

# **De tevredenheid van de arbeidsongeschikte werknemer over de bedrijfsarts**

**Resultaten van een enquête-onderzoek**

## **The satisfaction of the employee on sick leave with the occupational physician**

**Results of a cross sectional study**

by / door

Mortelmans A.K.<sup>1,2</sup>, Donceel P.<sup>1</sup>, Lahaye D.<sup>1</sup>

---

### **Samenvatting**

*De doelstelling van deze publicatie is de tevredenheid van arbeidsongeschikte werknemers over de bedrijfsarts te beschrijven.*

*In een dwarsdoorsnede-onderzoek vervulde 1564 personen een gestandaardiseerde vragenlijst.*

*Daarvan beoordeelde 55% de bedrijfsarts positief, 8% negatief en 37% kende de arts niet. Deeltijds werkenden evalueerden de bedrijfsarts vaker positief dan voltijds werkenden. Naarmate de werkervaring of de*

---

*Correspondentie:* Dr. A.K. Mortelmans, Afdeling Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven, Kapucijnenvoer 35/5, 3000 Leuven, België.

<sup>1</sup> Afdeling Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>2</sup> Dienst Onderzoek en Ontwikkeling, IDEWE.

*leeftijd toenam, waren er minder werknemers die de bedrijfsarts niet kenden en steeg het aandeel positieve beoordelingen.*

*De tevredenheidsgraad is consistent met de literatuur. Het feit dat werknemers de bedrijfsarts niet zelf mogen kiezen en onduidelijkheid over diens positie in het bedrijf, kan ontevredenheid verklaren. Het wettelijk kader van de arbeidsgeneeskunde is een oorzaak van het 'niet kennen': de bedrijfsarts nodigt alleen werknemers onder verplicht medisch toezicht uit. Het verband met de werknemer zijn anciënniteit en leeftijd wordt verklaard vanuit de praktische organisatie van de arbeidsgeneeskunde.*

*De tevredenheid van arbeidsongeschikte werknemers over de bedrijfsarts is belangrijk. Het is immers aannemelijk dat een tevreden werknemer meer geneigd is beroep te doen op de bedrijfsarts. Dit geldt ook voor arbeidsongeschikte werknemers. Alle werknemers kunnen de bedrijfsarts spontaan consulteren, ook tijdens de arbeidsongeschiktheidsperiode. Via de spontane consultatie kunnen arbeidsongeschikte werknemers de bedrijfsarts tijdig inschakelen bij problemen rond werkhervatting. De bedrijfsarts kan werkgebonden oorzaken van arbeidsongeschiktheid oplossen en werkaanpassingen concretiseren.*

**Trefwoorden:** *Arbidsongeschiktheid. Arts-patiënt relatie. Bedrijfsarts.*

## **Inleiding**

De mening van de werknemer wordt steeds meer erkend om de kwaliteit van de zorg te beoordelen (1). Dit geldt ook voor de arbeidsgeneeskunde (2). Tevredenheidsenquêtes worden niet langer alleen naar werkgevers verstuurd maar ook aan werknemers aangeboden (3,4). Veelal worden dergelijke onderzoeken toegespitst op de bevraging van werknemers op de werkvloer - de arbeidsgeschikten (5).

Het takenpakket van de Belgische bedrijfsarts is echter niet beperkt tot de preventieve zorg voor arbeidsgeschikten. Ook de begeleiding van arbeidsongeschikten naar werkhervatting behoort tot zijn opdracht (6). Bedrijfsartsen hebben zelfs een sleutelpositie in de reïntegratie van werknemers op ziekteverlof (7). De bedrijfsarts kan interveniëren in de oorzaak van het werkverzuim, want niet zelden is oorsprong in de arbeid of de arbeidsomstandigheden terug te vinden (8). Door werkgerelateerde problemen op te lossen kan werkhervatting bespoedigd worden. De bedrijfsarts kan ook tussenkomen door de arbeid aan de werknemer met een beschadigde gezondheidstoestand aan te passen. Adaptaties omvatten aanpassingen aan de arbeidsplaats of het ter beschikking stellen van aangepaste werktuigen. Ook een wijziging aan het

uurrooster, het arbeidsritme, de jobinhoud of een postenmutatie kan de reïntegratie gemakkelijker maken. Aangepaste werkhervatting kan de gemiddelde arbeidsongeschiktheidsduur halveren en blijvende arbeidsongeschiktheid voorkomen (9). Bij een bevraging van werknemers omtrent de tevredenheid over (de zorg van) de bedrijfsarts, dient men dus ook rekening te houden met de mening van arbeidsongeschikte werknemers.

De voorliggende bijdrage heeft als doel de tevredenheid van arbeidsongeschikte werknemers over de bedrijfsarts te beschrijven. De relatie tussen de arbeidsongeschikte werknemer en de bedrijfsarts kan immers voor de werknemer een bepalende factor zijn voor het inschakelen van deze arts.

## **Opzet en methodiek**

### **Situering van het onderzoek**

Het onderzoek maakt deel uit van het Revalidatie door Gecombineerde Actie (ReGA)- project (10). Het ReGA-project onderzoekt het effect van de samenwerking tussen de bedrijfsarts, de adviserende arts en de curatieve arts op de werkhervatting van arbeidsongeschikte werknemers.

Inhoudelijk bestaat het ReGA-project uit:

- een enquête-onderzoek voor bedrijfsartsen waarin de samenwerking met de adviserende artsen en de curatieve artsen bevraagd wordt (11);
- een communicatiemodel voor bedrijfsartsen en adviserende artsen om hun samenwerking te structureren;
- een interventiestudie waarin het effect van de implementatie van het communicatiemodel op de werkhervatting van arbeidsongeschikte werknemers onderzocht wordt;
- een enquête-onderzoek voor arbeidsongeschikte werknemers met vragen over arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Hierin wordt ondermeer gepeild naar de tevredenheid over de bedrijfsarts.

### *Studiepopulatie*

Voor de interventiestudie en het enquête-onderzoek voor arbeidsongeschikten kwamen werknemers met de volgende inclusiecriteria in aanmerking: minstens 8 weken arbeidsongeschikt in de periode van september 2001 tot juli 2002; arbeidsongeschiktheid erkend

door één van de adviserende artsen van de Christelijke Mutualiteiten van Mechelen, Hasselt of Turnhout; arbeidsongeschikt wegens een niet aan zwangerschap gerelateerde aandoening; leeftijdsklasse 18-50 jaar.

De onderzoeker stelde aan alle werknemers die voldeden aan de inclusiecriteria de interventiestudie én het enquête-onderzoek voor. De onderzoeksinformatie werd verstrekt aansluitend op een arbeidsongeschiktheidsevaluatie bij de adviserende arts. Bij interesse vroeg de onderzoeker een schriftelijke verklaring van deelname (informed consent). Deelname betekende voor de werknemer twee zaken. Ten eerste dat hij toestemming gaf voor het opstarten van gestructureerde samenwerking tussen de adviserende arts en bedrijfsarts gevolgd door een evaluatie van de werkhervattingmogelijkheden (de interventiestudie). Ten tweede betekende het dat hij een anonieme en korte vragenlijst invulde (het enquête-onderzoek).

### *Meetinstrument*

De enquête werd ontworpen in het kader van het ReGA-project. In een eerste deel werden algemene kenmerken van de steekproefpopulatie verzameld. Nadien kwamen vragen over arbeidsongeschiktheid en werkhervatting aan bod. Eén vraag over de tevredenheid ten opzichte van de bedrijfsarts werd toegevoegd. Alle vragen hadden meerkeuzeantwoorden waarbij de werknemer maar één antwoord mocht aankruisen. Een uitzondering hierop vormde de diagnosevraag: 'Aan welke ziekte / aandoening / ongeval lijdt u?'. Hier was het mogelijk dat meer dan één diagnose ingevuld werd. Antwoorden op deze open vraag werden nadien door de onderzoeker ingedeeld in drie grote diagnoseklassen.

### *Gegevensverwerking*

De statistische analyse werd uitgevoerd met het softwarepakket SPSS. Voor beschrijvende statistiek werd geopteerd voor de Chi-kwadraattest. Een 95% betrouwbaarheidsinterval werd gehanteerd.

### *Resultaatsbeschrijving*

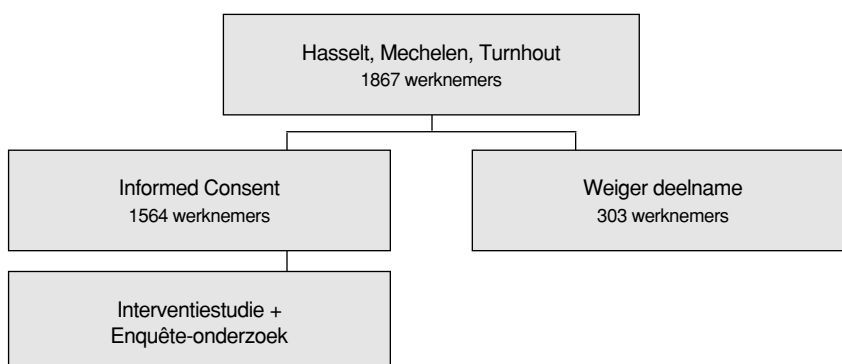
In de resultaatsbeschrijving worden absolute aantallen en percentages weergegeven. De procentuele resultaten zijn 'herberekende percentages' waarbij de blanco antwoorden verhoudingsgewijs toegevoegd werden aan de wel ingevulde antwoorden.

## Resultaten

Het potentieel aantal werknemers dat aan alle inclusiecriteria beantwoordde, was 1867. 84% wenste deel te nemen (Figuur 1). De non-participatiegraad in de 3 regio's varieerde tussen 14 en 18%. Leeftijd- en geslachtsverdeling van de 303 niet-deelnemende werknemers was niet statistisch significant verschillend van de deelnemersgroep. De belangrijkste redenen voor non-participatie was geen interesse (40%) (12). Voor de participerende groep ontbreken een aantal gegevens. Voor 69 werknemers zijn geen enquêteresultaten beschikbaar: 4 werknemers gaven de vragenlijst blanco af, 65 bezorgden de vragenlijst niet terug aan de onderzoeker. Voor 33 werknemers zijn geen achtergrondgegevens beschikbaar: zij vulden de eerste pagina van de enquête niet in. Tweehonderd en tien werknemers gaven geen antwoord op de vraag over hun tevredenheid over de bedrijfsarts.

Basiskenmerken van de steekproefpopulatie zijn samengevat in tabel 1. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 38 jaar (standaarddeviatie = 7). Tweeënzestig procent vulde als hoofdreden voor zijn arbeidsongeschiktheid een orthopedisch probleem in. Meer dan 300 werknemers meldden een rugprobleem, een 200-tal een bovenste lidmaat-pathologie (inclusief de schoudergordel), 150 een aandoening van het onderste lidmaat en een 100-tal een nekprobleem. Tot 19% van de werknemers noteerde een psychische aandoening. Depressie en decompensatie waren de meest frequent gerapporteerde psychische diagnoses. Het chronisch vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie werd ingevuld door 17 werknemers. In de groep niet-orthopedische niet-psychische diagnoses (19%) hadden 46 werknemers een gastro-enterale, 34 een neurologische, 26 een cardiovasculaire, 23 een gynaecologische en evenveel een respiratoire pathologie.

Figuur 1: Opbouw van de steekproef



TABEL 1  
Kenmerken van de steekproef

	%
Geslacht (vrouw/man)	50/50
Hoogst behaalde diploma (lagere school/eerste 3 jaren middelbare school/middelbare school/hoger onderwijs)	15/25/47/13
Statuut (arbeider/bediende)	71/29
Uurrooster (voltijds/deeltijds)	73/27
Anciënniteit bij werkgever (<1 jaar/1-5 jaar/>5 jaar)	10/27/63
Anciënniteit in beroep (<1 jaar/1-5 jaar/>5 jaar)	8/22/70

De tevredenheid van de arbeidsongeschikte werknemer over de bedrijfsarts werd geëvalueerd met de vraag: 'Staat u overwegend positief of negatief tegenover uw bedrijfsarts of kent u hem niet?'. De resultaten zijn samengevat in tabel 2. Vijfenvijftig procent beoordeelde de bedrijfsarts positief, 8% negatief. Tot 37% kende de bedrijfsarts niet. Mannen en vrouwen evalueerden de bedrijfsarts vergelijkbaar (Chi-kwadraat 1,107,  $p=0,575$ ). Opdeling naar het opleidingsniveau bracht geen verschillen aan het licht (Chi-kwadraat 10,208,  $p=0,116$ ). Evenmin kon een statistisch significant verschil tussen arbeiders en bedienden of tussen de 3 diagnoseklassen aangetoond worden (Chi-kwadraat 1,077,  $p=0,584$ ) (Chi-kwadraat 8,383,  $p=0,211$ ).

Wel was er een significante relatie met het aantal gepresteerde arbeidsuren (Chi-kwadraat 5,976,  $p=0,05$ ). Ook de anciënniteit bij de huidige werkgever speelde een rol (Chi-kwadraat 126,688,  $p=0,000$ ). Vergelijkbare resultaten werden genoteerd voor de ervaring binnen de beroepsgroep: in de werknemersgroep met een beroepservaring van minder dan 1 jaar antwoordde 31 % 'positief, 4% 'negatief en 65% 'ik ken de bedrijfsarts niet'. Voor een beroepsanciënniteit van 1 tot 5 jaar bedroegen de cijfers respectievelijk 44%, 7% en 49%. In de hoogste anciënniteitklasse was 62% positief, 8% negatief en kende 30% de bedrijfsarts niet (Chi-kwadraat 70,721,  $p=0,000$ ). Ook een significant verband met de leeftijd van de respondenten werd vastgesteld (Chi-kwadraat 22,712,  $p=0,001$ ).

## Bespreking en conclusie

Tot 55% van de studiepopulatie had een positief oordeel over de bedrijfsarts. In een recent reviewartikel worden 9 studies uit

TABEL 2  
Tevredenheid over de bedrijfsarts in functie van de werknemer zijn uurrooster, anciënniteit bij de huidige werkgever en leeftijd

	Totaal	Uurrooster		Anciënniteit (jaren)			Leeftijdsklasse (jaren)			
		Voltijds	Deel- tijds	<1	1-5	>5	18- 24	25- 34	35- 44	45- 50
Positief Aantal %	752	526	222	32	168	549	30	162	364	196
	55	54	60	24	45	65	36	51	59	58
Negatief Aantal %	101	82	19	7	24	70	5	25	47	24
	8	8	5	5	7	8	6	8	8	7
Ongekend Aantal %	501	368	131	95	178	223	48	130	205	118
	37	38	35	71	48	27	58	41	33	35

Nederland, Finland en de Verenigde Staten van Amerika, waarin de werknemersbeoordeling centraal stond, beschreven. De satisfactiegraad schommelde tussen 38 en 97% (5). De steekproefomvang varieerde van 61 tot 1266 werknemers en onderzoekspopulatie bestond veelal uit arbeidsgeschikten. Meetinstrumenten waren interviews en enquêtes. De antwoordschalen hadden 3 tot 7 keuzemogelijkheden. Sommige studies evalueerden de tevredenheid over de volledige bedrijfsgeneeskundige dienst, andere de tevredenheid over de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft niet in alle landen hetzelfde takenpakket. Zo verricht de Nederlandse bedrijfsarts ook ziekteverzuimcontroles wat zijn imago kan beïnvloeden (13). Door de sterk uiteenlopende opzet en methodiek van de studies dienen vergelijkingen met de grootste omzichtigheid te gebeuren.

Tot 8% beoordeelde de bedrijfsarts negatief. Dit is niet verwonderlijk. Vooreerst is er geen sprake van een vrije artsenkeuze. Het is de werkgever die een bepaalde bedrijfsarts of bedrijfsgeneeskundige dienst kiest. Ten tweede is er de driehoeksverhouding tussen werkgever, werknemer en bedrijfsarts. De onafhankelijke positie van de bedrijfsarts is niet voor alle werknemers even duidelijk. De praktijk leert dat de bedrijfsarts zich moet inzetten om het vertrouwen te winnen (14).

Tot 37% van de respondenten haalde aan de bedrijfsarts niet te kennen. Deze cijfers dienen gekaderd te worden in het wettelijk stelsel waarbinnen de bedrijfsarts alleen de 'onderworpenen' op medisch

onderzoek uitnodigt. Het zijn werknemers die wettelijk verplicht onder gezondheidstoezicht van de bedrijfsarts staan. In België wordt het aandeel van de 'onderworpenen' ten opzichte van de totale werknemerspopulatie op 56% geschat (15). Vlaamse cijfers zijn van dezelfde grootte-orde (16). Binnen de studiepopulatie mag eenzelfde verhouding verondersteld worden. Het is dus niet onlogisch dat een deel van de respondenten de bedrijfsarts niet kende.

Er werden statistisch significante verschillen genoteerd in functie van het werkrooster. Nochtans is de wettelijke opdracht van de bedrijfsarts voor voltijds of deeltijds werkenden dezelfde. In de praktijk worden deze werknemers niet anders benaderd door de bedrijfsarts. Een mogelijke verklaring zou men kunnen zoeken in het soort werk dat deeltijds tewerkgestelden verrichten. Het is mogelijk dat vooral in bepaalde beroepssectoren parttime wordt gepresteerd en dat de arbeidsomstandigheden in deze sectoren aanleiding geven tot een verplicht gezondheidstoezicht. Dit kon echter niet nagegaan worden in de onderzochte steekproef.

Een significant verband tussen de beoordeling door de arbeidsongeschikte werknemers en hun werkervaring lag wel binnen de verwachtingen. Onderworpen werknemers worden bij de start van hun loopbaan op aanwervingonderzoek uitgenodigd en nadien op regelmatige basis door de bedrijfsarts onderzocht. De frequentie van deze periodieke onderzoeken is functie van het risico waaraan de werknemer is blootgesteld. Binnen deze context is het logisch dat werknemers met een lagere anciënniteit bij de werkgever maar ook binnen hun beroepsgroep vaker de bedrijfsarts niet kenden. Dezelfde redenering geldt voor de relatie leeftijd - tevredenheid over de bedrijfsarts. Hoe ouder men is, hoe groter de kans dat men al eens met de bedrijfsarts in contact kwam. Hoewel dit zeker niet voor alle gevallen zo is, kan wellicht enige overlap teruggevonden worden tussen de duur van de laatste tewerkstelling en het laatst uitgevoerde beroep én de leeftijd(scategorie).

In het voorliggende onderzoek lag de focus op arbeidsongeschikte werknemers. Dit uitgangspunt is uniek en niet onbelangrijk. De Belgische bedrijfsarts heeft een bijna zuiver preventieve taak. Ook de preventie van arbeidsongeschiktheid behoort tot zijn opdracht. Primaire preventie omvat het voorkomen van ongezonde werkomstandigheden (die aanleiding geven tot arbeidsongeschiktheid), secundaire preventie is onder meer het tijdig opsporen van (werkgebonden) pathologieën (die tot werkverzuim kunnen leiden) en tertiaire preventie is het beperken van verdere schade (door het bevorderen van de wederte werkstellingskansen). De bedrijfsarts heeft geen onbelangrijke rol



in de reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers (17). Hij kan trachten werkgebonden oorzaken van arbeidsongeschiktheid op te lossen. En door de concretisering van aangepast werk kan langdurige arbeidsongeschiktheid vermeden worden.

De bedrijfsarts heeft echter weinig of geen contact met arbeidsongeschikte werknemers. Hij wordt wettelijk verboden controle uit te oefenen op individueel werkverzuim. Om zijn positie als niet-controlerende arts te onderlijnen, neemt de bedrijfsarts, tijdens de arbeidsongeschiktheidsperiode, zelden zelf contact op met de werknemer. Veel bedrijfsartsen vernemen pas de diagnose, prognose en beperkingen als de werknemer zich meldt op het werkhervattingsonderzoek. Het onderzoek wordt gepland op het einde van de arbeidsongeschiktheidsperiode of in de eerste dagen na werkhervatting. En zelfs bij werkhervatting krijgt de bedrijfsarts niet voor alle werknemers volledige informatie: het werkhervattingsonderzoek is immers voorbehouden voor 'onderworpenen'.

Arbeidsongeschikte werknemers kunnen echter aangemoedigd worden zelf de bedrijfsarts te contacteren. Zij kunnen de bedrijfsarts 'spontaan consulteren'. De spontane consultatie bij de bedrijfsarts is toegankelijk voor onderworpenen en niet-onderworpenen. Het biedt opportuniteiten om de bedrijfsarts tijdig in te schakelen bij problemen rond arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. De bedrijfsarts krijgt de gelegenheid om werkgebonden problemen en eventuele knelpunten – die een terugkeer naar het werk in de weg staan – te bespreken en naar een oplossing te zoeken. Ook de mogelijkheden voor aangepaste of deeltijdse werkhervatting kunnen dan in een vroeg stadium nagegaan worden. Het is logisch dat vooral werknemers die tevreden zijn over de bedrijfsarts deze mogelijkheid zullen benutten. Het is dus belangrijk het aantal arbeidsongeschikte werknemers die de bedrijfsarts niet kennen of negatief evalueren, te beperken.

De studie heeft methodologische beperkingen. De steekproefpopulatie omvatte alleen arbeidsongeschikte werknemers van de Christelijke Mutualiteiten Mechelen, Turnhout en Hasselt. Werknemers hebben vrije keuze van ziekteverzekeraar. In deze regio's is de aansluitingsgraad 56 tot 67%. Het wettelijke kader en de organisatie van de arbeidsgeneeskunde en de ziekteverzekering zijn identiek voor heel Vlaanderen, maar de onderzoeksgroep is niet noodzakelijk representatief voor alle Vlaamse werknemers. Een eenvoudige meting werd gebruikt: slechts één vraag betreffende de tevredenheid van arbeidsongeschikte werknemers over de bedrijfsarts werd voorgelegd. Het aantal antwoordmogelijkheden was beperkt. Evenmin werd een definitie geboden van wat onder de termen

‘positief’, ‘negatief’ en ‘kent de bedrijfsarts niet’ diende verstaan te worden.

Ondanks de genoemde beperkingen helpt deze studie hiaten in het onderzoek naar de relatie werknemer - bedrijfsarts te vullen, met name de tevredenheid van de arbeidsongeschikte werknemer over de bedrijfsarts. Medische publicaties over de werknemerstevredenheid zijn niet talrijk (3-5). Meer onderzoek in deze context is zeker zinvol.

Concluderend kan gesteld worden dat meer dan de helft van de arbeidsongeschikte werknemers uit de steekproef overwegend positief stond tegenover de bedrijfsarts. Het niet kennen van de bedrijfsarts of hem negatief beoordelen, is te verklaren vanuit het wettelijke kader waarbinnen de Belgische bedrijfsarts functioneert. Toch is het een gemiste kans dat tal van arbeidsongeschikte werknemers niet of onvoldoende vertrouwd waren met de bedrijfsarts. Want vanuit reïntegratie-oogpunt is een goede verstandhouding belangrijk. Werknemers op ziekteverlof kunnen immers de bedrijfsarts spontaan consulteren om belemmeringen voor werkhervatting tijdig op te lossen en zo langdurige of blijvende arbeidsongeschiktheid te vermijden.

## Summary

*The aim of this publication is to describe the satisfaction with the occupational physician of employees on sick leave in Belgium.*

*In a cross sectional study 1564 individuals completed a standardised questionnaire.*

*Up to 55% evaluated the occupational physician positively, 8% negatively and 37% did not know the physician. Part-time workers evaluated the occupational physician more frequently positively than full-time workers. As experience and age increased, fewer workers did not know the physician or made a negative assessment.*

*The satisfaction level is consistent with the literature. The fact that employees cannot choose the occupational physician and indistinctness about the physicians' position within the company may explain dissatisfaction. The Belgian legal framework of occupational health is a cause for not knowing the occupational physician: the physician only invites employees legally subjected to occupational health care. The relation with the employees' age and work experience is explained by the practical organisation of occupational health.*

*The satisfaction of employees on sick leave with the occupational physician is important. Because it is logical that mainly satisfied employees will be inclined to consult the occupational physician. All employees can consult the occupational physician spontaneously, even during sickness absence. Using 'the spontaneous consultation', employees on sick leave can involve the occupational physician timely for problems concerning work resumption. The occupational physician can resolve work-related causes of sick leave and make concrete work adjustments.*

## Referenties

1. Peersman W, Seuntjens L, Jacobs N, De Maeseneer J. Het meten van werknemers-tevredenheid. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten. *Huisarts Nu* 2001; 30: 398-402.
2. Dyck D. Gap analysis of health services. Client satisfaction surveys. *AAOHN J* 1996; 44: 541-9.
3. Kujala V, Väisänen S. Evaluation of occupational health services in the wood processing industry - determination of employee satisfaction. *Occup Med (Lond)* 1997; 47: 95-100.
4. Ritchie KA, McEwen J. Employee perceptions of workplace health and safety issues. Can a questionnaire contribute to health needs assessment? *Occup Med (Lond)* 1994; 44: 77-82.
5. Verbeek J, van Dijk F, Räsänen K, Piirainen H, Kankaanpää E, Hulshof C. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occup Environ Med* 2001; 58: 272-8.
6. Mortelmans A K, Donceel P, Masschelein R, Lahaye D. Artsenoverleg over werkhervatting van langdurig arbeidsongeschikten. *Tijdschr Geneesk* 2003; 59: 305-14.
7. De zieke werknemer: welke opdrachten voor de bedrijfsarts? Vlaamse Universitaire Studiedag voor Arbeidsgeneeskunde; 7 juni 2001, Brussel. Leuven, 2001.
8. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 37-44.
9. Krause N, Dassinger LK, Neuhauser F. Modified work and return to work: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 1998; 8: 113-39.
10. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D. Samenwerking arbeidsgeneesheer, verzekeringsarts en behandelende arts in België en Nederland. Deel 2: vergelijkbare initiatieven. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2003; 1: 21-3.
11. Mortelmans AK, Donceel P, Masschelein R, Moens G. Samenwerking tussen de bedrijfsarts, verzekeringsarts en curatieve arts. Resultaten van een cross-sectioneel onderzoek bij Belgische bedrijfsartsen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2004; 4: 104-11.
12. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D. Arbeidsongeschikte werknemers willen de bedrijfsarts betrekken bij hun ziekteverzuim. Participatie en niet-participatie aan interventiestudie over gegevensuitwisseling tussen de bedrijfsarts, de verzekeringarts en de curatieve arts. Aanvaard voor publicatie in *Arbeidsgezondheidszorg & Ergonomie/Médecine du travail & Ergonomie* 2004.
13. Weel AN, van der Beek AJ, Kroon PJ, Verbeek JH, van Dijk JH. Recent changes in occupational medicine in The Netherlands. *Int Arch Occup Environ Health* 1999; 72: 285-91.
14. Bruins Slot JHW. De relatie van de werknemer met zijn bedrijfsarts. In: Buijs PC, Van Oosterom A, Wolvetang H, editors. *Handboek bedrijfsgezondheidszorg*. Band I. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998: C6-1: 1-6.
15. Jaarverslag Coprev, Raad van Beheer 2002/9.
16. Van Heuverswyn J. *Bedrijfsgezondheidszorg in Vlaanderen: omgevingsanalyse*. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap 2000, Brussel.
17. Douwen M. De rol van de bedrijfsarts bij de reïntegratie van arbeidsongeschikte werknemers. *Vervolmakingscyclus voor Verzekeringsgeneeskunde* 1999; 37: 141-64.