# Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: Een kwaliteitsverbeterend project.

Smetryns Delphine, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: Een kwaliteitsverbeterend project.

Smetryns Delphine, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Voorwoord

In dit voorwoord wil ik graag enkele mensen bedanken die me afgelopen periode hebben bijgestaan tijdens het schrijven van deze masterproef.

Ik wil graag mijn promotor Prof. Dr. Dirk Avonts bedanken voor zijn aanmoedigingen en feedback tijdens het hele traject van mijn scriptie.

Ook wil ik mijn praktijkopleider Annelies Peeters bedanken voor de medewerking bij het verzamelen van patiëntengegevens en de continue steun tijdens mijn tweede HAIO–jaar. Ik wil al mijn collega's uit het WGC De Sleep bedanken om het afgelopen jaar zo leerrijk en leuk te hebben gemaakt.

Ik wil graag mijn broer Pierre–André bedanken voor zijn hulp en inzicht bij de statistische verwerking van mijn resultaten.

Ten slotte wil ik mijn echtgenoot Paul en mijn zoontje Nathan bedanken voor alle hulp en steun dat ze me hebben gegeven de laatste jaren en omdat ze altijd voor me klaar staan met een grote glimlach.

# Abstract

**IMPLEMENTATIE VAN EEN PRAKTIJKRICHTLIJN OVER ARBEIDSONGESCHIKTHEID BIJ COURANTE PATHOLOGIEËN: EEN KWALITEITSVERBETEREND PROJECT.**

Haio: Delphine SMETRYNS (Universiteit Gent)
Promotor Prof. Dr. Dirk AVONTS (Universiteit Gent)
Praktijkopleiders: Dr. Annelies PEETERS, Dr. Mark DE MAESSCHALCK
Contactgegevens: smetrynsdelphine@hotmail.com; dasmetry.smetryns@ugent.be

**Context**

Het schrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten is een dagdagelijkse taak van de huisarts en toch ondervinden huisartsen regelmatig problemen en moeilijkheden bij het oordelen over arbeidsongeschiktheid en de ideale duur ervan. Bovendien ontbreken diagnosespecifieke richtlijnen over arbeidsongeschiktheid en laat dit thema veel ruimte tot kwaliteitsverbetering.

**Onderzoeksvraag**

Het doel van dit praktijkverbeterend project is om te zien of het toepassen van een diagnosespecifieke richtlijn aangaande arbeidsongeschiktheidsduur een meerwaarde kan bieden in de praktijk.

**Methode**

In de literatuur werd informatie gezocht via PubMed, de websites van het RIZIV, de sociale zekerheid, de Belgische overheid en de FOD over arbeidsongeschiktheid en moeilijkheden die de huisarts daarbij ervaart, richtlijnen, regelgeving en epidemiologie in België. Het onderzoek vond plaats in een Wijkgezondheidscentrum in Gent van maart 2015 tot en met januari 2016. Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid per pathologie dat werd voorgeschreven in de praktijk werd vergeleken met de praktijkrichtlijn opgesteld door Evelyne Uyttersprot in het kader van haar masterproef in 2013. Een aangepaste richtlijn werd toegepast door 2 artsen uit de praktijk waarbij gegevens van de 60 deelnemende patiënten geregistreerd werden via gekoppelde vragenlijsten. Daarbij werd o.a. gekeken of er vaak werd afgeweken van de richtlijn en welke de beïnvloedende factoren daarbij waren. Via telefonische interviews werd van een steekproef de tevredenheid van de patiënten nagegaan en of de arbeidsongeschiktheidsduur correct werd ingeschat.

**Resultaten**

In de aangepaste richtlijn is de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur voor de werkdiagnose 'orthopedische/traumatologische/reumatologische problematiek' 3,5 dagen, voor de werkdiagnose 'luchtwegen problematiek' 2,5 dagen en voor de werkdiagnose 'gastro–intestinale problematiek' 2 dagen. Voor deze drie werkdiagnoses werd in 25 (50%) gevallen de nieuwe richtlijn gevolgd. In 14 (28%) gevallen werd een langer en in 11 (22%) gevallen een korter ziekteattest geschreven. Van de 37 patiënten die telefonisch gecontacteerd werden, bleek 57% tevreden met de voorgeschreven duur, 5% vond het te lang en 38% te kort. In 81% van de gevallen werd de duur van arbeidsongeschiktheid gerespecteerd. In 5% van de gevallen werd het werk sneller hervat en voor 14% was een verlenging nodig. Voor de werkdiagnoses 'luchtwegen' en 'gastro–intestinale' gaf de nieuwe richtlijn een correcte duur voor deze praktijk. Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' werd er vaak afgeweken van de richtlijn, was de spreiding groot en bleek frequent een verlenging nodig waardoor de duur voor deze werkdiagnose best nog aanpast wordt vooraleer deze te implementeren in de praktijk.

**Conclusies**

Men kan besluiten dat een diagnosespecifieke richtlijn rond arbeidsongeschiktheidsduur kan bijdragen tot een zekere uniformiteit in de praktijk en bepaalde problemen die huisartsen ondervinden kan helpen voorkomen. Een diagnosespecifieke richtlijn rond arbeidsongeschiktheidsduur mag niet blindelings gevolgd worden: patiëntgebonden, werkgebonden en medische factoren kunnen een rol spelen bij het afwijken ervan. Om een betere inschatting te maken van de arbeidsongeschiktheidsduur lijkt het idealer om een richtlijn per pathologie op te stellen eerder dan per werkdiagnose.

**ICPC–code:** Z05 probleem met werksituatie.

# Inhoudstafel

Voorwoord ..... IV
Abstract ..... V
Inhoudstafel ..... VI
Figurenlijst ..... VIII
Tabellenlijst ..... IX
Afkortingen ..... X
1 Inleiding ..... 1
1.1 Keuze van het onderwerp en relevantie voor de huisarts ..... 1
1.2 Stand van de literatuur ..... 1
1.3 Kernproblemen en doelstelling van dit project ..... 2
2 Methode ..... 3
2.1 Methode literatuurstudie ..... 3
2.2 Methode onderzoeksproject ..... 4
2.2.1 Algemeen ..... 4
2.2.2 Stap 1: Analyse huidige situatie ..... 4
2.2.3 Stap 2: Aangepaste praktijkrichtlijn ..... 4
2.2.4 Stap 3: Toepassing nieuwe richtlijn ..... 4
2.2.5 Stap 4: Telefonisch contact ..... 5
2.2.6 Verwerking gegevens ..... 5
2.2.7 Ethisch comité ..... 5
3 Literatuurstudie ..... 7
3.1 Regelgeving arbeidsongeschiktheid in België ..... 7
3.2 Situatie arbeidsongeschiktheid in België ..... 7
3.2.1 Algemeen ..... 7
3.2.2 Cijfers rond kortdurende arbeidsongeschiktheid ..... 8
3.2.3 Cijfers rond primaire arbeidsongeschiktheid ..... 8
3.2.4 Cijfers rond invaliditeit ..... 9
3.3 De huisarts en arbeidsongeschiktheid ..... 9
3.3.1 Dagdagelijkse taak ..... 9
3.3.2 Beïnvloedende factoren arbeidsongeschiktheidsduur ..... 10
3.3.3 Problemen en moeilijkheden bij het attesteren ..... 11
3.3.4 Diagnosespecifieke richtlijnen voor de toekomst ..... 11
4 Resultaten onderzoeksproject ..... 12
4.1 Algemeen ..... 12

4.2 Stap 1: Analyse huidige situatie ..... 12
4.3 Stap 2: Aangepaste praktijkrichtlijn ..... 13
4.4 Stap 3: Toepassing nieuwe richtlijn ..... 14
4.4.1 Analyse van de onderzoekspopulatie ..... 14
4.4.2 Analyse van de arbeidsongeschiktheidsduur ..... 17
4.4.3 Afwijken nieuwe richtlijn ..... 21
4.5 Stap 4: Telefonisch contact ..... 24
4.5.1 Tevredenheid duur arbeidsongeschiktheid ..... 25
4.5.2 Correcte inschatting duur arbeidsongeschiktheid ..... 27
4.5.3 Tevredenheid in functie van werkhervatting ..... 27
4.5.4 Redenen ontevredenheid arbeidsongeschiktheidsduur ..... 28
4.5.5 Tevredenheid in functie van werkhervatting voor de specifieke werkdiagnoses ..... 28
5 Discussie ..... 33
5.1 Interpretaties onderzoeksproject ..... 33
5.1.1 Kenmerken onderzoekspopulatie. ..... 33
5.1.2 Beïnvloedende factoren op de arbeidsongeschiktheidsduur ..... 33
5.1.3 Afwijken van de richtlijn ..... 34
5.1.4 Tevredenheid en correcte inschatting van de duur ..... 35
5.1.5 Analyse richtlijn arbeidsongeschiktheidsduur per werkdiagnose ..... 35
5.2 Sterktes en zwaktes onderzoeksproject ..... 37
5.3 Planning van de Implementatie en Evaluatie nieuwe richtlijn ..... 38
6 Besluit ..... 39
7 Referenties ..... 40
8 Bijlagen ..... 42
8.1 Bijlage 1: 'Toestemmingsformulier arts' ..... 42
8.2 Bijlage 2: 'Informatieformulier patiënt' ..... 43
8.3 Bijlage 3: 'Toestemmingsformulier patiënt' ..... 44
8.4 Bijlage 4: 'Registratieformulier artsen' ..... 45
8.5 Bijlage 5: 'Goedgekeurd protocol' ..... 47
8.6 Bijlage 6: 'Gunstig advies Ethisch Comité ..... 48

# Figurenlijst

Figuur 1: Analyse huidige situatie: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose....13
Figuur 2: Verdeling onderzoekspopulatie volgens werkdiagnose....14
Figuur 3: Verdeling onderzoekspopulatie volgens geslacht....15
Figuur 4: Verdeling onderzoekspopulatie volgens leeftijd....15
Figuur 5: Verdeling onderzoekspopulatie volgens dag van de week....16
Figuur 6: Verdeling onderzoekspopulatie volgens opleiding. (links)....16
Figuur 7: Verdeling onderzoekspopulatie volgens werksituatie. (rechts)....16
Figuur 8: Verdeling onderzoekspopulatie volgens eerste attest versus verlenging....17
Figuur 9: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose....18
Figuur 10: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en geslacht....18
Figuur 11: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en leeftijd....19
Figuur 12: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en dag van de week....20
Figuur 13: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en opleiding....20
Figuur 14: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en werk....21
Figuur 15: Toepassing nieuwe richtlijn – Afwijken van vooropgestelde duur....22
Figuur 16: Telefonische gesprekken – volledige steekproef....24
Figuur 17: Tevredenheid duur – volledige steekproef....25
Figuur 18: Tevredenheid in functie van geslacht....25
Figuur 19: Tevredenheid in functie van leeftijd....26
Figuur 20: Tevredenheid in functie van werk....26
Figuur 21: Correcte inschatting arbeidsongeschiktheidsduur – volledige steekproef....27
Figuur 22: Te weinig dagen – hervatting werk – volledige steekproef....27
Figuur 23: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur....28
Figuur 24: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk....29
Figuur 25: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn....29
Figuur 26: Werkdiagnose Gastro–Intestinale – Tevredenheid duur....30
Figuur 27: Werkdiagnose Gastro–Intestinale – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk....30
Figuur 28: Werkdiagnose Gastro–Intestinale – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn....31
Figuur 29: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur....31
Figuur 30: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk....32
Figuur 31: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn....32

# Tabellenlijst

Tabel 1: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn. ..... 22
Tabel 2: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn – werkdiagnose: Gastro–intestinale. ..... 23
Tabel 3: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn – werkdiagnose: Ortho/Traumato/Reumato. ..... 24

# Afkortingen

| | |
|---|---|
| ASO | Algemeen secundair onderwijs |
| BI | Betrouwbaarheidsinterval |
| BSO | Beroeps secundair onderwijs |
| FOD | Federale overheidsdienst |
| 'Gastro–intestinale' | Gastro–intestinale problematiek |
| GCP | Goede klinische praktijk |
| HAIO | Huisarts–in–opleiding |
| HS | Hogeschool |
| ICH | Internationale Conferentie inzake Harmonisatie |
| 'Luchtwegen' | Luchtwegen problematiek |
| M | Man |
| n | Populatiegrootte of steekproefgrootte |
| 'Neuro' | Neurologische problematiek |
| 'Ortho/traumato/reumato' | Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek |
| 'Psychische' | Psychische problematiek |
| RIZIV | Rijksinstituut voor ziekte– en invaliditeitsverzekering |
| TSO | Technisch secundair onderwijs |
| V | Vrouw |

# 1 Inleiding

## 1.1 Keuze van het onderwerp en relevantie voor de huisarts

Het thema arbeidsongeschiktheid boeit mij reeds lange tijd. Tijdens mijn eerste stage in de huisartsgeneeskunde werd ik onmiddellijk geconfronteerd met de vraag of het mogelijk was een 'briefje voor het werk' te krijgen. De twijfel begon: hoeveel dagen precies zou deze patiënt niet in staat zijn om te werken? Tijdens onze zeven–jaren opleiding was de duur van arbeidsongeschiktheid voor welbepaalde diagnoses nooit aan bod gekomen. De huisartsen bij wie ik stage liep, gingen elk ook anders om met het aantal dagen arbeidsongeschiktheid dat ze voorschreven: de ene zou voor een banale verkoudheid de rest van de week thuis schrijven, terwijl de andere veel zuiniger was met het aantal dagen. Tijdens de huisartsenstages werd dit onderwerp meermaals besproken, waarbij de artsen zelf ook geen eenduidig antwoord konden geven waarom ze voor die duur van arbeidsongeschiktheid hadden gekozen.

De literatuur beschrijft dat het vaak de huisarts is die verantwoordelijk is voor het verstrekken van ziekteattesten. De huisarts dient een inschatting te maken van het gezondheidsprobleem van zijn patiënt rekening houdend met de vereisten van zijn werk. De huisarts moet bij deze attestering tegelijkertijd verschillende rollen vervullen: enerzijds is hij verantwoordelijk voor een laagdrempelige zorg, anderzijds moet hij ook optreden als bewaker van het sociaal verzekeringssysteem. Als huisarts is het ook belangrijk rekening te houden met de vertrouwensrelatie die je hebt opgebouwd met je patiënt. Bovendien heeft de patiënt zelf bepaalde ideeën en verwachtingen omtrent de arbeidsongeschiktheidsduur. Het is voor de arts niet eenvoudig de duur te bepalen aangezien er geen eenduidige evidentie rond bestaat.[1–8] In mijn eerste jaar huisarts–in–opleiding (HAIO) stond ik dagelijks voor deze moeilijkheid.

Wegens een gebrek aan richtlijnen rond arbeidsongeschiktheid en dat dit thema veel ruimte laat tot kwaliteitsverbetering in mijn huidige praktijk, besloot ik dit onderwerp te kiezen voor mijn masterproef.

## 1.2 Stand van de literatuur

Ondanks dat het voorschrijven van ziekteattesten een dagdagelijkse taak is van de huisarts, is er algemeen in de literatuur nog steeds geen gouden standaard gevonden in het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid. Het bepalen van de ideale duur wordt door vele artsen als een moeilijke taak ervaren.[7–12]

In België ontbreken diagnosespecifieke richtlijnen voor het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid.

## 1.3 Kernproblemen en doelstelling van dit project

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid bepalen bij courante pathologieën is niet altijd evident omdat er geen richtlijn bestaat in onze praktijk. Het doel van dit praktijkverbeterend project is om te zien of het toepassen van een praktijkrichtlijn een meerwaarde kan bieden in onze praktijk.

Met deze masterproef wordt een antwoord gezocht op volgende vragen:

- Hoelang wordt er momenteel arbeidsongeschiktheid voorgeschreven bij courante pathologieën?
- Wat zijn de mogelijke problemen/voordelen bij het toepassen van de aangepaste praktijkrichtlijn?
- Hoe tevreden zijn de patiënten na het toepassen van de praktijkrichtlijn?
- Werd de duur van arbeidsongeschiktheid correct ingeschat?

# 2 Methode

## 2.1 Methode literatuurstudie

In de literatuur werd informatie gezocht over volgende vragen:

- Hoe zit de algemene regelgeving rond arbeidsongeschiktheid in België in mekaar?
- Zijn er epidemiologische cijfers gekend rond kortdurende arbeidsongeschiktheid in België?
- Wat is de rol van de huisarts en wat zijn moeilijkheden/problemen die huisartsen ervaren bij het schrijven van ziekteattesten?
- Is er in de literatuur iets gekend over factoren die een invloed hebben op het bepalen van de duur van arbeidsongeschiktheid?
- Zijn er richtlijnen/standaarden rond arbeidsongeschiktheidsduur?

In PubMed werd gezocht naar relevante artikels rond de rol van de huisarts, de moeilijkheden die de huisarts ervaart en of er reeds richtlijnen/standaarden bestaan rond de arbeidsongeschiktheidsduur. Via de volgende zoektermen werd in de titels van de artikels gezocht: 'sick leave', 'sickness certification', 'primary care', 'general practice', 'general practioner'. Enkel de artikels gepubliceerd in de laatste 10 jaar en de Nederlandstalige en Engelstalige artikels werden bekeken. Aan de hand van de titel en het abstract werd beslist of het artikel relevant leek. Volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: de volledige tekst moest beschikbaar zijn en het moest betrekking hebben op de huisarts of de eerstelijnsgezondheidszorg. Artikels werden geëxcludeerd als ze inhoudelijk geen betrekking hebben op moeilijkheden bij het schrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten of op richtlijnen rond arbeidsongeschiktheidsduur. De referenties werden nagekeken om op die manier ook relevante artikels te vinden voor de literatuurstudie. Bij deze zoekactie werden uiteindelijk een 10–tal artikels weerhouden.

Via de website van het RIZIV, via de portaal van sociale zekerheid en via de algemene website van de Belgische overheid en de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg werd ook gezocht naar informatie over de algemene regelgeving en epidemiologische cijfers rond arbeidsongeschiktheid in België. Hier werden volgende zoektermen gebruikt: 'arbeidsongeschiktheid', 'ziekteverzuim' en 'absenteïsme'. Op de website van Securex werd eveneens een artikel gevonden over absenteïsmecijfers in België.

In 2011–2013 heeft Evelyne Uyttersprot een praktijkrichtlijn opgesteld in verband met arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën in het kader van haar masterproef huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Gent. Deze masterproef is een vervolg op haar studie vandaar dat er ook naar haar studie zal verwezen worden.

## 2.2 Methode onderzoeksproject

### 2.2.1 Algemeen

Het onderzoeksproject vond plaats in een wijkgezondheidscentrum in Gent. De registraties nodig voor dit onderzoek gebeurden in de periode van maart 2015 tot en met januari 2016.

De onderzoeksgroep betreft alle werkende en werkzoekende patiënten tussen de 18 en 65 jaar die een periode van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven kregen omwille van courante pathologieën. Onder courante pathologieën wordt verstaan: burn–out, depressie, rugpijn, tendinitis, jicht, trauma, hoofdpijn, bovenste luchtweginfectie, onderste luchtweginfectie, griep, allergie en buikgriep. Deze pathologieën werden geselecteerd omdat patiënten hiervoor frequent op consultatie komen en dit vaak de reden is tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Enkel arbeidsongeschiktheden die korter waren dan één maand werden in dit onderzoek geïncludeerd.

Het betreft een prospectief observationeel onderzoek waarbij patiëntengegevens werden verzameld die klinisch standaard gegeven zijn, vragenlijsten werden ingevuld en korte telefonisch interviews werden afgenomen.

### 2.2.2 Stap 1: Analyse huidige situatie

In een eerste stap werd de huidige situatie geanalyseerd: hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid wordt er momenteel voorgeschreven in deze praktijk? Gedurende twee maanden werd het aantal dagen arbeidsongeschiktheid per pathologie opgeschreven. Deze informatie werd reeds systematisch in het elektronisch patiëntendossier genoteerd.

### 2.2.3 Stap 2: Aangepaste praktijkrichtlijn

In een tweede stap werd de praktijkrichtlijn, opgesteld in 2013 door Evelyne Uyttersprot in het kader van haar masterproef huisartsgeneeskunde, vergeleken met de gegevens bekomen tijdens de analyse van de eerste stap. De praktijkrichtlijn werd aangepast zodanig dat deze toepasbaar is in de huidige praktijk.

### 2.2.4 Stap 3: Toepassing nieuwe richtlijn

Een derde stap omvatte het toepassen van deze 'nieuwe' richtlijn in de praktijk. Dit werd gedaan van mei 2015 tot en met januari 2016. De twee praktijkopleiders uit dit wijkgezondheidscentrum werden erbij betrokken door ze ruimschoots te informeren over dit kwaliteitsverbeterend project met de bedoeling dat deze collega's mee hielpen om gegevens te verzamelen. Er werd hen gevraagd een toestemmingsformulier te ondertekenen (zie bijlage 1 'toestemmingsformulier arts'). Uiteindelijk heeft slechts één van de twee praktijkopleiders meegeholpen waardoor er in totaal twee artsen (praktijkopleider en HAIO) hebben deelgenomen aan dit project.

De eerste patiënt van de voormiddag en de eerste patiënt van de namiddag die voldeden aan de vooropgestelde criteria werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Aan deze patiënten werden door de arts zowel mondeling als schriftelijk de toestemming gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek. De patiënt ontving een informatieblad (zie bijlage 2 'informatieformulier patiënt') en werd gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen (zie bijlage 3 'toestemmingsformulier patiënt').

Vervolgens werden de gegevens geregistreerd aan de hand van een korte vragenlijst die door de arts ingevuld werd (zie bijlage 4 'registratieformulier artsen'). Gegevens werden verzameld over leeftijd, geslacht, duur van de arbeidsongeschiktheid, dag van de week waarop de consultatie plaatsvond, opleiding en beroep van de patiënt, pathologie en andere beslissingselementen. De beslissingselementen zijn factoren die ervoor kunnen zorgen dat er al dan niet werd afgeweken van de richtlijn (zie bijlage 4). De gegevens worden in het elektronisch medisch dossier van de patiënt terug gevonden en worden als routine genoteerd in het patiëntendossier.

### 2.2.5 Stap 4: Telefonisch contact

In de vierde stap werd er een steekproef genomen. Willekeurig werden ongeveer 1 op de 2 deelnemende patiënten telefonisch gecontacteerd. Dit gebeurde ongeveer veertien dagen nadat ze op consultatie kwamen. De bevraging van de steekproef bestond eruit om de tevredenheid van de patiënt na te gaan met betrekking tot de duur van de arbeidsongeschiktheid en of de duur van de arbeidsongeschiktheid correct werd ingeschat (zie bijlage 4). De informatie bekomen uit de steekproef werd teruggekoppeld aan het registratieformulier.

### 2.2.6 Verwerking gegevens

De verzamelde gegevens werden ingebracht in Excel, geanalyseerd en vervolgens statistisch verwerkt.

### 2.2.7 Ethisch comité

Elke deelname aan dit onderzoek gebeurde op vrijwillige basis nadat de patiënt zowel schriftelijk als mondeling goed geïnformeerd werd door de behandelende arts. Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier bevestigde de patiënt dat hij het doel van het onderzoek heeft begrepen en stemde hij er mee in dat zijn persoonlijke en klinische gegevens die tijdens dit onderzoek werden verzameld vertrouwelijk zullen behandeld en verwerkt worden. De patiënt ging eveneens akkoord om mogelijks later telefonisch gecontacteerd te worden voor bijkomende vragen. Deze informatie werd gekoppeld aan de registratieformulieren en eveneens confidentieel verwerkt.

Hierbij werden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH–GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de

Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).

Dit onderzoek werd door het ethisch comité van het UZ Gent goedgekeurd (zie bijlage 5 'Goedgekeurd protocol' en bijlage 6 'Gunstig advies Ethisch comité').

# 3 Literatuurstudie

## 3.1 Regelgeving arbeidsongeschiktheid in België

Met arbeidsongeschiktheid bedoelt men de onmogelijkheid voor de werknemer om zijn werk uit te voeren ten gevolge van ziekte of ongeval. Hierdoor wordt de arbeidsovereenkomst geschorst.[13–15] In België is een werknemer die omwille van gezondheidsredenen niet in staat is om zijn werk te verrichten, verplicht zijn werkgever hiervan onmiddellijk op de hoogte te brengen, de werkgever binnen de voorziene termijn een medisch attest te bezorgen en zich indien nodig te onderwerpen aan het onderzoek van een controlearts.[14–16]

Het medisch attest dient de arbeidsongeschiktheid te melden, de waarschijnlijke duur ervan en of de werknemer, met het oog op een eventuele controle, zich mag verplaatsen.[14]

In de eerste periode van arbeidsongeschiktheid betaalt de werkgever het loon. Dit noemt men het gewaarborgd inkomen. Bedienden hebben gedurende de eerste 30 dagen arbeidsongeschiktheid recht op een gewaarborgd loon. Arbeiders hebben gedurende de eerste 7 dagen recht op een gewaarborgd loon. De volgende drie weken hebben ze recht op een percentage van hun loon.[13–14,16]

Indien de arbeidsongeschiktheid langer aanhoudt, moet de werknemer de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds op de hoogte brengen met een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid ingevuld door zijn behandelende arts. Bedienden dienen dit in binnen de 28 dagen en arbeiders binnen de 14 dagen na de start van hun arbeidsongeschiktheid.[14] De werknemer wordt vergoed door de ziekteverzekering. Deze vergoeding noemt men het vervangingsinkomen en is gelijk aan 60% van zijn laatste brutoloon.[15–17] De werknemer kan onderworpen worden aan een onderzoek door de adviserend geneesheer van de mutualiteit.[18]

Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid noemt men de periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid spreekt men van invaliditeit.[18]

## 3.2 Situatie arbeidsongeschiktheid in België

### 3.2.1 Algemeen

Op internationaal vlak wordt arbeidsongeschiktheid beschouwd als een belangrijk probleem voor de sociale zekerheid. Het aantal arbeidsongeschikte werknemers stijgt in veel geïndustrialiseerde landen, waaronder België. Algemeen wordt er zowel een stijging gezien voor primaire arbeidsongeschiktheid als voor invaliditeit.[19]

### 3.2.2 Cijfers rond kortdurende arbeidsongeschiktheid

Uit de studie rond absenteïsme in 2014 van Securex bleek er een sterke daling van de frequentie van ziektemeldingen te zijn maar de gemiddelde duur van de afwezigheden namen toe. In 2014 was dit gemiddeld 15,35 werkdagen. Het ziektepercentage voor kortdurende arbeidsongeschiktheid bleef stabiel in 2014 en was 2,04%. Met het kortdurend ziektepercentage wordt het gemiddeld aantal werknemers per dag bedoelt die sinds minder dan één maand afwezig zijn. Er was wel een significante stijging te zien van het middellange ziektepercentage (van 1 maand tot 1 jaar afwezig).[20]

Als hypotheses voor de sterke daling in het aantal ziektemeldingen worden onder andere volgende oorzaken vermeld: minder intensieve griepepidemie, meer thuiswerk en stijgend presenteïsme omwille van jobonzekerheid, tijdelijke contracten en hoge werkdruk. Securex vermeldt ook dat overmatig presenteïsme het risico op langdurig absenteïsme verhoogt.[20]

Bij bedienden viel in 2013 47,8% van alle afwezigheidsdagen door ziekte of privéongeval in de eerste maand van elke afwezigheidsperiode. Bij arbeiders viel 33,8% van alle afwezigheidsdagen in de eerste maand.[20]

### 3.2.3 Cijfers rond primaire arbeidsongeschiktheid

Uit de statistieken van de dienst uitkeringen van het RIZIV bleek dat er 412.922 gevallen waren van primaire arbeidsongeschiktheid in 2013 die door de uitkeringsverzekering werden gedekt. In totaal werden er 34.550.234 ziektedagen vergoed in 2013 en de daarbij horende uitgaven waren 1.555.128.948 euro.[19,21] Deze cijfers houden enkel rekening met het aantal sociaal verzekerden die in het betrokken jaar minimaal één dag arbeidsongeschikt werden buiten de periode van het gewaarborgd loon. De cijfers voor de actieven zijn daardoor onderschat. Werklozen vallen daarentegen vanaf de eerste dag ten laste van de uitkeringsverzekering.[19,21–22]

Het aantal primaire arbeidsongeschiktheden ligt beduidend hoger bij arbeiders dan bij bedienden: respectievelijk 69,93% en 30,07% in 2012. De redenen hiervan zijn het verschil in de periode van gewaarborgd loon en de typische activiteit van arbeiders. Ze hebben vaak zwaar fysiek werk en een langere loopbaan. Globaal ligt het ziekteverzuim hoger bij vrouwen dan bij mannen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat vrouwen meer zorgfuncties opnemen dan mannen.[22]

Het aantal primaire arbeidsongeschiktheden neemt toe met de leeftijd, ongeacht de sociale stand en het al of niet uitoefenen van een activiteit. Het ziekteverzuim is het hoogst in de leeftijdscategorieën tussen 40 en 55 jaar. Deze vaststelling maakt het aannemelijk dat het absenteïsme in de toekomst nog zal toenemen. Redenen hiervoor zijn de vergrijzing van de beroepsbevolking die nog volop aan de gang is en de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt met vooral een toenemend aantal vrouwen in de oudere leeftijdscategorieën.[22]

### 3.2.4 Cijfers rond invaliditeit

Uit het jaarverslag van het RIZIV van 2014 blijkt dat er 321.573 erkende invaliden bij de loontrekkenden waren op 31/12/2014. Sinds 2010 is er een stijging van het aantal invaliden van ongeveer 25%. Volgende redenen zouden deze stijging kunnen verklaren: de verhoging van de pensioenleeftijd van vrouwen, de groei van de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt, de vergrijzing van de bevolking en nieuwe ziektebeelden die aan belang toenemen zoals psychische stoornissen, gezwellen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel. Uit de verdeling van het aantal invaliden per ziektegroep blijkt dat de grootste groep invaliden deze met mentale stoornissen zijn. De uitkeringen voor de invaliden in het stelsel van de loontrekkenden bedroeg 4.138.510.213 euro in 2014. Ook dit cijfer is sterk gestegen sinds 2010, met ongeveer 33%.[19,22–23]

## 3.3 De huisarts en arbeidsongeschiktheid

### 3.3.1 Dagdagelijkse taak

In België moet een werknemer die arbeidsongeschikt is een ziekteattest van zijn behandelende arts afleveren aan zijn werkgever. Door deze verplichte attestering is er een rol weggelegd voor artsen, en voornamelijk voor huisartsen, bij het ziekteverzuim.[1–2,4,9] Het bekomen van een ziekteattest is een belangrijke reden voor patiënten om op consultatie te komen.[2–3] Uit een Belgische studie rond het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1995 bleek dat er in gemiddeld 15,3% van de arts–patiënt contacten een ziekteattest geschreven werd. Het zijn vooral kortdurende attesten die worden voorgeschreven: 97% van de attesten zou korter zijn dan 14 dagen.[2] In 20% van de gevallen waarbij kortdurende arbeidsongeschiktheid werd voorgeschreven was het bekomen van een attest de belangrijkste aanzet om op consultatie te komen. In de overige gevallen bleek het inwinnen van doktersadvies ook een belangrijke consultatiereden.[2–3]

Het schrijven van ziekteattesten is een dagdagelijkse maar ook complexe taak voor de huisarts.[9–10] Hij oordeelt over het gezondheidsprobleem van de patiënt, over de capaciteit van een patiënt om zijn werk uit te voeren alsook over de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid.[1,5–6]

Uit het praktijkproject van Evelyne Uyttersprot bleek dat meer dan 90% van de onderzochte patiëntenpopulatie vond dat de huisarts de meest geschikte persoon is om te oordelen over hun arbeidsongeschiktheid alsook over de duur ervan omdat hun kennis rond de diagnose en prognose van de ziekte het grootst is. Toch wenst een groot deel van de patiënten ook inspraak te hebben in de duur van de arbeidsongeschiktheid en wensen ze dat er rekening wordt gehouden met hun werk– en thuissituatie.[3]

Uit de Belgische studie rond het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1995 zouden patiënten en artsen globaal tevreden zijn over het systeem van de verplichte attestering. Meer dan de helft van de huisartsen zou het ziekteattest nuttig vinden als therapiemiddel om rust voor te schrijven. Anderzijds heeft de huisarts ook de gelegenheid om de patiënt die voor een ziekteattest komt integraal te benaderen door eventueel verbanden te leggen tussen bepaalde klachten en de werkomgeving of de thuissituatie van de patiënt. De meeste patiënten menen dat er zonder verplicht ziekteattest misbruik zou gemaakt worden van werkafwezigheden en dat het attest voor de echte zieken een veilige manier is om te genezen.[2]

### 3.3.2 Beïnvloedende factoren arbeidsongeschiktheidsduur

De huisarts moet dagelijks oordelen over gezondheidsproblemen van patiënten in relatie tot de eisen van hun werk. Echter bestaan er geen richtlijnen of gouden standaard over arbeidsongeschiktheid en de duur ervan. Ook in de wetgeving zijn de concepten 'ziekte' en 'arbeidsongeschikt' weinig gedefinieerd. Daardoor is er ruimte voor individuele interpretatie door zowel de arts als de patiënt wat betreft ziekteverzuim.[2,4,7–8] Tussen huisartsen bestaan er dan ook grote onderlinge verschillen in de duurbeoordeling.[2]

Uit de studie over het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1995 blijken de belangrijkste beslissingselementen die betrokken worden in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsduur de dag van de week waarop het attest wordt uitgeschreven en de diagnose. De duur is hoger voor attesten uitgeschreven in het begin van de week en daalt daarna. Er bestaat een tendens om de week uit te schrijven.[2] Bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheidsduur houdt de huisarts eveneens rekening met de graad van subjectieve klachten, de leeftijd, de werkomstandigheden en de thuissituatie van de patiënt. Het oordeel over arbeidsongeschiktheid door de huisarts is dus niet enkel gebaseerd op strikt medische factoren maar ook op arbeidsgebonden en patiëntgebonden factoren.[2–3]

Uit het praktijkproject van Evelyne Uyttersprot bleken de belangrijkste medische beslissingselementen bij het toekennen van de arbeidsongeschiktheid de 'objectief klinische bevindingen' met 90,4% maar ook de 'ernst van de subjectieve klachten' met 98,4%. Uit de studie van 1995 was dit respectievelijk 81% en 87%. Ook wordt het verzuimverleden van de patiënt in de beoordeling betrokken. Bij de arbeidsgebonden factoren bleken 'zwaar werk' en een 'negatieve werksfeer' in respectievelijk 30,9% en 15% bij te dragen tot het voorschrijven van ziekteverzuim. Bij de patiëntgebonden factoren zou de specifieke thuissituatie van de patiënt in 10% van de gevallen een invloed hebben. Ook houdt de huisarts in 34,1% van de gevallen rekening met de vraag van de patiënt naar het al dan niet krijgen van een ziektebriefje. Uit de studie van 1995 was dit 45%. Bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid blijkt de inbreng van de patiënt dus groot. De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is dus belangrijk in de huisartsgeneeskunde.[2–4]

### 3.3.3 Problemen en moeilijkheden bij het attesteren

Uit meerdere internationale studies blijkt dat artsen uit de eerstelijnsgezondheidszorg moeilijkheden en problemen ervaren bij taken rond het schrijven van ziekteattesten. Er ontbreekt dan ook een gouden standaard in het beoordelen van arbeidsongeschiktheid en de ideale duur ervan.[5–8,11–12] De huisarts wordt in een moeilijke positie geplaatst doordat hij een dubbele rol moet vervullen bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid: de rol van behandelend arts en de rol van bewaker van het sociaal verzekeringssysteem.[2,4–5,8]

De meeste huisartsen ervaren problemen om de werkcapaciteit en de optimale duur van de arbeidsongeschiktheid te beoordelen.[1,4,6–7,11] Huisartsen denken ook onvoldoende inzicht te hebben in de werkeisen en werksituatie van de patiënt.[2,7] Anderzijds vermelden artsen dat ze het moeilijk vinden als de patiënt een andere mening heeft over de noodzaak voor een ziekteattest. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt beweert dat hij niet kan werken en de klachten moeilijk tot niet objectiveerbaar zijn door de huisarts. Dit kan dus leiden tot conflicten tussen beiden en een hinderpaal vormen voor een goede vertrouwensrelatie.[1,4–7,12] Om een goede arts–patiënt relatie te behouden of uit schrik om patiënten te verliezen zullen vele artsen bij onzekerheid over de ernst van de klachten toch een medisch attest afleveren zonder dat ze dit nodig achten.[2,5,8]

### 3.3.4 Diagnosespecifieke richtlijnen voor de toekomst

De problemen die huisartsen ondervinden aangaande het attesteren van arbeidsongeschiktheid en het bepalen van de ideale duur tonen indirect aan dat er nood is aan oriënterende richtlijnen.[1,2,4,6–7,11]

Enkele jaren geleden werden diagnosespecifieke richtlijnen geïntroduceerd in Zweden. Na één jaar zou 76,2% van de huisartsen gebruik maken van deze richtlijnen. Het contact met hun patiënten zou bij 65,4% van de huisartsen hierdoor vergemakkelijkt zijn. Dankzij het gebruik van de richtlijn vond één op drie huisartsen dat hun beoordelingskwaliteit aangaande arbeidsongeschiktheid verbeterde.[24]

Het opstellen van diagnosespecifieke richtlijnen rond de arbeidsongeschiktheidsduur zou kunnen bijdragen aan een zekere uniformiteit en een optimalisering van het toekennen van werkverzuim.[3]

# 4 Resultaten onderzoeksproject

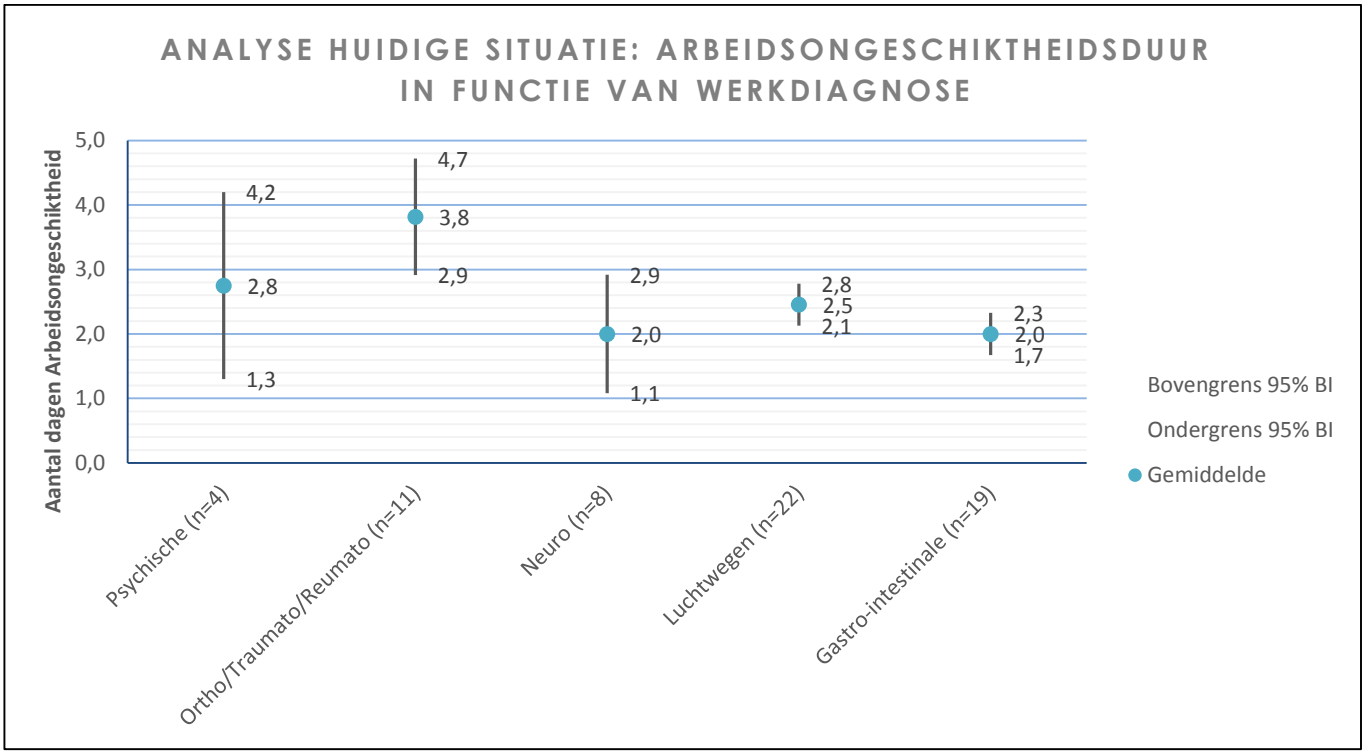
## 4.1 Algemeen

Om een vergelijking mogelijk te maken met de praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheidsduur opgesteld door Evelyne Uyttersprot, werden de verschillende courante pathologieën onderverdeeld in 6 werkdiagnoses. In de werkdiagnose 'Luchtwegen problematiek' werden volgende pathologieën geïncludeerd: bovenste luchtweginfectie, onderste luchtweginfectie, griep en allergie. De werkdiagnose 'Psychische problematiek' ging onder andere over burn–out en depressie. De werkdiagnose 'Gastro–intestinale problematiek' ging over buikgriep en andere gastro–intestinale ongemakken. In de werkdiagnose 'Orthopedische, traumatologische en reumatologische problematiek' werden rugpijn, tendinitis, trauma en jicht opgenomen. In de werkdiagnose 'Neurologische problematiek' ging het om hoofdpijn. In de laatste groep 'Huidinfecties' gaat het om allergie en erysipelas.

## 4.2 Stap 1: Analyse huidige situatie

Voor de analyse van de huidige situatie werd gedurende twee maanden bij alle patiënten die een periode van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven kregen omwille van courante pathologieën, het aantal dagen arbeidsongeschiktheid per pathologie opgeschreven. Enkel arbeidsongeschiktheden die korter waren dan één maand werden in deze analyse geïncludeerd. Er werd geen rekening gehouden met mogelijke verlengingen. In totaal werd de duur van 65 verschillende gevallen arbeidsongeschiktheid genoteerd. Voor de werkdiagnose 'huidinfecties' was er slechts 1 geval in deze voorafgaande analyse. Bijgevolg werd deze groep achterwege gelaten in deze analyse.

Figuur 1 toont de arbeidsongeschiktheidsduur in functie van de werkdiagnose. Men ziet dat de werkdiagnoses 'ortho/traumato/reumato', 'luchtwegen' en 'gastro–intestinale' het meest voorkomen. Voor de werkdiagnose 'psychische' (n=4) vindt men een gemiddelde van 2,8 dagen (95% BI [1,3–4,2]). De mediaan is 2,5 dagen. Voor de groep 'ortho/traumato/reumato' (n=11) wordt er gemiddeld 3,8 dagen (95% BI [2,9–4,7]) voorgeschreven en vindt men een mediaan van 5 dagen. Binnen de werkdiagnose 'neuro' (n=8) ziet men een gemiddelde van 2 dagen (95% BI [1,1–2,9]). De mediaan is 1,5 dagen. In de groep 'luchtwegen' (n=22) vindt men een gemiddelde van 2,5 dagen (95% BI [2,1–2,8]) en een mediaan van 2 dagen. Voor de diagnose 'gastro–intestinale' (n=19) vindt men een gemiddelde aantal ziektedagen van 2 (95% BI [1,7–2,3]). De mediaan ligt eveneens op 2 dagen. De spreiding is beperkt voor de werkdiagnoses 'luchtwegen' en 'gastro–intestinale' en voor de groep 'psychische' is die het grootst. Dit verschil in spreiding is deels te verklaren door het verschil in grootte van de steekproef.




**Figuur 1: Analyse huidige situatie: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose.**

## 4.3 Stap 2: Aangepaste praktijkrichtlijn

In de praktijkrichtlijn van Evelyne Uyttersprot is de gemiddelde duur arbeidsongeschiktheid voor de werkdiagnose 'luchtwegen' 3 dagen, voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' 3,5 dagen en voor de groep 'gastro–intestinale' gemiddeld 2 dagen. Er werd een grotere spreiding gezien voor de werkdiagnose 'psychische' van 4,7 tot 11,4 dagen. Over de laatste twee groepen 'neuro' en 'huidinfecties' werd geen richtlijn opgesteld in het praktijkproject van Evelyne Uyttersprot gezien het tekort aan deelnemende patiënten.[3]

De student t–test werd toegepast om de gemiddelde waarden van de steekproef genomen in de eerste stap van dit praktijkproject te vergelijken met de gemiddelde waarden uit de richtlijn van Evelyne Uyttersprot. Voor alle werkdiagnoses bleek er geen significant verschil ($p>0,05$) te zijn tussen de gemiddelde waarden van beide steekproeven.

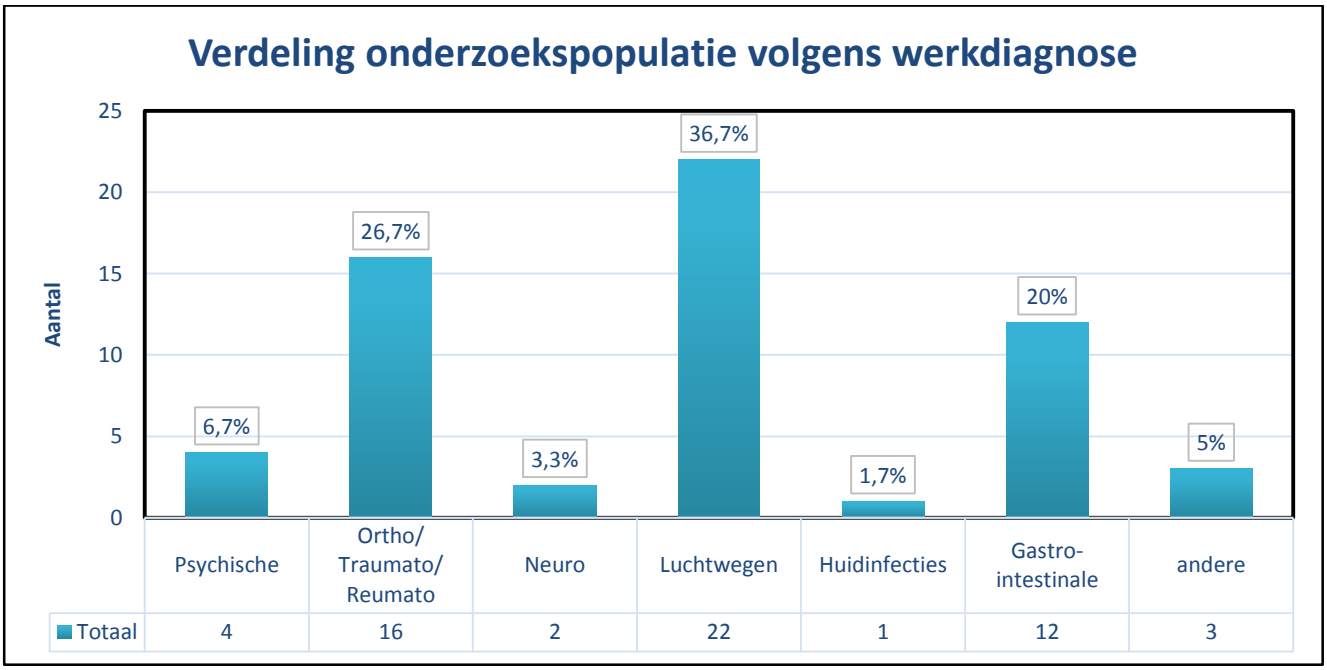
Voor de 'nieuwe' richtlijn werd gekozen voor de volgende gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduren. Voor de werkdiagnoses 'gastro–intestinale' is dit gemiddeld 2 dagen. Voor de groep 'ortho/traumato/reumato' is dit gemiddeld 3,5 dagen. Voor deze twee groepen bleef de gemiddelde duur dezelfde als in de richtlijn van Evelyne Uyttersprot. Voor de werkdiagnose 'luchtwegen' werd gekozen om een gemiddelde van 2,5 dagen te nemen in plaats van de 3 dagen in de vorige richtlijn. Voor de diagnose 'psychische' werd een gemiddelde van 3 dagen genomen en voor de groep 'neuro' 2 dagen.

## 4.4 Stap 3: Toepassing nieuwe richtlijn

Een derde stap omvatte het toepassen van deze 'nieuwe' richtlijn in de praktijk. Patiëntengegevens over leeftijd, geslacht, arbeidsongeschiktheidsduur, dag van de week waarop de consultatie plaatsvond, opleiding en beroep, pathologie en andere beslissingselementen werden geregistreerd aan de hand van een korte vragenlijst die door de arts ingevuld werd. De beslissingselementen zijn factoren die ervoor kunnen zorgen dat er al dan niet werd afgeweken van de richtlijn. Tijdens deze stap van het praktijkproject werden in totaal 60 patiënten geïncludeerd.

### 4.4.1 Analyse van de onderzoekspopulatie

#### *4.4.1.1 Verdeling onderzoekspopulatie volgens werkdiagnose*



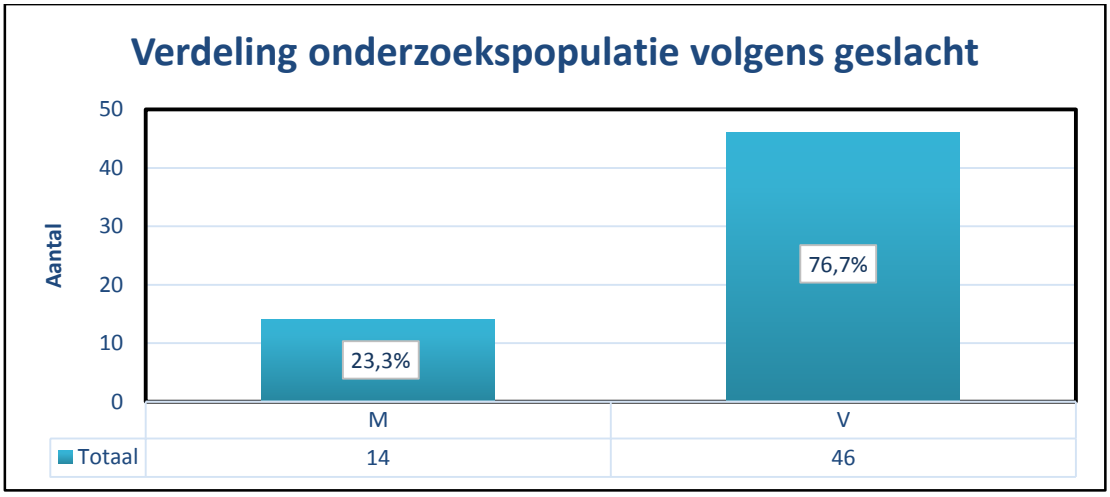

**Figuur 2: Verdeling onderzoekspopulatie volgens werkdiagnose.**

Op figuur 2 zien we de verdeling van de onderzoekspopulatie volgens de werkdiagnose. Van de 60 deelnemende patiënten zaten 12 (20%) in de 'gastro–intestinale' groep. Hiervan had 100% de diagnose buikgriep gekregen. Er zaten 16 (26,7%) patiënten in de 'ortho/traumato/reumato' groep waarvan 62,5% de diagnose rugpijn hadden gekregen en 37,5% een trauma hadden opgelopen. De groep van de 'luchtwegen' was de grootste met 22 patiënten (36,7%) waarvan 95,5% met een bovenste luchtweginfectie en 4,5% met een allergie. De werkdiagnose 'psychische' bestond uit 4 (6,7%) deelnemende patiënten waarvan 50% met klachten van stress/angst en 50% met tekenen van een burn–out. Voor de werkdiagnose 'neuro' waren er slechts 2 deelnemers die allen de diagnose hoofdpijn hadden gekregen. In de groep van 'huidinfecties' was er slechts 1 deelnemende patiënt. De groep met resterende diagnoses bestond uit 3 patiënten met allemaal verschillende ziektebeelden. Door de kleine steekproefgrootte zullen deze vier

laatste groepen achterwege gelaten worden voor de statische analyses tenzij de analyse over de volledige onderzoekspopulatie gaat.

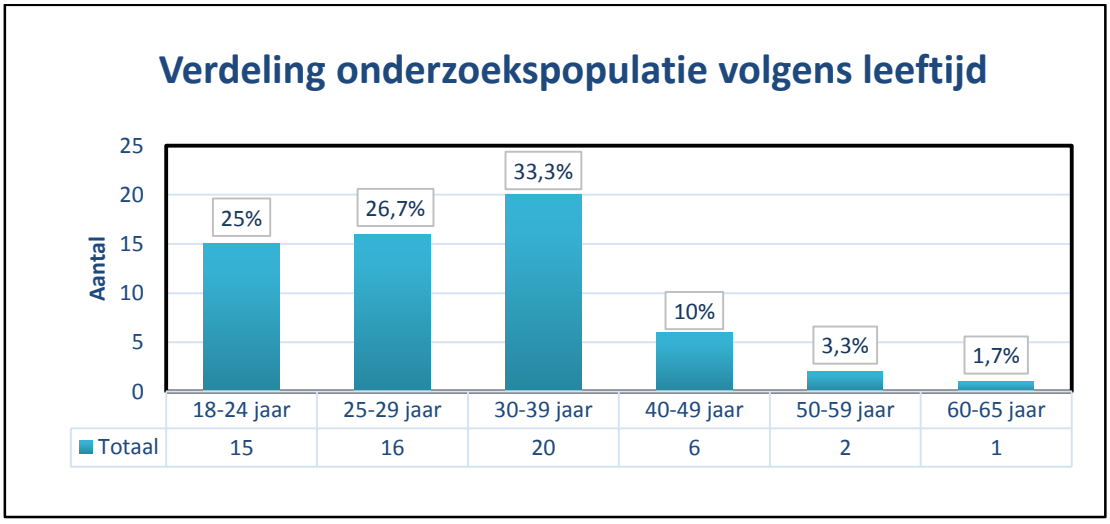
#### *4.4.1.2 Verdeling onderzoekspopulatie volgens geslacht en leeftijd*

De onderzoekspopulatie bestond uit 14 mannen (23,3%) en 46 vrouwen (76,7%). (zie figuur 3).




Figuur 3: Verdeling onderzoekspopulatie volgens geslacht.

Op figuur 4 ziet men de verdeling volgens leeftijdscategorieën. Men ziet voornamelijk een jongere populatie met 25% in de leeftijdscategorie 18–24 jaar, 26,7% in de leeftijdscategorie 25–29 jaar en 33,3% in de leeftijdscategorie 30–39 jaar. In de categorie van 40–49 jaar vindt men 10%. De groep boven de 50 jaar is klein met slechts 3,3% in de categorie 50–59 jaar en 1,7% in de groep van 60–65 jaar.

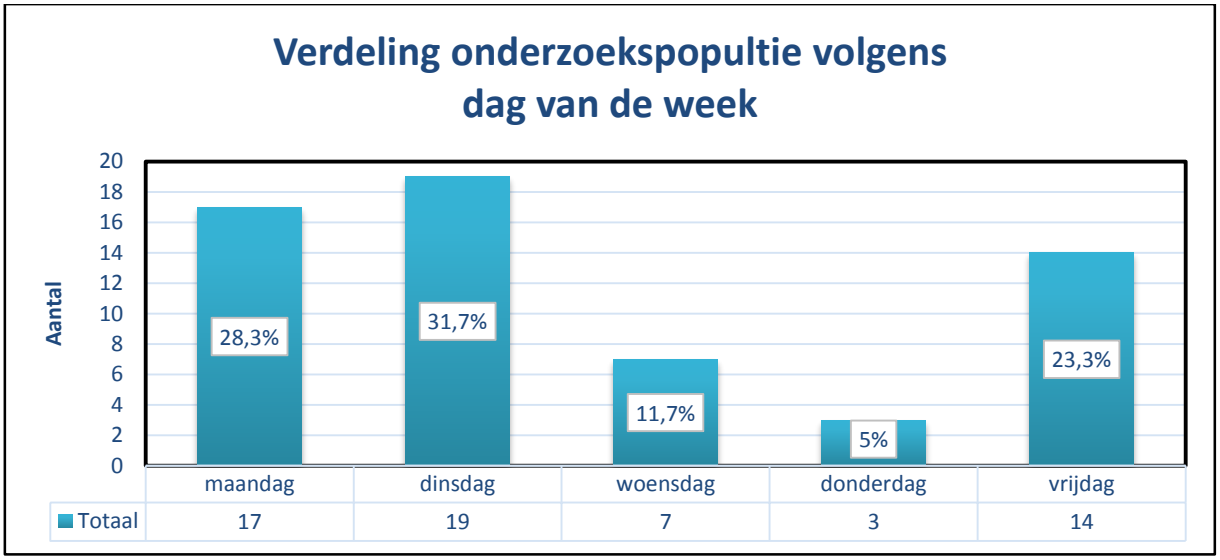



Figuur 4: Verdeling onderzoekspopulatie volgens leeftijd.

#### *4.4.1.3 Verdeling onderzoekspopulatie volgens dag van de week*

Op figuur 5 ziet men dat 17 (28,3%) deelnemende patiënten op maandag op consultatie kwamen, 19 (31,7%) op dinsdag en 14 (23,3%) op vrijdag. In het midden van de week is

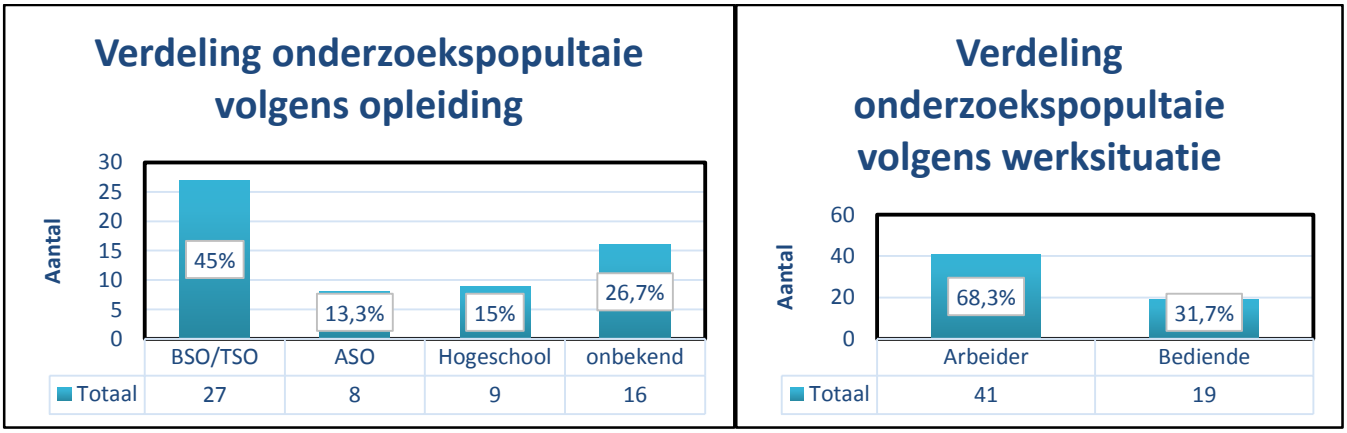
dat minder met op woensdag 7 en op donderdag 3 deelnemende patiënten. Een verklaring voor dit verschil in aantal is dat één van de deelnemende artsen gedurende een groot deel van het project geen consultaties deed op woensdag en donderdag.




Figuur 5: Verdeling onderzoekspopulatie volgens dag van de week.

#### *4.4.1.4 Verdeling onderzoekspopulatie volgens opleiding en werksituatie*

Op figuur 6 ziet men de verdeling van de totale onderzoekspopulatie volgens hoogst behaald diploma. In bijna de helft van de populatie (45%) is dit een BSO/TSO diploma. Dit is 13,3% voor een ASO diploma en 15% voor een hogeschool diploma. Er waren geen gevallen met een universitair diploma. Ook een deel (26,7%) van deze gegevens is onbekend. De verklaring hiervoor is dat een deel van de onderzoekspopulatie zijn opleiding in zijn land van herkomst heeft gevolgd en deze niet geclassificeerd kon worden in dit Belgisch systeem. Figuur 7 toont de verdeling van de totale onderzoekspopulatie volgens zijn werksituatie. Hier ziet men dat 68,3% arbeider is en 31,7% bediende. In de groep van arbeiders is het opvallend dat 61% een beroep als poetshulp heeft.

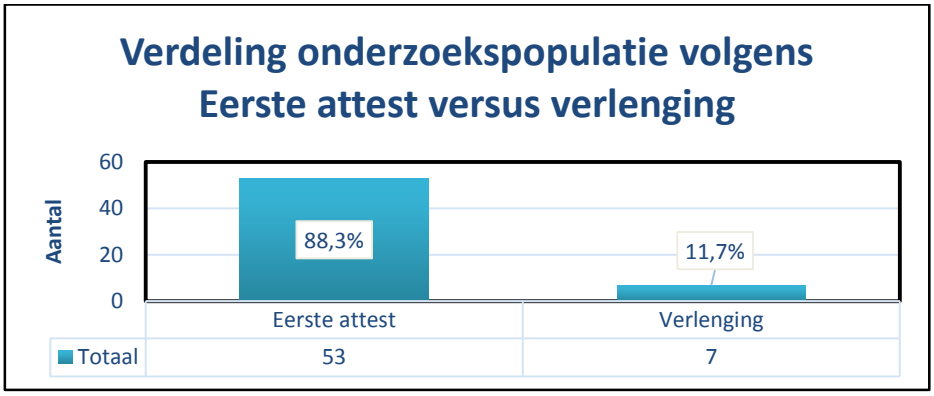



Figuur 6: Verdeling onderzoekspopulatie volgens opleiding. (links)

Figuur 7: Verdeling onderzoekspopulatie volgens werksituatie. (rechts)

#### *4.4.1.5 Verdeling onderzoekspopulatie volgens eerste attest versus verlenging*

Op figuur 8 ziet men of het ziekteattest dat werd uitgeschreven een eerste attest was of een verlenging. In meer dan 4 op de 5 gevallen (88,3%) ging het om eerste attest. Het overige deel (11,7%) ging om een eerste verlenging.




**Figuur 8: Verdeling onderzoekspopulatie volgens eerste attest versus verlenging.**

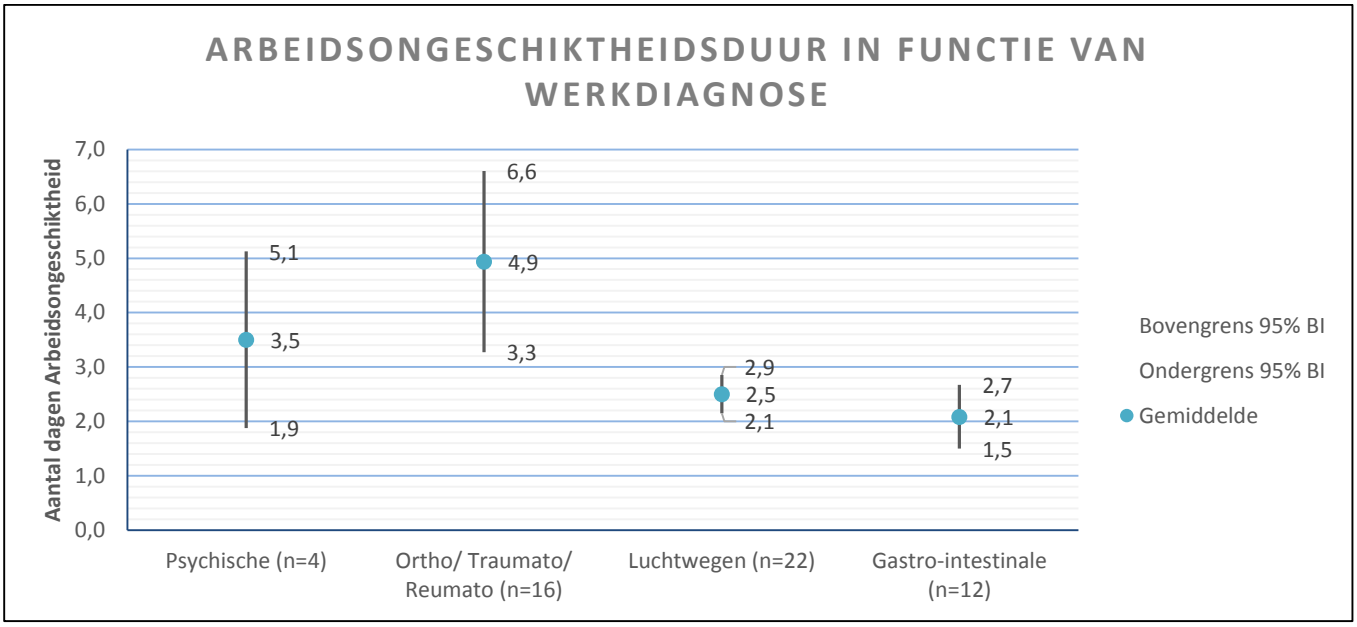
### 4.4.2 Analyse van de arbeidsongeschiktheidsduur

Voor de volgende analyses zal enkel rekening gehouden worden met groepen en subgroepen met een steekproefgrootte van minimum 4. Indien er in bepaalde (sub)groepen geen 4 deelnemers waren, werd een vergelijking met die groep als minder relevant beschouwd. Voor sommige analyses zullen daarom bepaalde werkdiagnoses of andere (sub)groepen achterwege gelaten worden.

Men houdt bij de analyses van de arbeidsongeschiktheidsduur geen rekening met mogelijke verlengingen tenzij de patiënt pas bij een eerste verlenging gerekruteerd werd voor dit project. Dan wordt er rekening gehouden met de arbeidsongeschiktheidsduur van de eerste verlenging en van het initieel consult.

#### *4.4.2.1 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose*

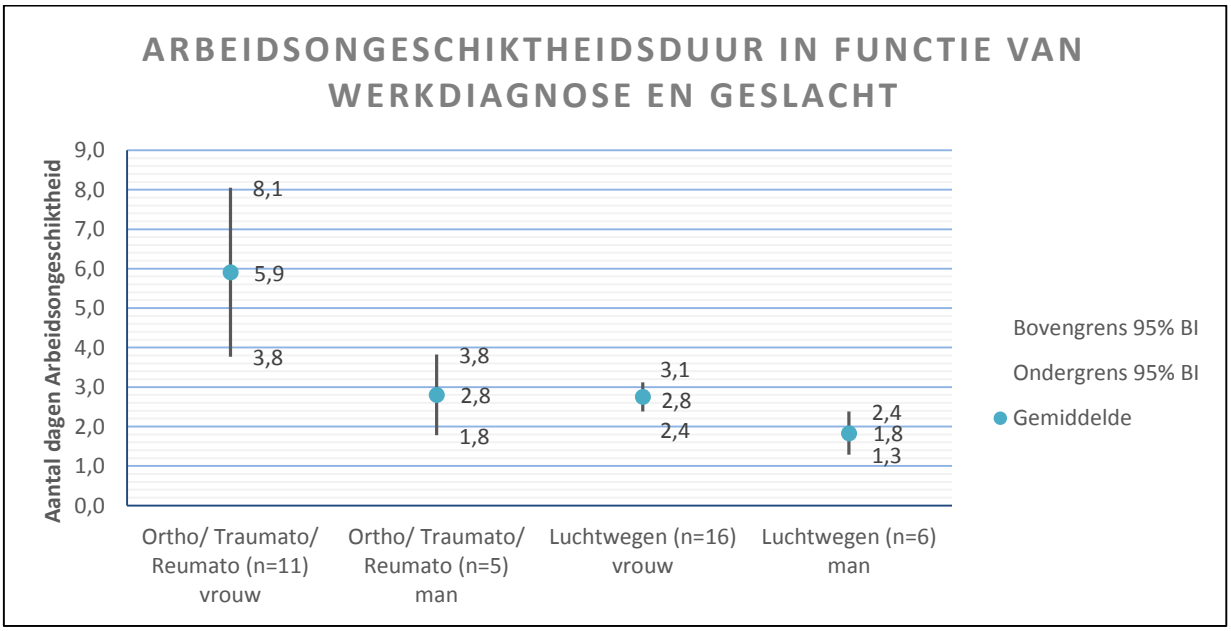
Figuur 9 toont de duur van de arbeidsongeschiktheid dat werd voorgeschreven per werkdiagnose. Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' was de gemiddelde duur 4,9 dagen (95% BI [3,3–6,6]) en de mediaan 4,5 dagen. De spreiding is groot. In de groep 'luchtwegen' was de gemiddelde duur 2,5 dagen (95% BI [2,1–2,9]) en de mediaan eveneens 2,5 dagen. De spreiding is hier beperkt. Voor de werkdiagnose 'gastro-intestinale' werd een gemiddelde van 2,1 dagen (95% BI [1,5–2,7]) gevonden en een mediaan van 2 dagen. Ook hier is de spreiding redelijk klein.




**Figuur 9: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose.**

### *4.4.2.2 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose en geslacht*

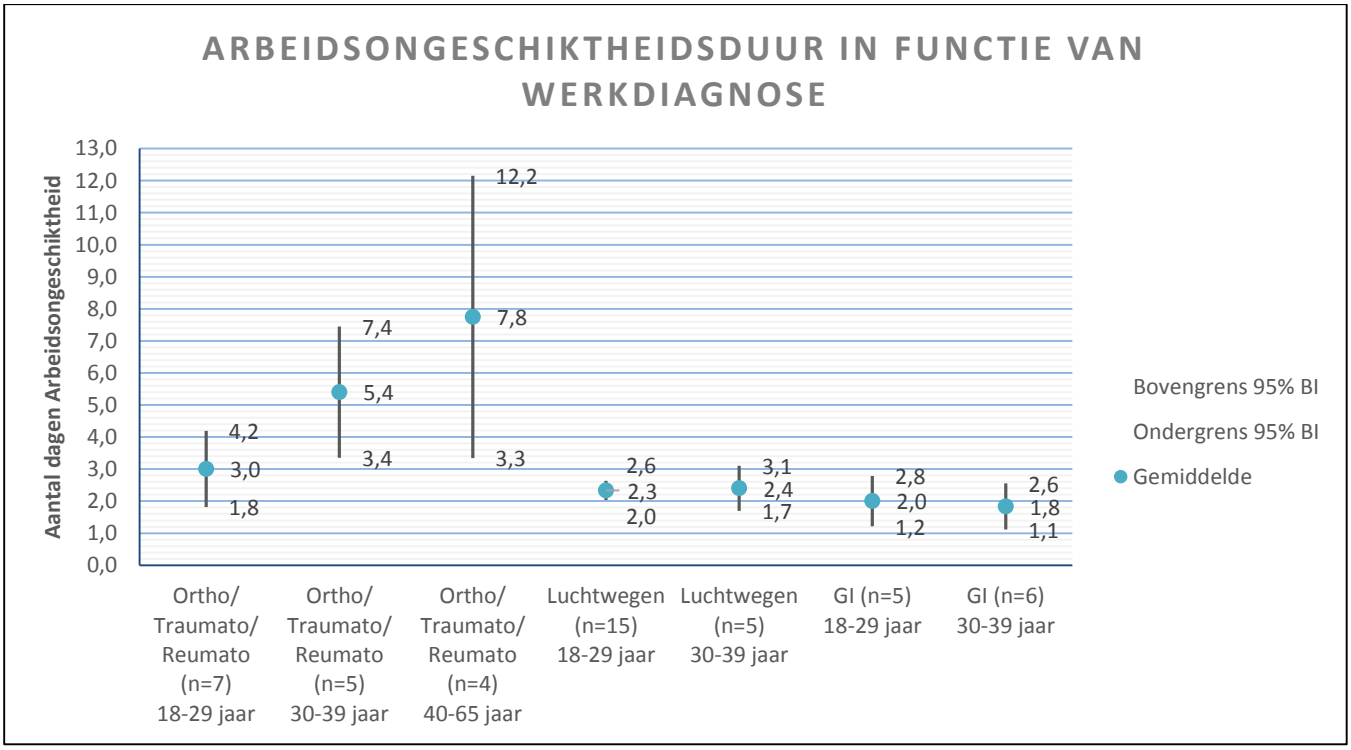
Voor de werkdiagnoses 'ortho/traumato/reumato' en 'luchtwegen' werd gekeken of er een verschil was tussen het aantal voorgeschreven dagen arbeidsongeschiktheid tussen mannen en vrouwen. Figuur 10 toont voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' een gemiddelde duur van 5,9 dagen (95% BI [3,8–8,1]) voor de vrouwen en 2,8 dagen (95% BI [1,8–3,8]) voor de mannen. Voor de groep luchtwegen is dit verschil nauwer met een gemiddelde van 2,8 dagen (95% BI [2,4–3,1]) voor de vrouwen en 1,8 (95% BI [1,3–2,4]) voor de mannen. Vrouwen krijgen voor beide werkdiagnoses meer dagen ziekteverlet voorgeschreven maar de steekproefgrootte van de groep mannen is telkens kleiner dan die van de vrouwen.




**Figuur 10: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en geslacht.**

#### 4.4.2.3 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose en leeftijd

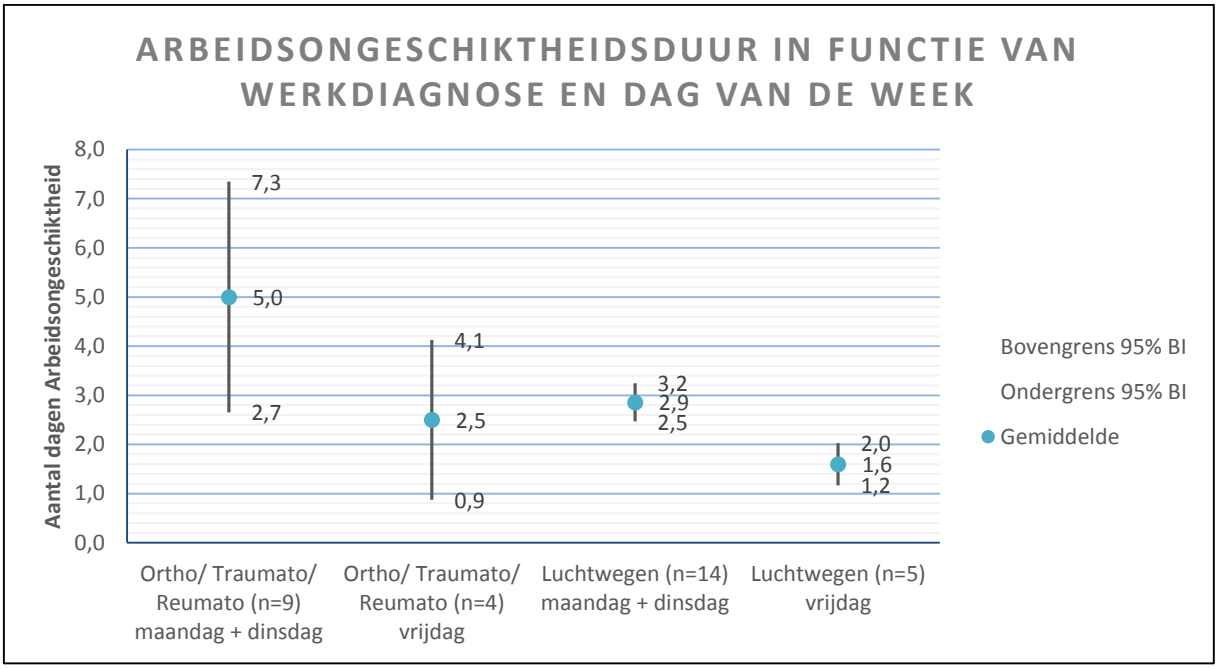
Op figuur 11 is het voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' opvallend dat het gemiddelde aantal dagen toeneemt naarmate de leeftijdscategorie stijgt. Men ziet een gemiddelde duur van 3 dagen (95% BI [1,8–4,2]) in de leeftijdscategorie 18–29 jaar, een gemiddelde van 5,4 voorgeschreven dagen (95% BI [3,4–7,4]) voor de categorie 30–39 jaar en 7,8 dagen (95% BI [3,3–12,2]) voor de categorie 40–65 jaar. De spreiding wordt wel eveneens groter naarmate de leeftijd toeneemt en de steekproefgrootte kleiner. Voor de diagnoses 'luchtwegen' en 'gastro-intestinale' ziet men geen duidelijk verschil tussen de leeftijdscategorieën.




Figuur 11: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en leeftijd.

#### 4.4.2.4 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose en dag van de week

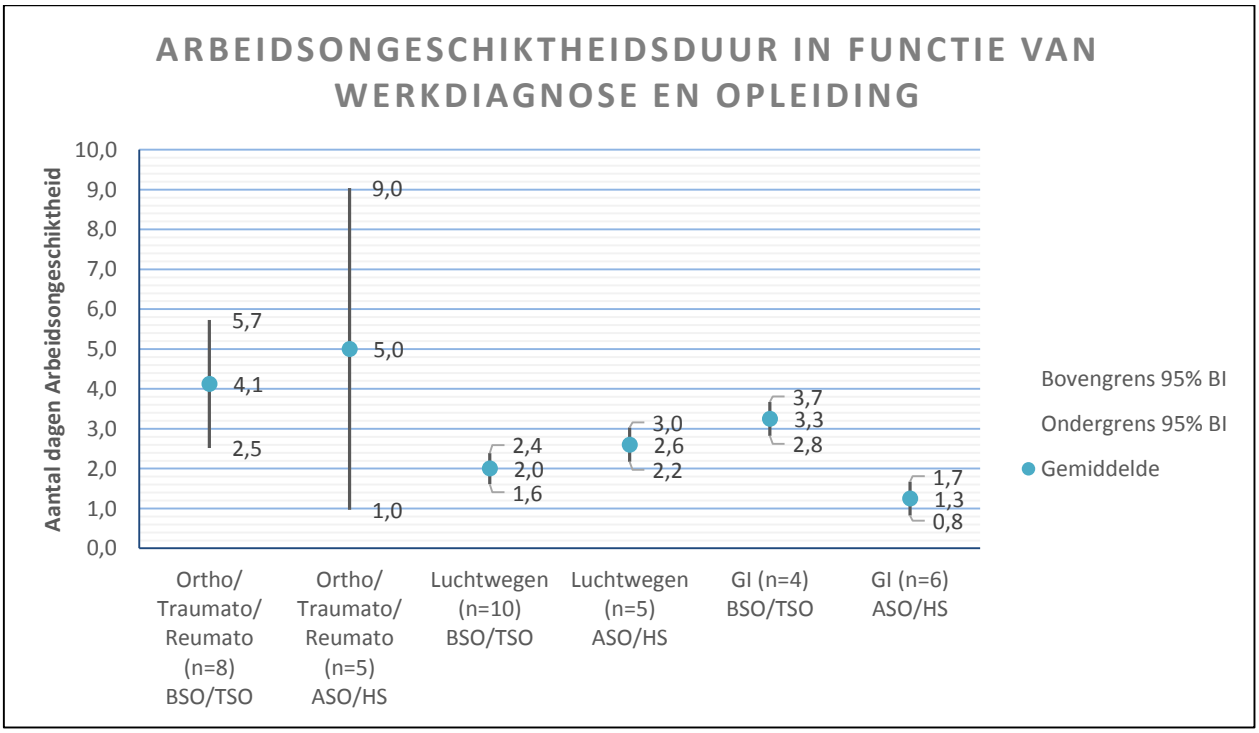
Op figuur 12 ziet men de arbeidsongeschiktheidsduur in functie van de dag van de week waarop het attest werd voorgeschreven voor de diagnoses 'ortho/traumato/reumato' en 'luchtwegen'. Voor beide diagnoses ziet men een daling van het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen op vrijdag in vergelijking met het begin van de week (maandag en dinsdag). Voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' is dit gemiddeld 2,5 dagen (95% BI [0,9–4,1]) op vrijdag in tegenstelling tot 5 dagen (95% BI [2,7–7,3]) in het begin van de week. Voor de diagnose 'luchtwegen' is het gemiddeld 1,6 dagen (95% BI [1,2–2,0]) op vrijdag en 2,9 dagen (95% BI [2,5–3,2]) in het begin van de week.




**Figuur 12: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en dag van de week.**

### *4.4.2.5 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose en opleiding*

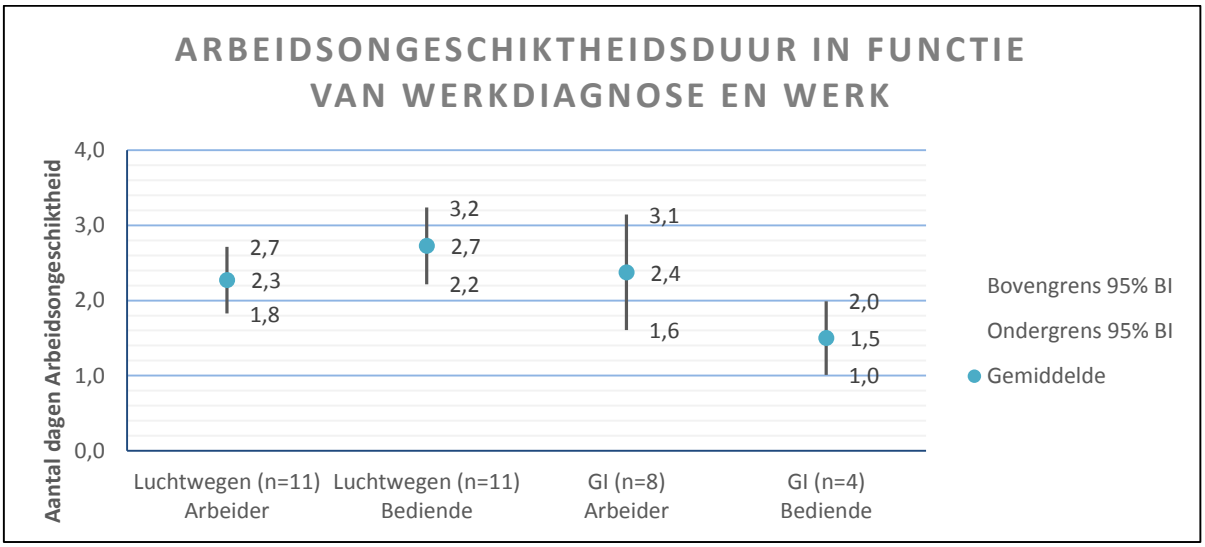
Op figuur 13 ziet men in de 'gastro-intestinale' groep een verschil van 2 dagen arbeidsongeschiktheidsduur in functie van de opleiding met een gemiddelde van 3,3 dagen (95% BI [2,8–3,7]) voor de patiënten met een BSO/TSO opleiding en een gemiddelde van 1,3 dagen (95% BI [0,8–1,7]) in de groep met een ASO/HS opleiding. In de groep 'luchtwegen' en 'ortho/traumato/reumato' is er een nauwer verschil.




**Figuur 13: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en opleiding.**

#### *4.4.2.6 Duur arbeidsongeschiktheid in functie van diagnose en werk*

Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' werd er geen vergelijking gemaakt tussen arbeiders en bedienden gezien meer dan 80% van de gevallen arbeiders betrof. Voor de diagnose 'luchtwegen' is er haast geen verschil tussen beide werkgroepen. Voor de diagnose 'gastro–intestinale' is er een klein verschil in de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur tussen de groep arbeiders en bedienden met bijna 1 dag meer voor de arbeiders. (zie figuur 14)




**Figuur 14: Arbeidsongeschiktheidsduur in functie van werkdiagnose en werk.**

### 4.4.3 Afwijken nieuwe richtlijn

#### *4.4.3.1 Algemeen*

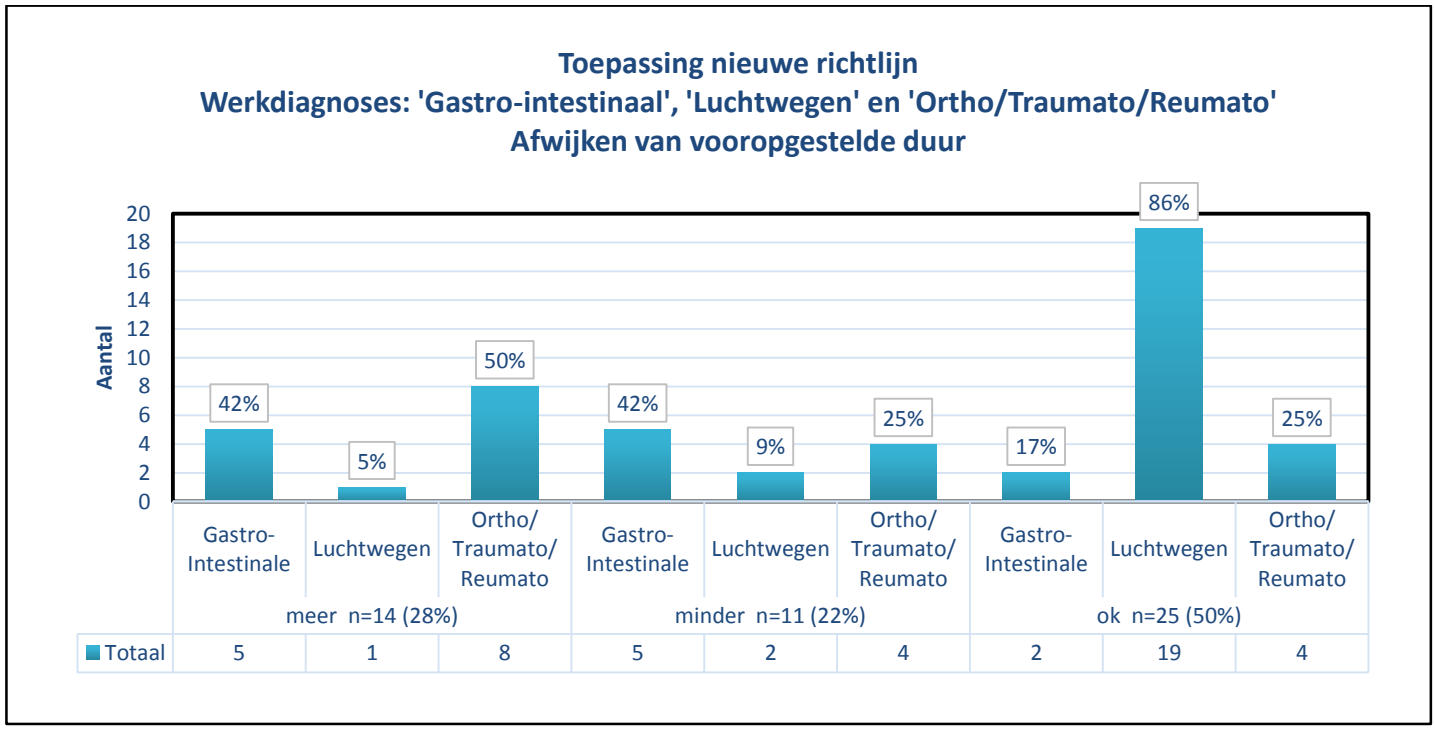
Tijdens dit praktijkproject werd tijdens het toepassen van de nieuwe richtlijn telkens gekeken of het al dan niet nodig was af te wijken van de vooropgestelde diagnosespecifieke arbeidsongeschiktheidsduren. Telkens als er meer of minder dagen werden voorgeschreven dan de richtlijn gemiddeld aangeeft, werd in het registratieformulier de beïnvloedende beslissingselement(en) opgeschreven. Dit konden patiëntgebonden, werkgerelateerde of medische factoren zijn die een invloed hadden bij het afwijken van de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur. Er konden meerdere beslissingsfactoren een rol spelen bij het bepalen om een langere of kortere duur voor te schrijven.

Voor de groep 'gastro–intestinale' geeft de richtlijn gemiddeld 2 dagen aan. Voor de werkdiagnose 'luchtwegen' 2,5 dagen en voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' 3,5 dagen. In deze laatste twee groepen worden respectievelijk zowel 2 als 3 dagen en zowel 3 als 4 dagen als niet afwijkend beschouwd. Het al dan niet bepalen om naar beneden of naar boven af te ronden was afhankelijk van verschillende factoren zoals de objectieve klinische bevindingen, de ernst van de subjectieve klachten, de zwaarte van het werk en op vraag van de patiënt. Deze factoren worden echter niet betrokken in onderstaande analyses gezien de duur nog

binnen de richtlijn valt. De beïnvloedende factoren werden enkel genoteerd bij het afwijken van de nieuwe richtlijn.

#### *4.4.3.2 Frequentie van afwijken nieuwe richtlijn*

Op figuur 15 ziet men dat in dit praktijkproject voor de werkdiagnoses 'gastro–intestinale', 'luchtwegen' en 'ortho/traumato/reumato' in 25 (50%) gevallen de nieuwe richtlijn aangaande arbeidsongeschiktheidsduur werd gevolgd. In 14 (28%) gevallen werd een langer ziekteattest voorgeschreven. In 11 (22%) gevallen werd een kortere duur voorgeschreven.




Figuur 15: Toepassing nieuwe richtlijn – Afwijken van vooropgestelde duur.

#### *4.4.3.3 Afwijken nieuwe richtlijn in functie van beslissingsfactoren*

##### 4.4.3.3.1 Algemeen

In dit praktijkproject werd voor de werkdiagnoses 'gastro–intestinale', 'luchtwegen' en 'ortho/traumato/reumato' bij het voorschrijven van een langere duur in 50% van de gevallen rekening gehouden met patiëntgebonden factoren, in 93% met werkgebonden factoren en in 57% met medische beslissingsfactoren. Bij het schrijven van een kortere duur was er in 27% van de gevallen een invloed door patiëntgebonden factoren, in 27% van de gevallen door medische factoren en in 45% van de gevallen door de dag van de week. (zie tabel 1)

Tabel 1: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn.

| Werkdiagnose: 'Luchtwegen', 'Gastro-intestinale' en 'Ortho/traumato/reumato' | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | invloed door patiënt | invloed door werk | invloed door medische | invloed door dag van de week |
| meer (n=14) | 50% | 93% | 57% | 0% |
| minder (n=11) | 27% | 0% | 27% | 45% |

#### 4.4.3.3.2 Werkdiagnose Luchtwegen

Op figuur 15 ziet men dat voor de werkdiagnose 'luchtwegen' slechts in 5% van de gevallen een langere duur werd voorgeschreven dan vooropgesteld. In 9% van de gevallen werd een kortere duur voorgeschreven. In 86% van de gevallen werd de correcte duur voorgeschreven: voor de groep 'luchtwegen' is dit gemiddeld 2,5 dagen dus hieronder verstaat men zowel 2 als 3 dagen arbeidsongeschikt.

In de 2 gevallen dat er minder dagen werden voorgeschreven was dit door de dag van de week waarop de patiënt op consultatie kwam (namelijk vrijdag). In het ene geval waar er een langere duur werd voorgeschreven was dit omwille van een medische beslissingsfactor, namelijk door de objectief klinische bevindingen.

#### 4.4.3.3.3 Werkdiagnose Gastro–Intestinale

De nieuwe richtlijn geeft voor de werkdiagnose 'gastro–intestinale' een gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur van 2 dagen. In dit praktijkproject werd in 42% van de gevallen een langere duur voorgeschreven en in eveneens 42% van de gevallen een kortere duur. De gemiddelde duur van 2 dagen werd dus slechts in 17% van de gevallen gevolgd. (zie figuur 15)

**Tabel 2: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn – werkdiagnose: Gastro–intestinale.**

| Werkdiagnose: Gastro–intestinale | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | invloed door patiënt | invloed door werk | invloed door medische | invloed door dag van de week |
| totaal (n=10) | 40% | 50% | 20% | 20% |
| meer (n=5) | 40% | 100% | 20% | 0% |
| minder (n=5) | 40% | 0% | 20% | 40% |

Tabel 2 toont welke de beïnvloedende factoren waren op de arbeidsongeschiktheidsduur bij het afwijken van de nieuwe richtlijn voor de groep 'gastro–intestinale'. In 40% van de gevallen speelden patiëntgebonden factoren een rol. In de gevallen waar er meer dagen werden voorgeschreven was dit omwille van de thuissituatie. In gevallen dat er een korte duur werd voorgeschreven was dit omwille van de vraag van de patiënt naar een zo kort mogelijke duur. De reden van deze vraag was de angst voor ontslag. In 20% van de gevallen was er een invloed door medische beslissingsfactoren. Dit betrof altijd de graad van subjectieve klachten. Enkel bij het voorschrijven van een langere duur van arbeidsongeschiktheid werd rekening gehouden met werkgebonden factoren en in dit praktijkproject was dit in 100% van de gevallen. In 80% van de gevallen was dit door zwaar werk en in 20% was dit door het werken met voeding. Bij het voorschrijven van een kortere duur werd in 40% van de gevallen rekening gehouden met de dag van de week waarop de patiënt op consultatie kwam, dit bleek telkens een vrijdag te zijn.

#### 4.4.3.3.4 Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato

Voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' werd in 25% van de gevallen de correcte duur van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. Dit is gemiddeld 3,5 dagen wat betekent dat zowel 3 dagen als 4 dagen als niet afwijkend wordt beschouwd. In 50%

van de gevallen werd een langere duur voorgeschreven en in 25% van de gevallen een kortere duur. (zie figuur 15)

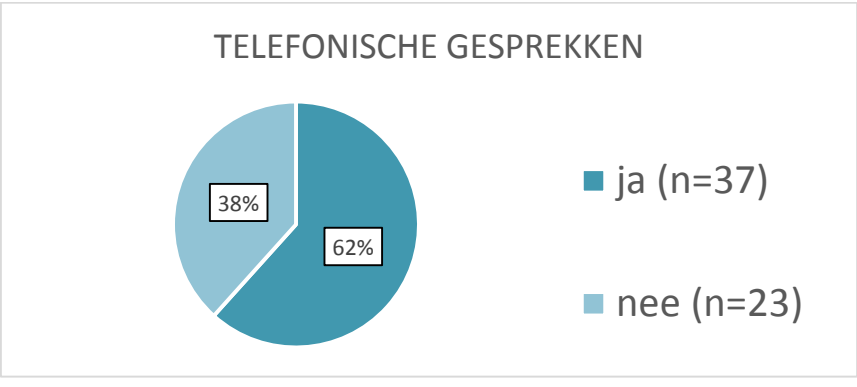
**Tabel 3: Beïnvloedende factoren bij afwijken richtlijn – werkdiagnose: Ortho/Traumato/Reumato.**

| Werkdiagnose: Ortho/ Traumato / Reumato | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | invloed door patiënt | invloed door werk | invloed door medische | invloed door dag van de week |
| totaal (n=12) | 50% | 67% | 67% | 8% |
| meer (n=8) | 63% | 100% | 75% | 0% |
| minder (n=4) | 25% | 0% | 50% | 25% |

In tabel 3 ziet men in welke mate rekening werd gehouden met bepaalde beslissingsfactoren bij het afwijken van de nieuwe richtlijn bij de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'. Patiëntgebonden beslissingsfactoren speelden in 63% van de gevallen waar een langere duur werd voorgeschreven een rol, en in 25% van de gevallen waar een kortere duur werd voorgeschreven. Dit was steeds omwille van de vraag van de patiënt naar een zo lang of zo kort mogelijk attest. Enkel bij het voorschrijven van een langere duur arbeidsongeschiktheid werd rekening gehouden met werkgebonden factoren. Dit bleek in dit praktijkproject in alle gevallen te zijn. De reden was altijd zwaar werk. Bij het voorschrijven van meer dagen arbeidsongeschiktheid werd in 75% van de gevallen rekening gehouden met medische factoren en bij het schrijven van minder dagen in 50% van de gevallen. De graad van subjectieve klachten was de medische factor die in de meeste gevallen bijdroeg tot het voorschrijven van een langere duur terwijl dit voor een kortere duur altijd door de objectief klinische bevindingen was. Enkel wanneer er een kortere duur werd voorgeschreven was er een invloed van de dag van de week waarop de patiënt op consultatie kwam. Dit was in 25% van de gevallen en bleek telkens een vrijdag te zijn.

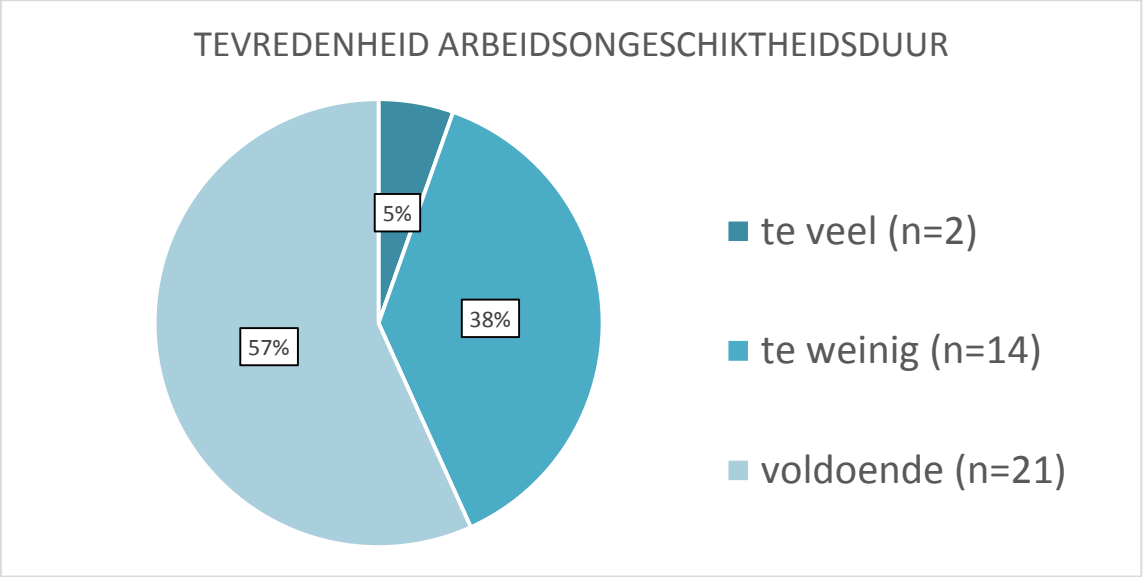
## 4.5 Stap 4: Telefonisch contact

In de vierde stap werd een steekproef genomen. Op figuur 16 ziet men dat er in totaal 37 (62%) deelnemende patiënten telefonisch gecontacteerd werden waarbij de tevredenheid aangaande de arbeidsongeschiktheidsduur van de patiënt werd nagegaan en of de duur van de arbeidsongeschiktheid correct werd ingeschat.



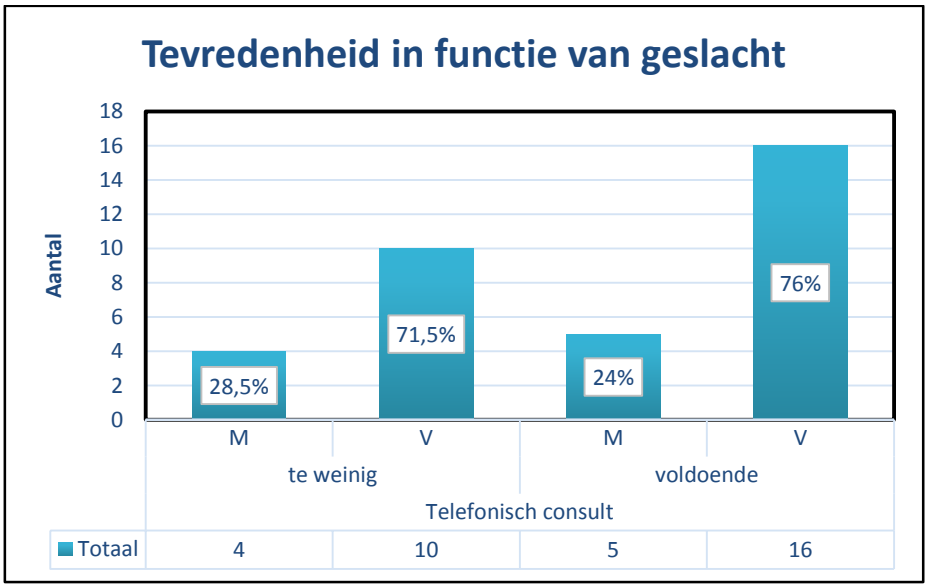

**Figuur 16: Telefonische gesprekken – volledige steekproef.**

### 4.5.1 Tevredenheid duur arbeidsongeschiktheid



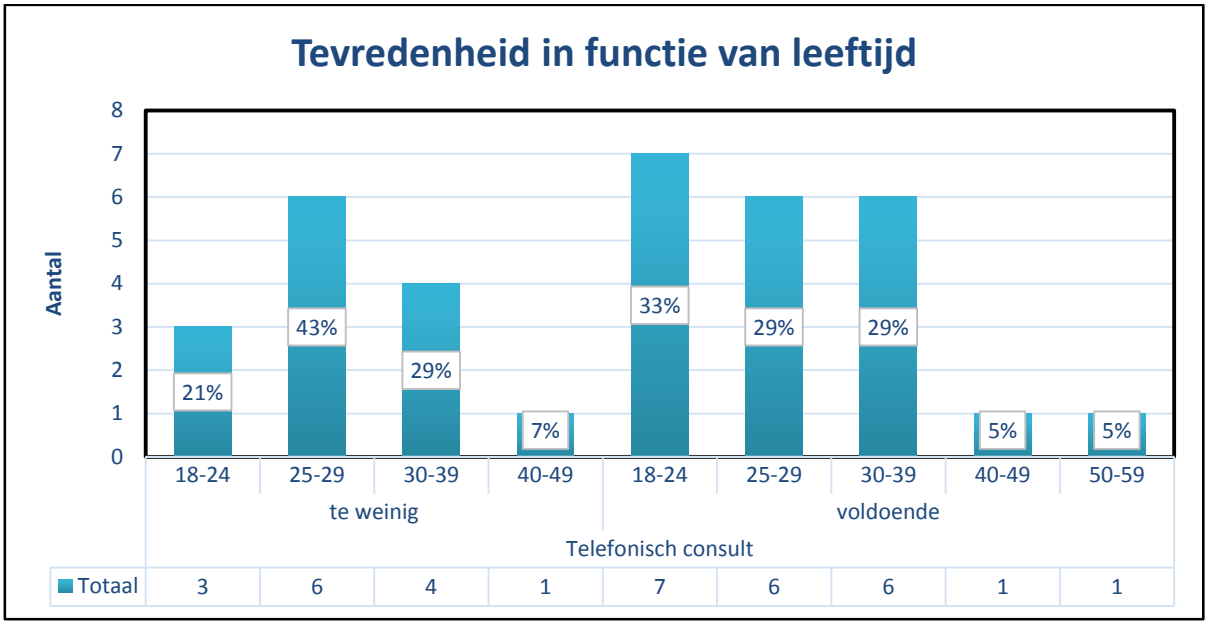

Figuur 17: Tevredenheid duur – volledige steekproef.

Figuur 17 toont de tevredenheid van de patiënten aangaande de arbeidsongeschiktheidsduur voor alle werkdiagnoses. In totaal bleek 21 (57%) patiënten tevreden en 16 patiënten niet tevreden met de voorgeschreven duur. De duur zou in 2 (5%) gevallen te lang zijn geweest en in 14 (38%) gevallen te kort.



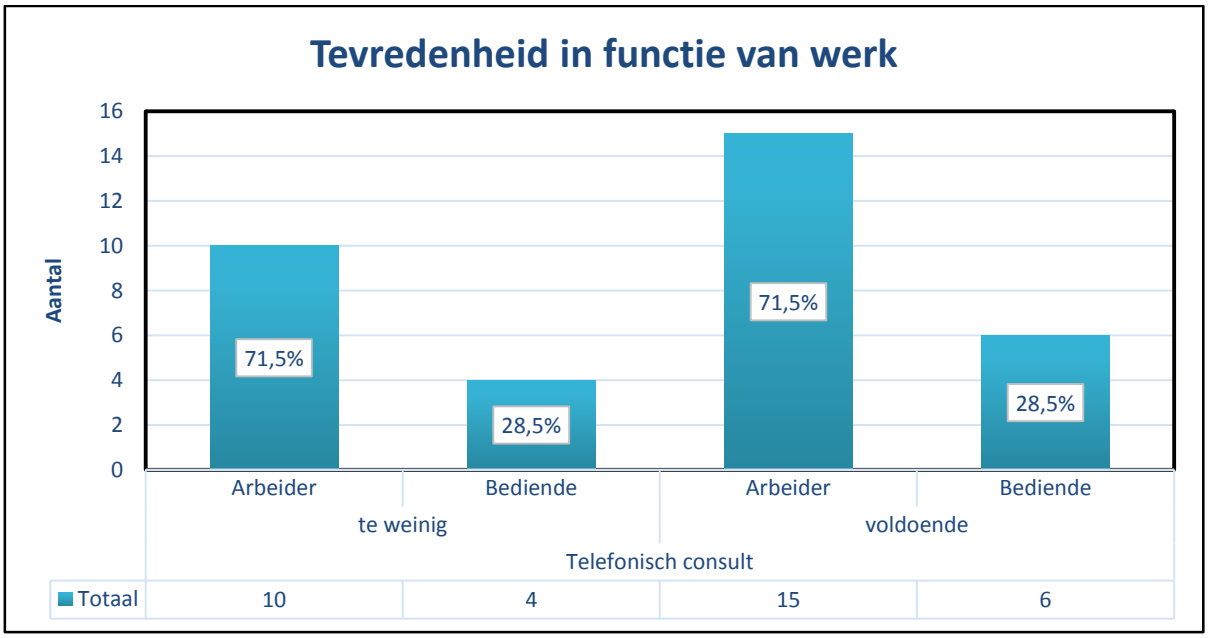

Figuur 18: Tevredenheid in functie van geslacht.

Men ziet geen duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen in de tevredenheid over de duur van arbeidsongeschiktheid. De verhouding blijft in de groepen 'te weinig' en 'voldoende' ongeveer hetzelfde. (figuur 18)




Figuur 19: Tevredenheid in functie van leeftijd.

Op figuur 19 ziet men de tevredenheid in functie van leeftijdscategorieën. Er wordt een klein verschil gezien voor de leeftijdsgroepen van 18–24 jaar en 25–29 jaar maar als we die bij elkaar optellen, komen we in beide groepen op ongeveer 60% uit. Globaal gezien komen de percentages uit de verschillende leeftijdscategorieën overeen voor de groepen 'te weinig' en 'voldoende'.

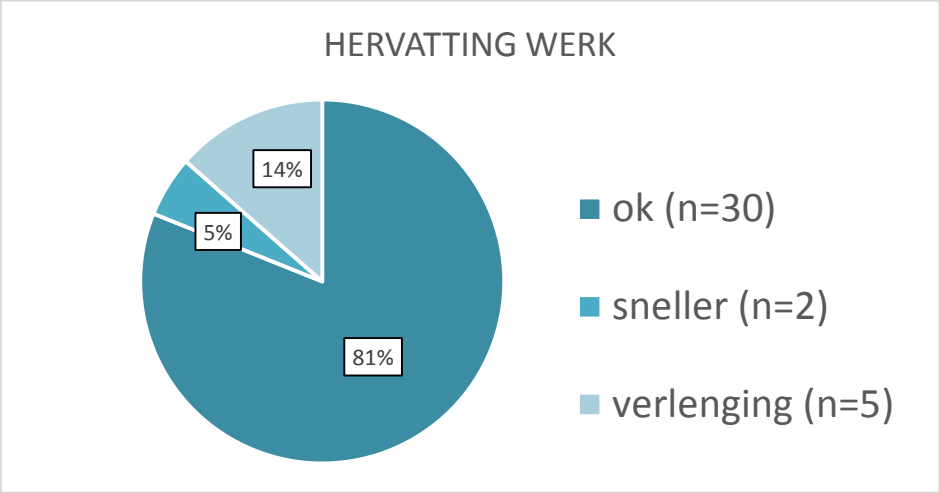



Figuur 20: Tevredenheid in functie van werk.

Figuur 20 toont dat zowel in de groep die tevreden was als in de groep die vond dat ze te weinig dagen voorgeschreven kregen de verhouding van arbeiders versus bedienden dezelfde zijn.

### 4.5.2 Correcte inschatting duur arbeidsongeschiktheid

Figuur 21 toont of de duur correct werkt ingeschat aan de hand van de hervatting van de professionele activiteiten van de patiënt. In totaal werd in 30 (81%) gevallen de duur van arbeidsongeschiktheid gerespecteerd. In 2 (5%) gevallen werd het werk sneller hervat dan was voorgeschreven. In 5 (14%) gevallen was een verlenging van de arbeidsongeschiktheid nodig.

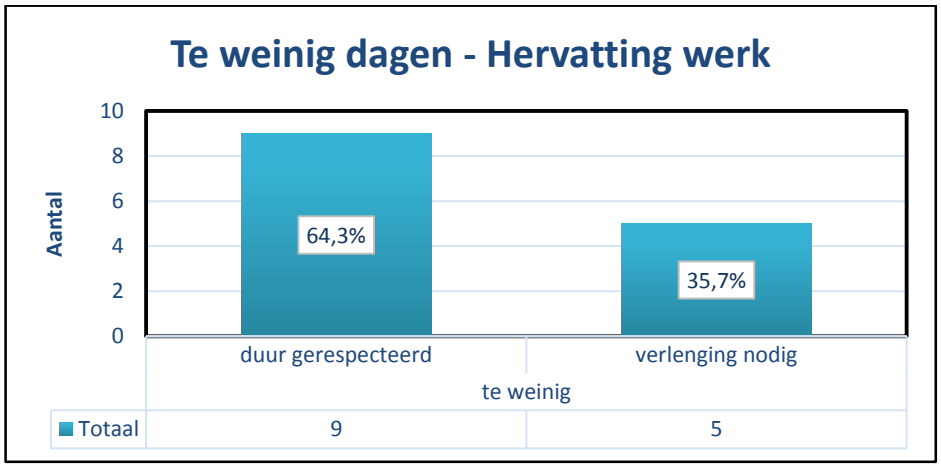



Figuur 21: Correcte inschatting arbeidsongeschiktheidsduur – volledige steekproef.

### 4.5.3 Tevredenheid in functie van werkhervatting

Van de twee patiënten die vonden dat er te veel dagen werden voorgeschreven, hervatte 1 patiënt het werk sneller en de andere respecteerde de voorgeschreven arbeidsongeschiktheidsduur.

Figuur 22 toont de werkhervatting van de patiënten die vonden dat ze te weinig dagen hadden gekregen. In 9 (64,3%) gevallen werd de arbeidsongeschiktheidsduur gerespecteerd en hervatte de patiënt het werk op de voorziene dag. In 5 (35,7%) gevallen was een verlenging nodig.




Figuur 22: Te weinig dagen – hervatting werk – volledige steekproef.

### 4.5.4 Redenen ontevredenheid arbeidsongeschiktheidsduur

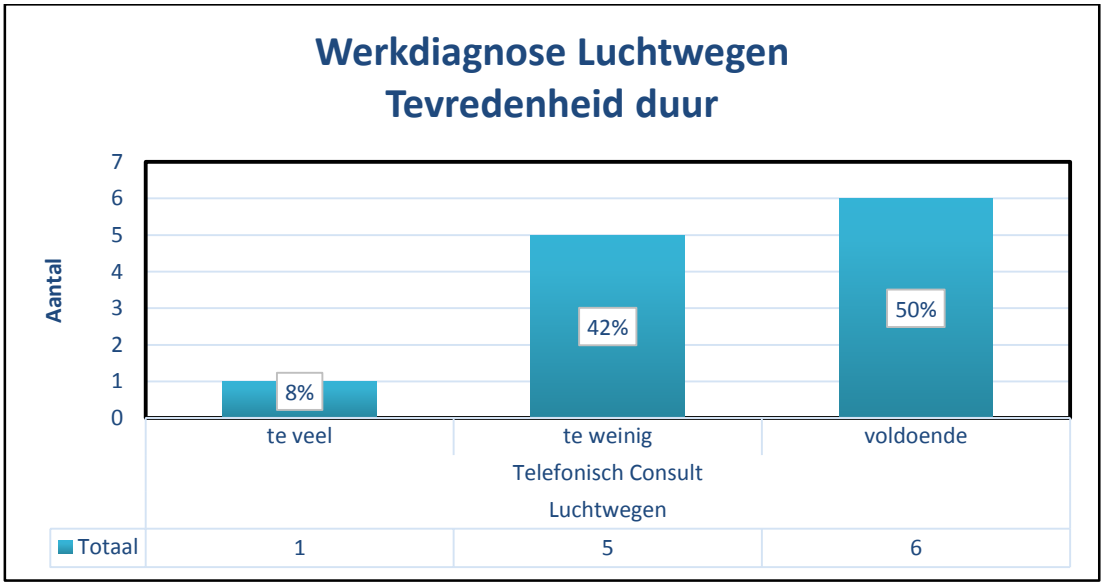
Tijdens het telefonisch consult werd bij ontevredenheid over de arbeidsongeschiktheidsduur eveneens de reden ervan nagevraagd. Bij de patiënten die vonden dat ze te weinig dagen arbeidsongeschiktheid hadden gekregen, werd als reden van ontevredenheid onder andere een 'moeilijke thuissituatie', 'subjectieve klachten van moeheid en pijn' en 'moeilijk op het werk geraken' vermeld. De meesten vermelden ook dat één of twee dagen extra voldoende zou zijn geweest.

Twee op de drie patiënten zijn niet opnieuw naar de arts gekomen ondanks dat ze vonden dat ze te weinig dagen hadden gekregen. De reden hiervan werd ook bevraagd. Patiënten vermelden onder andere angst voor ontslag en een slechte sfeer op het werk.

### 4.5.5 Tevredenheid in functie van werkhervatting voor de specifieke werkdiagnoses

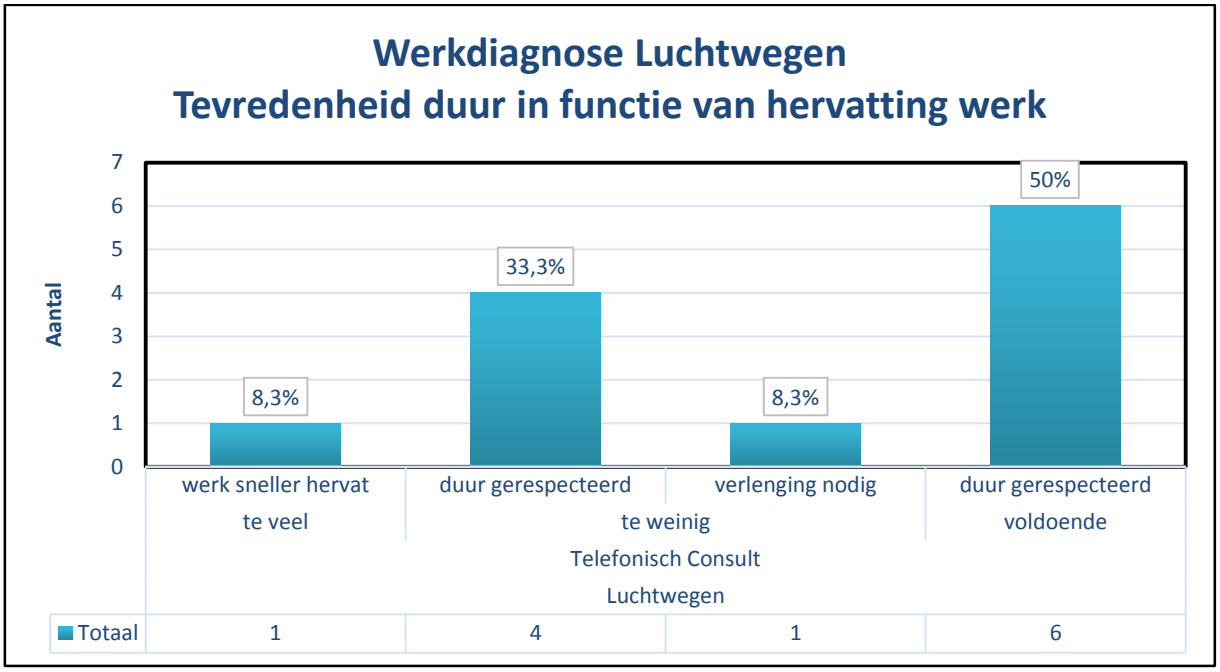
#### *4.5.5.1 Werkdiagnose Luchtwegen*

Van de patiënten met de werkdiagnose 'luchtwegen' werden 12 (55%) teruggebeld. Figuur 23 toont de tevredenheid van de patiënten voor de diagnose 'luchtwegen': 6 (50%) patiënten waren tevreden met de voorgeschreven duur, 5 (42%) patiënten vonden dat er te weinig dagen waren voorgeschreven en 1 (8%) patiënt vond dat het ziekteattest te lang duurde.



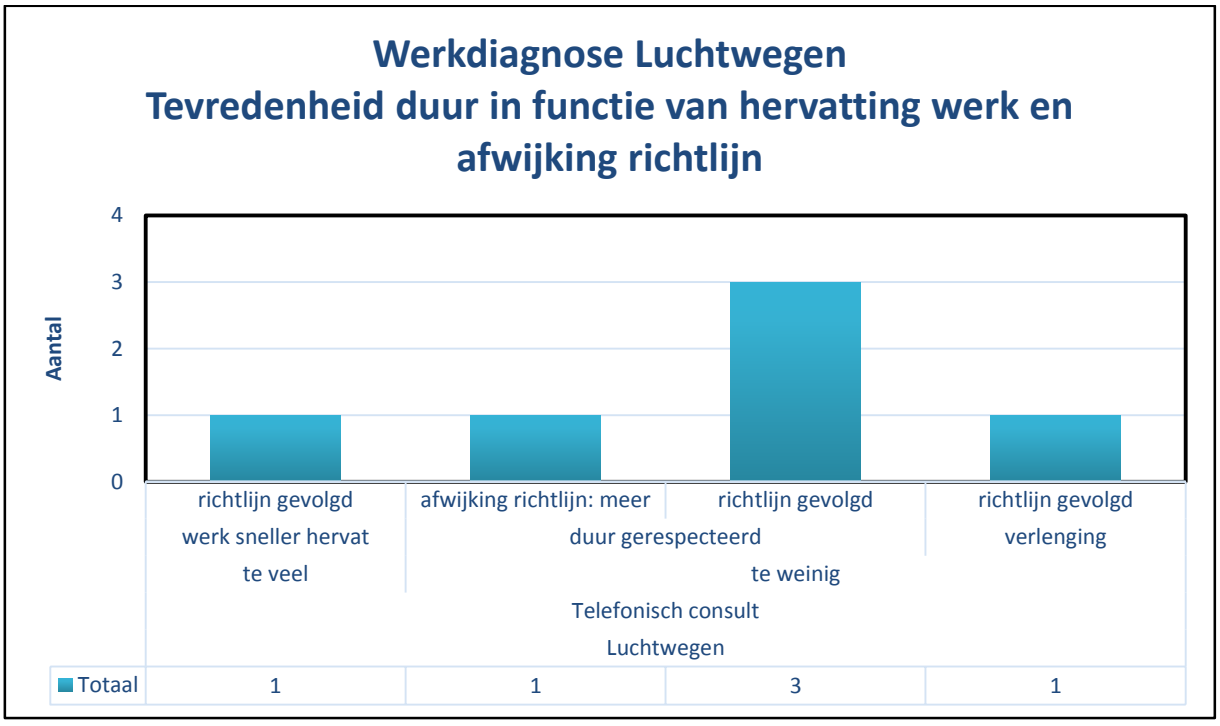

Figuur 23: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur.

De patiënt die vond dat er te veel dagen waren voorgeschreven, heeft het werk sneller hervat. Van de 5 patiënten die vonden dat er te weinig dagen waren voorgeschreven hebben 4 (80%) patiënten de duur van arbeidsongeschiktheid gerespecteerd en 1 (20%) patiënt heeft om een verlenging gevraagd. Op figuur 24 ziet men dat in totaal in 10 (83,3%) gevallen de voorgeschreven duur werd gerespecteerd.




**Figuur 24: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk.**

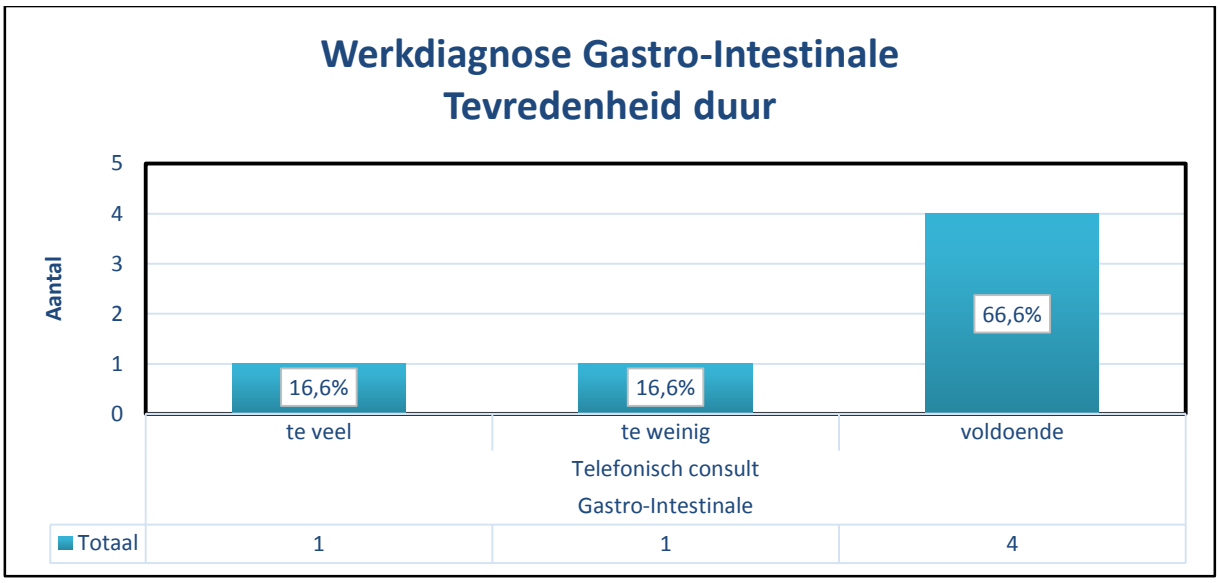
Van de patiënten die tevreden waren met de duur van arbeidsongeschiktheid, werd er niet afgeweken van de richtlijn bij het bepalen van de duur. Van de 5 patiënten die vonden dat er te weinig dagen werden voorgeschreven, werd er in 1 (20%) geval afgeweken van de richtlijn. Voor de patiënt die een verlenging nodig had, had men niet afgeweken van de richtlijn. (zie figuur 25)



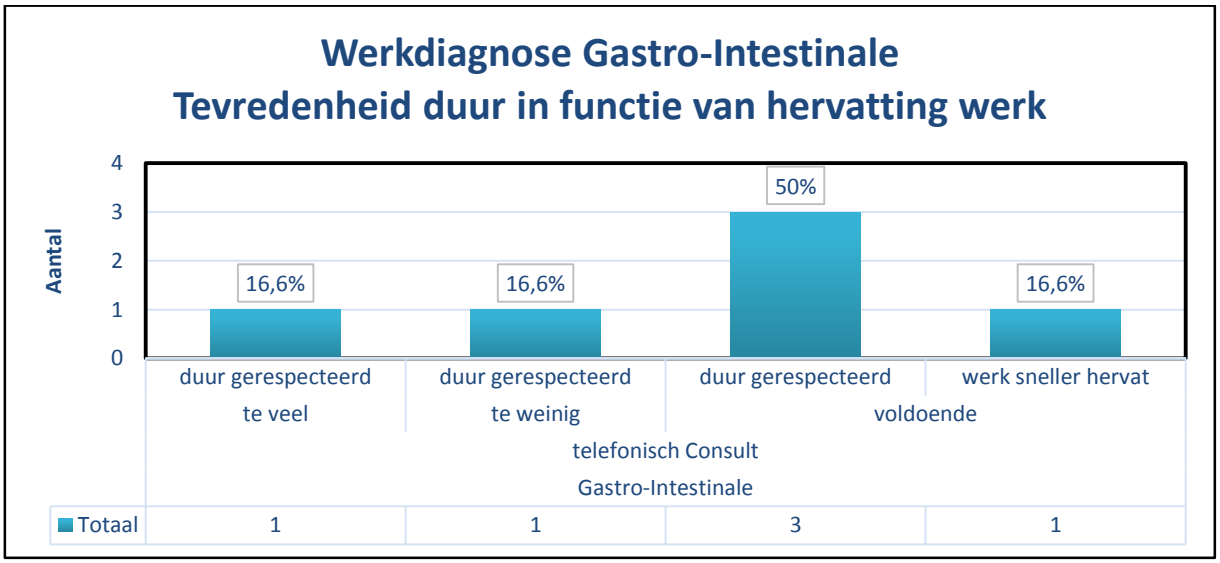

**Figuur 25: Werkdiagnose Luchtwegen – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn.**

### 4.5.5.2 ***Werkdiagnose Gastro-Intestinale***

Van de groep 'gastro-intestinale' werden 6 (50%) patiënten teruggebeld.

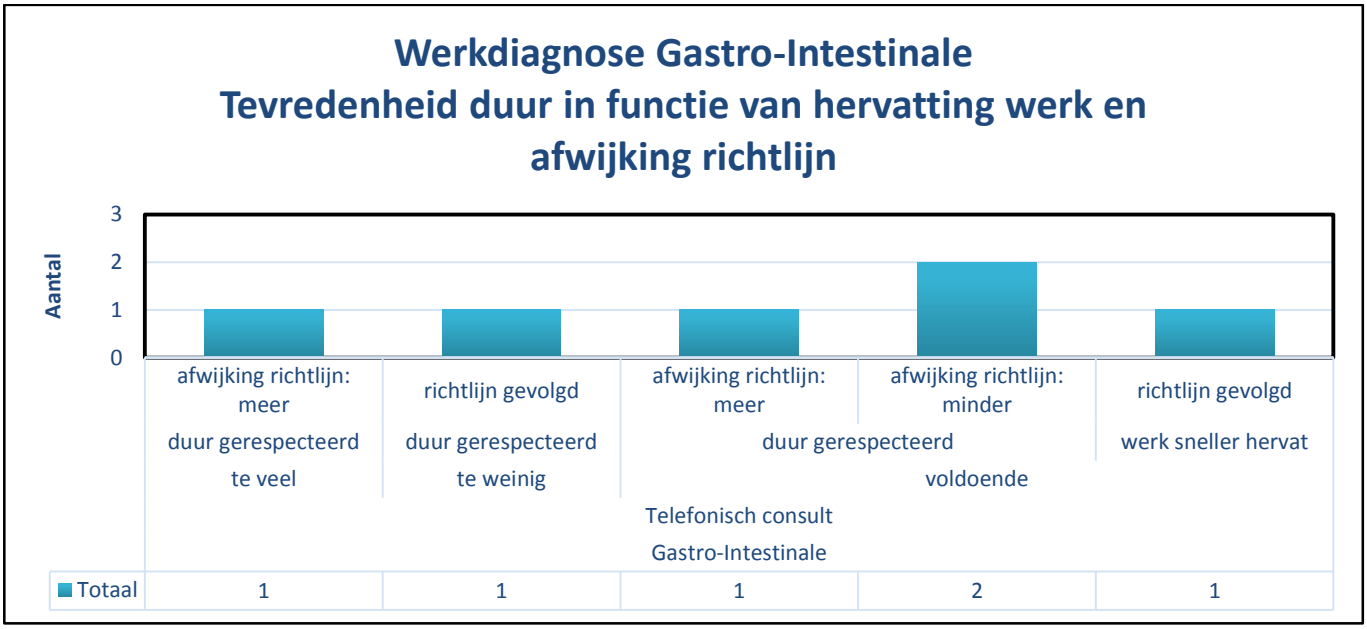



**Figuur 26: Werkdiagnose Gastro-Intestinale – Tevredenheid duur.**




**Figuur 27: Werkdiagnose Gastro-Intestinale – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk.**

Figuur 26 toont de tevredenheid over de duur en figuur 27 in functie van de werkhervatting voor de werkdiagnose 'gastro-intestinale'. In totaal waren 4 (66,7%) patiënten tevreden met de voorgeschreven duur. Daarvan respecteerden 3 patiënten (75%) de duur van de voorgeschreven arbeidsongeschiktheid en 1 patiënt (25%) ging sneller terug aan het werk. In totaal waren 2 (33,3%) patiënten niet tevreden: 1 patiënt vond dat de voorgeschreven duur te kort was en de andere vond het te lang. In beide gevallen werd de duur gerespecteerd. In totaal werd de duur in 5 van de 6 (83,3%) gevallen gerespecteerd. De patiënt die het werk sneller hervatte, vermelde dat ze daar spijt van had omdat ze nog niet voldoende genezen was toen ze aan het werk ging en het gevoel heeft gehad dat haar ziekte daardoor langere tijd heeft aangesleept.

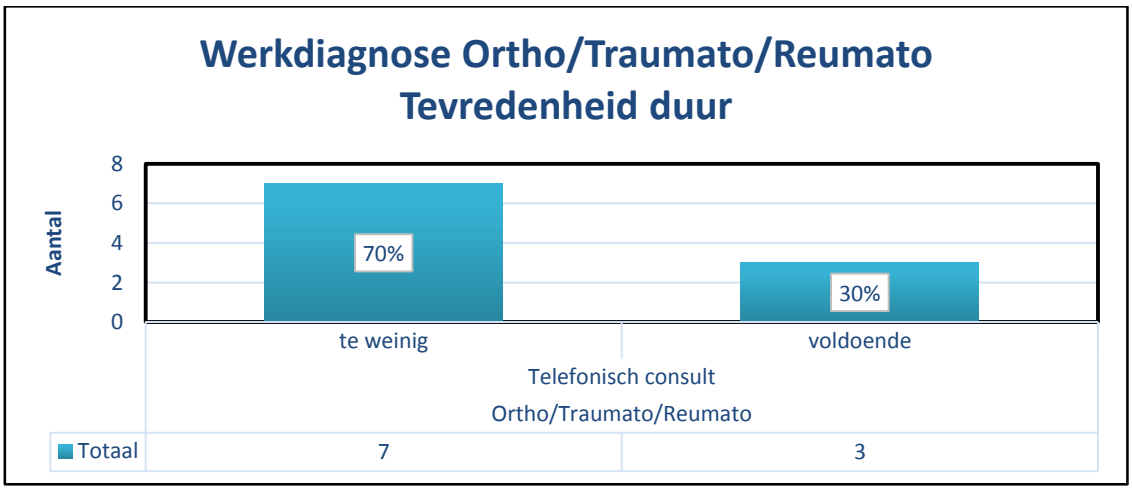



**Figuur 28: Werkdiagnose Gastro-Intestinale – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn.**

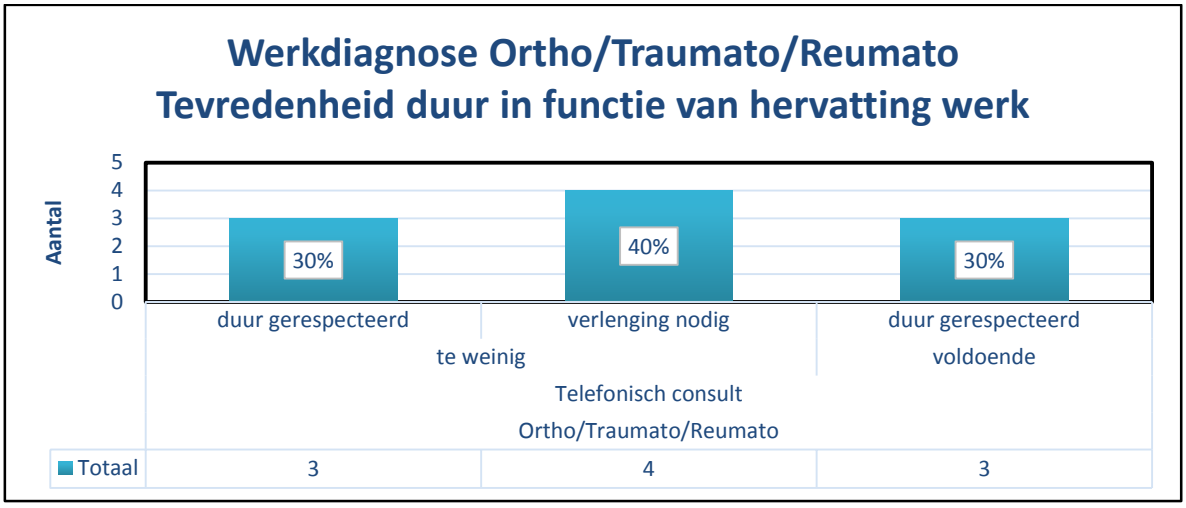
Op figuur 28 ziet men dat er voor de patiënt, die vond dat de duur van het ziekteattest te lang was, men had afgeweken van de richtlijn: er was een langere duur voorgeschreven dan de richtlijn aangeeft. Bij de patiënt die vond dat hij te weinig dagen had gekregen, had men niet afgeweken van de richtlijn. In de groep die tevreden was over het aantal voorgeschreven dagen, waren er 2 patiënten die een kortere duur hadden gekregen en 1 patiënt die een langere duur had gekregen dan de richtlijn aangeeft.

### *4.5.5.3 Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato*

In totaal werden 10 patiënten (62,5%) uit de groep 'ortho/traumato/reumato' telefonisch gecontacteerd. Daarvan bleken 3 (30%) patiënten tevreden over de voorgeschreven duur en 7 (70%) patiënten vonden dat er te weinig dagen werden voorgeschreven. (zie figuur 29)

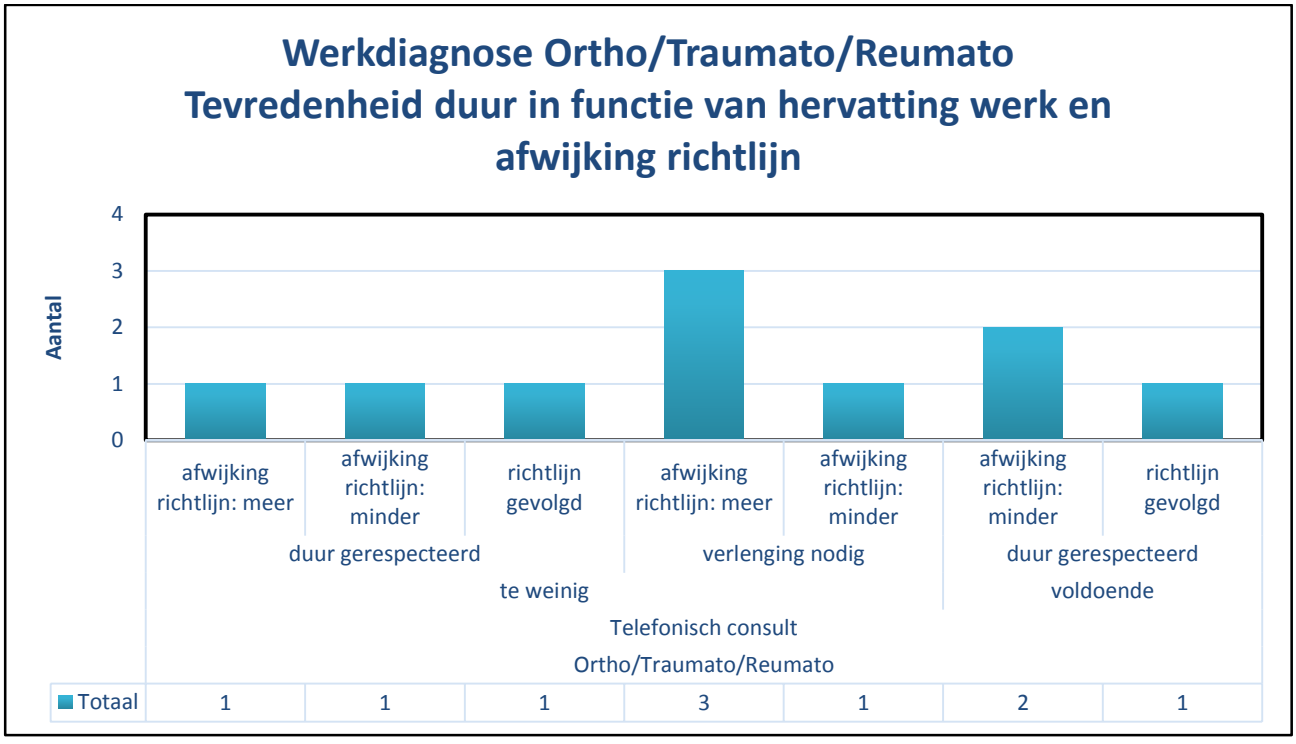



**Figuur 29: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur.**




**Figuur 30: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk.**

Op figuur 30 ziet men dat 6 (60%) patiënten de duur van arbeidsongeschiktheid respecteerde. Dit bleek iedereen uit de groep van de tevreden patiënten te zijn en minder dan de helft (43%) van de patiënten uit de groep die vond dat ze te weinig dagen hadden gekregen. Voor meer dan de helft (57%) van die groep was een verlenging van het ziekteattest nodig.




**Figuur 31: Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato – Tevredenheid duur in functie van hervatting werk en afwijking richtlijn.**

In de groep die tevreden was over het aantal dagen werd in twee van de drie gevallen minder dagen voorgeschreven dan in de richtlijn staat vermeld. In de groep die vond dat ze te weinig dagen hadden gekregen en een verlenging nodig hadden, was er in 3 van de 4 (75%) gevallen reeds een langer attest voorgeschreven. (zie figuur 31)

# 5 Discussie

In deze masterproef werd een diagnosespecifieke richtlijn over de duur van arbeidsongeschiktheid toegepast in de praktijk. Daarbij werd gekeken of er vaak werd afgeweken van de richtlijn, welke de beïnvloedende factoren daarbij waren, wat de tevredenheid was van de patiënten aangaande de voorgeschreven duur en of de duur correct werd ingeschat aan de hand van de hervatting van de professionele activiteiten.

## 5.1 Interpretaties onderzoeksproject

### 5.1.1 Kenmerken onderzoekspopulatie.

Dit onderzoek vond plaats in een wijkgezondheidscentrum in Gent. De onderzoekspopulatie bestond uit 60 patiënten waarvan 46 vrouwen en 14 mannen. Het was voornamelijk een jonge populatie met 31 patiënten onder de 30 jaar en slechts 3 boven de 50 jaar. De onderzoeksgroep bestond uit 41 arbeiders en 19 bedienden.

Om een vergelijking met de studie van Evelyne Uyttersprot te maken werden de verschillende pathologieën ingedeeld per werkdiagnose.[3] Er waren 12 patiënten met de werkdiagnose 'gastro–intestinale' waarvan iedereen met buikgriep. In de 'ortho/traumato/reumato' groep zaten 16 patiënten waarvan 62,5% met rugpijn en 37,5% met een trauma. De werkdiagnose 'luchtwegen' was de grootste met 22 patiënten waarvan 95,5% met een bovenste luchtweginfectie. De overige werkdiagnoses hadden een te kleine steekproefgrootte om besluiten over te kunnen nemen. In dit praktijkproject was voornamelijk één welbepaalde pathologie representatief per werkdiagnose. Het lijkt daarom zinvoller een richtlijn te schrijven per specifieke pathologie eerder dan per werkdiagnose gezien men zich wel kan inbeelden dat de arbeidsongeschiktheidsduur voor een pneumonie anders zal zijn dan voor een bovenste luchtweginfectie.

### 5.1.2 Beïnvloedende factoren op de arbeidsongeschiktheidsduur

#### *5.1.2.1 Geslacht en leeftijd.*

Voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' en 'luchtwegen' was de gemiddelde voorgeschreven duur langer voor de vrouwen dan voor de mannen. Dit wordt eveneens gezien in het onderzoek van 1995 over het toekennen van arbeidsongeschiktheid waardat de combinatie werk en gezin, vooral door vrouwen als stresserend ervaren wordt en leidt tot langer ziekteverzuim.[2] Ook in een artikel over primaire arbeidsongeschiktheid van het RIZIV blijkt dat vrouwen langer afwezig zijn dan mannen als ook dat het aantal dagen arbeidsongeschiktheid toeneemt met de leeftijd.[22] In dit onderzoeksproject ziet men geen verschil tussen de leeftijdscategorieën voor de werkdiagnoses 'luchtwegen' en 'gastro–intestinale'. Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' neemt de gemiddelde duur toe naarmate de leeftijdscategorie stijgt. Een mogelijke verklaring

waarom dit fenomeen enkel in de groep 'ortho/traumato/reumato' gevonden wordt is dat men voor dergelijke pathologieën een langere recuperatieperiode zou nodig hebben naarmate men ouder wordt.

#### *5.1.2.2 Dag van de week.*

Voor de diagnoses 'ortho/traumato/reumato' en 'luchtwegen' ziet men een daling van het gemiddeld aantal voorgeschreven dagen op vrijdag in vergelijking met het begin van de week (maandag en dinsdag). Dit wordt eveneens gezien in een studie over ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1995 waar de gemiddelde duur het hoogst bleek voor attesten uitgeschreven in het begin van de week en daalt naar het einde van de week toe.[2]

#### *5.1.2.3 Opleiding en werk.*

Wat de opleiding en het werk betreft, werd weinig verschil gezien voor de groep 'luchtwegen'. Voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' is er een klein verschil wat betreft de opleiding. Een vergelijking in werksituatie kon hier niet gemaakt worden omdat deze groep voornamelijk uit arbeiders bestond. In de 'gastro–intestinale' groep kregen patiënten met een opleiding in BSO/TSO gemiddeld meer dagen voorgeschreven dan met een ASO/HS opleiding. Dit verschil is kleiner wat betreft de werksituatie maar er werd gemiddeld ook meer dagen geschreven voor arbeiders dan voor bedienden. Verklarende factoren zijn het verschil in grootte van de steekproef maar zeker ook fysiek zwaar werk.

### 5.1.3 Afwijken van de richtlijn

Voor de patiënten met werkdiagnoses 'ortho/traumato/reumato', 'gastro–intestinale', en 'luchtwegen' werd in 25 (50%) gevallen de nieuwe richtlijn gevolgd. In 14 (28%) gevallen werd een langer en in 11 (22%) gevallen een korter ziekteattest geschreven.

Meerdere beslissingsfactoren konden een rol spelen bij het afwijken van de nieuwe richtlijn. In dit praktijkproject werd voor deze 3 werkdiagnoses bij het voorschrijven van een langere duur in 50% van de gevallen rekening gehouden met patiëntgebonden factoren (in 71% omwille van de vraag van de patiënt naar een zo lang mogelijk attest en in 29% van de gevallen omwille van de thuissituatie). In 93% van de gevallen was er een invloed door werkgebonden factoren (in 92% van de gevallen omwille van zwaar werk en in 8% van de gevallen omwille van werk met voeding). In 57% van de gevallen werd rekening gehouden met medische beslissingsfactoren bij het voorschrijven van een langere duur (in 75% omwille van de graad van subjectieve klachten en in 25% van de gevallen omwille van de objectief klinische bevindingen).

Bij het schrijven van een kortere duur was er in 27% van de gevallen een invloed door patiëntgebonden factoren (namelijk de vraag van de patiënt naar een zo kort mogelijk attest) en in 27% van de gevallen door medische factoren (66% door objectief klinische bevindingen en 33% door graad van subjectieve klachten). In 45% van de gevallen was

er een invloed door de dag van de week. Er was nooit een invloed van werkgebonden factoren bij het schrijven van een kortere duur.

Men kan besluiten dat deze nieuwe richtlijn over arbeidsongeschiktheidsduur niet blindelings mag gevolgd worden maar dat men ook rekening dient te houden met andere beslissingselementen bij het bepalen van de ideale duur. Uit de studie rond ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid uit 1995 en de masterproef van Evelyne Uyttersprot blijkt eveneens dat het oordeel over de arbeidsongeschiktheidsduur door de huisarts niet enkel gebaseerd is op strikt medische factoren maar ook op arbeidsgebonden en patiëntgebonden factoren.[2–3]

### 5.1.4 Tevredenheid en correcte inschatting van de duur

In dit onderzoeksproject werden 37 (62%) deelnemende patiënten telefonisch gecontacteerd waarbij de tevredenheid en de correcte inschatting aangaande de arbeidsongeschiktheidsduur werd nagegaan. In totaal bleken 21 (57%) patiënten tevreden met de voorgeschreven duur. De duur zou in 2 (5%) gevallen te lang zijn geweest en in 14 (38%) gevallen te kort. Men ziet geen verschil in tevredenheid over de arbeidsongeschiktheidsduur voor de verschillende geslachten, leeftijdscategorieën en werksituaties.

In totaal werd in 30 (81%) gevallen de duur van arbeidsongeschiktheid gerespecteerd. Dit betekent dat van de groep die vond dat ze te weinig dagen hadden gekregen, toch bijna twee op drie patiënten het werk hervatte op de voorziene dag. In totaal werd in 2 (5%) gevallen het werk sneller hervat en in 5 (14%) gevallen was een verlenging van de arbeidsongeschiktheidsduur nodig.

### 5.1.5 Analyse richtlijn arbeidsongeschiktheidsduur per werkdiagnose.

#### *5.1.5.1 Werkdiagnose Luchtwegen*

In de groep 'luchtwegen' was de gemiddelde duur die uiteindelijk werd voorgeschreven in dit onderzoeksproject 2,5 dagen (95% BI [2,1–2,9]) en de mediaan eveneens 2,5 dagen. Dit komt overeen met de gemiddelde duur dat de nieuwe richtlijn aangeeft. In de richtlijn van Evelyne Uyttersprot was een gemiddelde van 3 dagen voorgesteld maar dit lijkt voor deze praktijk te veel. Een mogelijke verklaring van dit verschil is dat in dit praktijkproject de werkdiagnose 'luchtwegen' voornamelijk om bovenste luchtweginfecties ging terwijl dit in het praktijkproject van Evelyne Uyttersprot mogelijks over verschillende luchtwegpathologieën gaat.[3]

In dit praktijkproject werd voor de werkdiagnose 'luchtwegen' slechts in 5% van de gevallen een langere duur voorgeschreven dan vooropgesteld. In 9% van de gevallen werd een kortere duur voorgeschreven. In 86% van de gevallen werd de correcte duur voorgeschreven. Er werd dus niet veel afgeweken van de nieuwe richtlijn.

Van de patiënten met de werkdiagnose 'luchtwegen' werden er 12 (55%) teruggebeld. In 50% van de gevallen waren de patiënten tevreden met de voorgeschreven duur. 42%

van de patiënten vond dat er te weinig dagen waren voorgeschreven en 8% vond dat het ziekteattest te lang duurde. In totaal heeft 83,3% van de patiënten de voorgeschreven ongeschiktheidsduur gerespecteerd. Van de 5 patiënten die vonden dat er te weinig dagen waren voorgeschreven hebben 4 patiënten de duur gerespecteerd.

Men kan besluiten dat voor de werkdiagnose 'luchtwegen' en dan specifieker voor bovenste luchtweginfecties een gemiddelde van 2,5 dagen een goed richtlijn blijkt te zijn in deze praktijk.

#### *5.1.5.2 Werkdiagnose Gastro-Intestinale*

Voor de werkdiagnose 'gastro–intestinale' werd een gemiddelde duur van 2,1 dagen (95% BI [1,5–2,7]) gevonden en een mediaan van 2 dagen. Dit is gelijkaardig met de 2 dagen die voorgesteld wordt in de nieuwe richtlijn en de 2 dagen die worden aangeraden in de richtlijn van Evelyne Uyttersprot.[3]

Voor de werkdiagnose 'gastro–intestinale' werd in 42% van de gevallen een langere duur voorgeschreven en in 42% van de gevallen een kortere duur. De nieuwe richtlijn werd dus slechts in 17% van de gevallen gevolgd.

Van de groep 'gastro–intestinale' werden 6 (50%) patiënten teruggebeld. In totaal was 67% tevreden met de voorgeschreven duur. Eén patiënt vond het te kort en één patiënt te lang. In totaal werd de duur in 83,3% van de gevallen gerespecteerd.

Ondanks dat er veel werd afgeweken van de richtlijn, bleef de spreiding beperkt en het gemiddelde van 2 dagen behouden. Daardoor kan men besluiten dat voor de werkdiagnose 'gastro–intestinale' en meer bepaald voor de buikgriep, een gemiddelde van 2 dagen een goede richtlijn is in deze praktijk.

#### *5.1.5.3 Werkdiagnose Ortho/Traumato/Reumato*

Voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' was de gemiddelde voorgeschreven duur 4,9 dagen (95% BI [3,3–6,6]) en de mediaan 4,5 dagen. De grotere spreiding kan deels verklaard worden omdat deze groep verschillende pathologieën omvat.

Voor de diagnose 'ortho/traumato/reumato' werd in 25% van de gevallen de correcte duur van arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. In 50% van de gevallen werd een langere duur voorgeschreven en in 25% van de gevallen een kortere duur.

In totaal werden 10 patiënten (62,5%) uit de groep 'ortho/traumato/reumato' telefonisch gecontacteerd. Daarvan bleek 30% tevreden over de voorgeschreven duur en 70% vond dat er te weinig dagen werden voorgeschreven. In totaal respecteerde 60% van de patiënten de duur van arbeidsongeschiktheid. Uit de groep die vond dat ze te weinig dagen hadden gekregen, bleek in 57% van de gevallen een verlenging nodig.

Men kan besluiten dat in vele gevallen werd afgeweken van de nieuwe richtlijn als ook dat vaak een verlenging nodig bleek. De gemiddelde duur voor

'ortho/traumato/reumato' dat uiteindelijk werd voorgeschreven is ook veel hoger dan de duur van 3,5 dagen dat de nieuwe richtlijn aanbeval. In de analyse uit de eerste stap kwam men op een gemiddelde van 3,8 dagen voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' die vervolgens naar beneden werd afgerond omwille van de richtlijn van Evelyne Uyttersprot.[3] Het was hier waarschijnlijk beter geweest om voor deze nieuwe richtlijn af te ronden naar boven, namelijk 4 dagen of zelf meer. Dit zou best aangepast worden vooraleer deze nieuwe richtlijn te implementeren in de praktijk. De reden dat er voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' in deze praktijk meer dagen nodig zijn dan in de richtlijn van Evelyne Uyttersprot zou verklaard kunnen worden door het hoge percentage van arbeiders in deze populatie (68,3%) en het zwaar werk dat hiermee gepaard gaat.[3] Vooraleer deze richtlijn toe te passen, lijkt het zinvol deze werkdiagnose verder op te splitsen in verschillende subgroepen gezien de spreiding hier ook deels verklaard kan worden door de verschillende pathologieën in deze werkdiagnose.

## 5.2 Sterktes en zwaktes onderzoeksproject

Een beperking van dit onderzoek is de kleine steekproefgrootte. De bedoeling was om systematisch patiënten uit te nodigen om deel te nemen aan dit onderzoek. Door de hoge werkdruk en het tijdsgebrek in deze praktijk werd dit soms minder consequent gedaan. Ook omwille van die reden waren er uiteindelijk slechts twee artsen die hebben deelgenomen aan dit project. In deze praktijk is voor vele patiënten de Nederlandse taal geen evidentie, daarom werd er veel tijd gestoken in het zo eenvoudig en duidelijk mogelijk uitleggen van dit project. Een deel van de patiënten waar de communicatiebarrière toch te groot bleek, konden bijgevolg niet deelnemen aan dit project waardoor er een zekere bias is in de onderzoekspopulatie en die mogelijks minder representatief is voor de gehele populatie van de praktijk.

Een sterkte van dit onderzoek is dat men met gekoppelde vragenlijsten heeft gewerkt waardoor men de informatie betreffende de tevredenheid en correcte inschatting van de duur kon terugkoppelen aan het algemeen registratieformulier. Een ander sterk punt in deze studie is dat de kwaliteit van de registraties als goed beoordeeld kan worden: het verzamelen van de gegevens en het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid gebeurde op basis van een persoonlijke anamnese en klinisch onderzoek. Deze persoonlijke interactie zorgt ervoor dat de huisarts een goede inschatting kon maken van de lichamelijke en psychische draagkracht van de patiënt wat van belang is in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsduur. Bij het telefonisch consult kan zich wel de vraag gesteld worden of de patiënten altijd even eerlijk zijn geweest over de tevredenheid van de duur. Slechts in twee gevallen vonden patiënten dat er een te lange duur werd voorgeschreven. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten misschien schrik hadden dit toe te geven en daardoor misschien bij volgend ziekteattest

minder of te weinig dagen arbeidsongeschiktheid te krijgen. Eventueel zou de tevredenheid in een vervolgonderzoek op een anonieme manier kunnen gebeuren.

Een andere beperking in dit onderzoeksproject is dat er geen rekening gehouden werd met mogelijke verlengingen bij de analyses van de arbeidsongeschiktheidsduur per werkdiagnose. Daarom zal de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur die uiteindelijk nodig was per werkdiagnose licht onderschat zijn in deze resultaten. Dit is zeker het geval voor de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato' waar de verlengingen het meest nodig bleken.

## 5.3 Planning van de Implementatie en Evaluatie nieuwe richtlijn

Om dit onderzoeksproject te laten renderen, zou het de bedoeling zijn om in de toekomst deze nieuwe richtlijn aangaande arbeidsongeschiktheidsduur te implementeren in de praktijk.

Het zou de bedoeling zijn alle huisartsen werkzaam in het wijkgezondheidscentrum hierbij te betrekken en te motiveren tot het gebruik van de richtlijn. Gedurende meerdere maanden zou de richtlijn uitgeprobeerd worden in de praktijk om die daarna te herevalueren.

Deze richtlijn zal eerst enkel toegepast worden voor de diagnoses 'buikgriep', 'bovenste luchtweginfecties' en de werkdiagnose 'ortho/traumato/reumato'. Voor deze laatste groep zal samen met de andere artsen bekeken worden of deze best opgesplitst wordt in 'acute rugpijn' en 'traumata'. Het idee zou zijn om met de tijd steeds meer pathologieën toe te voegen aan deze lijst.

De evaluatie zal niet op dezelfde manier kunnen gebeuren als in dit onderzoeksproject gezien de tijd hiervoor zou ontbreken. Een andere zinvolle manier is om te kijken naar hoe vaak er wordt afgeweken van de richtlijn en hoe vaak een patiënt een verlenging nodig heeft voor de specifieke diagnoses opgenomen in de richtlijn. De artsen zouden tijdens het consult een lijstje kunnen bijhouden met de arbeidsongeschiktheidsduren die zij hebben voorgeschreven voor de specifieke diagnoses als ook voor verlengingen.

Deze lijsten zouden vervolgens kort geanalyseerd kunnen worden waarbij de nieuwe gemiddelden per werkdiagnose vergeleken kunnen worden met de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduren uit de toegepaste richtlijn. Dan zal ook bekeken worden of de andere artsen het al dan niet een meerwaarde vinden om een richtlijn rond arbeidsongeschiktheidsduur toe te passen in deze praktijk.

Mogelijke hindernissen bij het implementeren en evalueren van deze richtlijn is een tekort aan motivatie of tijd van de artsen.

# 6 Besluit

Men kan besluiten dat een diagnosespecifieke richtlijn rond arbeidsongeschiktheidsduur kan bijdragen tot een zekere uniformiteit in de praktijk en kan bijdragen tot het optimaliseren van het toekennen van arbeidsongeschiktheid. Deze richtlijn kan bepaalde problemen die huisartsen ondervinden bij de attestering voorkomen en conflicten in het arts–patiënten contact helpen vermijden.

Een diagnosespecifieke richtlijn rond arbeidsongeschiktheidsduur is geen regel die blindelings gevolgd moet worden. Voor elke diagnose zal er wel eens van de richtlijn afgeweken worden omdat men ook rekening moet houden met patiëntgebonden, werkgebonden en medische beslissingsfactoren bij het beoordelen over de arbeidsongeschiktheidsduur.

Om een betere inschatting te kunnen maken van de arbeidsongeschiktheidsduur lijkt het idealer om per diagnose een richtlijn op te stellen eerder dan per werkdiagnose zoals in dit onderzoeksproject werd gedaan. Verder onderzoek naar de ideale arbeidsongeschiktheidsduur voor andere individuele pathologieën is nodig.

# 7 Referenties


1. Kedzia S, Kunz R, Zeller A, Rosemann T, Frey P, Sommer J, Herzig L, Alexanderson K, de Boer W. Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. Swiss Med Wkly. 2015; 145: w14201.

2. Maes R, De Graeve D. Ziekteverzuim en het toekennen van arbeidsongeschiktheid. UFSIA. 1995.

3. Uyttersprot E. Praktijkmanagement van kortdurende arbeidsongeschiktheid: Opstellen van een praktijkrichtlijn. Masterproef Huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent. 2013.

4. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. Scand J Prim Health Care. 2011; 29(4): 227–33.

5. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Wilteus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. BMC Fam Pract. 2012; 13: 10.

6. Wynne–Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. Scand J Prim Health Care. 2010; 28(2): 67–75.

7. Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlstrom RA. Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners. Scand J Public Health. 2008; 36(4): 408–14.

8. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. BMC Fam Pract. 2008; 9: 3.

9. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. Eur J Gen Pract. 2012; 18(4): 219–28.

10. Foley M, Thorley K, Denny M. 'The sick note': a qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland. Eur J Gen Pract. 2012; 18(2): 92–9.

11. Ljungquist T, Hinas E, Nilsson GH, Gustavsson C, Arrelöv B, Alexanderson K. Problems with sickness certification tasks: experiences from physicians in different clinical settings. A cross–sectional nationwide study in Sweden. BMC Health Serv Res. 2015; 15: 321.

12. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health. 2007; 7: 273.

13. Arbeidsongeschiktheid. Internet site Belgische overheid. Beschikbaar via: http://www.belgium.be/nl/werk/gezondheid_en_welzijn/arbeidsongeschiktheid. Geraadpleegd 2016 maart 11.

14. Arbeidsongeschiktheid. Internet site Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg. Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/detailA_Z.aspx?id=912. Geraadpleegd 2016 maart 11.

15. Schorsingen van de arbeidsovereenkomst – ziekte en ongeval. Internet site Federale overheidsdienst, Arbeid en Sociaal overleg. Beschikbaar via: http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=42337. Geraadpleegd 2016 maart 11.

16. Arbeidsongeschiktheid door ziekte. Internet site Sociale zekerheid. Beschikbaar via: https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/arbeidsongeschiktheid-ongeval-en-beroepsziekte/arbeidsongeschiktheid-door-ziekte. Geraadpleegd 2016 maart 11.

17. Berekening van uw arbeidsongeschiktheidsuitkering als werknemer/werkloze. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/berekening-arbeidsongeschiktheidsuitkering.aspx#.VuLkV_nhCUk. Geraadpleegd 2016 maart 11.

18. Aangifte en erkenning van uw arbeidsongeschiktheid als werknemer/werkloze. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/aangifte-erkenning-arbeidsongeschiktheid-als-werknemer-werkloze.aspx#.VuLixfnhCUk. Geraadpleegd 2016 maart 11.

19. RIZIV jaarverslag 2013. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jaarverslag-2013.pdf. Geraadpleegd 2016 maart 15.

20. Absenteïsme in 2014. Internet site Securex, 2015. Beschikbaar via: http://www.securex.be/nl/detail-pagina/White-paper---Absentesme-in-2014/. Geraadpleegd 2016 maart 14.

21. Statistieken uitkeringen primaire arbeidsongeschiktheid 2013. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistieken_uitkeringen_2012_2013.pdf Geraadpleegd 2016 maart 11.

22. Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid: Analyse en verklarende factoren. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekteverzuim-primaire-arbeidsongeschiktheid.pdf. Geraadpleegd 2016 maart 14.

23. RIZIV jaarverslag 2014. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/NL/PUBLICATIES/JV2014/Paginas/default.aspx#.VuaeXfnhCUk. Geraadpleegd 2016 maart 14.

24. Skånér Y, Nilsson GH, Arrelöv B, Lindholm C, Hinas E, Wilteus AL, Alexanderson K. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. BMJ Open. 2011; 1(2): e000303.

# 8 Bijlagen

## 8.1 Bijlage 1: 'Toestemmingsformulier arts'

TITEL PROJECT: Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: een kwaliteitsverbeterend project.
In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Delphine Smetryns een onderzoek om te zien of het toepassen van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid een meerwaarde kan bieden voor de patiënten.

Ik bevestig dat dokter Delphine Smetryns mij goed geïnformeerd heeft over dit onderzoek. Ik bevestig dat ik het doel van dit onderzoek heb verstaan. Ik zal meewerken aan dit onderzoek op vrijwillige basis en op elk moment kan ik de samenwerking van dit onderzoek stopzetten, zonder dat dit nadelige gevolgen zou hebben voor mij of voor mijn patiënten.

Ik zal de patiënten duidelijke uitleg geven over dit onderzoek, hen een informatieformulier meegeven en hen vragen het toestemmingsformulier patiënt te ondertekenen.

Ik stem ermee in dat de persoonlijke en klinische gegevens van de deelnemende patiënten die tijdens dit onderzoek worden verzameld, confidentieel verwerkt zullen worden.

De gegevens verzameld in het kader van dit onderzoek worden vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten, ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer. Dit onderzoek werd door het ethisch comité van het UZ Gent goedgekeurd
Bij deze geef ik mijn toestemming tot het meewerken aan dit onderzoek.

Naam arts …….

Handtekening Datum

---

Ik ondergetekende, dokter ……, bevestig dat ik aan bovengenoemde patiënt de nodige informatie heb gegeven aangaande dit onderzoek.

Naam informerende arts …….

Handtekening Datum

## 8.2 Bijlage 2: 'Informatieformulier patiënt'

TITEL PROJECT: Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: een kwaliteitsverbeterend project.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT:
Geachte Mevrouw, Geachte Meneer,
In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Delphine Smetryns een onderzoek om te zien of het toepassen van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid een meerwaarde kan bieden voor de patiënten. Dit onderzoek loopt van mei 2014 tot en met augustus 2015, onder toezicht van de Universiteit Gent.

Met dit onderzoek zal ze te weten komen hoelang er momenteel arbeidsongeschiktheid voorgeschreven wordt bij courante pathologieën, wat de mogelijke problemen/voordelen zijn bij het toepassen van de aangepaste praktijkrichtlijn, hoe tevreden de patiënten zijn na het toepassen van de praktijkrichtlijn en of de duur van hun arbeidsongeschiktheid correct werd ingeschat.

Door het ondertekenen van het toestemmingsformulier gaat u ermee akkoord om mee te werken aan dit onderzoek. Uw arts zal een aantal vragen stellen op het moment van de consultatie. Een aantal willekeurige patiënten zullen later telefonisch gecontacteerd worden met bijkomende vragen.
Alle gegevens zullen confidentieel behandeld worden en verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer. Uw deelname aan dit onderzoek gebeurt op vrijwillige basis en is absoluut geen verplichting. U kan zich op elk moment terugtrekken uit het onderzoek. Uw deelname aan dit onderzoek zal op therapeutisch vlak geen voor- of nadelen met zich meebrengen.

Indien u nog bijkomende inlichtingen wenst te verkrijgen omtrent dit onderzoek kunt u gerust contact opnemen.
Alvast bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,
Dr. Delphine Smetryns

Contactgegevens:
e-mail: smetrynsdelphine@hotmail.com

## 8.3 Bijlage 3: 'Toestemmingsformulier patiënt'

TITEL PROJECT: Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: een kwaliteitsverbeterend project.
In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Delphine Smetryns een onderzoek om te zien of het toepassen van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid een meerwaarde kan bieden voor de patiënten.

Ik bevestig dat dokter …….. (naam informerende huisarts) mij goed geïnformeerd heeft over dit onderzoek. Ik bevestig dat ik het doel van dit onderzoek heb verstaan en dat ik een schriftelijk informatieblad heb meegekregen. Mijn deelname aan dit onderzoek gebeurt op vrijwillige basis en op elk moment kan ik mij terugtrekken uit het onderzoek, zonder dat dit nadelige gevolgen zou hebben.

Ik stem ermee in dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens dit onderzoek worden verzameld en confidentieel verwerkt. Ik ga ermee akkoord om later telefonisch gecontacteerd te worden voor bijkomende vragen. De daaruit volgende informatie zal eveneens confidentieel verwerkt worden.

De gegevens verzameld in het kader van dit onderzoek worden vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).
Ik verleen toestemming aan de bevoegde instanties die de kwaliteit van dit onderzoek dienen te controleren om mijn persoonlijke, medische gegevens na te gaan. Zij zullen zich houden aan het beroepsgeheim.

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten, ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer. Dit onderzoek werd door het ethisch comité van het UZ Gent goedgekeurd
Bij deze geef ik mijn toestemming tot deelname aan dit onderzoek.

Naam patiënt …….

Handtekening Datum

---

Ik ondergetekende, dokter ……, bevestig dat ik aan bovengenoemde patiënt de nodige informatie heb gegeven aangaande dit onderzoek.

Naam informerende arts …….

Handtekening Datum

## 8.4 Bijlage 4: 'Registratieformulier artsen'

**ALGEMENE INFORMATIE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Voornaam + Naam patiënt | | | |
| Telefoonnummer patiënt | | | |
| Geslacht (M/V) | | | |
| Leeftijd | | | |
| Dag van de week | | | |
| Diploma/opleiding | | Aantal jaren? | Diploma behaald? |
| | ○ Middelbaar onderwijs | | |
| | □ Algemeen secundair onderwijs | …… | …… |
| | □ Technisch secundair onderwijs | …… | …… |
| | □ Beroeps secundair onderwijs | …… | …… |
| | ○ Hogeschool: afstudeerrichting: …… | …… | …… |
| | ○ Universiteit: afstudeerrichting: …… | …… | …… |
| Arbeidssituatie | ○ Beroep: …… | | |
| | ○ Werkloos | | |

**ARBEIDSONGESCHIKTHEID/DIAGNOSE**

| | |
|---|---|
| Arbeidsongeschiktheid | ○ Duur (aantal dagen): …… |
| | ○ Eerste attest / ……. Verlenging (1ste, 2de,…) |
| Diagnose | ○ Burn-out |
| | ○ Depressie |
| | ○ Rugpijn |
| | ○ Tendinitis |
| | ○ Jicht |
| | ○ Trauma: …… |
| | ○ Hoofdpijn |
| | ○ Bovenste luchtweginfectie |
| | ○ Onderste luchtweginfectie |
| | ○ Griep |
| | ○ Buikgriep |
| | ○ Allergie |
| | ○ Andere: …… |

**BESLISSINGSELEMENTEN:**

***Factoren die een invloed hadden bij het bepalen van de duur op de arbeidsongeschiktheid***

| | |
|---|---|
| Zijn er patiëntgebonden factoren? | ☐ Nee<br>☐ Ja:<br>o Thuissituatie: ……<br>o Vraag naar zo kort mogelijk<br>☐ Reden:……..<br>o Vraag naar zo lang mogelijk<br>☐ Reden:……<br>o Andere: …….. |
| Zijn er werkgerelateerde factoren? | ☐ Nee<br>☐ Ja:<br>o Zwaar werk<br>o Slechte sfeer op het werk<br>o Moeilijk vervangbaar op het werk<br>o Andere:…… |
| Zijn er medische factoren? | ☐ Nee<br>☐ Ja:<br>o Graad van subjectieve klachten: ……..<br>o Objectief klinisch bevindingen: ……<br>o Verzuimverleden: ……..<br>o Medische voorgeschiedenis: ……<br>o Andere: ……. |

**TELEFONISCHE VRAGENLIJST**

| | |
|---|---|
| Tevredenheid patiënt t.o.v. aantal dagen arbeidsongeschiktheid | o Te weinig dagen<br>o Voldoende dagen<br>o Te veel dagen<br>o Andere:…….. |
| Hervatting van de professionele activiteiten | o Verlenging AO was nodig<br>• Reden: ….……..<br>o Duur AO werd gerespecteerd<br>o Werk werd sneller hervat dan was voorgeschreven<br>• Reden:……..……. |

| |
|---|
| Bijkomende informatie: |

## 8.5 Bijlage 5: 'Goedgekeurd protocol'

# Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: een kwaliteitsverbeterend project.

Huisarts-in-opleiding: Delphine Smetryns
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Co-promotor: Dr. Stijn Vandenberghe

---

**KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL**

Het aantal dagen arbeidsongeschiktheid bepalen bij courante pathologieën is niet altijd evident omdat er geen richtlijn bestaat in onze praktijk. Het doel van deze thesis is om te zien of het toepassen van een praktijkrichtlijn een meerwaarde kan bieden in onze praktijk.

De courante pathologieën die ik wens te behandelen zijn: burn-out, depressie, rugpijn, tendinitis, jicht, trauma, hoofdpijn, bovenste en onderste luchtweginfecte, griep, allergie en buikgriep. Ik heb deze pathologieën geselecteerd omdat patiënten hiervoor frequent op consultatie komen en dit vaak de reden is tot het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Mijn onderzoeksgroep betreft alle werkende en werkzoekende patiënten tussen 18 en 65 jaar. Enkel arbeidsongeschiktheden die korter zijn dan één maand worden in dit onderzoek geïncludeerd.

De eerste stap is een analyse van de huidige situatie. Hoeveel dagen arbeidsongeschiktheid schrijf ik momenteel voor in mijn praktijk? Gedurende 1 maand zal ik het aantal dagen arbeidsongeschiktheid per pathologie opschrijven. Deze informatie wordt nu reeds systematisch in het elektronisch patiëntendossier genoteerd.

In een tweede stap zal ik de praktijkrichtlijn opgesteld verleden jaar door Evelyne Uyttersprot in het kader van haar masterproef als huisarts in opleiding aan de Universiteit van Gent vergelijken met de gegevens bekomen tijdens mijn analyse (zie eerste stap). Ik zal haar praktijkrichtlijn aanpassen zodanig dat ik deze kan toepassen in mijn praktijk.

De derde stap omvat het toepassen gedurende drie maanden in mijn praktijk van deze 'nieuwe' richtlijn. Ik zal mijn collega's erbij betrekken door ze ruimschoots te informeren over dit kwaliteitsverbeterend project en een toestemmingsformulier laten ondertekenen (zie bijlage 1: 'toestemmingsformulier arts'). De bedoeling is dat mijn collega's mee helpen om gegevens te verzamelen. Aan elke patiënt wordt zowel mondeling als schriftelijk de toestemming gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek. De patiënt ontvangt een informatieblad (zie bijlage 2: 'informatieformulier voor de patiënt') en zal het toestemmingsformulier ondertekenen (zie bijlage 3: 'toestemmingsformulier patiënt').
Samen met mijn collega's zullen gegevens geregistreerd worden aan de hand van een korte vragenlijst die door de arts dient ingevuld te worden (zie bijlage 4: 'registratieformulier artsen'). Ik zal gegevens verzamelen over leeftijd, geslacht, duur van de arbeidsongeschiktheid, dag van de week waarop de consultatie plaatsvond, opleiding en beroep van de patiënt, pathologie en andere beslissingselementen. Al deze beslissingselementen zijn factoren die ervoor kunnen zorgen dat er al dan niet wordt afgeweken van de richtlijn (zie bijlage 4). De gegevens vind ik terug in het elektronisch medisch dossier van de patiënt en worden als routine genoteerd in het patiëntendossier.

Nadien zal ik een steekproef nemen. Ik zal willekeurig 1 op de 5 (deelnemende) patiënten telefonisch contacteren, veertien dagen nadat ze op consultatie kwamen. De bevraging van de steekproef bestaat eruit om de tevredenheid van de patiënt na te gaan met betrekking tot de duur van de arbeidsongeschiktheid (zie bijlage 4). De bedoeling is om de informatie bekomen uit de steekproef terug te koppelen aan het registratieformulier.

Met dit onderzoek zal ik te weten komen hoelang we momenteel arbeidsongeschiktheid voorschrijven bij courante pathologieën, wat de mogelijke problemen/voordelen zijn bij het toepassen van de aangepaste praktijkrichtlijn, hoe tevreden de patiënten zijn na het toepassen van de praktijkrichtlijn en of de duur van hun arbeidsongeschiktheid correct werd ingeschat.

## 8.6 Bijlage 6: 'Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek*

**COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

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

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

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

| UW KENMERK | ONS KENMERK | DATUM | KOPIE |
|---|---|---|---|
| | 2014/0356 | 15-apr-14 | Zie "CC" |

**BETREFT**

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: Een kwaliteitsverbeterend project - MAnaMA Delphine Smetryns

**Belgisch Registratienummer: B670201420756**

* Adviesaanvraagformulier (versie 2, dd. 11/04/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (versie 2, dd. 11/04/2014)
* Diverse
  - Registratieformulier artsen (versie 2, dd. 11/04/2014)
  - Vragenlijst (Beslissingselementen) (versie 2, dd. 11/04/2014)
* Samenvatting protocol (versie 2, dd. 11/04/2014)
* Toestemmingsformulier arts (versie 2, dd. 11/04/2014)
* Antwoord onderzoeker ontv. 15/04/2014 op opmerkingen EC dd. 02/04/2014

**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 15/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/04/2015, 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 15/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/04/2015, 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 15/04/2014**
**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

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

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

J.

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2014/0356 | 15-apr-14 | Zie "CC" |

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0356

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**
**Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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

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

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT 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<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2014/0356 | 10-sep-15 | Zie "CC" |


**BETREFT**

Advies Amendement voor studie met als titel:
Implementatie van een praktijkrichtlijn over arbeidsongeschiktheid bij courante pathologieën: Een kwaliteitsverbeterend project - MAnaMA Delphine Smetryns

**Belgisch Registratienummer: B670201420756**
**Fase (Phase): NVT/NA**

Geachte collega

Wij ontvingen uw aanvraag op 10/07/2015 voor een amendement betreffende bovenvermelde studie.

Het betreft:

- Begeleidende brief Amendement dd. 04/07/2015
  Met akkoord Prof. D. Avonts
- Divers: Wijziging praktijkplaats: Wijkgezondheidscentrum "De sleep" in Gent
- Amendement: Verlengen onderzoek t.e.m. augustus 2016

Dit/deze document(en) werd(en) met bevoegdheidsdelegatie bekeken en goedgekeurd door de voorzitter van het Ethisch Comité dd. 24/07/2015.
Hiervan wordt melding gemaakt in het verslag van de vergadering van het Ethisch Comité dd. 18/08/2015.
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. In 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 Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
UZ Gent - Bimetra Clinics


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

Muriel Fouquet
09/332 33 36
muriel.fouquet@uzgent.be