijkste factoren voor zelfrealisatie…' (HA3)*

'…om tot de diagnose te komen: screening naar werkgerelateerde aandoeningen aangezien er een grote onder rapportering is…je kan dat vergelijken met de psychosomatiek. HA gaat meteen een 2 sporenbeleid aannemen…waar werk je? Wat doe je? Hoe gaat het met de collega's?' (HA2)

'Inschatten van hoe lang iemand een briefje krijgt? Bij de beslissing hanteer je je eigen referentiekader: voor een verkoudheid blijf je niet thuis of heel weinig. Als arbeider om 05:00 beginnen met een valling en dan fysieke arbeid verrichten is veel moeilijker. Dus het is goed om te vragen wat voor werk ze doen om een inschatting te maken van de impact die de ziekte op het werk gaat hebben.' (HA2)

De huisarts dient rekening te houden met de verandering in het palet van AGA's die hij te zien krijgt op het spreekuur, heden zijn dit voornamelijk musculoskeletale aandoeningen en psychosociale aandoeningen, deze hebben o.a. intensifiëring van de arbeid als gemeenschappelijke risicofactor.

'…huidige problematiek in de bedrijven: meer RSI klachten, werkdruk is gestegen, meer stress gerelateerde problematiek, totaal anders dan vroeger' (AI)

'Je moet dat in proportie zien: de basis van de piramide zijn RSI's, rugklachten en de psychologische aandoeningen. Nu denken artsen aan veel te specifieke zaken en extreme zaken.' (HA3)

[14] Comité voor preventie en bescherming op het werk.

Het onderwijs sluit niet aan op de problemen die de huisarts te zien krijgt. Er wordt aangegeven dat kennis op maat van de huisarts ondervertegenwoordigd is in het curriculum, hierdoor weten huisartsen vaak niet wat te doen of te laten in een arbeidscasus. Relevante arbeidsgeneeskundige kennis kan heel breed zijn, het betreft aandoeningen, maar ook anamnestische vaardigheden, blootstellingen, wetgeving en procedures etc… Het betreft vaak 'praktische kennis' of 'kennis uit ervaring', het bijbrengen van theoretische kennis kan dus onvoldoende zijn, het is immers moeilijk deze kennis in de praktijk om te zetten. Het perspectief van de huisarts op AGA's kan veranderen door meer aandacht te hebben voor de bredere context van een probleem en omgekeerd.

'Oorzakelijke kennis vormt een gat bij veel artsen. Werksituatie kan de oorzaak zijn, vaak blijft men bij de curatieve aanpak. In de opleiding en erna is dit belangrijk…Artsen kennen het niet en onbekend is onbemind, is heden zeker onderbelicht…' (HA3)

'Wat mag een controle arts doen? Wat mag jij doen? Waarmee berokken je een patiënt schade? Waarmee help je hem vooruit? Deze zaken komen ook niet voor in de opleiding en leer je meer door trial and error. Elke dokter heeft daar ook zijn, al dan niet juiste opvattingen over….wat opvalt is dat bij iemand die er aandacht voor heeft, er heel veel niet geweten is en zelfs al ken je de procedures, dan is het nog moeilijk om deze in de praktijk om te zetten.' (HA2)

'Als een werkloze op consultatie komt met depressieve klachten dan kan je het probleem breder open trekken. Werkloze wordt bij ons als profiteur gezien, geen lening, kan niet trouwen, gaat naar een gevoel van waardeloosheid. Zicht daarop krijgen is belangrijk…Het is een maatschappelijk probleem, maar empathie is de eerste stap. Je kan die man geen werk geven, je kan hem wel een kader geven. De schuldinductie doorbreken door werkloosheid te kaderen in een bredere context van economische malaise.' (HA3)

<u>Oplossingen: Ondersteuning voor de huisarts: een handleiding en het EMD</u>

Een handleiding dient de voor de huisarts relevante problemen te behandelen: ondersteuning bieden bij het stellen van een diagnose, bij de behandeling, bij de wetgeving en procedures, bij de verwijzing. Ook het EMD kan een sleutelrol spelen bij het stellen van een diagnose maar hiervoor dient het EMD de mogelijkheid bieden beroepsrelevante informatie te noteren.

' (handleiding)… zeer breed. Enerzijds de zuivere fysieke problematiek: mechanisch, chemisch…wat meest voorkomt, in proportie. Er zijn cursussen over tbc hoewel dit eigenlijk heel weinig frequent is. Wat kan ik er dan mee doen? Wat is de wetgeving daarrond? Iemand heeft een arbeidsongeval: dat is een andere problematiek dan een beroepsziekte…' (HA3)

'…via beroep classificatie, bijvoorbeeld dat is iemand zijn beroep dus dat zijn de mogelijke aandoeningen die daaruit kunnen volgen. Of via proces: risico's verbonden aan een proces. Iets overzichtelijk en compacts om dit te kunnen opzoeken.' (AGH)

'…. pijn op de borst bij ploegarbeider sinds verandering in ploegtijden, ook minder goed slapen, prikkelbaar, maaglast. Naar wie kan je dit gaan sturen?' (HA2).
' (EMD)…een venster waarbij je het bedrijf zet, functie en blootstelling en dat je dat dan kan linken met elkaar' (HA1) '…Beroep moet in het EMD…' (HA3)

3.3.1.2 'Rolperceptie en deontologische aspecten'

De huisarts vormt een bereikbaar aanspreekpunt voor de patiënt in geval van arbeid gerelateerde problemen: de patiënt weet hem te vinden en z'n positie is minder ambigue dan die van de arbeidsgeneesheer, dit kan samenhangen met het opnemen van een rol als gezondheidsadvocaat. Als eerste aanspreekpunt heb je ook een verantwoordelijkheid naar detectie toe of naar het initiëren van een actie. De continuïteit van de huisartsgeneeskunde is een andere troef waarbij herhaalde contacten bij de huisarts kunnen bijdragen tot de diagnose stelling. *'Patiënten zien de AGH ook als arts van de baas in tegenstelling tot de huisarts, die dan als advocaat kan optreden: zaken regelen, telefoneren, vaak ook de enige die de patiënt ziet. Als een patiënt bij de HA komt met ' ik heb mij bezeerd op het werk' en de HA zegt: 'dat gaat zeker niet erkent worden', dan stopt het proces meestal volledig omdat de patiënt dan al op eigen houtje moet gaan uitzoeken hoe hij dit kan gaan aanpakken'. (HA2)*
'Plaats van de HA is veel eenduidiger aan de kant van de patiënt gaan staan. Partner voor de strijd voor gezondheid, arbeidsgeneesheer kennen ze niet, argwaan…' (HA1)
'Arbeidsgeneesheer ziet de patiënt slechts 1 maal per jaar. Bij de huisarts zijn er veelvuldige contacten om zo een link te kunnen leggen, daarna kan dan contact opgenomen worden met de AGH.' (AGH)
Arbeidsgeneeskunde blijft een discipline op zich. Huisartsen hebben onvoldoende kennis en bevinden zich niet in de positie om een bepaald soort oplossingen aan te reiken, bijvoorbeeld veranderingen op de werkvloer.
'Voorkomen van beroepsziekten is juist de rol van arbeidsgeneesheren, dat is hun doelstelling! We moeten dus niet die rol bij de huisarts gaan leggen. Arbeidsgeneesheren hebben een opleiding in die problematiek en kunnen op de werk post gaan kijken. Dat is hun specifieke taak. Niet verleggen naar huisarts, dat is niet de bedoeling.' (AI)
'…valkuil is zich in de plaats stellen van de arbeidsgeneesheer. Omwille van: minder kennis, met andere zaken bezig, we hebben vrij weinig invloed op de job van de mensen.' (HA1)

3.3.2 Barrières met betrekking tot de patiënt

Dit aspect komt relatief weinig aan bod in de interviews. Wanneer het aan bod komt betreft het de weigerachtigheid van de patiënt ten aanzien van het indienen van een aangifte voor een arbeidsongeval of beroepsziekte. De weigerachtigheid bij de samenwerking met de vakbond of de arbeidsgeneesheer wordt in desbetreffende hoofdstukken besproken.

'Arbeidsongeval…patiënt heeft weinig zin om een aanvraag in te dienen, want hij weet dat de werkgever dit niet graag heeft.' (HA2)

'Veel patiënten zeggen ook: 'niet belangrijk, klein ongeval'. Wel belangrijk, al is het maar om het te registreren. Bij een niet aangegeven arbeidsongeval: (patiënt moet) naar de vakbond, die kunnen documenten aanreiken en dan indienen in het bedrijf.' (AGH)

'…Aanvraag statistieken…in periodes van recessie is er een daling van het aantal aanvragen: er is hier geen wetenschappelijke analyse over gebeurd. Veel aanvragen worden ook ingediend op het eind van de loopbaan, of wanneer ze gestopt zijn met werken? Is dit omdat de aandoening zich dan maar manifesteert, of is het omdat mensen toch terughoudend zijn om een aanvraag in te dienen?' (FBZ)

3.3.3 Barrières en oplossingen met betrekking tot de actoren waarmee de huisarts samenwerkt

3.3.3.1 De arbeidsgeneesheer

De bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer

De problemen omtrent de bereikbaarheid van de arbeidsgeneesheer dienen voor een deel gezocht te worden in individuele oorzaken en ten dele in structurele problemen met betrekking tot de organisatie van het werk, zoals z'n relatieve afwezigheid op de werkvloer.

'AGH kan een belangrijke rol spelen, hangt natuurlijk af van de visie op arbeidsgeneeskunde. Mensen die vnl. in Brussel papier werk doen en bijna niet op het bedrijf komen…' (HA2)

'Patiënten weten naam van arbeidsgeneesheer niet en weten de dienst niet waarvoor die werkt, dat komt doordat die niet meer op de werkvloer komt, alleen in kabinet zit, is vreemde. Het staat in het arbeidsreglement, de externe preventiedienst en de naam van de arbeidsgeneesheer. Als je de dienst al weet, kan de huisarts bellen en vragen naar de geneesheer die voor dat bepaald bedrijf werkt.' (AI)

Het werkveld en de rol van de arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneesheer kan gecontacteerd worden door de huisarts of patiënt en heeft meer dan de huisarts de kennis en de mogelijkheden om aan de oorzaak van bepaalde problemen te werken. Problemen met arbeidsomstandigheden, pesten op het werk, aangifte en behandeling van beroepsziekten en AGA's, het voorzien van aangepast werk, het preventieve takenpakket (periodiek onderzoek, monitoring, arbeidsongevallen etc..), zijn allemaal taken en mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer. De arbeidsgeneesheer is ook het aanspreekpunt voor informatie hieromtrent.

'Positief arbeidsgeneesheer: aanpassingen op het werk, algemene preventiemaatregelen , indien goed contact met de ingenieur, die dit bespreekt met de werkgever en dit is meestal wel haalbaar… bijvoorbeeld handschoenen: HA kan een aanbeveling doen aan de arbeidsgeneesheer, dit kan ook via de vakbond op beide manieren kan dit op het comité komen. Zo kunnen er dan aanpassingen gebeuren.' (AGH)

Ook de problemen en beperkingen in de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer dienen voor een deel gezocht te worden in individuele oorzaken en ten dele in structurele problemen met betrekking tot de organisatie van het werk. De vakbond kan hierbij in sommige gevallen een complementaire rol spelen bij de bescherming van de rechten van de werknemer.

'Goed contact met AGH, niks op papier per se, maar wel telefonisch. Sommige AGH doen daar niks mee, andere wel.' (HA3)

'Raadt de mensen aan om contact op te nemen met de vakbond: patiënt denkt dan vaak mijn délégué doet daar niks aan, dan ga je naar de vakbond zelf. De vakbond is altijd het instrument geweest om het op te nemen voor de rechten van de werknemer. De vakbond is ook diegene die de zieke arbeiders moet verdedigen, zodat ze minstens op de hoogte zijn, als er dan een ontslag zou volgen is er al een dossier. Als de vakbond op de hoogte is, is er al een zekere bescherming.' (HA3)

'Het comité en de arbeidsgeneesheer hebben enkel een adviserende rol … (m.b.t. risicoanalyses)…veel hangt dus af van de welwillendheid van de werkgever.' (ADV)

<u>De organisatie van het werk en de mogelijkheden van de arbeidsgeneesheer inclusief 'aangepast werk', 'ontslag om medische redenen' en 'gedeeld loyaliteit'</u>

Bij de uitoefening van z'n takenpakket bevindt de arbeidsgeneesheer zich soms in een moeilijke positie waarbij hij geconfronteerd wordt met de tegenstelling tussen wat hij theoretisch kan aanbieden aan de werknemer en wat hij in de realiteit kan aanbieden, rekening houdend met z'n beperkingen binnen de organisatie van het bedrijf. De moeilijkheden bij het organiseren van aangepast werk illustreert dit. De beperkingen binnen een bedrijf kunnen op hun beurt soms ook bepaald worden door de 'sector', die onderhevig zijn aan variabele economische condities.

'De arbeidsgeneesheer kan enkel een aanbeveling doen voor aangepast werk, maar kan dit niet zelf voorzien, kan hierover overleggen met zijn collega ingenieur.' (AGH)

'Werkongeschiktheid is een afspraak tussen werknemer en werkgever, de werkgever is niet verplicht om iemand gedeeltelijk te werk te stellen of een andere post te geven, hij moet wel moeite doen…als de werkgever zegt 'dat werk heb ik niet', dan stopt het verhaal…' (ADV)

'In ziekenhuis doen ze dit (aangepast werk) veel omdat er een tekort is aan verpleegkundigen, waardoor het belangrijk is om het personeel zo goed mogelijk te begeleiden in de werkhervatting. In bedrijven moeilijker. Daar nemen ze liever een interim kracht die 100% werkt. Werkgevers zijn daarin niet geïnteresseerd omdat er voldoende aanbod is van andere werknemers.' (AI)

Er lijkt een trend te zijn, waarbij het bekomen van aangepast werk voor een patiënt, minder en minder mogelijk blijkt. De reden hiervoor lijkt voornamelijk te vinden in de organisatie van het werk. Door het wegvallen van deze mogelijkheid, valt er een belangrijke optie weg om mensen in het arbeidscircuit te houden. Op die manier kunnen mensen terecht komen in een (tijdelijk) uitkeringsstatuut.

'vroeger mogelijkheid tot aangepast werk, nu veel minder' (HA4)

'Als je belt met arbeidsgeneesheer van een groot bedrijf zeggen die 'we kunnen niet iedereen aangepast werk geven.' (HA1)

'…je krijgt een verschuiving van de medische problematiek naar invaliditeit en dan naar de dop. Je hebt een grote categorie mensen die wel nog kunnen werken in een aangepaste post: vroeger was dit mogelijk, nu niet meer. Vroeger kon je dan schoonmaken, nu hebben de onder aannemingen deze jobs. Dit is voornamelijk het geval bij oudere werknemers.' (HA3)

Onder andere deze beperkingen samen met de patiënt gebonden barrières, kunnen een verklaring bieden voor de terughoudendheid die de arts aanhaalt ten aanzien van een samenwerking met de arbeidsgeneesheer. Kennis van de mogelijkheden en de beperkingen van de arbeidsgeneesheer kunnen zorgen voor een meer bewuste en gedifferentieerde aanpak.

'Patiënten zien de AGH ook als arts van de baas in tegenstelling tot de huisarts' (HA2) '…nadeel arbeidsgeneesheer is de druk van de werkgever.' (AGH, 2011)

'In België dien je voorzichtig te zijn met een brief waarin je stelt dat een werknemer niet bekwaam is voor bepaald werk te doen, je loopt immers een risico op een verbreking van de arbeidsovereenkomst omwille van medische overmacht.' (AI)

'Het is beter om eerst te polsen bij de arbeidsgeneesheer zonder een schriftelijke aanvraag te doen. Op basis van een telefoongesprek met de arbeidsgeneesheer kan je proberen inschatten of het een goed idee is om een aanvraag (voor aangepast werk) in te dienen.' (HA1)

3.3.3.2 De vakbonden en het CPBW

De bereikbaarheid van de vakbond

De huisarts kan rechtstreeks contact opnemen met de vakbond. Voor de werknemer is het niet altijd duidelijk hoe de vakbond (vakbondsafgevaardigde) gecontacteerd moet worden, of is er twijfel over de rol van de vakbond (délégué).

'…in grote bedrijven weten de mensen wie de délégué is. Maar dan heb je ook onder aannemingen, nachtwerk, mensen weten niet wie de vakbond is, of wat de vakbond doet.' (HA1)

Het werkveld en de rol van de vakbond

De vakbond kan een nuttige actor zijn bij volgende situaties of problemen: arbeidsongeval met gratis juridische dienstverlening, aankaarten van problemen op het comité, veiligheid en preventie op het werk, campagnes, naleven van de wetgeving, contacteren van de arbeidsinspectie, informatie over risico's en blootstellingen, collectieve aanpak problemen, informatie over contractuele bepalingen en sociale verworvenheden. Bij moeilijke situaties; zoals het ontslag om medische redenen, kan de vakbond advies geven en bescherming bieden.

'Ontslag om medische redenen: geen kennis over. Eerst bespreken met de vakbond. Als je een verkeerd attest schrijft kan je iemand z'n kansen op de arbeidsmarkt hypothekeren.' (HA2)

'Juridische dienst van de vakbonden: zeer goed contact. Belangrijke speler hierin. Ze kennen zeer goed de procedures en de planning. Komen tussen wanneer je niet akkoord gaat met de expert. Betalen de kosten en geven een advocaat. Zorgen voor de planning van de aanloop naar het proces en de modaliteiten. Weten of je in beroep moet gaan, welke documenten belangrijk zijn etc…' (HA1)

De organisatie van het werk en de mogelijkheden van de vakbond

De vakbond kan gecontacteerd worden door de huisarts of patiënt en heeft evenals de arbeidsgeneesheer de kennis en de mogelijkheden om aan de oorzaak van bepaalde problemen te werken, maar zijn hier ook in beperkt. De vakbond neemt traditioneel de verdediging van de rechten van de werknemer op zich en kan een waardevol aanspreekpunt of verwijzing zijn bij situaties waarin kennis of de verdediging van de rechten van de werknemer noodzakelijk zijn. Door samen te werken met de vakbond versterk je mogelijks hun rol in de primaire preventie van arbeid gebonden klachten.

'Comité vooral adviserende functie in bedrijf. Zij kunnen een aantal dingen aankaarten of vragen stellen op comité vergaderingen…zij hebben weinig macht, kunnen niks opleggen…Kunnen in comité vergadering vragen stellen aan werkgevers.' (AI)

'Comité is belangrijk voor de veiligheid op het werk: structureel. Opleiding, vakbondswerk: manier van organisatie van het werk: interim, flexibiliteit, die allemaal een invloed hebben op de veiligheid. Op de ondernemingsraad wordt die organisatie van de arbeid besproken. Afdwingen dat de werkzekerheid verhoogt, vaste contracten voor interim werkers, rekening houden met rusttijden.' (HA2)

'Iemand van het comité kan vragen aan het FBZ om analyses uit te voeren….Bijvoorbeeld bij schadelijke stoffen in omgeving, geluid….' (AGH)

3.3.3.3 Het Fonds voor de beroepsziekten

De huisarts is een belangrijke partner voor het Fonds en omgekeerd. De huisarts komt vaak als eerste in contact komt met een mogelijke beroepsziekte en gezien de continue zorg kan hij ook een belangrijke rol pelen in de aandoeningen met lange latentie tijd. Het Fonds biedt heel wat voordelen aan de patiënt indien de aandoening erkend wordt, er is ook een preventief luik.

'huisarts: belangrijk voor de aandoeningen met lange latentie tijd, onderdetectie van beroepskankers…De huisarts staat hier dichter bij en zou een aanvraag moeten doen. Als de huisarts vermoedt dat een kanker zou kunnen veroorzaakt zijn door een blootstelling: dien gewoon een aanvraag in en het FBZ doet dan de verdere onderzoeken. Vaak telefoontjes: 'maakt dit een kans' , beter via een aanvraag: dit kan dan aanvaard worden of verworpen worden (FBZ)

'…er staat een vergoeding tegenover en er kan een omscholing plaatsvinden op kosten van het FBZ. Dit geldt ook voor arbeidsongevallen en hulp van derden soms. Dit wordt heden allemaal onderbenut.' (ADV)

'Ook preventie: in de verf zetten, meest aantrekkelijk: we doen aan geneeskunde daar, in tegenstelling tot de verzekeringsfunctie.' (FBZ) 'Collectieve preventie: op die manier draag je niet enkel bij tot het ene individueel geval, maar ook een bijdrage tot de preventie in het bedrijf.' (FBZ)

Bij beroepsziekten is het belangrijk om snel een aangifte te doen, laattijdige aangiften leveren veel vermijdbare problemen op. Een aanvraag indienen vormt een administratieve belasting en tijdsinvestering. Er staat geen vergoeding tegenover, dit kan een barrière vormen. Indien je als huisarts dit zelf niet wil doen kan je verwijzen naar de arbeidsgeneesheer. De specialist vormt een belangrijke partner om mee samen te werken bij het indienen van de aanvraag.

'Het werk voor FBZ is ook gemakkelijker en nauwkeuriger te doen indien men er snel bij is. Wat we niet graag hebben: aanvragen van mensen die al 10 maanden op de ziekenkas staan waarbij de symptomatologie onduidelijker geworden is en waar er secundaire effecten beginnen mee te spelen. Dan een aanvraag via de adviserend geneesheer wanneer mensen dan op invaliditeit terecht komen….' (FBZ)

'Het is een administratieve belasting, een onvolledig ingevulde aanvraag is slechts uitstel van de administratieve last. HA zijn overbevraagd. Als je kwaliteitsvolle aanvragen wil moet je ervoor betalen: FBZ heeft daar geen budget voor. In het buitenland: tarief hiervoor. Voorbeeld van extra vergoeding voor rookstop consultatie, dit zou ook kunnen voor een aanvraag bij het FBZ. Dit gebeurt ook voor de genezingsverklaringen bij een arbeidsongeval: factuur naar de verzekeraar. FBZ zou vragende partij zijn voor een honorering van het opstellen van een aanvraag.' (FBZ)

…Er is de lange duur van de procedure. Stofferen van de aangifte: eventueel een verslag van de preventie adviseur want die heeft het meest kennis over de arbeidsomstandigheden… (ADV)

'De arbeidsgeneesheer is verplicht om aangifte te doen. Je kan dus verwijzen om de aanvraag in te dienen…belangrijk, anders komen die gewoon op invaliditeit.' (HA3)

'… ken de specialisten die hiermee bezig zijn…In buitenland occupational health clinics, hier in België niet, maar je hebt wel individuele specialisten.' (AGH)

Het fonds is ook beperkt in z'n aanpak van beroepsziekten met z'n voornamelijk vergoedende functie, waarbij de maatschappij bepaalt welke beroepsgebonden aandoeningen in aanmerking komen als beroepsziekte met bijhorende voordelen.

'Bij huisartsen komt burn-out veel voor: RR is bijvoorbeeld 10. Huisartsen zijn zelfstandigen: dus buiten toepassingsgebied. Het is een maatschappelijk debat wat er op de lijst komt. Psychosociale risico's zijn veel moeilijker aan te tonen als zijnde de oorzakelijke factor: dit is geen medisch probleem maar een maatschappelijk probleem…verschillende causaliteitsmodellen, hoe vat je het risico…vroeger minder repetitieve handelingen, met de tijd is er een evolutie, maatschappelijk hoe die criteria evolueren.' (FBZ)

3.3.3.4 <u>De specialist</u>

De specialist kan een belangrijke rol spelen ter objectivering van bepaalde aandoeningen. Een formele diagnose kan bescherming bieden in sommige omstandigheden en verslagen van de technische onderzoeken zijn noodzakelijk bij het indienen van een aanvraag bij het FBZ.

'Sommige specialisten leggen zich toe op beroepsgerelateerde aandoeningen…' (HA3)

'…Naar de specialist/ psychiater gestuurd, al maanden thuis. Je kan iemand met werkstress een maand thuis schrijven maar gemakkelijker indien specialistisch verslag… dan na 1 maand de adviseur: en dan is een specialistisch verslag handig. Ervaring leert wie je moet aanspreken. Gevolgen van ploegenwerk: moeilijker: naar wie doorverwijzen?' (HA2)

3.3.3.5 De arbeidsinspectie

De bereikbaarheid van de arbeidsinspectie

De arbeidsinspectie vormt enkel in uitzonderlijke gevallen een aanspreekpunt.

' (Arbeidsinspectie)…geen ervaring mee.' (HA2)

'De Arbeidsinspectie komt enkel in contact met de huisarts als er in beroep wordt gegaan tegen een beslissing van de arbeidsgeneesheer, anders nooit contact.' (AI)

Het werkveld en de rol van de arbeidsinspectie

De arbeidsinspectie heeft een o.a. een toezicht functie met betrekking tot de sociale wetgeving en wetgeving omtrent welzijn op het werk. In specifieke probleemstellingen zoals bij het niet akkoord gaan met de ongeschiktheidsverklaring van de arbeidsgeneesheer kunnen ze gecontacteerd worden.

'…HA via patiënt te weten komt dat er arbeidsomstandigheden zijn die niet door de beugel kunnen en dan natuurlijk in samenspraak met de patiënt, dan arbeidsinspectie contacteren, denkt alleen in dit geval'. (AI, 2011)

'…werknemer werkt met een bepaalde stof: AGH had er niks mee gedaan, comité deed er ook niks mee, de arbeidsinspectie gecontacteerd…' (HA2)

'Arbeidsinspectie: anonieme tips, iemand die in beroep wil gaan bij een ongeschiktheidsverklaring, routine onderzoeken in bedrijven. Je kan ze ook bellen voor advies en informatie. Belangrijk: indien niet akkoord met de niet-ongeschiktheidsverklaring.' (AGH)

De organisatie van het werk en de mogelijkheden van de arbeidsinspectie

Ook de inspectie is beperkt in z'n mogelijkheden maar er is wel juridische afdwingbaarheid.

'…kan soms wel een jaar duren. Veel energie insteken als inspecteur. Sommige beter dan andere…' (AI)

'De arbeidsinspectie: gaat eerst proberen met aanbevelingen en waarschuwingen daarna proces verbaal indien inbreuk op de welzijnswet. Ze hebben de macht om een onderneming tijdelijk te sluiten.' (ADV)

3.4 Triangulatie

Deze tabel toont de barrières bekomen uit de literatuur, de casusregistratie en de interviews. De laatste kolom geeft aan of een online tool hier potentieel ondersteuning zou kunnen bieden. De tabel illustreert dat de meeste barrières zich consistent herhalen bij de verschillende data.

Tabel: triangulatie van de barrières

Literatuur: externe validiteit	**Kwalitatief 1: Casusregistratie**	**Kwalitatief 2: Interviews**	**Tool theoretisch geschikt als ondersteuning?**
'Awareness' arts tijdens de consultatie	nvt	++	++
Tijd arts: algemeen	+	+	++
Financiering arts	nvt	+	nvt
Kennis arts: medisch	++	++	++
Diagnostiek: o.a. arbeidsanamnese en klinische vaardigheden	++	+	++
Toegang tot informatie: medisch-klinisch	+	+	+++
Kennis arts: procedures en wetgeving	+++	+++	++
Tijd arts: procedures-contact met specialist	/	++	+ Via adressenlijst en centralisatie gegevens
Toegang tot informatie: Sociaal-legaal	+	+	+++
Angst en terughoudendheid arts	++	++	+ Kennis leidt tot duidelijkheid en geeft meer controle
Rolperceptie huisarts	++	++	+ Potentieel meer mogelijkheden
'Awareness' patiënt en omgeving	nvt	+	+ Mogelijks: patiënten brief
Kennis patiënt: medisch	+	+	+ Mogelijks: patiënten brief
Kennis patiënt: procedures en wetgeving	++	+	+ Via patiënten brieven Via vakbond
Angst en terughoudendheid patiënt	++	+	+ Kennis leidt tot duidelijkheid en geeft meer controle Empowerment Vakbond
Communicatie en samenwerking met de arbeidsgeneesheer	+++	++	+ Template, mogelijkheden en Valkuilen Adressenlijst
Conflict of interest bij de arbeidsgeneesheer	+	++	+ Kennis leidt tot duidelijkheid en geeft meer controle
Doorverwijzing naar	+	++	++

specialist of instantie			Verwijsadressenlijst
Epidemiologie en dataverzameling	nvt	+	+ Meer aangifte leidt tot representatievere cijfers
Maatschappij organisatie	+	+++	Onduidelijk
Public health en organisatie gezondheidszorg	+	++	Onduidelijk
Verzekeringen en belangenorganisaties	+	+	Onduidelijk

Legende: nvt= niet van toepassing of 'methodologie niet geschikt'

+/++/+++ = frequentie en/of belang van het probleem en/of geschiktheid als oplossing

Tabel: opties voor de huisarts bij vragen of problemen in een arbeidscasus

	Wetgeving en procedures	**Werkvloer aangelegenheden**	**Vervangingsinkomen en statuut**	**Diagnostiek en behandeling**
Foreground vraag (FG)	Tool[15] Vakbond (juridische dienst) Arbeidsgeneesheer	Vakbond Arbeidsgeneesheer CPBW	Tool Betrokken instanties	Tool Specialist Arbeidsgeneesheer
Background vraag (BG)	Onderwijs en bijscholing[16] (overheid)-sites (via Tool) Welzijnswet	Welzijnswet (overheid)-sites (via Tool) Onderwijs en bijscholing	Onderwijs en bijscholing Betrokken instanties	Overzichtsartikelen en handboeken Onderwijs en bijscholing Tool
Praktische vraag: neutrale in houd (PN)	Vakbond (juridische dienst) Arbeidsgeneesheer	Vakbond CPBW Arbeidsgeneesheer	Betrokken instanties	Arbeidsgeneesheer
Praktische vraag: delicaat/probleem (PD)	(Juridische dienst van) de vakbond Arbeidsinspectie Advocaat (e.v. via juridische dienst))	Vakbond CPBW Arbeidsgeneesheer Arbeidsinspectie	Vakbond Betrokken instanties	N.V.T.
Reflectieve vraag (RV)	N.V.T	N.V.T	N.V.T.	N.V.T.

Bespreking tabel

Zie discussie op pagina 39.

[15] Gids voor de ondersteuning van de huisarts bij een arbeidscasus

[16] 'Onbekend is onbemind' en meer kennis kan leiden tot het opnemen van een actievere rol. Goodwin, P., E. M. Wall and M. Bajorek (1995). "Occupational medicine content of Oregon family physician practices." J Am Board Fam Pract **8**(4): 300-304.

4 Discussie

In de discussie worden de bekomen inzichten uit de drie bronnen geïntegreerd. We halen eveneens de sterktes en de zwaktes aan. Op basis van deze elementen worden er enkele aanbevelingen geformuleerd.

4.1 Barrières met betrekking tot de huisarts: 'kennis en informatie'

4.1.1 Diagnostiek en de behandeling

Huisartsen vragen zich vaak af wanneer een aandoening een AGA is en hoe dit aan te tonen, hierbij zijn de vele achtergrondvragen waarschijnlijk een indicatie voor een vrij algemeen kennis-tekort . Experten geven in elk geval aan dat kennis over dit domein problematisch is in de Belgische context, er is ook sprake van een aanzienlijke onder-detectie van AGA's in de huisartssetting(Lax, Grant et al. 1998, Pransky, Snyder et al. 1999, Harber and Merz 2001, Azaroff, Levenstein et al. 2002, Benavides, Castejon et al. 2005). Nochtans kan een vroege diagnose en gepaste behandeling bepalend zijn voor het verdere verloop van de aandoening(Lax, Grant et al. 1998). Een vroege diagnose leidt bij veel van deze aandoeningen tot betere gezondheidsresultaten voor de individuele patiënt(Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007). Dit is logisch: de betrokken persoon kan verwijderd worden uit het schadelijke milieu, een behandeling kan tijdelijk ingesteld worden. Naar directe collega's en naar volksgezondheid toe kan er preventief opgetreden worden, waarbij de beroepsaandoening van de individuele patiënt (en) fungeren als waarschuwing (Rutstein, Mullan et al. 1983, Herbert, London et al. 2000). Andere mogelijkheden zijn niet altijd 'medisch' (of levensverlengend) maar ze kunnen wederom belangrijk zijn voor de patiënt, 'voor zijn directe omgeving als ook voor de volksgezondheid in het algemeen. Het betreft zaken zoals een aanvraag indienen bij het FBZ, een aanvraag tot aanpassing op het werk, samenwerking met een vakbond om via deze weg preventie te versterken. Zoals beschreven in hoofdstuk 2, zijn bewustzijn van de problematiek en een goede anamnese primordiaal om te komen tot een diagnose.

4.1.2 Procedures en wetgeving

In de praktijk casussen zien we opmerkelijk veel vragen omtrent procedures en wetgeving opduiken, veelal betreffen het achtergrond-vragen die opnieuw een uiting lijken te zijn van een globaler kennis-tekort bij huisartsen op dit domein. Veel antwoorden op de gestelde vragen zijn te vinden in 'de welzijnswet', op de site van RVA, op de sites van de vakbonden of op de sites van desbetreffende diensten. De informatie is dus in principe beschikbaar. Waarschijnlijk zijn huisartsen over het algemeen weinig vertrouwd met deze bronnen of er zijn geassocieerde obstakels die verhinderen om de kennis daar te zoeken. Ook de interviews suggereren een kennis-tekort in deze materie. De literatuur beschrijft deze obstakels en huisartsen geven in sommige studies expliciet aan dat dit een belasting alsook één van de belangrijke barrières vormt, om zich met arbeidscasussen bezig te houden(Goodwin, Wall et al. 1995, Elms, O'Hara et al. 2005, Russell, Brown et al. 2005, Jamil, Campbell-Voytal et al. 2010, Letrilliart and Barrau 2012).

Vaak heeft een achtergrond vraag tevens een praktisch aspect, er zijn ook solitaire praktische vragen. In deze gevallen zou het waarschijnlijk interessanter zijn een derde actor te contacteren die beter opgeleid/geplaatst is, om de huisarts hierin bij te staan, dan deze kennis zelf te verwerven of op te zoeken. De arts dient hiervoor wel op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de verschillende actoren en de zowel de huisartsen als de experten geven aan dat dit een 'bottle neck' is. Interventies waarbij het aanleren van 'theoretische kennis' gecombineerd wordt met het verwerven van 'praktische kennis' kunnen een interessante piste zijn(Jamil, Campbell-Voytal et al. 2010).

4.1.3 Procedures en wetgeving m.b.t. het Fonds voor de Beroepsziekten

Om tot een aangifte van een beroepsziekte te komen, heb je vooreerst een (vermoeden van) een diagnose nodig, maar onder-detectie van AGA's is slechts één van de vele oorzaken van onder-aangifte. De huisartsen in de praktijkcasussen geven aan dat ze zich actief afvragen welke AGA's in aanmerking komen om een aangifte te doen bij het FBZ, alsook wat de bijhorende 'niet-medische' criteria zijn. De experten bevestigen het kennis-tekort in deze materie, dit blijkt overigens geen probleem te zijn dat zich enkel stelt bij Belgische huisartsen (Lax, Grant et al. 1998, Pransky, Snyder et al. 1999, Rosenman, Gardiner et al. 2000, Azaroff, Levenstein et al. 2002, Punnett and Wegman 2004, Arnaud, Cabut et al. 2010). De vaststelling dat deze barrière zich herhaalt in verschillende gezondheidssystemen met o.a. verschillende aangifte-procedures is een indicatie dat dit geen louter lokaal administratief probleem is. Eenzelfde trend zien we terug bij de arbeidsongevallen, met zowel internationaal (Galizzi, Miesmaa et al. 2006) als in België, een probleem van onder-aangifte (ACV 2013).

Het FBZ biedt op hun website een overzicht aan van de aandoeningen die in aanmerking komen als beroepsziekte ook de bijhorende (niet-)medische criteria en je dit praktisch aanpakt zijn te vinden op de site.[17] Uiteraard is het mogelijk deze informatie op te zoeken wanneer je beroepsziekte vermoed, maar een anticiperende houding (awareness) laat toe veel meer verschillende aandoeningen als potentiële beroepsziekte te weerhouden(Verger, Arnaud et al. 2008). In elk geval worden er in België heel weinig aanvragen ingediend[18] (ref), hierin volgen we de internationale trend (Rosenman, Gardiner et al. 2000, Arnaud, Viau et al. 2008, Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010).

[17] "Kenmerkend voor beroepsziekten in het Lijstsysteem is dat het individueel oorzakelijk verband tussen de ziekte en de blootstelling niet moet bewezen worden, maar wettelijk vermoed wordt…Dit betekent dat iemand die aan het beroepsrisico van een bepaalde beroepsziekte werd blootgesteld en aan die bedoelde ziekte lijdt, erkend en vergoed wordt als beroepszieke". Beroepsziekten, F. v. d. (2013). Schadeloosstelling bij een beroepsziekte: Algemeen overzicht. Brussel, Fondsvoor de beroepsziekten. Openbare instelling van sociale zekerheid**:** 1-28.Er is ook de mogelijkheid om een aanvraag in te dienen via de 'open lijst' waarbij in tegenstelling tot de 'gesloten lijst' "de getroffene zelf het bewijs moet leveren van het oorzakelijk verband tussen de ziekte en de blootstelling aan het beroepsrisico ervan."Ibid.

[18] De grote regionale en sectorale verschillen geven een indicatie voor de onder aangifte. Om het voorbeeld van beroepsgebonden kanker te nemen. In de jaarverslagen van het fonds liggen de aangifte cijfers ver onder de cijfers die in de literatuur aangebracht worden.

De tijdsinvestering voor het indienen van een aanvraag vormt, naast kennis, een andere belangrijke barrière die naar voor komt in de literatuur. (Arnaud, Viau et al. 2008, Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010) Wat ook meespeelt is of de arts dit al dan niet als onderdeel van z'n takenpakket beschouwt, zo wordt gerapporteerd dat artsen die actief zijn bij de vakbond ook significant meer aangiftes indienen (Arnaud, Viau et al. 2008, Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010).

Er zijn ook patiënt-factoren zoals zijn kennis over de procedures en angst die belangrijk kunnen zijn om mee te nemen, daar ze potentieel een drempel kunnen vormen tot het indienen van een aangifte (Azaroff, Levenstein et al. 2002, Poonai, van Diepen et al. 2005).[19]

De experten in de interviews geven aan dat de beperkingen gelinkt aan het Fonds voornamelijk maatschappelijk bepaald worden. Welke aandoeningen komen op de lijst en dus voor welke aandoeningen voorziet de maatschappij een vergoeding? We zien hierbij dat het aantal en de aard van aandoeningen die opgenomen zijn in een lijstsysteem verschillen van land tot land, dit vertaald zich ook in de Europese lijst. De wetenschappelijke criteria van causaliteit zijn problematisch voor veel aandoeningen en geven een vertekend beeld van de impact die het werk op de gezondheid van werknemers uitoefent (Lax 2000). Hierbij zijn de meetbare blootstellingen (fysisch, chemisch, biologisch) immers oververtegenwoordigd in vergelijking met moeilijker objectiveerbare blootstellingen zoals de werkorganisatie, multifactorieel veroorzaakte aandoeningen en psychologische problemen(Kieffer 2004, Vogel 2011). De experten geven aan dat het huidige onderwijs in de arbeidsgeneeskunde deze tendens versterken. De sterkte van het oorzakelijk verband hangt onder meer ook af van het onderzoek dat hiernaar gebeurt en na de wetenschappelijke/klinische causaliteit dient ook voldaan te worden aan de criteria van de legale causaliteit(Muir 1995). Ook organisatorische aspecten kunnen belangrijk zijn: het FBZ staat zowel in voor de registratie van de beroepsziekten als voor een eventuele compensatie, er zijn aanwijzingen dat de monitor-functie beter verloopt in landen waar deze 2 taken van elkaar gescheiden zijn(Spreeuwers, de Boer et al. 2010).

Azaroff gebruikt het begrip 'conceptual filters' om te verklaren hoe het komt dat zo weinig AGA's, beroepsziekten en arbeidsongevallen terecht komen in officiële statistieken. Aan elke stap van aandoening tot opname in de overheidsstatistieken is een filter verbonden, d.w.z. een mogelijke onderbreking van het proces. Het betreft 'definities' (Bvb beroepsziekte - AGA[20]), institutionele, legislatieve, sociale en culturele

[19]Recentelijk heeft het FBZ stappen ondernomen om deze drempel te verlagen: http://www.domusmedica.be/documentatie/nieuwskijker/4903-fonds-voor-de-beroepsziekten-komt-naar-u.html

[20] FBZ: "Het essentiële onderscheid tussen beroepsziekten en arbeidsgerelateerde ziekten slaat niet op de aard van de risicodragende beroepsactiviteiten of de aard van de ziekte, maar op de kracht van het oorzakelijke verband tussen beide.
Indien dit oorzakelijk verband, in groepen van blootgestelde personen, voldoende sterk is, is inschrijving in de beroepsziektelijst mogelijk. Indien dit oorzakelijk verband, nog steeds op het niveau van blootgestelde populaties, eerder zwak is, is er geen sprake van een beroepsziekte, maar van een arbeidsgerelateerde ziekte. (…)"

filters' (Vogel 2011). Hierbij stelt men vast dat de onder-aangifte meer plaatsvindt bij populaties die het meest risico lopen, inclusief migranten en werknemers met lage lonen(Azaroff, Levenstein et al. 2002). Mensen die zich in precaire omstandigheden leven, werken ook vaker in precaire jobs (EMCONET, Amable et al. 2007). In de Belgische context zien we dat er minder aangiftes van arbeidsongevallen afkomstig zijn van interim-werkers en kleine KMO's, hoewel dit net 2 risicogroepen zijn betreffende arbeidsongevallen (ACV 2013). De filters van Azaroff, waaronder verschillende processen waarbij de (huis)arts betrokken is, hebben met andere woorden de neiging de sociale gezondheidsgradiënt te versterken. Dit is tegengesteld aan de doelstellingen van de sociale zekerheid maar ook aan de doelstellingen van de gezondheidszorg waarbij, rekening houdend met het concept 'vertical equity', er meer en/of een gedifferentieerde inspanning geleverd zou moeten worden voor groepen die dit meer 'nodig hebben'.

4.1.4 Barrières met betrekking tot de huisarts: 'rolperceptie en deontologische aspecten'

De praktijkcasussen leggen heel wat twijfels bij de huisarts bloot betreffende z'n takenpakket en eventuele waardenconflicten die kunnen ontstaan wanneer de ICE van de patiënt en die van de huisarts (initieel) uit elkaar liggen. In situaties waar de patiënt, de werkgever, 'de maatschappij' iets van de huisarts verwacht dat in tegenstrijd is met de eigen waarden of met de persoonlijke kijk op het probleem kan er een 'moreel dilemma' ontstaan(Elms, O'Hara et al. 2005).Hierbij dient de arts soms één of andere compromis te sluiten tussen z'n waarden, z'n rol als hulpverlener naar de patiënt toe, z'n rol naar de maatschappij toe, de rol van de werknemer naar de werkgever toe en de waarden van de patiënt. In deze situaties kan de onzekerheid van de gevolgen van een bepaald beleid ook twijfel en angst induceren bij de arts(Mosshammer, Natanzon et al. 2012). Op die momenten stellen de huisartsen vaak 'reflectieve vragen. Enerzijds vormt de huisarts een bereikbaar aanspreekpunt voor de patiënt in geval van arbeid gerelateerde problemen (Harber and Merz 2001). De patiënt weet haar te vinden en haar positie is minder ambigue dan die van de arbeidsgeneesheer. Verschillende auteurs beschrijven hierbij het potentieel van de huisartsgeneeskunde[21] en geven aan waarom de huisarts een belangrijke rol kan spelen in de 'arbeidscasus'. (ref) AGA's zijn frequent en de patiënt heeft vaak een ICE met betrekking tot het werk. (Weevers, van der Beek et al. 2005, Weevers, van der Beek et al. 2009) Er zijn veel situaties waarbij de patiënt 'ontsnapt' aan het toezicht van de arbeidsgeneesheer zoals bij pensioen, verandering van werk, werkeloosheid etc.…(Benavides, Castejon et al. 2005, Arnaud, Cabut et al. 2010) waardoor de detectie en aanpak van AGA's door de huisarts bepalend zijn voor het verdere verloop(Lax, Grant et al. 1998). De

[21] 'Eerste lijn geneeskunde… is het eerste contact-niveau tussen individuen, familie en de gemeenschap met het nationale gezondheidssysteem. Op deze manier brengt zij gezondheidszorg zo dicht mogelijk tot waar werkende mensen leven en werken en vormt ze de eerste schakel van een continue gezondheidszorg.' International Conference on Primary Health Care (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR.

bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg in de huisartsgeneeskunde kunnen hier mogelijks een antwoord op bieden(Harber and Merz 2001, Arnaud, Cabut et al. 2010).

De interviews en de literatuur geven aan dat de huisarts, door z'n positie als poortwachter[22], ook een sleutelrol kan spelen in een vroegtijdige diagnose en aangifte van mogelijke beroepsziekten(Benavides, Castejon et al. 2005, Arnaud, Cabut et al. 2010). Aangiftes leiden tot meer kennis en data die aangewend kunnen worden om beleidsmaatregelen te nemen(Spreeuwers, de Boer et al. 2010), de wetgeving betreffende beroepsziekten uit te breiden[23] en de bevolking te sensibiliseren. De huisarts kan door aangiftes te doen dus bijdragen tot preventie en sensibilisering.

De holistische benadering in de eerste lijn is een andere grote troef, daar de huisarts, de patiënt niet enkel ziet als een patiënt/werknemer met een AGA, maar zich ook bewust is van de andere rollen die hij dient te vervullen (Troyer 2012.) Appreciatie van de beschermende of belastende factoren en problemen binnen de verschillende rollen die een patiënt speelt, geven een andere kijk op AGA's. Het werk vormt vaak één van de oorzaken bij vele musculoskeletale en psychosociale problemen, logischerwijs verdient het werk een plaats in het bio-psychosociaal model.

Anderzijds is de huisarts terughoudend in het opnemen van verantwoordelijkheid in arbeid gerelateerde casussen. Dit betreft zowel z'n rol in de detectie (Elms, O'Hara et al. 2005, Verger, Arnaud et al. 2008) als in de aangifte (Elms, O'Hara et al. 2005, Verger, Arnaud et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010) als in het gehele proces (O'Hara, Elms et al. 2004, Elms, O'Hara et al. 2005).

Twijfel en/of angst bij de huisarts om de patiënt te compromitteren naar z'n werk toe, die treedt op in de praktijkcasussen bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid en in sommige situaties waarbij de arbeidsgeneesheer betrokken is, kan een extra hindernis vormen(Anema, Jettinghoff et al. 2006, Mosshammer, Natanzon et al. 2012). Deze 'onaangename aspecten'(Elms, O'Hara et al. 2005, Letrilliart and Barrau 2012) zijn analoog met de angst van de arts om de patiënt te compromitteren bij het indienen van een arbeidsongeval of een aangifte voor een beroepsziekte(Azaroff, Levenstein et al. 2002, Elms, O'Hara et al. 2005, Poonai, van Diepen et al. 2005, Arnaud, Viau et al. 2008, Arnaud, Cabut et al. 2010). Evenzo komen de hindernissen door huisartsen aangehaald om meer prioriteit toe te kennen aan arbeidsgeneeskundige problemen, in grote mate overeen met de barrières die aangehaald worden voor de detectie en de aangifte, zoals de kennis van de administratie en aandoeningen, tijd, gebrek aan ondersteuning, etc.…(Elms, O'Hara et al. 2005).

[22] 95 % van de Belgische bevolking heeft een huisarts en 78% consulteert minstens jaarlijks de huisarts. Heyden, J. V. d. (2008). Contacts avec le médecin généraliste Enquête de santé par interview, Belgique 2008. Belgique, Institut Scientifique de Santé Publique.

[23] Welke aandoeningen op de gesloten lijst terechtkomen zijn functie van het maatschappelijk debat, dit varieert dan ook aanzienlijk tussen de Europese landen Kieffer, C. (2004). Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en tant que maladies professionnelles en Europe ? Une étude sur 10 pays européens.. R. Haeflinger. Paris, EUROGIP**:** 1-55.

4.2 Barrières met betrekking tot de patiënt

Doorheen de verschillende aangehaalde topics spelen de ICE's van de patiënt een belangrijke rol. Dit maakt dat de ICE's van de patiënt met betrekking tot het werk, belangrijk zijn om te exploreren en mee te nemen in de verschillende stappen bij een arbeidscasus. De ICE met betrekking tot het werk vormen een extra dimensie en kunnen een verandering teweegbrengen in het (therapeutische) beleid.

4.3 Barrières en oplossingen met betrekking tot de arbeidsgeneesheer

De arbeidsgeneesheer speelt een centrale rol bij arbeid-gerelateerde problemen en als aanspreekpunt voor arts en patiënt. De arbeidsgeneesheer heeft meer dan de huisarts de kennis en de mogelijkheden om aan de oorzaak van bepaalde problemen te werken. Door het toedoen van verschillende problemen wordt z'n huidige potentieel onderbenut. De literatuur stelt dat er weinig samenwerking tussen de huisarts en de bedrijfsarts plaatsvindt(Buijs, van Amstel et al. 1999, Mortelmans, Moens et al. 2002, Beaumont 2003, Anema, Jettinghoff et al. 2006, Nauta, Weel et al. 2006, Buijs, Weel et al. 2009, Mosshammer, Natanzon et al. 2012, Mairiaux, Schippers et al. 2013).

Uit de praktijk casussen en de interviews blijkt dat het in contact komen met de arbeidsgeneesheer niet altijd eenvoudig is (Buijs, van Amstel et al. 1999, Buijs, Weel et al. 2009, Mosshammer, Natanzon et al. 2012). Evenzo lijkt de huisarts niet altijd goed op de hoogte te zijn van wat de functie van een arbeidsgeneesheer inhoudt en wat deze kan betekenen voor een patiënt in een concrete situatie(Buijs, van Amstel et al. 1999, Anema, Jettinghoff et al. 2006, Buijs, Weel et al. 2009, Mosshammer, Natanzon et al. 2012). De huisarts vraagt zich vaak af, of het in een gegeven context een goed idee is de arbeidsgeneesheer te contacteren. Interventies die de samenwerking tussen de actoren (huisartsen en bedrijfsartsen) kunnen hier gedeeltelijk een antwoord op bieden(Buijs, Weel et al. 2009). Dit kan gebeuren onder de vorm van gemeenschappelijke bijscholingen, meer aandacht in het bestaande curriculum voor elkaars rol en werkveld, gestandaardiseerde contact formulieren, een protocol voor onderlinge communicatie en gecentraliseerde contactgegevens.

Desalniettemin blijven er barrières over die ons terugleiden naar meer fundamentele problemen. De arbeidsgeneesheer dient zijn diensten te verlenen aan zowel de patiënt/werknemer, de werkgever als aan de maatschappij. Hierdoor is hij vaak zelf beperkt in de mogelijkheden die hij kan aanbieden binnen de huidige organisatie van de arbeid en kan er een probleem van 'conflict of interest' ontstaan. In de literatuur wordt deze gedeeltelijk negatieve perceptie van de huisarts beschreven[24] (Herbert, Plattus et al. 1997, Buijs, van Amstel et al. 1999, Elms, O'Hara et al. 2005, Russell, Brown et al. 2005, Anema, Jettinghoff et al. 2006).

[24] Er dient opgemerkt te worden dat het takenpakket van de bedrijfsarts in Nederland aanzienlijk verschilt van deze in België. Zo neemt de bedrijfsarts in Nederland een belangrijke rol in bij 'werkverzuim' en kan hij hiervoor werknemers contacteren, dit veranderd natuurlijk de kijk van huisarts en patiënt op de arbeidsgeneesheer.

In de probleemstelling 'ontslag om medische redenen' en in sommige gevallen van 'aangepast werk' komen laatst genoemde tegenstellingen samen en logischerwijs loopt de huisarts hierin vast. Dit wordt ook geïllustreerd in de casussen waaruit blijkt dat de huisarts wel op de hoogte is van de rol en functie die de bedrijfsarts speelt, maar zich evenwel de vraagt blijft stellen of hij al dan niet gaat verwijzen/in contact treden. In de casussen omtrent 'aangepast werk', weet de arts dat het de arbeidsgeneesheer is die dit regelt, maar twijfelt toch. Dit kan ook een verklaring zijn voor de terughoudendheid van de huisarts om resoluut voor de arbeidsgeneesheer te kiezen als actor bij bepaalde problemen die duidelijk tot het theoretische takenpakket van deze laatste behoren. De situaties waarbij de vakbond simultaan met de arbeidsgeneesheer gecontacteerd wordt in de praktijkcasussen kunnen hier ook een voorbeeld van zijn en ook de experten geven aan dat het simultaan op de hoogte brengen van de vakbond een zekere bescherming kan bieden. De twijfel om in een gegeven situatie de arbeidsgeneesheer als actor te kiezen, kan voortkomen uit verschillende zaken: een kennis-probleem, een bezorgdheid voor de gevolgen voor de patiënt, een inzicht dat de verschillende alternatieven allemaal hun beperkingen hebben, een twijfel over de rol die hij speelt t.a.v. patiënt en maatschappij, een inzicht dat hij wel wil maar misschien weinig kan doen.

Aangepast werk is de meest aangehaalde 'interventie' terwijl de experts benadrukken dat dit in de praktijk vaak niet haalbaar is(Pransky, Katz et al. 2002). Dit is een belangrijke vaststelling die de discrepantie tussen de theoretische mogelijkheden en de praktijk blootlegt. De arts heeft dus wel kennis over 'de mogelijkheid tot aangepast werk' maar is niet op de hoogte van de beperkte toepasbaarheid.[25] De vraag is natuurlijk wat er dan wel mogelijk is, welke pistes kan de huisarts z'n patiënt aanraden indien hij van mening is dat de patiënt kan blijven in z'n huidige tewerkstelling mits aanpassingen? Het gegeven dat er vaak geen aangepast werk voor handen is, is in de eerste plaat niet te wijten aan de (individuele) bedrijfsarts. Het is vooreerst een maatschappelijke probleemstelling. De interviews geven aan dat daar waar vroeger de mogelijkheid bestond om de werknemer 'lichtere taken' te geven, deze taken heden vaak ingevuld worden door werknemers tewerkgesteld in onderaannemingen. Aangepast werk is dus in de huidige organisatie van het werk vaak niet meer mogelijk waardoor er een belangrijke optie wegvalt om mensen in hun job te houden, waardoor ze mogelijks op de ziekenkas op terechtkomen of een werkloosheidsuitkering krijgen. De hefbomen om deze tegenstellingen te overbruggen liggen bijgevolg ook meer maatschappelijk en starten met fundamentele vragen over hoe we als maatschappij naar arbeid kijken.

Indien men van de premisse ervan uitgaat dat er geen tegenstrijdige belangen tussen werkgever en werknemer bestaan dan zullen problematische aspecten zoals de verhoudingen tussen patiënt-

[25] Een 'officiële' aanvraag indienen is bovendien niet geheel vrijblijvend en houdt een klein risico op ontslag in. Bij attestering van 'definitieve' arbeidsongeschiktheid i.t.t. tijdelijke arbeidsongeschiktheid, hierbij is deze kans lager bij grote bedrijven, gezien eerdere negatieve uitspraken (voor de werkgever) van de arbeidsrechtbanken

arbeidsgeneesheer-huisarts-werkgever herleid worden tot 'een probleem van bereikbaarheid' of 'het niet kennen of appreciëren van elkaars rol'. Hier sluiten dan een arsenaal van oplossingen op aan die voorbij gaan aan de sociale constructies die in de eerste plaats aanleiding geven tot deze probleemstellingen. Deze context bedeeld de huisarts een andere rol in dit geheel. Veel hangt dus af van het denkkader waarbinnen deze problemen besproken worden en vanuit welk perspectief dit gebeurt.

4.4 Opties voor de huisarts bij vragen of problemen in een arbeidscasus

Dit is het begeleidend schrijven bij het tabel op pagina 31. Een constante die uit de registratie naar boven komt over de kennis thema's heen, zijn de vele achtergrond-vragen die kunnen wijzen op een globaal kennistekort in dit domein, dit wordt in elk geval ook aangeven door de interviews en de literatuur. Uit de interviews en de casussen blijkt tevens dat bij verschillende problemen theoretische kennis onvoldoende is om tot een 'oplossing' te komen, veelal is er ook concrete praktische kennis nodig, die soms enkel (gemakkelijk en eenduidig) te vinden is bij een derde actor die op de hoogte is van de specifieke voorwaarden, mogelijkheden etc.… Uit de interviews blijkt dat de arbeidsgeneesheer en de vakbond (en e.v. de betrokken instanties) de theoretische informatie zouden kunnen aanleveren (zie tabel) alsook de omzetting hiervan naar de concrete context van de werknemer. Dit kan een optie zijn voor de 'praktische' vragen, met name wanneer er ook een delicaat aspect aan de casus verbonden is. Uiteraard dient de vakbond bereikbaar te zijn voor arts en patiënt en uit de registratie en interviews blijkt dit niet altijd zo te zijn, hetzelfde geldt voor de arbeidsgeneesheer. De arbeidsgeneesheer is een belangrijke speler maar heeft naast belangrijke mogelijkheden, ook belangrijke beperkingen waar de huisarts niet goed op de hoogte van is. De vakbonden kunnen een belangrijke meerwaarde bieden voor verschillende besproken probleemstellingen. Historisch gezien hebben ze altijd de rol gespeeld als beschermer van de gezondheid en de belangen van de werknemer, zowel door concreet te werken op de werkvloer en in de bedrijven en als maatschappelijke speler (Organisation 1981, Congress 2011). In een situatie waarbij de patiënt zich in een moeilijke positie bevindt kunnen ze advies en eventueel bescherming bieden, deze functie komt ook naar voor in de praktijkcasussen.

In het diagnostisch proces kan een gerichte verwijzing naar de specialist (met speciale interesse) een belangrijke stap betekenen. De specialist kan ook belangrijk zijn wanneer een formele diagnose noodzakelijk is: in omstandigheden waarbij andere instellingen/diensten nood hebben aan een specialistisch verslag. Dit is het geval bij een aanvraag voor het FBZ, bij arbeidsongevallen, bij langdurige arbeidsongeschiktheid. Een tijdige doorverwijzing naar de specialist wordt als barrière relatief vaak aangehaald in de literatuur(Holness, Tabassum et al. 2007, Holness, Tabassum et al. 2007), in België zijn de wachttijden voor specialisten in het algemeen korter dan bij andere Europese landen(Gerkens and Merkur 2010). Verschillende landen, zoals Nederland, bezitten over gespecialiseerde centra voor arbeidsgeneeskundige problemen (Spreeuwers D 2014). Dit zou een grote meerwaarde kunnen betekenen

om tot een integrale aanpak te komen, daar de expertise heden gefragmenteerd blijkt tussen disciplines, die niet altijd even goed blijken samen te werken.

4.5 Fitting the pieces together

De arbeidscasus bevindt zich vaak op het raakvlak tussen de werknemer/uitkeringsgerechtigde, de werkvloer, de sociale instellingen en de gezondheidssector, waarbij geen van deze spelers zich in de positie bevindt om een globaal overzicht te krijgen over een problematiek.

Om een arbeid -gerelateerde casus tot een zo 'goed' einde te brengen dient de huisarts vaak verschillende barrières te overwinnen. We merken dat er problemen, vragen en obstakels opduiken op elk moment van de consultatie: in de intake, bij de diagnostiek, bij het opstellen van een beleid, bij een doorverwijzing naar de arbeidsgeneesheer, bij de registratie in het dossier, bij het schrijven van de arbeidsongeschiktheid… In veel opzichten verschillen deze problemen aanzienlijk van de klassieke medisch-sociale probleemstellingen in de huisartspraktijk. De meeste problemen noch de vragen en bezorgdheden van patiënten zijn van louter 'medische aard'. Bij bijna elke casus is kennis van de sociale-arbeidscontext noodzakelijk. Het is belangrijk dat de huisarts een basis kennis heeft over deze sociale en juridische aspecten en wie hij daarbij kan contacteren, wil hij zijn rol als 'gezondheidsadvocaat' vervullen en/of anticiperen op probleemsituaties.

Wat opmerkelijk is, is dat in de verschillende continenten en in verschillende studieopzetten veelal dezelfde barrières naar boven komen, waarbij bijvoorbeeld in studies over rolperceptie ook kennis aan bod komt en omgekeerd. Potentieel kan het werken aan één barrière ook gevolgen hebben voor de andere, kennis kan bijvoorbeeld leiden tot een verandering in rolperceptie, meer data kunnen leiden tot meer awareness, meer awareness kan leiden tot het volgen van een bijscholing, wat op zijn beurt meer kennis kan opleveren etc…De gids wil een ingangspoort bieden binnen deze cirkel.

De problemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt zijn soms duidelijk omschreven waarvoor er een relatief eenduidige bereikbare oplossing bestaat waarbij de huisarts, mits ondersteuning, het probleem zelf kan oplossen. Bij (complexe) probleemstellingen met verschillende factoren waar de huisarts weinig zicht en/of invloed op heeft, dient hij samen te werken met een 3 de actor. Afhankelijk van de aard van het probleem betreft dit het vaakst de arbeidsgeneesheer, de vakbond en de verschillende overheidsinstellingen en andere instanties. Deze samenwerking is niet vanzelfsprekend en zelf opnieuw onderhevig aan verschillende barrières. Kennis over de verschillende spelers, hun functie, hun beperkingen en bepaalde gevoeligheden kan bijdragen tot een meer bewuste keuze, aanpak en beleid in functie van de patiënt. Er is sprake van een grijze zone bij arbeid gerelateerde casussen waar er niet altijd een beste keuze voorhanden is, elke situatie is anders en men dient telkens opnieuw een inschatting te maken, dit kan uiteraard niet in een gids gegoten worden.

De ontwikkeling van een online consulteerbare handleiding kan handvaten en ondersteuning verschaffen bij arbeid gerelateerde casussen in de Belgische huisartssetting. Het is de betrachting om de ondersteuning zo dicht mogelijk te laten aansluiten bij de problemen zoals ze zich dagdagelijks presenteren. We zien binnen de verschillende thema's zowel foreground, background, praktische als reflectieve vragen ontstaan. Een handleiding is het meest geschikt als ondersteuning van de foreground vragen, als een soort kennisportaal. Background vragen vergen meestal meer studie, hoewel a.d.h.v. casussen ook een breder leerproces geïnitieerd kan worden(Verbeek and Van Dijk 2006). Bij de praktische vragen kan de gids ondersteuning bieden door vlot de gepaste derde actor te vinden.

Een handleiding die in de praktijkruimte kan gebruikt worden, biedt de mogelijkheid om simultaan te leren als het antwoord te vinden op een specifieke vraag door bepaalde barrières (voornamelijk tijd, kennis en toegang tot informatie) te overkomen. Het administratieve luik kan een antwoord bieden op andere 'niet medische' vragen en faciliteert hierbij ook het overkomen van verschillende barrières (tijd, problemen en onaangename aspecten bij administratie, wetgeving, procedures en aangifte). Het gebruik 'on the spot' is geschikt voor deze problematiek omdat de patiënt beschikt over kennis en een gezamenlijke zoekproces met besluitvorming belangrijk blijkt te zijn, gezien de vele ICE met de betrekking tot het werk. Dit is tevens een ideale aanleiding om aan empowerment te doen. Op die manier zou de gids de arts in staat kunnen stellen om gezamenlijk meer weloverwogen keuzes in het belang van de patiënt te kunnen maken.

4.6 Wat voegt dit onderzoek toe?

Dit onderzoek geeft inzicht in de barrières die de huisarts kunnen beletten om een AGA te herkennen, te diagnosticeren en aan te pakken. Op die manier kan het ook inzicht geven in de processen die culmineren in de lage aangifte cijfers voor beroepsziekten en arbeidsongevallen. Het kennis tekort is een constante bij de verschillende thema's. Dit geldt voor de detectie en de behandeling van aandoeningen, het duikt op bij de procedures verbonden aan een beroepsziekte, het wordt aangegeven bij casussen waarbij een vervangingsinkomen van toepassing is en bij de procedures en samenwerking met de arbeidsgeneesheer. Een tweede constante zijn de moeilijkheden bij de samenwerking met de andere actoren en instanties. Een derde belangrijk punt zijn de structurele problemen, nauw verbonden aan de organisatie van de arbeid, die aan de basis liggen van heel wat barrières. Om aan de informatie behoefte van huisartsen te voldoen en tevens als antwoord op de aangehaalde barrières zou een praktijkgids handvaten kunnen bieden bij herkenning, diagnose en aanpak van AGA's.

4.7 Sterktes

De casusregistratie benadert de problematiek vanuit het perspectief van de practicus. Het voordeel van deze methode is dat er concrete problemen naar voren treden waarvan geen voorafgaande abstractie gemaakt werd. In de praktijkcasussen wordt slechts een gedeelte van de barrières gecapteerd. Een probleem moet zich stellen of ontstaan uit de interactie tussen patiënt en huisarts, de arts moet zich

bewust zijn van de barrière, deze expliciteren en neerschrijven. De literatuur en de interviews vullen dit aan. De interviews bij de experts, vertrekken vanuit een ander perspectief maar omdat ze doorgaan op bepaalde onderwerpen geven ze tevens een dieper inzicht in de probleemstellingen, afkomistig uit de praktijkcasussen en de literatuur. De uitgebreide literatuur studie, zorgt voor een externe validiteit. De methodetriangulatie vergroot de validiteit en de geloofwaardigheid van de bevindingen.

4.8 Beperkingen

De praktijkcasussen registreren niet specifiek de 'reason for encounter' en de ICE van de patiënt. Deze ICE's worden soms aangehaald door de arts, in andere casussen is dit aspect minder duidelijk of werd het niet geregistreerd. Er werd geen saturatie bereikt bij de code 'andere actoren'. Triangulatie van de onderzoekers voor het verhogen van de interne validiteit was mogelijk bij het opstellen van het code boek en de initiële codering bij de casusregistratie maar was niet mogelijk bij verdere uitwerking noch voor de interview analyse wegens tijdsgebrek. Veel aspecten die besproken zijn, zijn voor een deel verbonden aan de Belgische context-gebonden (wetgeving, etc…), hierdoor kan het zijn dat resultaten uit de studies in andere landen niet zomaar toepasbaar zijn op deze Belgische context. Een belangrijke beperking van het literatuuronderzoek is de beperking tot 'Pubmed' als zoekrobot. Er bestaat immers een omvangrijke literatuur uit sociologisch perspectief en ook de Franstalige tijdschriften bevatten veel relevante studies hieromtrent die de problemen meer maatschappelijk lijken te positioneren.

5 Besluit

Het werk en de bijhorende socio-economische status zijn belangrijke determinanten voor de gezondheid. Mensen brengen veel tijd door op het werk, het is dus belangrijk een zicht te hebben wat zich daar afspeelt. Anderzijds hebben ook veel aandoeningen een impact op de werknemer en de uitvoering van z'n werk. Bij bijna elke arbeidscasus is er hieraan een administratief en/of juridisch luik verbonden. Arbeid vormt dus potentieel een frequent en belangrijk thema op de raadpleging, dit erkennen is een belangrijke eerste stap naar goede diagnostiek en een aangepast beleid.

Uit internationaal onderzoek is veelvuldig gebleken dat huisartsen vaak specifieke barrières en problemen moeten confronteren om tot een diagnose te komen en een beleid op te stellen voor de patiënt met een arbeids-gerelateerd probleem. Deze specifieke barrières zijn te beschouwen tegen de achtergrond van een meer algemeen gebrek aan aandacht voor dit domein.

Uit onze exploratieve studie bij Vlaamse huisartsen wordt de aanwezigheid van deze problemen bevestigd evenals de vraag naar ondersteuning bij deze problematiek. Analyse van de interviews met experts geeft meer inzicht in de oorzaken van die barrières en geeft opties naar oplossingen toe. De analyse van de problemen stelt ons in staat om een ondersteunende tool te ontwikkelen die aansluit bij de noden van de huisarts om een deel van de besproken barrières te overwinnen. Hopelijk biedt een tool ondersteuning in de arbeidscasus zodat de huisarts hierin z'n rol als gezondheidsadvocaat kan opnemen.

6 Aanbevelingen

De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de vroeg detectie en in het initiëren van een aangepast beleid voor mensen met een AGA. Het onderwerp dient meer aandacht te krijgen in het basis curriculum daar alle artsen ermee in contact komen. De vervolgopleiding voor huisartsen dient de toekomstige huisartsen voor te bereiden op de vaak voorkomende probleemstellingen. Heden focust de module 'arbeidsgeneeskunde' in de basisopleiding zich voornamelijk op een kleine groep heel zeldzame aandoeningen en niet op wat de huisarts dagdagelijks op z'n spreekuur te zien krijgt: psychosociale problemen, musculoskeletale aandoeningen en administratieve/juridische problemen. Epidemiologisch noch klinisch gezien is deze onderwaardering in het curriculum te verklaren. Tegen de achtergrond van het onderzoek naar de sociale determinanten van gezondheid(Marmot, Friel et al. 2008), zou gezien de reeds onbillijke verdeling van de risico's een proactieve aanpak vanuit de gezondheidszorg geïndiceerd zijn. Bewustwording van de sociale constructies die aan de oorsprong liggen van de vele barrières dienen opgenomen te worden in onderzoek en onderwijs.

Een belangrijk randvoorwaarde hiervoor is de incorporatie van gegevens omtrent werk en uitkering status, risico's of belangrijke blootstellingen in het EMD. Deze diagnostische 'clues' in het dossier kunnen bijdragen aan het vermoeden van arbeid als één van de oorzakelijke factoren van aandoeningen. Bij aandoeningen met lange latentie tijd is dit bijzonder pertinent. Dit biedt ook de mogelijkheid om epidemiologische data te bekomen, kan gebruikt worden in verwijsbrieven en bij het opstellen van een aangifte bij het FBZ. Heden bieden de EMD's hier weinig opties of ondersteuning.

In afwachting van de realisatie van bovenstaande kan de verdere ontwikkeling van een online tool, die aansluit bij de noden op het terrein, de koud-water-vrees van de huisarts helpen overbruggen en haar ondersteunen bij verschillende probleemstellingen. Een eerste versie van de gids is beschikbaar.

REFERENTIES

"IS WORK GOOD FOR YOUR HEALTH AND WELL-BEING?".
ABVV. (2014). "Wat doet het ABVV?" Retrieved 01/02/2014, from http://www.abvv.be/web/guest/rol.
ACLVB. (2014). "ACLVB: werknemers." Retrieved 01/02/2014, from http://www.aclvb.be/werknemers/.
ACV (2013). Dossier arbeidsongevallen: de Belgische cijfers en verzekeraars doorgelicht. vakbeweging: militantenmagazine van het ACV. Brussel, ACV. **781**.
ACV. (2014). "Dienstverlening van het ACV." Retrieved 01/02/2014, from https://www.acv-online.be/het_acv/Dienstverlening/dienstverlening.asp.
Alasuutari, P. (1995). Researching Culture. London, SAGE.
Amable, M., P. Ballell, J. Benach, A. Castedo, H. Chung, Y. Demiral, G. Eijkemans, K. Lippel, C. Muntaner, M. Quinlan, J. Ramos, V. Santana, A. Sarkar and O. Solar (2007). Employment Conditions and Health Inequalities. J. Murray, Employment Conditions Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health (EMCONET)**:** 3-172.
Anema, J. R., K. Jettinghoff, I. Houtman, C. G. Schoemaker, P. C. Buijs and R. van den Berg (2006). "Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner." J Occup Rehabil **16**(1): 41-52.
Arnaud, S., S. Cabut, A. Viau, M. Souville and P. Verger (2010). "Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists." Int Arch Occup Environ Health **83**(3): 251-258.
Arnaud, S., A. Viau, S. Ferrer, G. Iarmarcovai, M. L. Saliba, M. Souville and P. Verger (2008). "[What barriers hinder the reporting of work related sciatic pain by GPs and rheumatologists?]." Sante Publique **20 Suppl 3**: S39-48.
Azaroff, L. S., C. Levenstein and D. H. Wegman (2002). "Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting." Am J Public Health **92**(9): 1421-1429.
Barber, C. M., T. Frank, K. Walsh, C. Burton, L. Bradshaw and D. Fishwick (2010). "Knowledge and utilisation of occupational asthma guidelines in primary care." Prim Care Respir J **19**(3): 274-280.
Beaumont, D. G. (2003). "The interaction between general practitioners and occupational health professionals in relation to rehabilitation for work: a Delphi study." Occup Med (Lond) **53**(4): 249-253.
Benach, J., C. Muntaner, H. Chung, O. Solar, V. Santana, S. Friel, T. A. Houweling and M. Marmot (2010). "The importance of government policies in reducing employment related health inequalities." BMJ **340**: c2154.
Benavides, F. G., J. Castejon, D. Gimeno, M. Porta, J. Mestres and P. Simonet (2005). "Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting." Am J Ind Med **47**(2): 176-180.
Beroepsziekten, F. v. d. (2013). Schadeloosstelling bij een beroepsziekte: Algemeen overzicht. Brussel, Fondsvoor de beroepsziekten. Openbare instelling van sociale zekerheid**:** 1-28.
Boffetta, P., M. Kogevinas, P. Westerholm and R. Saracci (1997). Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence Cancer Epidemiology - Social Inequalities and Cancer. N. P. M. Kogevinas, M. Susser and P. Boffetta, International agency for research on cancer**:** 331-341.
Bowen, G. A. (2006). "Grounded theory and sensitising concepts. ." Int J Qual Methods **5**: 12-23.
Buijs, P., R. van Amstel and F. van Dijk (1999). "Dutch occupational physicians and general practitioners wish to improve cooperation." Occup Environ Med **56**(10): 709-713.
Buijs, P. C., A. N. Weel, N. P. Nauta, H. R. Anema, P. L. Schoonheim and R. S. Helsloot (2009). "Teaching general practitioners and occupational physicians to cooperate: joint training to provide better care for European workers." Eur J Gen Pract **15**(3): 125-127.
Cohen, D., S. Khan, J. Allen and N. Sparrow (2012). "Shifting attitudes: the National Education Programme for work and health." Occup Med (Lond) **62**(5): 371-374.
Commission on Social Determinants of Health (2008). closing the gap in a generation. Health equity trough action on the social determinants of health. Geneve, WHO**:** 1-256.

Congress, T. U. (2011). how unions make a difference to health and safety the union effect, OSD/Health and Safety**:** 1-13.
Diderichsen, F. and J. Hallqvist (1997). "Trends in occupational mortality among middle-aged men in Sweden 1961-1990." Int J Epidemiol **26**(4): 782-787.
Downe-Wamboldt, B. (1992). "Content analysis: methods, applications, and issues." Health Care Women Int.(13): 313-321.
Elms, J., R. O'Hara, S. Pickvance, D. Fishwick, M. Hazell, T. Frank, M. Henson, P. Marlow, G. Evans, L. Bradshaw, P. Harvey and A. Curran (2005). "The perceptions of occupational health in primary care." Occup Med (Lond) **55**(7): 523-527.
Eurofound, A. Parent-Thirion, G. Vermeylen, G. van Houten, M. Lyly-Yrjänäinen, I. Biletta and J. Cabrita (2012). Fifth European Working Conditions Survey. The European Working Conditions Survey serie. Luxembourg, Publications Office of the European Union**:** 1-160.
FBZ (2012). statistisch verslag 2012. Brussel, Fonds voor de Beroepsziekten**:** 1-221.
Galizzi, M., P. Miesmaa, C. Slatin and "PHASE in Healthcare team" (2006). Occupational injuries, workers' reporting and firms policies in the health care industry: the challenges and rewards of combining qualitative and quantitative research methodologies. , National Institute for Occupational Safety and Health.
Gbrich, C. (2007). Qualitative Data Analysis: An Introduction. London, Sage Publications.
Gerkens, S. and S. Merkur (2010). "Belgium: Health system review." Health Syst Transit **12**(5): 1-266, xxv.
Gilson, L., J. Doherty, R. Loewenson and V. Francis (2007). Challenging inequity through health systems: Final report: knowledge network on health systems. Geneva, WHO: commission on social determinants of health**:** 1-156.
Goodwin, P., E. M. Wall and M. Bajorek (1995). "Occupational medicine content of Oregon family physician practices." J Am Board Fam Pract **8**(4): 300-304.
Greenhalgh, T. and R. Peacock (2005). "Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources." BMJ **331**(7524): 1064-1065.
Guba, E. and Y. Lincolon (1994). Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research. K. Denzin and S. Lincoln. Thousand Oaks, CA, Sage**:** 105-117.
Harber, P. and B. Merz (2001). "Time and knowledge barriers to recognizing occupational disease." J Occup Environ Med **43**(3): 285-288.
Herbert, R., M. London, D. Nagin and W. Beckett (2000). "The diagnosis and treatment of occupational diseases: integrating clinical practice with prevention." Am J Ind Med **37**(1): 1-5.
Herbert, R., B. Plattus, L. Kellogg, J. Luo, M. Marcus, A. Mascolo and P. J. Landrigan (1997). "The Union Health Center: a working model of clinical care linked to preventive occupational health services." Am J Ind Med **31**(3): 263-273.
Heyden, J. V. d. (2008). Contacts avec le médecin généraliste Enquête de santé par interview, Belgique 2008. Belgique, Institut Scientifique de Santé Publique.
Holness, D. L., S. Tabassum, S. M. Tarlo, G. M. Liss, F. Silverman and M. Manno (2007). "Dermatologist and family practitioner practice patterns for occupational contact dermatitis." Australas J Dermatol **48**(1): 22-27.
Holness, D. L., S. Tabassum, S. M. Tarlo, G. M. Liss, F. Silverman and M. Manno (2007). "Practice patterns of pulmonologists and family physicians for occupational asthma." Chest **132**(5): 1526-1531.
Hussey, L., M. Carder, A. Money, S. Turner and R. Agius (2013). "Comparison of work-related ill-health data from different GB sources." Occup Med (Lond) **63**(1): 30-37.
International Conference on Primary Health Care (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR.
Jamil, H., K. Campbell-Voytal and J. E. Arnetz (2010). "Perceptions of training in occupational and environmental medicine among family medicine residents." J Occup Environ Med **52**(2): 202-206.
Kelloway, E. K. and A. L. Day (2005). "Building Healthy Workplaces: What We Know So Far." Canadian Journal of Behavioural Science **37**(4): 223-235.

Kieffer, C. (2004). Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en tant que maladies professionnelles en Europe ? Une étude sur 10 pays européens._. R. Haeflinger. Paris, EUROGIP**:** 1-55.
Lax, M. (2000). "The fetish of the objective finding." New Solut **10**(3): 237-256.
Lax, M. B., W. D. Grant, F. A. Manetti and R. Klein (1998). "Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history." Am Fam Physician **58**(4): 935-944.
Letrilliart, L. and A. Barrau (2012). "Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review." Eur J Gen Pract **18**(4): 219-228.
Mackenbach, J. (2006). Health inequalities: Europe in profile. European commission:"Tackling Health Inequalities: Governing for Health", European Commission.
Mairiaux, P., N. Schippers, P. Govers, M. Vanmeerbeek, P. Donceel and K. Mortelmans (2013). Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de raadgevende artsen en de bedrijfsartsen voor een betere behandeling van de beroepsgebonden aandoeningen, STES,
DUMG,
Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde.
Marmot, M., S. Friel, R. Bell, T. A. Houweling, S. Taylor and H. Commission on Social Determinants of (2008). "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health." Lancet **372**(9650): 1661-1669.
Mengeot, M.-A., T. Musu and L. Vogel (2007). Occupational cancer the Cinderella disease. ETUI. Belgium, European Trade Union Institute for Research, Education, Helath and Safety**:** 1-52.
Michas, M. G. and C. U. Iacono (2008). "Overview of occupational medicine training among US family medicine residency programs." Fam Med **40**(2): 102-106.
Mortelmans, A. K., G. Moens, P. Donceel and D. Lahaye (2002). "Samenwerking arbeidsgeneesheer, verzekeringsarts en behandelende arts in België en Nederland." Tijdschrift voor bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde **10**(12): 380-383.
Mosshammer, D., I. Natanzon, I. Manske, P. Grutschkowski and M. A. Rieger (2012). "[Deficiencies and barriers of the cooperation between German general practitioners and occupational health physicians? A qualitative content analysis of focus groups]." Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes **106**(9): 639-648.
Muir, D. C. (1995). "Cause of occupational disease." Occup Environ Med **52**(5): 289-293.
Nauta, N., A. Weel, P. Overzier and J. von Grumbkow (2006). "The effects of a joint vocational training programme for general practitioner and occupational health trainees." Med Educ **40**(10): 980-986.
Newman, L. S. (1995). "Occupational illness." N Engl J Med **333**(17): 1128-1134.
O'Hara, R., J. Elms, S. Pickvance, D. Fishwick, M. Hazell, T. Frank, P. Marlow, M. Henson, P. Harvey, G. Evans and A. Curran (2004). The profile of patients' occuptaional health in primary care: health and safety executive, research report 254. Norwich, UK, Health ande Safety Executive (HSE)**:** 1-87.
Organisation, I. L. (1981). Convention concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment. ILO. Geneva.
OSHA (2007). European Risk Observatory. E. A. f. S. a. H. a. Work. Belgium, European Agency for Safety and Health atWork.
overheidsdiensten, B. F. (2012). "Vakbondsafvaardiging." Informatie en diensten van de overheid, from http://www.belgium.be/nl/werk/arbeidscontract/sociale_dialoog/vakbondsafvaardigings/.
Poonai, N., S. van Diepen, A. Bharatha, M. Manduch, T. Deklaj and S. M. Tarlo (2005). "Barriers to diagnosis of occupational asthma in Ontario." Can J Public Health **96**(3): 230-233.
Pransky, G., J. N. Katz, K. Benjamin and J. Himmelstein (2002). "Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners." Disabil Rehabil **24**(16): 867-874.
Pransky, G., T. Snyder, A. Dembe and J. Himmelstein (1999). "Under-reporting of work-related disorders in the workplace: a case study and review of the literature." Ergonomics **42**(1): 171-182.
Rosenman, K. D., J. C. Gardiner, J. Wang, J. Biddle, A. Hogan, M. J. Reilly, K. Roberts and E. Welch (2000). "Why most workers with occupational repetitive trauma do not file for workers' compensation." J Occup Environ Med **42**(1): 25-34.

Russell, G., J. B. Brown and M. Stewart (2005). "Managing injured workers: family physicians' experiences." Can Fam Physician **51**: 78-79.
Rutstein, D. D., R. J. Mullan, T. M. Frazier, W. E. Halperin, J. M. Melius and J. P. Sestito (1983). "Sentinel Health Events (occupational): a basis for physician recognition and public health surveillance." Am J Public Health **73**(9): 1054-1062.
Sandelowski, M. (2010). "What's in a name? Qualitative description revisited." Res. Nurs. Health **33**: 77–84.
Shi, L., B. Starfield, B. Kennedy and I. Kawachi (1999). "Income inequality, primary care, and health indicators." J Fam Pract **48**(4): 275-284.
Spreeuwers D, Molen HF van der (2014). Beroepsziekten: Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? M. v. V. Rijksinstituut voor Volkgezondheid en Milieu, Welzijn en Sport.
Spreeuwers, D., A. G. de Boer, J. H. Verbeek and F. J. van Dijk (2010). "Evaluation of occupational disease surveillance in six EU countries." Occup Med (Lond) **60**(7): 509-516.
Starfield, B. (2011). "The hidden inequity in health care." Int J Equity Health **10**: 15.
Taiwo, O. A., B. H. Mobo, Jr. and L. Cantley (2010). "Recognizing occupational illnesses and injuries." Am Fam Physician **82**(2): 169-174.
Thompson, J. N., C. A. Brodkin, K. Kyes, W. Neighbor and B. Evanoff (2000). "Use of a questionnaire to improve occupational and environmental history taking in primary care physicians." J Occup Environ Med **42**(12): 1188-1194.
Thorley, K., S. Turner, L. Hussey and R. Agius (2009). "Continuing professional development in occupational medicine for general practitioners." Occup Med (Lond) **59**(5): 342-346.
Thorley, K., S. Turner, L. Hussey, N. Zarin and R. Agius (2007). "CPD for GPs using the THOR-GP website." Occup Med (Lond) **57**(8): 575-580.
Troyer, M. D. (2012). "Balancing work and family: women workers walk a tightrope." HesaMag **5**: 19-21.
van Balen, J., A. Kremer, P. Buijs, Hulshof Carel and G. Lex (2010). "NHG-standaarden doorgelicht op arbeid." Huisarts en wetenschap **53**(1): 6-12.
Vandaele, K. (2005). " 'In het getal ligt onze macht'. Een politiek-wetenschappelijke analyse van de vakbondsledenevolutie in België, 1898-1995." Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis **35**(1): 115-128.
Vandenbrande, T., S. Vandekerckhove, P. Vendramin, G. Valenduc, R. Huys, G. Van Hootegem, I. Hansez, C. Vanroelen, V. Puig-Barrachina, K. Bosmans and H. De Witte (2013). "Kwaliteit van werk en werkgelegenheid in België." 1-186.
Venkatapuram, S., R. Bell and M. Marmot (2010). "The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice." Health Hum Rights **12**(2): 3-16.
Verbeek, J. and F. Van Dijk (2006). A practical guide for the use of research information to improve the quality of occupational health practice. protecting worker's health series. Geneva, WHO.
Verger, P., S. Arnaud, S. Ferrer, G. Iarmarcovai, M. L. Saliba, A. Viau and M. Souville (2008). "Inequities in reporting asbestos-related lung cancer: influence of smoking stigma and physician's specialty, workload and role perception." Occup Environ Med **65**(6): 392-397.
Vogel, L. (2011). Women and occuaptional diseases. The case of Belgium. h. a. s. d. Working conditions. Belgium, European Trade Union Institute (ETUI). **122**.
Waddell, G. and A. Burton, Kim (2006). Is work good for your health and well-being? D. f. W. a. Pensions. London, The Staionery Office**:** 1-257.
Ward, P. R. (2009). "The relevance of equity in health care for primary care: creating and sustaining a 'fair go, for a fair innings'." Qual Prim Care **17**(1): 49-54.
Weevers, H. J., A. J. van der Beek, J. R. Anema, G. van der Wal and W. van Mechelen (2005). "Work-related disease in general practice: a systematic review." Fam Pract **22**(2): 197-204.
Weevers, H. J., A. J. van der Beek, A. van den Brink-Muinen, J. Bensing, C. R. Boot and W. van Mechelen (2009). "Communication about work between general practitioners and patients consulting for musculoskeletal disorders." Qual Prim Care **17**(3): 197-203.