

UD
Dgg

DE BEDRIJFSARTS TUSSEN SPREEKKAMER EN WERKPLEK

A. Dijkstra

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBIS STAMBOEKnummer 066/000

Bewerking van de inleiding, gepresenteerd ter gelegenheid van de Voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, op 10 april 1985 te Utrecht

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

LEIDEN

1985

Inhoud

	blz.
1. Inleiding	1
2. Tijdsbesteding aan taakonderdelen	2
2.1 Algemene prioriteitstelling	2
2.2 Relaties met verzekeringsgeneeskundige taak	4
2.3 Conclusies	5
3. Factoren die op de prioriteitstelling invloed uitoefenen	6
3.1 Inleiding	6
3.2 Professionele identiteit en expertise	6
3.3 Positie en rol: verwachtingen van werkgevers en werknemers	7
3.4 Sociaal-medische begeleiding	9
3.5 Economische ontwikkelingen	10
4. Samenvatting en discussie	10
Literatuur	13

1. INLEIDING

In Nederland werken ongeveer 800 bedrijfsartsen. Te zamen met bedrijfsverpleegkundigen, arbeidshygiënist en deskundigen van andere disciplines geven zij in de praktijk gestalte aan de bedrijfsgezondheidszorg.

Het College voor Bijstand en Advies van de Bedrijfsgeneeskunde 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 opge-

* In de tekst wordt de bedrijfsarts ongeacht het geslacht met 'hij' aangeduid.

vuld. In een door het NIPG/TNO 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 deze bijdrage, die een probleemstellend karakter heeft, wordt beoogd een discussie op gang te brengen over de specifieke inbreng van de bedrijfsarts in de bedrijfsgezondheidszorg.

2. TIJDSBESTEDING AAN TAAKONDERDELEN

2.1 Algemene prioriteitstelling

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 praktizerend 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. In dit onderzoek 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 (tabel 1).

Tabel 1. Percentages* antwoorden van bedrijfsartsen (n = 472-492) betreffende de mate waarin men bezig is met verschillende taakonderdelen

rangorde**	taakonderdeel	nooit	soms	tamelijk vaak	zeer 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: 26-8)

* 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

De bedrijfsarts besteedt verhoudingsgewijs de meeste tijd, gemiddeld genomen, aan het bedrijfsgeneeskundig spreekuur, waarna de verschillende overlegvormen en het ziekteverzuimspreekuur volgen. 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.

In dit onderzoek (De Winter & Dijkstra, 1984: 113 e.v.) is bovendien naar voren gekomen 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 (66%) 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 veran-

derd. Ook de bedrijfsartsen (n=72) in het onderzoek van Kuiper (1968) noemden 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 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 verklaring van dit verschil aan. Binnen de categorie bedrijfsartsen werkzaam voor particuliere bedrijven is daarom, in een nadere analyse, meer in het bijzonder 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).

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 verzorgingsgebied (n=56)	VG-taak voor gedeelte verzorgingsgebied (n=50)	geen VG-taak (n=201)	sign.
ziekteverzuimspreekuur	79	80	43	p<.001
vaststellen arbeidsomstandigheden	94	84	66	p<.001
bedrijfsgeneeskundig spreekuur	89	92	87	n.s.
gericht periodiek geneeskundig onderzoek	34	46	54	p<.05
werkplekbezoek	52	75	76	p<.01
gericht werkplekonderzoek	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. 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 bedrijfsgeneeskundig spreekuur zo'n gewichtige plaats in, dat zelfs het verrichten van een verzekeringsgeneeskundige taak geen noemenswaardige verandering in deze prioriteitstelling vermag 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 Conclusies

De bedrijfsarts, zo is gebleken, wordt in zijn werk voornamelijk in beslag genomen door individu-gerichte taakonderdelen, zoals spreekuur en keuringen. Voor werkplek-gerichte werkzaamheden resteert bij velen vaak te weinig tijd. Deze prioriteitstelling geldt in versterkte mate voor bedrijfsartsen met een verzekeringsgeneeskundige taak in het kader van ziekteverzuimbegeleiding. Ondersteld kan worden dat verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden de bedrijfsarts hinderen bij het op systematische wijze ter hand nemen van preventieve, werkplek-gerichte onderzoekstaken. Nader onderzoek, waarin deze onderstelling expliciet wordt getoetst, lijkt alleszins gerechtvaardigd.

3. FACTOREN DIE OP DE PRIORITEITSTELLING INVLOED UITOEFENEN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden factoren behandeld die mogelijk van invloed zijn op de prioriteiten die de bedrijfsarts in zijn werk stelt met als doel om aan te geven in hoeverre ze hem weerhouden van, dan wel stimuleren tot preventieve taken betreffende de relatie tussen arbeidsomstandigheden en gezondheid. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de professionele identiteit en expertise, de positie en rol in de arbeidsorganisatie, de sociaal-medische begeleiding en ontwikkelingen in de economische situatie.

3.2 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 vervolgopleiding 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 expertisegebieden 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: 15). Veel bedrijfsartsen realiseren zich dat het hun, 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. Naarmate de bedrijfsarts zich onzekerder voelt op de werkplek zal hij zich waarschijnlijk meer gaan ontplooiën als dokter in de spreekkamer. Verder is hij in belangrijke mate aangewezen op samenwerking met het management en de werknemers.

3.3 Positie en rol: verwachtingen van werkgevers en werknemers

De rol van de bedrijfsarts in de organisatie wordt in belangrijke 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 arbeidsomstan-

digheden, 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 gesuggerd 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: 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 gepresenteerde 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: 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 ziekte-verzuimbegeleiding. 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.

3.4 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 Ziektewet, 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 ziekteverzuimbestrijder zal worden gedrongen, lijkt hierin evenzeer door te klinken.

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 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: 98 e.v.) kan worden verwacht dat, bij een gelijkblijvende capaciteit aan bedrijfsartsen, een grotere betrokkenheid bij medische begeleiding van zieke en arbeidsongeschikte werknemers leidt tot minder aandacht voor de arbeidsomstandigheden van werknemers.

3.5 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 precair. Rationalisatie en bezuinigingen hebben tot veel personeelsinkrimpingen 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, zonodig 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 kwantificeerbaar rendement op kunnen leveren. Dat individugerichte taken, die toch al hoog scoren bij de leiding van een bedrijf, zoals ziekteverzuimbegleiding en allerlei soorten keuringen dan voorrang genieten zal weinig verbazing wekken.

4. SAMENVATTING EN DISCUSSIE

Naar aanleiding van een onderzoek naar het persoonlijk functioneren van bedrijfsartsen (De Winter & Dijkstra, 1984) rees de vraag hoe de aandacht die zij besteden aan preventieve taken gericht op verbetering van arbeidsomstandigheden zich verhoudt tot hun meer individugerichte werkzaamheden. De conclusie is dat de bedrijfsarts gemiddeld genomen meer tijd besteedt aan

individuele zorg, zoals spreekuur en keuringen, vergeleken met werkplekgerichte taken. Deze conclusie geldt vooral voor bedrijfsartsen die tevens een verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van de ziekteverzuimbegeleiding uitoefenen. Als mogelijke verklaringen van deze prioriteitstelling in de taakuitoefening zijn voorts besproken de professionele identiteit en expertise van de bedrijfsarts, zijn positie en rol in de bedrijfsorganisatie naar werkgevers en werknemers en aan factoren die verband houden met de sociale verzekeringen en de economische ontwikkelingen in ons land.

Vanuit zijn professionele identiteit als medicus is begrijpelijk dat de bedrijfsarts vooral geneigd is als hulpverlener te opereren. Tijdens het bedrijfs-geneeskundig 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 Arbeidsonderhoudswet 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 ziekteverzuimbestrijding, 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 bedrijfsartsen zelf. Aangezien de bedrijfsarts per definitie beperkt is in zijn mogelijkheden lijkt bezinning op de vraag, op welke specifieke expertise hij primair door werkgevers en werknemers zou moeten kunnen worden aangesproken, zeer urgent. Dat zijn inbreng in elk geval dient gezocht te worden in zijn medische expertise is evident. In zijn dagelijks handelen brengt hij deze expertise al tot uitdrukking bij het bedrijfsgeneeskundig spreekuur. Dit taakonderdeel is ook feitelijk prioriteit nummer één. Het verdient aanbeveling dat hij zijn medische expertise echter nog meer dan tot nu toe het geval is, profileert (zie ook Hoolboom, 1984 en Plomp, 1985), maar dan wel in samenhang met kennis van de arbeidsomstandigheden gebaseerd op systematische observaties. Een geschikte werkwijze lijkt te zijn het gericht periodiek geneeskundig onderzoek voortaan in combinatie met een gericht werkplekonderzoek uit te voeren. Dit gericht Periodiek Geneeskundig en Werkplek Onderzoek (PGWO) stelt echter hoge eisen aan de organisatie van de bedrijfsgezondheidsdienst, aan de kwaliteit van het onderzoeksinstrumentarium en aan de efficiency van de programma's voor gegevensbewerking en rapportage. De ontwikkelingen die in een aantal bedrijfsgezondheidsdiensten reeds in gang zijn gezet lijken veelbelovend genoeg om een PGWO op veel grotere schaal te propageren, desnoods ten koste van aandacht die men andere taakonderdelen geeft.

LITERATUUR

- BURGER, G.C.E. Philips occupational health 1928 - 1978. Eindhoven, Philips Medische Dienst, 1978
- DRAAISMA, D. Ziekteverzuim, WAO-intrede en verzekeringsvorm in de ziekwet. Den Haag, 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. Bedrijfsgeneeskunde in kleine ondernemingen. Mens & Onderneming 28 (1974) 370-7
- DIJKSTRA, A. A national occupational health care programme. Voordracht ICOMH, Heidelberg. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1981
- DIJKSTRA, A., M.P. VAN DER GRINTEN, M.J.Th. SCHLATMANN & C.R. DE WINTER. Maatwerk; over werknemers en hun werksituatie. Utrecht enz., Spectrum enz., 1983 (Aula; 92)
- FELSER, C. Werknemers en bedrijfsgezondheidszorg. Risikobulletin 2 (1980) 17-21
- HOOLBOOM, H. The handicap of being a doctor in multidisciplinary work. Voordracht ICOMH, Dublin. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, 1984
- JENNISKENS, P.A.H. Modelleren van bedrijfsgezondheidszorg. Breda, Stichting Bedr.gezondh.z. West Brabant, 1982
- KUIPER, J.P. Bedrijfsarts en arbeidende mens. Assen, 1968, Van Gorcum
- 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 (voorlopig) (spoed-)kommentaar vanuit het NVAB-bestuur. NVAB-bulletin 15 (1984) 37-40
- NVAB Doelstellingen bereisopleiding; Rapport-COR-85/01. 's-Gravenhage, 1985
- PLOMP, H.N. Werknemer en bedrijfsgezondheidszorg; een studie naar de afstemming van vraag en aanbod in de bedrijfsgezondheidszorg. Amsterdam, 1985, VU-uitgeverij
- RIJSSEN-MOLL, M.Th. VAN. Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland; een exploratief onderzoek naar de voorzieningen op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Nijmegen, 1982, Instituut voor Sociale Geneeskunde
- SMULDERS, P.G.W. De visie van werknemers in vier bedrijven op bedrijfsgezondheidszorg. T.v.Soc.Geneesk. 58 (1980) 273-80
- WINTER, C.R. DE, & A. DIJKSTRA (red.). De bedrijfsarts over zijn werk. Leiden, 1984, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO