

# De ontwikkeling van richtlijnen inzake de duur van arbeidsongeschiktheid: een uitdaging voor het Nationaal College!

Pr. Philippe Mairiaux (ULiège)

Voorzitter

Nationaal college voor sociale verzekeringsgeneeskunde  
inzake arbeidsongeschiktheid

Studiedag WVV, Gent, 25 april 2019

# Plan

- Nationaal College: takken en samenstelling
- Verzoek tot creëren van een referentiekader voor de duurtijden van arbeidsongeschiktheid (AO)
  - Gekozen pathologieën
  - Bestaande literatuur
  - Methodologie voor het creëren van het referentiekader
  - Fiche 'low back pain'
  - Fiche 'burn-out'
- Referentiekader: hulp of bedreiging? Voor de arts / de patiënt ?
- Conclusies

# Nationaal College - Takken

- Oprichting: KB 18 december 2016 (MB 04/01/17)
- Takken:
  - Gestandaardiseerde methoden voorstellen voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid met als doelstelling een harmonisatie van de evaluaties in de verschillende sectoren van de sociale zekerheid.
  - Ontwikkelen van aanbevelingen van goede praktijk in sociale verzekeringsgeneeskunde inzake geneeskundige deskundigheid [....].
  - Standaarden voor geneeskundige communicatie voorstellen, met de toestemming van de patiënt, tussen de verschillende sectoren van de sociale zekerheid.
  - [....].
  - Ontwikkelen van aanbevelingen van gemeenschappelijke trajecten inzake de beroepsherinschakeling in de verschillende sectoren van de sociale zekerheid.

# Samenstelling van het College

- **Vertegenwoordigers administraties :**
  - INAMI – RIZIV : F. Perl
  - ONEM – RVA : P-P. Watrin
  - FEDRIS – BZ : S. Scaux
  - FEDRIS – AO : M. Offermans
  - FOD VVVL (medische expertise): .....
  - FOD SZ (DG PH) : A. Gubbels

# Samenstelling van het College

- Medische experts:
  - CIN – NIC: 4
  - SSMG – Domus Medica: 1 / 1
  - ASMA – WVV: 1 / 1
  - Abefradoc – Benevermedex: 1 / 1
  - SSST – VWVA: 1 / 1
- Totaal:
  - 18 effectieve leden (+ 18 plaatsvervangers)

# Nationaal College

KB 18-12-2016

- Art. 14:
  - Het College is opgericht voor een duur van drie jaar (dus tot 31/12/2019)
- Art. 7 §1:
  - Het College kan alle voorbereidende studies toevertrouwen aan één of meer commissies.

# Nationaal College - commissies

- Commissie 1
  - Juridische inventaris en voorstellen voor aanknopingspunten tussen wetgevingen
- Commissie 2
  - Multidisciplinaire benaderingen voor de evaluatie van het resterend arbeidsvermogen
- Commissie 3
  - Opleiding en revalorisatie van de verzekeringsarts en van aanverwante beroepen
- Commissie 5
  - Harmonisatie van de evaluatie voor de toekenning van hulp van derde

# Verzoek aan het college

- Door de minister van Sociale Zaken, in het kader van een beslissing van de Ministerraad van 31 maart 2017
- Ontwikkeling van guidelines rond de duur van de arbeidsongeschiktheid, voor pathologieën met verlengde arbeidsongeschiktheid die de adviserende arts het vaakst tegenkomt, namelijk motorische en psychische pathologieën



# Samenstelling van een 4e commissie: referentieduurtijden voor AO

- Voorzitter: Dr. Etienne Laurent  
Secretariaat: Dr. Chantal Neyrinck
- Leden: 1 vertegenwoordiger dept. vergoedingen RIZIV, 1 vertegenwoordiger DGEC RIZIV, 3 adviserende artsen van ziekenfondsen, 1 academicus arbeidsgeneeskunde, 1 vertegenwoordiger SSMG, 1 vertegenwoordiger Domus medica, 1 expertarts-psychiater, 1 expertarts-orthopedist, 1 arts OCMW, 1 expertarts-wetsverzekeraar, ...

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurttijden AO

- Stap 1 - bepalen van algemene principes :  
De referentiekader voorstellen zouden
  - Gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en bestaande guidelines
  - Met minimum- en maximumduurtijden, naargelang de leeftijd van de patiënt, de medische comorbiditeit, de globale socio-professionele context (fysieke of emotionele belasting, woon-werkverplaatsing, studieniveau en kwalificaties, gezinssituatie, ...)
  - Gevalideerd door de gebruikers voor de voorschrijving en de evaluatie van de AO. Ze moeten dus betrokken worden bij het creëren van het referentiekader.

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurtijden AO

- Stap 2: keuze van een beperkt aantal pathologieën
  - Criteria: Top 10 van oorzaken AO > 6 maanden, Top 10 van getuigschriften AO, gemakkelijke en specifieke diagnose vs. ruime en moeilijk te objectiveren diagnose, evenwicht tussen motorische en psychische pathologieën
  - Weerhouden pathologieën: lage rugpijn (ICD10=M54.5), carpaal tunnel (ICD10=G56.0), knieprothese (ICD10=Z96.6), scheur rotator cuff (ICD10=M75.1), borstkanker (ICD10=C50), acuut hartinfarct (ICD10=I21), milde depressie (ICD10=F32.0), aanpassingsstoornis (ICD10=F43.2), burn-out (ICD10=Z73.0)

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurttijden A0

- Stap 3: Raadplegen van bestaande literatuur
  - Geen feitelijke gegevens uit gerandomiseerde en gecontroleerde prospectieve onderzoeken of uit andere onderzoeken met een voldoende epidemiologische waarde om wetenschappelijk optimale duurtijden te kunnen bepalen voor het onderbreken van de arbeid
  - Guidelines = meestal een consensus van experts
- Bestaande referentiekaders in Europa:
  - Frankrijk, Zweden, Ierland, Spanje.....

# www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arret-travail/



The screenshot displays a web interface with a sidebar on the left and a main content area on the right. The main content area is organized into several expandable sections, each with a title and a list of links to PDF documents. The sections are:

- Pathologies cardio-vasculaires** (collapsed)
- Rachialgies** (expanded)
  - Consultez les durées de référence en cas de rachialgies :
  - [Cervicalgie non spécifique](#) (PDF, 1.01 Mo)
  - [Lombalgie commune](#)
  - [Néuralgie cervico-brachiale commune](#) (PDF, 393.01 Ko)
  - [Sciatique](#) (PDF, 810.72 Ko)
- Traumatismes** (collapsed)
- Troubles mentaux** (expanded)
  - Consultez les durées de référence en cas de troubles mentaux :
  - [Troubles anxio-dépressifs mineurs](#) (PDF, 796.36 Ko)
- Troubles ostéo-articulaires** (expanded)
  - Consultez les durées de référence en cas de troubles ostéo-articulaires :
  - [Rupture des tendons de la coiffe des rotateurs](#) (PDF, 543.55 Ko)
  - [Syndrome du canal carpien](#) (PDF, 650.96 Ko)
  - [Tendinopathie de la coiffe des rotateurs](#) (PDF, 546.26 Ko)

On the right side of the page, there is a vertical navigation bar with several icons: a blue circle with 'ameli pro', a folder icon labeled 'DMP', an envelope icon, a book icon, a document with a pencil icon, and a 'MEMO' icon with a hand pointing to a document. At the bottom right, there is a blue button with an upward-pointing arrow.

# Guidelines sociale zekerheid Zweden - (eerst editie 2008)

**Socialstyrelsen**

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z Å Ä Ö

Start / Riktlinjer / Försäkringsmedicinskt beslutsstöd...

Nationella riktlinjer Beslutsstöd för behandling Nationella screeningprogram **Försäkringsmedicinskt beslutsstöd**

Övergripande principer för sjukskrivning Om Försäkringsmedicinskt beslutsstöd Kriterier för allvarlig sjukdom

## Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Ladda ner sida RSS

Här kan du söka i Socialstyrelsens rekommendationer för sjukskrivning utifrån sjukdomar och tillstånd. Rekommendationerna är inte regler, utan vägledning. Bedömningen av en persons arbetsförmåga ska alltid vara individuell och utgå ifrån individens unika förutsättningar.

Socialstyrelsen har genomfört vissa förbättringar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I samband med detta har vi också uppdaterat beslutsstödet på webbplatsen.

Under 2016 har arbetet med att förbättra beslutsstödet pågått. Bland annat har Socialstyrelsen med hjälp av medicinska experter sett över och uppdaterat rekommendationerna för de psykiska sjukdomarna. De uppdaterade rekommendationerna för de psykiska sjukdomarna gäller från den 30 januari 2017.

**Diagnos** :

Sjukdomsgrupp: Andningsorganen

- Akut bronkit - J20
- Allergisk rinit - J30
- Astma - J45, J46
- Influenza - J09, J10, J11
- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) - J44

**Sök och avgränsa**

Sökord

Sjukdomsgrupp

Alla

Filtera Rensa

**Kontakt**

Socialstyrelsens kan inte ändra ett beslut från Försäkringskassan och uttalar sig inte i enskilda ärenden. Vi hänvisar till Försäkringskassan.

forsakringsmedicinskt.  
beslutsstod@socialstyrelsen.se

**Mer hos oss**

Frågor och svar om Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

**Mer hos andra**

Försäkringskassan

# Ierland - september 2015



An Roinn Coimirce Sóisialaí

Department of Social Protection

Helping you build a better life

**CLOSED CERTIFICATION GUIDELINES  
FOR GENERAL PRACTITIONERS**

# Andere referenties

- Tiempos estándar de Incapacidad temporal, Instituto nacional de la Seguridad Social, Spanje, 2e editie • Medical Disability Advisor 5th Edition, 2005



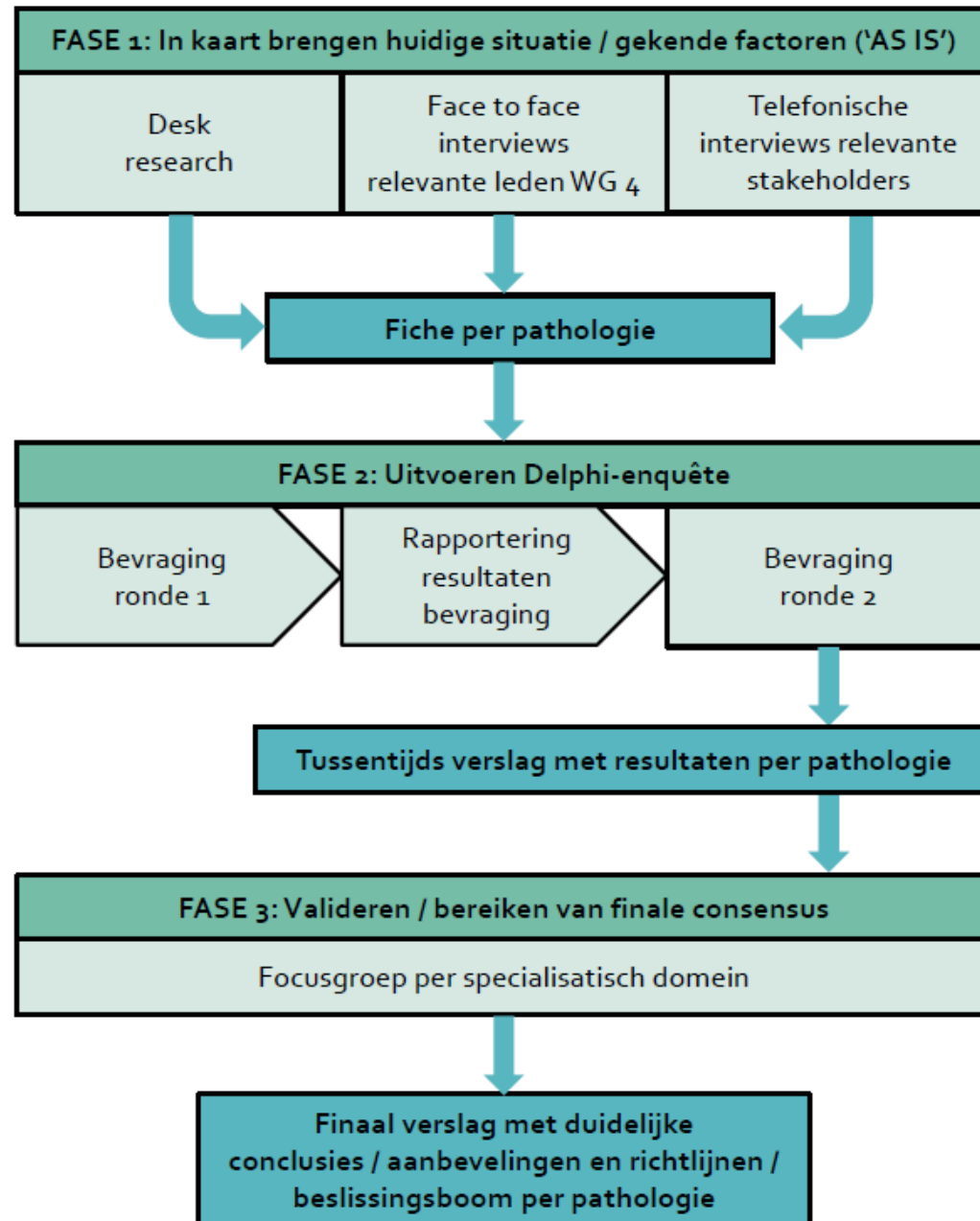
# Wout E.L. de Boer et al - review 2015

- “Expectation of sickness absence duration: a review on statements and methods used in guidelines in Europe and North America, Eur J Public Health, 26: 306-311”
- “Conclusions : In several countries, certifying physicians are provided with guidelines that contain statements about expected duration of sickness absence for different health conditions. These statements seem to have a limited base of evidence and an unknown impact. Improvement is possible but faces large challenges in organization and resources.”

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurtyden AO

- Stap 4: opmaken van fiches met aanbevelingen voor elke pathologie op basis van:
  - Buitenlandse referentiekaders
  - De expertise van commissieleden
  - Met de hulp van praktiserende artsen, generalisten en specialisten, individueel geraadpleegd
- Met de steun van Möbius consultants

# Plan van aanpak



Fase

Activiteit

Uitwerking deliverable

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurttijden A0

- Stand van zaken
  - 16 interviews gedaan met huisartsen, specialisten, adviserende artsen, bedrijfsartsen
  - Contact via e-mail opgenomen met 21 specialisten rond versie-V1 van de fiches per pathologie
  - Opstellen van versie-V2 van de fiches
- Stap 5 : Delphi studie
  - Versie-V2 onderwerpen aan een Delphi (1e ronde)
  - Nazien van de inhoud van de fiches op basis van de ontvangen adviezen en suggesties
  - 2e ronde: voorleggen van de gereviseerde fiches (V3)

# Structuur van de toekomstige fiches

## FICHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID Pathologie (ICD-10: XXX)



Deze fiche bevat informatie en aanbevelingen om u te helpen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en de dialoog met uw patiënt te faciliteren. De referentieduurtyden zijn indicatief en dienen uiteraard te worden aangepast waar nodig volgens de individuele situatie van uw patiënt.

### Belangrijke informatie voor hernemen professionele activiteit

- *Nuttige informatie / aanbevelingen in het kader van de pathologie*
- *Eventuele definities / diagnosetools indien noodzakelijk → toe te voegen in bijlage*
- *Eventuele schalen waarop de arts zich kan baseren → toe te voegen in bijlage*
- ...

**Format fiche  
per pathologie**

### Referentieduurtyden voor arbeidsongeschiktheid

	ARBEIDSONGESCHIKTHEID (AO)

### Cruciale factoren om de situatie van uw patiënt te beoordelen op basis waarvan de duurtijd kan worden aangepast

- ✓ *Selectie van de belangrijkste factoren specifiek voor de pathologie en interpretatie van de relatie / uitleg van de richting waarin de factor een invloed heeft op de arbeidsongeschiktheidsduur*

# FICHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

## Lage rugpijn (ICD-10: M54.5)

Draft versie

Deze fiche bevat informatie en aanbevelingen om u te helpen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en de dialoog met uw patiënt te faciliteren.  
De referentieduurtyden zijn indicatief en dienen uiteraard te worden aangepast waar nodig volgens de individuele situatie van uw patiënt.

### Belangrijke informatie voor hernemen professionele activiteit

- Rugpijn is geen ziekte maar een **toestand!** Platte rust is in geen geval aan te raden.  
Het is vooral belangrijk om de **patiënt gerust te stellen** en te informeren over de goedaardige aard van lage rugpijn en de patiënt aan te moedigen om te blijven bewegen en de **normale activiteiten voort te zetten** (voor zover mogelijk).
- Vroegtijdige **fysieke oefeningen** worden sterk aangeraden voor het herstel van de functie.
- De **meeste patiënten met eenvoudige lagerugpijn kunnen blijven werken of naar het werk terugkeren binnen een paar dagen of weken**, zelfs als ze nog steeds een aantal resterende of terugkerende symptomen hebben, en hoeven **niet te wachten tot ze volledig pijnvrij zijn**. Geef in ieder geval als algemene boodschap aan de patiënt dat het belangrijk is om terug aan het werk te gaan vanaf dat het enigszins haalbaar is.
- De fysieke intensiteit van het werk is niet per definitie een factor om arbeidsongeschiktheid voor te schrijven. Arbeidsongeschiktheid is eigenlijk geen behandeling voor lagerugpijn. Er dient vooral te worden **nagegaan of het werk een oorzakelijke factor is** voor de lage rugpijn (bv. bij werken met een drillboor, poetsen, ...). Deze inschatting wordt gemaakt door de arts op basis van een goede bevraging van de patiënt. Enkel bij faciliterende factoren op het werk kan dit aangewezen zijn, maar voor een zo kort mogelijke periode.
- Bij problemen bij terugkeer is **gedeeltelijke werkhervatting** te overwegen.
- Een **vroegtijdige raadpleging van de arbeidsarts** kan het hernemen van de professionele activiteiten in betere omstandigheden bevorderen (door aanpassing of wijziging van de werkpost).
- In de meeste gevallen lost algemene lage rugpijn spontaan op: 90% geneest spontaan in 1 maand.  
De referentieduurtyden zijn maximumtijden, de **arbeidsongeschiktheidsduur dient zo kort mogelijk te worden gehouden** en nooit langer dan tot de volgende consultatie.
- Lage rugpijn wordt best niet geopereerd. Indien er **wachttijden** zijn voor een specialistisch consult, is het aangeraden om de **patiënt aan het werk te houden** tijdens deze periode.

### Referentieduurtyden voor arbeidsongeschiktheid

TIJDSLIJN	ARBEIDSONGESCHIKTHEID (AO)
Acute fase	AO beperken tot [ ] daarna patiënt terugzien
Subacute fase	AO beperken tot [ ] daarna patiënt terugzien
Chronische fase	AO beperken tot [ ] daarna patiënt terugzien

### Cruciale factoren om de situatie van uw patiënt te beoordelen op basis waarvan de duurtijd kan worden aangepast

- ✓ Mate waarin werk een veroorzakende / onderhoudende factor is voor de lage rugpijn
- ✓ Overtuiging van patiënt t.a.v. relatie tussen belasting van het werk en de lage rugpijn
- ✓ Mate / gevoel van ondersteuning op het werk (door leidinggevende, collega's, ...)
- ✓ Mogelijkheden tot aanpassing / verandering van werkpost door het bedrijf
- ✓ Psychologische factoren in geval van aanhoudende pijn

Een volledig uitgewerkt ZORGPAD met beslissingshulp voor lage rugpijn is beschikbaar via een elektronische tool: <http://lagerugpijn.kce.be/>

!!! De arbeidsongeschiktheid dient regelmatig opnieuw te worden geëvalueerd om te vermijden dat de patiënt zijn restcapaciteit verliest en om te evalueren wanneer reïntegratie mogelijk / aangewezen is !!!



# Referentieduurtijd voor AO voor burn-out: waarom deze keuze?

- Vaststelling:
  - Staat in de Top 5 van oorzaken van langdurige AO, zowel voor adviserende artsen als voor huisartsen
  - Zou de nummer 1 zijn van diagnoses waarvoor de evaluatie van de AO het moeilijkste is
  - Diagnose vaak verward met depressie
  - Label dat andere problemen verbergt: bijv. arbeidsconflict
  - Diagnose steeds meer sociaal aanvaard
  - Tolerantie van langdurige afwezigheid leidt vaak tot verbreking van arbeidscontract, uitval op de arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid
- Diagnose van burn-out = voorbeeld van ontoereikende kwaliteit bij de voorschrijving en het beheer van de AO?

# Referentieduurtijd voor AO voor burn-out: onmogelijke opdracht?

- Wat is de definitie van een burn-out?  
Geen consensus!
- Term steeds vager wat een rationele en aangepaste behandeling in de weg staat: ouders burn-out! Burn-out van kind, of studenten na de examens!
- Voor de commissie:  
burn-out = professioneel uitputtingsyndroom



# Referentieduurtijd voor AO voor burn-out: visie van de commissie

- Focus fiche meer op factoren (ziekte beheersing en beslissing) die de duur van de AO gaan bepalen, dan op de medische toestand van de patiënt
- Concreet
  - Inhoud van de zorg door behandelende arts? Beroep op een psycholoog of psychiater? Therapie gestart zoals CGT, mindfulness, coaching?
  - Welke contacten opgenomen met de bedrijfsarts en de adviserende arts, de werkgever om een duidelijk re-integratieplan te voorzien? Of om voor iets anders te zorgen buiten het bedrijf in functie van de professionele vaardigheden en persoonlijke veerkracht?

# FICHE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

## Burn-out (ICD-10: Z73.0)

Draft versie

Deze fiche bevat informatie en aanbevelingen om u te helpen bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid en de dialoog met uw patiënt te faciliteren.  
De referentieduurtyden zijn indicatief en dienen uiteraard te worden aangepast waar nodig volgens de individuele situatie van uw patiënt.

### Belangrijke informatie voor hernemen professionele activiteit

- **Diagnose**: Burn-out is een proces van degradatie van de subjectieve relatie met het werk, op drie dimensies, die zich aanbieden als opeenvolgende fases (definitie van Maslach):
  1. emotionele uitputting;
  2. cynisme ten opzichte van het werk / depersonalisering (deshumanisering / onverschilligheid),
  3. reductie van de persoonlijk prestaties op het werk of van de werkefficiëntie.
- Aangezien burn-out **gelinkt is aan het werk** dient tegelijk de persoon te worden behandeld maar ook te worden gekeken naar wat er kan worden veranderd op het werk, zelfs vanaf het vaststellen van eerste symptomen (primaire / secundaire preventie).
- In geval van enorme achteruitgang in prestaties, ernstige symptomen of onvermogen om los te komen van de belangrijkste stressfactoren, moet de **patiënt geheel of gedeeltelijk geïsoleerd** worden van het werk.
- Het is belangrijk om de eerste 2 maanden te gebruiken om **andere pathologieën uit te sluiten**, via:
  1. fysieke testen (anamnese, hetero-anamnese, biologisch onderzoek / bloedtest);
  2. een vragenlijst (nagaan slaapstoornissen, OCD, ...);
  3. een psychiatrische raadpleging (om andere psychologische aandoeningen uit te sluiten).
- Na 3 maanden wordt een **overleg met de patiënt, de behandelend arts, de arbeidsarts en de arts van de mutualiteit** aangeraden om de individuele situatie van de patiënt te bespreken en de mogelijkheden in het kader van de reïntegratie na te gaan (mogelijk via Skype).
- De terugkeer naar het werk moet worden voorbereid! Voor de **professionele reïntegratie** wordt aangeraden om de **werklast zeer progressief weer op te bouwen** (te starten met een grootteorde van 10%) en pas te verhogen wanneer de patiënt duurzaam een voldoende energieniveau kan behouden. Ondertussen wordt begeleiding aangeraden om een verandering in de mindset te bereiken.

### Referentieduurtyden voor arbeidsongeschiktheid

TYPE GEVAL	ARBEIDSONGESCHIKTHEID (AO)
Eerste symptomen van burn-out	Overwegen deeltijdse AO
'Eenvoudig geval' van burn-out	2 tot 3 maanden
'Complex geval' van burn-out	Tot 2 jaar

### Cruciale factoren om de situatie van uw patiënt te beoordelen op basis waarvan de duurtijd kan worden aangepast

- ✓ Persoonlijkheidskenmerken
- ✓ Functioneren thuis
- ✓ Arbeidsomstandigheden (analyse door bedrijfsarts + multi-disciplinair team)
- ✓ Mate van ondersteuning op het werk (door team, door werkgever, ...)
- ✓ Mogelijkheid tot aanpassing werkpost / functie

!!! De arbeidsongeschiktheid dient regelmatig opnieuw te worden geëvalueerd om te vermijden dat de patiënt zijn restcapaciteit verliest en om te evalueren wanneer reïntegratie mogelijk / aangewezen is !!!

# De weg vooruit: de volgende stappen?

Sommige elementen om de politieke context te verlichten....

# Commissie 4 - methodologie voor bepalen van referentieduurttijden AO

- Stap 6: voorleggen van de Delphi resultaten en van de gevalideerde fiches aan de plenaire vergadering van het Nationaal college
- Stap 7 : validatie door het CEBAM
- Stap 8 : bezorgen van een verslag met aanbevelingen aan de voogdijminister
- Stap 9 : implementatie bij de behandelende artsen en evaluatie
- Toekomst : aanbevelingen voor andere pathologiën ?

# Referentieduur voor AO - valstrik voor de arts en/of de patiënt?

De Morgen, 27-10-18

Kritiek op 'uitziekttermijnen' van De Block

**'Wie langer ziek blijft, zal  
snel 'profiteur' zijn'**

**'Elke patiënt heeft  
zijn of haar uniek  
verhaal. Een burn-out  
van de ene kan  
helemaal anders  
zijn dan de burn-out  
van de andere'**

**Votre médecin devra-t-il bientôt consulter une grille de référence lorsqu'il fixe la durée d'une incapacité de travail ? L'idée est dans l'air mais d'aucuns craignent que cet outil d'aide à la décision ne devienne un jour une contrainte.**  
**Le Soir**

**Vaste hersteltermijn voor kanker  
of burn-out is niet gezond**

*Probeer de profiteurs eruit te halen, in plaats van elke zieke over dezelfde kam te scheren*  
*Het Nieuwsblad, 27-10*

# Aanpak v/h college - vergelijkbaar met die van de buitenlandse instellingen

- *Ameli.fr* : « Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées. Elles sont indicatives dans le cadre d'une lombalgie aiguë, subaiguë ou chronique et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient. »
- *Swedish National Board of Health and Welfare recommendations for sick leave*:  
“The recommendations are not rules, but guidelines. Assessment of a person's ability to work shall always be individual and based on the individual's own circumstances”.

# VISIE – 5 algemene principes



1. Een correcte en nauwkeurige diagnose is in de eerste plaats belangrijk.
2. De evaluatie van de arbeidsgeschiktheid van een persoon is altijd ‘in concreto’:
  - Om de arbeidsongeschiktheid te kunnen bepalen, is het belangrijk om de relevante werkfactoren te kennen.
  - De evaluatie is gebaseerd op de kenmerken en omstandigheden die van toepassing zijn op het individu.
  - De voorschrijving van de arbeidsongeschiktheid is één van de onderdelen van de behandeling, naast de therapie en een medische behandeling.
3. Goede communicatie is zeer belangrijk:
  - Communicatie tussen de artsen (tussen de voorschrijvende artsen en artsen van het ziekenfonds/bedrijfsartsen).
  - De patiënt correct informeren en de verwachtingen correct bepalen (de eventuele preoperatieve informatie).
  - Ervoor zorgen dat alle betrokkenen op dezelfde golflengte zitten.
4. Regelmatige evaluatie is noodzakelijk:
  - De vooruitgang meten, de evolutie van de ziekte opvolgen en chronisering voorkomen.
  - De arbeidsongeschiktheid regelmatig opnieuw evalueren om te kunnen bepalen wanneer de re-integratie mogelijk/gepast is en om de restcapaciteit van de patiënt te ontwikkelen.
5. Genezing en werk kunnen samengaan:
  - Duur herstel > duur arbeidsongeschiktheid. De terugkeer naar het werk kan bijdragen tot het volledige herstel.
  - Het is belangrijk om de bedrijfsarts bij het dossier van de patiënt te betrekken zodra dit mogelijk is.
  - Het behoud van de relatie met het werk en de (vroegtijdige) voorbereiding van de terugkeer naar het werk zijn belangrijk om de re-integratie te vergemakkelijken. Bij een langdurige arbeidsongeschiktheid moet bekeken worden welke aanpassingen de werkgever kan doen, en de focus moet vooral liggen op de begeleiding. De deeltijdse werkhervatting kan in bepaalde gevallen worden overwogen.
  - Bij een oorzakelijk verband tussen het werk en de pathologie moet de behandelende arts de bedrijfsarts vragen om de ziekte als professionele ziekte aan te geven.



# Regering communicatiestrategie en sanctiebeleid

- Ministerraad van 31/03/17 en 18/05/18 rond re-integratie trajecten, een gebalanceerd beleid:
  - **De werkgever** van een bedrijf met  $\geq 50$  werknemers, die zonder geldige redenen weigert een re-integratieplan op te stellen, 800€ boet !
  - **De werknemer** die niet meewerkt aan de vereiste administratieve stappen, zou 5% of 10% van zijn ziekte-uitkering kunnen verliezen
  - **De artsen** zullen ook geresponsabiliseerd worden ; elk abnormaal AO voorschrijving receptprofiel zal worden geïdentificeerd



# Conclusies - overtuigingen van het college

- Voorschrijven van AO = onderdeel van de therapie; getuigschrift van AO zou steeds waarde moeten behouden binnen de therapeutische strategie
- Er zijn twee valkuilen om te vermijden :
  - Een te vroege werkhervatting
  - De herhaalde verlenging van een AO
- Een referentiekader zou de arts beslissing moeten vergemakkelijken en de kwaliteit van de voorschrijving van een AO moeten verbeteren

# Conclusies - overtuigingen van het college

- Het Nationaal College is een onafhankelijk orgaan dat geen enkele rol speelt in een eventueel sanctiebeleid
- Een positieve impact van het referentiekader dat wordt uitgewerkt is enkel mogelijk mits de medewerking en steun van de betrokken praktiserende artsen

# Bedankt voor uw aandacht

## Vragen?

[ph.mairiaux@uliege.be](mailto:ph.mairiaux@uliege.be)  
[Etienne.laurent@mc.be](mailto:Etienne.laurent@mc.be)  
[chantal.neiryck@mloz.be](mailto:chantal.neiryck@mloz.be)