



Optimalisatie van de communicatie/ samenwerking tussen huis- en arbeidsarts: Een focusgroepstudie.

Hannah Penders, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KU Leuven

Co-promotor: Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: [2019 – 2022]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Titel: Optimalisatie van de communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsarts: een focusgroepstudie.

Auteur: Hannah Penders

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire

Co-promotor: Prof. Dr. Lode Godderis

Achtergrond:

Zes jaar bevonden wij ons allen als toekomstig basisarts in eenzelfde aula, waarna onze wegen scheidden. Deze wegen kruisen tussen specialisten en huisartsen bijna dagelijks (briefwisseling, telefonisch, ...). Vlotte communicatie met de preventieve tak van de geneeskunde lijkt in de praktijk niet altijd even vanzelfsprekend. Het ligt er niet steeds duimdik bovenop, maar arbeid is een frequent en belangrijk thema op de huisartsenraadpleging. Huis- en arbeidsartsen bekommeren zich om dezelfde patiënten en werken vaak rond eenzelfde probleemstelling. Nochtans, lijken zij weinig op de hoogte te zijn van elkaars takenpakket.

Doel:

Het onderzoek zoekt inzicht in en een verklaring voor de huidige relatie tussen huis- en arbeidsarts. De studie reikt optimaliseringsmogelijkheden aan om te leiden tot een verbetering van de huidige communicatie tussen huis- en arbeidsarts en uiteindelijk van de zorg voor onze patiënten.

Methode:

De onderzoeksmethode is een exploratieve, kwalitatieve studie op basis van drie focusgroep gesprekken (FGG). De drie FGG zijn homogeen samengesteld, bestaande uit 8 huisartsen in opleiding (HAIO), 8 huisartsen en 8 arbeidsartsen. Aan de hand van een voorafgaande literatuurstudie zijn vragen en stellingen opgesteld. De vragen in het FGG centreren zich rond (1) perceptie van de huisarts op het arbeidsartsenberoep (en vice versa), (2) communicatie tussen huis- en arbeidsarts, (3) basisopleiding geneeskunde en (4) interdisciplinaire samenwerking. De analyse gebeurt volgens de Quagol-methode door twee analisten met een verschillende professionele achtergrond (HAIO en preventieadviseur).

Resultaten:

De arbeidsarts lijkt beter op de hoogte van wat de huisarts doet dan vice versa. Communicatie en samenwerking tussen huis- en arbeidsarts is beperkt. De voornaamste oorzaak van de moeizame communicatie tussen huis- en arbeidsarts is gebrekkige informatiedoorstroming. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn de vereenvoudiging van de toegankelijkheid van de contactgegevens van de arbeidsarts, de optimalisatie van de huidige software, het systematisch sturen van een verslag van de consultatie van de arbeidsarts of verwijsbrief door de huisarts, kennis(-making) over/met arbeidsarts en het creëren van een arbeid-reflex bij huisarts en patiënt. Aanpassingen in de basisopleiding en de opleiding huisartsgeneeskunde zou de kennis van de arts en hierdoor ook de toekomstige samenwerking ten goede kunnen komen. Ten slotte kunnen gemeenschappelijke navormingsinitiatieven tussen huis- en arbeidsarts de collega arts uit de onbekendheid halen.

Inhoudstafel

Abstract	3
Inhoudstafel	4
Dankwoord	6
1. Inleiding	7
1.1 Keuzeverantwoording	7
1.2 Stand van de literatuur	8
1.2.1 Communicatie/samenwerking	8
1.2.2 Arbeid – arbeidsarts	9
1.2.3 Gemeenschappelijke taal huis-arbeidsarts	10
1.2.4 Opleiding	10
1.3 Vraagstelling en relevantie	10
2. Methode	12
2.1 Literatuur en bronnen	12
2.2 Onderzoeksmethode	12
2.3 Deelnemers	13
2.4 Ethische implicaties	14
2.5 Analyse	14
3. Resultaten	16
3.1 Perceptie op het huis-arbeidsartsenberoep	16
3.1.1 Perceptie huisarts op het arbeidsartsenberoep	16
3.1.2 Perceptie arbeidsarts op het huisartsenberoep	16
3.1.3 Overeenkomsten – verschillen	17
3.2 Communicatie	18
3.2.1 Huidige communicatie	18
3.2.2 Verbeteringsmogelijkheden communicatie	20
3.3 Opleiding geneeskunde	22

3.3.1	Timing: basisopleiding of manama?	22
3.3.2	Vorm: theorie of stage?.....	22
3.4	Interdisciplinaire samenwerking	23
4.	Discussie	25
4.1	Antwoorden op onderzoeksvragen	25
4.2	Resultaten in vergelijking met literatuur.....	25
4.3	Sterktes en zwaktes van het onderzoek.....	26
4.4	Mogelijk vervolgonderzoek	26
5.	Besluit.....	28
6.	Referenties	29
7.	Bijlagen	31
7.1	Script focusgroep gesprek	31
7.2	Uitnodigingsmail HAIO, huisarts en arbeidsarts.....	33
7.3	Informed Consent Formulier	34
7.4	Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.....	40
7.5	Codebook NVivo	42

Dankwoord

Gedurende mijn drie HAIO jaren heb ik onderzoek verricht naar de communicatie en samenwerking tussen huis- en arbeidsarts. Dit is een ontzettend leerrijke periode geweest waarin ik mij als arts verder heb kunnen ontplooiën. Dit heb ik niet alleen gedaan. Daarom wil ik bij deze de personen bedanken die mij tijdens dit onderzoek hebben ondersteund.

Ten eerste wil ik graag mijn promotor professor Dr. Jan De Lepeleire bedanken. Zijn begeleiding is een grote meerwaarde geweest om deze masterproef tot een goed einde te brengen. Het is een eer te hebben kunnen bijleren van zijn expertise. Wat gaat KU Leuven professor De Lepeleire missen als hoogleraar en wat ben ik blij dat ik nog de kans heb gehad om door hem te zijn onderwezen.

Verder een welgemeende bedankt aan alle deelnemers van de FGG. Bedankt om mij de zinnen te geven om te verwoorden waar het mis loopt én vooral hoe het beter kan. In het bijzonder zou ik de arbeidsartsen willen bedanken. VVIB (Verenging Voor Interne Bedrijfsartsen) en de externe diensten voor preventie en welzijn op het werk hebben het gemakkelijk gemaakt om kandidaten voor de FGG te vinden. Het enthousiasme bij de collega arbeidsartsen is aanstekelijk. Ik hoop dat deze masterproef toch al een aanzet geeft naar een betere samenwerking. Ik kijk er alvast erg naar uit en zal dit stevast blijven promoten.

Leonardo Van de Wiele mag niet in deze lijst ontbreken. Hij is niet enkel mijn partner in de liefde, maar ook de medeanalist van dit onderzoek. Ik wil hem bedanken voor de vele brainstormsessies. Ik apprecieer het ontzettend hard dat hij mij hierin heeft ondersteund. Op nog vele jaren eindeloze gesprekken voeren over wat we kunnen doen om mensen gelukkig en gezond aan het werk te houden.

Hellen Van Bavel, Bjarne Joosen en mijn mama Patricia Welffens zou ik graag willen bedanken voor het zorgvuldige naleeswerk. Bedankt om mij de lidwoorden te geven, wanneer ik het weer wat (te) kort wil verwoorden.

En tenslotte mijn familie en vrienden, bedankt voor jullie geduld en liefde voor deze eeuwige student. Het licht is aan het einde van de tunnel (al was het toch vaak ook wel een heel mooie tunnel).

1. Inleiding

1.1 Keuzeverantwoording

Mijn tweede week als HAO zie ik op consultatie een 28-jarige patiënt. Hij is gekend met marihuanamisbruik, autismespectrumstoornis en maakte een psychose met gedwongen opname tot gevolg door in 2015 (geïnduceerd door veelvuldig marihuanagebruik). De laatste jaren doet hij het steeds beter. Hij woont in zijn ouderlijk huis en kan reeds een half jaar een vaste job aanhouden, dit als verantwoordelijke van de zagerij in een doe-het-zelfwinkel. Hij presenteert zich met pijn in de onderrugspieren, een letsel door overbelasting bij het uitvoeren van repetitieve bewegingen op het werk. Hij is gemotiveerd en wil vooruit en start yoga. Ik schrijf hem analgetica en relatieve rust voor. Gezien zijn trots op zijn functie kan ik hem niet overtuigen langer dan twee dagen thuis te blijven.

De maanden die volgen zie ik hem steeds frequenter met pijn in de onderrugspieren. Ik start met kinesitherapie. De kinesist en ikzelf zien vooruitgang bij een patiënt die advies ter harte neemt. De kinesist vreest echter dat de patiënt niet goed genoeg kan revalideren onder een 38-urenweek met de causale, repetitieve bewegingen. Ik vraag de werkgever via een attest rug-sparend werk te voorzien. Patiënt ziet geen mogelijkheid voor een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gezien hij zijn collega's en bedrijf niet in de steek kan/wil laten. Echter, stuiten we op weinig begrip van de werkgever.

Het uitvoeren van zijn functie wordt steeds zwaarder, waardoor ik uiteindelijk noodgedwongen een tijdelijke arbeidsongeschiktheid schrijf. Ik vraag mijn patiënt wie zijn arbeidsarts is. De weg naar overleg met de arbeidsarts ondervind ik als tijdrovend en erg moeilijk. Uiteindelijk krijg ik mijn gevraagde overleg met de arbeidsarts, maar blijkt er op de werkvloer geen aanpassing mogelijk te zijn. De werkgever staat hier namelijk niet voor open en er wordt een ontslag om medische redenen gestart. Mijn patiënt ondervindt nog weinig arbeidsvreugde en gebruikt tevens weer bijna wekelijks marihuana. Hij start een zoektocht naar nieuw werk, maar lijkt het pad wat bijster. Hij verschijnt niet meer op de raadpleging.

Ik vind het verloop van bovenstaande casus jammer. Vanuit medische kant weet ik dat dit een kwetsbare patiënt is die aan de betere hand is. Als huisarts kennen we onze patiënt en zijn omgeving. Een inschatting op de werkvloer maken is vaak moeilijk. Hier ligt dan weer juist de expertise van de arbeidsarts. Ik hoopte op een bundeling van kennis zodat we de patiënt medisch vooruit kunnen helpen en hem gemotiveerd op zijn werk houden. De communicatie liep hier jammer genoeg erg moeilijk.

Bij navraag aan collega's HAO's en huisartsen merk ik dat de kennis van de jobinhoud van de arbeidsarts klein is. Nauwe communicatie tussen huis- en arbeidsarts lijkt bij de meesten een zeldzaamheid. KU Leuven omschrijft de opdracht van de arbeidsarts als het beschermen van de gezondheid en het welzijn van de werknemers op de werkvloer (1). We bekommeren ons dus om dezelfde patiënten, maar bekijken hen vanuit een ander perspectief. Zouden we dankzij nauwere samenwerking met betere communicatie de zorg en het welzijn van onze patiënt kunnen optimaliseren? Ieder die vanuit zijn of haar expertise een steentje kan bijdragen, zonder het algemeen overzicht te verliezen. Met een collega specialist werken we wel gemakkelijk samen, bij extern zoeken zien we meteen wat en waar er al onderzocht is. Via brieven houden we elkaar op de

hoogte en telefonisch vindt er vaak overleg plaats. Waarom gebeurt dit niet met de collega arbeidsarts? Waarom lijkt het contact daar te lopen via patiënt (of werkgever)?

1.2 Stand van de literatuur

1.2.1 Communicatie/samenwerking

De huisarts luistert naar de patiënt en voert klinisch en/of technische onderzoeken uit. Er wordt een beleid opgesteld en de patiënt wordt zo nodig verder opgevolgd. Huisartsen zien patiënten van alle leeftijden, alle achtergronden en met diverse klachten. Wanneer het nodig is, wordt er gemakkelijk samengewerkt met de tweede of derde lijn gezondheidszorg, alsook met de paramedici in de omgeving. Verwijzing en samenwerking naar de arbeidsarts gebeurt niet op een even vanzelfsprekende manier. Wie de arbeidsarts is en hoe je hem/haar bereikt, is in de praktijk niet bij allen gekend. Verscheidene onderzoeken bemerken gebrekkige communicatie en samenwerking tussen huis- en arbeidsarts (2-9). Er wordt onduidelijkheid ervaren over wie de arbeidsarts is en hoe hij/zij bereikt wordt. Verder lijkt de huisarts niet de nodige achtergrondkennis te hebben over de taakomschrijving en interventiemogelijkheden van de arbeidsarts (5, 9). Gebrek aan kennis en informatie over collega arbeidsarts blijkt niet louter een probleem te zijn van de huisarts. 4 op 10 van de patiënten kent zijn/haar arbeidsarts niet (2, 10).

De communicatie tussen huis- en arbeidsarts is onmisbaar in hun gemeenschappelijk doel, namelijk goede en kwaliteitsvolle zorg voorzien. Zorg met een belangrijke nadruk op preventie en zo onder andere voorkomen dat patiënten (langdurig) uitvallen op de werkvloer. Langdurige werkonbekwaamheid vormt een toenemend probleem in onze maatschappij. In een interview met De Standaard voorspelde François Perl (Directeur-generaal van de dienst Uitkering bij het RIZIV) dat België in 2021 een half miljoen langdurig zieken telt. Dit maakt dat voor elke tien mensen die hier werken, er één langdurig ziek is (11). Reeds in 2016 werd door de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg voorspeld dat de kost van langdurig zieken hoger zou zijn dan deze van de werkloosheid in België (12). Volgens het Rekenhof (instelling van het parlement bevoegd met externe controle op de begrotings-, boekhoudkundige en financiële verrichtingen van de federale Staat en alle regionale overheden) bedroeg de uitgave voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 9,3 miljard euro in 2019. Dit is een stijging van 6,32% in vergelijking met het jaar 2018 (13).

De noodzakelijke aanpak van langdurige werkonbekwaamheid vereist een goede samenwerking en communicatie tussen behandelend huisarts, arbeidsarts en adviserend arts van het ziekenfonds (3, 4, 14, 15). De huisarts is zo goed als altijd de zorgverlener die het meeste contact met de patiënt heeft en zo de meest accurate risico-inschatting van een mogelijke uitval op het werk kan maken (15). De huisarts is echter niet gespecialiseerd in werk, noch verzekering gerelateerde zaken, maar kan doorverwijzen naar de juiste specialist (arbeidsarts en/of verzekeringsarts) wanneer het nodig is (3). Deze samenwerking leidt zo tot een succesvolle re-integratie op het werk en reduceert de kans dat patiënten permanent uitvallen (3, 16). Zo ziet Van Dijk *et al.* (15) dat een protocol met oog op bijhouden van risicofactoren voor langdurige werkonbekwaamheid door de huisarts leidt tot meer verwijzingen naar de arbeidsarts en zo mogelijk minder langdurige uitval bij werknemers. Dit protocol wordt echter niet algemeen toegepast door huisartsen. Ehmann *et al.* (17) vult aan dat, ondanks voorziene protocollen, slechts sporadisch in de huisartsenpraktijk wordt gepraat over het toekomstig werkvermogen. Studies bemerken dat zowel huisartsen als arbeidsartsen (als

verzekeringsartsen) vragende partij zijn voor een betere, onderlinge samenwerking (4, 18, 19). Buijs *et al.*(20) concludeert dat zelfs de patiënt vragende partij is voor meer overleg en betrokkenheid tussen huis- en arbeidsarts. Maar hoe pakken we dit aan?

1.2.2 Arbeid – arbeidsarts

België definieert een “normale” arbeidsregeling als een arbeidsduur die beperkt is tot 8 uren per dag en 40 uren per week. Dit maakt 38 uren per week op jaarbasis (21). Werk vormt een belangrijk onderdeel van het leven. Het heeft invloed op de gezondheid en het welzijn van mensen. Andersom kan een aandoening invloed hebben op iemands werkvermogen. Ondanks het vooropstaand belang van werk, wordt (zoals reeds hierboven vermeld) slechts sporadisch over het toekomstig werkvermogen van een patiënt gepraat in de huisartsenpraktijk (17).

Het ligt er niet steeds duimdik bovenop, maar arbeid is een frequent en belangrijk thema op de huisartsenraadpleging (9). Een patiënt brengt een groot deel van zijn wakkere tijd door op de arbeidsvloer, waardoor er vaak achter een aanmeldingsklacht een onderliggende arbeidsgeneeskundige klacht kan schuilen. Deze klachten (h)erkennen kan een struikelblok vormen voor de huisarts (4, 5, 9, 22). Naast het herkennen ziet Chakraborty *et al.*(22) in de huisartsenpraktijk ook problemen bij het behandelen van werk gerelateerde aandoeningen. Zo loopt naast diagnose, ook doorverwijzing en follow-up niet steeds zoals het hoort.

Bij het zoeken naar oplossingen voor werkgerelateerde, medische klachten wordt soms aangepast werk voorgesteld. Aangepast werk biedt voor een deel van de zieken een uitweg. Het begrip aangepast werk is gekend, maar de toepasbaarheid hiervan is echter niet geheel duidelijk (9, 14, 18). Huisartsen hebben weinig kennis van wat er zich op de werkvloer afspeelt en welke risico's of vereisten in deze setting van toepassing zijn (3, 4, 9, 23). Makay *et al.*(3) besluit dat een oppuntstelling van de communicatie tussen huis- en arbeidsarts een meerwaarde is voor re-integratie. Er wordt geconstateerd dat een verwijzing naar de arbeidsarts met vraag naar aangepast werk daadwerkelijk gebeurt, maar een efficiënt overleg ontbreekt (5). De precieze rol en mogelijkheden van de arbeidsarts zijn onvoldoende gekend (5, 9).

Huisartsen lijken inderdaad weinig op de hoogte van de rol, het bevoegdheidsdomein en het werkveld van de arbeidsarts (5, 9). Zes (vroeger zeven) jaar bevinden we ons allen als toekomstig basisarts in eenzelfde aula, waarna onze wegen scheiden. Deze wegen lijken tussen specialisten en huisartsen nog bijna dagelijks te kruisen, maar vlotte communicatie met de preventieve tak van de geneeskunde lijkt in de praktijk eerder een zeldzaamheid (5, 7). Wetende dat er veel overlap is in de functie van huis- en arbeidsarts (namelijk preventie, rehabilitatie, re-integratie werknemers en gezondheidspromotie) voelt dit gebrek aan samenwerking en communicatie paradoxaal (7).

KU Leuven(1) omschrijft de taak van een arbeids- of bedrijfsarts als iemand die de gezondheid en het welzijn van de werknemers op de werkvloer beschermt. Een bedrijfsarts is werkzaam in het domein van arbeid, gezondheid en welzijn. Hij/zij bevordert de gezondheid van werknemers en tracht beroepsziekten te verhinderen via preventie. De arbeidsarts werkt samen in een multidisciplinair team met psychologen, ergonomen en veiligheidsingenieurs. Een arbeidsarts kan een aangesteld werknemer zijn bij een bedrijf (interne arbeidsarts) of via een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk werken (externe arbeidsarts). België telt tien erkende externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (24). De opleiding tot arbeidsarts in Vlaanderen is recent

aangepast tot een interuniversitaire opleiding (Universiteit Antwerpen, Vrije universiteit Brussel, Universiteit Gent en Katholieke Universiteit Leuven). Men volgt een tweejarige masteropleiding (120 studiepunten) en doet 2 jaar stage bij een daartoe erkende stagedienst (1).

Een Duitse studie bemerkt dat er geregeld sprake is van een negatieve perceptie op het beroep van de arbeidsarts (25). Opwaarderen van het imago en de kennis over de jobinhoud zou één van de struikelblokken in de communicatie en samenwerking tussen huis- en arbeidsarts kunnen oplossen. Vanmeerbeeck *et al.* (19) ondervindt immers dat het gebrek aan onderlinge erkenning tussen huis-, arbeids- en verzekeringsarts een van de factoren is die leidt tot de huidige moeizame communicatie en samenwerking.

1.2.3 Gemeenschappelijke taal huis-arbeidsarts

Een opmerkelijk verschil tussen de huis- en arbeidsarts is dat ze niet dezelfde taal spreken. De arbeidsarts koppelt elke functie/proces aan de hiermee verbonden gezondheidsrisico's en stelt zo een risicoanalyse op in de opvolging van zijn/haar werknemers. Deze internationale functie classificatie (ICF) is niet volledig gekend door de huisarts (9). De huisarts en specialist werken namelijk met ICD-10 (International Classification of Diseases – 10th revision). Dit is een classificatiesysteem dat codering van klinische diagnoses mogelijk maakt.

Onderzoek toont aan dat er vraag is naar een gemeenschappelijk communicatieplatform voor huisarts, arbeidsarts en adviserend arts. Dit met het oog op het correct inschatten en faciliteren van de mogelijkheid tot professionele re-integratie (2, 3, 5, 9, 26). Een Italiaanse studie pleit voor de uitbreiding en toepassing van operationele richtlijnen en gestandaardiseerde procedures van de communicatie voor interdisciplinair overleg tussen huis- en arbeidsarts (7). Tevens kan het implementeren van een mogelijkheid om status, risico's of belangrijke blootstellingen toe te voegen aan het elektronisch medisch dossier van de huisarts een belangrijke stap in de juiste richting zijn (5, 9).

1.2.4 Opleiding

Zijn er gemiste kansen in de basisopleiding geneeskunde? Studies pleiten voor het bijscholen van toekomstige (huis-)artsen over het takenpakket en de jobinhoud van de sociale geneeskunde (arbeidsartsen en adviserend arts) (3, 5). Er is nood aan gemeenschappelijke navormingen bijgewoond door huisarts, arbeidsarts en adviserend arts van het ziekenfonds (5, 19, 23, 25).

1.3 Vraagstelling en relevantie

Zoals de keuzeverantwoording beschrijft, ben ik reeds in mijn prille carrière als huisarts gestoten op een moeizame communicatie en samenwerking met collega arbeidsartsen. Ik raak hierdoor gefrustreerd, omdat ik merk dat het een optimale zorg voor onze patiënten in de weg staat. Mijn gezonde interesse in het leven van mijn patiënt en mede door mijn partner die preventieadviseur is, wil ik arbeid een meer centrale plek geven in de huisartsenconsultatie.

Dit onderzoek is van belang omdat het inzicht geeft in en een verklaring geeft voor de huidige relatie tussen huis- en arbeidsarts. Vertrekkende hieruit reikt de studie optimaliseringsmogelijkheden aan om te leiden tot een verbetering van de huidige zorg.

Deze masterproef wilt niet enkel een meerwaarde bieden aan de huidige huisartsenopleiding, maar tevens ook aan de opleiding arbeidsarts en de volwaardige huis- en arbeidsarts. Het kan een startpunt vormen voor de beleidsmakers om deze optimalisatie van de zorg te implementeren. Het helpt onze maatschappij veilig, gezond en gelukkig aan het werk te houden, dit door interdisciplinair teamwerk.

Huis- en arbeidsartsen bekommeren zich om dezelfde patiënten en werken vaak rond eenzelfde probleemstelling. Nochtans lijken zij bitter weinig op de hoogte te zijn van elkaars takenpakket en mogelijkheden. Als huisarts zijn wij gekend met het concept arbeidsongeschiktheid, maar is de gang van zaken op de arbeidsvloer ons weinig gekend. Met deze kwalitatieve studie wil ik onderzoeken of via een hechtere samenwerking tussen huis- en arbeidsarts een betere zorg kan nagestreefd worden. Hiervoor geef ik de huidige relatie en perceptie op elkaars beroep weer. Waarmee ik handvaten kan geven voor een betere communicatie of overlegorgaan tussen huis- en arbeidsarts. Deze masterproef kan een basis vormen voor een mogelijk opleidingspakket voor de (toekomstig) HAIO over arbeidsgeneeskunde. De onderzoeksvragen zijn:

- 1) Wat is de perceptie van huisartsen op het arbeidsartsenberoep?
- 2) Wat is de perceptie van arbeidsartsen op het huisartsenberoep?
- 3) Communicatie tussen huis- en arbeidsartsen:
 - a. Hoe loopt de bestaande communicatie?
 - b. Wat zijn de obstakels in de communicatie tussen huis- en arbeidsartsen?
 - c. Wat zijn mogelijke oplossingen om de communicatie te verbeteren?
- 4) Zijn er zaken die in de basisopleiding moeten veranderd worden?
- 5) Is er nood aan meer aandacht aan interdisciplinaire samenwerking?

2. Methode

2.1 Literatuur en bronnen

De literatuurstudie werd uitgevoerd vanaf het voorjaar 2019 tot en met het najaar 2020 op verscheidene wetenschappelijke bronnen alsook grijze literatuur. Op deze manier is de bestaande kennis op het domein van samenwerking tussen huis- en arbeidsartsen geïnventariseerd. Er werden verscheidene bronnen geraadpleegd o.a. Pubmed, Google Scholar, RIZIV, Securex, FOD, ICHO, Domus Medica en Huisarts & Wetenschap.

Via de Pubmed databank werd via verscheidene Engelstalige trefwoorden gezocht naar relevante studies. Zo werden voornamelijk de Mesh-terms “occupational medicine” en “general practitioner” gebruikt. Deze termen gaven 373 resultaten waarvan de teksten vrij beschikbaar waren via de KU Leuven bibliotheek. De resultaten werden door middel van de watervalmethode gereduceerd tot 8 relevante artikels.

Snel werd duidelijk dat grijze literatuur erg waardevol is voor deze studie, gezien het aantal relevante, wetenschappelijke studies schaars is. Zo werden verscheidene voorgaande masterproeven geïncludeerd via ICHO. De zoekterm ‘arbeid’ in titel gaf 17 hits. Op basis van titel en abstract werden 9 masterthesissen geïncludeerd. Opvallend genoeg gaven de termen arbeidsarts, bedrijfsarts, arbeidsgeneeskunde, ... geen hits in de zoekmachine van het ICHO. Huisarts & Wetenschap gaf geen artikels met de zoekterm arbeidsarts. De zoekterm bedrijfsarts gaf 130 artikels, waarvan op basis van titel 20 artikels geselecteerd werden. 3 artikels gaven uiteindelijk relevante informatie voor het onderzoek.

2.2 Onderzoeksmethode

Als leidraad voor de opbouw van deze kwalitatieve studie is ‘Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden’ gebruikt (27).

De onderzoeksmethode is een exploratieve, kwalitatieve studie aan de hand van drie focusgroepgesprekken (FGG). De drie FGG bestaan uit drie homogene groepen van alleen HAO's, alleen huisartsen en alleen arbeidsartsen. Op basis van de voorgaande literatuurstudie is een vragenlijst opgesteld. De vragen in het FGG centreren zich rond (1) perceptie van de huisarts op het arbeidsartsenberoep (en vice versa), (2) communicatie tussen huis- en arbeidsarts, (3) basisopleiding geneeskunde en (4) interdisciplinaire samenwerking (Cfr. 1.3 Vraagstelling en relevantie). In bijlage 7.1 staat het script voor het FGG.

De FGG vonden plaats vanaf het najaar 2021 tot en met het voorjaar 2022. Deze werden steeds begeleid door dezelfde moderator, namelijk Prof. Dr. Jan De Lepeleire, die de nodige ervaring heeft in het modereren van een FGG. Hij werd hierdoor geassisteerd door Hannah Penders. Het FGG vond online plaats via een beveiligd platform. De link hiervoor werd naar de deelnemers verzonden via e-mail met in bijlage het informed consent formulier (ICF). Er werd de nodige tijd en ruimte gemaakt voor het doornemen van het ICF. Deelnemers bezorgden dit formulier ondertekend via mail opnieuw aan de assistent. Alle deelnemers werden mondeling en schriftelijk op de hoogte gesteld van het studiedoel, studieopzet en de vrijwillige basis van deelname. Het script van het FGG werd uiteraard niet voorgaand gedeeld. Na mondelinge en schriftelijke toestemming van de deelnemers werd het gesprek opgenomen. Dit bevorderde de transcriptie van het gesprek achteraf. Hierdoor kon de

verbale en niet-verbale communicatie zo nauwkeurig mogelijk worden beschreven. Er werd een open en vertrouwde sfeer gecreëerd om de interactie en openheid van de deelnemers te optimaliseren. Het FGG nam 60-90 minuten in beslag.

2.3 Deelnemers

Moderator en assistent:

Moderator: Prof. Dr. Jan de Lepeleire, KU Leuven, gepensioneerd hoogleraar huisartsengeneeskunde, huisartsenpraktijk Lint, voorzitter eerstelijnszone en lokaal vaccinatiecentrum.

Assistent: Hannah Penders, KU Leuven, derdejaars HAIO, multidisciplinaire groepspraktijk Brecht.

Ieder FGG werd door eenzelfde team moderator-assistent begeleid. Dit om inter-moderator betrouwbaarheidsproblemen te vermijden.

Deelnemers:

Deelnemende HAIO's werden gerekruteerd via sociale media platformen, kennissenkring en seminariegroep van de hoofdauteur van deze masterproef.

Huisartsen werden gecontacteerd via e-mail aan diverse groepspraktijken, LOK-groepen en groep Geneeskunde voor het Volk. Hieruit kwam jammer genoeg weinig respons. Uiteindelijk deelnemende huisartsen werden gerekruteerd via de opleidingspraktijk en de kenniskring van de hoofdauteur van deze masterproef. Om deelname aantrekkelijker te maken, werd accreditatie verkregen.

Arbeidsartsen werden uitgenodigd telefonisch en via e-mail. Er werden gecommuniceerd via de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk en de Vereniging Voor Interne Bedrijfsartsen (VVIB).

Er werd getracht voldoende diversiteit binnen de groep te voorzien, dit voornamelijk in geslacht, jaren werkervaring, provincie, ruraal-stedelijk en opleidingsuniversiteit. Binnen de groep arbeidsartsen werden zowel arbeidsartsen van een externe als interne dienst gerekruteerd. Er mochten maximum 8 artsen aan een FGG deelnemen. Groepen worden immers beter aan de kleinere kant gehouden, gezien er een grote betrokkenheid verwacht werd.

Tabel 1. Karakteristieken van de deelnemers van het FGG

Artsen	HAIO	Huisarts	Arbeidsarts
Deelnemers	n = 8	n = 8	n = 8
Geslacht (n = vrouwelijk)	n = 4	n = 4	n = 6
Ervaring huis- arbeidsarts	3 jaren	7/(4-12) jaren	14/(1-29) jaren
Type praktijk	Solo-praktijk: n = 0 Multidisciplinaire groepspraktijk: n = 6 Groepspraktijk: n = 2	Solo-praktijk: n = 0 Multidisciplinaire groepspraktijk: n = 3 Groepspraktijk: n = 5	Extern: n = 5 Intern: n = 3
Opleidingspraktijk	KUL: n = 4 UA: n = 3 UGent: n = 1		

2.4 Ethische implicaties

De studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (zie bijlage 7.4).

2.5 Analyse

Het verzamelde videomateriaal van de FGG werd getranscribeerd en pseudo-geanonimiseerd door de assistent. Deze data werd kwalitatief geanalyseerd op basis van de Quagol methode (28). De analyse werd uitgevoerd door het team assistente Hannah Penders en Leonardo Van de Wiele (preventieadviseur Groep IDEWE).

De Quagol methode is uitvoerig en systematisch, maar niet rigide. Dit creëert ruimte voor intuïtie en creativiteit. Het analyseproces bevat twee delen en elk deel bestaat uit vijf fases. Het eerste deel is de diepgaande voorbereiding op het codeerproces. Hierna volgt het tweede deel waar wordt gecodeerd met behulp van het kwalitatief softwareprogramma Three nodes van NVivo.

Deel 1. Diepgaande voorbereiding van het codeerproces:

- 1.1 Zorgvuldig (her)lezen van de FGG → tentatief holistisch begrip
- 1.2 Narratief verslag → narratieve samenvatting van kernlijnen
- 1.3 Conceptuele fiche → concrete ervaringen worden vervangen door concepten
- 1.4 'Fitting'-test van de fiche → verbinden concepten met interview
- 1.5 Constant vergelijkingsproces → Voor-achterwaartse dynamiek tussen 'within-case' en 'across-case' analyse

Deel 2. Eigenlijke codeerproces (a.d.h.v. kwalitatief softwareprogramma):

- 2.1 Opstellen lijst van concepten → lijst van preliminaire codes
- 2.2 Codeerproces → relevante fragmenten verbinden met geschikte codes
- 2.3 Analyse concepten → beschrijving van concepten, hun betekenis, dimensies & karakteristieken
- 2.4 Extractie essentiële structuur → conceptueel kader van de verhaallijn
- 2.5 Beschrijving van de resultaten → beschrijving van de essentiële bevindingen

Beschrijving stappenplan Quagol methode (28)

Wegens te uitgebreid zijn de uitgeschreven interviews niet in bijlage toegevoegd. Deze kunnen worden opgevraagd bij de onderzoeker indien gewenst.

3. Resultaten

3.1 Perceptie op het huis-arbeidsartsenberoep

Om met elkaar te communiceren, moeten we in de eerste plaats weten wat de andere doet. Wat houdt zijn/haar beroep in?

3.1.1 Perceptie huisarts op het arbeidsartsenberoep

Een grote tendens van het FGG bij de huisarts en de HAIO is dat het beroep arbeidsarts niet geheel gekend en soms zelfs foutief wordt gepercipieerd door de artsen. Zo lijken niet enkel patiënten, maar ook enkele HAIO's de arbeidsarts te verwarren met een controlearts. Verder zijn enkele artsen ervan overtuigd dat een patiënt enkel in contact mag treden met de arbeidsarts na goedkeuring van de werkgever, omdat de werkgever de arbeidsarts 'inhuurt' (terwijl er eigenlijk dient gesproken te worden over een wettelijke verplichting).

Een even grote tendens is de perceptie dat de arbeidsarts (te) weinig kracht heeft op de werkvloer. Tijdens de FGG huisarts en HAIO werd duidelijk frustratie ervaren dat, wanneer er contact was met de arbeidsarts, er toch niet veel aanpassing op de werkvloer mogelijk is. Een HAIO (FGG HAIO, deelnemer 6) omschreef het als volgt:

“Meermaals heb ik voor patiënten een verwijfsbrief geschreven naar de arbeidsarts om te kijken voor een andere manier van werken of tewerkstelling in hetzelfde bedrijf. Hier wordt nauwelijks gehoor aan gegeven. Ik heb het gevoel dat als ik de arbeidsarts probeer te contacteren, als dit effectief lukt, dat zij weinig kracht of macht hebben om leidinggevend te doen veranderen of om aangepast werk te kunnen geven”.

De rol die de arbeidsarts op de werkvloer kan spelen, wordt door de huisartsen geapprecieerd. Zo vult de arbeidsarts het inzicht op het werk voor de huisarts aan. Hij/zij vervolledigt de blik die de huisarts heeft op de patiënt, wat als erg positief wordt ervaren. De huisarts omschrijft de arbeidsarts verder als een onafhankelijke tussenpersoon tussen werkgever en werknemer. Een arts die bemiddelt met de werkgever en samen opzoek gaat naar een oplossing voor de werknemer. De arbeidsarts is het aanspreekpunt wanneer gedacht kan worden aan een re-integratietraject.

De huisarts omschrijft de arbeidsarts als een specialist in preventieve geneeskunde. Dit met focus op de werkvloer, waar vroegtijdig problemen kunnen gesignaleerd en vermeden worden. De huisarts erkent de meerwaarde van de arbeidsarts in de routine arbeidsgeneeskundige onderzoeken waar, bij een afwijking, naar de huisarts wordt doorverwezen. Al lijkt het in de HAIO groep niet duidelijk of een arbeidsarts al dan niet een diagnose mag stellen.

3.1.2 Perceptie arbeidsarts op het huisartsenberoep

Bij het verwerken van de FGG door de analisten werd de blik van de arbeidsarts op het beroep van de huisarts als positiever ervaren dan omgekeerd.

De huisarts wordt omschreven als het eerste aanspreekpunt van de patiënt. De arts die doorverwijst wanneer nodig is. Hij/zij bewaakt steeds het overzicht. Bij dit overzicht lijkt ook de meerwaarde van de arbeidsarts te liggen. De arbeidsarts voegt namelijk een element toe aan het overzicht van de huisarts, namelijk de situatie op het werk.

De huisarts verbindt de pathologie met de context (bio-psycho-sociaal) van de patiënt. Hij/zij is de bondgenoot van de patiënt die hem/haar begeleidt in het genezingsproces. Een kanttekening die hier echter dient gemaakt te worden, is dat een aantal arbeidsartsen een minder goed zicht op de context van de patiënt bij de huisartsen groepspraktijk ondervinden.

Vanuit het FGG arbeidsarts wordt echter ook enige bezorgdheid geuit naar de huidige overbevraging van de huisarts. De groep arbeidsartsen is het eens dat de huisarts administratief overbelast lijkt en steeds meer wordt overgeslagen als eerste aanspreekpunt waarbij de patiënt rechtstreeks naar een specialist gaat. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 3) omschreef het als volgt:

“Al heb ik soms wel de indruk dat huisarts wat wordt misbruikt door de specialist. De specialist zegt dat de patiënt niet kan werken, maar het ziektebriefje moet de huisarts maar schrijven. De patiënt gaat voor zijn behandeling bij de specialist, maar voor alle administratie voor het ziekenfonds bij de huisarts. Ik vind dit jammer dat de huisarts soms door patiënten wordt gereduceerd tot handig voor het papierwerk. Ik denk dat zij juist een heel waardevolle input kunnen geven, net omdat ze niet enkel het hart en de longen bekijken, maar het geheel bekijken”.

3.1.3 Overeenkomsten – verschillen

Een HAO (FGG HAO, deelnemer 2) omschreef het mooi als volgt: *“Uiteindelijk zijn dit ook mensen die samen met ons zijn afgestudeerd, dezelfde opleiding hebben gehad en dezelfde insteek zouden moeten hebben. Er zou hier veel meer connectie kunnen gemaakt worden”.*

In de FGG komt naar voor dat zowel de huis- als de arbeidsarts het welzijn van de individuele patiënt/werknemer voorop zet. Wij vormen beiden de partner van de patiënt/werknemer.

Preventie vormt ook bij de huisarts een essentieel onderdeel van zijn/haar vak. Preventieve geneeskunde is het vakgebied van de arbeidsarts, maar de huisarts bewandelt frequent de lijn tussen preventieve en curatieve geneeskunde. De arbeidsarts legt geen focus op curatieve geneeskunde.

Zowel bij de arbeids- als huisartsen worden gelijkenissen gevonden tussen de huisarts en een interne arbeidsarts. Een interne arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 5) omschreef deze gelijkenis zo:

“Ik werk 21 jaar in eenzelfde bedrijf. Zo word ik 21 jaar samen met de mensen ouder. Ik ken mijn pappenheimers, ik ken de mensen, ik ken het management, ik heb de verschillen gezien. Ik heb soms het gevoel van huisarts te zijn in een bedrijf, zijnde die vertrouwenspersoon, die opvolging, een overkoepelend beeld (niet zoals de huisarts, maar toch je weet dat iemand bijvoorbeeld een dochter heeft verloren), je volgt het tracé van de patiënt mee op. Je hebt soms het gevoel van huisarts te zijn binnen het bedrijf”.

Een belangrijk verschil tussen huis- en arbeidsarts, dat in beide groepen naar voren wordt geschoven, is dat de huisarts de volledige context van de patiënt kent. Waar de arbeidsarts geen kennis over de context van de patiënt heeft, ontbreekt de kennis over de werksetting bij de huisarts. De arbeidsarts kan hier een strategische rol spelen om toch een zekere flexibiliteit bij de werkgever los te krijgen. Dat kan een huisarts moeilijker. Hij/zij is niet vertrouwd met het bedrijf, noch met het management. De arbeidsarts kan tevens een aanbod aanvullende ondersteuning op het bedrijf geven, bijvoorbeeld een ergonoom die kijkt voor aanpassingen op het werk of een psychosociale preventieadviseur die een werknemer bij de werkhervatting kan ondersteunen.

3.2 Communicatie

3.2.1 Huidige communicatie

De huidige communicatie gebeurt voornamelijk betreffende re-integratie (aangepast werk, werkhervatting of medisch ontslag) of afwijkende preventieve onderzoeken (gestoord labo, ritmestoornis op ecg, hypertensie, glucosurie op urinestick, ...).

Informatiedoorstroming

De huisartsen geven unaniem aan dat zij de arbeidsartsen moeilijk bereikbaar vinden. Hier worden verscheidene oorzaken aan toegeschreven. De grote tendens die naar boven komt, is de gebrekkige informatiedoorstroming tussen huis- en arbeidsarts. Informatie komt heden via patiënt, verslag van arbeidsarts, verwijfsbrief van huisarts of rechtstreeks telefonisch, intercollegiaal contact.

Informatie bij monde van de patiënt wordt als storend ervaren door de huisartsengroep. De huisarts vindt het moeilijk deze informatie te verifiëren. Zij voelen zich hier niet geruggensteund door de collega arbeidsarts. Een huisarts (FGG huisarts, deelnemer 1) verwoordde het zo:

“Ik had vandaag nog zo iemand. Die zei dat de arbeidsarts had gezegd dat het niet goed was als ik in maart terug zou gaan werken. En ik dacht ‘ahja ok’, maar je weet het niet hé, de patiënt kan dit wel zeggen”.

Naast informatiedoorstroming via patiënt, krijgt de huisarts voornamelijk informatie via het verslag van de arbeidsarts. Voor dit verslag blijft de huisarts afhankelijk van de patiënt. Het gebrek aan een mogelijkheid om elektronisch, beveiligd met elkaar te communiceren is nadelig voor een goede samenwerking tussen de huis- en arbeidsarts. Het bemoeilijkt de situatie dat niet alle huisartsen, noch patiënten op de hoogte lijken dat er geen elektronische communicatie mogelijk is. Een mogelijke katalysator die naar voor geschoven wordt in de drie FGG is dat de arbeidsarts niet verbonden is met het RIZIV. Dit bemoeilijkt elektronische communicatie in beide richtingen en verhindert hen de toegang tot E-Health.

Een deel van de huisartsengroep geeft een verwijfsbrief voor de arbeidsarts met de patiënt mee. Van deze groep ontving de meerderheid hierop geen respons. De verwijfsbrief lijkt niet bij alle huisartsen ingeburgerd, ondanks dit wel het geval is naar andere specialisten. Een huisarts (FGG huisarts, deelnemer 8) gaf volgende stelling:

“Omgekeerd moet ik toegeven dat ik ook wel zelf anders met hen communiceer. Ik laat patiënten een afspraak bij hen maken, maar ik geef zelf geen verslag van mij uit naar hen mee. Ik denk dat dit in twee richtingen gaat. Ik weet niet wat de arbeidsartsen daarvan vinden. Ik moet toegeven dat ik zelf eigenlijk niet heel veel met hen communiceer”.

De huisarts wordt soms ook rechtstreeks door de arbeidsarts telefonisch gecontacteerd. Dit wordt als positief ervaren, alsof huis- en arbeidsarts in eenzelfde team werken. Een huisarts (FGG huisarts, deelnemer 7) deelde hierover volgende fijne ervaring:

“Ik ben een dikke tien jaar huisarts en heb het één maal meegemaakt dat de arbeidsarts mij belde. Ik vond dit wel heel erg aangenaam. Wij hebben verschillende keren met elkaar overlegd en ik had het

gevoel, net alsof wij samen in een praktijk werken, dat wij deze patiënt als een team hebben aangepakt”.

Ook een groot deel van het FGG arbeidsarts prefereert deze vorm van informele contacten. De huisarts is hier vaak niet op het moment zelf telefonisch bereikbaar, maar neemt stevast later opnieuw telefonisch contact op met de arbeidsarts. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 7) zei in het FGG:

“Ik gebruik zelden de verwijsbrief, omdat ik liever zelf persoonlijk contact opneem met de huisarts. Je weet niet wat er met de brief gebeurt. Je kan ineens afstemmen met de huisarts en je bent zeker dat je op hetzelfde spoor bent. Dat je hetzelfde denkt. Ik bel meestal”.

Er moet hier echter een kanttekening gemaakt worden dat het voornamelijk de interne arbeidsarts is die deze methode van communicatie verkiest. De externe arbeidsarts is verbonden aan een bepaalde onderneming op een bepaald tijdstip en voor hem/haar is dit niet even vanzelfsprekend.

Een grote tendens bij de huisarts is dat contact met de arbeidsarts een zeldzaamheid is. Het wordt als tijdrovend ervaren. De ingeleverde tijd om de arbeidsarts te contacteren, levert frequent onvoldoende op. Een HAIO (FGG HAIO, deelnemer 1) verwoordde het als volgt:

“Ik heb het gevoel dat mijn motivatie om de arbeidsarts te contacteren de laatste tijd sterk gedaald is. Omdat je hen enerzijds moeilijk te pakken krijgt en anderzijds, als je hen dan te pakken hebt, vaak heel weinig opties zijn of dat er vaak een heel rigide systeem is waarin zij werken. Met de beperkte ervaring die ik heb, ben ik al vrij gedemotiveerd geraakt”.

Ondanks de hierboven beschreven moeizaam ervaren communicatie door de huisarts, zijn de arbeidsartsen in het FGG het er unaniem over eens dat de huisarts de meest bereikbare partner is.

Ongekend - onbekend

De gehele taakomschrijving van de arbeidsarts lijkt niet voor alle huisartsen bekend. In het FGG arbeidsarts wordt vermeld dat ze het gevoel hebben dat de huisarts onvoldoende op de hoogte is van de meerwaarde die de arbeidsarts kan bieden. Dit vertraagt de informatiedoorstroming en werkhervatting.

De persoon achter de arbeidsarts is tevens onbekend. Na enkele jaren werkervaring kent de huisarts de specialisten in zijn sociale kaart met wie hij/zij graag samenwerkt. De patiënt heeft keuzevrijheid van huisarts en specialist. Dit geldt niet voor de arbeidsarts. Onbekend maakt onbemind, een HAIO (FGG HAIO, deelnemer 3) vertelde hierover:

“Het is belangrijk voor een goede samenwerking om elkaars denk- en leefwereld te kennen. En dit heb ik niet bij de arbeidsarts, ik weet weinig van hun en ik kan er geen gezicht op plakken”.

Patiënt

De arbeidsarts is niet enkel ongekend bij een deel van de huisartsen, maar ook bij de patiënt. Patiënten verwarren hen jammer genoeg frequent met een controlearts. De patiënt weet vaak niet hoe hij/zij de arbeidsarts moet bereiken.

Vaak is er ook sprake van wantrouwen bij de patiënt bemerken de huisartsen in het FGG. De patiënt is angstig dat de arbeidsarts ‘onder één hoedje zou spelen’ met de baas. De patiënt heeft niet altijd een band met de arbeidsarts. De arbeidsartsen ondervinden hier zelf een groot verschil tussen de interne en externe arbeidsarts. De interne arbeidsarts bouwt vaak wel en gemakkelijker een band op met de patiënt.

3.2.2 Verbeteringsmogelijkheden communicatie

Contactgegevens

Een eerste struikelblok lijkt een duidelijke tendens dat een deel van de huisartsen en een groter deel van hun patiënten niet weet hoe de arbeidsarts te bereiken. Slechts enkele artsen in de FGG konden de bestaande mogelijkheden opsommen, namelijk: gegevens arbeidsgeneeskundige dienst staan 1) in de arbeidsovereenkomst, 2) op mijngezondheid.be en 3) op SEED Connect. Opvallend was dat zelfs bij het FGG arbeidsarts deze mogelijkheden niet bij alle deelnemende arbeidsartsen gekend zijn. Het bestaan hiervan zou aan de artsen en de maatschappij moeten duidelijk gemaakt worden. Een arbeidsarts stelde tevens voor haar contactgegevens met de patiënt mee te geven (als visitekaart voor in de portefeuille). Een andere arbeidsarts suggereerde het delen van contactgegevens op het verslag dat door de patiënt aan de huisarts wordt gegeven.

Software (EMD/GMD – gemeenschappelijk communicatieplatform)

Uit de FGG komt naar voor dat de artsen open staan voor een automatische link naar de contactgegevens van de arbeidsarts in het softwareprogramma gebruikt door de huisarts. Dit werd voorgesteld in analogie met het GMD van de huisarts. Een HAIO (FGG HAIO, deelnemer 4) verklaarde hierover:

“Contactgegevens van de arbeidsarts in het dossier, zo wordt de drempel veel lager om ze zelf te contacteren. Heden laat je het veel meer los, zeg je tegen patiënt ga hier zeker eens langs jouw arbeidsarts. Terwijl je anders het sneller zelf zou doen. Dit kan de drempel verlagen om het meer te doen”.

Vanuit de huisartsengroep is de vraag uit de FGG ook groot om via het softwareprogramma beveiligd en elektronisch verslagen/verwijsbrieven te kunnen versturen en ontvangen. Enkele arbeidsartsen zijn voorstander van een gemeenschappelijk communicatieplatform, waar huisarts, arbeidsarts én adviserend arts van het ziekenfonds elkaar kunnen vinden.

Via het medisch softwareprogramma van de huisarts zouden, naast de verslagen van de raadpleging bij arbeidsarts, ook de onderzoeken toegankelijk moeten zijn. Op dit moment kan een huisarts de laboresultaten van een bloedname bij de arbeidsarts niet inkijken. Dit creëert ongerustheid bij patiënt en dubbel werk.

Verslag – Verwijsbrief

Het versturen van een verwijsbrief naar en het ontvangen van een verslag van een specialist is zo goed als vanzelfsprekend. Echter, lijkt dit niet de gewoonte te zijn met en door de specialist arbeidsgeneeskunde. Zowel de groep huisartsen als arbeidsartsen kaart een tekort aan onderlinge briefwisseling aan. In het FGG van de arbeidsartsen (FGG arbeidsarts, deelnemer 8) werd hierover het volgende gezegd:

“Ik stuur wel wat mensen terug naar behandelende artsen voor van alles en nog wat, bijvoorbeeld wanneer we iets detecteren of denken dat iets verder moet uitgewerkt worden. Maar omgekeerd, denk ik, kan ik op twee handen tellen dat er vanuit de huisarts of behandelend arts wordt doorgestuurd omwille van vermoeden verband met werk. Ik denk dat het wel waardevol kan zijn dat ook de behandelend arts de reflex heeft van een verwijsbrief mee te geven of het advies geven de arbeidsarts of de externe/interne medische dienst te contacteren. Als second opinion. Wij zijn ook gewoon om, als er een verband is, meteen een aanvraag te doen bij het fonds van beroepsziekten. Dit is zeer waardevol”.

Er is bij de huisartsengroep een grote tendens naar vraag voor het ontvangen van een verslag van de consultatie bij arbeidsarts mét de bijhorende resultaten (ECG, labo uitslag, ...). Zoals bij software vermeldt, zou deze informatie bij voorkeur elektronisch dienen te worden verstuurd. Dit verslag verifieert het verhaal van de patiënt en ondersteunt de patiënt. Een huisarts (FGG huisarts, deelnemer 1) verwoordde het als volgt:

“Het is inderdaad voornamelijk heel lastig dat hun labo’s niet in onze Hub terecht komen. Zo heb ik al gehad dat een arbeider ongerust is om het lood in zijn bloed. Hij vraagt mij dit op te volgen en te controleren. Maar ik heb geen idee hoe ik dit bepaal en/of over welke waarden we spreken. Ik zou er niets van kennen als het verhoogd terug komt en kan het niet vergelijken met de waarde van de arbeidsarts omdat ik daar niet aan kan”.

Kennis – Gemeenschappelijke navormingsinitiatieven - Opleiding

Zowel in de huis- als arbeidsartsengroep is de vraag groot naar meer kennis over de arbeidsarts en kennismaking met de arbeidsarts. Kennis vergaren kan op twee tijdstippen tijdens 1) de opleiding geneeskunde (en/of de manama huisartsgeneeskunde) of 2) loopbaan als huisarts. In de 3 FGG was een grote tendens van enthousiasme voor gemeenschappelijke navormingsinitiatieven. Dit in de vorm van bijscholingen of een uitnodiging van een arbeidsarts op een LOK-groep. Advies voor verbeterpunten in de opleiding bij 3.3 Opleiding.

‘Arbeid-reflex’

In 2021 ontwikkelde onderzoekers aan LUCAS KU Leuven de ‘Kindreflex’ voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit is een stappenplan dat geestelijke gezondheidszorgers ondersteunt om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap (29).

Naar analogie van de Kindreflex is een suggestie voor vervolgonderzoek op deze masterproef een ‘Arbeid-reflex’. Op een huisartsenraadpleging dient de reflex gemaakt te worden naar wat doet de patiënt van werk, is er een link met het werk én wat is het effect van de reden van consultatie op het werk. Bij het vermoeden van een link, zou een doorverwijzing naar de arbeidsarts een volgende logische stap moeten zijn. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 8) zei hierover het volgende:

“Als een patiënt zich aanmeldt voor een klacht bij een huisarts of specialist en er wordt een (mogelijk) verband vermoed met het werk, zou het een logische reflex moeten zijn om dan even naar de arbeidsarts door te sturen”.

Naast de huisarts, zou ook de patiënt deze reflex moeten ontwikkelen. De patiënt kan werken op een job met bepaalde risico's waarover hij/zij op de hoogte moet zijn. Hier is ook een rol weggelegd voor de arbeidsarts om patiënt hierover gewaar te maken.

Bij de deelnemende huisartsen in de FGG is er reeds een grote tendens naar het noteren en bevragen van het beroep op een consultatie en meer specifiek bij een arbeidsongeschiktheid. Men is vragende partij om een vaste plek te ontwikkelen hiervoor in het medisch programma van de huisarts.

Arbeidsarts contacteert huisarts

Bij het delen van ervaringen in communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsarts is het in de drie FGG een positieve ervaring wanneer de arbeidsarts de huisarts telefonisch contacteert. Dit blijven en/of frequenter doen, komt de onderlinge samenwerking ten goede.

3.3 Opleiding geneeskunde

3.3.1 Timing: basisopleiding of manama?

Een grote tendens tijdens de FGG is dat informatie over arbeidsgeneeskunde tijdens de basisopleiding geneeskunde ontzettend gering is. Een huisarts (FGG huisarts, deelnemer 1) bevestigde dit met volgende uitspraak:

“Ik was al afgestudeerd als basisarts voor ik wist dat een arbeidsarts bestond”.

De laatste jaren vechten universiteiten om deze materie meer te implementeren. Zo zijn er onder andere de modules ‘Arts en Maatschappij’ aan de UA en ‘Verdieping in de gezondheidszorg’ bij KU Leuven.

Bij de huisartsengroep lijkt de geestdrift groter voor meer kennis tijdens de manama huisartsgeneeskunde en niet in de basisopleiding. Een HAIO (FGG HAIO, deelnemer 2) beargumenteerde als volgt:

“Je krijgt op die 6 jaar basisopleiding al zoveel op jou. Ik denk dat het eerder iets voor nu is, tijdens de manama. Hoewel dit voor specialisten ook interessant is, ik denk aan een orthopedist of psychiater. Ik denk dat het meer aan de werkomstandigheden moet gekoppeld worden en niet aan de basisopleiding. Ik kan mij al inbeelden hoe die lessen gaan zijn en ik denk niet dat iedereen daar even geïnteresseerd gaat zitten. Op dat moment spreekt ons dat ook niet echt aan, dan zijn wij nog bezig met hart- en bloedvaten en dergelijke”.

Een bedenking die een collega-HAIO (FGG HAIO, deelnemer 8) hier wel bij maakte is: *“Ik denk dat het er ook wel een beetje van afhangt of je ons wilt warm maken voor het arbeidsartsenberoep of niet. Zo ja, dan moet het in de basisopleiding. Maar voor ons, is het interessanter om het nu te doen”.*

3.3.2 Vorm: theorie of stage?

Een grote tendens in de FGG is dat de kennis over de arbeidsarts (jobomschrijving en businessmodel) en het wettelijk kader waarin zij werken in België onvoldoende gekend is bij arts én patiënt. De huisartsen waren het unaniem over eens dat ze hier meer informatie over wensen. Deze nood wordt ook duidelijk wanneer meermaals een foutieve invulling gegeven wordt aan het takenpakket van de

arbeidsarts gedurende de FGG. Om kennisverruiming te bereiken, worden verscheidene mogelijkheden geopperd in de FGG. Voornamelijk aanpassingen in de opleiding basisarts-huisarts en gemeenschappelijke navormingsinitiatieven tussen huis- en arbeidsarts werden naar voor geschoven.

Enkele stemmen gaan op tijdens de FGG om meerdere uren theorie in te bouwen in de opleiding. Al klinken hier bezorgde tegenstemmen dat tijdens de basisopleiding mogelijk onvoldoende interesse hiervoor zal zijn, omdat op dat moment de nood hieraan nog niet duidelijk is. Bij het FGG arbeidsarts is de tendens erg groot om de theorie duidelijk te maken in casusvorm. Er zou een luik arbeid kunnen toegevoegd worden aan de casussen van de andere theoretische vakken, naar analogie van het vak radiologie. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, arbeidsarts 8) beargumenteerde als volgt:

“Het meest interessante voor de studenten is dat het arbeidsaspect wordt gekoppeld aan de pathologie. Dat de student de link met pathologie of klachten én arbeid ook na al die jaren ingeprent krijgt. Dat ze daar ook aan zullen denken. Het vak radiologie komt ook in andere disciplines aan bod en wordt ook meestal gekoppeld aan een bepaald vakgebied. Dat bepaalde pathologie die enorm bijdraagt aan langdurig absentisme, bijvoorbeeld lage rugpijn en burn-out. Dat wanneer deze zaken aan bod komen in de basisopleiding dat er tijdens de casus in de les wordt gezegd ‘er wordt door de adviserend arts een re-integratie traject opgestart’. En hieraan gekoppeld meer diepgaand wordt uitgelegd wat dit juist is. ‘De patiënt komt bij de bedrijfsarts en deze doet dit..’ Bij de casuïstiek het praktische aspect van wat wij dagelijks doen mee integreren. Arbeid dient verder gepromoot te worden om aan de studenten deze link bij te brengen. Zodat het cruciaal is om te weten waar werkt de patiënt, om zo een diagnose te kunnen stellen. Interessante manier om ons vak meer in de basisopleiding aan bod te laten komen, sexy te laten klinken en indirect te promoten”.

Naast informatie in casusvorm, zijn de arbeidsartsen uit het FGG het er ook over eens dat een interactieve uitleg van een arbeidsarts in een aula zou kunnen helpen. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 1) zei hierover het volgende:

“Dat er eens een arbeidsarts komt visualiseren in de aula, al is het met een filmpje over een rondloop in een bedrijf of een spreekuur. Als je het visualiseert, komt het veel meer tot zijn recht. Uiteraard moet je ook de theorie geven over wat preventieve geneeskunde is. Maar niet iedereen gaat de stage kunnen doen, dan zou ik gaan voor een arbeidsarts die een voormiddag les geeft over wat zijn werk inhoudt, los van de externe dienst waar hij/zij voor werkt”.

Slechts enkelingen in de FGG huisarts en HAIO hadden een stage afgelegd in de discipline arbeidsgeneeskunde tijdens hun basisopleiding. Deze stage werd over het algemeen als verrijkend ervaren. Er was een kleine tendens in de FGG om alle basisartsen of HAIO's stage te laten afleggen bij een arbeidsarts. Al werd er geen consensus gevonden over de haalbaarheid, noch de duur van deze stage.

3.4 Interdisciplinaire samenwerking

In de FGG van de huisarts en de HAIO is de tendens groot dat andere specialisten (exclusief arbeidsarts en adviserend arts van het ziekenfonds) beter bereikbaar zijn. De communicatie met hen loopt anders en vlotter. Oorzaken hiervan zijn een elektronisch communicatieplatform, persoonlijk contact met de specialist en de kennis over de functie van de specialist. Dit zijn zaken, zoals hierboven beschreven, die niet optimaal zijn bij de arbeidsarts. De tendens bij de huisarts uit de FGG is dat de samenwerking met de arbeidsarts beperkt is en dat de arbeidsarts moeilijker te bereiken is.

De huisarts vergelijkt hierbij de samenwerking met de arbeidsarts met deze met de adviserend arts van het ziekenfonds.

Hiertegenover zijn de arbeidsartsen in het FGG het er unaniem over eens dat de huisarts de meest bereikbare, en vaak ook de enige collega-arts is waarmee de arbeidsarts samenwerkt. Een arbeidsarts (FGG arbeidsarts, deelnemer 3) verwoordde het als volgt:

“Ik denk dat ik de specialist bijna nooit telefonisch kan bereiken, van psychiaters krijg je nooit verslagen uit mijn ervaring. Terwijl wij zeker geen boekdelen verwachten, maar wel een diagnose en of de persoon in staat is om een bepaalde functie uit te voeren. Dit wordt precies niet makkelijk op papier gezet. Ik denk dat de huisarts de meest bereikbare partner is”.

4. Discussie

4.1 Antwoorden op onderzoeksvragen

De *perceptie* van de huisarts op de arbeidsarts is voornamelijk dat deze arts voor de huisarts onbekend en ongekend is. De huisarts lijkt de functie van de arbeidsarts niet (volledig) te kunnen omschrijven en geeft soms een foutieve invulling hieraan. De arbeidsarts lijkt veel beter op de hoogte van wat de huisarts doet dan vice versa.

De huidige *communicatie* tussen huis- en arbeidsarts gebeurt voornamelijk over re-integratie en afwijkende preventieve onderzoeken bemerkt tijdens routine onderzoek van de arbeidsarts. Een grote tendens van de FGG is dat huisarts de arbeidsarts moeilijk te bereiken vindt. De huisarts zegt slechts zelden contact te hebben met de arbeidsarts. Daarentegen omschrijft de arbeidsarts de huisarts als de meest bereikbare partner en als enige collega arts waarmee de arbeidsarts communiceert. Een belangrijke oorzaak van de moeizame communicatie is de gebrekkige informatiedoorstroming. Er worden in de FGG volgende voorstellen naar voor geschoven ter optimalisatie van de huidige communicatie en samenwerking: vereenvoudiging toegankelijkheid contactgegevens van de arbeidsarts, optimalisatie van de huidige software (elektronische communicatie en ruimte voor het noteren van het beroep en de arbeidsarts verbonden aan de patiënt), systematisch sturen van een verslag van de consultatie van de arbeidsarts of verwijsbrief door de huisarts, kennis(-making) over/met de arbeidsarts en creëren van een arbeid-reflex bij de huisarts en de patiënt. De arbeidsarts die de huisarts telefonisch contacteert wordt in alle FGG warm onthaald.

Preventie heeft nood aan een plek in de *basisopleiding*. De huisartsen zijn het erover eens dat de meerwaarde groter is in de manama huisartsgeneeskunde. Naar analogie met het vak radiologie stellen de arbeidsartsen voor om een luik arbeid in de andere basisvakken te integreren. De artsen zijn het er grotendeels over eens dat een klein deel achtergrondkennis ook noodzakelijk is, maar het voornamelijk praktisch dient te worden toegepast.

Interdisciplinaire samenwerking wordt naar voor geschoven als een mogelijkheid tot het verbeteren van de huidige communicatie en samenwerking tussen huis- en arbeidsarts. Beide partijen zijn enthousiast over gemeenschappelijke navormingsinitiatieven. Momenteel is de huisarts de (bijna) enige arts waarmee de arbeidsarts op regelmatige basis communiceert. De huisarts vindt de communicatie met andere specialisten veel vlotter verlopen dan met de arbeidsarts. Ze vergelijken de huidige communicatie met de arbeidsarts met deze zoals de adviserend arts van de mutualiteit: moeilijk te bereiken en doet zich zelden voor.

4.2 Resultaten in vergelijking met literatuur

Uit de literatuurstudie komt een gebrekkige communicatie en samenwerking tussen huis-en arbeidsarts naar voor (2-9). Dit wordt bevestigd door de FGG huisarts en HAIO. Het FGG arbeidsarts was er echter unaniem over eens dat de huisarts de meest bereikbare partner is. Desalniettemin, wenst ook de groep arbeidsartsen een optimalisatie van de communicatie en samenwerking met de huisarts. Een van de oorzaken voor de suboptimale communicatie die naar boven komt in de literatuur is het gebrek aan kennis over wie de arbeidsarts is en wat deze doet (5, 9). Hierbij sluit aan

dat zelfs de patiënt zijn arbeidsarts niet lijkt te kennen (2, 10). Deze tendens wordt ook beschreven in de FGG.

Wanneer er samenwerking is, wordt dit over het algemeen positief ervaren. Studies bevestigen dat een nauwe samenwerking succesvolle re-integratie kan bewerkstelligen (3, 16). Deze tendens wordt bevestigd in de FGG.

In de literatuur wordt beschreven dat de huisarts slechts sporadisch over het toekomstig werkvermogen van een patiënt praat (17). De huisarts zou onvoldoende aandacht geven aan het luik arbeid (9, 17). De tendens in de FGG huisarts en HAIO is echter dat de meesten het beroep wel degelijk bevragen en noteren in het elektronisch patiëntendossier. Ze houden hiermee rekening wanneer een arbeidsongeschiktheid wordt geschreven. De artsen zijn vragende partij voor een aanpassing van het huidig elektronisch patiëntendossier zodat er een vaste plek voorzien kan worden voor het noteren van het beroep.

4.3 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Ieder FGG is begeleid door eenzelfde team moderator en assistent. Op deze manier is er geen inter-moderatorbias. De analyse gebeurde door twee analisten met verschillende, professionele achtergrond wat meer ruimte voor discussie en inzicht creëert. Onderliggende betekenissen ontdekken en deze reconstrueren in een conceptueel verhaal vormt dé uitdaging van kwalitatieve data-analyse. De Quagol-methode biedt hiervoor een constructie. Deze methode helpt een analist de data op een wetenschappelijke manier te verwerken zonder rigide instructies op te leggen. Dit stimuleert intuïtie, inbeelding en creativiteit.

Het rekruteren van deelnemers vormt een sterkte en een zwakte. Arbeidsartsen zijn gemakkelijk gerekruteerd. De externe diensten voor preventie en bescherming op het werk en de VVIB waren vlot bereikbaar zowel telefonisch als via e-mail. Het enthousiasme voor dit onderzoek bij de arbeidsarts was groot. Daarentegen liep het rekruteren van huisartsen erg moeizaam. Dit kadert in de huidige overbevraging van de huisarts en heersende covidpandemie. Hierdoor is de onderzoeker gedwongen eigen contacten aan te spreken, wat selectiebias kan hebben veroorzaakt.

De drie FGG maken een mooie start als pilootstudie. Echter, was er oorspronkelijk een groter aantal FGG gewenst, om uiteindelijk af te sluiten met een heterogene groep tot bereiken van saturatie. Het feit dat deze masterproef is geschreven door één HAIO beperkt de realiseerbaarheid hiervan. Een groter aantal homogene FGG eindigend in saturatie begeleidt door meerdere HAIO's had de studie krachtiger kunnen maken. Een cruciaal onderdeel van een succesvolle analyse is de ervaring van het onderzoeksteam. Het was het eerste kwalitatieve onderzoek voor de uitvoerend analisten. Ondanks aandacht hiervoor, kan niet genegeerd worden dat deze masterproef geschreven is door een huisarts in opleiding, geen arbeidsarts in opleiding. De auteur is (onvermijdbaar) niet volledig vrij van bias. Er is getracht de blik te verruimen door een mede-analist te selecteren welke werkzaam is als preventieadviseur bij een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.

4.4 Mogelijk vervolgonderzoek

Uitwerking van de toepasbaarheid van de aangegeven oplossingen tot verbetering van de huidige communicatie kunnen verder onderzocht worden.

Een op deze masterproef volgende masterproef kan een module over arbeidsgeneeskunde en preventieve zorg ontwikkelen voor de opleiding huisartsgeneeskunde. De FGG vragen om hier zoveel mogelijk casusgericht te werken, maar ook inleidend uitleg te geven over de inhoud van de job van de arbeidsarts en de wetgeving in België.

Kwalitatief onderzoek bij hoogleraren en beleidsmakers van de opleiding geneeskunde naar enthousiasme voor en mogelijkheid tot meer implementatie van preventieve zorg in de basisopleiding. Hierin lijkt uit de FGG naar voor te komen dat dit best casusgericht wordt gedaan en geïmplementeerd wordt in de basisvakken naar analogie met het vak radiologie.

Verder onderzoek naar de aandacht van de huisarts voor het beroep van de patiënt en hoe dit systematisch te implementeren in het elektronisch patiëntendossier.

Maart 2020, kort na aanvang van deze masterproef, begeeft de wereld zich in een pandemie. SARS-CoV-2 dwingt de hele zorg zich her uit te vinden. Gangbare zorg wordt uitgesteld en kennis over het virus is, zeker in de beginfase, beperkt. In tijden van crisis lijkt samenwerking en communicatie de enige uitweg. Om meer kennis te vergaren ontspringt er zich een facebook-groep 'Covid-19 voor artsen' naar analogie van Franstalige artsen uit Frankrijk en Zwitserland (30). Met mijn thesis in het achterhoofd valt mij echter iets op: online samenwerking tussen huisarts en specialist, maar ook met de arbeidsarts. Zo worden bijvoorbeeld efficiënt richtlijnen gedeeld voor de opstart van vaccinaties in het woonzorgcentrum van personeel én patiënten tussen arbeidsarts en CRA (coördinerend en raadgevend arts). Ook lees ik advies van een arbeidsarts wanneer een werkgever aan een patiënt een bepaald attest vraagt of wanneer een patiënt mogelijk een risicopatiënt zou zijn op een bepaalde werkvloer. Dit om maar enkele voorbeelden te noemen. Kan een lichtpunt van deze gezondheidscrisis zijn: meer erkenning voor en communicatie met de arbeidsarts? Er is hier ruimte voor verder onderzoek.

Tenslotte lijkt mij er plaats voor een masterproefsamenwerking tussen opleiding huisarts- en arbeidsgeneeskunde. Zo had ik zelf reeds gedurende het schrijven van mijn masterproef contact met arbeidsarts in opleiding Dr. Nathalie Brusselle. We werken rond een gelijkaardig thema. Haar promotor is mijn co-promotor. De krijtlijnen voor samenwerking liggen er, iemand moet ze gewoon invullen.

5. Besluit

De arbeidsarts lijkt veel beter op de hoogte van wat de huisarts doet dan vice versa. Zowel patiënt als huisarts geeft af en toe een foutieve invulling aan de taakomschrijving van de arbeidsarts.

Communicatie en samenwerking tussen de huis- en arbeidsarts is een zeldzaamheid. Als deze er is dan wordt deze door beide partijen over het algemeen als positief ervaren. De huidige communicatie gebeurt voornamelijk over re-integratie en afwijkende preventieve onderzoeken. De communicatie van de huisarts naar de arbeidsarts verschilt met deze naar een ander specialist. Het gaat moeizamer, maar de manier waarop de communicatie verloopt is ook anders. De voornaamste oorzaak van de moeizame communicatie tussen de huis- en arbeidsarts is gebrekkige informatiedoorstroming.

Mogelijke oplossingen hiervoor zijn de vereenvoudiging van de toegankelijkheid van de contactgegevens van de arbeidsarts, de optimalisatie van de huidige software, het systematisch sturen van een verslag van de consultatie van de arbeidsarts of een verwijfsbrief door de huisarts, een kennis(-making) over/met de arbeidsarts en het creëren van een arbeid-reflex bij huisarts en patiënt. Aanpassingen in de basisopleiding en de opleiding huisartsgeneeskunde zouden de kennis van de arts en hierdoor ook de toekomstige samenwerking ten goede kunnen komen. Gemeenschappelijke navormingsinitiatieven tussen huis- en arbeidsarts kan de collega arts uit de onbekendheid halen.

Aanvullend op deze masterproef zijn er verscheidene mogelijkheden voor verder onderzoek. Zo kan onderzoek verricht worden naar de implementatie van de voorgestelde oplossingen voor een betere communicatie tussen huis- en arbeidsarts. Er kan een module arbeidsgeneeskunde en preventieve zorg voor de HAIO ontwikkeld worden. Ook kan er gepeild worden naar de mogelijkheid tot aanpassingen van de opleidingen bij de beleidsmakers. De blik op en het rekening houden met het beroep door de huisarts kan verder geëxploreerd worden. Tevens is er ruimte voor onderzoek naar de invloed van de covidpandemie op de samenwerking tussen huis- en arbeidsarts. Ten slotte zou er in de toekomst een interdisciplinaire masterproef kunnen uitgevoerd worden tussen huis- en arbeidsarts in opleiding.

“Coming together is a beginning.

Keeping together is progress.

Working together is success.”

- Henry Ford

6. Referenties

1. KU Leuven. Master in Arbeidsgeneeskunde (Leuven e.a.) 2021 [Available from: https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ_50268990.htm#activetab=diploma_omschrijving].
2. Defruyt L. Exploratie van een zorgpad tot arbeidsre-integratie van langdurig zieken: Universiteit Gent; 2018.
3. Makay N. React-project reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid: Universiteit Antwerpen; 2013.
4. Politis C. Problemen en strategieën bij het attesteren van arbeidsongeschiktheid in de huisartsenpraktijk: Katholieke Universiteit Leuven; 2013.
5. Haak F, Hoérée T, Verbrugghe B. Struikelblokken bij huisartsen voor de aanpak van arbeid-gerelateerde aandoeningen 2014.
6. Smits L. Samenwerking huisartsen en bedrijfsartsen: 'Werk heeft invloed op het welzijn van mensen'. Huisarts en Wetenschap. 2005;48(13):146-147.
7. Persechino B, Fontana L, Buresti G, Rondinone BM, Laurano P, Fortuna G, et al. Collaboration of occupational physicians with national health system and general practitioners in Italy. Ind Health. 2017;55(2):180-91.
8. Stratil JM, Rieger MA, Völter-Mahlknecht S. Cooperation between general practitioners, occupational health physicians, and rehabilitation physicians in Germany: what are problems and barriers to cooperation? A qualitative study. Int Arch Occup Environ Health. 2017;90(6):481-90.
9. Caeyers T. Detectie en Aanpak van Arbeid-gerelateerde Aandoeningen: Struikelblok voor de Huisarts? : Katholieke Universiteit Leuven; 2018.
10. Van Beveren M. De vlaamse huisarts en arbeidsongeschiktheid, is een consensus mogelijk? Een praktijkstudie bij patiënten en huisartsen. : Katholieke Universiteit Leuven; 2012.
11. Andries S. België is op weg naar half miljoen langdurig zieken. De Standaard. 2021.
12. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. Langdurig ziekteverzuim in België 2016 [Available from: <https://www.beswic.be/nl/blog/langdurig-ziekteverzuim-belgie>].
13. Rekenhof. 177e Boek - deel II: Boek 2020 over de Sociale Zekerheid 2020.
14. Haeren AV. Bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op de arbeidsre-integratie van langdurig zieken: Universiteit Antwerpen; 2018.
15. van Dijk P, Hogervorst W, ter Riet G, van Dijk F. A protocol improves GP recording of long-term sickness absence risk factors. Occup Med (Lond). 2008;58(4):257-62.
16. Mylle G, Verbeek C, Bulterys S, Godderis L. Eén Jaar Re-Integratiewetgeving: Ervaringen Van Groep Idewe. Tijdschrift voor geneeskunde. 2019;75(2):14.
17. Ehmann AT, Martus P, Siegel A, Rieger MA. Addressing future work ability of employees in GP consultations: results of a cross-sectional study. J Occup Med Toxicol. 2021;16(1):10.
18. Van Hoeymissen K, Bourguignon S, Vermeulen B. Ziekteattest en de job: Wat zijn de verwachtingen van de huisarts bij het schrijven van arbeidsongeschiktheid? : Katholieke Universiteit Leuven; 2018.
19. Vanmeerbeek M, Govers P, Schippers N, Rieppi S, Mortelmans K, Mairiaux P. Searching for consensus among physicians involved in the management of sick-listed workers in the Belgian health care sector: a qualitative study among practitioners and stakeholders. BMC Public Health. 2016;16:164.
20. Buijs P, Heuvel Fvd, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. Huisarts en Wetenschap. 2009;52(3):5.
21. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. Arbeidsduur en rusttijden [Available from: <https://werk.belgie.be/nl/themas/arbeidsreglementering/arbeidsduur-en-rusttijden>].

22. Chakraborty SP, Dermentzis J, Brijnath B, Ivey E, Mazza D. What clinical challenges are associated with diagnosing and managing work-related mental health conditions? A qualitative study in general practice. *BMJ Open*. 2020;10(8):9.
23. Parker G. Occupational medicine and training for general practice. 1996 Nov. Report No.: 0960-1643.
24. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid Arbeid en Sociaal Overleg. Erkenning: Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het werk (EDPBW) [Available from: <https://werk.belgie.be/nl/erkenningen/erkenning-externe-diensten-voor-preventie-en-bescherming-op-het-werk-edpbw>].
25. Stratil J, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S. Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017;90(8):809-21.
26. Vermeir P, Tobback E, Mariman A, Muynck MD, Godderis L, Delesie L, et al. Een gemeenschappelijke taal voor de optimale herintegratie van patiënten met langdurig bestaande somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor geneeskunde*. 2019;75(21):10.
27. Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden: Acco uitgeverij; 2013.
28. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):360-71.
29. Coppens E, Cuyper KD, Audenhove CV. De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2018.
30. Beyaert V, Cools L-L, Cools O. COVID-19 voor Artsen Facebook 2020 [Available from: <https://www.facebook.com/groups/667770633973406>].

7. Bijlagen

7.1 Script focusgroep gesprek

1. Korte voorstelling van deelnemers focusgroep:
 - a. Naam.
 - b. Tewerkstelling (arbeidsarts/huisarts/haio – werkgever – type praktijk – locatie – opleidingsuniversiteit).
 - c. Jaren werkervaring.
2. Wat is de perceptie van huisartsen op het arbeidsartsenberoep?
NIET gebruiken bij focusgroepgesprek arbeidsartsen
 - a. Wat vindt u dat het arbeidsartsenberoep inhoudt?
 - b. Wat zijn volgens u de grote overeenkomsten en verschillen tussen huis- en arbeidsartsen?
 - c. Wat is de rol van de huisarts in het detecteren van arbeid gerelateerde klachten?
 - d. Waarvoor kan u en/of doet u beroep op uw collega arbeidsarts?
3. Wat is de perceptie van arbeidsartsen op het huisartsenberoep?
Niet gebruiken bij focusgroepgesprek huisartsen
 - a. Wat vindt u dat het huisartsenberoep inhoudt?
 - b. Wat zijn volgens u de grote overeenkomsten en verschillen tussen huis- en arbeidsartsen?
 - c. Wat is de rol van de huisarts in het detecteren van arbeid gerelateerde klachten?
 - d. Waarvoor kan u en/of doet u beroep op uw collega huisarts?
4. Communicatie tussen huis- en arbeidsartsen:
 - a. Wat zijn uw ervaringen in de communicatie/samenwerking met een collega huis-/arbeidsarts?
 - b. Wat zijn de mogelijke oplossingen om de communicatie tussen huis- en arbeidsartsen te verbeteren?
5. Basisopleiding:
 - a. Zijn er zaken die veranderd moeten worden in de basisopleiding. Zo ja, welke mogelijkheden kunnen geïmplementeerd worden in de basisopleiding om te leiden tot een betere communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsartsen?
6. Interdisciplinaire samenwerking:
 - a. Loopt de interdisciplinaire communicatie tussen huis- en arbeidsarts verschillend van de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en specialist (met uitzondering van de arbeidsarts)? Zo ja, zijn hier mogelijke verklaringen voor?
 - b. Wat denkt u van gemeenschappelijke navormingsinitiatieven met huisartsen, bedrijfsartsen en adviserende artsen?

7. Stellingronde a.d.h.v. literatuur:

- a. Studie betreffende re-integratie: “Meer dan de helft was hiermee in aanraking gekomen en veruit de meeste patiënten vonden dit een negatieve ervaring”(14)
- b. Huisartsen hebben nood aan een andere bril, een arbeids-gerelateerde-aandoeningen bril. Het is het nieuwsgierig en kritisch kijken naar hoe arbeid en gezondheid voor deze specifieke patiënt aan een specifieke werksituatie gelinkt zijn. (9)
- c. De rol van ‘arbeid’ op de klachten (en omgekeerd) wordt door de huisarts vaak mis-/onderkend.(9)
- d. Gebrekkige onderlinge communicatie wordt ervaren bij 77% van de huisartsen, 51% van de bedrijfsartsen en 65% van de adviserend arts.(2)
- e. Bij een studie van opvolging van patiënten die langdurig ziek waren (>1 maand) werd verwezen door huisarts naar arbeidsarts met verwijsbrief, maar er werd geen verslag van de arbeidsarts ontvangen in retour. (3)
- f. Verantwoordelijkheid van het verlengen van de arbeidsongeschiktheid van zodra een patiënt >1 maand werkonbekwaam overdragen aan de arbeidsarts of de adviserend arts.(3)

7.2 Uitnodigingsmail HAIO, huisarts en arbeidsarts

Beste collega HAIO-huisarts-arbeidsarts,

Graag had ik u uitgenodigd voor deelname aan mijn masterproef huisartsengeneeskunde betreffende '**Optimalisatie van de communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsarts**'.

Zes (vroeger zeven) jaar bevinden wij ons allen als toekomstig basisarts in eenzelfde aula, waarna onze wegen scheiden. Deze wegen kruisen tussen specialisten en huisartsen bijna dagelijks. Vlotte communicatie met de preventieve tak van de geneeskunde lijkt in de praktijk niet altijd even vlot te verlopen. Het ligt er niet steeds duimdik bovenop, maar **arbeid is een frequent en belangrijk thema op de huisartsenraadpleging**. Huis- en arbeidsartsen bekommeren zich om dezelfde patiënten en werken vaak rond eenzelfde probleemstelling. Nochtans, lijken ze weinig op de hoogte te zijn van elkaars takenpakket/mogelijkheden. Wij wensen te onderzoeken wat de huidige perceptie van de huis-arbeidsarts is op elkaars beroep en hoe de interdisciplinaire communicatie loopt (én hoe deze beter kan).

Met deze **kwalitatieve studie** wil ik via **focusgroepgesprekken** onderzoeken of huis- en arbeidsarts samen meer zouden kunnen bereiken. Dit met het oog op de zorg voor onze patiënten te verbeteren. De focusgroepen zullen plaatsvinden **november t.e.m. januari** via een online, beveiligd platform en nemen 1,5 uur tijd in beslag. Aanvraag voor **accreditatie** is lopende. Het **informed consent formulier** vindt u in bijlage. Deze studie werd reeds goedgekeurd door de **Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven**.

Kort:

- *Wat?* Uitnodiging focusgroep 'Optimalisatie van de communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsarts'.
- *Wanneer?* November t.e.m. januari. Maximum deelname aan 1 sessie.
- *Hoe?* Kwalitatieve studie d.m.v. focusgroepen. Gedurende 1,5 uur online meeting met collega artsen gemodereerd door Prof. Dr. De Lepeleire en geassisteerd door HAIO Hannah Penders.
- *Accreditatie?* Lopende.

Graag hoor ik van u in wederkerende mail of u geïnteresseerd bent in deelname, uw voorkeur voor een online meeting rond het middaguur of in de avond.

Alvast heel erg bedankt.

Met vriendelijke groeten,

Hannah Penders, HAIO

Prof. Dr. De Lepeleire, Promotor

7.3 Informed Consent Formulier

KU LEUVEN

Exemplaar voor de deelnemer

Titel van de studie: Hoe optimaliseren we de samenwerking/communicatie tussen huis- en arbeidsartsen?

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: EC onderzoek KU Leuven

Onderzoekers: Hannah Penders, master huisartsgeneeskunde,
hannah.penders@student.kuleuven.be

Prof. Dr. Jan de Lepeleire, jan.delepeleire@kuleuven.be

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsartsen. Zo hopen we uiteindelijk een betere en efficiëntere zorg te kunnen bieden aan onze patiënten. Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

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

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

Doelstellingen en verloop van de studie

Huis- en arbeidsartsen bekommeren zich om dezelfde patiënten en werken vaak rond een gelijkaardige probleemstelling. Nochtans, lijken zij weinig op de hoogte van elkaars takenpakket/mogelijkheden. Als huisartsen, zijn wij gekend met ziekte/ongeval en arbeidsongeschiktheid. De gang van zaken op de werkvloer en arbeid gerelateerde ziekten, waar de expertise van de arbeidsartsen ligt, is ons eerder ongekend.

Om de samenwerking/communicatie tussen huis- en arbeidsartsen te verbeteren wensen wij een kwalitatieve studie in de vorm van focusgroepen uit te voeren.

A.d.h.v. informatie uit focusgroepen zullen wij trachten de relatie tussen huis- en arbeidsartsen weer te geven. Verder ook handvaten te geven voor een betere communicatie of overlegorgaan tussen huis- en arbeidsarts. En tenslotte grondwerk te leggen voor een mogelijk opleidingspakket voor de (toekomstig) HAIO (huisarts in opleiding) over arbeidsgeneeskunde.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat wij ervan overtuigd zijn dat een betere communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsarts kan leiden tot kwaliteitsvollere en efficiëntere zorg.

Aan deze studie zullen ongeveer 32 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u een collega huisarts, collega arbeidsarts of collega HAIO zijn.

De onderzoeker zal u vragen deel te nemen aan een focusgroepgesprek dat peilt naar de huidige communicatie/samenwerking, de struikelblokken en de mogelijkheden voor verbetering van de communicatie/samenwerking tussen huis- en arbeidsartsen. Deelname aan dit gesprek zal ongeveer 90 minuten van uw tijd in beslag nemen en zal virtueel plaatsvinden in het najaar 2021 en start 2022.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan een optimalisatie van de zorg voor onze patiënten.

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

➤ Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoeker (Hannah Penders) via (hannah.penders@student.kuleuven.be) of via het telefoonnummer +32 474 55 93 42 en de hoofdonderzoeker (professor Dr. Jan de Lepeleire) via het telefoonnummer +32 475 61 76 83 (werkuren) of via e-mail (jan.delepeleire@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

Titel van de studie: Hoe optimaliseren we de samenwerking/communicatie tussen huis- en arbeidsartsen?

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / Ik wil niet geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

Onderzoeker

Ik ondergetekende Penders, Hannah, onderzoeker, verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

Titel van de studie: Hoe optimaliseren we de samenwerking/communicatie tussen huis-en arbeidsartsen?

III Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek-KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidsgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn¹.

¹ Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren ².

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

De opdrachtgever zal de verzamelde gegevens gebruiken in het kader van de studie waaraan u deelneemt, maar wil ze ook kunnen aanwenden in het kader van andere studies met dezelfde context als deze studie. Buiten de context die wordt beschreven in dit document, kunnen uw gegevens enkel gebruikt worden als een ethisch comité zijn goedkeuring heeft gegeven.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Bij studies die **NIET plaatsvinden in UZ Leuven**: Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres : hannah.penders@student.kuleuven.be. Indien u naderhand nog bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

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

² De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

7.4 Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven



GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN



[English version below.](#)

Ons kenmerk: MP016746

Uw kenmerk: Masterproef studie: Hoe optimaliseren we de samenwerking/ communicatie tussen huis- en arbeidsarts?

Leuven, 04-05-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jan De Lepeleire
Geachte Hannah Penders

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 04-05-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering

(Goedkeuring) Het betreft een prospectieve studie met als doe

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 21-04-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienststraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

7.5 Codebook NVivo

Name	Description
Gelijkenissen HA - AA	
Basisopleiding	
Interne AA	
Partner van de patiënt	
Preventie	
welzijn patiënt werknemer	
HAIO - Huisarts	
Arbeidsgerelateerde klachten	
Arbeidsongeschiktheidsattest	
Beroep	
Blinde vlek het werk	
Rol huisarts	
Basisopleiding	
Manama	
Stage	
Theorie	
Communicatie	
Huidig	
Ervaring	
Aangepast werk	

Name	Description
HA naar AA	
Link arbeid	
mentaal welzijn	
Moeilijk bereikbaar	
Re-integratietraject	
Medisch ontslag	
Werkhervatting	
Tijdrovend	
Via patiënt	
Zeldzaamheid	
Verslag	
verwijsbrief	
Oorzaken	
Geen keuzevrijheid arts	
Huisartsen groepspraktijk	
Informatiedoorstroming	gebrek aan platform/kanaal om op te kunnen overleggen
Onbekend	
Ongekend	
Patiënt	
Onwetendheid patiënt	

Name	Description
Wantrouwen	
Relatie werkgever	
RIZIV	
Oplossingen	
AA belt HA	
Contactgegevens	
Arbeidsovereenkomst	
mijngezondheid.be	
SEED-Connect	
Via werkgever	
Integratie in de huisartsenpraktijk	
Kennis	
Gemeenschappelijke navormingsinitiatieven	
Opleiding	
stage	
Multidisciplinair overleg	
Software GMD-EMD	
Vaccinnet	
Verplicht onderzoek bij de AA	
Verslag AA	
Verwijsbrief HA	

Name	Description
Interdisciplinaire samenwerking	
Andere specialisten (niet AA)	
Adviserend Arts Ziekenfonds	
Perceptie arbeidsartsenberoep	
Doorverwijzer	
Fout	
Preventie	
Weinig macht	
Werk	
Adviserend	
Arbeidsgeneeskundig onderzoek (2)	
Bemiddelaar	
Inzicht werkvloer	
Tussenpersoon werkgever-werknemer	
Preventieadviseur Arbeidsarts	
Basisopleiding	
Bachelor	
Manama	
Stage	
Theorie	
Casussen	

Name	Description
Preventieve geneeskunde	
Communicatie	
Huidig	
Aanvullend	
Bereikbaar	
Doorverwijzen	
Ervaring	
Re-integratietraject	
HA bereikbare partner	
Rijgeschiktheid	
Telefonisch	
Oorzaken	
E-health	
Huisartsengroepspraktijken	
Informatiedoorstroming	
Onaantrekkelijk	
onbekend	
Ongekend	
Tijdsdruk	
Oplossingen	
AA contacteert HA	

Name	Description
Arbeid reflex	
Communicatieplatform	
Contactgegevens	
Gemeenschappelijke navormingsinitiatieven	
Kennis	
Software	
Verslag	
Verwijsbrief	
HA en AGK	
Beroep	
Ongekend	
Interdisciplinaire samenwerking	
Perceptie huisartsenberoep	
Bereikbaar	
Bewaker overzicht	
Bondgenoot patiënt	
Context	
Huisartsengroepspraktijk	
Eerste aanspreekpunt	
Overbevraagd	
Administratief overladen	

Name	Description
Polyvalent	
Respect	
Verschillen HA - AA	
AA inzicht werk	
AA consulentenrol	
AA preventie	
Aanvullend	
HA bio-psycho-sociaal	
HA context	
HA curatief	