

- Finkelstein, M. M., A study of dose-response relationships for asbestos associated disease. *Br. J. Ind. Med.* 42 (1985) 319-325
- Fletcher, C., R. Peto, C. Tinker & F. E. Speizer, The natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford University Press, Oxford 1976
- Gamble, J. F., R. Spiritas & P. Easter, Application of a Job Classification System in Occupational Epidemiology. *Am. J. Public. Health.* 66 (1976) 768-772
- Gerin, M. J., Siemiatycki, H. Kemper & D. Begin, Obtaining occupational exposure histories in epidemiologic case-control studies. *J. Occ. Med.* 27 (1985) 420-426
- Gladden, B. & W. J. Rogan, Misclassification and the design of environmental studies. *Am. J. Epid.* 109 (1979) 607-616
- Glenn, R. R., Ames, M. D., Attfield & J. Gamble, Respiratory health effects in relation to underground diesel use. 6th International Pneumoconiosis Conference, Bochum (BRD) 1983
- Hoar, S. K., A. S. Morrison & P. Cole, An occupation and exposure linkage system for the study of occupational carcinogenesis. *J. Occ. Med.* 22 (1980) 722-726
- Heederik D. J. J., B. Gerritsen, A. Steinmeijer & T. Smid, Longfunctievarianteringen door metaaldampexpositie. I. Blootstellingsschattingen voor epidemiologisch onderzoek. *T. Soc. Gezondheidsz.* 63 (1985) 929-930
- ISO, Air quality-particle size fraction definitions for health related sampling. Technical report ISO/TR 7708-1983(E). ISO, Genève 1983
- Liu, K., J. Stamler, A. Dyer, J. McKeever & P. McKeever, Statistical methods to assess and minimize the role of intra-individual variability in obscuring the relationship between dietary lipids and serum cholesterol. *J. Chron. Dis.* 31 (1978) 399-418
- Monson, N. N. & K. K. Nakano, Mortality among rubberworkers. I. White male union employees in Akron, Ohio. *Am. J. Epidemiol.* 103 (1976) 284-296
- Noy, D., B. Brunekreef & P. Clausen, Intra- en interindividuele variatie van blootstellingsvariabelen in de milieupidemiologie. *T. Soc. Gezondheidsz.* 63 (1985) 906-909
- Oostendorp, Y. & H. Kromhout, Model van werkplekonderzoek naar de blootstelling aan chemische stoffen. Vakgroep Luchthygië en -verontreiniging. R-154. Wageningen 1985
- Peters, J. M., T. J. Smith, L. Bernstein, W. E. Wright & S. K. Hammond, Pulmonary effects of exposures in silicon carbide manufacturing. *Br. J. Ind. Med.* 41 (1984) 109-115
- Schoenberg, J. B., G. J. Beck & A. Bouhuys, Growth and decay of pulmonary function in healthy blacks and whites. *Resp. Physiol.* 3 (1978) 367-393
- Smith, T. J., S. K. Hammond, F. Laidlaw & S. Fine, Respiratory exposures associated with silicon carbide production: estimation of cumulative exposures for an epidemiological study. *Br. J. Ind. Med.* 41 (1984) 100-108
- Snedecor, G. W. & W. G. Cochran, Statistical Methods. 7th ed. 2nd printing. The IOWA State University Press. Ames, Iowa (USA) 1982
- Staubforschungsinstitut des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaft e.v. Bonn, Silikose Forschungsinstitut etc., Empfehlungen zur Messung und Beurteilung von gesundheitsgefährlichen Stäuben. *Staub-Reinh. Luft.* 33 (1973) 1-3
- Tockman, M. S., The problem of misclassification. *J. Occ. Med.* 24 (1982) 21-24
- Ulvason, U., Limitations to the use of employee exposure data on air contaminants in epidemiologic studies. *Int. Arch. Environm. Health.* 52 (1983) 285-300
- Wal, J. F. van der, Vergleichsmessungen mit verschiedenen Geräten zur Bestimmung der Gesamtstaubkonzentration am Arbeitsplatz. Teil I. *Staub-Reinh. Luft.* 43 (1983) 291-294
- Waxweiler, R. J., Epidemiological problems associated with exposure to several agents. *Environ. Health. Persp.* 42 (1981) 51-56
- Willems, J. H. B. M. & D. J. J. Heederik, Standaardisatie van longfunctieonderzoek. *T. Soc. Gezondheidsz.* 23 (1983) 886-891
- Williams, T. M., R. L. Harris, E. W. Arp, J. Symons & M. D. van Ert, Worker exposure to chemical agents in the manufacture of rubber tires and tubes: particulates. *Am. Ind. Hyg. Assoc. J.* 41 (1980) 204-211
- Woitowitz, H. J., Schäcke & R. Woitowitz, Rangenmäßige Schätzung der Staubexposition und arbeitsmedizinische epidemiologie. *Staub-Reinh. Luft.* 30/10 (1970) 419-422

CORRESPONDENTIEADRES

Ir. D. Heederik, Landbouw Universiteit Wageningen, vakgroep Gezondheidsleer, Gen. Foulkesweg 43, 6703 BM Wageningen, tel. 08370-82080/82012

Ontvangen 27 februari 1986, geaccepteerd 15 juli 1986

DE BEDRIJFSARTS TUSSEN WERKPLEK EN SPREEKKAMER

A. Dijkstra

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO te Leiden

In dit artikel wordt ingegaan op de prioriteiten die de bedrijfsarts in zijn dagelijks werk stelt. De vraagstelling is hoe de aandacht voor individuerichte taken zich verhoudt tot de preventieve op de werkplek gerichte activiteiten. Het materiaal is afkomstig van een onderzoek onder 512 bedrijfsartsen.

De methode van onderzoek is de vragenlijst naar Persoonlijk Functioneren in de Arbeidssituatie (VPFA), aangevuld met specifieke onderwerpen betreffende de vraagstelling. Een van de conclusies is dat de bedrijfsarts relatief veel tijd besteedt aan spreekuuractiviteiten en keuringen. Veel minder houdt hij zich bezig met gericht onderzoek van werkplekken en met voorlichting aan de werknemers. Deze prioriteitstelling van individuele zorg boven preventieve, op de arbeidsomstandigheden gerichte, bedrijfsgezondheidszorg houdt onder meer verband met de uitvoering van verzekeringskundige taken gericht op ziekteverzuimbegeleiding.

Overige factoren die worden besproken betreffen de professionele identiteit en expertise van de bedrijfsarts, zijn positie en rol ten aanzien van werkgevers en werknemers, voornemens van de overheid op het terrein van de sociaalmedische begeleiding en de economische ontwikkelingen.

1. INLEIDING

In Nederland geven de bedrijfsartsen te zamen met bedrijfsverpleegkundigen, arbeidshygiënist en deskundigen van andere disciplines in de praktijk gestalte aan de

bedrijfsgezondheidszorg.

Het College voor Bijstand en Advies van de Bedrijfsgezondheidsleer verstaat onder bedrijfsgezondheidszorg 'dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezig houdt met gezondheidsaspecten van de relatie tussen mens en

arbeidsomstandigheden'. Ongeveer vier op de tien werknemers in loondienst genieten bedrijfsgeneeskundige zorg. Zij werken voornamelijk in grotere bedrijven.

Organisaties met 500 of meer werknemers in dienst vallen onder de categorie bedrijven waarvoor bedrijfsgezondheidszorg wettelijk verplicht is gesteld. De bedrijfsarts heeft als preventieve taak het arbeidsmilieu te onderzoeken op factoren die mogelijk een schadelijke werking hebben op de gezondheid van de mens. Zonodig adviseert hij verbeteringen aan te brengen in het werk of in de werkomstandigheden.

Tevens onderzoekt hij de belastbaarheid van de individuele werknemer in samenhang met zijn of haar arbeidsbelasting. Door middel van gerichte adviezen poogt hij, als hulpverlener, een verstoord evenwicht in de relatie tussen belasting en belastbaarheid te herstellen. Goed functioneren als bedrijfsarts vooronderstelt grondige kennis van de factoren in het arbeidsproces die verband houden met ziekte en gezondheid, een gedegen inzicht in de concrete werkzaamheden van de werknemers voor wie hij werkt, alsmede vaardigheden om deze kennis en inzichten te vertalen in bruikbare adviezen voor werkgevers en werknemers. Het arbeidsterrein van de bedrijfsarts, zo concludeert Burger (1978), is niet de spreekkamer of het laboratorium, maar de bedrijfsruimte. In de onlangs verschenen concept-doelstellingen voor de opleiding tot bedrijfsarts (NVAB, 1985) lezen we dat de bedrijfsarts zoveel mogelijk het bedrijf of de fabriek in moet gaan om het werk en de arbeidsomstandigheden ter plaatse te beoordelen.

Of de bedrijfsarts ook feitelijk van de bedrijfsruimten zijn arbeidsterrein heeft gemaakt, of dat hij zich voornamelijk ophoudt in de spreekkamer is niet bekend. Tot voor kort ontbraken de gegevens om deze vragen, althans bij benadering, te beantwoorden. Deze leemte is recentelijk ten dele opgevuld. In een door het NIPG/TNO met behulp van de VPFA-methode (Dijkstra e.a. 1983) uitgevoerd onderzoek onder bedrijfsartsen naar hun functioneren in de arbeidssituatie (De Winter & Dijkstra 1984) werden tevens gegevens verzameld over de tijdsbesteding betreffende verschillende taakonderdelen. In deze bijdrage wordt, onder meer gebruikmakend van deze gegevens over de tijdsbesteding, nader ingegaan op de verhouding tussen individugerichte taken enerzijds en werkplekgerichte taken anderzijds. Bovendien zullen enkele factoren worden besproken die mogelijk van invloed zijn op de verhouding tussen beide typen taken. In het bijzonder gaat de interesse uit naar de samenhang met het al dan niet uitvoeren van een verzekeringsgeneeskundige taak in het kader van de ziekteverzuimbegeleiding. Met dit artikel, dat een probleemstellend karakter heeft, wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de discussie over de specifieke inbreng van de bedrijfsarts in de bedrijfsgezondheidszorg.

2. PRIORITEITSTELLING

2.1. Tijdsbesteding aan taakonderdelen

Om een indruk te krijgen van de tijdsbesteding van bedrijfsartsen werd in het onderzoek van De Winter & Dijkstra (1984) over een aantal taakonderdelen gevraagd hoe vaak men daarmee bezig is. Het onderzoek vond plaats onder de leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde van wie aangenomen werd dat zij praktiserend bedrijfsarts waren. Er zijn 512 ingevulde vragenlijsten geretourneerd, een deelname van 74%. Het onderzoek had als doel het krijgen van een beeld van het persoonlijk functioneren van bedrijfsartsen in relatie met kenmerken van bedrijfsgezondheidsdiensten en persoonskenmerken van de bedrijfsarts. Met betrekking tot de tijdsbesteding werd in termen van nooit, soms, vaak of zeer

vaak, gevraagd aan te geven hoe vaak men bezig is met een aantal taakonderdelen. Door weging van de antwoorden ontstaat een beeld van de relatieve tijdsbesteding. De bedrijfsarts besteedt verhoudingsgewijs de meeste tijd, gemiddeld genomen, aan het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, waarna de verschillende overlegvormen en het ziekteverzuimspreekuur volgen (tabel 1).

Tabel 1. Percentages* antwoorden van bedrijfsartsen (n=492) betreffende de mate waarin men bezig is met verschillende taakonderdelen

rang- orde**	taakonderdeel	tame- lijk zeer			
		nooit	soms	vaak	vaak
1	bedrijfsgeneeskundig spreekuur	2	11	47	41
2	overleg, vergaderingen, commissies e.d.	1	28	53	18
3	sociaal team	7	23	56	14
4	ziekteverzuimspreekuur	19	17	33	31
5	werkplekbezoek	1	35	52	12
6	aanstellingskeuringen	4	41	44	11
7/8	algemeen periodiek geneeskundig onderzoek	21	20	41	17
7/8	randactiviteiten	18	26	37	19
9	gericht periodiek geneeskundig onderzoek	5	46	39	10
10	gericht werkplekonderzoek	3	58	32	7
11	voorlichting aan werknemers	5	70	22	3
12	eerste hulp bij ongevallen	20	64	13	4
13	ongevalsbehandeling	44	46	9	2
14	advisering aan fondsen	52	35	12	1
15	tropenkeuring	65	31	4	1

Bron: bewerking van de gegevens gepresenteerd door De Winter & Dijkstra (1984, pp 26-28)

* Door afronding is de som van de antwoordcategorieën per taakonderdeel niet steeds 100%
** Lager rangnummer is belangrijker taakonderdeel; antwoordcategorieën zijn gewogen op basis van nooit = 1, soms = 2, vaak = 3 en zeer vaak = 4

Vervolgens komen het werkplekbezoek, de aanstellingskeuringen en het algemeen periodiek geneeskundig onderzoek. De categorie overige of randactiviteiten neemt een middenpositie in, in de rangorde. Het aantal toelichtingen dat de bedrijfsartsen op dit punt gaven is niet groot. Ze betreffen voornamelijk leiding geven, overleg, onderwijs, supervisie en in mindere mate onderzoek en externe contacten. Op de negende en tiende plaats staan respectievelijk het gericht periodiek geneeskundig onderzoek en het gericht werkplekonderzoek. Kenmerkend voor het verschil tussen werkplekbezoek (nr. 5) en gericht werkplekonderzoek (nr. 10) is de mate van diepgang en systematiek. Op de elfde plaats treffen we de bij uitstek preventieve voorlichtingstaak ten behoeve van werknemers aan. De reeks eindigt (nr. 13 tot en met 15) met de ongevalsbehandeling, de advisering aan fondsen en de tropenkeuring.

In dit onderzoek (De Winter & Dijkstra) is bovendien naar voren gekomen (pag. 113 e.v.) dat ongeveer de helft van de bedrijfsartsen slechts incidenteel een bezoek brengt aan werkplekken van werknemers; een even groot aantal zegt onvoldoende tijd te hebben voor dit taakonderdeel. Velen (60%) vinden dat men het werkplekbezoek kan overlaten aan een medewerker, bijv. een bedrijfsverpleegkundige.

Waarschijnlijk is de prioriteitstelling ten aanzien van de verschillende taakonderdelen tijdens de laatste decennia, althans globaal gezien, weinig veranderd. Ook de bedrijfsartsen (n=72) in het onderzoek van Kuiper (1968) noemen het spreekuur reeds het taakonderdeel waaraan ze verhoudingsgewijs de meeste tijd besteden. Op de tweede tot en met de vijfde plaats volgen bij Kuiper de keuringen, het periodiek onderzoek, besprekingen met bedrijfsfunctionarissen en als nummer 5 de arbeidshygiënische bedrijfsinspecties.

2.2. Relaties met verzekeringsgeneeskundige taak

Het totaalbeeld, zoals gepresenteerd in tabel 1 doet uiteraard geen recht aan organisatiespecifieke omstandigheden.

Met name zijn er verschillen tussen bedrijfsartsen werkzaam bij een overheidsinstelling enerzijds en bij particuliere bedrijven anderzijds. Bedrijfsartsen bij overheidsinstellingen als de PTT, de Rijksgeneeskundige Dienst, de Nederlandse Spoorwegen en bij gemeentelijke instellingen (GGD-en DGD-en) blijken vaker bezig te zijn met het ziekteverzuimspreekuur dan hun collegae in dienst van particuliere bedrijven. Aangezien vrijwel alle bedrijfsartsen, die werkzaam zijn bij een overheidsinstelling een verzekeringsgeneeskundige taak hebben ten aanzien van de begeleiding van ziekteverzuim, in tegenstelling tot bedrijfsartsen in de particuliere sector waar deze taak slechts bij ongeveer één op de drie bedrijfsartsen is aangetroffen, dient zich al snel een mogelijke verklaring van dit verschil aan. Binnen de categorie bedrijfsartsen werkzaam voor particuliere bedrijven is daarom vervolgens nagegaan of het al dan niet uitoefenen van een verzekeringsgeneeskundige (VG-)taak van invloed zou kunnen zijn op de tijd die men aan andere taakonderdelen besteedt.

Tabel 2. Percentages bedrijfsartsen (n=307) in dienst van particuliere bedrijfsgezondheidsdiensten (enkelvoudige en gezamenlijke), die vaak of zeer vaak bezig zijn met bepaalde taakonderdelen opgesplitst naar de mate waarin zij een verzekeringsgeneeskundige (VG-)taak uitvoeren.

taakonderdelen	VG-taak voor hele verzorgings- gebied (n=56)	VG-taak voor gedeelte verzorgings- gebied (n=50)	geen VG- taak (n=201)	sign.
ziekteruimspreekuur vaststellen arbeidsonge- schiktheid	79	80	43	p<.001
bedrijfsgeneeskundig spreekuur	94	84	66	p<.001
gericht periodiek genees- kundig onderzoek	89	92	87	n.s.
werkplekbezoek	34	46	54	p<.05
gericht werkplekonderzoek	52	75	76	p<.01
	34	42	50	p<.01

In de particuliere sector blijkt dat onder bedrijfsartsen met een VG-taak ongeveer 80% vaak tot zeer vaak bezig is met het houden van spreekuur ten behoeve van werknemers die verzuimen (tabel 2). Bij de bedrijfsartsen zonder VG-taak is dit percentage slechts 43. Ook zijn er significante verschillen tussen bedrijfsartsen met en zonder een VG-taak ten aanzien van de mate waarin men bij het vaststellen van arbeidsongeschiktheid is betrokken. Het bedrijfsgeneeskundig spreekuur geniet bij allen een hoge prioriteit. Blijkbaar neemt het bedrijfskundig spreekuur zo'n gewichtige plaats in, dat zelfs het verrichten van een verzekeringsgeneeskundige taak geen noemenswaardige verandering in deze prioriteitstelling vermogen aan te brengen.

Bezien we vervolgens enkele taakonderdelen, waarbij de bedrijfsarts primair op eigen initiatief, vanuit zijn preventieve taakstelling, op zoek gaat naar gezondheidsrisico's dan dringen zich de volgende conclusies op. Bedrijfsartsen met een VG-taak voor hun gehele verzorgingsgebied bezoeken, gemiddeld genomen, minder vaak de werkplek, voeren minder vaak gericht werkplekonderzoek uit en besteden minder tijd aan gericht periodiek geneeskundig onderzoek dan hun overige collega's (tabel 2). Voorts blijken bij nadere analyse werkplekbezoek en gericht werkplekonderzoek in behoorlijke mate met elkaar samen te hangen ($r=.55$, $p<.001$). Vermeldenswaard is ook dat bedrijfsartsen die vaker gericht periodiek geneeskundig onderzoek doen, ook vaker met werkplekbezoek ($r=.18$, $p<.001$) en met gericht werkplekonderzoek ($r=.26$, $p<.001$) bezig zijn.

2.3. Conclusie

De bedrijfsarts wordt in zijn werk dus voornamelijk in

beslag genomen door individu-gerichte taakonderdelen, zoals spreekuur en keuringen. Deze prioriteitstelling geldt in versterkte mate voor bedrijfsartsen met een verzekeringsgeneeskundige taak in het kader van ziekteverzuimbegeleiding. Voor werkplek-gerichte werkzaamheden resteert bij velen vaak te weinig tijd. Ondersteld kan worden dat verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden de bedrijfsarts hinderen bij het op systematische wijze ter hand nemen van preventieve, werkplek-gerichte onderzoekstaken.

3. OVERIGE FACTOREN DIE OP DE PRIORITEITSTELLING INVLOED UITOEFENEN

3.1. Professionele identiteit en expertise

De bedrijfsarts is een medicus. In zijn opleiding tot arts heeft hij zich geconcentreerd op de zieke mens die genezen moet worden. Hij heeft geleerd ziekten te diagnosticeren en therapieën voor te schrijven. Deze curatieve oriëntatie, die gericht is op de individuele patiënt, heeft hij echter in zijn vervolgoopleiding tot sociaal geneeskundige weer moeten afleren of althans terzijde moeten plaatsen. In de bedrijfsgezondheidszorg ligt immers de nadruk op preventie van beroepsaandoeningen en beroepsongevallen. Idealiter wacht de bedrijfsarts niet op een patiënt, maar zoekt naar ziekmakende omstandigheden in de arbeidssituatie met als doel daarin verandering aan te brengen. Deze ommezwaai in denken en doen heeft ongetwijfeld consequenties voor iedere individuele bedrijfsarts. De oude zekerheden betreffende het 'diagnose-recept model' blijken ineens veel minder nuttig te zijn. Op de werkplek realiseert hij zich dat zijn geneeskundige achtergrond ontoereikend is voor het gerichte onderzoekswerk dat hij daar moet uitvoeren. Hij betreedt expertisegerieden die andere disciplines voor zich opeisen. Het is dan ook niet toevallig dat in de opleiding tot bedrijfsarts capita selecta voorkomen betreffende ergonomie, psychologie, sociologie, organisatiekunde, toxicologie, arbeidshygiëne enzovoorts. Inmiddels is bedrijfsgezondheidszorg ondenkbaar zonder de inbreng van deskundigen die op een van deze terreinen werkzaam zijn.

Vooral de arbeidshygiënist profileert zich steeds meer. Eén op de drie bedrijfsartsen zegt dat zijn dienst over een arbeidshygiënist beschikt (De Winter & Dijkstra 1984, p. 15). Veel bedrijfsartsen realiseren zich dat het, door de opkomst van andere disciplines, steeds meer moeite zal kosten om de coördinerende rol in de bedrijfsgezondheidszorg, die van oudsher aan hen was voorbehouden, waar te maken. In de spreekkamer is hij de medicus die zijn cliënt kan vragen zich uit te kleden. Op de werkplek is hij een van de vele functionarissen die zijn autoriteit dagelijks moet waarmaken. In de spreekkamer kan hij zijn medische kennis en vaardigheden in praktijk brengen. Op de werkplek daarentegen staat hij weleens met lege handen, omdat adequate methoden, waarmee een bedrijfsarts doelgericht en snel een werkplek integraal kan onderzoeken, niet altijd beschikbaar zijn.

Zodra vraagstukken betreffende de arbeidsomstandigheden gecompliceerder worden en een specialistische deskundigheid vereisen, is de bedrijfsarts vaak aangewezen op de expertise van andere disciplines en op samenwerking met het management en de werknemers. Naarmate de bedrijfsarts zich onzekerder voelt op de werkplek zal hij zich waarschijnlijk meer gaan ontplooiën als dokter in de spreekkamer.

3.2 Positie en rol: verwachting van werkgevers en werknemers

De rol van de bedrijfsarts in de organisatie wordt in belang-

rijke mate bepaald door de verwachtingen van de kant van het management enerzijds en van de zijde van de werknemers anderzijds. Vanuit zijn professionele codes en wettelijke taakstelling zal hij zijn positie als onafhankelijke hulpverlener en adviseur zo objectief mogelijk trachten te verwerklijken. Dit wordt ook van hem verwacht door de partijen waarmee hij in het bedrijf te maken heeft. Het valt evenwel niet te ontkennen dat dit dualistische karakter in de positie van bedrijfsarts in de praktijk kan leiden tot rolspanningen. Plomp (1985) pleit er zelfs voor deze dualistische positie als een realistisch uitgangspunt te beschouwen. Dat de prioriteitstelling in de taakuitvoering door de bedrijfsarts niet los gezien kan worden van deze dualiteit blijkt uit het gegeven dat de verwachtingen van werkgevers en werknemers niet steeds met elkaar in overeenstemming zijn. Ter illustratie zijn de volgende resultaten van onderzoek vermeldenswaard.

Uit onderzoek (Van Rijssen-Moll 1982) bij een steekproef van 756 bedrijven met meer dan 50 werknemers is gebleken dat naar de opvatting van directies van bedrijven zonder bedrijfsgezondheidszorg ($n=251$) de eventueel aan te stellen bedrijfsarts zich bij voorkeur zal moeten bezighouden met individugerichte taken als de aanstellingskeuring, het periodiek geneeskundig onderzoek en de advisering met betrekking tot arbeidsongeschiktheid. De belangstelling bij de directies van deze bedrijven voor advies ten aanzien van de arbeidsomstandigheden, voorlichting betreffende de relatie werk en gezondheid en geregeld werkplekonderzoek is slechts gering. Ook voor het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, zo leert ons het onderzoek van Van Rijssen-Moll, blijkt slechts weinig interesse bij het management van bedrijven zonder bedrijfsgezondheidszorg aanwezig te zijn. Opmerkelijk is wel dat in bedrijven waar wel een bedrijfsarts werkzaam is ($n=505$) ongeveer vier op de tien directies graag zouden zien dat meer werd gedaan aan periodiek geneeskundig onderzoek, terwijl ruim 30% graag de activiteiten met betrekking tot de arbeidsomstandigheden geïntensiveerd zag worden.

Welke verwachtingen leven er bij de werknemers? In een enquête-onderzoek onder 327 kaderleden van de Industriebond FNV werd onder meer gevraagd hoe de bedrijfsgezondheidszorg in de toekomst beter of anders zou kunnen gaan werken (Felser 1980). Over de activiteiten van de bedrijfsarts werden verschillende suggesties gedaan. Verreweg de meeste hebben betrekking op werkplekgerichte taken, zoals: onderzoek naar werkomstandigheden, verbetering van werkomstandigheden, inspectie van de werkvloer. Ook werd relatief vaak gesuggereerd het periodiek geneeskundig onderzoek uit te breiden. De resultaten uit het onderzoek van Smulders (1980) betreffende 114 werknemers in drie bedrijven sluiten aan op de uitspraken van de FNV-kaderleden. Zijn conclusie is dat naar oordeel van de ondervraagde werknemers het onderzoek op de werkplek de meeste uitbreiding in tijd behoeft.

Het periodiek geneeskundig onderzoek blijkt zich zowel bij werkgevers als bij werknemers in een zekere populariteit te mogen verheugen, terwijl uitgerekend bij bedrijfsartsen ten aanzien van de voorspellende waarde van dit taakonderdeel aanzienlijke scepsis is waargenomen. Weliswaar vinden de meeste bedrijfsartsen dat periodiek geneeskundig onderzoek voldoende inzicht geeft in de fysieke belastbaarheid van de werknemer. Voor de mentale draagkracht acht slechts 44% dit mogelijk (De Winter & Dijkstra 1984, p.90). Verder is gebleken dat sommigen het periodiek geneeskundig onderzoek slechts als een tijdverslindende activiteit beschouwen. Andere bedrijfsartsen daarentegen zien het als een methode om goodwill te kweken bij werknemers met wie men onder normale omstandigheden, bij weinig ziekte of spontaan geïnteresseerde klachten, geen contact krijgt. Door sommige bedrijfsartsen wordt gezegd dat

werkplekbezoek en periodiek geneeskundig onderzoek gelijktijdig moeten plaatsvinden ter 'koppeling van gezondheids- en werksituatiegegevens en het ontdekken van 'knelpunten' (De Winter & Dijkstra 1984, p. 117).

Met inachtneming van een zekere verscheidenheid in opvattingen lijkt het niet te gewaagd de onderstelling uit te spreken dat werkgevers vooral verwachten dat de bedrijfsarts zich bezighoudt met individu-gerichte taken, zoals aanstellingsonderzoek, keuring in verband met arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuimbegeleiding. De werknemers verwachten vooral van de bedrijfsarts dat hij hun arbeidssituatie inspecteert op gezondheidsrisico's. Het periodiek geneeskundig onderzoek is zowel bij werkgevers als werknemers populair.

3.3. Sociaal-medische begeleiding

In overheidskringen, speciaal in de sector van de sociale verzekeringen, constateren we een toenemende belangstelling voor sociaal-medische begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte werknemers. Hiermee wordt bedoeld de samenwerking tussen huisartsen, verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen bij de uitvoering van de Ziekte-wet, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (Lamers 1983). Een betere samenwerking zou moeten kunnen leiden tot beperking van vermijdbaar ziekteverzuim. In de adviesaanvraag met betrekking tot dit onderwerp van de Staatssecretarissen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gericht aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt gesteld dat er thans geen systematische samenwerking en coördinatie van activiteiten bestaat tussen verzekeringsgeneeskundigen, bedrijfsartsen en de curatieve sector. Gealarmeerd door een mogelijk eenzijdige individuele benadering van de verzuimproblematiek haastte het NVAB-bestuur zich de bewindslieden erop te wijzen dat de bedrijfsgezondheidszorg in de eerste plaats, geheel naar de letter en de geest van de Arbeidsomstandighedenwet, preventieve gezondheidszorg voor de werknemers impliceert. De vrees van de NVAB dat de bedrijfsarts in de rol van ziekteverzuimbestrider zal worden gedrongen, lijkt hierin evenzeer door te klinken (NVAB 1985).

Onder bedrijfsartsen is het al dan niet uitvoeren van verzekeringsgeneeskundig werk een omstreden vraagstuk. Ongeveer één op de twee bedrijfsartsen doet ook verzekeringsgeneeskundig werk; de meesten (65%), en dan vooral degenen die zelf geen VG-taak hebben, achten deze taak geen onderdeel van het werkpakket van een bedrijfsarts (De Winter & Dijkstra 1984). Tegenstanders van deze taak vrezen verstoring van de vertrouwensrelatie met de werknemers. Zie voor een discussie over de argumenten pro en contra onder meer Duijvendak & de Vries (1981) en Draaisma (1983).

Mede op grond van aanwijzingen uit onderzoek (De Winter & Dijkstra 1984, p. 98 e.v.) kan worden verwacht dat, bij een gelijkblijvende capaciteit aan bedrijfsartsen, een grotere betrokkenheid bij sociaal-medische begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte werknemers leidt tot minder aandacht voor de arbeidsomstandigheden van werknemers.

3.4. Economische ontwikkelingen

Ook tengevolge van de economische situatie in ons land wordt het realiseren van de in de Arbeidsomstandighedenwet verwoorde preventieve doelstellingen van bedrijfsgezondheidszorg een steeds zwaardere opgave. Van veel bedrijven is de economische positie nog precar. Rationalisatie en bezuinigingen hebben tot veel personeelsinkrim-

pingen geleid.

Het denken in kosten en baten heeft zich ook uitgebreid naar gebieden die voorheen aan de hand van andere criteria werden beoordeeld. Bedrijven dagen nu ook de bedrijfsarts uit aan te tonen of, en zo ja in welk opzicht, zijn werk nuttig en rendabel is. De gevolgen van de economische teruggang en van het daarmee verbandhoudende rendementsdenken zijn niet ongemerkt voorbij gegaan. Bedrijfsgezondheidsdiensten raken cliënten kwijt en zijn genoodzaakt, zonnig in concurrentie met collega-diensten, hun positie te consolideren. Enkele jaren geleden was het tekort aan bedrijfsartsen nog verontrustend. Nu vallen er ontslagen, terwijl op vacatures een respons van tientallen reacties eerder regel dan uitzondering is.

De weerslag van deze ontwikkeling op de prioriteitstelling ten aanzien van de taakuitoefening is, dat de bedrijfsarts zich meer gaat richten op taken die op korte termijn kwantificeerbaar rendement op kunnen leveren. Dat individugerichte taken, die toch al hoog scoren bij de leiding van een bedrijf, zoals ziekteverzuimbegeleiding en allerlei soorten keuringen dan voorrang genieten zal weinig verbazing wekken.

4. DISCUSSIE

De bedrijfsarts houdt zich in zijn dagelijks werk meer bezig met individugerichte gezondheidszorg dan met preventieve, op de arbeidsomstandigheden gerichte activiteiten. Vanuit zijn professionele identiteit als medicus is begrijpelijk dat de bedrijfsarts vooral geneigd is als hulpverlener te opereren. Tijdens het bedrijfsgeneeskundig spreekuur of het aanstellingsonderzoek kan hij zijn professionele achtergrond adequaat benutten. Daarentegen beschikt hij over een relatief beperkt arsenaal aan methoden ter analyse en verbetering van de arbeidssituatie. De rol die de bedrijfsarts in het bedrijf speelt, kan als dualistisch worden gekarakteriseerd. De werknemers lijken vooral van de bedrijfsarts te verwachten dat hij zich bezighoudt met gezondheidsrisico's op de werkplek. De meeste werkgevers zien bij voorkeur dat de bedrijfsarts zich meer richt op individuele zorg, met het accent op taken als de aanstellingskeuring, verzuimbegeleiding, en het vaststellen van arbeidsongeschiktheid.

Op het terrein van de sociale verzekeringen zijn ontwikkelingen gaande die ertoe kunnen leiden dat de bedrijfsarts zich meer moet gaan bezighouden met de sociaal-medische begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte werknemers. Deze ontwikkeling wordt door veel bedrijfsartsen met zorg gevolgd, omdat zij hierdoor de in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet voorgeschreven preventieve taken in het gedrang zien komen.

De preventieve bedrijfsgezondheidskundige taken dreigen ook door de economische situatie nog meer beperkt te worden. Meer dan voorheen het geval was, wordt gelet op het rendement van bedrijfsgezondheidszorg. Een gevolg hiervan kan zijn dat taken, waarvan door sommigen een direct financieel voordeel voor het bedrijf wordt verwacht, zoals ziekteverzuimbestrjding, nog meer prioriteit gaan genieten.

Maken we de balans op van de krachten en tegenkrachten dan dringt zich de conclusie op, dat de individuele zorg nog wel kan gedijen, maar dat de preventieve op de arbeidssituatie gerichte bedrijfsgezondheidszorg onder steeds grotere druk komt te staan. De verhoudingsgewijs beperkte ruimte die hiervoor tot nu toe in de praktijk werd opgeëist zal, naar het zich laat aanzien, eerder nog verder inkrimpen dan groter worden.

Een belangrijke factor die sinds 1981 de preventieve taken in gunstige zin zou moeten beïnvloeden, is de Arbeidsomstandighedenwet. Wat de effecten ervan in de praktijk

zullen zijn, is bij de vele tegenkrachten moeilijk te schatten. Veel zal afhangen van de invloed die werkgevers en werknemers gaan uitoefenen, van het beleid van de overheid en niet in de laatste plaats van de inspanningen en professionele kwaliteiten van de bedrijfsarts zelf. Bezinning op de vraag, op welke specifieke deskundigheid hij primair door werkgevers en werknemers aanspreekbaar zou moeten zijn is urgent. Dat zijn inbreng voornamelijk gezocht dient te worden in zijn medische expertise is evident. Deze deskundigheid brengt hij thans vooral tot uitdrukking in individugerichte spreekuur- en keuringsactiviteiten. Het verdient echter aanbeveling dat hij zijn medische expertise meer profileert in onderzoek van de arbeidsomstandigheden. Zie ook Hoolboom (1985) en Plomp (1985). Een van de mogelijkheden om dit op systematische wijze structureel in de bedrijfsgezondheidszorg te realiseren is om voortaan het periodiek geneeskundig onderzoek te combineren met gedegen werkplekonderzoek. Deze werkwijze stelt hoge eisen aan de capaciteit van de bedrijfsgezondheidsdienst. Vooral in de kleinere BGD-en zal combinatie van periodiek geneeskundig onderzoek en werkplekonderzoek (PGWO) momenteel praktisch moeilijk uitvoerbaar zijn, tenzij aan andere taakonderdelen een lagere prioriteit wordt toegekend. Dat PGWO-programma's goed uitvoerbaar kunnen zijn, heeft de ervaring geleerd in enkele grotere bedrijfsgezondheidsdiensten met een multidisciplinair samengesteld personeelsbestand.

SUMMARY

This article deals with the position and role of the occupational health doctor (OHD) in the Netherlands.

The research question is whether his attention for individual care is in balance with his preventive tasks concerning the improvement of unhealthy working conditions. The research was carried out among a representative population of 74% (N=512) of all OHD's. The OHD spends most of his time in the consulting-room, at the cost of preventive tasks like research on working conditions and health promotion. Especially the degree of involvement in sickness absenteeism issues, has a negative impact on the development of preventive occupational health care. Other factors which are discussed concern the professional expertise and identity of the OHD and the impact of the economic developments.

LITERATUUR

- Burger, G. C. E., Philips Occupational Health, 1928-1978. Philips Medische dienst. Eindhoven 1978
- Draaisma, D., Ziekteverzuim, WAO-intrede en verzekeringsvorm in de ziektewet. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1983
- Duijvendak, J. J. F. & P. L. de Vries, Ziekteverzuimbegeleiding en -controle door bedrijfsartsen. Z. pl. 1981
- Dijkstra, A., M. P. van der Grinten, M. J. Th. Schlattmann & C. R. de Winter, Maatwerk; over werknemers en hun werksituatie. Het Spectrum Utrecht/Antwerpen 1983
- Felser, C., Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg. Risico-Bulletin 2 (1980) 17-21
- Hoolboom, H., The handicap of being a doctor in multidisciplinary work. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden 1985
- Kuiper, J. P., Bedrijfsarts en arbeidende mens. Van Gorcum, Assen 1968
- Lamers, L., Het aandeel van de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ) bij de uitvoering van de wetgeving inzake Sociale Zekerheid; voordracht tijdens de najaarsvergadering van de NVAB. Den Haag, 12 oktober 1983
- NVAB, Doelstellingen beroepsopleidingen; Rapport COR 85/01, 's-Gravenhage 1985
- Plomp, H. N., Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg; een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in bedrijfsgezondheidszorg. VU-uitgeverij, Amsterdam 1985
- Rijssen-Mol, M. Th. van, Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland; een exploratief onderzoek naar de voorzieningen op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Nijmegen 1982
- Smulders, P. G. W., De visie van werknemers in drie bedrijven op bedrijfsgeneeskundige zorg. T. Soc. Geneesk. 58 (1980) 273-280
- Winter, C. R. de & A. Dijkstra (red.), De bedrijfsarts over zijn werk. Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Leiden 1984

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A. Dijkstra, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO postbus 124, 2300 AC Leiden, tel. 071-178888.