SAMEN AAN HET WERK!

Hoe verloopt de interactie tussen huisartsen en controleartsen?

Lien Bontinck, UGent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“ER STAAT EEN DOKTER VOOR UW DEUR. VIER VRAGEN OVER CONTROLEARTSEN”

De Standaard (20/08/13)

“ACV ZEGT ‘MEDISCH HUISARREST’ WACHT AAN”

De Standaard (15/03/14)

“AMBTENAREN KUNNEN BEZOEK VAN CONTROLEARTS SIMPEL ONTWIJKEN”

De Standaard (10/06/13)

“DRIE DAGEN ZIEK? GEEN DOKTERSBRIEFJE NODIG”

De Standaard (30/07/15)

““WERKNEMERS WILLEN ECHT NIET ZOMAAR THUISBLIJVEN” PLEIDOOI VAN GEZONDHEIDSSECTOR: WEG MET DOKTERSBRIEFJE”

De Morgen (30/07/15)

“CONTROLEURS STUREN 21.000 ZIEKEN TERUG NAAR HET WERK”

De Tijd (21/05/16)

“DE HUISARTS IS DE MAN DIE ALTIJD JA ZEGT, IK BEN DE MAN DIE NEE ZEGT”

De Tijd (21/05/16)

“CONTROLEURS BETRAPPEN ELKE DAG 100 VALSE ZIEKEN”

De Tijd (21/05/16)

“N-VA WIL MELDPUNT VOOR DOKTERS DIE VALSE ZIEKTEBRIEFJES SCHRIJVEN”

De Standaard (09/08/16)

Dankwoord

Deze thesis was een werk van lange adem. Daarom wil ik iedereen bedanken die dit project mee tot een goed eind heeft helpen brengen. Door praktische en/of morele steun.

Vooreerst wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Dirk Avonts, bedanken voor de nuttige feedback en bemoedigende woorden op het juiste moment. En voor zijn geduld en vertrouwen.

Daarbij wil ik ook Dr. Stijn Vandenberghe bedanken, die in de beginfase bij dit project betrokken was.

Uiteraard ook een oprechte dankbetuiging aan de 10 geïnterviewde artsen voor hun openheid en de boeiende gesprekken.

Deze thesis was bovendien niet mogelijk geweest zonder de steun van mijn 2 Praktijkopleiders, Dr. Ludo D'Hondt en Dr. Hilde Hofkens. Met een speciale vermelding voor alle Koraalbergcollega's die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken waren.

En last but not least: dankjewel aan al mijn geliefden! Voor jullie onvoorwaardelijke geloof in mij en dit project. Hierbij wil ik uitdrukkelijk mijn mama en mijn partner in crime (Bart) bedanken. Woorden schieten tekort om uit te drukken hoeveel jullie de voorbije jaren voor mij betekend hebben. En bedankt ook aan onze kleine Mathis, om mijn prioriteiten in dit leven op scherp te stellen, voor alle slapeloze nachten en warme knuffels!

"Time grabs you by the wrist,

Directs you where to go.

So make the best of this test, and don't ask why.

It's not a question, but a lesson learned in time.

It's something unpredictable, but in the end it's right.

I hope you had the time of your life."

Good Riddance, Green Day

Inhoudsopgave

Abstract 3

I. Inleiding 4
II. Methodologie 6
1. Literatuuronderzoek 6
2. Interviews 7
a. Opzet 7
b. Onderzoekspopulatie 7
III. Resultaten Literatuur 10
1. Internationale vergelijking verzuim 10
2. Systeem arbeidsongeschiktheid in België 12
a. Uitkering 12
b. Verplichtingen werknemer 13
c. Controle van arbeidsongeschiktheid 13
d. Begeleiding naar werkhervatting 14
e. Relevante wetgeving 15
3. Systeem arbeidsongeschiktheid in Nederland 15
a. Verplichtingen werknemer 16
b. Verplichtingen werkgever 16
c. Samenwerking werkgever/werknemer/bedrijfsarts of arbodienst 17
d. Controle van arbeidsongeschiktheid 17
e. Rol van de huisarts 18
f. Relevante wetgeving 18
4. Systeem arbeidsongeschiktheid in Frankrijk 18
a. Uitkering 18
b. Verplichtingen werknemer 19
c. Controle van arbeidsongeschiktheid 20
d. Relevante wetgeving 20
5. Systeem arbeidsongeschiktheid in Duitsland 21
a. Uitkering 21
b. Verplichtingen werknemer 22
c. Verplichtingen werkgever 22
d. Controle van arbeidsongeschiktheid 22
e. Relevante wetgeving 22
IV. Resultaten interviews 23
1. Algemene beschouwingen 23
a. Medewerking artsen 23
b. Traject controleartsen 23
2. Resultaten 24
a. Beoordeling systeem arbeidsongeschiktheid in België 26
b. Praktische uitvoering eigen taken 36
- Beoordeling eigen aanpak 37

- Patiëntfactoren die rol spelen in beoordeling 38
- Problemen 39
- Weigering of inkorting arbeidsongeschiktheid 41
- Voorlichting patiënten 41
- Combinatie controlearts-huisarts 41
- Impact controles op relatie huisarts-patiënt/werkgever-werknemer 42

c. Interactie tussen huisarts en controlearts 43

- Wederzijdse beeldvorming 44
- Contact 45
- Wederzijdse verwachtingen 45
- Conflicten 46

V. Discussie 48

1. Internationale vergelijking 48
2. Uniformering systeem arbeidsongeschiktheid 48
3. Interactie huisartsen-controleartsen 49

VI. Besluit 51

Literatuur 52

Bijlagen 53

Abstract

Elke huisarts in België schrijft dagelijks arbeidsongeschiktheid voor, en komt dus vroeg of laat in contact met een controlearts. Zowel over het systeem van arbeidsongeschiktheid in België, als over de interactie huisarts-controlearts, bestaan onduidelijkheid én heel uitgesproken opvattingen.

De onderzoeksvragen die deze thesis wil beantwoorden:

Hoe is de beoordeling van arbeidsongeschiktheid georganiseerd in België, in vergelijking met onze buurlanden Nederland, Duitsland en Frankrijk?

Wat zijn de opinies over dit systeem bij huisartsen en controleartsen?

Wat zijn de opinies over de praktische uitvoering hiervan?

Hoe verloopt de interactie tussen huisartsen en controleartsen?

Het opzet van deze masterproef is exploratief, beschrijvend. Het wetgevende kader is uitgewerkt op basis van literatuuronderzoek. Daarnaast werden semi-gestructureerde interviews uitgevoerd bij 5 huisartsen en 5 controleartsen.

Er blijkt een vraag te bestaan naar meer uniformiteit in het systeem van arbeidsongeschiktheid, meer opleiding voor zowel huisartsen als controleartsen en meer wederzijds overleg bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid.

I. Inleiding

In de periode van de keuze van het onderwerp voor de masterproef, ben ik als HAIO[1] op korte tijd geconfronteerd met een aantal patiënten die een controlearts op bezoek kregen.

De eerste patiënte was een alleenstaande moeder, die als lerares op het werk geconfronteerd werd met pesterijen en een onrealistische werkdruk. Na de initiële aanmelding omwille van fysieke klachten, werd na een tijdje duidelijk dat er meer aan de hand was. Een langdurige ziekteperiode volgde. In de eerste weken werd ze, bij verlenging van het medisch attest, meermaals opgeroepen voor een controle. Dit verliep telkens heel correct, ze kon rekenen op begrip en de collega controlearts ging akkoord met de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid. Dit weliswaar zonder overleg met mij. Maar, zo leerde ik van mijn PO[2], dit was de normale gang van zaken.

Een tweede ervaring was een eyeopener. Deze patiënte werkte op een school in moeilijkheden, waardoor de voorafgaande maanden het hele onderwijsteam onder zware druk had gestaan. Bij een crisismoment in haar eigen klas blokkeerde ze en sloeg in paniek. Dit alles samen zorgde voor een grote psychische lijdensdruk en fysieke klachten. Ik besloot haar een paar dagen rust voor te schrijven om alles op een rijtje te kunnen zetten. De dag na de consultatie, op een vrijdagnamiddag, belde ze me in paniek op: er stond een controlearts voor de deur en ze durfde niet opendoen. Tegen de tijd dat ik haar verhaal gehoord had was de arts vertrokken. Er zat een briefje in de bus met de mededeling dat ze zich op een voorgesteld tijdstip alsnog moest aanmelden voor de controle. Na even op haar in gepraat te hebben kon ik haar overtuigen hier naar toe te gaan. Ze nam haar echtgenoot mee ter ondersteuning. De controle verliep veel beter dan ze zich had voorgesteld en haar paniek bleek ongegrond. Toch zette dit voorval me aan het denken. Wie was deze ingebeelde boeman/-vrouw?

Bij de bespreking van deze casus tijdens een praktijkoverleg kwamen eerdere ervaringen van collega's met controleartsen aan bod, hierbij was de algemene toon eerder negatief.

Volgende bedenkingen drongen zich op:

- Als huisarts ben je niet enkel dokter, maar ook een vertrouwenspersoon. Daardoor komen mensen niet enkel met lichamelijke klachten bij je aankloppen, maar vragen ze ook aandacht voor andere levensdomeinen. Werkgerelateerde problemen komen hierbij zeer vaak aan bod, al was het maar omdat de huisarts als poortwachter functioneert met betrekking tot arbeidsongeschiktheid.
- Als het gaat over deze arbeidsongeschiktheid is de huisarts echter niet de enige die hierover iets te zeggen heeft. De werkgever kan via een controlearts nagaan of de voorgestelde ongeschiktheid gepast is. Elke huisarts schrijft dagelijks arbeidsongeschiktheid voor, en komt dus vroeg of laat in contact met een controlearts, rechtstreeks of via ervaringen van patiënten.
- Een arts die exclusief als functie heeft om de gegrondheid van arbeidsongeschiktheid na te gaan, is voor velen een onbekende, en bovendien ook eerder onbemind. Er bestaat een

[1] HAIO: huisarts in opleiding
[2] PO: Praktijkopleider

negatieve beeldvorming over de controlearts. Waarop is dit gebaseerd? En wat is het perspectief van deze controleartsen zélf?

- In de media en politiek komt dit thema regelmatig aan bod. Zo is recent nog bij stakingen van cipiers en luchtverkeersleiders het ziektebriefje neergezet als middel om te staken zonder loonverlies. Hierbij is ook het voorschrijfgedrag van huisartsen bekritiseerd.
- Arbeidsongeschiktheid of "ziekteverzuim" heeft een belangrijke impact op de maatschappij, de patiënt én de behandelende artsen. Toch komt dit aspect slechts heel beperkt aan bod in de opleiding geneeskunde.

Uit deze ervaringen en bedenkingen is het opzet van mijn thesis gegroeid.

Ik wil inzicht krijgen in het systeem/kader van arbeidsongeschiktheid in België.

Wat is de wetgeving hieromtrent?

Wie is bevoegd voor welke taken?

Hoe is de controle georganiseerd?

Hoe is dit ten opzichte van andere landen?

Ik wil het standpunt van de betrokken artsen aan bod laten komen.

Hoe verloopt het voorschrijven en controleren van arbeidsongeschiktheid in de praktijk?

Wat gaat goed? Wat gaat minder goed?

Welke suggesties hebben deze belangrijke spelers ter verbetering van de huidige situatie?

De concrete onderzoeksvragen waarop ik een antwoord wil formuleren zijn:

Hoe is de beoordeling van arbeidsongeschiktheid georganiseerd in België, in vergelijking met onze buurlanden Nederland, Duitsland en Frankrijk?

Wat zijn de opinies over dit systeem bij huisartsen en controleartsen?

Wat zijn de opinies over de praktische uitvoering hiervan?

Hoe verloopt de interactie tussen huisartsen en controleartsen?

Het opzet van deze masterproef is exploratief, beschrijvend. Het conceptuele kader is uitgewerkt op basis van literatuuronderzoek. De opinies over het huidige systeem , over de praktische uitvoering en de interactie tussen huisartsen en controleartsen zijn gedistilleerd uit een peiling naar de ideeën en gevoelens bij beide partijen.

II. Methodologie

Dit onderzoek wil peilen naar de ideeën, ervaringen en opinies van huisartsen en controleartsen. Om dit soort informatie te verzamelen is kwalitatief onderzoek aangewezen.

Ter ondersteuning van het onderzoeksopzet werd het “Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden” van Dimitri Mortelmans gebruikt.

1. Literatuuronderzoek

Voor de uitwerking van het conceptuele kader is in de beginfase een beperkt literatuuronderzoek uitgevoerd.

Via PubMed zijn geen relevante artikels gevonden over het overkoepelende thema van dit onderzoek: de rol en interactie van huisarts en controlearts bij arbeidsongeschiktheid.

De vertaling van “controlearts” naar het Engels is als zoekterm niet gebruikt omdat deze functie zich niet zomaar internationaal laat vertalen.

Internationale artikels over de concepten arbeidsongeschiktheid, attestering door de behandelende arts en de impact van deze attestering op het functioneren van de behandelende arts zijn inspiratie geweest om de onderzoeksvraag vorm te geven. Maar deze informatie is onvoldoende toepasbaar op de Belgische situatie. Het onderwerp van dit onderzoek bevindt zich in het grensgebied tussen geneeskunde en sociale wetgeving. En dit wettelijk kader verschilt van land tot land.

Daarom is het Belgische wettelijke kader bekeken waarbinnen huisartsen en controleartsen hun taken in verband met arbeidsongeschiktheid uitvoeren. Met hierbij ook een overzicht van de praktische organisatie. Het Belgische systeem wordt vergeleken met de situatie in Nederland, Duitsland en Frankrijk. De informatie hiervoor is gezocht via internet, vooral via overheidswebsites. Via de algemene zoekmachine Google zijn een aantal ondersteunende artikels in het Nederlands over dit onderwerp gevonden. Ook de relevante adviezen van de Orde der Artsen zijn doorgenomen. De archieven van Tijdschrift voor Geneeskunde en Domus Medica leverden geen relevante resultaten op.

Zoektermen:

Algemeen: sickness certification, sick leave guidelines, sick leave, sickness absence

België: controleartsen Vlaanderen, arbeidsongeschiktheid, controlegeneeskunde, ziekteverzuim,

Duitsland: Gesetzlichen Krankenversichering, Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld

Nederland: arbeidsongeschiktheid Nederland, arbodienst, ziekteverzuim

Frankrijk: arrêt maladie

2. Interviews

a. Opzet

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews.

Vanuit de onderzoeksvraag, eigen ervaringen en concepten uit de literatuur en wetgeving zijn 2 vragenprotocollen opgesteld, 1 voor elke beroepsgroep. (zie bijlagen)

Hierbij is gewerkt met 3 thema's.

1. ideeën en gevoelens over het Belgische systeem van arbeidsongeschiktheid en de controle daarop, en de theoretische rolverdeling tussen huisarts en controlearts
2. de invulling van de eigen rol met de persoonlijke aanpak van de geïnterviewde
3. de ervaringen van de geïnterviewde met de andere beroepsgroep.

Per thema zijn een aantal open vragen gesteld om zoveel mogelijk informatie spontaan te laten "opborrelen". Om nadien dieper in te gaan op de besproken onderwerpen zijn een aantal prikkelende stellingen geponeerd. Hierbij kunnen meningen wat scherper worden uitgewerkt.

Er is ook voldoende herhaling ingebouwd. Dit wil zeggen dat topics via verschillende formuleringen herhaaldelijk bevraagd zijn binnen 1 interview. Op deze manier kunnen eerder gegeven antwoorden aangevuld worden met nieuwe elementen. De geïnterviewde krijgt de tijd om zijn mening diepgaander te vormen en te verwoorden. Naarmate een interview vordert groeit ook vaak de vertrouwelijkheid tussen geïnterviewde en de onderzoeker, waardoor bij een latere vraag vaak opener geantwoord is, en de bias van sociale wenselijkheid in de initiële antwoorden deels getoetst wordt.

Op het einde van elk interview is door de onderzoeker een samenvatting gemaakt van het gesprek, waarbij de correctheid getoetst is bij de respondent, en de mogelijkheid tot aanvullingen gegeven is.

b. Onderzoekspopulatie

De doelstelling was om 5 controleartsen en 5 huisartsen te interviewen.

Door restricties in tijd en bewegingsvrijheid is de rekrutering van de onderzoekspopulatie gebeurd als volgt:

- De **huisartsen** zijn gerekruteerd in regio Antwerpen via convenience sampling: persoonlijke doorverwijzing naar sleutelpersonen door collega-artsen en eigen connecties van de onderzoeker. Op deze manier zijn 5 huisartsen uit 3 verschillende praktijken gerekruteerd. Deze populatie bestaat uit 4 vrouwelijke en 1 mannelijke huisarts, van verschillende leeftijdscategorieën en beroepservaring.
  Ze werkten allemaal in stedelijke groepspraktijken, die evenwel verschillende organisatievormen hadden:
  - 2 huisartsen werken als zelfstandigen in een groter groepsverband met praktijkondersteuning, prikverpleegkundige en diëtiste

- 2 huisartsen werken als groep van meerdere zelfstandige artsen onder 1 dak, met een gedeeld patiëntenbestand maar zonder praktijkondersteuning, evenwel in combinatie met losse samenwerkingsverbanden met andere disciplines
- 1 huisarts werkt in een forfaitaire, multidisciplinaire groepspraktijk.

- De rekrutering van **controleartsen** is gebeurd via contacten met een aantal grote controlediensten werkzaam in regio Antwerpen.
  Verschillende bedrijven zijn aangeschreven: Mensura, Mediwe en Medicontrol.
  - Via Mediwe kreeg ik een lijst van al hun controleartsen in de provincie Antwerpen. Met als criterium praktische bereikbaarheid, zijn hiervan 5 artsen telefonisch gecontacteerd, en zijn 4 artsen bereid gevonden tot interview.
  - Via Mensura is mijn vraag rechtstreeks doorgegeven aan hun artsen en heeft 1 controlearts me zelf gecontacteerd om een afspraak te maken.
  - Via Medicontrol is mijn vraag doorgegeven aan hun artsen, en heb ik de gegevens van 4 geïnteresseerde artsen gekregen. Op basis van bereikbaarheid zijn hiervan 3 artsen gecontacteerd. Het interview met 1 controlearts is door overmacht niet doorgegaan. 1 arts heeft bij telefonisch contact alsnog geweigerd, uit tijdsgebrek. De 3de arts was initieel wel bereid tot een interview, maar heeft dit geannuleerd omwille van persoonlijke redenen.

  Controlearts schijnt een mannelijk beroep te zijn. Alle controleartsen waarvan ik gegevens ontving waarbij het geslacht af te leiden was, zijn mannelijk. Een heel beperkt aantal contactgegevens vermeldden enkel een naam van BVBA of praktijk, hierbij is dit uiteraard niet af te leiden.

Tevens heb ik de Vlaamse Vereniging voor Kontrolartsen gecontacteerd via het formulier op hun website, maar tot op heden heb ik geen antwoord. Momenteel lijkt de website offline.

Tabel 1: Demografische gegevens Huisartsen

	HA 1	**HA 2**	**HA 3**	**HA 4**	**HA 5**
Leeftijd	43j	44j	54j	30j	33j
Geslacht	vrouw	vrouw	man	vrouw	vrouw
Ervaring in huidige functie	>20j	5-20j	>20j	<5j	<5j
Combinatie met andere functies op dit moment?	Neen	Ja	Ja	Ja	Ja
Andere functies in verleden?	Neen	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabel 2: Demografische gegevens Controleartsen

	CA 1	CA 2	CA 3	CA 4	CA 5
Leeftijd	60j	61j	60j	50j	64j
Geslacht	man	man	man	man	man
Ervaring in huidige functie	5-20j	>20j	>20j	5-20j	>20j
Combinatie huisartspraktijk?	Neen	Ja	Ja	Ja	Ja
Combinatie met andere functies op dit moment?	Ja	Neen	Neen	Ja	Neen
Andere functies in verleden?	Ja	Neen	Ja	Ja	Neen

Elke arts is door de onderzoeker persoonlijk bezocht voor een interview. Hierbij is het vragenprotocol als leidraad gebruikt, aangevuld met geïmproviseerde vragen om dieper in te gaan op de gegeven antwoorden. De interviews zijn integraal opgenomen via een dictafoon en pas later volledig uitgeschreven. Dit om zo weinig mogelijk te interfereren met de natuurlijke flow van het gesprek. Op deze manier is 14uur en 18 minuten aan geluidsmateriaal verzameld. De antwoorden van de respondenten zijn achteraf letterlijk uitgeschreven, wat resulteert in 138 bladzijden transcript.

Het gesprek met 1 controlearts heeft langer geduurd dan voorzien in de agenda van de arts. De vragen die niet aan bod gekomen zijn, heeft hij nadien schriftelijk beantwoord.

Het tekstmateriaal is door de onderzoeker opnieuw doorgenomen en gecodeerd volgens de bevraagde thema's.

Met de respondenten werd afgesproken dat telefonisch contact mocht opgenomen worden indien bij de verwerking van hun interview onduidelijkheden zouden bestaan. Dit was niet nodig.

III. Resultaten Literatuur

1. Internationale vergelijking verzuim

Verzuimratio's in Europa (gebaseerd op cijfers van de 27 EU-landen plus Noorwegen)vallen tussen 3 en 6% van de arbeidstijd. En de kosten van dit verzuim worden geschat rond 2,5% van het BNP[3]. Cijfers van de OESO[4] uit 2009 geven aan dat de kostprijs van ongeschiktheid en uitkeringen bij ziekte tot 2,5 maal hoger is dan deze van werkloosheid. (1)

Een vergelijking van het Belgische systeem met onze buurlanden lijkt interessant om inspiratie op te doen voor eventuele aanpassingen of verbetering van onze huidige aanpak. Het is echter niet evident om de invloed van deze verschillen op het verzuim te becijferen.

Een vergelijking van de verzuimpercentages tussen de verschillende landen is niet zomaar mogelijk. Dit komt omdat de data op zeer uiteenlopende manieren worden verzameld per land.

- Ten eerste hanteren verschillende landen verschillende definities van arbeidsongeschiktheid en verzuim. Zo rekenen sommige landen zwangerschapsverlof bij het verzuim, terwijl anderen bijvoorbeeld ook sociaal verlof meerekenen. (1)
- De meetmethodes zijn verschillend per land. Meestal worden statistieken omtrent verzuim gebaseerd op 2 mogelijke soorten bronnen: statistieken van ziekteverzekeringen of enquêtes bij werknemers. Nadelen hiervan zijn dat men bij de eerste soort data enkel gegevens verkrijgt van verzekerden en de afwezigheid door ziekte. Enquêtes kunnen alle vormen van verzuim weergeven, maar zijn afhankelijk van schattingen die onbetrouwbaar kunnen zijn. (1)
- Ook de manier waarop ziekteverzuim bevraagd wordt heeft impact op de cijfers. Vraagt men naar het aantal dagen verzuim over een langere periode, of meet men hoeveel mensen op een bepaald tijdstip afwezig zijn? De laatste methode kan een onderschatting geven van langdurig verzuim. (1)
- De datasets van bepaalde landen zijn ook onvolledig wat betreft de vertegenwoordiging van alle sectoren. Zo bevatten de Belgische gegevens geen data over de publieke sector. Dit kan aanleiding geven tot een vertekend beeld, aangezien men kan veronderstellen dat absenteïsme niet gelijk verdeeld is over de verschillende sectoren. (1)
- Bovendien kan ook de demografie van de beroepsbevolking een invloed hebben op de gerapporteerde verzuimpercentages. Zo kan men vermoeden dat de leeftijdsverdeling van de beroepsbevolking een invloed kan hebben, evenals de genderverhoudingen. (1)

Om deze redenen is het niet mogelijk om een directe vergelijking te maken tussen de verschillende landen, en is het niet evident om te vergelijken welke aanpak een positieve impact heeft op verzuim.

Hieronder volgt, bovenstaande kanttekeningen indachtig, een overzichtstabel van de bestudeerde landen, België, Nederland, Duitsland en Frankrijk, en een diepgaandere bespreking per land.

[3] BNP: Bruto Nationaal Product
[4] OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

Tabel 3: Matrix literatuurstudie: Systemen arbeidsongeschiktheid in B/NL/F/D

	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland
Verzuimpercentage (1)	5-7% (2008)	4,1% (2008)	Geen cijfers bekend	Ongeveer 3,2% (2008)
Trend (1)	Lichte stijging sinds 2002	Afname sinds 2005	/	Trage afname sinds 2003
Betaalde AO?	Ja	Ja	Ja	Ja
➢ **Carenzdagen?**	Neen *(afgeschaft bij eenmaking statuut arbeider-bediende)*	1 of 2 wachtdagen mogelijk via cao[5]	3d voor CPAM[6] uitkering 7d voor aanvullende uitkering	Neen
➢ **Hoelang?**	Tot 30d gewaarborgd loon Nadien primaire arbeidsongeschiktheid max. 1j in totaal	2 jaar *(verlenging tot 3j mogelijk)*	Max. 360d per 3 opeenvolgende jaren *(afhankelijk van prestaties voorafgaand aan AO[7] en duur lidmaatschap ziekteverzekering)*	6 weken Entgeltfortzahlung Nadien Krankengeld tot max. 78w in totaal
➢ **Wie betaalt?**	Gewaarborgd loon: max. 30d door werkgever, ev. aangevuld door mutualiteit. Nadien mutualiteit	Eerste 2j *(ev. 3j)* werkgever Nadien WIA-uitkering[8] *(overheid)*	CPAM plus ev. aanvullende uitkering door werkgever	Eerste 6w: werkgever Nadien Gesetzliche Krankenversicherung via Krankenkasse
➢ **Hoeveel?**	Afhankelijk van statuut en contracttype	Jaar 1: tot 100% van laatste loon *(min. 70% en min. minimumloon)* Jaar 2: 70% van laatste loon	CPAM: min. 50% van basisdagloon *(afhankelijk van aantal kinderen ten laste en duur van de AO)* Werkgever: Eerste 30d: aanvulling 90% van brutoloon, volgende 30d: aangevuld tot 66,66% *(afhankelijk van anciënniteit)*	Entgeltfortzahlung: behoud basisloon Krankengeld: 70% van brutoloon
Aantal dagen AO zonder attest	Geen, tenzij anders vermeld in contract of cao	Alle	Geen	Tot 3 dagen, attest nodig vanaf 4de dag
Wie attesteert?	Huisarts/behandelend arts	Geen attest van behandelend arts nodig	Behandelend arts	Behandelend arts
Wie controleert?	Controlearts Nadien adviserend geneesheer mutualiteit.	Arbodienst of gecertificeerd bedrijfsarts	Adviserend geneesheer van CPAM of controlearts van werkgever	MDK-arts[9] via Krankenkasse *(ev. op vraag van werkgever)*
Wie volgt verzuim op?	Behandelend arts Na 30d: Adviserend geneesheer	Werkgever en arbodienst	Behandelend arts en adviserend geneesheer	Fallmanager van Krankenkasse

[5] cao: collectieve arbeidsovereenkomst
[6] CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
[7] AO: arbeidsongeschiktheid
[8] WIA: Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
[9] MDK: Medische Dienst Krankenkassen

2. Systeem arbeidsongeschiktheid in België

In de cijfers van de OESO zijn geen gegevens over de publieke sector verwerkt. Ook wijkt voor vastbenoemde ambtenaren de regeling bij ziekte af van deze bij andere bedienden. Daarom laten we deze groep buiten beschouwing in dit onderzoek.

De FOD[10] Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg hanteert volgende **definities** van arbeidsongeschiktheid en controlegeneeskunde:

> "**Arbeidsongeschiktheid** verwijst naar de onmogelijkheid voor de werknemer om zijn werk te verrichten ten gevolge van ziekte of ongeval"
>
> "**Controlegeneeskunde** is de medische activiteit die uitgeoefend wordt door een geneesheer op vraag van de werkgever om de onmogelijkheid voor de werkgever om zijn werk te verrichten ten gevolge van ziekte of ongeval te controleren"(2)

a. Uitkering

Wanneer een werknemer in België ziek is, wordt de **uitvoering van de arbeidsovereenkomst geschorst** in de periode van arbeidsongeschiktheid. De werknemer behoudt zijn recht op loon gedurende een bepaalde periode, afhankelijk van de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid (ziekte of ongeval versus beroepsziekte of arbeidsongeval), en afhankelijk van zijn statuut (arbeider of bediende).

Het **gewaarborgd loon** wordt uitbetaald door de werkgever, tot 30 dagen na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, afhankelijk van zijn statuut en anciënniteit. Nadien krijgt de werknemer een uitkering via de mutualiteit. De loontechnische implicaties van arbeidsongeschiktheid en de verschillen hierbij tussen de werknemersstatuten, vallen buiten het bestek van deze thesis. Wel dient opgemerkt te worden dat sinds 1 januari 2014, werklieden net zoals bedienden vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid recht hebben op het gewaarborgd loon. De carenzdag werd dus afgeschaft.

Bij herval binnen de 14 dagen na het einde van een periode van arbeidsongeschiktheid, is het gewaarborgd loon niet opnieuw verschuldigd. Indien de nieuwe arbeidsongeschiktheid te wijten is aan een andere oorzaak heeft de werknemer, mits bewijs via een geneeskundig getuigschrift, toch opnieuw recht op gewaarborgd loon.

De werknemer heeft geen recht op gewaarborgd loon indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een ongeval door betaalde competitiesport of een zware fout van de werknemer.

In het kader van deze thesis beschouwen we enkel de periode van gewaarborgd loon, en dus **kortdurende arbeidsongeschiktheid**. Dit is de periode waarbinnen de controles op vraag van de werkgever meestal plaatsvinden, en waarbij huisarts en controlearts met elkaar in contact komen.

[10] FOD: Federale Overheidsdienst

b. Verplichtingen werknemer

Gewaarborgd loon gaat gepaard met een aantal **verplichtingen van de werknemer** ten opzichte van de werkgever.

- De werknemer is verplicht om zijn werkgever onmiddellijk te informeren over zijn ongeschiktheid, zodanig dat de werkgever de ongeschiktheid kan laten controleren en zich kan organiseren rond de afwezigheid van zijn werknemer.
- Bovendien is de werknemer verplicht om een geneeskundig getuigschrift voor te leggen aan de werkgever, indien een cao of arbeidsreglement dit voorschrijft, of op verzoek van zijn werkgever. Dit attest moet verstuurd of afgegeven worden binnen de termijn voorzien in cao of arbeidsreglement. Anders geldt een wettelijke termijn van 2 dagen, vanaf de dag van ongeschiktheid, tenzij de werkgever hier vroeg om vraagt.

  Dit getuigschrift moet volgende elementen bevatten:

  - Vaststelling van de arbeidsongeschiktheid
  - Vermelding van de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid
  - Vermelding van toelating al dan niet aan de werknemer om zich te verplaatsen, met het oog op controle

- De werkgever kan er voor kiezen om een controle te laten uitvoeren door een controlearts. De werknemer is verplicht deze controle te ondergaan. Hij mag niet weigeren de door de werkgever gestuurde controlearts te ontvangen, en moet zich ook door deze arts laten onderzoeken. Bovendien kan via een CAO of arbeidsreglement een “beschikbaarheidsperiode” worden vastgelegd. Dit wil zeggen dat de werknemer zich gedurende een bepaalde periode tijdens de dag beschikbaar moet houden voor controle. Deze mag maximum 4 aaneengesloten uren tussen 7 en 20 uur omvatten. Ook zonder vastgelegde beschikbaarheidsperiode mag een werkgever gedurende de hele periode van de arbeidsongeschiktheid laten controleren, en is de werknemer verplicht om aan deze controle mee te werken.

Het laattijdig inlichten van de werkgever, het laattijdig voorleggen van het gevraagde attest of het zich onttrekken aan medische controle kan leiden tot verlies van het recht op gewaarborgd loon.

c. Controle van arbeidsongeschiktheid

De **werkgever** kan beslissen om tijdens voorgeschreven arbeidsongeschiktheid een **controle door een controlearts** te laten uitvoeren.

Een controlearts moet hiervoor aan **wettelijke vereisten** voldoen, zoals vastgelegd in de wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde.

- Hij moet minstens 5 jaar ervaring hebben als huisarts of in een vergelijkbare praktijk.
- Hij moet onafhankelijk zijn ten opzichte van werknemer en werkgever. Hiertoe moet hij bij elke opdracht een onafhankelijkheidsverklaring ondertekenen.

De preventie-adviseur-arbeidsgeneesheer van de onderneming mag geen controles uitvoeren.

Op vraag van werkgever **controleert de controlegeneesheer** of de werknemer inderdaad arbeidsongeschikt is, en beoordeelt de waarschijnlijke duur van de ongeschiktheid. Ook andere medische gegevens die van belang kunnen zijn voor het gewaarborgd loon mogen geverifieerd worden, bijvoorbeeld vermelding ziekte, ongeval, beroepsziekte, arbeidsongeval. Alle andere vaststellingen vallen onder het medisch beroepsgeheim.

De **vaststellingen van de controlearts** worden schriftelijk aan de werknemer bezorgd, vaak via een standaardformulier van een controlemaatschappij. Dit formulier moet door de werknemer ondertekend worden voor kennisname. De controlearts kan contact opnemen met de behandelend arts voor hij tot zijn besluit komt.

Indien de werknemer niet akkoord gaat met de bevindingen van de controlearts, wordt dit schriftelijk op het formulier vermeld.

Bij een medisch dispuut kan een **scheidsrechterlijke procedure** plaatsvinden, die opgestart dient te worden binnen 2 werkdagen na overhandiging van de bevindingen van de controlearts. De scheidsrechter onderzoekt de werknemer en beslist binnen de 3 werkdagen na zijn aanwijzing. Hij brengt de behandelende arts en de controlearts hiervan op de hoogte. De werknemer en werkgever worden per aangetekende zending op de hoogte gebracht. De uitkomst van deze procedure is bindend voor beide partijen, en de kosten zijn te laste van de verliezende partij. Als scheidsrechter kan een onafhankelijk arts aangesteld worden na overeenkomst tussen beide partijen. Indien geen consensus bestaat wordt een arts aangeduid van een officiële lijst van arts-scheidsrechters, zoals verschenen in het Belgisch Staatsblad op 5 september 2002. Een procedure voor de rechtbank is een alternatief voor deze scheidsrechterlijke procedure. (2)

Een concrete voorstelling:

Een werknemer gaat niet werken en consulteert de behandelend arts. Tijdens de consultatie stelt deze vast dat de werknemer arbeidsongeschikt is, en attesteert dit feit, samen met de door hem of haar vermoede duur van de arbeidsongeschiktheid. De werknemer heeft zijn werkgever op de hoogte gebracht van zijn afwezigheid en bezorgt vervolgens het arbeidsongeschiktheidsattest binnen de afgesproken termijn. De werkgever kan beslissen een controlearts in te schakelen om de ongeschiktheid te laten nagaan. Indien deze arts niet akkoord is met de ongeschiktheid of de voorgeschreven duur ervan, bij voorkeur na overleg met de behandelend arts, deelt hij dit mee aan de werknemer. Deze kan, eventueel in overleg met de behandelende arts, weigeren akkoord te gaan met de beslissing van de controlearts. Indien geen consensus bereikt wordt kan een scheidsrechterlijke procedure worden opgestart, met een onafhankelijke arts als scheidsrechter. Deze wordt in overeenstemming door beide partijen gekozen, of gekozen van de officiële lijst. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend voor alle partijen.

d. Begeleiding naar werkhervatting

In België bestaat er pas georganiseerde begeleiding naar werkhervatting na langdurige afwezigheid omwille van medische redenen.

Hiervoor kan de werknemer terecht bij de adviserend geneesheer van zijn mutualiteit. Deze kan eventueel een gedeeltelijke werkhervatting voorstellen.

Bij een werkhervatting na een ziekte van minstens 4 weken dient men ook bij de arbeidsgeneesheer langs te gaan. Deze beoordeelt of de werknemer in staat is zijn taken te hervatten, en kan ook aangepast werk voorstellen, bijvoorbeeld een werkpostaanpassing.

De werknemer kan ook met zijn directe leidinggevende een hertewerkstellingsplan opstellen, eventueel met administratieve ondersteuning van de personeelsdienst. (3)

e. Relevante wetgeving

De **relevante wetgeving** hieromtrent is terug te vinden in volgende wetteksten:

a. Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, artikelen 31, 52 t.e.m. 54, 56, 70 t.e.m. 75, 112. (BS 22.08.1978, err. BS 30.08.1978)

b. Wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde (BS 13.07.1999)

c. Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis van 26 februari 1979 gesloten in de Nationale Arbeidsraad, tot aanpassing van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12 van 28 juni 1973 betreffende het toekennen van een gewaarborgd maandloon aan de werklieden in geval van arbeidsongeschiktheid ingevolge ziekte, ongeval van gemeen recht, arbeidsongeval of beroepsziekte, aan de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten (BS 24.04.1979)

d. Collectieve arbeidsovereenkomst nr. 13bis van 26 februari 1979 gesloten in de nationale arbeidsraad, tot aanpassing van de collectieve arbeidsovereenkomst nr 13 van 28 juni 1973 betreffende het toekennen van een gewaarborgd maandloon aan sommige bedienden in geval van arbeidsongeschiktheid ingevolge ziekte, ongeval van gemeen recht, arbeidsongeval of beroepsziekte, aan de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten (BS 24.04.1979).(2)

3. Systeem arbeidsongeschiktheid in Nederland

Het Nederlandse systeem verschilt op een aantal vlakken sterk van het Belgische.

De **verantwoordelijkheid** voor de arbeidsongeschiktheid ligt voornamelijk bij de werkgever en de werknemer. Zij worden hierin ondersteund door een bedrijfsarts of arbodienst. Arbodiensten hebben de taak te adviseren over de re-integratie van individuele werknemers en over collectieve preventie van ziekteverzuim. (4)

De hele regelgeving is erop gericht **activering** van zieke werknemers te ondersteunen en begeleiden. Op 1 april 2002 ging de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) van kracht. Deze wet heeft tot doel zieke werknemers zo snel mogelijk het werk te laten hervatten. Hierdoor zijn werknemer en werkgever gebonden aan een aantal verplichtingen. We bespreken enkel deze gedurende het eerste jaar van het ziekteverzuim in detail.

a. Verplichtingen werknemer

- De werknemer meldt aan zijn werkgever dat hij ziek is. Zonder tussenkomst van een behandelend arts!
- De werknemer is verplicht om actief mee te werken aan zijn herstel en zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. (4)
- Op de website van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) kan de werknemer een persoonlijk stappenplan aanmaken aan de hand van de begindatum van de arbeidsongeschiktheid. (4)
- Wanneer de werkgever aangepast werk aanbiedt mag de werknemer dit niet weigeren, op straffe van loonsverlies of zelfs ontslag. (5)

b. Verplichtingen werkgever

- Elke werkgever is verplicht om een contract af te sluiten met een arbodienst of een gecertificeerde bedrijfsarts.
- De werkgever geeft de ziektemelding van de werknemer door aan de arbodienst of bedrijfsarts.
- De werkgever is verantwoordelijk voor de doorbetaling van het loon, tot maximaal 104 weken (2 jaar) of tot het einde van het dienstverband. (5)
- Bij dreigend langdurig verzuim is de werkgever verplicht een re-integratiedossier bij te houden, met het verloop van de ziekte en de stappen die ondernomen werden door zowel werknemer als werkgever om werkhervatting mogelijk te maken.
- Bovendien moet de werkgever om de 6 weken samenzitten met de werknemer om het verloop te bespreken. Zij stellen samen ook een casemanager aan om de uitvoering van het plan van aanpak op te volgen.
- In de 42ste week van het ziekteverzuim moet de werkgever de werknemer ziekmelden bij het UWV.
- Na 1 jaar wordt een eerstejaarsevaluatie opgemaakt. In het 2^{de} jaar worden de inspanningen op basis hiervan verder gezet.
- En pas na het 2de jaar kan de werknemer in aanmerking komen voor een WIA-uitkering, volgens de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). (4) Tot op dat moment blijft de werkgever verantwoordelijk voor de uitbetaling van het loon. In het eerste ziektejaar moet de werkgever minimaal 70% van het laatste loon doorbetalen, of minimaal het minimumloon. In het 2de jaar vervalt de minimumvoorwaarde. Indien onvoldoende inspanningen tot re-integratie van de werknemer worden geleverd, kan de men de werkgever verplichten ook het 3de jaar door te betalen. (4) Dit wordt ook vastgelegd in de Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte (Wvlbz of VLZ) van 19 december 2003.
- Indien de werknemer niet kan terugkeren naar zijn oorspronkelijke functie, is de werkgever verplicht om aangepast werk aan te bieden, binnen het eigen bedrijf, of uitzonderlijk bij een andere werkgever.

c. Samenwerking werkgever/werknemer/bedrijfsarts of arbodienst

- De arbodienst of bedrijfsarts moeten binnen de 1ste week na de eerste ziektedag door de werkgever op de hoogte gebracht worden van het ziektegeval en nemen de begeleiding van de werknemer tijdens de ziekteperiode op zich.
- Op 6 weken maakt de bedrijfsarts of arbodienst een probleemanalyse, met de reden waarom de werknemer niet kan werken, zijn mogelijkheden tot herstel, en een vermoedelijke datum van werkhervatting.
- Uiterlijk 2 weken later stellen de werkgever en de werknemer samen een plan van aanpak op, met een beschrijving van de acties die beiden zullen ondernemen om de werkhervatting te bevorderen.

d. Controle van arbeidsongeschiktheid

Deze regelgeving vraagt grote inspanningen van de werkgever. Hij beschikt echter over een aantal mogelijkheden om de arbeidsongeschiktheid correct te kunnen beoordelen en indien nodig controle uit te voeren.

- Hij mag vanaf de eerste werkdag telefonisch contact nemen met de werknemer. Wettelijk gezien mag de werkgever de werknemer niet vragen naar de reden van het ziekteverzuim, wel naar wanneer hij verwacht het werk te kunnen hervatten. Hij mag eveneens navragen of de werknemer reeds in behandeling is bij een arts. Ook het doorgeven van taken in functie van de continuïteit van het werk kan besproken worden. Bovendien kan hij bespreken welke maatregelen hij kan treffen om de werkhervatting te bespoedigen. (5) (6)
- Hij mag de werknemer vragen op consult te gaan bij de bedrijfsarts ter beoordeling van de mogelijkheid tot aangepast werk en de vermoedelijke duur van het verzuim. De arbodienst kan eventueel een spoedcontrole uitvoeren via een bezoek aan de werknemer.
- Werkhervatting op arbeidstherapeutische basis kan een manier zijn om de werknemer geleidelijk aan terug aan het werk te zetten, al dient ook hier het loon doorbetaald te worden. (4) Bij meningsverschillen over de re-integratie kan een deskundigenoordeel aangevraagd worden bij het UWV. En er bestaan re-integratiebedrijven om de werkgever en de werknemer te begeleiden bij de werkhervatting, of een aanpassing van functie of een verandering van werkgever. (5)
- De werkgever kan een spoedcontrole aanvragen bij de arbodienst of bedrijfsarts bij een vermoeden van onterecht ziekteverzuim, vanaf de eerste dag van afwezigheid. Bij herhaaldelijke spoedcontroles wordt de werkgever aangemaand om de oorzaken van het verzuim te evalueren en zijn verzuimbeleid aan te passen.(5)
- Controle kan verder op elk moment worden uitgevoerd door de arbodienst of bedrijfsarts die de hele ziekteperiode opvolgt of door de werkgever zelf. In zijn verzuimbeleid kan de werkgever eisen dat de werknemer een verpleegadres doorgeeft, waarop de werknemer op afgesproken tijdstippen aanwezig moet zijn om gecontacteerd te worden door de werkgever, een leidinggevende of een collega. (6)
- Enkel een bedrijfsarts kan beoordelen of een werknemer ziek is of niet, en of de melding terecht is. Bij meningsverschillen over de ziekte van werknemer kan een deskundigenoordeel

aangevraagd worden bij de UWV indien ook het oordeel van de bedrijfsarts geen uitsluitsel brengt.

- Het deskundigenoordeel vertoont ook belangrijke verschillen met een arbitrage zoals we dat kennen in België. Deze second opinion wordt gegeven door een overheidsinstantie, de UWV, wanneer de re-integratie zoals besproken tussen werknemer en werkgever onvoldoende blijkt. De UWV kijkt niet enkel naar de geschiktheid van de werknemer voor het uitvoeren van zijn eigen of een aangepaste functie, maar ook of zowel werknemer als werkgever voldoende ondernomen hebben om de re-integratie te bespoedigen. Dit oordeel is niet bindend, maar heeft als bedoeling het re-integratietraject nieuw leven in te blazen. De kosten zijn voor de aanvragende partij. Indien gerechtelijke stappen worden ondernomen door de werknemer om ingehouden loon terug te vorderen, is een deskundigenoordeel vereist. (6)

e. Rol van de huisarts

Er wordt in Nederland een onderscheid gemaakt tussen behandeling en het beoordelen van arbeidsongeschiktheid. Huisartsen kunnen in principe verwijzen naar de bedrijfsarts voor verzuimadvies, maar ze spelen zelf geen rol bij de beoordeling van ziekteverzuim. Het schrijven van ziektebriefjes behoort dus niet tot de taken van de Nederlandse huisarts. De Nederlandse huisarts màg zich niet uitspreken over ziekteverzuim of werkhervatting.(7-9)

Er wordt vanuit de Nederlandse overheid recent wel geprobeerd om de arbo-curatieve samenwerking te versterken. (10)

f. Relevante wetgeving

- Wet Verbetering Poortwachter, 1 april 2002
- Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, 29 december 2005
- Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte, 19 december 2003

4. Systeem arbeidsongeschiktheid in Frankrijk

In Frankrijk hebben niet alle werknemers dezelfde rechten bij arbeidsongeschiktheid wegens ziekte. Vooral de vergoeding en de controle zijn verschillend en afhankelijk van een aantal factoren.

a. Uitkering

- In Frankrijk ontvangen werknemers bij arbeidsongeschiktheid een **basisuitkering** door de Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). De uitkering door de sociale zekerheid is afhankelijk van
    - de duur van de arbeidsongeschiktheid
    - de geleverde prestaties of verloning voorafgaand aan de ongeschiktheid
    - het aantal kinderen ten laste

  De dagvergoeding wordt uitgekeerd na een inachtneming van 3 carenzdagen.

De CPAM keert maximaal 360 dagvergoedingen uit per 3 opeenvolgende jaren met een uitzondering bij chronische aandoeningen.

De dagvergoedingen kunnen gecumuleerd worden met invaliditeitspensioen, pensioen, betaald verlof en salaris. Er is geen cumul mogelijk met werkloosheidsuitkering, uitkering voor zwangerschapsverlof of uitkeringen bij werkongevallen en beroepsziektes.

- Gedurende een beperkte periode kan een werknemer recht hebben op een **aanvullende uitkering van de werkgever** indien men voldoet aan bepaalde voorwaarden. (10)
    - minstens 1 jaar tewerkgesteld geweest zijn in de onderneming
    - binnen de 48 uur een medisch attest bezorgd hebben aan de werkgever
    - de uitkering van de sociale zekerheid ontvangen
    - behandeld worden in Frankrijk of in een ander lid van de Europese Economische Ruimte

  Tenzij er gunstiger regelingen van toepassing zijn, moet de werkgever rekening houden met volgende minimumvoorwaarden:

    - Gedurende de eerste 30 dagen van de arbeidsonderbreking : behoud van 90% van het brutoloon, rekening houdend met de daguitkeringen van de CPAM.
    - Gedurende de volgende 30 dagen: behoud van 66,66% van het brutoloon.

  De uitkering door de werkgever is een aanvulling op de uitkering door de CPAM, zodanig dat het vooropgestelde percentage van het brutoloon bereikt wordt. Er worden voor deze aanvullende uitkering 7 carenzdagen in acht genomen, de uitbetaling van deze complementaire vergoeding start dus pas vanaf de 8ste dag van het ziekteverlof. (10) Indien men in de 12 voorafgaande maanden reeds 1 of meerdere periodes ziekte-uitkering van de werkgever ontving, wordt de duur van de huidige uitkering verminderd met het aantal dagen dat men reeds een vergoeding ontving.

  De maximale duur van aanvullende uitkering door de werkgever stijgt naarmate de anciënniteit binnen het bedrijf stijgt.

  Huisarbeiders, seizoenarbeiders, werknemers via interim- of tijdelijk contract hebben geen recht op deze uitkering.

- Ten slotte is het mogelijk dat het **arbeidscontract of de CAO** voorziet in een gunstiger regeling dan deze van de sociale zekerheid, bv. volledig loonbehoud.

b. Verplichtingen werknemer

De werknemer moet zijn afwezigheid wegens ziekte melden aan de hand van een **standaard ongeschiktheidsattest**. (11)

- Het wordt ingevuld door de behandelend arts en bevat de medische gegevens die een werkonderbreking rechtvaardigen.
- Bij de aanvang van de werkonderbreking dient men binnen de 2 werkdagen deel 1 en 2 van het ongeschiktheidsattest te bezorgen aan de CPAM, geadresseerd aan de adviserend arts.

- Deel 3 dient men te bezorgen aan de werkgever binnen de termijn die afgesproken is volgens de CAO, vaak ook vastgelegd op 2 dagen.

Gedurende de arbeidsonderbreking is de werknemer verplicht de voorschriften van de arts te volgen en zich te onderwerpen aan **medische controles** georganiseerd door de werkgever en de CPAM.

c. Controle van arbeidsongeschiktheid

CPAM

Indien men recht heeft op de uitkering door de CPAM, kan deze het initiatief nemen voor een controle.

Indien de adviserend geneesheer van de CPAM oordeelt dat de werkonderbreking ongewettigd was stelt hij de patiënt hier onmiddellijk van op de hoogte en deelt mondeling de datum van werkhervatting mee. De adviserend geneesheer brengt tevens de behandelend arts op de hoogte, en deelt binnen zijn oordeel binnen 48u schriftelijk mee aan de CPAM.

Vervolgens kan de CPAM de daguitkeringen opschorten. De werkgever wordt hiervan op de hoogte gebracht. Ofwel kan een nieuw onderzoek georganiseerd worden.

Bij een arbeidsonderbreking van meer dan 3 maanden, kan de controledienst, in overleg met de behandelende arts, de arbeidsgeneesheer vorderen om de voorwaarden en omstandigheden van de werkhervatting te onderzoeken en voor te bereiden. Hierbij kan de werknemer zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. (12)

Werkgever

Als tegenprestatie voor zijn uitkeringsplicht kan de werkgever gebruik maken van een medisch controleonderzoek. (12)

Dit kan hij laten uitvoeren door een arts van zijn keuze, op het domicilieadres van de werknemer. Hij is niet verplicht de werknemer hiervan te verwittigen.

Van zijn kant, kan de werkgever de uitkering van de aanvullende vergoedingen opschorten wanneer de controlearts zijn onderzoek niet heeft kunnen uitvoeren.

Indien men niet geniet van een aanvullende uitkering door de werkgever, kan deze de werknemer niet onderwerpen aan een controle.

d. Relevante wetgeving

- Code de la sécurité sociale : article L323-6: Obligations du salarié
- Code de la sécurité sociale : article L162-4-4: Prolongation de l'arrêt (conditions pour le maintien de l'indemnisation)
- Code de la sécurité sociale : article R321-2: Arrêt initial et prolongation (procédure à respecter)
- Code de la sécurité sociale : article D323-2: Arrêt initial et prolongation (sanctions)
- Code de la sécurité sociale : article R162-1-9-1: Prolongation de l'arrêt (conditions pour le maintien de l'indemnisation)
- Code du travail : article L1226-1: Bénéficiaires

- Code du travail : articles D1226-1 à D1226-8: Montant versé et conditions de versement
- Code de la sécurité sociale : article L313-1: Droit au bénéfice des indemnités journalières
- Code de la sécurité sociale : articles L323-1 à L323-7: Montant et versement des indemnités journalières
- Code de la sécurité sociale : articles R313-3 et R313-7: Droit au bénéfice des indemnités journalières
- Code de la sécurité sociale : articles R323-1 à R323-12: Montant et versement des indemnités journalières, cumuls avec d'autres revenus
- Code du travail : article L1226-1: Indemnité complémentaire versée par l'employeur
- Code du travail : articles D1226-1 à D1226-8: Indemnité complémentaire versée par l'employeur
- Circulaire du 26 mai 2015 relative aux modalités d'attribution des IJ dues au titre de la maladie

5. Systeem arbeidsongeschiktheid in Duitsland

Duitsland heeft reeds sinds 1260 een vorm van sociale zekerheid. Eerst in de mijnbouw, en later ook in andere sectoren, organiseerden de arbeiders hulpkassen voor ziekte, invaliditeit of overlijden. Pas veel later, in de negentiende eeuw, werd dit in een wettelijk kader gevat. Bismarck bouwde een samenhangende sociale zekerheid uit, gebaseerd op de Ziekteverzekering (Gesetzliche Krankenversicherung), de Ongevallenverzekering (Gesetzliche Unfallversicherung) en de Invaliditeitsverzekering (Gesetzliche Rentenversicherung). Dit grondplan is nog steeds herkenbaar in het huidige systeem. (8)

De wetgeving betreffende arbeidsongeschiktheid en uitkeringen bij ziekte worden vastgelegd in het Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. (13) De Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) regelt de vergoeding van medische zorg én ziekengeld bij verzuim. (7)

Het systeem vertoont grote gelijkenissen met het Belgische.

a. Uitkering

- Indien de werknemer een medische attest kan voorleggen van de behandelende arts wordt de eerste 6 weken zijn loon uitbetaald door de werkgever. Vergelijkbaar met de periode van gewaarborgd loon.
- Na de initiële 6 weken heeft de werknemer recht op Krankengeld, uitbetaald door de Krankenkasse, gedurende maximaal 78 weken in totaal. Dit bedraagt 70% van het eigen brutoloon. (7) De Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) regelt daarnaast ook de vergoeding van medische zorg. (7) Hiervoor staan de verschillende Gesetzliche Krankenkassen in. Er bestaat ook een parallel systeem van private Krankenkassen.
- Bij de begeleiding naar werkhervatting behoudt de werknemer het recht op Krankengeld. De extra kosten voor Rehabilitation, omscholing of herplaatsing vallen onder de Rentenversicherung.

b. Verplichtingen werknemer

- Wanneer een werknemer omwille van ziekte, ongeval of ziekenhuisopname niet in staat is zijn werk uit te voeren, moet hij zijn werkgever hiervan zo snel mogelijk op de hoogte brengen.
- Indien de arbeidsongeschiktheid langer dan 3 dagen duurt, moet de werknemer de werkgever uiterlijk op de 4de dag een medisch attest voorleggen. (13)
- Elke werknemer is verplicht aangesloten bij een van de Krankenkassen, wat men kan vergelijken met de Belgische mutualiteiten.

c. Verplichtingen werkgever

- De werkgever staat de eerste 6 weken in voor de doorbetaling van het loon "Entgeltfortzahlung", indien de werknemer een medisch attest kan voorleggen van de behandelende arts. (8) Er bestaan geen carenzdagen.(14) Nadien neemt de Krankenkasse over.
- De Wet Betriebliches Eingliederungsmanagement verplicht werkgevers om alle mogelijke stappen te ondernemen om de arbeidsgeschiktheid van zijn werknemers te beschermen, en hun functie te behouden tijdens ziekte. Ook de begeleiding naar werkhervatting valt hieronder. Hierbij kan advies ingewonnen worden van het Integrationsamt. De werkgever is wel vrijgesteld van de financiële verantwoordelijkheid hiervoor. (8)

d. Controle van arbeidsongeschiktheid

- Vanaf het begin zorgen "Fallmanagers" van de Krankenkassen voor begeleiding. (9)
- Indien het verzuim langer aanhoudt wordt er begeleiding opgestart door een arts van de onafhankelijke Medische Dienst van de Krankenkassen (MDK). Deze beoordeelt het ziekteverzuim en kan in samenspraak met de behandelend arts maatregelen treffen om herstel en werkhervatting te bevorderen. (8) Dit zou men kunnen vergelijken met de adviserend geneesheren van de mutualiteiten in België.
- Ook de werkgever kan mits gerede twijfel over de arbeidsongeschiktheid deze MDK-artsen inschakelen via de Krankenkasse, waardoor deze ook deels de taken van onze controleartsen uitvoeren. (15)
- De bedrijfsarts komt niet tussen bij ziekte, maar speelt een preventieve rol. Bovendien zijn niet alle werkgevers verplicht om een bedrijfsarts in te schakelen, en heeft dus een belangrijk deel van de werknemers geen toegang tot een bedrijfsarts. (16)

e. Relevante wetgeving

- Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung
- Wet Betriebliches Eingliederungsmanagement

IV. Resultaten interviews

1. Algemene beschouwingen

a. Medewerking artsen

Bij het opzetten van dit onderzoek verwachtte ik moeilijkheden om controleartsen te vinden. Bovendien was ik beducht voor een “participatie-bias”: dat enkel de zeer enthousiaste controleartsen zouden deelnemen.

De meerderheid van de gecontacteerde controleartsen verleende medewerking. Slechts 1 controlearts weigerde expliciet, met 2 anderen kon om praktische redenen geen afspraak gemaakt worden. De artsen werden gecontacteerd op basis van een geografische selectie.

Aangezien het een zeer kleine onderzoekspopulatie betreft kan de grote bereidheid tot participatie op toeval berusten, maar ze overtrof toch zeer ruim de verwachtingen. Na het gesprek gaven meerdere controleartsen aan dat ze het fijn vonden om hun verhaal te doen.

Omdat mijn contacten in de huisartsenwereld uitgebreider zijn, vermoedde ik hierbij minder hinder te ondervinden. De huisartsen werden inderdaad vlot gevonden, al was het afstemmen van agenda’s op het einde van het griepseizoen een sterk vertragende factor in het uitvoeren van de interviews. Met 1 huisarts kon uiteindelijk geen interview plaatsvinden.

Ook verraste de openheid waarmee de artsen me te woord stonden. Bij een interview kan een zekere sociale wenselijkheid in de antwoorden een rol spelen. Door de verschillende onderwerpen meermaals te laten terugkomen in de vraagstelling werd geprobeerd dit deels op te vangen. De interviews duurden gemiddeld anderhalf uur, en in de loop van het gesprek nam initiële terughoudendheid ook af.

b. Traject controleartsen

De bevraagde controleartsen belandden om zeer uiteenlopende redenen in de functie. Financiële noodzaak aan het begin van de huisartsencarrière werd een paar keer aangehaald, of een opleider die ook controlearts was. Een andere arts begon eraan als afleiding tijdens een rouwproces. Een bewuste carrièrekeuze was het meestal niet.

Anderzijds geven ze allemaal aan hun taak met voldoening uit te oefenen. Meermaals werd gewezen op een gevoel van maatschappelijke verantwoordelijkheid als motivatie. Het patiëntencontact, extra ervaring en variatie werden als bijkomende positieve factoren genoemd.

> *“Toen had ik plots, in plaats van een agenda van 70 uur vol, een lege agenda, en als er zich dan iets aanbiedt… zo ben ik erin getuimeld, en ondertussen had ik al lang kunnen zeggen, ik doe dat niet meer, want ik heb terug een heel drukke... maar ik heb daar zin in gekregen en ik blijf het eigenlijk met plezier doen.”(CA)*

"Maar ik ben blij dat ik dat gedaan heb hoor... ik vind het ook een verrijking... een verbreding van het palet aan pathologieën ook die aangeboden wordt, niet via eigen patiënten . Het is ook een afwisseling voor mij."(CA)

2. Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn niet exhaustief en kunnen niet veralgemeend worden naar volledige beroepsgroepen, noch hebben ze die ambitie. De bedoeling is om zoveel mogelijk opinies en ideeën te detecteren, om zo toch een beeld te krijgen van wat er leeft over dit onderwerp.

Er komen 2 grotere lijnen naar voor bij de **invulling van arbeidsongeschiktheid**. Enerzijds de impact van de aandoening op de mogelijkheid tot uitvoering van de job. Anderzijds geven een paar artsen, zowel huisartsen als controleartsen, ook aan dat de impact van het werk op het genezingsproces voor hen belangrijk is. Bij de controleartsen wordt de arbeidsongeschiktheid iets vaker vanuit een economisch standpunt bekeken.

"Iemand die niet in staat is om op dat moment zijn huidige functie uit te voeren."(HA)

"Omdat de patiënt ziek is en dat hij moet uitzieken. Hij kan zijn job niet verrichten zoals het moet."(HA)

"Mensen die omwille van fysieke of psychische redenen niet in staat zijn om op een efficiënte en adequate manier hun werk uit te oefenen, en dan met name voor hun eigen gezondheid, niet zozeer wat productiviteit betreft."(HA)

"Het verlies van capaciteit om geld te verdienen, dat is uw verdienvermogen, dat is geen ziekte e, dat is eigenlijk uw vermindering van uw mogelijkheden om aan de hand van arbeid geld te verdienen."(CA)

Kortdurende arbeidsongeschiktheid wordt door sommige huisartsen ook gebruikt om langdurige ongeschiktheid of frequente verzuimepisodes in de toekomst te vermijden.

Alle geïnterviewde artsen geven aan dat er meer speelt bij arbeidsongeschiktheid dan enkel de ziekte op zich.

Een van de huisartsen vindt zelfs dat er geen enkel **verband is tussen ziekte en verzuim**.

"Arbeidsongeschiktheid en ziekte hebben GEEN verband, daar denk ik het voornaamst aan, er is eigenlijk geen verband.(…)Terwijl ik dus inderdaad vaak zeg: de hoofdpijn is er. Of die persoon daardoor arbeidsongeschikt is?(...)Terwijl soms de discussie ook zou kunnen zijn: wat maakt dat uw oorpijn u thuishoudt? Waarom gaat ge niet werken?"(HA)

Andere artsen stellen het minder expliciet, maar het idee dat ziekte niet gelijk staat aan arbeidsongeschiktheid kwam in meerdere gedaantes aan bod.

> *"In heel wat gevallen gaat het dus niet om werkonbekwaamheid om puur medische redenen maar het is de context die maakt dat bij hetzelfde probleem je zegt stop , ik zie het niet meer zitten."(CA)*

> *"Maar heel veel mensen krijgen toch gewoon een attest omdat ze rugpijn hebben, en niet zozeer omdat ze hun werk niet kunnen doen omwille van die rugpijn."(CA)*

Het is niet expliciet bevraagd, maar wordt door meerdere respondenten aangehaald: de **financiële impact van de verplichte ziekteattesten**. Het valt niet te ontkennen dat het feit dat werknemers verplicht langs de huisarts moeten passeren voor "een briefje", niet enkel zorgt voor een goedgevulde agenda maar ook voor bijhorende inkomsten.

Eèn huisarts heeft het vermoeden dat zijn collega's alleen al daarom geen voorstander zijn van de afschaffing van deze verplichting.

> *"Dus als ge dat niet meer moet doen, dan zijt ge gewoon ¼de van uw inkomen kwijt. In het huidige systeem. Dus ze huichelen als ze zeggen: we willen dat niet meer doen. Als ge dat morgen zou afpakken van de huisartsen, dan gaan die direct roepen: wij zijn de enige die daar bekwaam in zijn."(HA)*

Maar één van de huisartsen die hier ook over spreekt, gaat er weliswaar van uit dat het een inkomensverlies zou betekenen, maar dat dit niet opweegt tegen de potentiële afname van werkdruk.

> *"Voor 1 of enkele dagen heeft men geen briefje nodig, misschien kan dit wat logistiek gemakkelijker zijn zowel voor patiënt als arts misschien."(HA)*

a. Beoordeling systeem arbeidsongeschiktheid in België

In het eerste onderdeel worden de kennis en de opinies over het huidige systeem van de **beoordeling van arbeidsongeschiktheid** in België besproken.

Tabel 4: Matrix interviews: Beoordeling systeem arbeidsongeschiktheid in België

Huisartsen	Controleartsen
Gebrek aan uniformiteit • Beoordeling afhankelijk van individuele controlearts • Herhaaldelijk zelfde CA[11] bij zelfde pt • Organisatie controles door werkgever • Wie controleert controleartsen? • Onafhankelijkheid CA?	Gebrek aan uniformiteit • Systematiek controles • Gekleurde info van werkgevers • AO[12] is subjectief op zich
Praktische bezwaren • Bewegingsbeperking door controle • Attestering belastend voor HA[13]	Praktische bezwaren • Kritiek op nota's werkgevers • Handtekening patiënten vereist • Notificatie patiënt bij afwezigheid • Tijdsdruk
Bevoegdheden • Verwarring controlearts/adviserend geneesheer/arbeidsgeneesheer • Bevoegdheden en plichten CA onduidelijk	Bevoegdheden • Duidelijk maar heel beperkt • Bescherming onafhankelijkheid
Opleiding • Gebruik ervaring, gezond verstand, feedback collega's, HAIO-seminaries[14] • Vermoeden extra opleiding CA • Geen richtlijnen over AO	Opleiding • Vraag naar extra opleiding • Aparte erkenning • Carrièreoptie als CA
Voordelen beoordeling door controlearts • Complementariteit • Meeste controleartsen ook huisarts • Meer afstand • Patiënt wijzen op verantwoordelijkheid • Kennis werkvloer • Vaker huisbezoeken • Ziet de "werknemer" ipv "patiënt"	Voordelen beoordeling door controlearts • Verschillende invalshoek • Rol bij controversiële situaties • Objectiviteit door meer afstand • Stok achter de deur (zeldzaam) • Simpel systeem • Flexibel systeem • Is ook huisarts
Nadelen beoordeling door controlearts • Kent patiënt niet • Onafhankelijkheid? • Twijfel over waarde van oordeel HA • Stress bij patiënt • Overbodig • Ondermijning macht werkgever • Wantrouwen	Nadelen beoordeling door controlearts • Druk om controles te krijgen • Onvolledige visie op patiënt • Terughoudendheid patiënt tov CA • Impact relatie werkgever-werknemer
Voordelen beoordeling door huisarts • Kent patiënt • Betere klinische inschatting • Bron van inkomsten voor huisarts	Voordelen beoordeling door huisarts • Kent patiënt • Vollediger klinisch onderzoek

[11] CA: controlearts
[12] AO: arbeidsongeschiktheid
[13] HA: huisarts
[14] HAIO: huisarts in opleiding

Nadelen beoordeling door huisarts • Irrelevant • Klachtgestuurde aanpak • Vertrouwensrelatie vs objectiviteit	Nadelen beoordeling door huisarts • Druk van patiënt • Tijdsverlies discussies • Partijdigheid
Suggesties • Meer verantwoordelijkheid patiënten ➢ Bij korte AO • Meer verantwoordelijkheid werkgever • Grotere rol arbeidsgeneesheer • Meer uniformiteit in organisatie controles • Alternatieve vormen van AO • Meer aandacht voor aanpak AO in opleiding • Vergelijking met buurlanden	Suggesties • Meer verantwoordelijkheid patiënten • Meer verantwoordelijkheid werkgever • Grotere rol arbeidsgeneesheer • Alternatieve vormen van AO • Timing tijdstip controle • CA uit zelfde discipline als voorschrijver AO • Verzekeringsgeneeskunde in curriculum HA • Nieuwe benaming voor “controle”

Verschillende artsen twijfelen aan de **noodzaak van het huidige systeem**. Een aantal huisartsen pleit zelfs resoluut voor de afschaffing van het controlesysteem of zelfs het hele huidige arbeidsongeschiktheidssysteem. Maar ook controleartsen stellen het systeem in vraag.

> *“Overbodig. Ik vind controlearts op zich, ik probeer een woord te bedenken, maar eigenlijk vind ik het een irrelevante functie, in het kader van ongeschiktheid. Omdat ik mijn eigen functie in kader van verzuim ook irrelevant vind.”(HA)*

> *“Ik vind dat gewoon een waste of time, energy and resources.”(HA)*

> *“Langs de andere kant, heb ik toch een stukje het idee van, ja, er zou eigenlijk geen controlearts moeten tussen komen.” (CA)*

> *“Gelijk heel wat dingen in onze maatschappij probeert men een objectieve score te geven aan iets wat puur subjectief is met het idee dat dat geobjectiveerd kàn worden. Maar dat kan niet. Je kunt daar niets objectief over zeggen.”(CA)*

Meerdere huisartsen vermelden het **gebrek aan uniformiteit** in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Ook verschillende controleartsen stellen zich hierover vragen.

> *“Er moet meer een standaardisering op komen vind ik... vanaf zoveel dagenarbeidsongeschiktheid of iemand die al zoveel keer ziek geweest is of... maar niet zo ad random...”(HA)*

> *“Neen, dat is voor mij ook niet duidelijk... ja, wanneer komen die, wanneer komen die niet...”(HA)*

Of een zieke werknemer al dan niet controle krijgt, wanneer, en op welke manier, is afhankelijk van het beleid van de individuele werkgever. Al worden sommige regels hieromtrent vastgelegd in cao’s. Het verloop van deze controle is daarnaast ook afhankelijk van de aanpak van de individuele controlearts. Hierdoor kan een vermoeden van subjectiviteit ontstaan.

"Er zijn bedrijven die dat systematisch controle doen, dus elk attest dat binnen komt, er zijn er bij die gericht controle doen, bij DIE persoon en bij DIE persoon, dus ge voelt dat dat al een beetje delicater wordt. Ge hebt er bij die zo om de 4 attesten… ze hebben zo bij stad Antwerpen om de zoveel attesten of een percentage, dus er is daar niet echt een richtlijn in, dus dat alleen al maakt het eigenlijk een beetje arbitrair, hoe dat die controles eigenlijk gebeuren."(CA)

Ook het **tijdstip van de controle** staat ter discussie. Is het nuttig reeds op dag 1 te controleren? Dat is dan een controle op de echtheid van de arbeidsongeschiktheid. Meerdere controleartsen geven aan dat onterechte ziekteattesten uitzonderlijk zijn. Hun oordeel gaat vaker over de duur van de arbeidsongeschiktheid. En dit kan in de loop van de ziekteperiode soms beter beoordeeld worden dan op de eerste dag.

"Werkgever, stuur ons niet al den eerst dag op pad want dan kunnen wij meestal niet veel gaan doen he. Maak er de tweede helft van de ziekteperiode van dat je dan een controle krijgt, dan kunt ge zien misschien is die mens genezen."(CA)

"Ik heb bijna nog nooit iemand gezien die onterecht een attest krijgt. Ge ziet bijna altijd iemand die een attest krijgt dat te lang is."(CA)

Dit blijkt ook beter aanvaardbaar voor de bevraagde huisartsen.

Suggesties die hierover aangereikt worden:

- Standaardisering van de controleprocedure in plaats van individuele controles.
- Controle vanaf een minimum ziekteperiode en/of bij een bepaalde verzuimfrequentie.
- Controles door onafhankelijke instanties, met evaluatie of kwaliteitscontrole van de controleartsen.
- Duidelijke communicatie van de werkgever over het gevoerde controlebeleid

"Mensen die veel afwezig zijn… of langer dan 3 dagen zou ik de controlearts sturen...d'office... voor iedereen hetzelfde..."(HA)

"Ik zou graag hebben dat dat objectiever gebeurt allez ja... het gevoel hebben dat dat objectiever is en dat dat via instanties gebeurt en niet via individuele artsen die dat er kunnen bijdoen..."(HA)

"Ik vind dat dat via onafhankelijke diensten zou moeten zijn... gelijk Mensura en IDEWE, dat die dat doen en met opgeleide artsen die dat als job doen gewoon... en die kwaliteitscontrole hebben... en die daar in opgeleid worden en meer uniformiteit en controle…"(HA)

"Geen attest schrijven, dus dat de huisarts dat niet moet schrijven, of de behandelend arts. En dat iemand die onafhankelijk is, dat probeert te evalueren, bv de verzekeringsinstelling of een arbeidsgeneesheer."(CA)

Een aantal **praktische bemerkingen** bij het huidige systeem worden aangehaald.

> Eén huisarts spreekt over de **bewegingsbeperking** die patiënten opgelegd wordt om controle mogelijk te maken. Werkgevers kunnen werknemers contractueel verplichten om bij arbeidsongeschiktheid gedurende een bepaalde periode op bepaalde tijdstippen op een bepaald adres aanwezig te zijn. Dit hindert soms in belangrijke mate het persoonlijke leven van patiënten, en kan zelfs tegenstrijdig zijn met behandelingsadviezen.
>
> De uitvoering van controle is voor de controleartsen niet altijd gemakkelijk. Bij **afwezigheid** op het opgegeven adres wordt een brief in de bus gestoken om de patiënt op de hoogte te stellen en een afspraak te geven voor een nieuwe controle. Het vraagt extra inspanningen van controlearts om dit te organiseren, en geeft aanleiding tot discussie.
>
> De **formulieren** die controleartsen moeten invullen zijn ook onderwerp van kritiek. Deze kunnen nota's van werkgevers bevatten. Deze informatie wordt door meerdere controleartsen als subjectief of zelfs sturend ervaren. Soms wordt zelfs de correctheid ervan in twijfel getrokken. Hierbij valt op dat controleartsen niet enkel kritisch de arbeidsongeschiktheid bekijken, maar ook kritisch staan tegenover de motivatie voor controle bij sommige werkgevers.
>
> > *"Ik doe graag controlegeneeskunde omdat ik het eigenlijk heel gewetensvol wil doen, terwijl vanuit de firma uit, weet ik, dat misschien niet altijd een gewetensvolle missie aan de controlearts wordt meegegeven."(CA)*
>
> Het feit dat een patiënt het beoordelingsformulier van de controlearts moet ondertekenen zorgt bij ongewenste beslissingen voor extra discussies. Het onderscheid tussen kennisname van de beslissing en akkoord is niet altijd duidelijk vermeld.
>
> > *"Er is te weinig inspraak in dat systeem...meestal heb je een formulier bij … dat formulier verschilt volgens de organisatie en die formulieren zijn heel dikwijls voor verbetering vatbaar...vroeger moesten ze tekenen voor akkoord, nu moeten ze tekenen voor kennisname, maar ja….wat houdt dat dan in he...dat is om zogezegd geen conflict te hebben."(CA)*

De bevraagde huisartsen hebben **geen duidelijk beeld van de controlearts**. Tijdens de gesprekken wordt vaak verkeerdelijk over arbeidsgeneesheer of adviserend geneesheer gesproken. Ook de taken en bevoegdheden van de controlearts blijken onvoldoende bekend. Eén huisarts vraagt zich af of een controlearts patiënten mag onderzoeken. Er bestaat ook onduidelijkheid over welke informatie de controlearts met de werkgever mag delen.

Alle deelnemende huisartsen veronderstellen dat de controleartsen extra opgeleid waren om hun taak uit te voeren. Dit is echter niet zo. De wettelijke voorwaarden voor controleartsen beperken zich tot 5 jaar ervaring als huisarts of vergelijkbare functie en de onafhankelijkheid ten opzichte van werkgever en werknemer. Er bestaat geen aanvullende **opleiding**. Sommige controlebedrijven bieden een introductiesessie aan of een jaarlijks contactmoment, maar dit is vrijblijvend en inhoudelijk heel beperkt.

Verschillende controleartsen zijn wel vragende partij voor extra opleiding of bijscholing.

> *"Moest ge in kader hiervan of in de marge hiervan, weet ik wat, vaststellen dat er nog mensen zijn die het idee van ev. een opleiding, dan ben ik altijd eigenlijk wel geïnteresseerd om daar eventueel mee over na te denken, het zou kunnen e."(CA)*

> *"Maar ik vind dat controlegeneeskunde een aparte opleiding zou moeten hebben, daarom niet van jaren, maar ik bedoel zo een jaar, zo een avond of 2 avonden in de week ofzo, of een weekend per maand of zoiets dergelijks. Waar dat al die verschillende aspecten van wetgeving, en daar voel ik mij tekort in schieten, wetgeving, huisartsgeneeskundig denken, en dergelijke, allemaal aan bod komen, zodanig dat ge inderdaad op die manier een goede controle kunt doen. Met goed bedoel ik dan degelijk, verantwoord."(CA)*

Ook een aparte erkenning gekoppeld aan een opleidingstraject wordt als mogelijkheid geopperd.

Een andere aspect dat hiermee verbonden is, is het gebrek aan informatie over controlegeneeskunde tijdens de basisopleiding of huisartsenopleiding. De carrièreoptie als controlearts blijft hierdoor onderbelicht volgens sommigen. En bovendien heeft dit een invloed op de kennis over de taken en bevoegdheden van de controleartsen.

De beoordeling van arbeidsongeschiktheid komt volgens de bevraagde artsen weinig aan bod in de geneeskundeopleiding. De eigen ervaring, overleg met collega's en feedback van controleartsen worden door huisartsen gebruikt om hun beoordeling bij te sturen. Strakke richtlijnen worden niet verwacht, maar extra aandacht voor het onderwerp tijdens de HAIO- seminaries is voor 2 jonge huisartsen zeer nuttig geweest. Het uitwisselen van verschillende visies en ervaringen is een goede manier om de eigen aanpak af te toetsen.

> *"En ik weet die vraag is ook gekomen op de seminaries: dit leefde echt wel binnen de groep: 'op welke basis doe je dat?'. Uiteindelijk zijn we tot de conclusie gekomen: het is een beetje vinger dik kijken en proberen zo goed als mogelijk uw best te doen en niet te overdrijven en eventueel verlengen zo nodig. En dat doe ik ook in feite."(HA)*

> *"Ja, inderdaad, in de opleiding is dat nooit voorgekomen (…) dat is juist, als het gaat om opleiding... een beetje fingerspitzengefühl."(HA)*

Beide groepen zien voor- en nadelen bij de **beoordeling door de controlearts**.

> Het feit dat deze **minder betrokken** is bij de patiënt werd als pluspunt aangehaald, omdat een objectievere kijk op ingewikkelde situaties soms verfrissend kan zijn. De verschillende invalshoek die daarbij gehanteerd wordt kan een meerwaarde zijn. Een huisarts zegt dat idealiter de controlearts een complementaire rol speelt.
>
> > *"Gewoon door het feit dat ik hem als patiënt ervaar en zij hem als werknemer, krijgen zij een andere invalshoek."(HA)*

“De combinatie, omdat de huisarts meer het klinische ziet, we kunnen beter onderzoeken, we kunnen misschien beter inschatten omdat we toch wat meer pathologie zien. De controlearts die weet dan beter van voor dit soort job kan het wel of kan het niet. Ik denk dat we daarin wel complementair zijn.”(HA)

De afstand tot de patiënt wordt door zowel huisartsen als controleartsen ook als een belangrijk nadeel beschouwd. De controlearts kent de patiënt niet, kent de achtergrond of context niet, patiënten zijn terughoudend in het meedelen van vertrouwelijke informatie.

De patiënt wordt meer in zijn rol als werknemer beoordeeld door de controlearts. Soms wordt een controle ook als “**wake-up call**” gezien voor werknemers die er de kantjes van af lopen.

> *“Bij sommigen is dat toch efkes goed van die wakker te schudden, van we krijgen controle...”(HA)*

> *“Ik denk dat het voor de patiënt zo duidelijk is dat werkongeschiktheid niet vrijblijvend is en dat er wel iemand dat betaalt en dat ze zo ook hun verantwoordelijkheid krijgen van...”(HA)*

Huisartsen leggen tegenwoordig steeds minder **huisbezoeken** af, in tegenstelling tot de controleartsen. Een huisbezoek kan extra inzicht verschaffen in de situatie van de patiënt, en de controlearts kan zo nieuwe elementen vaststellen, die ook relevant kunnen zijn voor de behandelende arts.

Een controlearts is voorstander van het huidige systeem omdat het volgens hem **eenvoudig** en toch flexibel is. Er zijn weinig tussenstappen, individuele artsen kunnen onderling de situatie van de patiënt bespreken, een invulling op maat van de patiënt is in theorie mogelijk.

Aangezien ook controleartsen per prestatie vergoed worden, kan er **druk** zijn om voldoende controles te krijgen, en de werkgever hiertoe gunstig te proberen stemmen door streng op te treden.

> “M*aar ik denk dat er een factor een rol speelt van: ik ben controlearts en ik moet zoveel mogelijk van de werkonbekwaamheid er af doen om een goede controlearts te zijn, en veel controles te krijgen. Daar ben ik wel van overtuigd.”(CA)*

> *“Dus op dat moment voelt ge wel dat ge niet echt onafhankelijk zijt e. Zij verwachten wel dat ge natuurlijk zoveel mogelijk inkort, dat is ook logisch e, inexpliciet ja, maar ook expliciet. Waarom doe je anders een controle?”(CA)*

Eén controlearts vermeldde een conflict met een werkgever die zijn prestatie niet wou vergoeden omdat de patiënt niet versneld aan het werk was gegaan.

> “*Natuurlijk voelt ge aan uw kleine teen dat dat is omdat hij een rapport krijgt dat hem niet aanstaat, als ge een ziekteattest goedkeurt hebt, want dan moet hij u nog een keer betalen ook, hij heeft daar geen enkel voordeel uit gehaald”(CA)*

Een andere arts heeft het gevoel van druk expliciet met het controlebedrijf besproken, en is hierin wel gerustgesteld.

> *"Ik heb dat ook met (naam van contactpersoon maatschappij) eens besproken, van ik voel mij soms ongemakkelijk als ik gedurende een hele tijd mensen niet terug aan het werk zet, beïnvloedt dat de vraag naar mij toe om een controle te doen?"(CA)*

De impact van controles op het **vertrouwen** tussen werknemer en werkgever wordt ook in beide groepen als negatief beoordeeld.

> *"Een ander gevaar, dat hebt ge bij iedereen, dat is dat controle staat synoniem met wantrouwen. Dus in het oplossen van een situatie is dat nu niet direct de beste stap."(HA)*

Ook de **beoordeling door de huisarts** is kritisch bekeken.

Beide groepen zien de meerwaarde van de **vertrouwensrelatie** tussen huisarts en patiënt, maar zien hier ook de valkuilen van. Zo kan een huisarts net door die band zijn objectiviteit verliezen. Impliciete druk om door gewillige attestering de relatie met de patiënt goed te houden kan een ander gevaar zijn.

> *"Ik weet niet of dat huisartsen daar altijd zo blij mee zijn dat ze die verantwoordelijkheid hebben... Het stelt soms de vertrouwensrelatie wat op scherp."(CA)*

Het feit dat de huisarts een **uitgebreider** klinisch **onderzoek** en eventueel aanvullende testen kan uitvoeren zorgt voor een goede onderbouwing van het oordeel over arbeidsongeschiktheid.

> *"In de normale gevallen is de huisarts veel beter geschikt. Omdat hij de patiënt kent, omdat hij correcter, ingrijpender, vollediger klinisch onderzoek kan doen, enzovoort enzovoort."(CA)*

De **werkdruk** die de verplichte attestering met zich meebrengt voor de huisarts is ook aangehaald als nadeel.

Eén huisarts vindt dat er te vaak een **klachtgestuurde aanpak** gehanteerd wordt bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Vermoedelijk vanuit de verantwoordelijkheid die een behandelend arts voelt voor de genezing van zijn patiënt. Maar het is natuurlijk niet zo dat iemand altijd volledig genezen moet zijn om te kunnen werken.

Er is ook expliciet gevraagd naar **suggesties voor aanpassing van het huidige systeem**. Voor twee controleartsen is aanpassing niet noodzakelijk, maar de meerderheid van de respondenten ziet mogelijkheden voor verbetering. Hierbij komen verschillende voorstellen naar voor.

Zowel bij huisartsen als bij controleartsen is nadruk gelegd op de **verantwoordelijkheid van de patiënt**. Sommigen twijfelen of het überhaupt nuttig is dat de huisarts attesteert, en pleiten voor een systeem waarbij de patiënt zelf verantwoordelijk is voor zijn afwezigheid, al

dan niet onderworpen aan controle. De voorstellen over de concrete invulling lopen uiteen, dus hierover moet verder nagedacht worden.

> *"Ik denk eerder een systeem gelijk in Nederland... dat ge bij de patiënt de dingen legt. En als ze langduriger ziek zijn dat ge een controlearts stuurt zonder dat de huisarts tussenkomt..."(HA)*

> *"Dus het grootste deel de patiënt zelf en als de patiënt na 2 à 3 dagen niet beter is of teveel ziek is dan vind ik dat een behandelende arts dat eerst en vooral moet bekijken en dan in overleg met de patiënt moet beslissen... en dan mag er wat mij betreft gerust controle op zijn..."(HA)*

> *"Mensen moeten zich dan ook bewust zijn van het feit dat ze een gezond inzicht moeten hebben in de eigen beperkingen. Dat is een verantwoordelijkheid die zij krijgen, en als zij daar natuurlijk op een hele rare manier mee omgaan, dan zullen ze moeten accepteren dat ze bij de les gehouden worden."(HA)*

> *"Vanuit volksgezondheidsoogpunt, ik denk, is in de overgrote meerderheid van de banale ziektegevallen, ik denk, de patiënt is het dan weer, het effectiefste is om zelf te beoordelen."(CA)*

> *"Ik denk dat mensen in grote mate zelf bepalen hoe ze gemotiveerd zijn voor hun werk en ik denk dat moest je ze de vrijheid geven en ze zouden allemaal een beetje verantwoordelijk opgevoed zijn, dat dat nog wel zou meevallen." (CA)*

Het wegvallen van de verplichte attestering voor minstens een deel van de arbeidsongeschiktheid kan meerdere positieve effecten hebben. Het verantwoordelijkheidsgevoel van de werknemer wordt aangesproken, de kosten voor doktersvisites verminderen, er komt plaats vrij in de agenda van huisartsen. Dit laatste kan ook een rol spelen in het opvangen van het huisartsentekort in veel regio's .

De mogelijkheid tot **alternatieve invullingen van arbeidsongeschiktheid** is aan beide zijden meermaals voorgesteld. De huidige invulling, arbeidsongeschiktheid is gelijk aan thuis blijven, is voor de meeste artsen te zwart-wit. Ook de bevraagde huisartsen willen hun patiënten graag aan het werk houden indien mogelijk. Aangehaalde suggesties zijn tijdelijk thuiswerk, takenpakket aanpassen aan specifieke beperkingen, deeltijds werk.

Bedrijven hebben hier een grotere rol in te spelen. Protocollen voor aangepast werk bij specifieke functiebeperking en correcte communicatie over deze mogelijkheden naar zowel patiënt als arts moet evident worden. Rekening houdend met de grootte van het bedrijf natuurlijk. In het huidige systeem worden werkgevers hier niet toe aangemoedigd. En zodra een patiënt 30 dagen ongeschikt is, wordt de verantwoordelijkheid voor zowel verloning als re-integratie grotendeels doorgegeven aan de mutualiteiten.

> *"In een nieuw model moet heel goed nagedacht worden over wie maken wij responsabel voor het verzuim? En volgens mij kan het antwoord daar alleen maar zijn dat ge werknemer en werkgever beide verantwoordelijk maakt voor verzuim. En dat de rest waarnemer, adviseur en toeschouwer kan zijn, maar geen beslisfunctie."(HA)*

"Om heel concreet te zijn, dan zou ik een bedrijf dat meer dan 50 FTE's heeft, zou geen weerstand mogen bieden tegen passend werk."(HA)

"Maar het is nog altijd: de werkgever heeft iemand ziek gemaakt, vervolgens is die daar helemaal van af, en dan het ziekenfonds, om aan schadebeheersing te doen, proberen die terug aan het werk te krijgen, dat is raar, die werkgever die ervoor gezorgd heeft, die wordt daar niet op beboet, en de maatschappij wordt daar op beboet, en dan moet het ziekenfonds zich gaan uitputten daarin, met beperkte middelen, want die budgetten zijn altijd heel klein."(HA)

"Eigenlijk zou er op elke werkplaats al een heel overzicht moeten zijn van taken die dat eventueel overgenomen kunnen worden van mensen die dan met bepaalde fysieke…bijvoorbeeld onderste ledematen, bovenste ledematen en dergelijke… dat er een overzicht is van ja ok, dit zou eventueel voor deeltijds werk kunnen, dit zou eventueel voor mensen kunnen die dat last hebben van hun rug, ja..."(HA)

"Maar dat, ik vind dat daar, en dat is dan weer een functie van de firma denk ik, dat daar duidelijker en eerlijker informatie over zou moeten zijn, en dat zij ook een inbreng zouden moeten kunnen doen over deeltijds, halftijds werken."(CA)

Dit in tegenstelling tot het Nederlandse systeem waarbij de werkgever verantwoordelijk is voor het stimuleren van werkhervatting. Dit zelfs op straffe van een extra jaar uitbetaling van het gewaarborgd loon indien zijn inspanningen onvoldoende blijken.

Een paar artsen wijzen op het risico dat bestaat bij het voorschrijven van aangepast werk.

"*Ik geef dat dikwijls advies van definitieve ongeschiktheid voor dit werk, maar ik zeg er dan altijd bij: mijnheer of madame, je kunt altijd ontslagen worden. Soms is dat de enige remedie om een patstelling te doorbreken."(CA)*

"Als wij een briefje schrijven voor aangepast werk, heb je het idee wat het resultaat daarvan is? Ge weet het wel ze, maar ge moet het soms… Ontslag. Dus als ge als huisarts een papierke schrijft: mijn patiënt kan omwille van medische of rugklachten, geen zwaar belastend werk doen…9 op 10 keer is dat ontslag. Dus aangepast werk dat is eigenlijk een vergiftigd geschenk e. (…) Ontslag om medische redenen noemt men dat."(CA)

Er bestaat in beide groepen een vraag naar een **grotere rol voor de arbeidsgeneesheer** in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Deze kent zowel de werknemer als de werkvloer. Overleg met de arbeidsgeneesheer kan zicht geven op de concrete arbeidsvereisten en alternatieve mogelijkheden bij functiebeperkingen. Deze arts kan bovendien de rol van arbeidsomstandigheden beter inschatten. Ook bij de voorbereiding van werkhervatting is vraag naar meer overleg. Meermaals wordt verwezen naar het Nederlandse systeem, waarbij de arbeidsgeneesheer de zieke werknemer intensief opvolgt én ook een controlefunctie heeft. De onafhankelijkheid van de arbeidsgeneesheer in het huidige Belgische systeem is echter niet voor alle bevraagde artsen voldoende verzekerd.

“Volgens mij zou een bedrijfsarts dat heel goed kunnen omdat die de bedrijven beter kent en ook meer met de werkgever kan overleggen over aangepast werk”(HA)

“Wat dat ge niet kunt doen is vanuit de controlefunctie, vanuit de eenmalige controlefunctie, een heel plan bedenken, maar als ge die controlefunctie hebt, dan ziet ge bv van een bedrijf, ziet ge gemakkelijk 100 werknemers, ge ziet die 100 werknemers, en ge krijgt op een gegeven moment een beeld van het bedrijf, en DAAR kunt ge dan als preventiearts wel iets mee doen, en eigenlijk in een positieve sfeer.”(HA)

“Omdat de bedrijfsartsen toch, om de zoveel tijd zien, ook veel van hun medische en niet strikt medische voorgeschiedenis weten, vind ik wel dat die mensen een belangrijke functie zouden moeten hebben, samen met de controlearts, of moet het 1 beroep worden, vraagteken…”(CA)

“De arbeidsgeneesheer heeft zicht op de arbeidssituatie, die weet ook waar er mogelijkheden zijn om een herschikking te doen, weet wie de vertrouwenspersoon is, die kan met de baas praten...alhoewel die natuurlijk niet zo onpartijdig is. Dat is het grootste probleem. Die gaat misschien ook wel wat bonussen halen en zeggen ik ga iedereen aan het werk houden;...maar hij zal wel ook de werknemers te vriend moeten houden he.”(CA)

“Degene die het meest geschikt is is de arbeidsgeneesheer denk ik. Uiteindelijk, finaal gezien. Degene die op het werk zit. De arbeidsgeneesheer weet wat voor job die doet, die natuurlijk weet heeft van die medische problemen, die kan zeggen, ja kijk, binnen ons bedrijf kan die dat werk doen of niet doen.”(CA)

b. Praktische uitvoering eigen taken

Het tweede luik van de interviews ging over de uitvoering van de eigen taken bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid.

Tabel 5: Matrix interviews: Eigen taken

Huisartsen	Controleartsen
Aanpak • In eer en geweten • Korte periodes AO en herevaluatie bij aanhoudende AO • Zélf streng zijn • Onderhandeling • Verzuimgesprek • Terugkoppeling naar werkgever • Dixitattest	Aanpak • Onafhankelijk! • Maatschappelijke motivatie • Letten op andere signalen dan klinisch onderzoek • Ook kritisch t.o.v. werkgevers • Meer huisbezoeken • On the spot contact met huisarts • Gesprek over werksituatie • Controle van AO, niet van de huisarts
Beïnvloedende patiëntfactoren • Inhoud beroep • Arbeidsomstandigheden • Soort persoon • Context: positief/negatief • Co-morbiditeit • Voorgeschiedenis van AO • Arbeidsvreugde • Opleidingsniveau • patiëntenpopulatie	Beïnvloedende patiëntfactoren • Leeftijd • Geslacht • Leefgewoonten • Inhoud beroep • Context: positief/negatief • Motivatie • Draagkracht patiënten
Omgang met ev. controle • Dossier of brief meegeven • Invloed inkorting op band met HA?	Combinatie taken HA-CA • Afwegen maatschappelijke aanvaardbaarheid AO • Aandacht voor volledig beeld • Zelfde vaardigheden • Meer ervaring
Problemen • Volle agenda • Antedateren • Concurrentie	Problemen • Agressie • Tijdsdruk • Eenzaamheid
Omgang met weigering AO • Communicatietechnieken • Navragen reden vraag AO (ICE[15]) • Onderhandelen • Moeilijker om mensen thuis te houden	Omgang met weigering AO • Communicatietechnieken • Positief perspectief bieden

[15] ICE: Ideas, Concerns and Expectations. Terminologie uit adviezen arts-patiënt-communicatie.

- **Beoordeling eigen aanpak**

Zowel de huisartsen als de controleartsen gaan heel bewust om met het beoordelen van arbeidsongeschiktheid.

> *"Ik probeer daar met alle geweten...allez correct te doen... en we proberen dat te beperken..." (HA)*

> *"Omdat ik denk dat ik daar rationeel mee omga ...dat ik dat ook kan motiveren waarom ik iemand zolang thuis schrijf." (HA)*

Een manier om de duur van arbeidsongeschiktheid in de hand te houden is om slechts **korte periodes** voor te schrijven en de patiënt te herevalueren alvorens eventueel te verlengen. Dit zorgt ervoor dat de huisarts kort op de bal kan spelen. Maar ook kan bijsturen bij een afwijkend ziekteverloop. Dit is voor een paar huisartsen ook een reden om controle overbodig te vinden, ze vinden zichzelf al streng genoeg. Anderzijds hebben ze om precies dezelfde reden ook geen probleem met controle. Ze gaan ervan uit dat een controlearts niet veel aan te merken kan hebben op hun beleid.

Meerdere controleartsen vermelden dat ze de voorgeschreven ziekteperiodes gevoelig zien ingekort worden in vergelijking met het verleden. Eén controlearts is zelfs af en toe verbaasd over de beperkte arbeidsongeschiktheid die sommige patiënten toegekend wordt.

Alle huisartsen geven aan op één of andere manier de vraag naar arbeidsongeschiktheid te **bespreken met de patiënt**. Af en toe wordt hierover echt onderhandeld, om tot een consensus te komen. Al blijkt er een voldoende immuniteit tegen buitensporige eisen. Die worden gemakkelijker geweigerd.

Eén huisarts voert regelmatig een verzuimgesprek met patiënten die herhaaldelijk arbeidsongeschikt zijn. Hierbij wordt dan dieper ingegaan op het verband tussen de huidige arbeidssituatie en het ziekteverzuim. Diezelfde arts gebruikt het ziekteattest om de werkgever aan te sporen met de werknemer in gesprek te gaan hierover. Ook verschillende controleartsen gaan het gesprek aan over de rol van de werksituatie in de arbeidsongeschiktheid.

> *"Maar naar de werkgever zou je de mogelijkheid moeten hebben om te zeggen: ik zie geen medische beperkingen, werkgever en werknemer moeten dringend eens met elkaar gaan praten. Dat zou op zijn minst mogelijk moeten zijn. Enfin, dat komt trouwens, in mijn opmerkingen staat dat dan wel. En ik geef dat ook aan aan de werknemer, dat ik dat er op ga zetten."(HA)*

> *"Maar dat is omdat ik hun dokter ben, en ik denk ja, ik moet ziekmakende factoren, moet ik proberen weg te pakken, en dus dat betekent soms dat als hun werk hun ziek maakt, dat ik dat maar moet afpakken van hun, maar ik kan dat niet afpakken, dat moeten ze dan zelf doen."(HA)*

De motivatie om als controlearts te werken komt bij de ondervraagde artsen vanuit een gevoel van **maatschappelijke verantwoordelijkheid**. Ze zien zichzelf niet als controleur van de huisarts, maar als een onafhankelijke evaluator van de noodzaak van de arbeidsongeschiktheid.

"Het is niet de maatschappelijke waarde of toegevoegde waarde van een huisarts bv, maar het is een maatschappelijk zinvolle en noodzakelijke functie, evident. En ons systeem van sociale vangnet en (ik gebruik niet graag de term sociale zekerheid, want dat valt daar niet onder) maar dat kan maar blijven bestaan mits dergelijke functies."(CA)

"…vind ik dat wij uiteindelijk een plaats hebben om maatschappelijke eerlijkheid te bevorderen in verband met werkongeschiktheid."(CA)

"Ik heb dat altijd beschouwd als een sociaal engagement. Het stuk steun aan de maatschappij. Dat klinkt misschien wat zwaarwichtig, maar dat is niet zo zwaarwichtig als het klinkt, maar gewoon, dat je natuurlijk misbruik er wat uit haalt, en ook de ziekte-attesten wat probeert te beperken."(CA)

Hierbij gebruiken sommigen andere elementen dan het klinisch onderzoek. Bijvoorbeeld inadequaat medicatiegebruik of discrepantie tussen spontaan gedrag en gedrag tijdens klinisch onderzoek zijn aangehaald als redenen tot twijfel. De observaties tijdens een huisbezoek worden als een meerwaarde beschouwd.

De deelnemende controleartsen staan sterk op hun **onafhankelijkheid** in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Bij sommigen worden de nota's van de werkgevers op de aanvraagformulieren als een poging tot beïnvloeding ervaren. En net zoals het ziekteverzuim kritisch geëvalueerd wordt, staan ze ook kritisch tegenover de informatie van de werkgevers. Eén controlearts geeft zelfs aan dat deze info vaak onjuist is. Bijvoorbeeld als het gaat over de mogelijkheden tot aangepast werk of bij verdachtmakingen over luxeverzuim. Er is meermaals gewezen op de verantwoordelijkheid van de werkgever bij verzuurde arbeidsrelaties. Controleartsen wensen hierin geen rol te spelen.

"En soms zit je een beetje tussen 2 vuren... Het ene vuur is altijd de patiënt, die voelt zich altijd gecontroleerd e, maar soms hebt ge ook het vuur van de werkgever e, die vindt dat ge, die zegt: "ja, hebt ge dat wéér goedgekeurd?" Ja."(CA)

"Bij mij primeert toch nog altijd het verhaal dat je te horen krijgt en het onderzoek...los van de context bij vertroebelde relaties werkgever-werknemer."(CA)

Meerdere controleartsen nemen **contact** op **met de huisarts** in bijzijn van de patiënt, alvorens een beslissing te nemen. Dit gebeurt voornamelijk bij twijfelgevallen. En alle respondenten contacteren de behandelende arts om hun beslissing tot inkorting mee te delen. Eén controlearts maakt hierbij een uitzondering voor frappante gevallen van onterecht verzuim.

- **Patiëntfactoren die rol spelen in de beoordeling.**

Alle artsen geven aan dat het **beroep** op een of andere manier meespeelt in hun beoordeling. Daarom is het belangrijk voor huisartsen om het beroep op systematische manier te noteren in het EMD. Dit gebeurt nu nog niet altijd. Verschillende artsen geven aan het beroep wel na te vragen bij de attestering van arbeidsongeschiktheid, maar dit gebeurt vaak ad hoc, waarna de informatie niet op een gestandaardiseerde manier opgeslagen wordt. Eén van de huisartsen gaf aan niet enkel naar de inhoud van de functie te vragen, maar ook naar het contracttype.

De **arbeidsomstandigheden** worden ook meegenomen in de overweging. Voornamelijk huisartsen houden hier rekening mee.

De **sociale context** speelt ook een rol. Zowel huisartsen als controleartsen geven aan dat dit zowel een argument pro als contra kan opleveren. Indien de vraag tot arbeidsongeschiktheid louter sociaal gemotiveerd blijkt te zijn, wordt de patiënt door een aantal artsen gewezen op andere mogelijkheden om dit op te vangen. Eén van de huisartsen vindt dat het aan de werkgever is om op de hoogte te zijn van de context van zijn werknemers, en hier op in te spelen indien nodig en mogelijk.

> *"Ik denk dat het voor een werkgever interessant is om te weten dat er behalve, aangezien dat verzuim bijna nooit medisch is, dat het voor een werkgever uiteraard interessant is om te weten wat de sociale situatie van zijn werknemer is, hoe het daar gesteld is, of die man zijn werk graag doe, met veel plezier gaat tennissen, allemaal zaken die in de rand aanvullend en waardevol kunnen zijn. (…)En dat is dus de taak van de werkgever om dat te weten te komen. (…)ik vind dat absoluut geen flauwekul, maar ik vind niet dat dat iets is dat in mij moeten zitten als arts om daar rekening mee te houden. Ik vind het perfect dat een werkgever met die context rekening kan houden"(HA)*

Anderzijds kan een problematische sociale context een negatieve invloed hebben op het genezingsproces. Voor sommige artsen kan dit een reden zijn om de duur van de arbeidsongeschiktheid te verlengen.

Twee huisartsen stellen expliciet dat de samenstelling van hun **patiëntenpopulatie** een rol speelt. Eén van hen vertelt hoe in een vorige praktijk vaker onterechte vragen voor attesten kwamen. Dit komt in de huidige praktijk, met een publiek met een andere socio-economische achtergrond, veel minder voor. De andere arts heeft in een nieuwe praktijk de ervaring dat bij een specifieke bevolkingsgroep de angst voor ontslag sterk doorweegt, en dat patiënten soms verplicht moeten worden om thuis te blijven. Dit was in de vorige praktijk veel minder het geval.

Andere aangehaalde factoren bij de huisartsen zijn co-morbiditeit, opleidingsniveau, de persoonlijkheid van de patiënt en de voorgeschiedenis. Bij patiënten die herhaaldelijk consulteren wordt vaak dieper ingegaan op mogelijke onderliggende problemen en wordt kritischer gekeken naar de noodzaak van de arbeidsongeschiktheid.

Bij de controleartsen klinkt ook de draagkracht en de motivatie van de patiënt als element in de beoordeling. Voor één controlearts is deze motivatie cruciaal.

- **Problemen**

Patiënten contacteren de huisarts heel frequent met de vraag naar attesten. Dit maakt dus een belangrijk onderdeel uit van het takenpakket. Eén van de huisartsen schat dat 1 op 4 consulten rechtstreeks te maken heeft met het schrijven van een briefje.

Bij andere huisartsen is de hoge **druk op de agenda** omwille van de verplichte attestering ook aangehaald. Volle agenda's zorgen er soms zelfs voor dat niet elke patiënt op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid op consultatie kan komen, en ondermijnen zo een adequate attestering.

Antedateren is een heikel punt voor de huisartsen. Indien patiënten om organisatorische redenen niet gezien kunnen worden op de eerste dag van de ziekte, zoeken de artsen een evenwicht. Anderzijds wordt streng opgetreden tegen patiënten die te laat of pas achteraf de arts consulteren. Een dixit-attest voor de periode die reeds voorbij is kan dan een uitweg bieden.

Niet enkel zorgt de verplichte attestering voor werkdruk, maar verschillende respondenten geven aan dat het niet gemakkelijk is om met deze vraag om te gaan. Het vraagt tijd om hierover met de patiënt in gesprek te gaan, en bij onenigheid te onderhandelen om een consensus te bereiken.

Een andere factor die druk legt op sommige huisartsen, is de **concurrentie** om de patiënt. De schrik om patiënten te verliezen aan collega's die vlotter attesten schrijven zorgt voor toegevingen bij één van de respondenten.

Eén van de huisartsen bekijkt het andersom. Die stelt dat door soms toe te geven aan de vraag, de relatie met de patiënt behouden blijft. En dat het verzuim bij sommige patiënten zo globaal beter in de hand gehouden wordt dan indien ze zouden "shoppen".

Bij andere huisartsen is te horen dat ze helemaal geen probleem hebben om streng op te treden.

Het huidige huisartsentekort in Antwerpen-centrum kan hierbij een rol spelen. Door de patiëntenstop in verschillende praktijken kunnen patiënten niet zo gemakkelijk een andere arts vinden. Anderzijds hebben de huisartsen meer dan voldoende werk, waardoor patiëntbinding via welwillende attestering zeker geen financiële noodzaak is.

De controleartsen hebben hun eigen problemen.

Frequent wordt de **tijdsdruk** vermeld. Controlebezoeken worden door verschillende controlediensten minder betaald dan de conventie-tarieven voor huisbezoeken als huisarts. Bovendien is de vergoeding vaak lager indien de patiënt afwezig blijkt. Ook al kost dit verplaatsingstijd en extra administratieve inspanningen. Om toch voldoende inkomen te genereren moeten er dus meer bezoeken afgelegd worden op minder tijd. Dit gaat ten koste van de grondigheid van de evaluatie.

> *"Maar er zijn patiënten die ik dus niet onderzoek, omdat het echt vrij duidelijk is, en omwille van tijdsgebrek soms."(CA)*

Een andere aangehaalde factor is **eenzaamheid**. Waar een aantal huisartsen steun vindt bij collega's om moeilijke casussen te bespreken, werken controleartsen alleen. Sommigen voelen zich ook miskend door zowel patiënten als door de collega-huisartsen. De controlebedrijven worden door sommigen wel als buffer beschouwd bij betwistingen. Eén controlearts geeft echter expliciet aan dat de steun vanuit deze diensten in sommige gevallen te beperkt of zelfs onbestaande is.

In zeldzame gevallen wordt de controlearts geconfronteerd met fysieke **agressie**. Verbale agressie wordt wel vaker vermeld.

- **Weigering of inkorting arbeidsongeschiktheid**

Elke arts heeft technieken om de door de patiënt gewenste arbeidsongeschiktheid te weigeren of in te korten. Vooral aangepaste communicatie staat hierbij op de voorgrond. Desondanks geven zowel sommige huisartsen als controleartsen aan dat dit moeilijk kan zijn.

> *"Ik vind dat niet altijd gemakkelijk omdat er een vertrouwensband is ..."(HA)*
>
> *"Als ze een vinger vragen en geen ganse arm, als ze niet teveel vragen, dan ga je het rapper doen... als ze heel veel vragen is het makkelijker om te weigeren dan als ze niet teveel vragen."(HA)*
>
> *"Dan zeg ik altijd stel dat het niet beter gaat, dat ze mogen terug keren of dat ze het mogen laten weten zodanig dat ze zich niet ik de koud voelen staan. Dat ze zich wel begrepen voelen..."(HA)*
>
> *"Neen, als ik tot de conclusie kom dat… dan heb ik daar geen gewetensproblemen of psychologische problemen."(CA)*

Eén van de controleartsen hanteert een motiverende aanpak om patiënten te overtuigen dat inkorting haalbaar is.

Meerdere huisartsen peilen wel naar de reden waarom patiënten een attest verwachten. De ICE van de patiënt worden hierbij als uitgangspunt gebruikt. Dit kan volgens sommigen heel interessante, nieuwe informatie opleveren, die het voorgestelde beleid kan beïnvloeden.

Over de precieze duur van de arbeidsongeschiktheid kan in beperkte mate onderhandeld worden tussen arts en patiënt.

Twee huisartsen vermelden anderzijds dat sommige patiënten bijna gedwongen moeten worden om thuis te blijven, en dat deze gesprekken nog moeilijker zijn.

- **Voorlichting patiënten**

De ondervraagde huisartsen spreken soms met patiënten over een eventuele controle. Dit gebeurt wel eerder op vraag van de patiënt. De **voorbereiding op controle** bleef beperkt tot geruststelling en aanmoediging tot openheid naar de controlearts. Eén huisarts geeft in uitzonderlijke gevallen een brief mee.

De rol van de werkgever is hierbij belangrijker volgens de bevraagde artsen. Deze moet werknemers inlichten over hun rechten en plichten met betrekking tot ziekteverzuim, het verzuimbeleid dat binnen het bedrijf gevoerd wordt, en de organisatie van eventuele controles.

- **Combinatie controlearts-huisarts**

Vier van de vijf controleartsen zijn tegelijk ook actief als huisarts. Allen beschouwen deze **combinatie van functies** als een meerwaarde. Dezelfde vaardigheden komen in beide functies van pas en er wordt extra ervaring opgedaan. Verschillende controleartsen geven aan in hun rol van huisarts bewuster om te gaan met het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid, omdat ze zich meer bewust

zijn van hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Anderzijds zorgt de huisartsenbril ervoor dat ze als controlearts toch voldoende aandacht hebben voor het grotere plaatje.

> *"Als HA tracht ik toch strikter te attesteren waar mogelijk. Als controlearts heb je meer inzicht, en soms ook begrip, in de beweegreden van de HA om te attesteren."*(CA)

> *"Natuurlijk zit ge in een andere positie he, ge hebt echt wel een ander petje op maar ik ben daardoor niet de norse controlearts ... ik denk niet dat wie ik ben kan verloochenen in een functie als controlearts."(CA)*

- **Impact controles op relatie huisarts-patiënt/ werkgever-werknemer**

Controles blijken een impact te hebben op de **arts-patiëntrelatie**.

Sommige huisartsen zeggen dat hun band met de patiënt net versterkt wordt, omdat ze samen staan in de verdediging van het gevoerde ongeschiktheidsbeleid.

> *"Ze zijn nooit kwaad op ons maar altijd op de controlearts ...want wij hebben ze ziek geschreven en de controlearts niet."(HA)*

Andere huisartsen vragen zich evenwel af of patiënten twijfelen aan de bekwaamheid van de huisarts indien een controlearts diens attestering corrigeert.

> *"Dat is zo ons ook een beetje in ongeloof brengen he...dat is zo...dat briefje van ons is niet zo goed genoeg..."(HA)*

Daarnaast kan men zich afvragen welke impact controles hebben op de **relatie tussen werkgever en werknemer**. Uit de feedback komt naar voor dat werknemers bij wie een controle onverwacht komt, zich geviseerd voelen en defensief kunnen reageren. Andere mensen blijken goed op de hoogte van de mogelijkheid tot controle. Zowel huisartsen als controleartsen zien dat controles vlotter verlopen indien bij de werkgever van de patiënt een standaardprocedure is.

Meerdere controleartsen vermelden ook het gebruik van controles binnen een reeds verzuurde arbeidsrelatie, en staan hier kritisch tegenover.

c. Interactie tussen huisarts en controlearts

In het laatste onderdeel van het interview is gepeild naar de ervaringen met en opinies over de interactie met de andere beroepsgroep.

Tabel 6: Matrix interviews: Interactie huisarts-controlearts

Huisartsen	Controleartsen
Beeld CA • Streng in beoordeling • Vragen bij bekwaamheid • Afhankelijk van persoonlijkheid • Weinig tijd voor patiënt • Onbekend • Beperkt door regelgeving • Beschermd beroep • Oude mannen • Niet collegiaal • MAAR: algemeen tevreden	Beeld HA • Strenger dan vroeger • Betutteling
Ervaringen • Rechtstreek ➢ Positief: Feedback ➢ Negatief: discussies • Via patiënten	Ervaringen • Verbetering interactie in vergelijking met vroeger • belang communicatie • beter dan verwacht
Bereikbaarheid • CA vaak niet gekend • Via patiënt	Bereikbaarheid HA • Extra inspanningen • Voor- en nadelen groepspraktijken
Verwachtingen • Contact door CA • Duidelijke controle en klinisch onderzoek • Objectiviteit • SAMEN tot consensus komen • Vraag inzage dossier bij onduidelijkheid • Meedelen nieuwe info	Verwachtingen • Communicatie essentiële info • Verantwoordelijk voorschrijfgedrag • Respect
Omgang met conflicten • Brief meegeven aan patiënt • Advies inwinnen collega's • Overleg	Omgang met conflicten • Manier van communiceren • Huisarts contacteren vóór beslissing • Voorkeur voor minnelijke schikking
Ervaringen met arbitrage • Twijfels bij keuze arts • Ingewikkelde procedure	Ervaringen met arbitrage • Heel beperkt • Twijfels bij keuze arts
Suggesties • Meer overleg!!!!! • Feedback over resultaat controle rechtstreeks in EMD[16] • Feedback aan arts over voorschrijfgedrag (idem als medicatie)	Suggesties • Aanspreekpunt controleartsen?

[16] EMD: Elektronisch Medisch Dossier

- **Wederzijdse beeldvorming**

Klopt het **beeld van de controlearts** als boeman? Verschillende huisartsen spreken in eerder negatieve bewoordingen over hun algemene ervaringen met controleartsen.

> *"Meestal toch niet zo een goede ervaring mee eigenlijk..."(HA)*

> *"Ik heb soms het gevoel... die moeten zo altijd er iets kunnen afpitsen he... en dat vind ik zo wat stom zo 1 dag of 2 dagen soms...omdat ik echt niet overdreven veel schrijf..."(HA)*

> *"Ik denk dat die door scha en schande geleerd hebben dat als ze een woord teveel zeggen dat hun dan iets in de mond gelegd wordt dat ze eigenlijk zo bedoeld hebben, dus ja, vandaar komen die nors en stuurs over. Het zal waarschijnlijk ook niet de meest plezante job zijn om te doen, en misschien wekt dat dan een selectie op van artsen die niet heel graag converseren met mensen…"(HA)*

> *"Ik denk dat dat eerder gewoon kortere personen zijn, dat dat niet de meest babbelachtige personen zijn. Dus dat is meestal een kort gesprek. Kort en bondig. Ik heb soms de indruk dat ze soms wel gejaagd zijn."(HA)*

> *"Dan denk ik eigenlijk eerder zo aan een champetter, echt eigenlijk, met z'n fluitje eigenlijk de mensen terugfluit naar hun werk eigenlijk e, die dat vaak, zonder ook maar rekening te houden met allerlei onderliggende redenen, vaak iets te snel oordeelt over de arbeidsongeschiktheid van die patiënt."(HA)*

Al komt er toch een positiever beeld naar voor over de interactie met de individuele controlearts indien er rechtstreeks overleg plaats vindt.

> *"Maar meestal kun je er gewoon mee praten aan de telefoon en dan kom je tot een overeenstemming."(HA)*

Meerdere controleartsen geven aan dat ze bewust een open communicatiestijl hanteren om het ijs te breken en een positief contact op te bouwen.

> "*Ik heb het idee dat het voor een stuk aan mijn aanpak ligt dat de andere partij vriendelijk is, en vriendelijk overkomt, en dat er overleg mogelijk is."(CA)*

> *"En DAT is meestal het probleem, als ge naar een collega belt, voelen die zich dikwijls aangevallen, ge moet al heel diplomatisch zo over de brug komen, en dan voorstellen, van: ik stel voor dit, ik stel voor dat. Want veel huisartsen voelen zich wat aangevallen als ge belt."(CA)*

Controleartsen beseffen zelf dat hun imago niet altijd zo rooskleurig is. Voor 1 controlearts gaat het zo ver dat hij in de regio waar hij als huisarts werkt zich liever niet als controlearts "out".

> "M*aar daar heb ik het wel wat moeilijk mee als het dan een huisarts is van mijn regio, die ge dan op een vergadering, nascholing met een babbeltje nadien ontmoet, daar heb ik het wel moeilijker mee omdat ze dan weten dat ge controlearts zijt."(CA)*

"Controle heeft een negatieve connotatie, het suggereert eigenlijk een beetje dat er een mogelijk probleem is. Vandaar dat ik pleit voor een nieuwe benaming."(CA)

Omgekeerd bestaat bij verschillende controleartsen de indruk dat huisartsen strenger zijn in hun voorschrijfgedrag dan vroeger én dat ze meer openstaan voor de inbreng van de controlearts. Het algemene **beeld van de huisarts** is dus positief geëvolueerd. Al klinkt bij één controlearts wel het verwijt dat huisartsen hun patiënten soms te veel betuttelen.

"Maar ik voel ook wel dat de mensen aan de andere kant van de lijn, vriendelijker, toleranter zijn, er meer rekening mee houden dat controlegeneeskunde er is, en dat ge maar beter rustig overlegt over dingen enzo, dat gevoel heb ik wel."(CA)

"Maar nu schrijven heel veel huisartsen heel korte ziekteverloven uit, waarbij ik zelf de vraag stel, van he, als HA zou ik wel meer geven."(CA)

"In veel gevallen denk ik dat huisartsen teveel betuttelend zijn, de mensen teveel laten settelen in hun problemen..."(CA)

- **Contact**

Contact tussen huisartsen en controleartsen verloopt telefonisch. De bevraagde controleartsen geven aan dat ze bij een inkorting zelf initiatief nemen om de huisarts te contacteren. Aan huisartsenzijde is echter te horen dat dit niet altijd het geval is, en dat ze soms pas achteraf via de patiënt vernemen dat deze vervroegd terug aan het werk gestuurd is.

- **Wederzijdse verwachtingen**

De wederzijdse verwachtingen klinken eigenlijk heel gelijkaardig: overleg met respect voor de andere mening én een betere informatie-uitwisseling.

Vooral huisartsen zijn vragende partij voor **meer overleg** voorafgaand aan de beslissing van de controlearts. Ze willen graag hun beleid kunnen beargumenteren. Ook relevante achtergrondinformatie willen ze graag kunnen meegeven.

"En is het mogelijk dat we samen telefonisch kunnen overleggen, en daarin een consensus kunnen bereiken? Wat zijn uw redenen ervoor? En luister ook alstublieft naar mijn redenen."(HA)

"Dat is belangrijk vind ik, het gaat er echt heel beleefd en vriendelijk aan toe, en praktisch altijd. En dat maakt de controlegeneeskunde wat minder stresserend."(CA)

Daarnaast verwachten ze dat de controlearts voldoende **grondig** te werk gaat alvorens een oordeel te vellen. Een degelijke anamnese en klinisch onderzoek worden hierbij verondersteld.

"Hoe dikwijls hoort ge dat niet ...die kwam binnen, die heeft mij zelfs niet onderzocht... of amper ondervraagd… het gebeurt niet correct ook niet he..."(HA)

Bij de huisartsen bestaat ook de vraag naar **meer feedback** van de controlearts, ook als de beslissing positief is. Echter zonder extra administratieve belasting. Niet enkel omdat dit interessant is voor de verdere opvolging van de patiënt, maar ook ter evaluatie van het eigen voorschrijfgedrag kan

gebruikt worden. Eén van hen suggereert een link met het EMD, waarbij de uiteindelijke duur van arbeidsongeschiktheid, mét eventuele inkortingen, genoteerd wordt. De controlearts kan daarnaast soms nieuwe elementen aanreiken die relevant kunnen zijn voor de huisarts. Bijvoorbeeld over de werksituatie, over een afwijkend verloop van de aandoening, over de thuissituatie…

> *"We worden niet systematisch gecontacteerd, neen. ik denk wel dat dat goed zou zijn als feedback naar onszelf... ook dat we zouden weten van die patiënt is terug aan het werk."(HA)*

> *"Ja, ge voelt u bekritiseerd, maar dat betekent niet dat ge dat niet als waardevol kunt beleven, als feedback en open tot dialoog ook."(HA)*

> *"Als hij niet akkoord is met hetgeen dat wij doen, dat ze dan bellen. En dan weten we het. Dan kunnen we ook onszelf verbeteren, want als je nooit feedback krijgt gaan we het nooit weten."(HA)*

De bevraagde controleartsen zijn zelf al geneigd tot overleg, dus hier bestaat minder noodzaak tot aanpassing. Wel geven verschillende controleartsen aan dat ze graag willen beschikken over **meer uitgebreide patiëntinformatie** om hun oordeel op te baseren.

> "*Essentiële informatie die de controlearts niet van de werknemer KAN te weten komen, om die voorafgaandelijk kort samen te vatten, of achter te laten."(CA)*

> *"Dat zou plezanter werken zijn... dat ge het oordeel van de huisarts te lezen hebt die eigenlijk zeer goed op de hoogte is van de omstandigheden... en dat ge het niet allemaal moet extraheren in het tijdsbestek van 5 a 10 minuten... zo een beetje een analyse van de huisarts he… dat zou wel niet slecht zijn... da' s een goeie piste zelfs."(CA)*

Verschillende huisartsen verdedigen de beslissing tot inkorting ook bij de patiënt indien deze in overleg genomen is. In situaties waarbij de inkorting onaangekondigd is, staat de huisarts hier ook vaker negatief tegenover.

> *"Maar we proberen ze te motiveren, als we tot een overeenstemming zijn gekomen… ik kan daar mee leven…"(HA)*

> *"Dat zou ik zeggen van 'kijk, dat is in overleg gebeurd en daar ben ik mee akkoord'."(HA)*

- **Conflicten**

Beide groepen geven aan dat conflictsituaties af en toe voorkomen, maar meestal in de minne opgelost worden. Twee huisartsen geven af en toe een brief mee met de patiënt om hun beslissing te verduidelijken en een eventueel conflict met de controlearts te vermijden. Moeilijke situaties blijken vaker met persoonlijke kenmerken van de tegenpartij te maken te hebben dan met de betwisting van de arbeidsongeschiktheid op zich. Dit geldt eveneens voor conflicten met patiënten. Bij de huisarts leiden deze voornamelijk tot tijdrovende discussies tijdens de consultatie. Meerdere controleartsen zijn echter reeds geconfronteerd met fysiek geweld of dreiging.

> *"Ze zijn overigens veel meer verontwaardigd als ik niet inga op hun eisen, van huisartsen verwachten ze nog veel meer dat die eigenlijk leveren waar ze voor komen."(HA)*

Het aantal doorgemaakte **arbitrages** is zeer beperkt onder de respondenten. Twee van de controleartsen heeft nog nooit een arbitrage gehad, evenals 3 van de huisartsen. Bij beide groepen klinkt vooral de beperkte wenselijkheid van deze procedure door. Door rechtstreeks overleg, waarbij communicatietechnieken en onderhandeling een belangrijke rol spelen, wordt geprobeerd een consensus te vinden. Zowel huisartsen als controleartsen doen hierbij water bij de wijn.

Er is ook kritiek geuit op de procedure. Het extra werk dat hierin kruipt, onduidelijkheid over de procedure, vragen bij de toegevoegde waarde van de arts-scheidsrechter, worden vermeld.

> *"Maar ja... ik heb die arbitrage dan niet gedaan omdat dat zo ingewikkeld is en voor de patiënt ook ingewikkeld is."(HA)*

> *"Dat het daarom misschien is dat heel veel huisartsen zich gewoon ook neerleggen bij de beslissing van controleartsen, omdat ge vaak het gevoel hebt dat ge een gevecht zijt aan het voeren tegen de bierkaai. En dat er veel tijd in kruipt, want ge moet al die dossiers wel voorbereiden, daar zijt ge toch al ettelijke uren mee bezig, dus ja…"(HA)*

> *"En dat is dan zo'n beetje vriendjespolitiek, heb ik het gevoel."(HA)*

> *"Ook die arbitrerende geneesheren, je wordt benaderd vanuit een lijst, die hebben ook niet liever dan dat ge zelf het onder u tweetjes geregeld hebt."(CA)*

Onbekend is onbemind. Meerdere huisartsen zijn vragende partij om nader **kennis te maken met controleartsen én arbeidsgeneesheren** in hun regio. Een duidelijker beeld van de taken en bevoegdheden van de verschillende functies is gewenst. Kan bijvoorbeeld een LOK over arbeidsongeschiktheid aan deze vraag tegemoet komen? Hierbij kan regelgeving aan bod komen evenals een uitwisseling van ideeën over de besluitvorming bij arbeidsongeschiktheid. Verschillende artsen geven immers aan dat de uitwisseling van ervaringen met collega's hun aanpak van arbeidsongeschiktheid mee vorm geeft.

> *"Dat we een keer een LOK bijvoorbeeld en dat we de controlearts zien of de arbeidsgeneesheer, want anders weet je zo nooit echt wie of wat en het is altijd gemakkelijker communiceren als je die persoon als een gezien hebt."(HA)*

> *"En zo een controle staat of valt met de communicatie onderling he...om een beetje begrip voor mekaar te krijgen is dat absoluut niet slecht... maar er bestaat te weinig."(CA)*

Controleartsen missen een aanspreekpunt. Vroeger speelde de Vlaamse Vereniging voor Controleartsen (VVK) hierin een rol. Maar de website is recent niet meer beschikbaar, en alle activiteit lijkt gestopt te zijn.

V. Discussie

1. Internationale vergelijking

De systemen van arbeidsongeschiktheid in België, Frankrijk en Duitsland zijn globaal vrij gelijkaardig.

De zieke werknemer heeft een attest nodig van zijn behandelend geneesheer, legt dit voor aan de werkgever, en deze kan controle uit laten oefenen op de arbeidsongeschiktheid.

De opvallendste verschillen:

In Frankrijk krijgt een werknemer in veel gevallen een gemengde uitkering. Hij wordt gelijktijdig door zowel CPAM als werkgever vergoed. Dit in tegenstelling tot de opeenvolgende periodes van "gewaarborgd loon" en "ziekenkas" in België.

In Duitsland volgt een "Fallmanager" van de Krankenkasse de werkgever van bij het begin van de arbeidsongeschiktheid op. In België is de opvolging van arbeidsongeschiktheid minder gestandaardiseerd, zeker voor kortere periodes. Bovendien is de opvolging sterk versnipperd. Zowel huisarts, andere behandelaars, adviserend geneesheer, bedrijfsarts, werkgever, als personeelsdienst kunnen een deel van de opvolging en ondersteuning van re-integratie op zich nemen.

Het Nederlandse systeem is helemaal anders georganiseerd. De behandelende arts is niet betrokken bij de attestering of de opvolging van de arbeidsongeschiktheid. Er ligt een grote verantwoordelijkheid bij de werknemer én de werkgever inspanningen te leveren tot activatie en, eventueel aangepaste, werkhervatting. De arbodienst treedt hierbij zowel ondersteunend als controlerend op.

De afwezigheid van de huisarts in het opvolgen van ziekteverzuim in Nederland kan ook als een manco beschouwd worden, gezien zijn functie als behandelaar en zijn vertrouwensrelatie met de patiënt. Er wordt vanuit de Nederlandse overheid dan ook geprobeerd om de arbo-curatieve samenwerking te versterken.

Daarentegen gebeurt de ondersteuning bij werkhervatting in België laattijdig, en is deze eerder vrijblijvend. Bovendien zijn er geen wettelijke verplichtingen voor werkgever om hierin een actieve rol te spelen, noch zijn er financiële consequenties voor de werkgever aan verbonden.

2. Uniformering systeem arbeidsongeschiktheid

De vraag naar meer uniformiteit in het systeem kwam duidelijk naar voor uit de interviews met de huisartsen. Momenteel wordt controle geregeld door de werkgever, op bedrijfsniveau. Het wetgevend kader is duidelijk maar heel summier. Contractueel of via een cao kunnen bijkomende regels opgelegd worden aan de werknemer. Zou de uniformiteit, en daardoor ook de objectiviteit, van de controle niet gebaat zijn bij een meer overkoepelende aanpak, op wetgevend niveau?

Een aantal elementen waarover nagedacht kan worden:

Durven we de **noodzaak van attestering** in vraag stellen? Bij kortdurende arbeidsongeschiktheid is vaak een zelflimiterende ziekte aanwezig. Verschillende artsen stellen zich dan ook de vraag of de tussenkomst van een arts überhaupt nodig is bij de beoordeling van verzuim.

Er bestaan bovendien verschillende niet-medische redenen voor verzuim, bijvoorbeeld familiale omstandigheden of pesten op het werk. Dit kan zich via stress en lichamelijke klachten uiteraard vertalen in ziekte, maar ziekte op zich is hier geen primaire oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Toch wordt, ook door werkgevers, vaak naar de huisarts gekeken om afwezigheid door middel van een ziektebriefje te wettigen. Men kan zich afvragen of de medicalisering van dit, vaak zeer terechte, verzuim de juiste aanpak is. Er wordt gepleit voor een **grotere verantwoordelijkheid voor zowel werkgever als werknemer**.

Laten we nadenken over **alternatieven voor arbeidsongeschiktheid.** Zowel de huisartsen als de controleartsen voelen zich beperkt in de huidige zwart-wit beoordeling. Het is werken of thuisblijven. Dit klinkt ook door in hun ervaringen met patiënten. De vraag naar aangepast werk, tijdelijk thuiswerk, tijdelijk deeltijds werk is groot. De informatie over de mogelijkheden is echter vaak niet beschikbaar of niet correct. De informatie-uitwisseling met de werkgever is hierbij een cruciale factor. Kan de arbeidsgeneesheer hier een grotere rol in spelen?

Het is nodig om meer aandacht te besteden aan de **opleiding** van controleartsen. Alle bevraagde huisartsen gingen er ten onrechte van uit dat controleartsen een bijkomende opleiding doorlopen. Verschillende controleartsen blijken vragende partij voor extra opleiding. Verschillende voorstellen kwamen aan bod: in de vorm van een MANAMA zoals bv. verzekeringsgeneeskunde, of via een bijscholingstraject, of een opleiding via de controlediensten. Sommigen opperden zelfs om hier een apart erkenningsnummer aan te koppelen.

Dit kan aansluiten bij de vraag naar **kwaliteitscontrole**.

Ook in de huisartsenopleiding kan meer aandacht besteed worden aan het voorschijven van arbeidsongeschiktheid en de rol van de controlearts.

3. Interactie huisartsen-controleartsen

Alle huisartsen gaven aan graag meer overleg te hebben met de controlearts. Bijvoorbeeld om extra toelichting te geven bij de aandoening van hun patiënt, of om de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid te beargumenteren. De bevraagde controleartsen gaven aan dat ze regelmatig contact opnemen met de huisarts. Zeker bij een betwisting of een inkorting delen ze hun beslissing mee. Sommigen bellen tijdens het patiëntencontact met de huisarts voor overleg, alvorens een beslissing te nemen. Meerdere huisartsen lieten echter verstaan dat niet alle controleartsen dit doen, en dat ze vaak via de patiënt achteraf pas op de hoogte worden gesteld van bv. een inkorting.

In de wet op de controlegeneeskunde van 13 juni 1999 wordt geen expliciete verplichting tot contacteren van de behandelend arts vermeld.

Hierover bestaat echter wel een **deontologisch advies** van de Nationale Raad van de Orde der Artsen, van 18 januari 2003, gebaseerd op de Code van geneeskundige plichtenleer.

"De controlearts moet voorafgaandelijk contact opnemen met de behandelend arts alvorens een beslissing te nemen die de beslissing van deze laatste wijzigt"

Bovendien dient deze contactname rechtstreeks (zonder tussenkomst van de patiënt) en mondeling verlopen. Schriftelijk contact is enkel voldoende indien dit werkelijk onmogelijk is.

De argumentatie is dat "*arbeidsongeschiktheid een essentieel element van de behandeling is, die slechts op een wetenschappelijk verantwoorde manier kan worden bepaald mits kennis van alle onderliggende factoren, kennis eigen aan de behandelingssituatie. Het komt dus aan de controlerende geneesheer toe hierover de nodige bijkomende informatie in te winnen alvorens deze ongeschiktheid te weerleggen."(17)*

Dit advies steunt de huisartsen in hun verwachtingen, en wordt in de praktijk ook zo toegepast door de controleartsen betrokken bij deze studie. Maar uit de antwoorden van de bevraagde huisartsen blijkt dat niet alle collega-controleartsen op de hoogte zijn van dit advies.

Bij beide groepen klinkt de wens naar betere **uitwisseling van patiënteninformatie**, evenwel met minimale administratieve belasting. Dit kan de controlearts de nodige achtergrondinformatie bieden om oordeelkundig advies te geven. Anderzijds kan de beslissing van de controlearts relevant zijn voor het verdere beleid van de huisarts. Ook nieuwe elementen die aan het licht komen tijdens een controlebezoek kunnen belangrijk zijn.

Zijn er mogelijkheden om dit te realiseren via het eHealth platform? Bijvoorbeeld toegang voor de controlearts om de SUMEHR[17] te raadplegen? En een automatische toevoeging van het beoordelingsdocument van de controlearts in het EMD? Zoals momenteel reeds kan voor verslagen van specialisten?

[17] SUMEHR: SUMmarized Electronic Health Record

VI. Besluit

De rol van controleartsen is een onderbelicht aspect in het systeem van arbeidsongeschiktheid. Dit onderzoek vestigt de aandacht op deze onbekende factor in onze gezondheidszorg en hoopt zo bij te dragen aan het debat over ziekteverzuim.

Suggesties voor verder onderzoek:

- Impact van controle op de **patiënt**.
- **Praktijkstudie**: Prospectief onderzoek: Opvolging van alle voorgeschreven arbeidsongeschiktheid over bepaalde periode. Hoeveel patiënten krijgen controle? Is er overleg tussen huisarts en controlearts? Wordt er ingekort? Hoe verloopt verdere opvolging van de aandoening: verlenging? Herval?
- Het zou ook interessant zijn om de **gezondheidseconomische impact** van controles te bestuderen. Hierbij dient dan het volledige systeem in rekening gebracht te worden. Wegen de kosten van de controles en bijhorende verplichte consultaties bij de behandelende arts op tegen de werkelijke verzuimreductie? Zijn andere vormen van verzuimbeleid meer kosten-efficiënt? Zowel voor werkgevers als voor de maatschappij?

Literatuur

1. Edwards P, Greasley K. **Absence from work.** European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), 20 juli 2010. Report.
2. FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg. Available from: http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=42332#AutoAncher0.
3. De Man H, Verjans M, Bruyninx K. **Terug aan het werk na een lange afwezigheid om medische redenen.** FOD Werkgelegenheid Arbeide en Sociaal overleg, editor. 2015.
4. Verwer I, Groothoff J, van der Velden J, van der Gulden J. **Sociale zekerheid bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Nederland in historisch perspectief.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2014;92(1):26-32.
5. Arboportaal-Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. **Wet verbetering poortwachter (Wvp).** Available from: http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/wet-verbetering-poortwachter.
6. Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid. **Spoedcontrole.** Available from: https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/spoedcontrole.
7. van der Gulden J. **Aandacht voor werk in het spreekuur van de huisarts.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2011;89(1):2-3.
8. Verwer I, Groothoff J, van der Velden J, van der Gulden J. **Sociale zekerheid bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in Duitsland in historisch perspectief.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2013;91(6):340-6.
9. Verwer I, Groothoff J, van der Velden J, van derGulden J. **Verschillen in verzuim en verzuimbegeleiding in Nederland en Duitsland.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2014;92(6):240-7.
10. Heideman J, Engels J, van der Gulden J. **Knelpunten in de arbo-curatieve samenwerking tussen bedrijfsarts en huisarts.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2002;80(3):185-91.
11. **Avis d'arrêt de travail.** Available from: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/formulaires/liste-des-formulaires.php?cat_aff=Maladie&cat_uids=968&id=2040.
12. **Arrêt maladie: indemnités versées au salarié par l'employeur.** Available from: vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2022.xhtml.
13. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung [1 augustus 2016].** Available from: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html#BJNR024820988BJNG001300328.
14. Bundesministerium für Arbeit und Sociales. **Glossar [1 augustus 2016].** Available from: http://www.bmas.de/DE/Service/Glossar/Functions/glossar.html?cms_lv2=75964&cms_lv3=87180#glossar87180.
15. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. **Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit.** Available from: http://www.mdk.de/321.htm.
16. Bakker R, Krol B, van der Gulden J, JW G. **Arbocuratieve samenwerking: een vergelijking van de taken en positie van de bedrijfsarts in vier landen.** Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2005;83(6):369-76.
17. Orde der artsen - Nationale Raad. **Controlegeneeskunde.** Tijdschrift van de Nationale Raad. 2003(100).

Bijlagen

Bijlage 1: Oorspronkelijke onderzoeksprotocol

Bijlage 2: Aanvraag verlenging

Bijlage 3: Oorspronkelijke goedkeuring Ethische Commissie

Bijlage 4: Goedkeuring aanpassing: verlenging + vragenlijsten interviews

Bijlage 5: Vragenprotocol Controleartsen

Bijlage 6: Vragenprotocol Huisartsen

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

SAMEN AAN HET WERK!
NAAR EEN PRODUCTIEVE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, CONTROLEARTS EN PATIËNT.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: ZELFSTANDIG ACADEMISCH PERSONEEL
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 49 67
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

CO-PROMOTOR

- NAAM: STIJN VANDENBERGHE
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 06 68
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: STIJN.VANDENBERGHE@TELENET.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER : JAN DE MAESENEER

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LIEN BONTINCK
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING:UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0485 47 34 80
- E-MAIL:LIEN.BONTINCK@GMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER:DR. LUDO DHONDT
- ADRES: BORSBEEKSTRAAT 57, 2140 BORGERHOUT
- TELEFOONNUMMER: 03 235 06 03
- E-MAIL: LUDE_DHONDT@HOTMAIL.COM

- TYPE-PRAKTIJK: SOLO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

NIET VAN TOEPASSING

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 JUNI 2014
- EINDE ONDERZOEK: 31 JANUARI 2015

7. SOORT ONDERZOEK

- ✓ CROSSECTIONEEL OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ✓ FOCUSGROEPEN
  - ✓ VRAGENLIJSTEN

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DOEL: HET IN KAART BRENGEN VAN DE MANIER WAAROP COMMUNICATIE TUSSEN EN SAMENWERKING VAN DE HUISARTS EN DE CONTROLEARTS MOMENTEEL VERLOOPT. WELKE WEDERZIJDSE BEELDVORMING BESTAAT ER? WELKE ERVARINGEN KLEUREN DEZE BEELDVORMING? WAT ZIJN DE WEDERZIJDSE VERWACHTINGEN? BESTAAN ER EVENTUEEL CONFLICTEN IN DE SAMENWERKING? HOE KIJKEN DE ANDERE BETROKKENEN HIERNAAR?

CONCRETE ONDERZOEKSVRAGEN:

- WAT ZIJN DE OPINIES OVER EN DE SAMENWERKINGSERVARINGEN MET CONTROLEARTSEN BIJ HUISARTSEN?
- WAT ZIJN DE OPINIES OVER EN DE SAMENWERKINGSERVARINGEN MET HUISARTSEN BIJ CONTROLEARTSEN?
- WELKE ERVARINGEN HEBBEN PATIËNTEN MET DE CONTROLEARTS?
- WAT IS DE VISIE VAN DE WERKGEVERS?
- HEBBEN HUISARTSEN EEN CORRECT BEELD VAN DE TAKEN VAN EEN CONTROLEARTS?

STUDIEOPZET:

- FASE 1: AFBAKENEN STUDIE-TERREIN
  - LITERATUURONDERZOEK
  - VERKENNEND GESPREK MET BEPERKT AANTAL STAKEHOLDERS
- FASE 2: KWALITATIEF ONDERZOEK TER UITDIEPING VAN CENTRALE CONCEPTEN
  - FOCUSGROEPEN ROND THEMA'S/CENTRALE CONCEPTEN MET:
    - 12 HUISARTSEN
    - 12 CONTROLEARTSEN

    (ZIE VOORBEELD STELLINGEN IN BIJLAGEN 6 EN 7)
- FASE 3: KWANTIFICEREN VAN RESULTATEN UIT FASE 2
  - BEVRAGING VAN RUIMERE DOELGROEP D.M.V. VRAGENLIJSTEN (ZIE VOORBEELD IN BIJLAGEN 8, 9 EN 10, AAN TE PASSEN A.D.H.V. RESULTATEN FOCUSGROEPEN)
    - HUISARTSEN (SCHRIFTELIJK)
    - CONTROLEARTSEN (SCHRIFTELIJK)
    - PATIËNTEN (TELEFONISCH)

VERWACHTE RESULTATEN:

"SWOT-ANALYSE" VAN DE BESTAANDE SITUATIE (STRENGHTS, WEAKNESSES, OPPORTUNITIES, THREATS)

- INZICHT IN WEDERZIJDSE BEELDVORMING
- VERHELDERING VAN VERSCHILLEN EN GELIJKENISSEN IN ROL IN EN AANPAK VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID: GEMEENSCHAPPELIJKE EN TEGENSTRIJDIGE BELANGEN, CONFLICTPUNTEN
- IMPACT VAN CONTROLE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID OP HUISARTS EN PATIËNT

- WEDERZIJDSE VERWACHTINGEN
- SUGGESTIES VOOR VERBETERING VAN DE SAMENWERKING

9. IS HET ONDERZOEK

✓ BESCHRIJVEND

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

✓ NEEN

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ? BEIDE

✓ JA (HUISARTSEN EN CONTROLEARTSEN)
✓ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : AANDOENING DIE VOLGENS DE HUISARTS ARBEIDSONGESCHIKTHEID VEREIST

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

✓ JA
✓ NEEN (NIET UIT TE SLUITEN DAT EEN PATIËNT WAARVOOR ARBEIDSONGESCHIKTHEID WERD VOORGESCHREVEN, ZWANGER IS)

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 100

D. LEEFTIJD : 18 TOT EN MET 65 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

HUSARTSEN WORDEN GEREKRUTEERD VIA DE LOK-GROEPEN EN HUISARTSENKRINGEN VAN DE BETROKKEN ONDERZOEKERS, CONTROLE-ARTSEN VIA BEDRIJVEN DIE INSTAAN VOOR MEDISCHE CONTROLE EN/OF VIA DE VLAAMSE VERENIGING VAN KONTROLEARTSEN (VVK).
PATIËNTEN WORDEN GEREKRUTEERD VIA DE PRAKTIJK VAN DE HOOFDONDERZOEKER, BIJ ELKE ATTESTERING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID. DE MONDELINGE UITLEG, INFORMATIEFORMULIEREN EN ICF-FORMULIEREN WORDEN VERSTREKT EN ONDERTEKEND DOOR DE BEHANDELENDE ARTS (I.E. DE HOOFDONDERZOEKER OF EEN ANDERE HUISARTS VAN DEZELFDE PRAKTIJK)

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

✓ JA

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :
✓ JA
MONDELING :
✓ JA

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

✓ NEEN

C. GAAT HET OM KINDEREN?

✓ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☐ JA (BIJLAGE 1-3)

15 IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☐ JA (BIJLAGE 4-5)

16 VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 27/3/14
NAAM : Lien Bonvinck
HANDTEKENING :
gelezen & goedgekeurd

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 27/3/14
NAAM : Dhondt Ludo
HANDTEKENING :
gelezen en goedgekeurd

PROMOTOR

DATUM : 27 maart 2014
NAAM : D. AVONTS
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 27/03/2014
NAAM : Vandenbergh Stijn
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage 2: Aanvraag verlenging

Lien Bontinck

Hamerplaats 3, 2000 Antwerpen
Telefoon: +32 485 47 34 80
lien.bontinck@gmail.com

Bimetra, Clinical Research Centre Ghent

De Pintelaan 185 – 3K4, 9000 Ghent

Geachte,

Via dit schrijven zou ik graag een aanvraag doen ter aanpassing en verlenging van mijn onderzoeksproject (EC UZG 2014/0363) in kader van de Masterproef in de Manama Huisartsgeneeskunde.

Door familiale omstandigheden onderbrak ik, in overleg met mijn promotor, Prof. Dirk Avonts, mijn onderzoek eind juni 2014. In tussentijd werden geen nieuwe onderzoeksdaden gesteld.

Graag zou ik mijn onderzoek vanaf heden hervatten, met vooropgestelde einddatum 31/08/2016. Ik streef echter na mijn onderzoek zo snel mogelijk af te ronden.

Daarom zou ik graag een verlenging van de goedkeuring aanvragen tot en met 31/08/2016.

In bijlage vindt u mijn oorspronkelijke aanvraag evenals de goedkeuring door het Ethisch Comité. (bijlage 1 en 2)

Tevens wil ik een addendum toevoegen met 2 vragenprotocols voor semi-gestructureerde interviews. (bijlage 3 en 4)

Hopend op uw goedkeuring,

Vriendelijke groeten,

akkoord met deze vraag

30/9/2015

D. AVONTS

Lien Bontinck
Huisarts in opleiding

29-9-2015

Aangevraagd in overleg met Hoofdpromotor Prof. Dirk Avonts:

Bijlage 3: Oorspronkelijke goedkeuring

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0363	28-mei-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
SAMEN AAN HET WERK!
Naar een productieve samenwerking tussen huisarts, controlearts en patiënt - MAnaMA Lien Bontinck

Belgisch Registratienummer: B670201420769

* Antwoord onderzoekers ontv. 26/05/2014 op opmerkingen EC dd. 07/04/2014
* Adviesaanvraagformulier dd. 21/05/2014
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
  - Focusgroepen - artsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - Enquête - artsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - Enquête - patiënten (versie 2, dd. 22/04/2014)
* Diverse
  - Voorbeeldstellingen focusgroepen - huisartsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - Voorbeeldstellingen focusgroepen - controleartsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
* Vragenlijsten
  - huisartsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - controleartsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - patiënten (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - demografische vragenlijst focusgroep - artsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - demografische vragenlijst enquête - artsen (versie 2, dd. 22/04/2014)
  - demografische vragenlijst enquête - patiënten (versie 2, dd. 22/04/2014)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 27/05/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/05/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 27/05/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/05/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/06/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/06/2014

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be

./.

Bijlage 4: Goedkeuring Amendement

Universitair Ziekenhuis Gent

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys

Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2014/0360	02-nov-15	Zie "CC"

BETREFT

Advies Amendement voor studie met als titel:
SAMEN AAN HET WERK!
Naar een productieve samenwerking tussen huisarts, controlearts en patiënt - MAnaMA Lien Bontinck

Belgisch Registratienummer: B670201430769
Fase (Phase): NVT/NA

Geachte collega,

Wij ontvingen uw aanvraag op 8/10/2015 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie. Het betreft:

- Amendement
  aanvraag verlenging studie
- Vragenlijst
  toevoegen van 2 vragenprotocols:
  - Huisarts
  - controlearts

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité 16/10/2015.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 20/10/2015.
Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.

Indien de informatie in dit (deze) document(en) relevant is voor de deelnemer aan het onderzoek dient het in die zin opgenomen te worden in een nieuw informatie en - toestemmingsformulier. Is dit geval en zo wij hiervan nog niet in het bezit zijn, kregen wij hiervan graag een kopie.

Met collegiale groeten,

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter EC Gent

cc. FAGG - Research & Development: Victor Horlaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Ann Haenebalcke
09/332 22 66

Bijlage 5: Vragenprotocol Controleartsen

Vragenprotocol Controleartsen

Opening

Voorstelling onderzoeker + vragen invullen demografische vragenlijst

Schets opzet onderzoek + geschatte tijdsduur interview

Kort overzicht beroepscarrière arts

Inleiding

Waar denkt u aan bij het begrip “arbeidsongeschiktheid”?

Waar denkt u aan bij het begrip “huisarts”?

We gaan nu een paar thema’s bespreken. Het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen ervaringen en opinies.

Thema 1: Systeem arbeidsongeschiktheid in België

1. Wat weet u over het systeem van controle op arbeidsongeschiktheid in België?
    - Het systeem van controle op arbeidsongeschiktheid in België is perfect.
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - De wettelijke bevoegdheden van de controlearts zijn duidelijk omschreven
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Huisartsen hebben een goed beeld van de wettelijke bevoegdheden van de controlearts
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Controleartsen kunnen hun taak in alle onafhankelijkheid uitvoeren
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
2. Hoe voelt u zich bij het systeem van controle op arbeidsongeschiktheid in België?
3. Wie is volgens u best geplaatst om arbeidsongeschiktheid te beoordelen?
    - Huisartsen/Controleartsen zijn het meest aangewezen om arbeidsongeschiktheid te beoordelen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Huisartsen/Controleartsen zijn goed opgeleid om arbeidsongeschiktheid te beoordelen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
4. Wat zijn positieve aspecten van controle door de controlearts?
5. Wat zijn negatieve aspecten van controle door de controlearts?
    - Controleartsen zijn nodig om onterecht ziekteverzuim op te sporen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
6. Hoe voelt u zich bij het feit dat u de door de huisarts voorgeschreven arbeidsongeschiktheid controleert?
7. Wat zou voor u de ideale manier zijn om arbeidsongeschiktheid te regelen?

8. Hoe zou u de “verminderde bekwaamheid om te werken op bepaalde dagen” oplossen?
    - Thuis blijven?
    - Deeltijds werk?
    - Aangepast werk?
9. Indien er een systeem zou bestaan waarbij de patiënt zelf kan beslissen over kortdurende arbeidsongeschiktheid, hoeveel dagen vindt u dan verantwoord?
10. Hoe zou u de controle op arbeidsongeschiktheid organiseren?
11. Wat denkt u over de integratie van de controlefunctie op arbeidsongeschiktheid in het takenpakket van de bedrijfsarts?
12. Ziet u in de toekomst mogelijkheden in deze richting?

<u>Thema 2: Voorschrijven arbeidsongeschiktheid – eigen taken</u>

1. Waar let u op bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid?
    - Bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid houd ik niet enkel rekening met de medische diagnose, maar ook met het beroep van de patiënt
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid houd ik ook rekening met de sociale context van de patiënt
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik denk dat huisartsen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid rekening houden met een mogelijke controle door de controlearts
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik heb het vaak moeilijk om door de patiënt gevraagde arbeidsongeschiktheid te weigeren
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik denkt dat huisartsen op mij rekenen als “stok achter de deur” als ze het niet volledig eens zijn met de door de patiënt gevraagde arbeidsongeschiktheid
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Huisartsen zijn te ruim in het bepalen van arbeidsongeschiktheid.
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
2. Hoe denkt u dat patiënten door de huisarts voorbereid worden op een eventuele controle?
3. Heeft de combinatie van uw taken als controlearts EN huisarts invloed op uw beoordeling van arbeidsongeschiktheid als huisarts/controlearts?

<u>Thema 3: Interactie huisarts – controlearts</u>

1. Welke contacten bestaan er op beroepsniveau tussen huisartsen en controleartsen in uw regio?
2. Hoe communiceert u met huisartsen?
3. Hoe verloopt de communicatie met huisartsen in uw regio?
    - Huisartsen in mijn regio zijn voldoende bereikbaar voor telefonisch overleg
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
4. Hoe tevreden bent u over de communicatie met huisartsen in uw regio?
5. Welke ervaringen heeft u met de interactie met huisartsen?
6. Wat verwacht u van de huisarts?
7. Wat denkt u dat de huisarts van u verwacht?

8. Hoe is uw persoonlijke verstandhouding met de huisartsen in uw regio?
9. Hoe gaan huisartsen om met uw beslissingen als die niet stroken met hun beleid?
    - Ik denk dat huisartsen zich bekritiseerd voelen in hun beleid indien ik het niet eens ben met de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
10. Vul aan: “In geval van een conflict met een huisarts zou ik…”
11. Hoe is de reactie van patiënten als u de arbeidsongeschiktheid niet goedkeurt?

<u>Besluitende vragen</u>

We bespraken een aantal zaken vandaag, wat is voor u daarvan de belangrijkste?

Samenvatting van het gesprek + toetsing correctheid

Zijn er nog dingen die u wil vertellen over bepaalde topics die aan bod kwamen?

Zijn er nog dingen die u wil vertellen over dit onderwerp in het algemeen?

Bijlage 6: Vragenprotocol Huisartsen

Vragenprotocol Huisartsen

Opening

Voorstelling onderzoeker + vragen invullen demografische vragenlijst

Schets opzet onderzoek + geschatte tijdsduur interview

Kort overzicht beroepscarrière arts

Inleiding

Waar denkt u aan bij het begrip “arbeidsongeschiktheid”?

Waar denkt u aan bij het begrip “controlearts”?

We gaan nu een paar thema’s bespreken. Het is belangrijk dat u antwoordt vanuit uw eigen ervaringen en opinies.

Thema 1: Systeem arbeidsongeschiktheid in België

13. Wat weet u over het systeem van controle op arbeidsongeschiktheid?
    - Het systeem van controle op arbeidsongeschiktheid in België is perfect.
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - De wettelijke bevoegdheden van de controlearts zijn duidelijk omschreven
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik heb een goed beeld van de wettelijke bevoegdheden van de controlearts
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Controleartsen kunnen hun taak in alle onafhankelijkheid uitvoeren
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
14. Hoe voelt u zich bij de controle op arbeidsongeschiktheid in België?
15. Wie is volgens u best geplaatst om arbeidsongeschiktheid te beoordelen?
    - Huisartsen/Controleartsen zijn het meest aangewezen om arbeidsongeschiktheid te beoordelen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Huisartsen/Controleartsen zijn goed opgeleid om arbeidsongeschiktheid te beoordelen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
16. Wat zijn positieve aspecten van controle door de controlearts?
17. Wat zijn negatieve aspecten van controle door de controlearts?
    - Controleartsen zijn nodig om onterecht ziekteverzuim op te sporen
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
18. Hoe voelt u zich bij het feit dat iemand de door u voorgeschreven arbeidsongeschiktheid controleert?
19. Wat zou voor u de ideale manier zijn om arbeidsongeschiktheid te regelen?

20. Hoe zou u de “verminderde bekwaamheid om te werken op bepaalde dagen” oplossen?
    - Thuis blijven?
    - Deeltijds werk?
    - Aangepast werk?
21. Indien er een systeem zou bestaan waarbij de patiënt zelf kan beslissen over kortdurende arbeidsongeschikthei, hoeveel dagen vindt u dan verantwoord?
22. Hoe zou u de controle op arbeidsongeschiktheid organiseren?
23. Wat denkt u over de integratie van de controlefunctie op arbeidsongeschiktheid in het takenpakket van de bedrijfsarts?
24. Ziet u in de toekomst mogelijkheden in deze richting?

<u>Thema 2: Voorschrijven arbeidsongeschiktheid – eigen taken</u>

4. Waar let u op bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid?
    - Bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid houd ik niet rekening met de medische diagnose, maar ook met het beroep van de patiënt
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid houd ik ook rekening met de sociale context van de patiënt
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik houd bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid rekening met een mogelijke controle door de controlearts
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik heb het vaak moeilijk om door de patiënt gevraagde arbeidsongeschiktheid te weigeren
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Ik reken op de controlearts als “stok achter de deur” als ik het niet volledig eens ben met de door de patiënt gevraagde arbeidsongeschiktheid.
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
    - Controleartsen zijn te streng in het bepalen van AO.
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
5. Hoe bereidt u patiënten voor op een eventuele controle?

<u>Thema 3: Interactie huisarts – controlearts</u>

12. Welke contacten bestaan er op beroepsniveau tussen huisartsen en controleartsen in uw regio?
13. Hoe communiceert u met controleartsen?
14. Hoe verloopt de communicatie met controleartsen in uw regio?
    - Controle artsen in mijn regio zijn voldoende bereikbaar voor telefonisch overleg
        - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
        - *Waarom deze score?*
15. Hoe tevreden bent u over de communicatie met controleartsen in uw regio?
16. Welke ervaringen heeft u met de interactie met controleartsen?
17. Wat verwacht u van de controlearts?
18. Wat denkt u dat de controlearts van u verwacht?
19. Hoe is uw persoonlijke verstandhouding met de controleartsen in uw regio?
20. Hoe ga je om met beslissingen van de controlearts die niet stroken met je eigen beleid?

- Ik voel me bekritiseerd in mijn beleid indien de controlearts het niet eens is met de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid
  - *Helemaal eens = 10, helemaal oneens=0*
  - *Waarom deze score?*

21. Vul aan: “In geval van een conflict met een controlearts zou ik…”
22. Hoe is de reactie van patiënten als de controlearts de arbeidsongeschiktheid niet goedkeurt?

<u>Besluitende vragen</u>

We bespraken een aantal zaken vandaag, wat is voor u daarvan de belangrijkste?

Samenvatting van het gesprek + toetsing correctheid

Zijn er nog dingen die u wil vertellen over bepaalde topics die aan bod kwamen?

Zijn er nog dingen die u wil vertellen over dit onderwerp in het algemeen?