

363
1984

DE BEDRIJFSARTS OVER ZIJN WERK

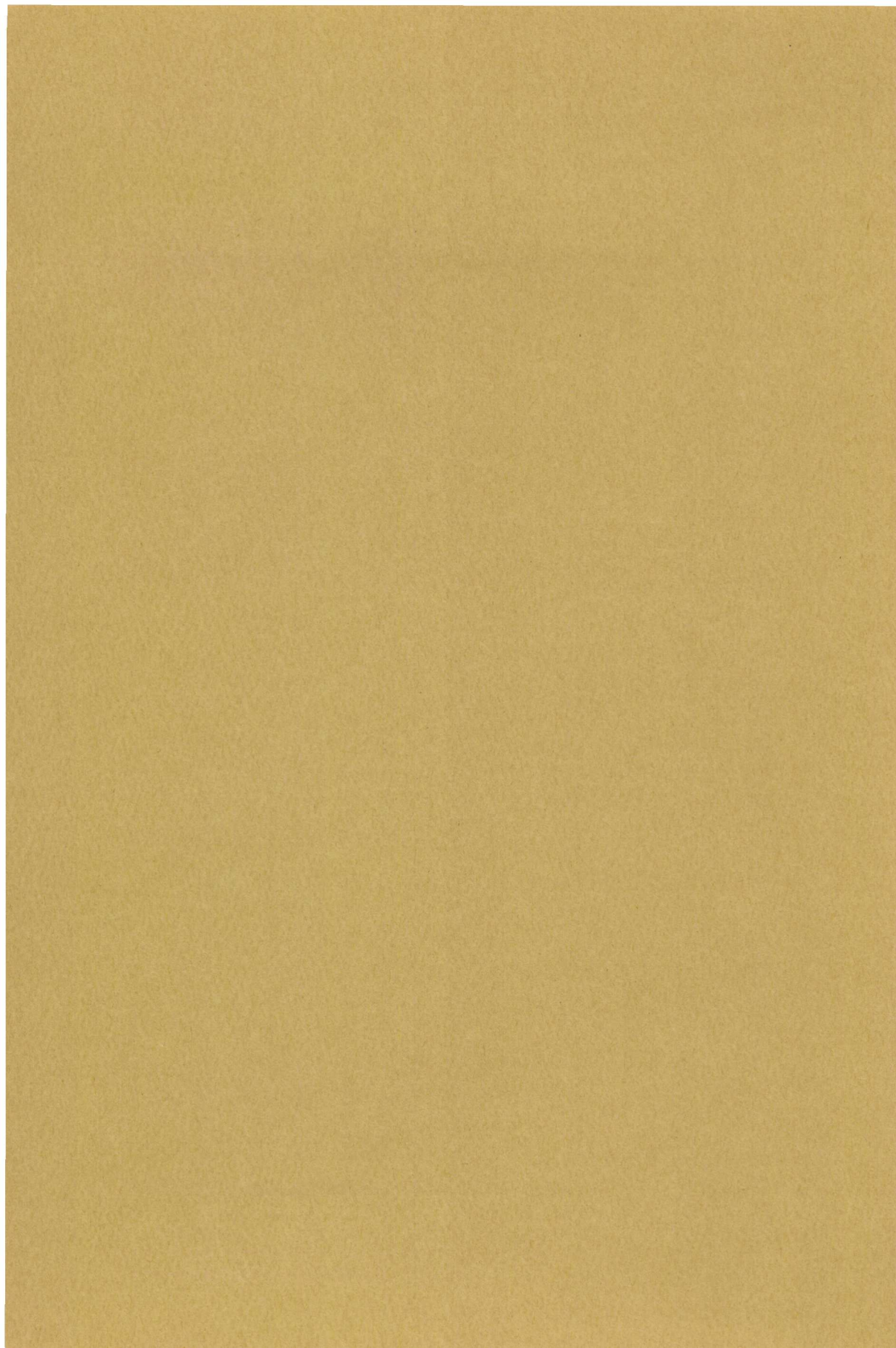
Onder redactie van C.R.de Winter / A.Dijkstra

algemeen periodiek onderzoek
advisering aan fondsen
werkplekonderzoek
eerste hulp
tropenkeuring
verzuim-sprekingscommissie
gericht periodiek onderzoek
aanstellingkeuring
vergadering, commissie
geneeskundig onderzoek
ziekteverzuim
voorzichting
social team
ongevalsbehandeling
bedrijfsgezondheidskundig spreken
gericht werkplekbezoek

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-INO

Leiden



DE BEDRIJFSARTS OVER ZIJN WERK

Met bijdragen van P.R.S.Baidjoe , arts / A.E.Bouwer , arts /
R.J.van der Burg , arts / Dr A.Dijkstra / Dr O.A.van Dobbenburgh /
Dr W.H.van Eek / Mw.M.A.Kamphuis , arts / A.W.H.Koopman , arts & Drs C.R.de Winter .

Onder redactie van
C.R.de Winter
A.Dijkstra

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TGO

november 1984

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 170441

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bedrijfsarts

De bedrijfsarts over zijn werk / red.: C.R. de Winter & A. Dijkstra ;
met bijdragen van P.R.S. Baidjoe ... (et al.). - Leiden : Nederlands
Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-041-2

SISO 614.3 UDC 628.5

Trefw.: bedrijfsgeneeskunde.

© 1984 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 84023

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrek-
king tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene
Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt,
en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op
welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van
het NIPG-TNO.

INHOUD

blz.

VOORWOORD		I
1. INLEIDING		1
2. HET ONDERZOEK		5
2.1 Doelstelling		5
2.2 De vragenlijst		6
2.2.1 Kenmerken van de BGD		6
2.2.2 Kenmerken van bedrijfsartsen		6
2.2.3 Geselecteerde taken van de bedrijfsarts		7
2.2.4 Persoonlijk functioneren in de arbeids- situatie (VPFA)		7
2.3 Voorbereiding van het onderzoek		8
2.4 Onderzoekspopulatie en deelname		9
2.5 Bewerking van de gegevens		9
2.6 Rapportage en opbouw van dit rapport		10
3. KENMERKEN VAN DE BEDRIJFSGENEESKUNDIGE DIENST		12
3.1 Inleiding		12
3.2 Personele kenmerken van BGD-en		13
3.3 Op BGD-en aanwezige faciliteiten		17
4. KENMERKEN VAN BEDRIJFSARTSEN		19
4.1 Persoonskenmerken en achtergrond		19
4.2 Functie, werkgebied en faciliteiten		22
4.3 Patroon van activiteiten		26
5. PERSOONLIJK FUNCTIONEREN IN DE ARBEIDSSITUATIE		29
5.1 Inleiding		29
5.2 De somscores		30
5.3 De referentiegroepen		32
5.4 Functioneren van bedrijfsartsen en andere groepen		34
5.4.1 Bedrijfsartsen en drie referentiegroe- pen		34
5.4.2 Vergelijking van wel- respectievelijk niet-leidinggevende bedrijfsartsen en anderen		36
5.4.2.1 Vergelijking met HAVO+		36
5.4.2.2 Vergelijking met academici el- ders		37
5.4.2.3 Conclusie		39
5.5 Interne vergelijking van groepen bedrijfsart- sen		39

5.5.1	Inspanning	40
5.5.2	Gezondheid	41
5.5.3	Ziektegedrag	44
5.5.4	Taak en Werkorganisatie	45
5.5.5	Leiding en Collega's	50
5.5.6	Waardering voor de werkring	52
5.5.7	Samenvattende oordelen	54
5.5.8	Samenvatting over de somscores	56
6.	TAKEN VAN DE BEDRIJFSARTS	60
6.1	Plaats van de bedrijfsarts in de organisatie	60
6.1.1	Inleiding	60
6.1.2	Vraagstelling	62
6.1.3	Resultaten	62
6.1.4	Discussie	68
6.2	De aanstellingskeuring	70
6.2.1	Inleiding	70
6.2.2	Vraagstelling	70
6.2.3	Resultaten	74
6.2.4	Discussie	79
6.3	Gericht Periodiek Geneeskundig Onderzoek	83
6.3.1	Inleiding	83
6.3.2	Vraagstelling	85
6.3.3	Resultaten	89
6.3.4	Discussie	94
6.4	Samenwerking bedrijfsarts - curatieve sector	98
6.4.1	Inleiding	98
6.4.2	Vraagstelling	99
6.4.3	Resultaten	100
6.4.4	Discussie	107
6.5	Onderzoek van werkplek en bedrijf	110
6.5.1	Inleiding	110
6.5.2	Vraagstelling	112
6.5.3	Resultaten	113
6.5.4	Discussie	118
6.6	Invaliditeitskeuringen	120
6.6.1	Inleiding	120
6.6.2	Vraagstelling	123
6.6.3	Resultaten	124
6.6.4	Discussie	129
6.7	Wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsarts	131
6.7.1	Inleiding	131
6.7.2	Vraagstelling	133
6.7.3	Resultaten	135
6.7.3.1	Enquête-uitkomsten	135
6.7.3.2	Enquêteresultaten: samenvatting	139
6.7.3.3	De proefschriften	140
6.7.3.4	Proefschriften: samenvatting	143
6.7.3.5	De vraaggesprekken	144

6.7.3.6	Vraaggesprekken: samenvatting	146
6.7.4	Discussie	147
6.7.5	Samenvatting	149
7.	BELANGRIJKSTE UITKOMSTEN EN CONCLUSIES	152
7.1	Inleiding	152
7.2	Kenmerken van de BGD	154
7.3	Kenmerken van bedrijfsartsen	154
7.4	Functie en werkgebied	155
7.5	Persoonlijk functioneren in de arbeidssituatie	156
7.6	Taakaspecten van de bedrijfsarts	160
7.6.1	Plaats van de bedrijfsarts in de organi- satie	160
7.6.2	De aanstellingskeuring	161
7.6.3	Gericht Periodiek Geneeskundig Onderzoek (PGO)	162
7.6.4	Samenwerking tussen bedrijfsarts en cu- ratieve sector	163
7.6.5	Onderzoek van werkplek en bedrijf	164
7.6.6	Invaliditeitskeuringen	165
7.6.7	Wetenschappelijk onderzoek door de be- drijfsarts	166
8.	AAN HET ONDERZOEK VOORBIJ	169
	LITERATUUR	175
	BIJLAGEN	181

VOORWOORD

In dit boek staat wat de bedrijfsartsen in Nederland vinden van hun werk en werkomstandigheden. Het gaat over hun persoonlijk functioneren in de arbeidssituatie, over hun arbeidsbelasting en gezondheid, over de gunstige en ongunstige kanten van hun baan.

Deze publicatie is geschreven voor iedereen die met de bedrijfsgezondheidszorg te maken heeft: werkgevers en werknemers, besturen en beleidsmakers, personeelsfunctionarissen en ARBO-deskundigen, verzekeringsgeneeskundigen en curatieve geneeskundigen. Bovenal is het bestemd voor de bedrijfsartsen zelf. Het zijn hun gegevens die de grondslag vormen van deze publicatie.

Behalve als partij in dit onderzoek waren reeds een geruim aantal jaren geleden bedrijfsartsen betrokken bij de ontwikkeling van de onderzoeksmethode*, met behulp waarvan dit onderzoek is uitgevoerd. Het betreffende NIPG-project Periodiek Onderzoek Functioneren kwam mede tot stand met steun van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.

Bij de uitvoering van dit onderzoek onder de bedrijfsartsen waren opnieuw praktizerende bedrijfsartsen betrokken. Dit boek is een resultaat van samenwerking tussen onderzoekers van het NIPG/TNO en bedrijfsartsen in opleiding bij de vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO.

* Zie voor deze methode voor onderzoek naar functioneren in de arbeidssituatie (VPFA) Dijkstra et al., Maatwerk; over werknemers en hun werksituatie. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1983 (Aula Paperback 92).

Met deze publicatie beogen de samenstellers een bijdrage te leveren aan de kennis omtrent het functioneren van de bedrijfsarts, zoals hij dat zelf ervaart. Tevens presenteren zij een aantal discussiepunten verbandhoudende met de taak en de positie van de bedrijfsarts en de veranderingen die zich daarin lijken te voltrekken.

Verwacht mag worden dat mede door middel van deze studie de bedrijfsartsen zich bezinnen op de vraag op welke wijze men ook in de komende jaren preventieve bedrijfsgezondheidszorg in praktijk dient te brengen.

W.M.J. van Duyne, arts
directeur NIPG/TNO

In Nederland werken ongeveer 800 bedrijfsartsen. Samen met bedrijfsverpleegkundigen, arbeidshygiënist, veiligheidkundigen, ergonomen, psychologen, sociologen en andere deskundigen geven zij in de praktijk vorm aan bedrijfsgezondheidszorg. Met bedrijfsgezondheidszorg bedoelt het College voor Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde (1979) "dat deel van de gezondheidszorg dat zich bezighoudt met gezondheidsaspecten van de relatie tussen mens en arbeid respectievelijk arbeidsomstandigheden, zowel in materiële als in immateriële zin (arbeidsmilieu)". Bij wetgeving is vastgelegd dat vanuit de bedrijfsgezondheidszorg een preventieve taak wordt uitgeoefend, waarin zowel van primaire, secundaire en tertiaire preventie sprake is (Jongh, 1979). Primaire preventie beoogt de omstandigheden zo te verbeteren, dat de gezondheid erdoor niet bedreigd wordt. Met secundaire preventie doelen we op werkzaamheden ter opsporing van gezondheidsstoornissen, zo mogelijk in een vroeg stadium teneinde maatregelen te nemen om verergering van de stoornissen te voorkomen. Jongh rekent maatregelen die gegeven een reeds geconstateerde aandoening nog verdere gezondheidsschade moeten voorkomen tot de tertiaire preventie. In de praktijk houdt bedrijfsgezondheidszorg volgens Zuidema (1979) vooral in: het doen van aanstellingskeuringen, het bewaken van de gezondheidstoestand door middel van periodiek geneeskundig onderzoek, het houden van een bedrijfsgeneeskundig spreekuur, de bestrijding van ongevallen, de revalidatie van arbeidsongeschikten gericht op werkaanpassing en het adviseren van het bedrijf ten aanzien van de relatie mens en arbeid vanuit gezondheidskundig perspectief.

De bedrijfsgezondheidszorg is in de afgelopen jaren in omvang aanzienlijk toegenomen. In 1973 werden ongeveer één miljoen werknemers bedrijfsgeneeskundig verzorgd. Dit aantal is in negen jaar met 70% toegenomen tot 1,7 miljoen werknemers. Ongeveer één op de drie werk-

nemers in Nederland heeft een bedrijfsarts. In diezelfde periode (1973-1982) groeide het aantal bedrijfsartsen van 521 tot 899 (Jonkers & Lindeman-Clocquet, 1983). De bedrijfsgezondheidszorg wordt voornamelijk uitgevoerd vanuit enkelvoudige en gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD-en). Een enkelvoudige BGD werkt ten behoeve van één werkgever, hetzij van een particuliere onderneming hetzij van een overheids- of semi-overheidsinstantie. Het werkgebied van een gezamenlijke of gecombineerde BGD omvat verscheidene ondernemingen gevestigd in een bepaalde regio. Er zijn ook bedrijven zonder eigen enkelvoudige of gezamenlijke BGD, die bedrijfsgeneeskundige taken laten uitvoeren door elders werkzame bedrijfsartsen of artsen die niet als bedrijfsarts geregistreerd zijn.

Hoewel deskundigen van uiteenlopende discipline werkzaam zijn in de bedrijfsgezondheidszorg bestaat er geen twijfel over dat de bedrijfsarts in deze taak van de gezondheidszorg een centrale positie inneemt. Hij* funktioneert als sociaal-geneeskundige in een krachtenveld waarin economische en gezondheidkundige prioriteiten een rol spelen. Zijn advies als onafhankelijk deskundige is zowel bestemd voor werknemers als werkgevers. Er zijn situaties waarin gezondheidkundige belangen en economische belangen harmonieus samengaan, maar niet zelden ook conflicteren deze belangen, waarbij niet per definitie een tegenstelling tussen de werknemer en zijn gezondheidsbelangen en de werkgever met zijn economische prioriteiten aan de orde is. Het komt ook voor dat de werknemer een persoonlijke afweging tussen zijn economische en gezondheidkundige prioriteiten moet maken. Dit is bijvoorbeeld actueel wanneer men zich moet afvragen of het nog langer in ploegendienst werken met de daaraan verbonden financiële voordelen nog wel opweegt tegen het gezondheidsrisico dat men in een aantal gevallen neemt. In al die situaties waarin prioriteiten

* In boektitel en tekst wordt de bedrijfsarts ongeacht de kunne met 'hij' aangeduid.

moeten worden gesteld loopt de bedrijfsarts kans betrokken te raken als partij in een onderhandelingsveld (Walters, 1982). De Boer (1982) zegt dat de bedrijfsarts stevig in zijn schoenen moet staan en zich noch door de directie, noch door de werknemers mag laten monopoliseren.

Vanuit de opleiding en de ervaringen in de praktijk leert de bedrijfsarts zich zo deskundig mogelijk te profileren in het spanningsveld tussen arbeid en gezondheid. Dagelijks wordt hij geconfronteerd met uiteenlopende verschijnselen, zoals werkinconvenianten, lichamelijk en mentaal riskante werkaspecten, problemen in verband met onregelmatige- en continuïdendiensten en niet in de laatste plaats met stress en psychosociale problematiek. Veel onderzoek betreft beroepsgroepen waarmee de bedrijfsarts in aanraking komt. Over de arbeid van de bedrijfsarts weten we echter veel minder. Vaak kan men horen dat de bedrijfsarts behoefte heeft aan betere methoden ter opsporing van werkplekken met gezondheidsrisico's en dat hij instrumenten nodig heeft om gezondheidsgegevens te kunnen interpreteren in relatie met arbeidsomstandigheden. Ook is bekend dat men vaak geen raad weet met de psychosociale problematiek, die bij velen meer dan de helft van de beschikbare tijd opeist (Oversloot et al., 1983).

Duidelijk is dat mede door de Arbeidsomstandighedenwet, die in 1981 in werking is getreden, hoge eisen worden gesteld aan het functioneren van de bedrijfsgezondheidszorg. Zowel werkgevers, werknemers als overheid houden nauwlettend in het oog hoe de bedrijfsartsen concrete uitvoering geven aan hun wettelijk vastgelegde taakstelling. Of men kan voldoen aan de gestelde eisen en aan de verwachtingen, zal mede afhangen van de arbeidsomstandigheden waaronder de bedrijfsarts zelf moet werken.

Aangezien over de werksituatie van bedrijfsartsen weinig bekend is, stelde het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO hiernaar een onderzoek in onder alle bedrijfsartsen in Nederland, die lid zijn van de NVAB. Deze komen daarin aan het woord over hun gezondheid en hun werkomstandigheden. Het plan voor

de uitvoering van dit onderzoek is ontstaan in 1981 tijdens een presentatie van het project Periodiek Onderzoek Functioneren voor bedrijfsartsen in opleiding aan het NIPG/TNO. Ter gelegenheid van deze presentatie werden ongeveer 20 bedrijfsartsen over hun functioneren in de arbeidssituatie geënquêteerd. De resultaten waren van dien aard dat enkele bedrijfsartsen in opleiding samen met het NIPG/TNO het plan opvatten om een dergelijk onderzoek op grotere schaal onder bedrijfsartsen uit te voeren.

Het onderzoek is uitgevoerd onder leiding van Dr A. Dijkstra en Drs C.R. de Winter in samenwerking met Dr W.H. van Eek (cursus-leider vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NIPG/TNO) en met de bedrijfsartsen in opleiding P.R.S. Baidjoe, A.E. Bouwer, R.J. van der Burg, Dr O.A. van Dobbenburgh, Mw. M.A. Kamphuis en A.W.H. Koopman.

2. HET ONDERZOEK

2.1 Doelstelling

Het onderzoek heeft tot doel het krijgen van een beeld van het persoonlijk functioneren van bedrijfsartsen in relatie met kenmerken van bedrijfsgeneeskundige diensten en persoonskenmerken van de bedrijfsarts. Onderzoek naar persoonlijk functioneren is vooral gericht op het leren kennen van de opvattingen van werknemers zelf. Om te bepalen of iemand optimaal functioneert, zal men hem dat zelf moeten vragen (Dijkstra et al., 1983, p. 13 e.v.). Het is een belevingsonderzoek en het gaat er primair om of het werk en datgene wat het werk met zich meebrengt, voldoet aan de normen van de man of vrouw zelf. Hierbij is het oordeel van de deskundigen over de prestatie die hij verricht van secundair belang. Hiermee onderscheidt zich het persoonlijk van het zakelijk functioneren, waarbij centraal staat of de werknemer datgene wat de werkgevende instelling van hem verwacht, op doelmatige wijze uitvoert.

Een belangrijke voorwaarde voor het onderzoek naar functioneren in de arbeidssituatie is dat ook de onderzochten ervoor gemotiveerd zijn. Dat houdt onder andere in, dat de gegevens eruit meer dan alleen statistische overzichten bieden, maar ook aanwijzingen geven voor beleid en suggesties opleveren voor maatregelen ter verbetering. Het is dan ook nodig dat de werknemers 1) weten wat het doel van het onderzoek is, en 2) dat de instelling en de werknemer erop vertrouwen dat het onderzoek geschiedt in het belang van alle betrokkenen.

Het begrip persoonlijk functioneren omvat veel dimensies. Ze zijn geoperationaliseerd in de Vragenlijst over Persoonlijk Functioneren in de Arbeidssituatie (VPFA) met als belangrijkste onderwerpen: inspanning, gezondheid, ziektegedrag, fysieke werkomstandigheden, taak en werkorganisatie, leiding en collega's en werk-

kring. Hierbij wordt aangenomen dat deze onderwerpen, als uitwerking van de gezichtspunten gezondheid, werk en werkomstandigheden, deze gezichtspunten ook voldoende dekken. Uitgangspunt is dat iedere werknemer zijn eigen persoonlijke maatstaven heeft en die ook gebruikt ter beoordeling van zijn werksituatie. Deze maatstaven verschillen van persoon tot persoon.

2.2 De vragenlijst

In de vragenlijst wordt geïnformeerd naar kenmerken van de bedrijfsgeneeskundige dienst (BGD), van de bedrijfsarts zelf, naar enkele specifieke taken en rollen en naar het persoonlijk functioneren in de arbeidssituatie. De gegevens worden ontleend aan bedrijfsartsen en het zijn dus hun percepties.

2.2.1 Kenmerken van de BGD

De kenmerken van de BGD zijn onderscheiden in personele kenmerken, faciliteiten die op de BGD aanwezig zijn en de verzorgende populatie. Onder personele kenmerken wordt hier onder meer verstaan het aantal werknemers dat de BGD verzorgt en het aantal personeelsleden werkzaam op de BGD, gespecificeerd naar discipline. Gevraagd is verder naar de faciliteiten waarover de BGD beschikt voor het uitvoeren van uiteenlopende soorten onderzoek, zoals diagnostiek, medisch-fysisch en arbeidshygiënisch onderzoek. Tevens zijn gegevens verzameld over het type BGD (enkelvoudig of gezamenlijk) en het aantal vestigingen van de BGD.

2.2.2 Kenmerken van bedrijfsartsen

De kenmerken van de bedrijfsarts zijn onderverdeeld in persoonsgegevens, de achtergrond naar opleiding en functie, de inhoud van de functie, het werkgebied en de meest voorkomende werkzaamheden.

2.2.3 Geselecteerde taken van de bedrijfsarts

Meer in het bijzonder werden onderwerpen die de specifieke arbeidssituatie van bedrijfsartsen betreffen, opgenomen. Mede in het licht van de taakstelling van de bedrijfsgezondheidszorg leek het van belang aandacht te schenken aan de volgende aspecten:

1) de plaats van de bedrijfsarts in de organisatie, 2) de aanstellingskeuring, 3) gericht periodiek geneeskundig onderzoek, 4) samenwerking met de curatieve gezondheidszorg, 5) onderzoek van werkplek en bedrijf, 6) invaliditeitskeuringen en 7) het verrichten van wetenschappelijk onderzoek door bedrijfsartsen. Hoewel meer aspecten in het onderzoek hadden kunnen worden opgenomen, moest om praktische redenen tot een beperking hierin worden besloten. De omvang van de vragenlijst moest beperkt worden om de deelname aan de enquête te maximaliseren.

2.2.4 Persoonlijk functioneren in de arbeidssituatie (VPFA)

In de VPFA-lijst (Dijkstra et al., 1983) treft men vragen aan van beschrijvende en van evaluerende aard. Vanwege de vergelijkbaarheid met andere gegevens uit het bestand is deze vragenlijst zo weinig mogelijk veranderd voor dit onderzoek onder bedrijfsartsen. De beschrijvende vragen, zoals die naar de gevolgde opleidingen, worden gebruikt als achtergrondmateriaal. De waarderende vragen, zoals naar hinder van lawaai, vormen te zamen per onderwerp een somscore van de mate van dysfunctioneren.

Het onderwerp '*Arbeidsinspanning*' telt 15 vragen betreffende: werk te vermoeiend; problemen met tijdsdruk; moeilijkheden met tillen, zitten, horen, concentratie, enzovoorts. Het onderwerp '*Gezondheid*' gaat over kortademigheid; hartklachten; maagproblemen; klachten van armen, schouders, nek; pijnlijke ogen; hoornmoeilijkheden; hoofdpijn; gespannenheid, nervositeit, moeilijkheden met slapen. '*Ziektegedrag*', het derde onderwerp, met vier items gaat over: medicijngebruik; medische behandeling; dokters-

bezoek en verzuim gedurende de laatste zes maanden. Met 22 vragen wordt inzicht verkregen in de '*Taak en organisatie van het werk*': voldoende opleiding en ervaring, variatie, zelfstandigheid, plezierig werk, moeilijkheidsgraad, kwaliteit van de organisatie, hulpmiddelen en informatie. Onder het onderwerp '*Leiding en collega's*' vallen 17 vragen: begeleiding door chef, goede collega's, voldoende ondersteuning, billijke verdeling werklast, kwaliteit van de leiding en tenslotte het onderwerp '*Werkkring*'. Met 10 items behandelen we dit onderwerp dat de baan in het algemeen betreft: waardering door bedrijf, billijke beloning, voldoende maatschappelijke zekerheid door baan, goede toekomstperspectieven, neiging om ander werk te zoeken. Eveneens ter beperking van het aantal vragen werd het VPFA-onderwerp "fysieke werkomstandigheden", dat minder relevant voor bedrijfsartsen werd geacht, buiten het onderzoek gelaten.

2.3 Voorbereiding van het onderzoek

Het onderzoek is voorbereid in samenwerking met de cursusleiding en met cursisten van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (1981-1983) van de afdeling Onderwijs van het NIPG/TNO. Voorafgaande aan de gegevensverzameling, die plaatsvond in het vierde kwartaal van 1982, werd de vragenlijst uitgetest bij een cursusgroep bedrijfsartsen. De VPFA-lijst was reeds eerder beproefd. Het testonderzoek toonde aan dat deze methode voldoende stabiele en betrouwbare gegevens oplevert, die bovendien de vereiste geldigheid bezitten. Zie voor meer informatie Dijkstra et al. (1983).

De keuze van de taken van de bedrijfsarts (zie paragraaf 2.2.3) vloeide voort uit de belangstelling van de cursisten, die elk afzonderlijk een scriptie voor de vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde moesten voorbereiden.

Voor deelname aan het onderzoek kwamen alle practizerende bedrijfsartsen in Nederland in aanmerking. Redenen van praktische en organisatorische aard noodzaakten ons uitsluitend NVAB-leden uit te nodigen voor deelname. Van hen was op korte termijn een actueel adressenbestand verkrijgbaar bij het secretariaatsbureau van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Aan 739 leden van de NVAB is de vragenlijst verstuurd. Het totaal aantal ingevulde en bruikbare vragenlijsten is 512, een respons van 74%. De 26% uitval is als volgt te verklaren: 44 personen zonden de vragenlijst oningevuld retour, omdat men geen practizerend bedrijfsarts was, 16 om uiteenlopende redenen en 21 zonder opgaaf van redenen. In totaal 146 vragenlijsten werden niet teruggestuurd. Doordat niet alle 512 deelnemers elke vraag hebben beantwoord, is het aantal bruikbare antwoorden soms lager.

Overeenkomstig het doel van het onderzoek zijn de gegevens over het persoonlijk functioneren van de bedrijfsartsen vergeleken met die van andere werknemers uit het NIPG-centraal bestand. Deze zijn afkomstig van tien grote bedrijven, zowel in de particuliere als in de overheidssector. De gegevens werden verzameld in de periode 1977-1983. Daarnaast zijn binnen de groep bedrijfsartsen subgroepen samengesteld en wel naar leeftijd en naar type BGD waar men werkzaam is. Behalve van de geprecodeerde gegevens is ook gebruik gemaakt van de spontane opmerkingen van de deelnemers. Deze gegevens worden steeds afzonderlijk per hoofdstuk of paragraaf gerapporteerd.

In een brief van september 1982 die de vragenlijst vergezelde werd aangekondigd dat de onderzoeksresultaten zouden worden samengevat in een verslag, dat aan alle NVAB-leden zou worden toegestuurd. Deze rapportage vond plaats in november 1983 (Dijkstra & De Winter, 1983). Verder is een deel van het onderzoeksmateriaal gebruikt ter voorbereiding van de scripties die de bedrijfsartsen in opleiding voor de cursus moesten schrijven.

In de onderzoeksverslagen wordt alleen over groepen deelnemers gerapporteerd en wel zo dat geen afzonderlijke personen of diensten zijn te herkennen. De vragenlijstgegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. De rapportage van deze monografie is tot stand gekomen in samenwerking met de cursusleider en de cursisten van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Deze publicatie is opgebouwd uit verschillende delen. Hoofdstuk 3 behandelt de kenmerken van de bedrijfsgeneeskundige diensten: hoevelen en welke disciplines er werken, welke faciliteiten aanwezig zijn, wat voor populaties verzorgd worden. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens over de bedrijfsarts: diens persoonskenmerken en achtergrond, zijn functie en persoonlijk werkgebied, en zijn patroon van beroepsmatige activiteiten. Dan komt hoofdstuk 5 met het persoonlijk functioneren in de werksituatie. De aspecten inspanning, gezondheid, ziektegedrag, taak en werkorganisatie, de waardering voor leiding en collega's en voor de gehele werkkring komen hier aan de orde en deze gegevens van de bedrijfsartsen worden vergeleken met andere groepen werknemers. Deze referentiegroepen zijn samengesteld uit onderzoeksmateriaal, verzameld in eerdere enquêtes in verschillende arbeidsorganisaties, particulier zowel als in de overheidssector. Verder worden verschillen beschreven tussen typen bedrijfsgezondheidsdiensten en tussen leeftijds-groepen bedrijfsartsen. Hoofdstuk 6 behandelt de specifieke taak-aspecten van de bedrijfsarts, van de aanstellingskeuring tot wetenschappelijk onderzoek. Het voorlaatste hoofdstuk (hoofdstuk 7)

worden de belangrijkste conclusies uit de uitkomsten getrokken, deze worden samengevat en er wordt getracht hierop aanbevelingen te baseren in hoofdstuk 8.

Er is zoveel mogelijk gestreefd naar weergave van de opmerkingen en suggesties die deelnemers aan de verschillende onderwerpen hebben toegevoegd, zonder de bronnen ervan echter herkenbaar weer te geven. De informatie is telkens opgevoerd als 'opmerkingen van deelnemers'. Verder zijn niet alle cijfermatige gegevens in de tekst verwerkt om deze leesbaar te houden. Getoetst is of de leeftijdsgroepen of de typen BGD antwoordpercentages hebben die significant afwijken van het gemiddelde. Groepen waarin het antwoordpercentage afwijkt worden omschreven als groepen met relatief veel of weinig melding van/klachten over een aspect (zie ook paragraaf 5.1). Alle antwoordverdelingen per vraag uit de enquête worden echter in bijlage 1.1 tot en met 1.26 in detail verantwoord naar leeftijdsgroep en naar type BGD, zodat de lezer ook de niet-beschreven kenmerken kan nagaan en dat hij verder de in de tekst gedane beweringen zelf kan controleren en er eventueel zijn eigen interpretaties aan kan toevoegen.

3. KENMERKEN VAN DE BEDRIJFSGENEESKUNDIGE DIENST

3.1 Inleiding

Hoewel de titel van dit hoofdstuk zou kunnen suggereren, dat het over objectieve of administratieve gegevens zou gaan, is het net als de andere hoofdstukken, gebaseerd op de uitspraken van de deelnemende bedrijfsartsen, leden van de NVAB. Het is dus niet zonder meer toegestaan om de gegevens te middelen en dan te behandelen als gegevens over de Nederlandse BGD-en. Wel kan er minstens uit geconcludeerd worden hoe bedrijfsartsen hun eigen dienst zien en verder dat die percepties binnen een gegeven soort BGD sterk uiteen kunnen lopen. Bij het laatste kan men zich afvragen, wat voor kennis bedrijfsartsen als werknemers van hun eigen organisatie weten, althans, welk deel van de organisatie hun dagelijkse werkomgeving is. Zeker bij de grote landelijke diensten is de kans groot, dat dit de dagelijkse werkelijkheid, dus de eigen vestiging, slechts een klein deel van het geheel is. Daardoor en door verschillen in opvatting van de vraag kunnen de opgaven sterk van elkaar verschillen ook binnen de gegevens van één type BGD. We openen met een gegeven dat vermoedelijk minder aan vertekening onderhevig is, namelijk de leeftijd. De eigen opgaven van de deelnemers zijn gegroepeerd in drie leeftijdskategorieën en tabel 1 geeft voor elk van de vier onderscheiden typen dienst de percentages personen in deze drie leeftijdsgroepen. Percentages zijn als hele percentages vermeld, zonder decimalen. Door deze afrondingen kunnen er minimale afwijkingen zijn tussen verschillende opgaven, in de gevallen waarin het oorspronkelijke percentage met één decimaal op een vijf eindigde. Practische betekenis heeft dit niet. Dit hoofdstuk is verdeeld in twee paragrafen, die achtereenvolgens de personele en de in de BGD-en aanwezige faciliteiten behandelen.

3.2

Personele kenmerken van BGD-en

Aan de orde komen hier achtereenvolgens de leeftijdsopbouw van de verschillende typen BGD, de aantallen werknemers bruto en per categorie, de aanwezigheid van niet-medische deskundigen en de graad van specialisatie in specifieke delen van de bedrijfsgezondheidszorg.

Tabel 1. Opgegeven leeftijdverdeling over vier typen BGD, in procenten

type dienst*	leeftijdsgroep						totaal	
	20-34 jr		35-49 jr		50-70 jr		aantal	%
	aantal	%	aantal	%	aantal	%		
PTT/RGD/NS	19	20	34	36	41	44	94	100%
GG & GD/DGD	37	41	20	22	33	37	90	100%
enkelvoudig	32	24	45	35	54	41	131	100%
gezamenlijk	60	32	75	40	54	28	189	100%
totaal	148	29	174	35	182	36	504**	100%

* In de tekst worden PTT/RGD/NS wel als 'het Rijk' aangegeven en GG & GD/DGD als 'de Gemeente'.

** Zie voor verschillen in aantallen paragraaf 2.4.

De typen dienst verschillen naar leeftijd in die zin dat de diensten van de Gemeente gemiddeld relatief jong zijn, Rijk en enkelvoudige diensten relatief oud en de gezamenlijke diensten gemiddeld (zie paragraaf 2.6 voor wat hier met 'relatief' bedoeld is). Bijna twee derde van alle BGD-en hebben meer vestigingen (61%), de diensten van het Rijk komen daar met 93% 'meer vestigingen' ruim boven. Wat betreft de ruimtelijke spreiding in geval van meer vestigingen overwegen bij Gemeente en gezamenlijke diensten de kleine afstanden (kleiner dan 25 km), de Rijksdiensten zijn naar hun aard landelijk gespreid en de enkelvoudige diensten nemen een tussenpositie hierin in.

De opgaven of de eigen BGD getoetst is door de Medische Dienst van de Arbeidsinspectie, lopen uiteen. In totaal 68% van de bedrijfsartsen zegt in een getoetste dienst te werken, maar de

percentages lopen van 32% bij Gemeente en 55% bij Rijk via 63% voor de enkelvoudige diensten tot 92% bij de gezamenlijke. Het aantal werknemers dat volgens opgave door de verschillende typen dienst verzorgd wordt verschilt, zoals tabel 2 laat zien.

Tabel 2. Opgegeven aantallen werknemers onder de zorg van vier typen dienst, in procenten

type dienst	aantal werknemers				totaal
	100- 4999	5000- 12999	13000- 29999	30000- 350000	
PTT/RGD/NS	9	4	10	77	100%
GG & GD/DGD	40	33	11	16	100%
enkelvoudig	45	28	17	10	100%
gezamenlijk	6	30	45	19	100%
totaal	23	25	25	27	100%

Ook wat betreft het al dan niet ontplooiën van verzekeringsgeneeskundige activiteiten ten aanzien van de ziekteverzuimbegeleiding zijn er verschillen tussen typen BGD. Rijk en Gemeente melden in meerderheid wel aan zulke activiteiten te doen (87% respectievelijk 84%), bij de enkelvoudige diensten is de uitslag gemengd (33% niet, 8% bij enkele bedrijven en 58% over het geheel wel). Bij de gezamenlijke diensten liggen de verhoudingen weer anders: 59% geen verzekeringsgeneeskundige activiteiten, 38% bij enkele bedrijven en vrijwel geen opgaven (3%) van verzekeringsgeneeskundige activiteiten bij alle aangesloten bedrijven.

De omvang van de BGD is naar verschillende gezichtspunten gevraagd. Tabel 3 geeft een aanduiding van de aantallen personeelsleden.

Tabel 3. Laagste respectievelijk hoogste opgegeven aantallen personeelsleden per type BGD

kategorie personeel	PTT/RGD/NS	GG&GD/DGD	enkelvoudig	gezamenlijk	totaal
bedrijfsartsen	15-100	1-6	1-6	4-14	1-100
bedrijfsverpleegkundigen	8- 98	0-1	0-3	2- 7	0- 98
doktersassistenten	6-100	1-5	0-2	1- 5	0-100
totaal	56-1000	1-15	1-15	10-55	1-1000

Naar omvang lijken de enkelvoudige diensten en de Gemeente op elkaar als kleinste diensten, gevolgd door de gezamenlijke diensten. Uiteraard zijn de diensten van het Rijk de grootste.

De opgaven van het aantal jaren dat de eigen dienst bestaat lopen per type dienst sterk uiteen, gemiddeld zijn de Gemeente en de gezamenlijke diensten de jongste, gevolgd door de enkelvoudige diensten. De diensten van het Rijk zijn volgens de opgaven aanmerkelijk ouder.

De vraag naar de aanwezigheid van niet-medische deskundigen leverden de gegevens die door tabel 4 worden samengevat.

Tabel 4. Aanwezigheid in de verschillende typen dienst van niet-medische deskundigen, percentages bevestigende antwoorden

soort deskundige	PTT/RGD/NS	GG&GD/DGD	enkelvoudig	gezamenlijk	totaal
arbeidshygiënist	61	1	23	38	32
veiligheidskundige	56	5	18	12	20
klinisch chemicus	19	3	15	4	9
ergonoom/ingenieur	83	2	18	2	22
psycholoog	32	28	20	5	18
automatiseringsdeskundige	57	5	23	9	20
maatschappelijk werkende	72	21	23	3	25
socioloog	14	1	3	4	5
anders	64	17	27	25	29

In het oog houdend dat de getallen betrekking hebben op subjectieve opgaven van deskundigen in de dienst, is de conclusie, dat

de Gemeenten de geringste aantallen niet-medische deskundigen in huis lijken te hebben, gevolgd door de gezamenlijke diensten. Er zijn er aanmerkelijk meer bij de enkelvoudige diensten en de grote diensten van het Rijk spannen in dit opzicht de kroon.

Opmerkingen van deelnemers

De niet-medische deskundigen die verder nog opgesomd worden lopen sterk uiteen. Toch staan enkele groepen niet-medisch personeel op de voorgrond, in de eerste plaats administratief personeel en analysten van diverse pluimage, vervolgens bedrijfsaudiometristen en medici uit verschillende specialismen. Daarnaast is er vaak sprake van de aanwezigheid van arbeidsdeskundigen, arbeidsfysiologen en fysiotherapeuten. Tenslotte mogen ook de statistici en juristen niet onvermeld blijven, de laatste soms gespecialiseerd in gezondheidsrecht.

Een andere kwestie is die van de specialisatie in bepaalde gebieden van de bedrijfsgezondheidszorg. Bijna een kwart (24%) zegt dat er geen specialisatie is in de eigen dienst, ruim de helft (58%) zegt dat enkelen gespecialiseerd zijn en een zesde van de respondenten (18%) geeft aan dat alle bedrijfsartsen zich specialiseren in bepaalde gebieden. Het laatste is het meest het geval bij de enkelvoudige en gezamenlijke diensten (23% respectievelijk 24%), het komt bijna niet voor bij het Rijk (1%) en enigszins bij de Gemeente (14%). Kenmerkend voor de diensten van het Rijk is de uitspraak dat enkelen zich op bepaalde gebieden specialiseren (93% bij het Rijk).

De verdeling van de aanstellingskeuringen is overwegend (66%) zo, dat ieder voor zijn eigen bedrijven, afdelingen of diensten keurt. Keuren bij toerbeurt gebeurt weinig (9%) bij het Rijk, enigszins bij de Gemeente (27%) en relatief veel bij de enkelvoudige en gezamenlijke diensten (45% respectievelijk 42%).

Naast personele zaken (wie werken er, hoeveel, wie doet wat) zijn in de enquête vragen gesteld over uiteenlopende faciliteiten die al dan niet aanwezig zijn.

Er zijn weinig opgaven dat de eigen dienst geen enkele bibliotheekfaciliteit kent (5% over het geheel). Meestal (62%) is er een kleine eigen bibliotheek, soms (33%) is er een uitgebreide bibliotheek. De laatste is vooral aan te treffen bij het Rijk (77%). De opgaven van het aantal vaktijdschriften stemmen hiermee overeen: het Rijk meldt de aanwezigheid van veel tijdschriften (64% tussen 15 en 98 tijdschriften aanwezig), de Gemeente heeft er minder (77% 1 à 7 tijdschriften) en de particuliere diensten komen hier tussenin.

De laatste groep vragen over de BGD gaat over de aanwezigheid van onderzoeksfaciliteiten en mogelijkheden om gegevens te verwerken. Tabel 5 geeft een overzicht van de uitkomsten per type dienst.

Tabel 5. Aanwezigheid in procenten antwoorden van faciliteiten bij vier typen bedrijfsgeneeskundige dienst

soort faciliteit	type dienst				totaal
	PTT/RGD/NS	GG&GD/DGD	enkelvoudig	gezamenlijk	
eenvoudige (huis-artsen-) diagnostiek	93	94	92	92	93
uitgebreid klinisch-chemisch	65	31	58	38	47
uitgebreid medisch-fysisch	85	51	64	60	64
onderzoek van groepsgegevens	86	35	49	44	52
eenvoudige arbeids-hygiëne	77	68	68	82	75
uitgebreide arbeids-hygiëne	74	12	32	42	41

De enige onderzoeksmogelijkheid die geen aanmerkelijk verschil tussen typen BGD laat zien is de eenvoudige diagnostiek, die vrijwel overal aanwezig is. Bij de andere faciliteiten zijn er verschillen en wel zo, dat over het geheel het Rijk de meeste faciliteiten heeft, gevolgd door de enkelvoudige en de gezamenlijke diensten (die elkaar globaal weinig ontlopen) en tenslotte de Gemeentelijke diensten. De profielen van de vier typen BGD zijn te verdelen in twee groepen: het Rijk (waar alle faciliteiten overwegend aanwezig zijn) en de andere soorten BGD, waar het voorzieningenpeil lager ligt en meer gedifferentieerd is.

In 65% van alle opgaven is sprake van systematische verzameling van bedrijfsgeneeskundige gegevens, het minst is dit zo bij de Gemeente (45%), het meest bij het Rijk (84%) en de particuliere diensten daartussen. Vrijwel gelijk op hiermee lopen de opgaven van eenvoudige verkrijgbaarheid van groepsgegevens; Gemeente 24%, gezamenlijke diensten 40%, enkelvoudige diensten 52% en het Rijk 61%.

4. KENMERKEN VAN BEDRIJFSARTSEN

4.1 Persoonskenmerken en achtergrond

De meeste antwoordende bedrijfsartsen zijn mannen: 453 mannen tegenover 59 vrouwen. De verdeling naar leeftijd en naar geslacht is zoals aangegeven in tabel 6.

Tabel 6. Verdeling van de bedrijfsartsen naar opgegeven leeftijd en geslacht

geslacht	leeftijd						totaal	
	20-34 jr		35-49 jr		50-70 jr		aantal	%
	aantal	%	aantal	%	aantal	%		
vrouw	30	51	20	34	9	15	59	100%
man	121	27	155	34	177	39	453	100%
totaal	151	30	175	34	186	36	512	100%

De drie leeftijdsgroepen zijn ongeveer gelijk van omvang, maar de vrouwelijke bedrijfsartsen worden vooral in de twee jongste groepen aangetroffen. De vrouwen zijn evenredig verdeeld over de verschillende typen BGD.

Van 504 respondenten is er een opgave van hun jaar van artsexamen (30% tussen 1946 en 1959, 34% tussen 1960 en 1974 en 36% tussen 1975 en 1982). Uiteraard hangt dit gegeven samen met de leeftijd, verder verschillen de typen BGD niet sterk naar jaar van artsexamen van de aldaar werkzame bedrijfsartsen. Er zijn wel enige verschillen naar de duur van de ervaring in de bedrijfsgeneeskunde. Bedrijfsartsen die relatief kort geleden met bedrijfsgeneeskundig werk zijn begonnen worden meer aangetroffen bij de Gemeente en de gezamenlijke diensten, meer ervaren bedrijfsartsen zijn er bij het Rijk en de enkelvoudige diensten. Hiermee stemt het gegeven overeen dat men relatief het langst in dienst is bij het Rijk en bij de enkelvoudige diensten.

In de eerdere beroepservaring (of men huisarts en dergelijke geweest is) is er geen verschil tussen de typen BGD, wel tussen de leeftijdsgroepen. Ongeveer een achtste van de respondenten heeft ervaring als onderzoeker, hierin zijn zelfs geen aanmerkelijke leeftijdsverschillen. Die zijn er wel in de ervaring als huisarts, klinisch assistent, klinisch specialist of andere ervaring. Hierbij geldt steeds logischerwijs, dat er meer opgaven zijn van andere ervaring naar mate men ouder is.

Opmerkingen van deelnemers

Andere bezigheden tussen artsexamen en begin in de bedrijfsgeneeskunde worden door vele deelnemers aan de enquête nader toegelicht. In de eerste plaats zijn er velen met ervaring als militair arts, overwegend dienstplichtigen. Ook is er wel sprake van dat men scheepsarts geweest is, in welk geval het niet te onderscheiden is of dit een militaire of een burgerfunctie was. Een tweede groep die redelijk vaak vermeld wordt zijn degenen met ervaring als tropen- of zendingsarts, waarbij ook ervaring als gouvernementsarts of in ontwikkelingswerk gerekend kunnen worden. Een derde cluster wordt gevormd door werk bij GMD, GAK, als adviseur van een ziekenfonds of als verzekeringsgeneeskundige. Tenslotte zijn er nog kleine groepen van ander eerder werk, zoals werk bij de GG&GD, sport-, school- of jeugdarts, andere soorten sociaal-geneeskundig werk, verpleeghuisartsen en waarnemers.

Een volgende vraag was, of men bedrijfsgeneeskunde als hoofdfunctie heeft. Vrijwel iedereen (97%) heeft bedrijfsgeneeskunde als hoofdfunctie. Hierin zijn geen leeftijdsverschillen, maar wel verschillen naar soort dienst: bij de gemeente (GG&GD en DGD) geeft slechts 87% op de bedrijfsgeneeskunde als hoofdfunctie te hebben.

Opmerkingen van deelnemers

Het aantal toelichtingen wat betreft nevenwerkzaamheden is niet groot, duidelijke conclusies zijn er niet uit te trekken. Er zijn alleen zwakke signalen dat het werk naast de bedrijfsgeneeskunde vaak bestaat uit directie- of adviseurswerkzaamheden.

De aantallen van degenen die de bedrijfsgeneeskunde niet als hoofdfunctie hebben zijn te gering (namelijk van 7 tot 12) in

aantal om deze te specificeren. Wat betreft het opgeleid zijn in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde: 9% van de respondenten is nog niet aan een opleiding begonnen, 32% is wel begonnen maar heeft de opleiding nog niet voltooid, 6% is wel opgeleid maar niet geregistreerd, en 53% heeft de opleiding voltooid en is geregistreerd, gerekend over degenen die een opgave van hun leeftijd deden. De verschillende typen BGD wijken niet sterk van deze percentages af; wel zijn er uit de aard van de zaak leeftijdsverschillen. Hoe jonger, hoe groter de kans dat men nog niet begonnen is of wel begonnen, maar nog niet klaar. Van het jaar van voltooiing van de opleiding zijn te weinig gegevens om daarvan een gedetailleerd overzicht te geven.

Een algemene vraag naar de laatst gevolgde opleiding geeft meer informatie. Op 482 opgaven geeft 17% aan, nooit een andere opleiding of cursus te hebben gevolgd, 27% is nog bezig en bij 37% is het één à twee jaar geleden, bij de anderen is dit langer geleden. Veel jongeren volgen nog cursussen of hebben die kort geleden afgerond, verder valt op dat relatief veel ouderen (19%) nooit een andere cursus of opleiding gevolgd hebben. Proberen we de typen dienst kort te karakteriseren, dan is het beeld het volgende. Bij het Rijk hebben relatief velen (28%) nooit een opleiding gevolgd, bij de gemeente en de gezamenlijke diensten (30%) is men relatief veel nog bezig met cursussen, en bij de enkelvoudige diensten zijn er veel opgaven van ooit voltooide opleidingen (61% tegen 56% totaal).

Ruim twee derde van de respondenten vinden dat zij genoeg scholing hebben, driekwart zegt ook genoeg ervaring te hebben. Het oordeel 'voldoende scholing' hangt met de leeftijd samen: het loopt van 44% in de jongste groep tot 84% in de oudste. Bij de typen BGD wijken de Gemeenten af, waar net de helft de eigen scholing voldoende acht (57%). Ook het ervaringsgegeven hangt samen met de leeftijd, in de jongste groep acht 44% zich voldoende ervaren, in de oudste groep 96%. Gerekend over typen dienst heeft

76% genoeg ervaring, maar de enkelvoudige diensten komen daar bovenuit met 84% en de Gemeente valt er onder met 68%.

Het aantal uren werk per week ligt boven het gemiddelde van 40: 58% van alle bedrijfsartsen geeft op, meer dan 40 uur per week te werken. Hierbij zijn er geen grote verschillen tussen de typen BGD, maar wel tussen de leeftijdsgroepen: de jongste en middelste leeftijdsgroep hebben gemiddelde werkweken van respectievelijk 44.1 en 44.7, de oudste groep van 42.4 uur. De onderscheiden typen BGD wijken niet sterk af van het totaalgemiddelde van 43.7 uur per week.

De meeste bedrijfsartsen hebben gewone dagdienst (91%), de 9% met een afwijkend soort dienst is oververtegenwoordigd in de jongste groep van 20-34 jaar met 14%. De afwijkende soort dienst komt het meest voor bij de Gemeente: GG&GD en DGD samen hebben 28% opgaven van een afwijkend soort dienst met nachtdienst. Vrijwel iedereen (96%) vindt de soort dienst gunstig, uitzonderingen zijn de percentages 'ongunstig' in de jongste groep bedrijfsartsen (7%) en bij de Gemeente (13%).

Aansluitend op de vragen over werkuren en soort dienst, werden vragen gesteld over overwerk/werk mee naar huis nemen en het oordeel daarover. Van alle leeftijden doet 56% aan overwerk, de jongste groep iets meer (62%), de oudste wat minder (51%). De grote landelijke diensten (PTT, RGD, NS: het Rijk) doen met 42% aanmerkelijk minder opgaven van overwerk dan de andere typen dienst.

4.2 Functie, werkgebied en faciliteiten

Van alle respondenten zegt 27% hoofd of directeur van een bedrijfs-geneeskundige dienst te zijn. Dit percentage loopt op van 7% in de jongste tot 45% in de oudste groep. Ook verschilt dit percentage naar type dienst: het Rijk 8%, de Gemeenten 30%, de enkel-

voudige diensten 44% en de gezamenlijke diensten 24% opgaven dat men hoofd of directeur is. Grofweg: hoe groter de dienst, hoe lager het percentage. Het merendeel van deze 133 personen, namelijk 94% geeft op, naast het hoofd- of directeurschap ook nog praktisch bedrijfsgeneeskundig werk te doen.

Het aantal werknemers dat men zelf zegt te verzorgen als men geen hoofd of directeur is, loopt sterk uiteen, 90% van alle antwoorden ligt tussen 100 en 3000. Deelt men echter het aantal zelf verzorgde werknemers in naar een vijftal categorieën, dan blijkt dat de modale categorie die is van 2000 - 25000 werknemers. Hierin zijn verschillen: de oudste groep bedrijfsartsen heeft relatief wat meer kleine aantallen werknemers, de middelste leeftijdsgroep verzorgt de grootste aantallen werknemers. Bij het Rijk komen zeer grote aantallen verzorgde werknemers voor, kleinere aantallen worden aangetroffen bij de Gemeenten en de enkelvoudige diensten; de gezamenlijke diensten bewegen zich daar tussenin.

Het aantal bedrijven dat men zelf verzorgt heeft globaal een bereik van 1 tot en met 25. Er zijn geen systematische verschillen in opgaven tussen de drie leeftijdsgroepen, wel tussen de soorten BGD, waarbij het gemiddelde aantal bedrijven 11.1 is, met de enkelvoudige diensten op 7.1 en de overige soorten BGD tussen 12.2 en 12.8 bedrijven per bedrijfsarts. Dat het gemiddelde bij de enkelvoudige diensten niet gelijk aan één is, ligt vermoedelijk aan de formulering van de vraag die peilde naar het aantal 'zelfstandige bedrijven, bedrijfsonderdelen of diensten'.

In de enquête was gepoogd, de respondenten aan te laten geven tot welke CBS-categorieën de door hen verzorgde bedrijven behoorden. Een duidelijk beeld levert dit niet op. Wel is te zien, dat bij de particuliere BGD-en meer industriële bedrijven worden genoemd dan bij Rijk en Gemeente, maar de informatie is niet erg verhelderend.

Een waarschijnlijk interessanter punt is de uitrusting van de vestiging van waaruit de bedrijfsarts zelf pleegt te werken. Eerder (tabel 5) ging de vraag over de aanwezigheid van faciliteiten bij de *dienst*, los van de vraag of de individuele bedrijfsarts daar *zelf* gebruik van maakt of niet. Hier gaat het juist om het laatste: waarover kan men zelf in de dagelijkse praktijk direct beschikken?

Tabel 7. Uitrusting van de vestiging waar men hoofdzakelijk werkt, in antwoordpercentages

aard van de uitrusting	type dienst				totaal
	PTT/RGD/NS	GG&GD/DGD	enkelvoudig	gezamenlijk	
alleen een spreekkamer	1	4	0	1	1
alleen uitrusting voor eenvoudig onderzoek en behandeling	48	45	29	21	32
uitgebreide uitrusting	51	51	71	78	67
totaal	100	100	100	100	100

Alleen kunnen beschikken over een spreekkamer komt vrijwel niet voor, in totaal een derde heeft een uitrusting voor eenvoudig onderzoek en behandeling, twee derde heeft een uitgebreide uitrusting. Rijk en Gemeente geven voor de helft uitgebreide uitrusting op, de particuliere enkelvoudige en gezamenlijke diensten zijn met driekwart beter toebedeeld. Naarmate de bedrijfsarts ouder is doet hij/zij vaker opgave van uitgebreide uitrusting.

De meeste bedrijfsartsen (ruim 60%) heeft spreekuur op meerdere plaatsen; dit is vooral het geval (84%) bij de gezamenlijke diensten, de andere typen diensten melden elk ongeveer 50% 'meerdere plaatsen'.

Wat betreft verder de mobiliteit van bedrijfsartsen, de gemiddelde opgave is een 237.5 km reizen per week voor de dienst, de Ge-

meente wat minder, de gezamenlijke diensten gemiddeld wat meer. Leeftijdsverschillen zijn er hierbij niet.

De volgende vraag in de enquête was, of men een verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van ziekteverzuimbegeleiding had. Bijna de helft (49%) heeft die niet, weinigen (16%) hebben zo'n taak voor een deel van hun verzorgingsgebied, ruim een derde (35%) voor het gehele verzorgingsgebied. Leeftijdsverschillen zijn er niet, wel verschillen naar soort dienst: de afwijkers zijn de landelijke diensten (het Rijk) met veel verzekeringsgeneeskundige taken voor het gehele verzorgingsgebied (81%) en de gezamenlijke diensten overwegend zonder zo'n verzekeringsgeneeskundige taak (82% zonder).

Van kwaliteitscontrole of -bewaking van het bedrijfsgeneeskundige werk is in 44% van alle gevallen sprake, met verschillen naar type BGD. Kwaliteitscontrole komt het meest voor (64%) bij het Rijk, het minst vaak (22%) bij de Gemeente.

Opmerkingen van deelnemers aan de enquête

Sommige deelnemers critiseerden de vraagstelling omdat controle en bewaking twee onderscheiden zaken zouden zijn, die niet in één vraag aan de orde moeten komen. Andere deelnemers specificeerden de aard van de kwaliteitscontrole. Het meest komt intercollegiale toetsing voor, van informeel tot meer formeel in artsenvergaderingen. Daarnaast, en in vele gevallen gecombineerd met intercollegiale toetsing, is er vaak sprake van formele bewaking door de hiërarchie, waarbij sprake is van periodieke rapportage aan eigen chef of hoofd. Soms neemt dit de gedaante aan van supervisie. Bij grote organisaties is er sprake van controle door de centrale dienst of het hoofdkantoor, bij multinationale bedrijven zijn er ook periodieke bijeenkomsten van artsen uit verschillende vestigingslanden. Drie andere controlemechanismen zijn nog het vermelden waard: interne toetsingen en besprekingen in sociale of multidisciplinaire teams, externe toetsing aan het verzorgde bedrijf (directie, OR, veiligheidscommissie, personeelszaken etc.) en door de Arbeidsinspectie in verband met erkenning.

Om een indruk te krijgen van de tijdsbesteding van bedrijfsartsen werd over een aantal taakonderdelen gevraagd hoe vaak men daarmee bezig is. Dit is een massa informatie; om deze op handzame wijze weer te geven geeft tabel 8 de belangrijkste uitkomsten, tegelijk met aanduidingen van verschillende leeftijdsgroepen en typen BGD.

Opmerkingen van deelnemers

Het aantal toelichtingen bij het laatste punt 'andere werkzaamheden' is niet groot, meer dan een impressie geven ze niet. De meestgenoemde andere activiteit is het leiding geven (ook wel management- of directietaken genoemd), gevolgd door overleg en werkgroepen. Een niet onaanzienlijk deel betreft verder onderwijs, supervisie en begeleidingsactiviteiten. Verdere bezigheden zijn nog onderzoek, literatuur en rapportage en externe contacten: met bedrijven, GAK, GMD, huisartsen en specialisten.

Terug naar de gegevens van tabel 8. Duidelijk is dat het zwaartepunt van de activiteiten ligt bij het bedrijfsgeneeskundig spreekuur. Overigens kan met gewogen gemiddelden een ranglijst van taakonderdelen worden vastgesteld. De antwoordcategorieën krijgen gewichten (zeer vaak = 1, tamelijk vaak = 2, soms = 3 en nooit = 4), en elk taakonderdeel krijgt vervolgens een nummer op de prioriteitenlijst door voor dat onderdeel de gewichten en de frequenties te vermenigvuldigen en deze producten op te tellen. (Bijvoorbeeld Aanstellingskeuringen $4 \times 4 + 3 \times 41 + 2 \times 44 + 1 \times 11 = 238$ enz.) Dit leidt tot de ranglijst van tabel 9.

Tabel 8. Tijdsbesteding voor een aantal taakonderdelen van bedrijfsartsen, percentages antwoorden*

taakonderdeel	nooit	soms	tamelijk vaak	zeer vaak	bijzonderheden
aanstellingskeuringen	4	41	44	11	hoe ouder hoe meer, veel bij Rijk en Gemeente
gericht periodiek geneeskundig onderzoek	5	46	39	10	hoe ouder hoe meer, diensten geen duidelijk patroon
algemeen periodiek geneeskundig onderzoek	21	20	41	17	weinig bij Rijk en Gemeente, meer bij particuliere diensten
tropenkeuringen	65	31	4	1	overwegend bij particuliere diensten
ziekteverzuim-spreekuur	19	17	33	31	relatief veel bij Rijk en Gemeente
bedrijfsgeneeskundig spreekuur	2	11	47	41	ouderen relatief veel, Rijk en Gemeente weinig
eerste hulp	20	64	13	4	relatief iets meer bij enkelvoudige diensten
verdere ongevalsbehandeling	44	46	9	2	relatief iets meer bij enkelvoudige diensten
werkplekbezoek	1	35	52	12	relatief veel bij gezamenlijke diensten
gericht werkplekonderzoek	3	58	32	7	relatief weinig bij de Gemeente
voorlichting aan werknemers	5	70	22	3	bij Rijk en Gemeente betrekkelijk weinig
advisering aan fondsen	52	35	12	1	gezamenlijk minder, Gemeente meer dan gemiddeld
besprekingen in het sociaal team	7	23	56	14	gezamenlijk minder, Rijk meer dan gemiddeld
ander overleg, vergaderingen, commissies e.d.	1	28	53	18	Rijk minder dan elders
anders	18	26	37	19	geen verschillen naar leeftijd of dienst

* Door afronding is niet steeds de som over de antwoordcategorieën gelijk aan 100%.

Tabel 9. Ranglijst van taakonderdelen van de bedrijfsarts

rang- nummer	taakonderdeel	gewogen som
1	bedrijfsgeneeskundig spreekuur	176
2	diverse vormen van overleg	212
3	besprekingen in het sociaal team	223
4	ziekteverzuimspreekuur	224
5	werkplekbezoek	225
6	aanstellingskeuringen	238
7**	algemeen periodiek geneeskundig onderzoek	243
8**	diverse andere werkzaamheden	243
9	gericht periodiek geneeskundig onderzoek	246
10	gericht werkplekonderzoek	257
11	voorlichting aan werknemers	277
12	eerste hulp bij ongevallen	302
13	verdere ongevalsbehandeling	334
14	advisering aan fondsen	338
15	tropenkeuringen	362

* Hoe lager het rangnummer, hoe belangrijker het taakonderdeel.

**Gedeelde 7e en 8e plaats.

Dit overzicht van de tijd die volgens opgave besteed wordt aan de diverse werkzaamheden besluit de gegevens over de functie en het werkgebied van de bedrijfsarts. De vraag is of deze volgorde overeenstemt met het belang dat men aan de verschillende taakonderdelen hecht. Het volgende onderwerp wordt gevormd door het persoonlijk functioneren van bedrijfsartsen in hun arbeidssituatie. Het wordt voorafgegaan door een uitleg over de manier waarop de gegevens verwerkt zijn, hoe deze worden gepresenteerd, en met welke externe vergelijkingsgroepen de bedrijfsartsen vergeleken worden.

5.1

Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is, aan te geven hoe goed of slecht bedrijfsartsen functioneren in vergelijking met anderen en hoe verschillende groepen bedrijfsartsen (naar type BGD en naar leeftijd) functioneren, afgaande op een aantal aspecten van werk en gezondheid. Deze externe en interne vergelijkingen zijn mogelijk omdat gebruik is gemaakt van een standaardvragenlijst, de Vragenlijst naar het Persoonlijk Functioneren in de Arbeidssituatie (VPFA) (Dijkstra et al., 1981, 1983). Deze vragenlijst is aangepast voor het onderzoek onder bedrijfsartsen, door het onderwerp 'fysieke werkomstandigheden' er uit weg te laten en een aantal vragen over de algemene situatie van de BGD, de situatie van de bedrijfsarts en over diens specifieke taakonderdelen toe te voegen. Bijlage 1.2, 1.3 en 1.18 t/m 1.26 geven de vragen en antwoordpercentages weer. Figuur 1 (paragraaf 5.4.1) geeft een overzicht van de somscores die de antwoorden per vraag over bredere werkaspecten samenvatten. Zie hiervoor ook de volgende paragraaf met uitleg over wat deze somscores zijn en wat ze betekenen.

De referentiewaarden voor de externe vergelijking zijn ontleend aan het centraal gegevensbestand dat door het NIPG/TNO opgebouwd is met gegevens van bedrijven waar de VPFA eerder toegepast is. De referentiegroep hier is getrokken uit de gegevens van 10 bedrijven, particuliere en overheidsorganisaties van verschillende aard. Omdat er geen bedrijfsvergelijking plaatsvindt, worden hier de precieze bedrijfskenmerken verder in het midden gelaten. Er zijn drie vergelijkingsgroepen samengesteld uit onze tien bedrijven: alle leidinggevendenden uit die bedrijven, ongeacht hun opleidingsniveau (756 personen), alle werknemers met een academische opleiding (80 personen) en alle werknemers met een opleiding van minstens havo-niveau (totaal 404 personen, uiteraard met inbegrip van de 80 academici). Voor het gemak van de vergelijking wordt

niet de volgorde van de gegevens uit de vragenlijst aangehouden, maar worden de onderwerpen behandeld volgens de volgorde van de somscores.

5.2

De somscores

Somscores hebben het doel brede onderwerpen getalsmatig samen te vatten. Voor elke deelnemer zijn aan diens uitspraken die over één onderwerp gaan cijfers toegekend (bijvoorbeeld klacht = 1, geen klacht = 0). Vervolgens zijn deze cijfers over alle uitspraken van dat onderwerp opgeteld. In het geval van de enquête zijn de somscores waarderingen van bedrijfsartsen voor werkaspecten die aan de orde gesteld worden. Deze somscores kunnen opgevat worden als klachtenniveaus bij elk van de onderwerpen, waarbij geldt: hoe hoger de somscore, hoe meer problemen iemand bij dat onderwerp heeft, hoe problematischer hij functioneert.

De scores kunnen lopen van nul (geen klachten of problemen) tot een maximum, afhankelijk van het aantal vragen per onderwerp. Het onderwerp Leiding en Collega's bijvoorbeeld heeft twaalf uitspraken, de score kan lopen van nul tot twaalf; het onderwerp Waardering voor de Werkring vat negen waarderende uitspraken samen en kan dus lopen van nul tot negen. Individuele somscores hebben in dit verslag geen belang en worden niet gegeven; wel spelen zij uiteraard hun rol als gegeven in statistische bewerkingen, maar er worden alleen uitkomsten van zulke bewerkingen gegeven en die vatten de gegevens over een *groep* individuen samen.

Een veelgebruikte grootheid is het gemiddelde van de somscores in een groep, bijvoorbeeld de gemiddelde somscore Inspanning in de vier typen BGD. De aantallen klachten over de inspanning zijn in elk van deze groepen gemiddeld over personen en dan blijkt dat gemiddeld bij de grote Rijksdiensten (PTT/RGD/NS) uit te komen bij 1.15, bij de GG&GD-en en DGD-en te zamen op 1.34, bij de enkelvoudige diensten op 1.17 en bij de gezamenlijke diensten op

1.28. De individuele bedrijfsartsen in elk van de groepen hebben scores die daar onder of boven liggen. Kan dan, als we rekening houden met de spreiding van de scores van de personen, toch worden gesproken van een verschil tussen de gemiddelden? Daarvoor zijn statistische toetsingen uitgevoerd. In ons voorbeeld blijken de verschillen tussen de vier gemiddelden klein te zijn in vergelijking met de verschillen tussen personen. In andere woorden: de gemiddelden vertonen hier geen statistische significante (kortweg 'significante') verschillen. Waar wél significante uitkomsten worden gemeld in tekst of bijlagen, is de kans dat deze op toeval berusten kleiner dan 5%.

De somscores verwaarlozen uiteraard het detail. Ze geven echter betrouwbare schattingen van het functioneren van individuen en (gemiddeld) van groepen werkenden. Daarom wordt hier in de eerste plaats afgegaan op de vergelijking van gemiddelde somscores, zoals boven aangeduid, rekening houdend met de spreiding van die scores binnen elk van de vergeleken groepen. Vervolgens wordt bij elk onderwerp een overzicht gegeven van de verschillen per uitspraak of 'item', zodat ook in meer concreet detail aangegeven wordt waar mogelijke verschillen aangetroffen worden. Het kan hierbij voorkomen, dat er geen globale verschillen in gemiddelde somscores zijn maar wel in enkele van de betreffende afzonderlijke items.

Tenslotte wordt getracht de opmerkingen, suggesties en kritiek die de antwoordende bedrijfsartsen bij elk onderwerp aan het papier toevertrouwen, zo te bundelen dat de gemeenschappelijke strekking die eventueel in deze ongestructureerde gegevens aanwezig is, tot zijn recht komt.

De bijlagen 1.1 t/m 1.26 geven aan welke gegevens te zamen de gebruikte somscores uitmaken. Tabel 10 geeft alleen een globale indruk.

Tabel 10. Somscores van de VPFA en hun inhoud in het kort

benaming somscore	aanduiding inhoud
Inspanning	lichamelijke inspanning door werkhoudingen en -bewegingen, mentale inspanning door onder meer waarnemen en concentratie, gevolgen van inspanning in termen van vermoeidheid
Gezondheid	uitspraken over uiteenlopende gezondheidsklachten, nerveuze klachten en slaapproblemen
Ziektegedrag	uitspraken over gebruik van medicijnen, bezoeken aan en behandeling door artsen, verzuim volgens de werknemer
Taak en werkorganisatie	manier waarop de werkzaamheden georganiseerd zijn, overleg en samenwerking, bruikbaarheid en beschikbaarheid van informatie, materiaal en middelen
Leiding en collega's	onderlinge sfeer, wisseling van collega's en leiding, manier van optreden van de leiding
Waardering voor de werkring	tevredenheid over de werkgever, ervaren billijkheid van de behandeling en vooruitzichten in het werk

Voor de lezer is het volgende van belang om te onthouden. De somscores zijn zo gepolariseerd, dat een hoger getal meer problemen betekent. De grafieken stemmen hiermee overeen: hoe langer de staven, hoe meer problemen.

5.3 De referentiegroepen

Gegevens van één onderzochte groep zijn beter te interpreteren als er overeenkomstige gegevens beschikbaar zijn over een andere groep, zeker als die andere groep verwant is aan de eerste. In eerder onderzoek met de VPFA nu hebben werknemers deelgenomen die in enkele opzichten met de bedrijfsartsen vergelijkbaar zijn en die dus geschikte vergelijkingsgroepen vormen. Nadruk ligt hier op dat 'in enkele opzichten', omdat er met de VPFA nog geen eerder onderzoek op enige schaal onder bedrijfsartsen is verricht. Er moest dus een vervangende benadering gekozen worden, waarbij de argumenten de volgende waren.

De best gelijkende groep in het VPFA-bestand van door het NIPG/

TNO eerder geënquêteerde werknemers wordt waarschijnlijk gevormd door de academici. Hun aantal, namelijk tachtig, is aan de lage kant. Als tweede referentiegroep is daarom die van werknemers met scholing boven een lager niveau genomen, te weten minimaal HAVO, dus ook scholing als criterium, maar met een lagere drempel om een grotere groep samen te kunnen stellen.

Een ander element dan scholing in de kenmerken van de bedrijfsarts is het leiding geven als taakonderdeel van velen. Daarom is als derde referentiegroep die van alle eerder geënquêteerde leidinggevers geselecteerd. Daarbij is het scholingsniveau van die leidinggevers buiten beschouwing gelaten.

Het is duidelijk dat de drie externe vergelijkingsgroepen onderling overlappen: de academici maken deel uit van de groep met HAVO of meer als opleiding, de leidinggevers komen uit alle mogelijk scholingsniveaus. De drie referentiegroepen mogen daarom niet onderling vergeleken worden. Ze dienen alleen om elk op zich vergeleken te worden met de bedrijfsartsen.

In dit hoofdstuk over het persoonlijk functioneren worden eerst de bedrijfsartsen met de externe vergelijkingsgroepen leidinggevers, academici en de groep met minstens HAVO vergeleken (paragraaf 5.4.1). Deze vergelijking wordt verfijnd in paragraaf 5.4.2 door de vergelijking van wel- en niet-leidinggevende bedrijfsartsen met wel respectievelijk niet-leidinggevers in de groepen HAVO+ en academici en dat alles gesplitst naar de drie leeftijdsgroepen. Door deze vergelijkingen van paragraaf 5.4 wordt geschetst, hoe de bedrijfsartsen als groep functioneren.

Vervolgens komen als dat bekend is, de interne vergelijkingen aan de orde in paragraaf 5.5. Aan de hand van de somscores wordt hier beschreven hoe de verschillende leeftijdsgroepen en de verschillende typen BGD tegenover aspecten van het werk staan (paragraaf 5.5.1 tot en met 5.5.8).

Omdat ook nog gecombineerde effecten of interacties mogelijk zijn van leeftijdsgroep en type dienst, is voor paragraaf 5.5 een ana-

lyse uitgevoerd over de somscores van deze kenmerken tegelijk.

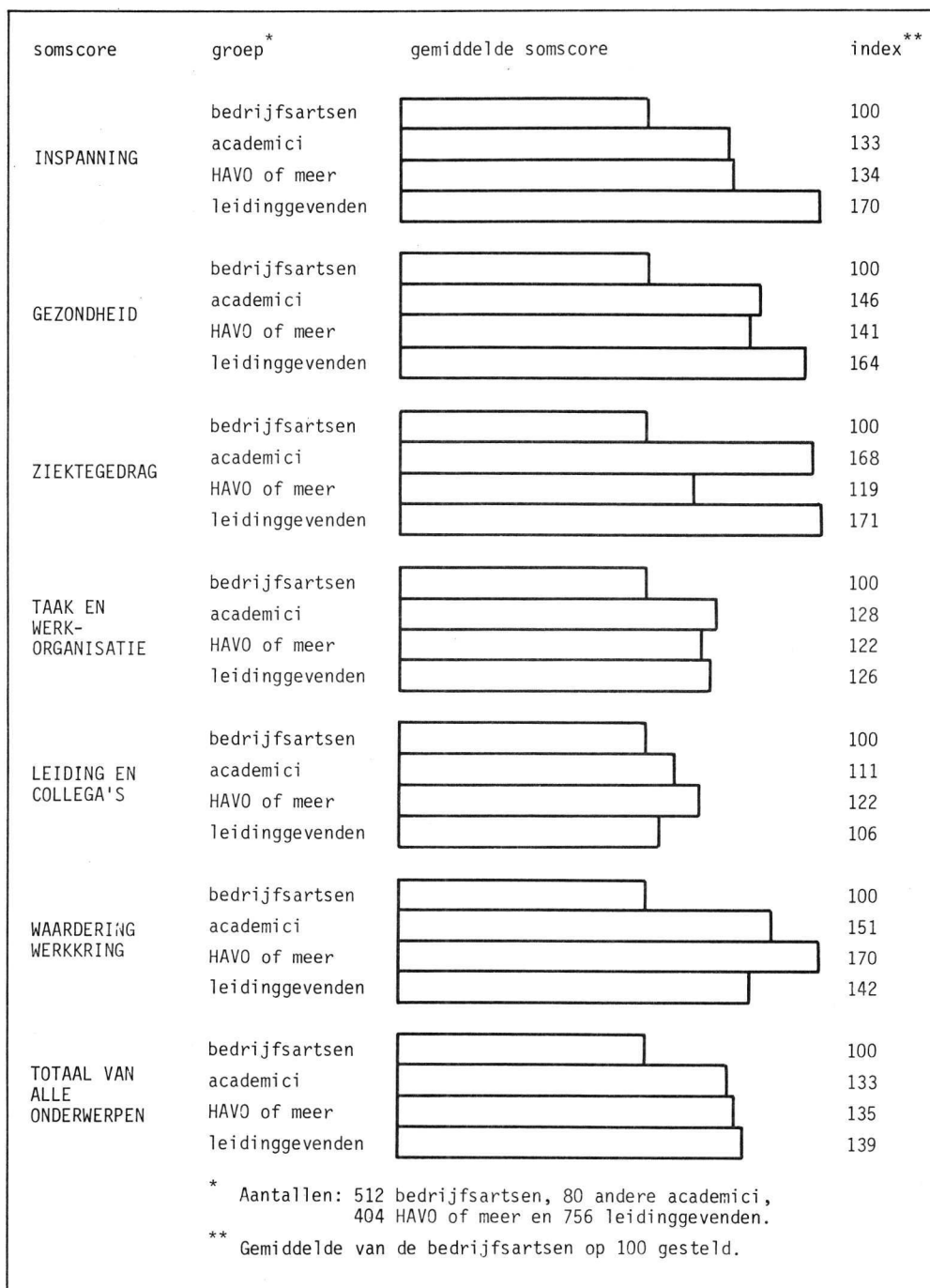
5.4 Functioneren van bedrijfsartsen en andere groepen

5.4.1 Bedrijfsartsen en drie referentiegroepen

De aard van de vergelijkingsgroepen is beschreven in paragraaf 5.3. De resultaten van de vergelijking worden samengevat in figuur 1. Daarin is, om de figuur niet met informatie te overladen niet overal aangegeven of de vergelijkingsgroep significant van de bedrijfsartsen afwijkt of niet. Verder is het gemiddelde van de bedrijfsartsen omgerekend tot 100 om een uniforme presentatie te krijgen en de op zich niet relevante lengte van de schalen (de maximum-scores) te verwaarlozen.

Vrijwel alle verschillen van de referentiegroepen met de bedrijfsartsen zijn significant. Een uitzondering hierop vormen de academici en de leidinggevendenden op de somscore Leiding en Collega's en de academici op de somscore Inspanning. Bij de meeste onderwerpen en ook bij het totaal van alle werkaspecten is het gemiddelde van de bedrijfsartsen lager dan dat van de andere groeperingen. De meest algemene conclusie uit de gegevens van figuur 1 is, dat de bedrijfsartsen in hun functioneren minder problemen ondervinden dan andere, min of meer vergelijkbare groepen werknemers die in eerder onderzoek door het NIPG/TNO zijn betrokken. Misschien ten overvloede kan erop gewezen worden dat deze referentiegroepen afkomstig zijn uit een selectie van bedrijven, die zich hebben aangemeld voor een onderzoek naar het functioneren van hun werknemers.

Figuur 1. Relatieve aantallen klachten over zes onderwerpen en in totaal van bedrijfsartsen en drie referentiegroepen



5.4.2 Vergelijking van wel- respectievelijk niet-leiding- gevende bedrijfsartsen en anderen

Het zou mogelijk kunnen zijn dat in de beide vergelijkingsgroepen met scholingsgraad als criterium nog verschillen zijn die in de figuur hiervoor tegen elkaar wegvallen. Ook de bedrijfsartsen zijn daar als homogene groep opgevoerd, wat hij misschien niet echt is. Om deze redenen is de groep bedrijfsartsen gesplitst naar wel- en niet-leidinggevende bedrijfsartsen en naar leeftijd en is hetzelfde gedaan met de groepen academici en HAVO+. De gegevens worden gepresenteerd in bijlage 2.1 tot en met 2.8.

5.4.2.1 Vergelijking met HAVO+

Bijlage 2.1 geeft de aantallen personen: 507 bedrijfsartsen die een opgave deden van hun leiding geven of niet en hun leeftijds-groep en 324 werknemers met HAVO of meer uit het NIPG-bestand.

Bijlage 2.2 geeft de gemiddelden van twee somscores en er blijkt dat de somscore Inspanning tegelijk een leeftijdseffect laat zien (meer hinder van de inspanning met toenemende leeftijd) en een verschil tussen bedrijfsartsen en HAVO+ (bedrijfsartsen minder moeite met inspanning dan de vergelijkingsgroep), maar dat er geen verdere contrasten zijn.

De somscore Gezondheid geeft nog minder significante verschillen te zien: alleen tussen bedrijfsartsen en HAVO+, waarbij de laatste aanmerkelijk meer gezondheidsklachten heeft dan de bedrijfsartsen als groep. Er zijn hier dus geen aanmerkelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen, wel- en niet-leidinggegenden en tussen combinaties van kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd x leiding).

Bijlage 2.3 vermeldt de somscores Ziektegedrag en Taak en Werkorganisatie. Bij Ziektegedrag komen drie verschillen naar voren: de

bedrijfsartsen geven aanmerkelijk minder ziektegedrag op dan de HAVO+ groep. Over het geheel van bedrijfsartsen en anderen zijn er bij de leidinggevendenden minder opgaven van ziektegedrag dan bij de niet-leidinggevendenden, en de somscore Ziektegedrag loopt op met toenemende leeftijd. Dit laatste geldt voor beide groepen: bedrijfsartsen en HAVO+, het is geen artefact van de leeftijdsopbouw.

Taak en Werkorganisatie verschilt naar leeftijdsgroep (hogere leeftijd minder problemen) en tussen bedrijfsartsen en vergelijkingsgroep (HAVO+ meer problemen dan bedrijfsartsen), maar verder zijn er geen significante contrasten.

Bijlage 2.4 is de laatste met deze referentiegroep.

Leiding en Collega's geeft drie effecten te zien: de groep HAVO+ heeft meer op hun leiding en collega's aan te merken dan de bedrijfsartsen, de klachten nemen af in de hogere leeftijdsgroepen, en de leidinggevendenden hebben minder problemen met hun leiding en collega's dan de niet-leidinggevendenden.

De Waardering voor de Werkring toont hetzelfde patroon. Veel problemen bij HAVO+, meer dan bij de bedrijfsartsen, afnemende problemen met hogere leeftijd en leiding minder klachten dan niet-leiding.

5.4.2.2 Vergelijking met academici elders

De gegevens worden vermeld in bijlage 2.5 tot en met 2.8.

Bijlage 2.5 laat zien dat de aantallen gering zijn: in totaal 80 andere academici en vooral geringe aantallen leidinggevendenden in de jongste leeftijdsgroepen.

Bijlage 2.6 betreft de somscores Inspanning en Gezondheid. Bij Inspanning blijkt dat de bedrijfsartsen minder inspanningsproblemen opgeven dan de andere academici en verder dat (zie bijlage 2.2)

een kromlijinig verband met leeftijd is: in de jongste en oudste groep hebben allen meer klachten over de inspanning dan in de middelste leeftijdsgroep. De somscore Gezondheid geeft, weer net als bij de vergelijking met de HAVO+ groep, alleen een verschil bedrijfsartsen-vergelijkingsgroep, met hier de bedrijfsartsen minder problemen dan de academici van het NIPG-bestand.

Bijlage 2.7 gaat over Ziektegedrag en Taak en Werkorganisatie. Drie effecten bij de eerste: meer opgaven van ziektegedrag met toenemende leeftijd, bedrijfsartsen minder dan andere academici en leidinggevendenden wat minder dan niet-leidinggevendenden. Het patroon en de richting van de verschillen is vrijwel gelijk aan dat van bijlage 2.3.

Taak en Werkorganisatie geeft twee verschillen: academici hebben hiermee meer problemen dan de groep bedrijfsartsen en de klachten nemen met toenemende leeftijd af; verder zijn hier geen significante verschillen, net als in de vergelijking met de groep HAVO+ van bijlage 2.3.

Tot slot geeft bijlage 2.8 uitkomsten van de vergelijkingen van de bedrijfsartsen met academici elders over de somscores Leiding en Collega's en Waardering Werkring. Wat betreft Leiding en Collega's is er, anders dan bij de HAVO+ groep, geen verschil bedrijfsartsen-andere academici. Wel is er, net als eerder verschil niet-leiding - wel-leiding (de laatste minder problemen dan de eerste) en verschil naar leeftijdsgroep (minder klachten in de hogere leeftijdsgroep).

Ook de somscore Waardering Werkring geeft een zelfde uitkomst als eerder. Bedrijfsartsen hebben minder problemen met de waardering van de werkring dan de academici van de vergelijkingsgroep, leidinggevendenden hebben minder aanmerkingen erop dan niet-leidinggevendenden en de klachten nemen af met toenemende leeftijd.

5.4.2.3 Conclusie

In vrijwel alle opzichten hebben de bedrijfsartsen minder problemen of klachten dan de vergelijkingsgroepen, of dit nu de HAVO+ groep of de andere academici zijn. De enige uitzondering hierop is, dat er in de vergelijking bedrijfsartsen-andere academici geen verschil gevonden is in de waardering voor leiding en collega's.

Verder zijn er leeftijdseffecten, die echter voor allen gelden, zowel bedrijfsartsen als werknemers uit referentiegroepen, en die dus niet kenmerkend zijn voor bedrijfsartsen. Daarnaast zijn er kenmerkende verschillen tussen leidinggevenden en niet-leidinggevenden die ook gelden voor elk van de vergeleken groepen: bedrijfsartsen, HAVO+ en academici. Ook deze effecten zijn min of meer 'universeel' althans niet typisch voor één van de vergeleken groepen.

De hier behandelde bijlagen geven wel de indruk dat er in de groep jonge leidinggevende bedrijfsartsen veel problemen worden ervaren, maar hun aantal is te klein om dat ook statistisch aangetoond te krijgen. De conclusie is, dat effecten van leeftijd en van al of niet leidinggeven bij elk van de vergeleken groepen, dus ook de bedrijfsartsen, eender liggen, maar dat het algemene niveau van de klachten en problemen bij de bedrijfsartsen lager ligt dan bij de anderen.

5.5 Interne vergelijking van groepen bedrijfs- artsen

De respondenten zijn volgens twee hoofddelingen ingedeeld: volgens leeftijd (20-34 jaar, 35-49 jaar en 50-70 jaar) en volgens type bedrijfsgeneeskundige dienst (PTT/RGD/NS, GG&GD/DGD, enkelvoudig en gezamenlijk). De eerste twee typen dienst worden in de tekst korthedshalve ook wel als "Rijk" respectievelijk "Gemeente"

aangeduid.

In het volgende worden beide indelingen geïntegreerd behandeld om te brokkelige presentatie te voorkomen en om tegelijk met de aanbieding van de standaardantwoorden en somscores ook de bij het onderwerp horende opmerkingen van deelnemers te kunnen weergeven. Grafieken met overzichten van de somscores in verschillende doorsneden worden geleverd in figuur 2 en 3.

In de tekst worden in het algemeen niet-significante uitkomsten (geen aanmerkelijke verschillen tussen groepen) niet vermeld. Bij de interpretatie van de volgende uitkomsten mag niet de eerdere algemene conclusie worden verwaarloosd, dat de bedrijfsartsen gemiddeld minder problemen met het functioneren hebben dan vergelijkingsgroepen.

Verder is er een controle uitgevoerd: het is mogelijk dat er naast verschillen tussen typen dienst en tussen leeftijdsgroepen over het geheel ook nog 'interacties' zijn: leeftijdsgroepen binnen bepaalde typen BGD, die afwijken van de middelmaat. Bij geen van de somscores is er sprake van significante interacties, zodat hier kan worden volstaan met de 'hoofdeffecten', d.w.z. verschillen naar type dienst en naar leeftijdsgroep, maar niet die gecombineerd. (Uitkomsten zijn ter inzage op het NIPG/TNO)

5.5.1 Inspanning

De middelste leeftijdsgroep heeft de geringste aantallen problemen met de inspanning, de oudste groep de meeste.

Men zou verwachten dat de inspanningsklachten alleen maar zouden toenemen met de leeftijd, maar dat is hier niet het geval. Wel heeft de oudste groep de meeste problemen met de inspanning, maar deze wordt gevolgd door de jongste groep. De 'middelbare' groep heeft de geringste aantallen problemen. In detail heeft de jongste groep relatief veel klachten over geestelijke inspanning en tijdsdruk. De oudste groep heeft moeite met informatie onthouden

enerzijds en lichamelijke inspanning door houdingen en bewegingen anderzijds.

Tussen de vier typen BGD (de grote Rijksdiensten, de Gemeentediensten en DGD-en, de enkelvoudige en gezamenlijke diensten) zijn geen globale verschillen in inspanningsniveau gevonden. Wel zijn er in detail enkele verschillen: bij het Rijk en de enkelvoudige diensten is er iets meer lichamelijke inspanning dan elders, bij de Gemeente is betrekkelijk veel geestelijke inspanning en bij het Rijk tenslotte, merkwaardigerwijs, relatief veel klachten over werken in één houding.

Opmerkingen van deelnemers

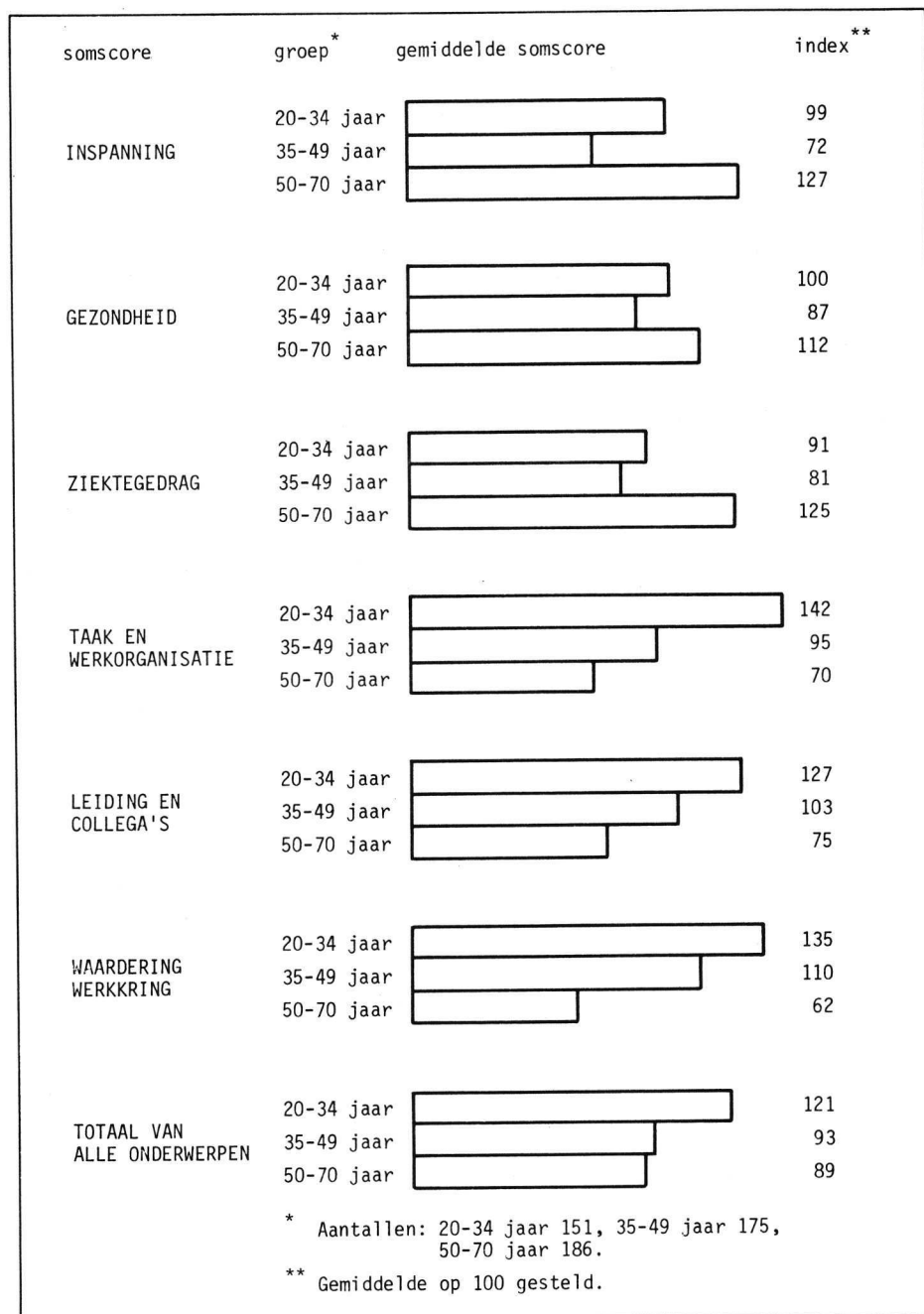
Een veelgemaakte opmerking is, dat de fysieke belasting voor bedrijfsartsen een irrelevant onderwerp is. Sommigen ergeren zich aan deze vragen, anderen wijzen erop dat de belasting meer mentaal is. Verspreide opmerkingen wijzen op verschillende bronnen van geestelijke inspanning, dit zijn er hier echter te weinig om er een algemene strekking uit te kunnen weergeven.

5.5.2 Gezondheid

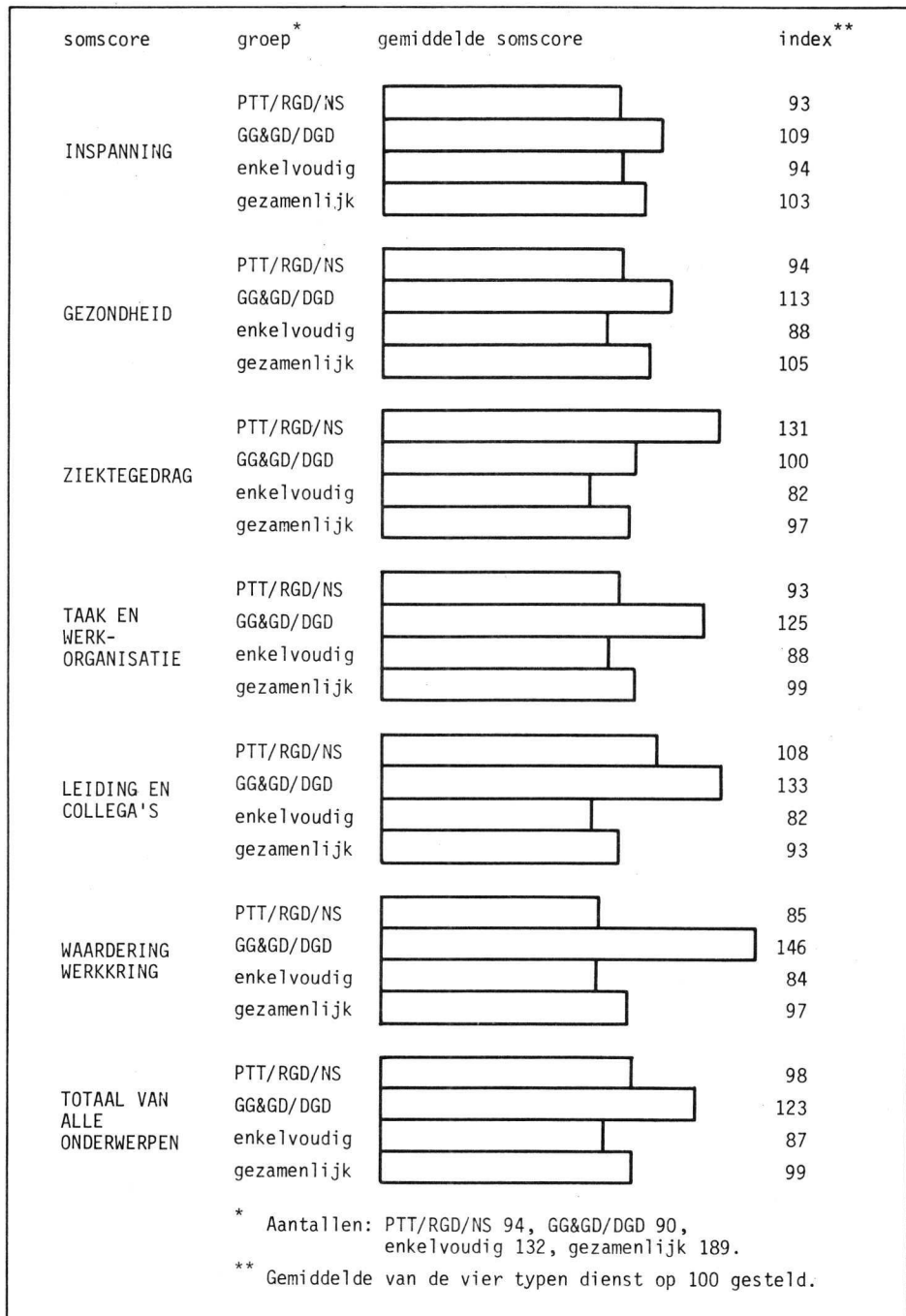
De gezondheid levert, gemeten aan de betreffende somscore, geen grote verschillen op tussen bedrijfsartsen van verschillende leeftijdsgroepen of typen BGD. De meeste afzonderlijke uitspraken over aspecten van de gezondheid leveren evenmin aanzienlijke verschillen tussen leeftijdsgroepen of typen BGD. Toch zijn er die opvallen, zoals de klachten over armen en handen bij de Gemeente (GG&GD/DGD) daar klaagt 9% hierover tegen een algemeen gemiddelde van 4%; een toevalstreffer?

Twee gegevens leveren afnemende aantallen klachten met toenemende leeftijd op: geregeld slaap tekort komen (32% in de jongste groep tot 22% in de oudste) en geregeld moe opstaan (jong 21%, oud 11%). De dertien overige vragen geven wel het beeld van toenemende problemen met stijgen van de leeftijd: klachten over hart,

Figuur 2. Relatieve aantallen klachten over zes onderwerpen en in totaal van de drie leeftijdsgroepen bedrijfsartsen



Figuur 3. Relatieve aantallen klachten over zes onderwerpen en in totaal van bedrijfsartsen bij vier typen bedrijfsgezondheidsdienst



buik, benen en voeten, schouders en nek, pijn onder in de rug, moeite met luisteren, vergeetachtigheid, slecht slapen, geregeld gebruik van medicijnen en hoge bloeddruk. Ook het aantal meldingen van onder behandeling zijn nemen met de leeftijd toe, in het bijzonder voor hart/vaataandoeningen, organen van borst en buik en voor rugaandoeningen. Deze leeftijdseffecten zijn uiteraard eigen aan het ouder worden, ongeacht of men bedrijfsarts is of niet, ze geven niet veel nieuwe informatie, maar ze vormen een bewijs voor de validiteit van de antwoorden.

Opmerkingen van deelnemers

De toelichtingen van degenen die aangaven, zich niet in orde te voelen komen voor een deel neer op geestelijke vermoeidheid, die ook wel als matheid of onbehagen wordt verwoord. Een kleiner aantal is aanmerkelijk duidelijker, omdat het over rugklachten gaat. De vraag of er uitdrukkelijk klachten door het werk komen is een variatie op de voorgaande, aan de effectenkant wordt gesproken over moeheid, vooral geestelijke vermoeidheid, hoofdpijn en slecht slapen. De kant van de oorzaken levert ook hier echter weinig specifiek, er is sprake van stress, psychische belasting en gejaagdheid.

De vraag naar overgevoeligheid voor stoffen op het werk leverde vrijwel geen bevestigende antwoorden op en dienovereenkomstig zijn er ook vrijwel geen toelichtingen.

De laatste vraag naar toelichtingen over het onderwerp 'gezondheid' geeft naast uiteenlopende opmerkingen een aantal dat wijst op de soms te grote werklast. Daarbij gaat het om de omvang van de taak, tijdsdruk en het werken in een spanningsveld die voor sommigen met elkaar een te grote belasting vormen. Sommige oudere bedrijfsartsen geven de wens te kennen om met de VUT te gaan met 60 of 62½ jaar. Hier staan toch ook weer uitingen van anderen tegenover dat er teveel geklaagd wordt en dat men maar gewoon zou moeten werken.

5.5.3 Ziektegedrag

Gegeven het feit dat de bedrijfsartsen weinig melding maken van ziektegedrag, kunnen er wel verschillen worden aangewezen tussen de leeftijdsgroepen, maar niet tussen de verschillende typen BGD wat deze somscore betreft.

Zoals eerder gevonden werd, is er geen gelijkmatige toename met de leeftijd, maar hier constrasteren de beide jongste groepen te zamen met de oudste, die veel meer ziektegedrag meldt.

Bij de afzonderlijke uitspraken van deelnemers is er één die aanmerkelijke verschillen tussen typen BGD's te zien geeft. Dit is het gegeven 'afgelopen zes maanden met een klacht naar een arts geweest'. Gemiddeld 18% zegt dat dit het geval is, de gezamenlijke diensten wijken daar met 19% maar weinig van af. Bij het Rijk echter zegt 27% naar de dokter te zijn geweest en aan de andere kant is dit bij de Gemeente en de enkelvoudige diensten aanmerkelijk lager (respectievelijk 15% en 12%).

De overige items van het onderwerp Ziektegedrag geven alleen verschillen tussen leeftijdsgroepen hier en daar, zoals te verwachten is: toenemende medische consumptie met toenemende leeftijd.

We geven telkens de klacht met de percentages van de jongste en de oudste groep bedrijfsartsen: behandeling voor rugaandoeningen (0-4%), voor organen van borst of buik (1-7%), voor hoge bloeddruk (1-12%), en voor hart- of vaataandoeningen (0-8%).

Ook de meldingen van geregeld medicijngebruik lopen op met de leeftijd, van 11% in de jongste groep tot 21% in de oudste.

Opmerkingen van deelnemers

De vraag naar toelichtingen op eventueel geneesmiddelengebruik leverde een breed gamma van medicijnen op, zonder dat hierin evenwel een gemeenschappelijke lijn te ontdekken valt. Hetzelfde moet gezegd worden van de toelichtingen op de vraag waarvoor men onder medische behandeling is. Vele uiteenlopende aandoeningen worden genoemd, maar een meer algemene tendentie is in deze toelichtingen niet te vinden.

5.5.4 Taak en Werkorganisatie

Er zijn leeftijdsverschillen wat betreft de waardering voor het werk en de organisatie van het werk. Anders echter dan bij de onderwerpen die met de gezondheid te maken hebben, nemen hier de

aantallen klachten af met toenemende leeftijd. Dit zal ook bij de resterende onderwerpen het geval blijken te zijn. (Leiding en Collega's, Waardering Werkring en Totaal van Alle Onderwerpen). Het is goed om dit leeftijdseffect hier te signaleren omdat het ook in alle voorafgaande onderzoek met de VPFA te zien is.

Behalve leeftijdsverschillen zijn er ook verschillen tussen de typen BGD in de appreciatie van Taak en Werkorganisatie. Daarbij heeft de Gemeente als enige een hoge gemiddelde klachtenscore, de andere soorten diensten ontlopen elkaar niet veel.

Bijlage 1.2, 1.3, 1.22 en 1.23 vermelden de uitkomsten per item. Hier worden eerst de uitspraken over de taak behandeld, die over de werkorganisatie komen daarna.

De eerste reeks vragen gaat over de aanvaardbaarheid en aantrekkelijkheid van de taak. Slechts enkele antwoorden op vragen van deze reeks geven verschillen te zien van enige omvang tussen leeftijdsgroepen of typen BGD. Eerst daarom de oordelen die geen verschillen vertonen: vrijwel iedereen vindt dat het werk passend is, met voldoende zelfstandigheid, dat er voldoende afwisseling is, en dat het werk interessant is. De meeste beantwoorders hebben plezier in hun werk en vinden dat de werktijd snel voorbijgaat. Vrijwel niemand tenslotte vindt het werk te eenvoudig (7%) of te moeilijk (4%). De uitspraak of het werken zonodig even onderbroken kan worden verschilt naar leeftijd (jongste groep 62% 'ja', tot en met de oudste groep 75%), maar niet naar soort dienst. Of men voldoende kontakten met anderen heeft verschilt niet naar leeftijd, maar naar soort dienst (het Rijk met 89% 'ja' iets minder dan de andere diensten).

Ondanks deze verschillen is de belangrijkste conclusie hier, dat er geen drastische verschillen zijn in de waardering van deze belangrijke functiekenmerken tussen de leeftijdsgroepen en de typen BGD. Wel zijn er zulke verschillen in de waardering van de werkorganisatie. Onder verwaarlozing van de minder markante verschillen komen de belangrijkste uitspraken in tabel 11 hieronder, gerekend over de leeftijdsgroepen. Later worden op dezelfde manier de verschil-

len tussen de typen BGD behandeld.

Tabel 11. Afzonderlijke uitspraken binnen het onderwerp Werkorganisatie met aanmerkelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen, in procenten

korte inhoud uitspraak	leeftijdsgroep				aantal antwoorden
	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	totaal	
werk niet goed georganiseerd	24	15	9	16	493
er is onvoldoende overleg	22	15	10	16	494
heeft vaste werkbesprekingen, maar deze lopen niet goed	23	13	6	14	361
er is werkoverleg, maar het loopt niet goed	22	14	9	15	339
hinder door gebreken in het werk van anderen	34	22	20	25	489
meestal onvoldoende hulpmiddelen	21	16	4	13	487
hulpmiddelen niet goed genoeg	13	9	4	8	486
meestal onvoldoende gegevens	24	16	8	16	491
gegevens niet goed genoeg	29	16	12	19	486

De meeste gegevens zijn gebaseerd op rond de 490 antwoorden, een uitzondering zijn de voorwaardelijke vragen (Heeft u werkbesprekingen, zo ja: hoe lopen die? e.d.) waar het aantal aanmerkelijk lager kan zijn. Om die reden zijn de aantallen per vraag rechts naast de tabel vermeld.

Los van details geven de cijfers van tabel 11 de indruk, dat de jongere bedrijfsartsen hun werk niet prettig vinden lopen, althans minder goed dan hun oudere collegae vinden: de contacten lopen niet goed, de voorziening met middelen en informatie loopt niet goed. De indruk is er één dat de jonge bedrijfsartsen een zeker onbehagen in hun eigen functioneren hebben.

Voor de volledigheid volgen hier nog de uitspraken zonder differentiatie naar leeftijd. De meeste respondenten (75%) hebben vaste werkbesprekingen en werkoverleg. Precies de helft van de 104 personen die geen werkoverleg hebben, zouden dat wel willen hebben. De meesten (88%) moeten geregeld vergaderen, daarvan vindt

19% dat de vergaderingen niet goed lopen. Goed de helft (55%) geeft op, geregeld samen met anderen aan één taak te werken hetgeen vrijwel altijd goed loopt (slechts 3% 'niet goed'). Ook de samenwerking met andere eenheden/afdelingen loopt goed (totaal 8% 'niet goed'). Ruim een kwart (29%) wordt geregeld gehinderd door onverwachte situaties in het werk en voor 20% is het niet steeds duidelijk wat er gedaan moet worden. Verschil van mening over de kwaliteit van het werk wordt niet veel gemeld (9%), iets vaker (17%) is er hinder in het werk door afwezigheid van anderen.

Op dezelfde wijze als bij de leeftijdsgroepen worden nu de uitspraken die aanmerkelijke verschillen te zien geven tussen de typen BGD behandeld. Tabel 12 geeft een overzicht van de betreffende percentages.

Doordat bij de leeftijdsgroepen deels andere antwoorden significant verschillen dan bij de typen BGD, komen tabel 11 en 12 niet overeen. Zie voor de niet-significante uitspraken bijlage 1.22 en 1.23.

Tabel 12. Afzonderlijke uitspraken binnen het onderwerp Werkorganisatie met aanmerkelijke verschillen tussen de typen BGD, in percentages

korte inhoud uitspraak	type BGD					aantal antwoorden
	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudig	geza- menlijk	to- taal	
werk niet goed georganiseerd	7	23	15	17	16	487
er is onvoldoende overleg	22	23	12	12	16	487
heeft vaste werkbeprekingen	46	72	80	88	75	492
heeft vaste werkbeprekingen, maar deze lopen niet goed	2	18	6	19	14	356
heeft werkoverleg	49	71	83	83	75	474
heeft werkoverleg, maar het loopt niet goed	14	27	7	15	15	335
moet geregeld vergaderen	79	86	88	92	88	477
werkt geregeld samen met anderen aan één taak	37	52	62	62	55	489
werk vaak belemmerd door onverwachte situaties	16	38	35	27	29	481
heeft meestal onvoldoende hulpmiddelen	15	22	7	13	13	480

Proberen we de diensten te karakteriseren, dan is dat op grond van

tabel 12 het volgende. De diensten van het Rijk kennen weinig, voor sommigen te weinig overleg, er is weinig sprake van werkbeprekingen, werkoverleg, vergaderingen en samenwerking. De diensten van de Gemeenten komen op verschillende punten ongunstig naar voren: relatief veel is er sprake van niet goed georganiseerd werk, te weinig overleg dat ook nogal eens niet goed loopt, en werkoverleg dat niet goed loopt. Verder is er relatief veel hinder door onverwachte situaties en een gebrek aan hulpmiddelen. De enkelvoudige diensten hebben weinig kritiek wat betreft de hoeveelheid overleg, de manier waarop dit en in het bijzonder het werkoverleg loopt en wat betreft de hoeveelheid beschikbare hulpmiddelen. Er wordt in de enkelvoudige diensten veel met anderen samengewerkt en er zijn relatief veel onverwachte situaties die het werk hinderen. Ook bij de gezamenlijke diensten wordt veel vergaderd en samengewerkt; een pluspunt daar is dat vrijwel iedereen vindt dat er voldoende overleg is. Er is wat meer kritiek dan elders op de manier waarop werkbeprekingen lopen.

Opmerkingen van deelnemers

De meeste toelichtingen komen neer op specificaties van de aard van het werkoverleg. Daarnaast komen meer evaluatieve opmerkingen, die ingaan op de voorwaarden voor goed overleg. Aan de negatieve kant zijn de belangrijkste punten dat er geen bindende afspraken gemaakt worden, althans dat afspraken niet nagekomen worden, dat men te weinig openstaat voor elkaars argumenten (uit angst voor eigen positie, uit onkunde door specialisering in het eigen kleine gebied) en dat essentiële zaken, dus bedrijfsgeneeskundige aspecten, teveel verdrongen worden door andere kwesties. Aan de positieve kant zijn de genoemde voorwaarden dat zakelijke en organisatorische punten voldoende aan bod moeten komen en dat het overleg goed gestructureerd wordt (goede en beargumenteerde agenda, duidelijke leiding en notulen). Overigens komen er van de kant van kleine diensten geluiden, dat formeel overleg overbodig is aangezien men alles op informele manier af kan doen.

Een afzonderlijke vraag, waarom men werkoverleg zou willen hebben, leverde het volgende op. De belangrijkste reden die wordt aangevoerd is begrip voor en inzicht in het werk van anderen, dat begrip kan op zijn beurt weer verschillende functies hebben. De belangrijkste zijn begrip/inzicht als basis voor de praktische werkverdeling, als uitgangspunt voor intercollegiale toetsing van het

werk en voor de bepaling van in- en extern gericht beleid. Sommigen hebben, net als in de vorige alinea geen behoefte aan werkoverleg hetzij omdat men zijn zaken liever zelf regelt of omdat de dienst zo klein is, dat men alles informeel af kan. Bij degenen die wel werkoverleg, of meer werkoverleg zeggen te willen, spelen nog twee wensen mee: sommigen (in de grotere diensten) wensen beter geregeld en gestructureerd overleg; anderen hebben een inhoudelijke wens, namelijk meer casuïstiek. De laatsten vinden het vigerende overleg te abstract, daarom zouden ze meer concrete probleemgevallen willen behandelen.

De opmerkingen en suggesties aan het eind van het hoofdstuk 'organisatie van het werk' zijn voor het grootste deel een reprise van de hierboven verwoorde opmerkingen. Een aantal komt neer op de opvatting, dat de bedrijfsgezondheidszorg in het algemeen nog niet goed georganiseerd is. Hier en daar zijn klachten over slechte of onvoldoende uitrusting. Bij het laatste valt ook te denken aan geautomatiseerde informatieverwerking en documentatie.

5.5.5 Leiding en Collega's

Een opmerking vooraf. Doordat de vragen over dit onderwerp standaardvragen uit de VPFA zijn, is de interpretatie van de antwoorden zo, dat onder collega's niet strikt de collega-bedrijfsartsen vallen. Het gaat om degenen op gelijk niveau met wie men dagelijks werkt.

Globaal hebben de bedrijfsartsen op het onderwerp Leiding en Collega's dezelfde uitkomsten als de vergelijkingsgroepen leidinggevenden en academici, alleen de groep HAVO+ heeft wat meer problemen hiermee (zie figuur 1). Bij de bedrijfsartsen blijken er verder leeftijdsverschillen in de waardering voor leiding en collega's.

Zoals al bij eerdere onderwerpen bleek, komen de diensten van de Gemeente het ongunstigst naar voren, en de beide typen particuliere diensten (enkelvoudige en gezamenlijke) het gunstigst, terwijl de grote Rijksdiensten daar tussenin uitkomen.

Een aantal afzonderlijke uitspraken geeft geen differentiatie naar leeftijd of soort dienst, dit zijn 'ergert zich vaak aan anderen op het werk' (21%), 'heeft te maken met telkens wisselende leiding-

geven' (4%), 'leiding heeft geen juist beeld' (36%), 'leiding houdt onvoldoende rekening met wat je zegt' (26%) en 'wordt te veel op de vingers gekeken' (3%).

Twee items geven aanmerkelijke verschillen naar leeftijd: de overtuiging dat het werk niet billijk verdeeld wordt (19% in de jongste groep, 14% in de middelste en 9% in de oudste) en het idee dat men onvoldoende door de leiding op de hoogte wordt gehouden van wat zich in de organisatie afspeelt (jongste groep 27%, via 21% tot 15% in de oudste groep). Beide verdelingen geven de indruk dat de jongere bedrijfsartsen zich min of meer gemanipuleerd voelen.

Zes afzonderlijke uitspraken verschillen naar type BGD, zoals tabel 13 hieronder laat zien.

Tabel 13. Afzonderlijke uitspraken binnen het onderwerp Leiding en Collega's met aanmerkelijke verschillen tussen typen BGD

korte inhoud uitspraak	type BGD					aantal antwoorden
	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudig	geza- menlijk	to- taal	
onderlinge sfeer meestal niet goed	4	18	7	7	9	493
steeds wisselende collega's	13	15	14	27	19	497
kan geen beroep op collega's doen	21	9	16	6	12	497
doorgaans geen goede leiding	61	64	46	46	52	429
onvoldoende ondersteund in werk	36	51	22	31	33	434
onvoldoende op de hoogte gehouden wat in organisatie speelt	27	33	10	20	21	481

Een meer algemene conclusie uit deze gegevens is, dat de overheidsdiensten meer problemen in de relaties met de collega's en de leiding op het werk kennen dan de particulieren diensten. Het enige kenmerk dat bij de particuliere diensten hoger komt dan bij de overheid is het gegeven 'steeds wisselende collega's' dat het hoogst is (27%) bij de gezamenlijke diensten.

Opmerkingen van deelnemers

Velen melden plezierige contacten met hun leiding en collega's. Voor leidinggevenden/directeuren van diensten zelf bleken de vragen moeilijk te beantwoorden, sommigen hebben geantwoord met bestuur of management als directe leiding. Over deze relaties komen zowel gunstige als ongunstige opvattingen. Veel van de overige toelichtingen komen er op neer, dat men als bedrijfsarts solistisch werkt, dus weinig directe contacten met collega's of leiding heeft. Meermalen werd gehoord dat de afstand tot de directie te groot is. Bij de verdere opmerkingen staan gebreken in de horizontale en verticale contacten op de voorgrond, waarbij de vermoede oorzaken echter zo uiteen lopen, dat daarin geen gemeenschappelijke factor aanwezig is.

5.5.6 Waardering voor de werkkring

De waardering voor de werkkring is hoger en geeft minder problemen dan in de vergelijkingsgroepen (figuur 1).

Gegeven dat de bedrijfsartsen weinig moeilijkheden ervaren naar verhouding, zijn er wel leeftijdsverschillen en verschillen naar type dienst. Figuur 2 geeft de verschillen tussen de drie leeftijdsgroepen weer.

De jongste groep heeft ruim tweemaal zoveel problemen als de oudste, met de middelste leeftijdsgroep daar tussenin. Vergelijking met de eerdere figuur 1 leert dat toch de jongste groep bedrijfsartsen een lager gemiddelde heeft (= minder problemen) dan de externe vergelijkingsgroep met de minste problemen, nl. de leidinggevenden. Met klimmende leeftijd gaat de waardering voor de eigen werkkring dus niet van extreem laag naar gemiddeld, maar van gemiddeld naar hoog.

Bij de leeftijdsgroepen zijn er twee afzonderlijke uitspraken over de waardering van de werkkring die significante verschillen geven: die of de beloning in overeenstemming is met het werk (jongste groep 19% 'nee', middengroep 12% en oudste 5%) en die of men over ander werk denkt (jongste groep 26%, middelste 32% en oudste 9%).

Naast leeftijdsverschillen zijn er ook verschillen tussen de gemiddelden van de vier typen BGD. De diensten van de Gemeente hebben aanmerkelijk meer problemen met de werkkring dan de drie andere typen BGD. Die laatste ontlopen elkaar niet veel, alleen de gezamenlijke diensten vertonen wat meer problemen dan de enkelvoudige en de Rijksdiensten.

De typen BGD geven op meer punten verschillen, waarbij het patroon wisselt. Bij vooral de gezamenlijke diensten is weinig opgave van agressie van cliënten (3% tegenover 11 à 15% bij de andere drie). De Gemeente, dus GG&GD-en en DGD-en vallen in ongunstige zin op met het oordeel dat de dienst niet goed geleid wordt (52% tegen 25 à 29% bij de andere drie typen) en dat het geen goede dienst is om in te werken (Gemeente 22%, de andere drie 8 à 9%). Het zekerheidsaspect is het gunstigst bij het Rijk (niemand meldt daar onvoldoende zekerheid, bij de overige drie typen is onvoldoende zekerheid het geval voor 9 à 11% van de deelnemende bedrijfsartsen daar). Alle andere detailuitspraken geven niet-significante uitkomsten bij zowel de leeftijdsgroepen als de typen BGD. Er is echter wel een verschil naar het eindoordeel 'hoe men al met al zit met zijn werk'. Hierbij loopt het percentage 'goed' op met de leeftijd (jongste groep 52%), middelbare groep 58% en oudste groep 67% 'goed'). Verder is dit percentage het laagst bij de Gemeente (43%), het hoogst bij de enkelvoudige en gezamenlijke diensten (respectievelijk 66% en 63%) en het Rijk komt daar tussenin met 59%.

Opmerkingen van deelnemers

De strekking van de opmerkingen die door respondenten bij het onderzoek Waardering voor de Werkkring gemaakt werden, is in grote trekken de volgende.

Velen maken zich zorgen over gevolgen van de economische recessie voor hun eigen positie en/of die van hun dienst. Bij de overheid betekent verlaging of beëindiging van subsidies inkringing van diensten en dus verlies van banen. Ook worden andere mechanismen genoemd die hiertoe zouden kunnen leiden: verschuivingen

(bijvoorbeeld WSW voor bedrijfsgeneeskundige zorg van GG&GD naar elders) en veranderingen in opvattingen over de taak van de overheid, de 'privatisering'.

Bij de particuliere diensten zijn er overeenkomstige zorgen: minder deelnemende bedrijven of minder werknemers door economische achteruitgang met in het verschietschiet verlies van arbeidsplaatsen voor bedrijfsartsen.

Verdere gevolgen van de recessie waarop gewezen wordt zijn de aan- drang om het zwaartepunt bij het werk meer bij de verzekeringsge- neeskunde te leggen ten koste van het bedrijfsgeneeskundige werk en dat men langer nog dan aanvankelijk moet wachten om aan de op- leiding te mogen deelnemen. Nog één algemeen punt is dat men ach- teruitgang in inkomen vreest door een algemene nivellering. Ook wordt nog gesignaleerd dat er onevenredige aandacht voor verzuim- begeleiding gevraagd gaat worden.

De verdere opmerkingen over de waardering voor de werkkring heb- ben weinig gemeenschappelijks, hoogstens dat sommigen het werk willen beperken door VUT of part-time arbeid, maar dit blijven individuele wensen.

5.5.7 Samenvattende oordelen

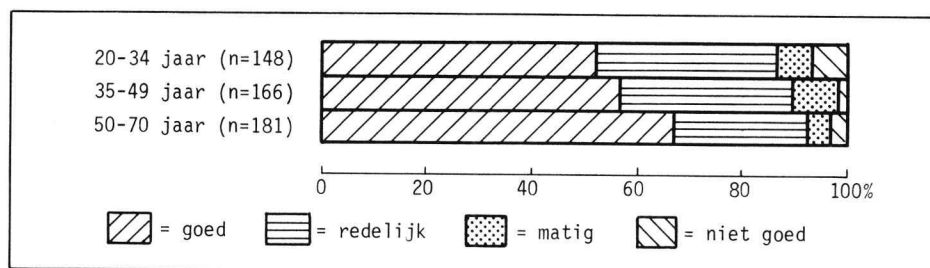
Naast de oordelen per aspect van het werk, de afzonderlijke som- scores, zijn er twee schattingen gemaakt van het totaal functio- neren van de bedrijfsarts, nl. door een totaalscore over alle af- zonderlijke somscores tegelijk te berekenen en door te vragen hoe goed men al met al 'zit' met zijn werk. Zoals in het begin van dit hoofdstuk (paragraaf 5.1) al werd gesteld, is het onderwerp Ma- teriële Werkomstandigheden uit de enquête onder bedrijfsartsen weggelaten. Dit brengt mee, dat de somscore over alle onderwer- pen bij de referentiegroepen, die wel Materiële Werkomstandighe- den omvatten, niet vergeleken kunnen worden met het totaal van alle onderwerpen bij de bedrijfsartsen. Daarom zullen wij ons in de rest van dit hoofdstuk beperken tot interne vergelijkingen binnen de leeftijdsgroepen bedrijfsartsen en binnen de typen BGD. Het functioneren, geschat op grond van de gesommeerde somscores wordt later behandeld; hier komt eerst het samenvattende oordeel van de deelnemers aan de enquête aan de orde.

Er blijkt in dit eindoordeel een leeftijdseffect mee te spelen,

namelijk hoe ouder men is, hoe vaker men vindt dat men goed zit met zijn werk. (Percentages 'goed' vanaf de jongste groep: 52%, 58% en 67%). Verder is er een verschil in eindoordeel tussen de soorten BGD-en. Bij een gewogen gemiddelde (goed = 4 tot en met niet goed = 1) wordt de volgorde van diensttypen waar men 'goed zit' tot waar dit minder het geval is: enkelvoudige dienst, gezamenlijke dienst, Rijk en Gemeente. Dit wordt ook weerspiegeld in de percentages 'goed' per type dienst, respectievelijk 66%, 63%, 59% en 43%.

Voor de meer visuele lezer zijn deze uitkomsten in figuur 4 en 5 weergegeven.

Figuur 4. Antwoordverdeling op de vraag 'hoe men al met al met zijn werk zit' bij drie leeftijdsgroepen bedrijfsartsen

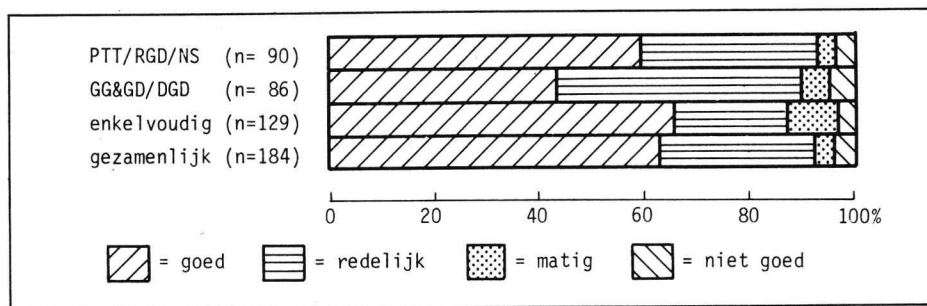


De aantallen personen (n = ...) zijn hier lager dan bij de somscores: dit zijn werkelijke aantallen, bij de somscores ontbrekende antwoorden zijn aangevuld als waren het geen klachten, vandaar de constante n bij de somscores.

Hetzelfde geldt uiteraard ook voor de verdeling van deze eindoordelen over de typen dienst, zoals in figuur 5.

De diensten van het Rijk, de enkelvoudige en de gezamenlijke diensten ontlopen elkaar niet veel in de verdeling van de eindoordelen, hoe men, daar werkend, al met al 'zit' met zijn werk. Gedrieën wijken deze typen dienst van de vierde af: de Gemeente (GG & GD en DGD) waar men duidelijk minder gunstig over de eigen werksituatie denkt, een conclusie die ook al bij eerdere specifieke onderzoeken naar voren kwam en die hier op meer algemene manier bevestigd wordt.

Figuur 5. Antwoordverdeling op de vraag 'hoe men al met al met zijn werk zit' in vier typen BGD

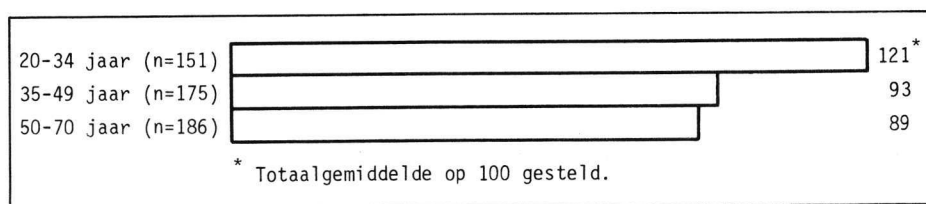


5.5.8 Samenvatting over de somscores

Zoals de vorige paragraaf aankondigde, werd ook een oordeel over het integrale functioneren van de bedrijfsartsen gebaseerd op het totaal van hun waarderende uitspraken, dus over alle somscores gerekend.

Figuur 2 en 3 geven de somscores over alle onderwerpen weer van de leeftijdsgroepen en de typen BGD. De figuren 6 en 7 hieronder herhalen die voor deze onderwerpen te zamen.

Figuur 6. Relatieve aantallen klachten over alle onderwerpen te zamen, bij drie leeftijdsgroepen bedrijfsartsen



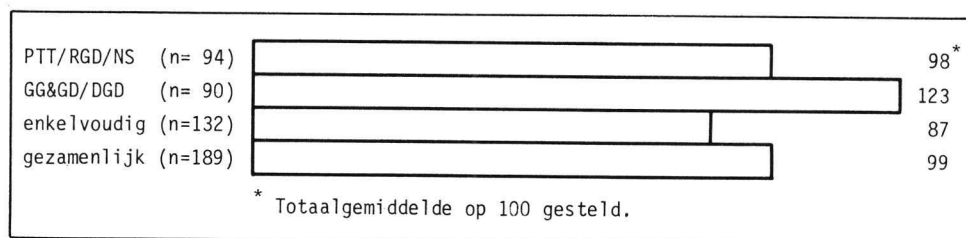
De indruk was misschien eerder, dat de hoeveelheden problemen evenredig met de leeftijd afnemen; dit is niet echt zo: de beide oudste groepen lijken over alle onderwerpen (gezondheid, werk en werkomstandigheden) tegelijk gerekend, sterk op elkaar en de jongste

groep wijkt daarvan af, de hele groep boven de 34 jaar is blijkbaar ingeburgerd en voelt zich beter op zijn plaats dan de jongeren die hun plaats nog moeten vinden.

Omdat hier van een dwarsdoorsnede-onderzoek sprake is, kan niet uitgemaakt worden of hier van een zuiver leeftijdseffect of van een generatie- of cohorte-effect gesproken dient te worden. Anders gesteld: wij weten niet of verschillen zoals in de tabel hierboven los van de geschiedenis staan of niet, van hoeveel belang het ook zou zijn om dit onderscheid te kunnen maken.

Ook de onderscheiden typen BGD vertonen onderling verschillen, als men alle onderwerpen tegelijk in beschouwing neemt. Figuur 7 geeft de betreffende gegevens.

Figuur 7. Relatieve aantallen klachten over alle onderwerpen te zamen, bij vier typen BGD



Relatief kleine aantallen problemen zijn er bij de enkelvoudige diensten, middelmatige aantallen bij het Rijk en de gezamenlijke diensten, die elkaar vrijwel niets ontlopen, en de grootste aantallen problemen zijn, ook over alle werkaspecten te zamen gerekend, te vinden bij de diensten van de Gemeenten (GG & GD-en en DGD-en).

Opmerkingen van deelnemers

Aan het slot van de vragenlijst werd gevraagd naar de gunstigste en de ongunstigste kanten van het werk. Deze worden hier achtereenvolgens behandeld. Met deze balans van gunstige en ongunstige aspecten van het werken als bedrijfsarts beëindigen we het verslag van de VPFA-resultaten. Het volgende hoofdstuk behandelt de geselecteerde taken van de bedrijfsarts.

Gunstige aspecten

Een gunstig aspect dat massaal wordt genoemd is de zelfstandigheid van het bedrijfsgeneeskundige werk, soms verwoord als vrijheid of verantwoordelijkheid. Daarnaast is veel sprake van afwisseling in werkzaamheden en bedrijven, een veelzijdigheid die volgens velen eigen is aan het werk.

Een voor velen belangrijk pluspunt is verder het werkklimaat, met collegiale samenwerking in goede sfeer in teamverband. Daarnaast worden de vele externe contacten (met functionarissen van dienst of bedrijf, met cliënten, met externe instanties als het GAK en met andere medici) als aantrekkelijk punt van het bedrijfsgeneeskundige werk aangevoerd.

Een aanzienlijk deel van de toelichtingen is verder terug te voeren tot de achtergrond van bedrijfsartsen als huisarts: sociale zekerheid en geregelde werktijden zonder afwijkende diensten zijn zeer belangrijke punten, naast een relatief rustig werktempo, waarin tijd gevonden wordt om aandacht aan problematiek van cliënten te geven. Ook wordt de salariëring meer in het algemeen door velen goed gevonden.

Volgen een aantal minder vaak genoemde aspecten, die echter de moeite van het vermelden waard zijn. Van leidinggevend wordt nogal eens vernomen dat het managements-aspect van hun werk bevrediging schenkt, maar ook wel dat juist de combinatie van leidinggeven en praktisch bedrijfsgeneeskundig werk bijzonder aantrekkelijk is. Omgekeerd zijn er ook niet-leidinggevende bedrijfsartsen die hun goed functioneren toeschrijven aan de wijze waarop georganiseerd en leiding gegeven wordt.

Een zelfstandig positief element is voor menige bedrijfsarts het interessante bedrijf of de bedrijfstak en ook wel de populatie cliënten die men heeft. Verder wordt van belang gevonden dat men resultaten van zijn werk ziet en op grond van eigen onderzoek en interventie iets kan doen voor een werknemer of aan een werksituatie. Ook speelt mee samenwerking met andere disciplines en het feit dat men midden in de maatschappij staat, garanties tegen een beperkte opvatting.

Tot slot zijn er nog gunstige kanten aan kenmerken van de dienst waar men werkt. De charme van kleine diensten bestaat in gemakkelijke en informele contacten, maar ook grote diensten hebben hun goede kanten: meestal zijn deze goed geoutilleerd en zijn er andere disciplines in huis om op terug te kunnen vallen, verder bieden ze voor sommigen veel ontplooiingsmogelijkheden, waarbij te denken is aan bijscholing en specialisering. Daarnaast is er een kwestie van hoe lang de dienst bestaat. Bij jonge diensten staan expansie en creativiteit op de voorgrond, bij oudere diensten de aanwezigheid van kennis en 'know-how', zodat zeer goed overleg mogelijk is.

Ongunstige aspecten

Het aantal toelichtingen in ongunstige zin is ongeveer even groot als het aantal in gunstige zin. Ze zijn echter meer gespreid; vele komen zo weinig voor, dat ze niet op deze plaats weer te geven zijn.

De meest gehoorde klacht is die van overbelasting, teveel werknemers ten opzichte van het aantal bedrijfsartsen, verergerd voor sommigen doordat de hoeveelheid door de bedrijfsarts te verrichten administratie ('papierwerk') toeneemt. Het volgende belangrijke aspect is gebrekkige organisatie/leiding/coördinatie; sommige diensten hebben een periode van groei doorgemaakt en de structuur of de capaciteiten van de daar werkzame mensen hebben daar soms geen gelijke tred mee gehouden. In de grotere diensten, vooral die van het Rijk, is een zwak punt (dat veel ergernis kan geven) de ambtelijke organisatie, waarin alles zeer formeel wordt afgewikkeld en beslissingen slechts traag tot stand komen.

Wat minder vaak komen de volgende punten naar voren. Sommigen signaleren een achteruitgang in de echte bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden, terwijl de verzekeringsgeneeskundige activiteiten in opmars zijn. Een probleem is verder dat menig een solitair bezig is, doordat hij/zij als enige bedrijfsarts in een organisatie werkt of doordat hij/zij in de periferie werkt en geen collega in de buurt heeft om bij problemen op terug te kunnen vallen. Daarnaast worden klachten gehoord over versnipperd en ongericht werken, terwijl er veel tijd verloren gaat door de noodzaak om veel te vergaderen en te overleggen. Weer anderen vinden dat het werk verwordt tot een zinloze routine.

Verder, zonder de bedoeling een relatie tussen deze punten te suggereren, zijn nog vaker geuite problemen die met gebrek aan overleg of matig lopend overleg, stroeve samenwerking binnen de dienst met collega's of vertegenwoordigers van andere disciplines of hulppersoneel, en slechte onderlinge relaties. Ook wordt wel geklaagd over primitieve toerusting van de dienst in termen van behuizing, personeel en uitrusting, over te kleine diensten (weinig deskundigheid en faciliteiten, kwetsbaar), nacht- en wachtdiensten, en over de schadelijkheid van dubbelfuncties, in het bijzonder de combinatie van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.

Tenslotte zijn er nog aanwijzingen voor een complex van onderlinge verwachtingen tussen bedrijfsartsen, werkgevers en werknemers, hoe wel te weinig om er details van te leren kennen. De werkgevers willen, zeker tijdens deze periode van economische recessie, meer nadruk op het bedrijfsbelang. Bedrijfsartsen hebben daar soms strijd tegen te voeren of minstens hun positie duidelijk te maken. Werknemers koesteren soms wantrouwen jegens de bedrijfsarts die aan de kant van het bedrijf zou staan, en daarbij komt dat in de recessie het moeilijker is om in een organisatie een advies uittevoerd te krijgen.

6. TAKEN VAN DE BEDRIJFSARTS

6.1 Plaats van de bedrijfsarts in de organisatie

6.1.1 Inleiding

Voor de verschillende taakspecifieke activiteiten komt hier eerst aan de orde welke plaats de bedrijfsarts inneemt in de cliëntorganisatie. Eerst wordt de structurele kant behandeld als achtergrond voor de later te behandelen taakaspecten.

De vraag waar het om draait is, of de bedrijfsarts er in slaagt, vanuit zijn positie veranderingen teweeg te brengen die de gezondheid van werknemers verbeteren of bevorderen. De bedrijfsarts kan dat bereiken door aan of over individuele werknemers te adviseren. Hij kan echter ook beleidsadviezen geven waardoor de werkgever systematisch rekening kan houden met de gezondheid van de werknemers. Over dit laatste gaat dit hoofdstuk.

De bedrijfsarts zal, gevraagd of niet, advies tot verandering uitbrengen ter bevordering van de gezondheid van werknemers. Dat kan op het materiële, organisatorische of psychosociale vlak liggen. Voor veranderingen in de organisatie moet de bedrijfsarts kennis hebben van organisaties in het algemeen, die organisatie in het bijzonder en van veranderingskunde. Ook moet hij weten hoe men als bedrijfsarts in de organisatie moet optreden om effect te sorteren. Belangrijke factoren bij het uitbrengen van advies en het realiseren van veranderingen zijn uiteraard de directie van de cliëntorganisatie en de werknemers of de ondernemingsraad.

De Nederlandstalige literatuur kent een aantal handboeken (Burger, 1974; Jongh & Docter, 1979; Sturmans e.a., 1982), maar deze geven geen informatie over dit facet van het functioneren van de bedrijfsarts. Beleidsadviezen, wijzen van rapporteren en van het

doorvoeren van verandering, en relaties met directie en personeelsvertegenwoordiging komen niet of slechts zijdelings aan de orde. Ook de buitenlandse handboeken zoals Schilling e.a. (1981) en Valentin e.a. (1979) bieden weinig informatie hierover. In het kort geleden verschenen boek Environmental Medicine (Rom, 1983) wordt wel het belang aangegeven van een aantal strategische aspecten (hoofdstuk 80), maar geen informatie of praktische aanwijzingen. De Nederlandse tijdschriften (het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde en Medisch Contact) leveren de laatste 5 à 10 jaar ook niets belangwekkends hierover op. Toch is dit aspect belangrijk, zoals blijkt uit de ARBO-wet met aandacht voor de relaties met directie en ondernemingsraad waarbij eisen gesteld worden t.a.v. de wijze van beleidsadvisering met geformaliseerde relaties waarbij directie en OR op gelijke manier worden behandeld.

Publicaties van vakbondszijde geven aan dat niet alleen soms getwijfeld wordt aan de inhoudelijke deskundigheid van de bedrijfsarts, maar ook aan diens opstelling ten opzichte van de ondernemingsraad of aan de openheid van de advisering. (Zie bijvoorbeeld FNV, 1979). Daarnaast zijn er juridische verwickelingen, getuige de casus 'De Jong' (NVAB-bulletin, 1983).

Al met al is de positie van de bedrijfsarts een belangrijk, maar nog te weinig besproken onderwerp. Een reden te meer om na te gaan hoe de bedrijfsarts zelf hierover denkt.

Ook interessant zou zijn om te weten hoe ondernemingsraden en directies over deze zaken denken. Dat valt echter buiten het kader van dit onderzoek, dat zich om praktische redenen moest beperken tot een klein aantal gerichte vragen. Deze betreffen de beleidsadvisering aan de directie en aan de ondernemingsraad. Ook is de vraag van belang of de bedrijfsarts over het algemeen tevreden is met zijn beleidsadviezen en welke oorzaken hij ziet voor eventueel falen hiervan. Tot slot wordt nog nagegaan hoe de bedrijfsarts de relatie met directie en ondernemingsraad ziet.

6.1.2 Vraagstelling

De uitgangsvragen zijn, hoe de bedrijfsarts zijn positie in de organisatie ziet en of het hem lukt, daar vanuit met succes veranderingen te effectueren. Waar dit laatste niet lukt, is de vraag waardoor dat kan komen of waarmee het kan samenhangen. Zie bijlage 1.11 en 1.12 voor de vragen en antwoorden. De algemene onderzoeksvragen zijn:

- is de bedrijfsarts over het algemeen tevreden met het bereikte resultaat?
- hangt de mate van deze tevredenheid samen met de tevredenheid over de relatie met de directie?
- hangt de voldaanheid over de resultaten af van de kwaliteit van de relatie met de ondernemingsraad?

Verdere uitgangspunten zijn de volgende:

- bedrijfsartsen geven over het algemeen niet veel beleidsadviezen aan de directie;
- bedrijfsartsen sturen hun beleidsadviezen niet altijd ook aan de OR;
- toch zijn bedrijfsartsen vaak tevreden over hun relatie met de OR;
- veel bedrijfsartsen zullen over hun relatie met de OR minder tevreden zijn dan over hun relatie met de directie;
- als een bedrijfsarts niet tevreden is na een beleidsadvies, zal hij vaak de oorzaak daarvan buiten zichzelf zoeken.

6.1.3 Resultaten

De meeste respondenten, namelijk 72% van de 358 die een antwoord gaven, vinden dat de relatie met de directie formeel moet zijn. Dat vinden vooral de jongeren (80%). Bij de onderscheiden typen BGD

springen de grote overheidsdiensten (het Rijk: RGD, PTT en NS) er uit met 57% 'ja', als ander uiterste. Van de hele groep vindt dus nog altijd 28% dat de relatie met de directie niet formeel hoeft te zijn.

Ook zijn vele respondenten (78%) tevreden over de vorm van de contacten met de directie. Bij de gezamenlijke diensten is men minder tevreden dan elders over de vorm: 71% is daar hierover tevreden. Wat de leeftijd betreft lijken de jongeren iets minder tevreden te zijn dan de overigen, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Ook over de inhoud van de contacten met de directie is de meerderheid tevreden, maar minder duidelijk dan over de vorm, namelijk 67% over de inhoud.

De verschillen tussen de leeftijdsgroepen en typen BGD liggen ongeveer zoals bij de vorige vraag, alleen is het leeftijdseffect nu duidelijker: 54% in de jongste groep is tevreden over de inhoud van de contacten. De soorten BGD geven in dit opzicht geen aanmerkelijke verschillen te zien.

Tabel 14 geeft een overzicht van zes uiteenlopende uitspraken.

Tabel 14. Percentages antwoorden over de relatie met directie en ondernemingsraad (n = 461 tot 497, zie bijlage 1.12)

	relatie moet formeel	tevreden met vorm	tevreden met inhoud
relatie met de directie	72	78	67
relatie met ondernemings- raad	70	50	48

De volgende drie vragen komen overeen met de eerste drie, maar hebben betrekking op de ondernemingsraad of medezeggenschapscommissie. Voor de korthed worden beide hier met 'OR' aangeduid. De mening dat de contacten met de OR formeel moeten zijn is ongeveer zoals bij de overeenkomstige vraag over directie. Zeventig procent van de respondenten vindt dat ook deze relatie geformaliseerd moet zijn, dat is vooral zo bij de jongere bedrijfsartsen (78%);

bedrijfsartsen bij het 'Rijk' vinden dat het minst (53%), de andere groepen ontlopen elkaar niet veel.

De tevredenheid naar vorm en inhoud over de contacten met de OR is veel lager dan over die met de directie (zie tabel 14), zij het dat de vorm iets meer tot tevredenheid leidt dan de inhoud. Over die vorm is 50% tevreden, jongeren (37%) minder dan de oudere groepen (beide 55%). Bij de typen BGD is de tevredenheid bij Gemeente (GG&GD en DGD) en de gezamenlijke diensten (46 en 45%) lager dan bij Rijk en enkelvoudige diensten (56 en 58%). Over de inhoud van de contacten met de OR is 48% tevreden, met weer de jongeren minder dan de anderen (de drie oplopende leeftijdsgroepen hebben 37%, 54% en 52% tevreden hierover). Bij de typen dienst valt de enkelvoudige in gunstige zin op met 58% tevreden, tegen Rijk 47%, Gemeente 43% en enkelvoudige diensten 43%. Tabel 15 geeft een en ander weer.

Tabel 15. Percentages antwoorden over de vorm en inhoud van de relatie met de ondernemingsraad naar type dienst (n = 462 respectievelijk n = 461)

	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudig	gezaamen- lijk	totaal
tevreden vorm relatie met OR	50	46	58	45	50%
tevreden inhoud relatie OR	47	43	58	43	48%

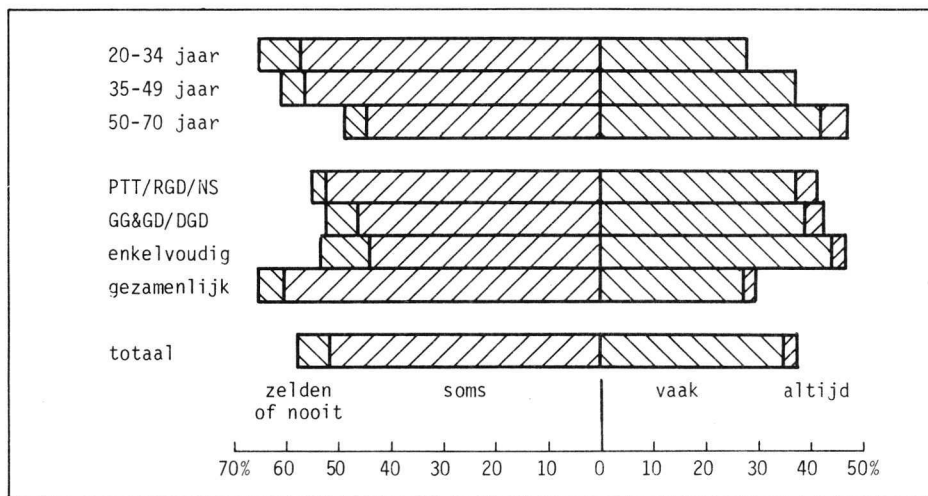
De volgende twee vragen hebben te maken met het geven van beleidsadviezen. In totaal geeft 66% soms en 28% geregeld advies aan de directie en 6% geeft op geen adviezen te geven. Dit laatste ligt hoger in de jongste groep (11% geen beleidsadviezen, 22% geregeld). De oudste groep bedrijfsartsen heeft de meeste opgaven van adviezen (35% geregeld).

Bij de enkelvoudige diensten geeft 3% geen adviezen, tegen ongeveer 7% bij de andere typen BGD. Bij Gemeente en gezamenlijke diensten zijn 32% respectievelijk 31% opgaven van geregeld adviezen, bij het Rijk 20%; de enkelvoudige diensten nemen met 26% een tussenpositie in.

Op de vraag of men zijn adviezen ook aan de OR doorgeeft, geven 164 personen of 35% een bevestigend antwoord, aanmerkelijk minder dan de 463 personen die adviezen aan de directie zeggen te geven. Dit verschil geldt, met kleine fluctuaties, ook voor de verschillende subgroepen. Het verschil zit bij de ouderen: slechts 24% van hen geeft ook adviezen aan de OR door, tegen 37% respectievelijk 43% bij de jongere en de middengroep. Bij de soorten diensten geeft slechts 19% bij het Rijk zijn beleidsadviezen aan de personeelsvertegenwoordiging door, bij de Gemeenten 27%, tegen 38% bij de enkelvoudige en 43% bij de gezamenlijke diensten.

Weinig respondenten geven aan, altijd met het resultaat van hun adviezen tevreden te zijn (2%), zelden tevreden is 5%, vaak tevreden 36% en soms tevreden 52%. Figuur 8 geeft een overzicht van de tevredenheid over de uitgebrachte adviezen naar leeftijdsgroepen en typen BGD. Hierbij blijkt het percentage tevreden met de leeftijd toe te nemen, terwijl wat de diensten betreft de enkelvoudige diensten de meeste tevreden tellen, gevolgd door Gemeente en Rijk; de minste tevredenheid in deze is er bij de gezamenlijke diensten.

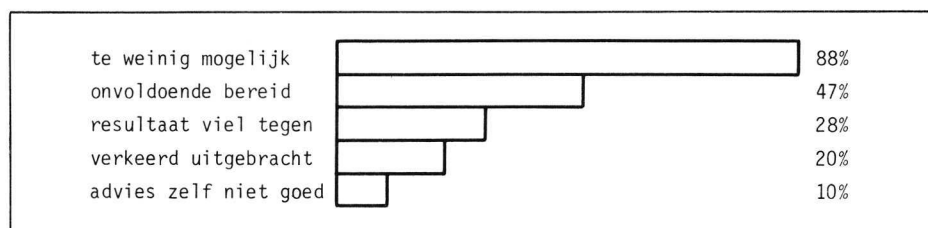
Figuur 8. Verdeling van de tevredenheid over de uitgebrachte adviezen bij leeftijdsgroepen, typen BGD en in totaal



De tevredenheid over de resultaten heeft te maken met de ervaren kwaliteit van de contacten met de directie en met de OR. Van degenen die niet te spreken zijn over de inhoud van de contacten met de directie is 15% vaak of altijd tevreden met het resultaat van de adviezen, van hen die daar wel over te spreken zijn is 40% tevreden met de resultaten. Met de OR evenzo: niet tevreden over inhoud contacten OR, dan 29% tevreden met resultaat adviezen; wel content met de OR, dan 47% vaak of altijd tevreden over het resultaat van hun adviezen.

Op de vraag hoe het kan komen, dat adviezen niet het gewenste gevolg hebben, zijn betrekkelijk weinig antwoorden: 300 à 400 afhankelijk van de specifieke vraag. Het meest genoemd wordt 'onvoldoende mogelijkheden' (88%), vervolgens 'onvoldoende bereidheid om het advies op te volgen' (47%), 'achteraf niet het gewenste resultaat' (28%), 'advies niet op de juiste manier uitgebracht' (20%) en 'advies was niet goed' (10%). Figuur 9 illustreert dit.

Figuur 9. Percentages opgaven van uiteenlopende oorzaken voor onvoldoende succes van beleidsadviezen



De onderverdeling naar leeftijd geeft, door de geringe aantallen die dan nog overblijven maar één significant verschil: jonge bedrijfsartsen noemen minder vaak 'te weinig mogelijkheden' als oorzaak van het falen van het advies: 81% tegen 90% en 92% in respectievelijk de middelste en oudste groep. Verder is er geen duidelijke trend in de leeftijdsverdeling aanwezig.

Ook bij de typen dienst is er maar één aanmerkelijk verschil: de bedrijfsartsen van de overheid (Rijk en Gemeente) schrijven minder

vaak een falend advies toe aan een verkeerde manier van uitbrengen (13% respectievelijk 10% tegen 27% en 23% in de particuliere diensten). De antwoorden dat het advies zelf niet goed was, geeft een verdeling die hierop lijkt, maar die niet significant is. Tenslotte valt nog op dat men bij de gezamenlijke diensten het meest (54%) oploopt tegen gebrek aan bereidheid van werkgeverszijde, waardoor adviezen niet tot succes leiden. Dit is bij het Rijk 36%; Gemeenten en enkelvoudige diensten komen daar tussenin.

Opmerkingen van deelnemers

De opmerkingen van de deelnemers zijn weliswaar geen systematisch verkregen resultaat, maar gezien de veelheid en de concreetheid van de opmerkingen kan toch over een resultaat gesproken worden dat niet verwaarloosd mag worden. Bij het onderwerp 'inbedding van de bedrijfsarts in de organisatie' worden de volgende opmerkingen betrekkelijk veel gemaakt. De plaats van de bedrijfsarts moet onafhankelijk zijn. Twee varianten komen voor: één geheel los van het bedrijf of de cliëntorganisatie, de andere met de bedrijfsarts direct onder de bedrijfsdirectie, waarbij hij niet onder PZ moet vallen, maar daar wel mee samenwerkt.

De beleidsadvisering blijkt vaak via het hoofd van de BGD te lopen, waarbij deze althans de verantwoordelijkheid voor de adviezen heeft en beslist, ze al dan niet door te geven. Problemen in de relatie met de ondernemingsraad kunnen ontstaan als de directie of de leiding van de BGD niet voldoende openheid tegenover de OR toestaat. Wat betreft de ARBO-wet wordt gehoopt dat deze de positie van de bedrijfsarts zal steunen, maar er zijn ook twijfels hierover geuit. Aan steun is behoefte omdat velen te weinig mogelijkheden in hun werk zien ("Ik kan niet....", "Ik mag niet...", "Ik krijg geen") en dat slaat voor een deel op de persoonlijke bekwaamheid, maar ook voor een ander deel op organisatorische beperkingen van de BGD.

Er worden vele suggesties gegeven, maar zonder een gemeenschappelijke lijn. Een opmerking die vaker geplaatst werd is, dat volle tevredenheid over deze eigen activiteiten neer zou komen op een gebrek aan zelfkritiek. Daartegenover wordt ook wel gehoord dat permanente ontevredenheid leidt tot schade aan de eigen gezondheid. Het aantal opmerkingen over de gekozen onderzoeksmethode (deze enquête), de interpretaties van vragen en antwoorden en over tekorten in de vragenlijst is bij dit onderwerp gering.

Bij de resultaten valt een aantal zaken op. Wat betreft de relatie met directie en OR blijkt dat de meeste bedrijfsartsen voorstander zijn van formele relaties. Tabel 16 geeft de cijfers.

Tabel 16. Oordelen over de gewenstheid van formalisering in de contacten met ondernemingsraad en directie (n = 488)

		contact met directie moet formeel		
		nee	ja	totaal
contact met OR moet formeel	nee	21	9	30%
	ja	7	63	70%
totaal		28	72	100%

Bij nadere beschouwing blijken deze twee uitspraken samen te hangen: 63% van de respondenten wil beide relaties geformaliseerd zien, 21% geen van beide en de rest de één wel en de ander niet geformaliseerd (9% directie wel, OR niet, 7% OR wel, maar directie niet). Dit beeld blijft bestaan bij de verschillende leeftijdsgroepen en typen BGD. Een dergelijke correlatie tussen antwoorden is er ook in de tevredenheid over de vorm en de inhoud van de contacten. De correlatie is 0.51, wat nog steeds klopt met de verwachting dat men in het algemeen meer tevreden is over de vorm (directie 78%) dan met de inhoud (directie 67%). Verder blijkt dat van de bedrijfsartsen die een formele relatie wensen er meer ontevreden zijn over de contacten met de directie dan op grond van toeval te verwachten zou zijn. De tevredenheid over de inhoud van de contacten met de directie blijkt groter te zijn (67%) dan over die met de OR (48%). Toch is nog 9% van de respondenten wel tevreden over de relatie met de OR, maar niet met die met de directie.

De directie blijkt veel vaker adviezen te krijgen dan de OR, de ARBO-wet is op deze punten blijkbaar nog niet vrijwillig inge-

voerd. Dat er verder een relatie is tussen het doorsturen van adviezen naar de OR en de tevredenheid over de inhoud van de relatie met de OR zal niemand verbazen. Toch zijn er nog 127 personen (28%) die geen advies naar de OR sturen, maar wel tevreden zijn over de contacten met de OR. (Dat is 43% van degenen die opgeven, geen advies aan de OR te geven). Het is de vraag of de OR de tevredenheid over deze relatie deelt.

Zoals uit figuur 8 blijkt geven de resultaten van de beleidsadviezen overwegend weinig voldoening. De oorzaken hiervan zoekt men vooral buiten zichzelf: de slechte economie, de louter zakelijke gerichtheid van de leiding en onbegrip van de kant van het bedrijf. Op eigen gebrek aan kundigheid, inzicht in de organisatie of in veranderingsstrategieën wordt veel minder gewezen. Dit is een voorbeeld van de eerder gesignaleerde vertekening. Gesprekken met bedrijfsartsen, ondernemers en werknemers geven vaak de indruk dat een zwakte van de bedrijfsarts gelegen is in gebrek aan inzicht in veranderingsstrategisch handelen. Een slecht of slecht gebracht advies roept weerstanden op bij de cliënt. Deze weerstand bij anderen wordt waarschijnlijk door de bedrijfsarts gesignaleerd en als oorzaak van falend advies (en daardoor van ontevredenheid van de bedrijfsarts) aangegeven. In het licht van de hypothesen en vooruitlopend op het hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 7) zijn de belangrijkste uitkomsten van dit onderwerp de volgende:

- over het algemeen blijken de bedrijfsartsen niet overwegend tevreden te zijn met de resultaten van hun adviezen;
- los daarvan melden de meeste bedrijfsartsen dat ze niet regelmatig beleidsadviezen aan de directie uitbrengen;
- lang niet alle bedrijfsartsen zenden hun adviezen voor de directie ook naar de OR, ongeveer twee derde doet dit wel;

- bijna de helft van de bedrijfsartsen die geen adviezen aan de OR sturen zijn nochtans tevreden met hun relatie met de OR;
- bedrijfsartsen zijn vaker tevreden over de relatie met de directie dan over de relatie met de OR;
- bedrijfsartsen die niet tevreden zijn met de resultaten van hun adviezen geven zichzelf de schuld daarvan, dit hangt niet samen met de leeftijd.

6.2 De aanstellingskeuring*

6.2.1 Inleiding

Bij een aanstellingsonderzoek gaat het om keuren van mensen voor het aanvaarden van een nieuwe betrekking. Dagelijks worden velen hieraan onderworpen, een gebeurtenis die voor de betrokkenen van groot belang is. De gekeurde ondergaat de keuring niet altijd vrijwillig: soms verkeert hij in een dwangpositie waarbij er geen andere keus is. Artsen die keuren spelen daardoor in het leven van anderen een belangrijke en soms beslissende rol, zonder dat de gekeurde daarom heeft gevraagd of daarvoor opdracht heeft gegeven. In dit deel van de enquête onder bedrijfsartsen is gevraagd hoe zij staan tegenover het keuren en hoe ze denken over bepaalde aspecten van dit onderdeel van hun taak.

6.2.2 Vraagstelling

De doelstelling van het keuren is in de loop van de tijd veranderd. Oorspronkelijk werd gekeurd ten behoeve van de werkgever

* Zie voor de scriptie, waarop deze paragraaf is gebaseerd, Kamphuis (1983).

alleen, met het doel, deze voor risico's, vooral verzuimrisico's, te vrijwaren. Er werd naar pathologie gespeurd en mensen met afwijkingen werden uitgeselecteerd. Later is men meer oog voor de sollicitant gaan krijgen en werd de keuring meer bedrijfsgeneeskundig benaderd. Het accent kwam te liggen op het voorkómen van gezondheidsrisico's voor de onderzochte, het afwegen van belasting en belastbaarheid en het brengen van de juiste man op de juiste plaats. In economisch gunstiger tijden was er voor iedereen wel zo een plaats te vinden en de belangen van bedrijf en sollicitant liepen vaak parallel. Het keuren kon hierbij een constructieve bezigheid zijn.

De huidige laagconjunctuur met zijn werkloosheid heeft gevolgen voor de aanstellingkeuring (Reijnierse, 1983). In plaats van selectie van werkzaamheden voor een sollicitant wordt nu weer selectie van werknemers voor het bedrijf verlangd. De aard van de keuring is weer veranderd en de beslissingen zijn moeilijker geworden, de belangen lopen niet meer steeds parallel. De werkgever zal het accent leggen op de verzuimbeperving, de sollicitant zal zijn economisch belang gemakkelijk boven zijn gezondheid stellen. Roelink (1973) stelt dat geschiktheid voor de taak bij geringe werkgelegenheid een andere en minder medische betekenis krijgt. Keuren is wel een medische handeling, maar met een maatschappelijke doelstelling. De maatschappij en ons denken erover veranderen, o.m. door wijziging van de economie en dat kan invloed op de doelstelling van de keuring hebben. De gesignaleerde ontwikkeling kan tot regressie leiden, waarbij weer het oorspronkelijke doel voorop komt: selectie van werknemers en weren van risico voor de opdrachtgever.

Uit de literatuur blijkt dat er veel twijfels zijn over de zin van het keuren. Over sommige punten is men het oneens, bijvoorbeeld over de vraag welke plaats de keuring in de hele procedure moet innemen. Vraag is dan of de keuring deel mag zijn van de procedure en dus mag dienen als selectiemiddel. De voorstanders hier-

van zien de keuringsuitslag niet als tegenstelling tot de rest, maar als één van de oordelen van deskundigen, naast dat van anderen, dat bij de sollicitatie gewicht in de schaal legt. De tegenstanders houden er aan vast dat geneeskundig onderzoek niet mag worden gebruikt als middel om mensen te selecteren. Van Wely (1973 A, B) vindt alleen dan selectie toelaatbaar, als de keuring dient om werkzaamheden te selecteren voor een gegeven kandidaat.

Ook bij de opvatting van het brengen van de juiste man op de juiste plaats past twijfel, of medisch onderzoek kan uitmaken wat hierbij juist is. Verder wordt er aan voorbijgegaan dat zowel de arbeidsplaats als de persoon in de tijd veranderen en dat de voorspellende waarde van een keuring daarom niet groot kan zijn, Bij het weren van risico's voor de onderzochte wordt gedacht aan gezondheidsrisico's, die worden bepaald door de belastbaarheid te schatten en af te wegen tegen de belasting die de functie zal meebrengen. De geschiktheid voor de functie hangt echter ook af van kenmerken die niet goed door de medicus te beoordelen zijn, bij voorbeeld de psychische draagkracht. Hierdoor wordt het lichamelijk onderzoek vaak overgewaardeerd. (Van Wely, op. cit.) Hetzelfde geldt ten aanzien van ziekteverzuim: dit heeft vaak minder met ziekten te maken dan met gedrag van werknemers, zodat een voorspelling van het verzuim op grond van keuringsgegevens moeilijk te geven is (Modderaar, 1973).

Een verder punt van discussie in de literatuur is de objectiviteit van de keurende arts. Gesteld wordt dat beoordelen altijd subjectief is en dat dus voor het keuren hetzelfde geldt want de keurend arts is, zoals iedereen, beïnvloedbaar. Belangrijk is in deze opvatting dat men die invloeden onderkent (Leenen, 1974) en verder, dat men zijn mening toetst aan die van anderen. Hierbij sluiten denkbeelden aan over de dubbelrol van de keurend arts, doordat hij met de belangen van twee partijen rekening moet houden (Roelink, 1974). De vraag is of de belangen van werkgever en sollicitant altijd parallel lopen en de menin-

gen hierover lopen uiteen. Sommigen vinden dat ze altijd samen-
vallen, anderen vinden dat ze geïntegreerd moeten worden en weer
anderen stellen dat de arts voor één van de partijen moet kiezen.
We komen nu tot meer concrete punten van de vraagstelling.

- De plaats van keuring binnen de sollicitatieproce-
dure bleek van belang, daarnaast gaat het om de mo-
gelijkheid van het beoordelen van de fysieke en
psychische belastbaarheid, de noodzaak van het keuren
en ook de mogelijkheid om tegen een afkeuring in be-
roep te kunnen gaan.
- Vervolgens is een kwestie of de oordeelsvorming van
de bedrijfsarts samenhangt met diens eigen situatie,
onder meer gekenmerkt door leeftijd, geslacht, in-
houd van de functie, de eigen gezondheid en het ty-
pe dienst waar men werkt.
- Een vermoeden is, dat jonge bedrijfsartsen de keu-
ring minder noodzakelijk zullen vinden dan oudere,
dat de jongeren verder minder overtuigd zijn van hun
eigen vermogen om de fysieke en de psychische belast-
baarheid te beoordelen en dat ze meer dan hun oudere
collega's oog hebben voor het belang van de sollici-
tant.
- Daarnaast wordt verwacht dat artsen met een verzeke-
ringsgeneeskundige taak of voorkeur meer overtuigd
zijn van de noodzaak van een aanstellingskeuring en
dat ze zich vaker vereenzelvigen met het bedrijfsbe-
lang dan hun collega's zonder VG-taak of -voorkeur.
- Artsen bij enkelvoudige diensten zullen, vergeleken
met anderen, meer overtuigd zijn van de noodzaak
van keuren, ze zullen vaker menen dat de keuring
een onderdeel van de selectie moet zijn en ze zullen
vaker het belang van het bedrijf kiezen.
- Bedrijfsartsen met klachten over hun eigen gezondheid
zullen naar verwachting vaker voor het belang van de

- sollicitant kiezen dan hun meer gezonde collega's.
- Er mag verwacht worden dat allen het eens zijn over de mogelijkheid om tegen een afkeuring in beroep te gaan. Elke bedrijfsarts zal rekening houden met de mogelijkheid dat hij zelf een verkeerde beslissing neemt, en dat het dus redelijk is dat de betrokkene tegen zo een beslissing in beroep kan gaan.

Bijlage 1.13 geeft de vragen en antwoorden weer.

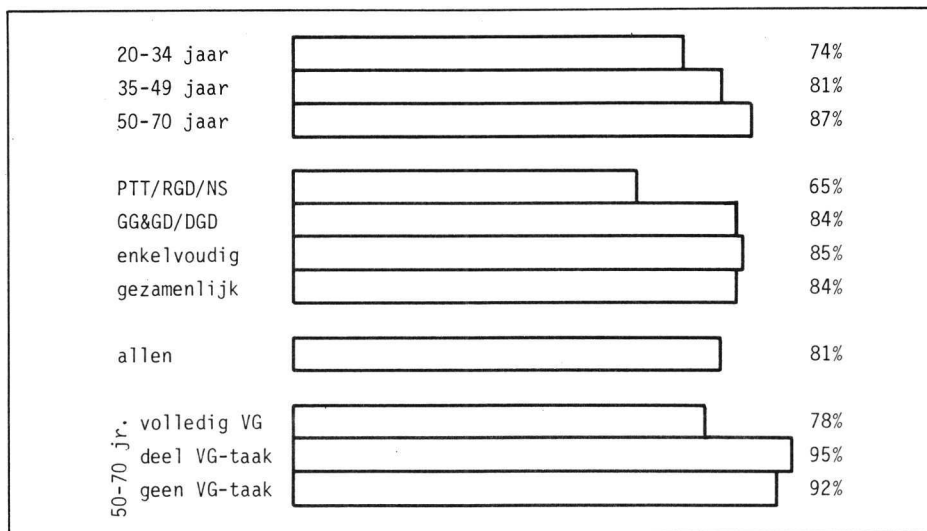
6.2.3 Resultaten

Het onderwerp opent met de vraag naar de noodzaak van de aanstellingskeuring. Van de 460 respondenten vindt 81% deze keuring altijd noodzakelijk, maar dat percentage stijgt van 74% in de jongste groep tot 87% in de oudste. Ook verschillen de typen dienst; bij de diensten van het Rijk vindt 65% de aanstellingskeuring altijd noodzakelijk, bij de anderen typen BGD loopt dit van 84% tot 85%.

Verder is nagegaan of er een verband is tussen de mening over de noodzaak tot keuren en het wel of niet hebben van een verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van de verzuimbegeleiding. Gerekend over alle deelnemers kon geen dergelijk verband worden aangetoond, alleen in de oudste groep bedrijfsartsen is het aanwezig. Daar zijn de artsen met een VG-taak het minst overtuigd van de noodzaak van de aanstellingskeuring. De resultaten tot zo ver worden weergegeven in figuur 10.

Vervolgens komt de beoordeling van fysieke en psychische belastbaarheid aan de orde; 91% acht zich in staat over de fysieke belastbaarheid een redelijk betrouwbaar oordeel te geven, 38% vindt zich capabel om ook de psychische belastbaarheid te schatten. Bij het oordeel over de fysieke belastbaarheid zijn er geen aanmerkelijke verschillen tussen leeftijdsgroepen of typen dienst,

Figuur 10. Percentages oordelen dat de aanstellingskeuring altijd noodzakelijk is, in drie doorsneden: leeftijd, type dienst en oudere bedrijfsartsen naar VG-taak

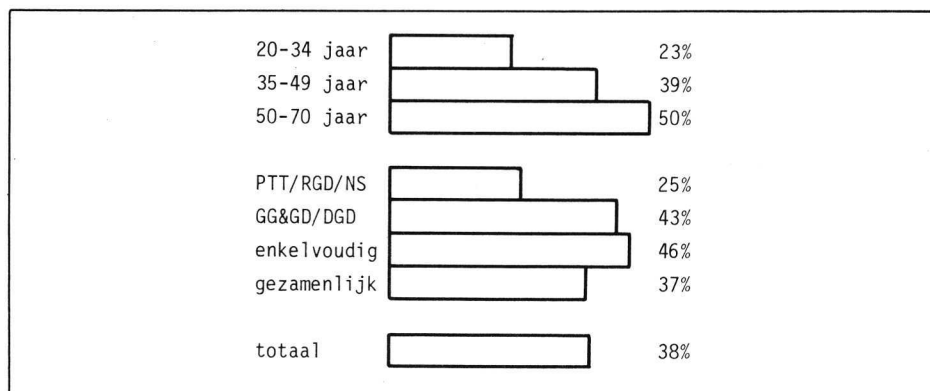


wat betreft het beoordelen van de psychische belastbaarheid zijn er alleen leeftijdsverschillen. Bij de jongeren (20-34 jaar) acht 25% zich in staat tot een betrouwbaar oordeel daarover, een percentage dat oploopt via 38% in de groep 35-49 jaar tot 49% in de oudste groep (50-70 jaar).

Bij de plaats van de aanstellingskeuring in de procedure zijn de meeste bedrijfsartsen voorstanders van de keuring als sluitstuk na de overige selectie (62% van de respondenten vinden dat). Vooral de jongeren zijn deze mening toegedaan: 77% van de jongeren, 61% in de midden- en 50% in de oudste groep. Hoe jonger men is, hoe meer men vindt dat de keuring geen selectiemiddel mag zijn. Figuur 11 geeft verder de verschillen tussen de type diensten. Voor de keuring als sluitstuk van de procedure is 75% van de artsen bij het Rijk, 57% bij de Gemeente, 54% bij gezamenlijke en 63% bij de enkelvoudige diensten.

De meeste bedrijfsartsen noemen zich op de hoogte van de specifieke arbeidsomstandigheden van de functie waarvoor zij keuren.

Figuur 11. Percentages van het oordeel dat de aanstellingskeuring onderdeel moet zijn van de selectieprocedure, naar leeftijdsgroep en type BGD



Hierbij zijn geen verschillen naar leeftijd of type dienst. Er valt op dat toch 11% opgeven, slechts soms of zelfs nooit hiervan op de hoogte te zijn.

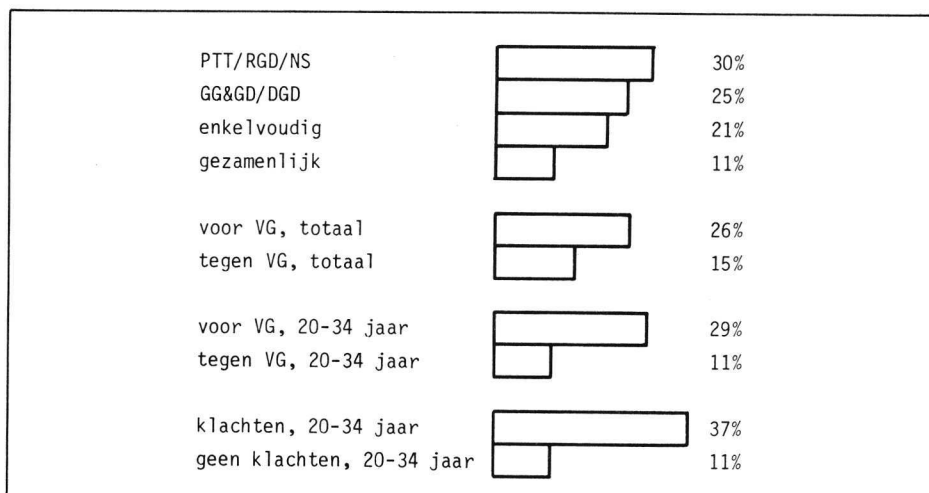
Een meerderheid van 91% vindt dat de belangen van zowel bedrijf als sollicitant gediend moeten worden, maar hierbij is een leeftijdsverschil: hoe jonger hoe vaker de mening dat beide belangen niet tegelijk gediend kunnen worden (dat percentage is van jong naar oud 14%, 9% en 3%). In totaal vindt 89% dat de belangen van sollicitant en bedrijf niet altijd parallel lopen.

Tweeënnegentig personen gaven niet aan welk belang voor hen voorop staat, van de overigen vinden 20% dat het bedrijfsbelang voorop staat, zonder leeftijdsverschillen, wel met verschillen naar dienst. Bij de gezamenlijke dienst 11%, 21% bij de enkelvoudige, 25% bij de Gemeente en 30% bij het Rijk het belang van het bedrijf of de organisatie. Een verband tussen een voorkeur bij deze keuze en de tevredenheid over de inhoud van contacten met directie en OR kon niet worden gevonden. Wel is er een verschil tussen de artsen, die menen dat ze maar één belang kunnen dienen (hetzij bedrijf of sollicitant) en zij die vinden dat ze beide kunnen dienen: in de eerste groep kiezen de meesten (95%) de sollicitant, in de groep die twee belangen wil dienen kiest 79% voor de sollicitant. Verschillen naar leeftijd of typen dienst werden hierbij niet gevonden.

Verder is er een verschil tussen voor- en tegenstanders van een VG-taak voor de bedrijfsarts: 26% van de voorstanders kiest het belang van het bedrijf, tegen 15% van de tegenstanders. Dit geldt over het totaal en, met iets afwijkende percentages maar in dezelfde geest, ook voor de jongste leeftijdsgroep afzonderlijk. De bedrijfsartsen die de verzekeringsgeneeskunde tot het takenpakket rekenen kiezen dus vaker voor het bedrijf dan de tegenstanders daarvan.

Tot slot werd gezocht naar relaties tussen de keuze van de bedrijfsarts voor het ene of andere belang en de aanwezigheid van gezondheidsproblemen bij de bedrijfsarts. Over alle respondenten gerekend is er geen samenhang, die is alleen aanwezig in de jongste groep: van degenen daaruit die zich gezond voelen kiest 11% het bedrijfsbelang en van degenen met klachten kiest 37% het bedrijfsbelang.

Figuur 12. Verdeling van de opvatting dat het bedrijfsbelang voorop staat bij typen BGD, voor- en tegenstanders van een VG-taak, jeugdige bedrijfsartsen voor en tegen een VG-taak en idem met en zonder gezondheidsklachten



In de groep jeugdige bedrijfsartsen kiezen degenen met een goede gezondheid dus relatief vaak het belang van de sollicitant, ver-

geleken met de bedrijfsartsen met klachten over hun gezondheid. Het onderwerp wordt besloten met de mening over de mogelijkheid dat de sollicitant in beroep gaat van een afkeuring. De grote meerderheid is het hiermee eens (96%). Bij een zo grote meerderheid is er uiteraard geen verschil tussen de diverse groeperingen.

Opmerkingen van deelnemers

In totaal 140 respondenten hebben opmerkingen gemaakt, met als tendentie: hoe ouder, hoe meer opmerkingen. Bij de diensten komen de grootste aantallen opmerkingen van de gezamenlijke diensten, de laagste aantallen van de GG&GD-artsen.

Een aantal opmerkingen bij de noodzaak van de aanstellingskeuring komt erop neer, dat deze ruimer moet worden gezien dan alleen een keuring. Het is tegelijk een gelegenheid om de BGD te introduceren, nulwaarden te verzamelen en zo voort, kortom de aanstellingskeuring moet volgens deze respondenten ook worden gezien als een eerste Periodiek Geneeskundig Onderzoek.

Ook over het meten van de psychische belastbaarheid wordt een aantal opmerkingen geplaatst. Deze komen erop neer dat de psychische toestand zich niet in dertig minuten laat beoordelen en dat deze verder ook afhangt van factoren die in de keuringssituatie niet te overzien zijn. Verder wordt opgemerkt dat de psychische belastbaarheid alleen goed te meten is met een psychologisch onderzoek.

Andere inzenders plaatsten opmerkingen bij de vraag over de plaats van de aanstellingskeuring in de sollicitatieprocedure. Het komt erop neer dat de keuring alleen onder bepaalde voorwaarden onderdeel van de selectie mag zijn, o.a. dat het een humaan ingesteld bedrijf is, dat de keuringsuitslag niet zwart-wit geschikt of ongeschikt is, dat een team van deskundigen over de belastbaarheid beslist, dat er op grond daarvan een zo goed mogelijk passende plaats voor de sollicitant gezocht wordt, dat afkeuring op medische gronden als bindend wordt beschouwd en dat het alleen gaat om fysiek belastende groepen.

Over het al of niet functiegericht keuren werd opgemerkt dat dit alleen zin heeft bij voldoende kennis van de arbeidsomstandigheden en dat alleen dan de keuringsuitslag dwingend kan zijn. Voor sommigen is blijkens de opmerkingen functiegericht keuren niet mogelijk, omdat op het moment van keuring nog onbekend is om welke functie het zal gaan. Doel van de keuring is hier het vaststellen van de belastbaarheid.

De vraag naar het dienen van twee belangen oogstte de meeste opmerkingen. Aan de ene kant wordt aangevoerd dat onder het belang van het bedrijf niet alleen verstaan moet worden het economische

belang, maar ook dat van de werkgemeenschap, de aanstaande collega's en de werksfeer, met andere woorden aan het groepsbelang. Hiermee zou ook rekening moeten worden gehouden wat betreft het te verwachten ziekteverzuim. Ook over de sollicitant wordt opgemerkt dat deze zelf twee belangen heeft: een economisch- en een gezondheidsbelang die eveneens niet altijd parallel hoeven te lopen.

Het gezondheidsbelang van de sollicitant moet volgens de opmerkingen bij de keuring primair zijn; wordt schade van het toekomstig werk verwacht, dan moet een afkeuring volgen. Bij twijfel en bij aandoeningen zonder te verwachten schade aan de gezondheid moet men goedkeuren. Wanneer het gezondheidsbelang en het economisch belang niet samenvallen zal de sollicitant tegen zichzelf in bescherming moeten worden genomen, maar dat is een moeilijke beslissing waarbij men niet alles rustig tegen elkaar kan afwegen.

Uit opmerkingen bij de vraag naar beroepsmogelijkheden blijkt dat verschillende diensten zelf al zo een mogelijkheid hebben geschaffen bijvoorbeeld in de vorm van een herkeuring bij het hoofd van de dienst of andere artsen van de dienst.

Daarnaast werd gepleit voor een centrale of regionale beroepscommissie. Ook werd opgemerkt dat in beroep gaan bij de huidige conjunctuur weinig zin heeft omdat het recht op werk hiermee niet wordt gegarandeerd.

6.2.4 Discussie

Zoals al in paragraaf 2.2.3 werd opgemerkt, konden de onderwerpen niet in detail worden uitgewerkt. Zo zijn er geen vragen over de pensioenkeuring, de objectiviteit van de keurende arts en de voorspellende waarde van de keuring.

De objectiviteit van de beoordeling komt tot uiting in de vraag naar de mogelijkheid om de belastbaarheid te beoordelen. Uit de literatuur komt naar voren dat er grote behoefte is aan objectieve meetmethoden, maar dat deze nog niet zijn ontwikkeld. Uit het feit dat toch meer dan 90% van de respondenten vinden dat zij tot een betrouwbaar oordeel over de fysieke belastbaarheid in staat zijn kan men opmaken dat in dit geval 'betrouwbaar' nog niet 'objectief' betekent. De zwakte van de redactie van deze vraag is, dat men met het woord 'betrouwbaar' alle kanten op kan.

Het aantal bedrijfsartsen dat zich in staat voelt tot een betrouwbaar oordeel over de psychische belastbaarheid is veel lager, maar met 38% niet verwaarloosbaar. De vraag is via welke methode zij tot hun oordeel komen. Omdat vooral de oudere bedrijfsartsen zich tot oordelen in deze in staat achten, is een interpretatie dat zij tot hun oordeel komen op grond van de in de loop der jaren opgedane mensenkennis en levenservaring. Dit maakt de vraag naar de objectiviteit nog dringender. Opmerkelijk is hierbij dat van de jongste bedrijfsartsen nog een kwart vindt dat zij de psychische belastbaarheid kunnen beoordelen, terwijl zij zelfs niet kunnen terugvallen op jarenlange ervaring.

De vraag naar de noodzaak van het keuren had tot doel vast te stellen hoeveel belang aan de keuring wordt gehecht in het algemeen en voor bepaalde functies. Volgens Van Wely (1973 B) zegt de keuring meer over de arbeidsomstandigheden dan over de gekeurde: zijn de arbeidsomstandigheden goed, dan zou niemand op medische gronden afgekeurd hoeven te worden, dus de medische keuring zou eigenlijk overbodig zijn. Dat nu 81% van de deelnemers een keuring voor elke functie nodig acht, wijst erop dat bij de keuring niet alleen naar de lichamelijke toestand, dus het gezondheidsrisico van de sollicitant gekeken wordt, maar dat ook andere risico's meetellen, zoals dat van ziekteverzuim. Uit de opmerkingen van respondenten blijkt dat nog een andere factor meespeelt: die van introduceren van de BGD, uitgangswaarden verzamelen, inlichtingen geven etcetera, dus de keuring als eerste P.G.O.

Verwacht werd dat jongere bedrijfsartsen de keuring minder noodzakelijk vinden dan oudere. Inderdaad vindt ongeveer een kwart van de jongeren en maar een zesde van de ouderen de keuring niet altijd nodig. Ook werd verwacht dat artsen met een verzekerings-geneeskunde taak (ziekteverzuimcontrole) meer achter de noodzaak van keuring zouden staan dan hun collega's zonder VG-taak. Het tegendeel bleek waar, althans in de oudste leeftijdsgroep, waar juist de artsen met VG-taak de keuring minder noodzakelijk vinden. Misschien zijn deze oudere artsen op grond van ervaring tot de

slotsom gekomen, dat de keuring weinig voorspelt van het ziekteverzuim en dus ook niet preventief gebruikt kan worden.

De artsen van het Rijk (PTT, RGD en NS) zijn minder overtuigd van de noodzaak tot keuren dan bedrijfsartsen elders. Dit zou kunnen komen doordat bij het Rijk meer gekeurd wordt voor administratieve functies, maar ook doordat bij het Rijk betrekkelijk veel VG-werkzaamheden voorkomen.

De derde vraag betreft de plaats van de keuring in de sollicitatieprocedure. In wezen is de kwestie of men de keuring mag gebruiken om mensen te selecteren. Bijna twee derde van de respondenten vindt dat dit niet mag, maar een antwoord bleek vaak moeilijk te geven. De meningen zijn verdeeld, want beide standpunten hebben hun voor en tegen. Misschien geeft de doorslag in welk type dienst men werkt: de bedrijfsartsen van het Rijk zijn het meest gekant tegen selectie, bij de enkelvoudige diensten is men het meest ervoor. In het laatste geval is de bedrijfsarts misschien het meest betrokken bij het wel en wee van het bedrijf, inclusief de werknemers, en meer gericht op de belangen van dat bedrijf. Hier bleek ook dat kiezen voor het bedrijfsbelang samengaat met het voorstaan van selectie.

De vraag naar het belang van bedrijf en sollicitant maakte veel los. Het zwart-wit-karakter van deze vraag werd gekritiseerd. Toch vindt ruim 90% dat hij de belangen van zowel sollicitant als bedrijf moet dienen. De vraag zou interessant geweest zijn of dit ook inderdaad kàn. De jongeren staan het meest kritisch tegenover deze mogelijkheid. Verder kiezen degenen die maar één belang voor ogen hebben overwegend het belang van de sollicitant.

Nog altijd 11% vindt dat de belangen van bedrijf en sollicitant steeds parallel lopen, waarschijnlijk vanuit de gedachte dat werkgever en aspirant-werknemer dezelfde betekenis hechten aan de slagzin 'de juiste man op de juiste plaats'. Bij een gedwongen keuze tussen beide belangen, koos bijna 20% het bedrijfsbelang, vooral bij Rijk en Gemeente. Ook bleken voorstanders van VG-werkzaamheden vaker dan tegenstanders het bedrijfsbelang te kiezen.

Dit kan betekenen dat bereidheid tot het doen van ziekteverzuimcontrole invloed heeft op de manier waarop men de sollicitant tijdens de keuring benadert. De artsen die aan verzuimcontrole doen zijn waarschijnlijk zo bezig met die problematiek dat ze bij het keuren geneigd zijn, aan het bedrijfsbelang de voorrang te geven. De leeftijd van de arts speelt bij de keuze tussen de belangen geen rol.

Wel is er invloed van de gezondheid van de bedrijfsarts zelf op die keuze. Verwacht werd dat de minder gezonde bedrijfsarts uit solidariteit meer voor het belang van de zwakkere sollicitant zou kiezen dan zijn blakend gezonde collega. Dit werd niet bevestigd: over het totaal is er geen relatie, alleen bij de jongere bedrijfsartsen is er een relatie, maar andersom dan verwacht. Problemen met de eigen gezondheid maken de jonge bedrijfsarts minder tolerant tegenover de sollicitant. Van de jongere bedrijfsartsen die zich gezond voelen kiest 11% het bedrijfsbelang, bij de jongere bedrijfsartsen met gezondheidsklachten is dit 37%.

De conclusie is dat de eigen ervaringen en omstandigheden de besluitvorming beïnvloeden. Vooral wordt een rol gespeeld door de leeftijd, de soort dienst waar men werkt, het hebben van een VG-taak of voorstander zijn hiervan en de eigen gezondheid. Door het kleine aantal vrouwen is de invloed van het geslacht niet uit te maken. Vrijwel allen zijn het eens met de mogelijkheid tegen een afkeuring in beroep te gaan, de meeste bedrijfsartsen zijn ervan overtuigd dat ze niet onfeilbaar zijn. Dit zou een aanleiding kunnen zijn om een beroepsmogelijkheid tegen afkeuring mogelijk te maken bij alle bedrijfsgeneeskundige diensten.

Naast deze informatie blijven er lacunes die misschien interessant zouden zijn om in nader onderzoek verder uit te diepen, deze betreffen:

- de objectiviteit van de keurend arts;
- de prognostische waarde van de keuring;
- de invloed van het verrichten van ziekteverzuimcontrole op de oordeelsvorming van de bedrijfsarts en zijn opstelling ten opzichte van bedrijf en werk-

nemers. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan de discussie over het al of niet verrichten van ziekte-verzuimcontrole door de bedrijfsarts.

6.3 Gericht Periodiek Geneeskundig Onderzoek*

6.3.1 Inleiding

Vele bedrijfsartsen doen grote aantallen ongericht of matig-gericht periodiek geneeskundig onderzoek (PGO). De interesse ging hier specifiek uit naar het gericht PGO als duidelijk afgebakend terrein. Soms wordt getwijfeld aan de zin van onderzoek, waarbij werknemers op een aantal gezondheidkundige kenmerken worden gescreend. Een vraag was of er veel bedrijfsartsen zijn met dergelijke twijfels.

Bij informele gesprekken geven bedrijfsartsen een rijk geschakeerd patroon van meningen over gericht PGO en ongericht onderzoek of algemeen periodiek onderzoek (APO). Het probleem is dat vaak het doel van het onderzoek vaag is en dat daardoor ook het nut niet goed te bepalen is. Dit maakte het van belang om de betreffende meningen van de Nederlandse bedrijfsartsen te peilen over PGO.

Algemeen periodiek geneeskundig onderzoek van bevolkingsgroepen vindt, ook in Nederland, vanaf het begin van deze eeuw plaats. De eerste grote groep waarop het systematische PGO zich richtte, was de groep van de zuigelingen. Toen de resultaten hiervan goed bleken te zijn, werd de methodiek ook toegepast op volwassenen om chronische infecties op te sporen en om de levensverwachting gunstig te beïnvloeden. De periodieke onderzoeken gericht op tuberculose, uitgevoerd in de industrie, hebben in ons land een

* Zie voor de scriptie, waarop deze paragraaf is gebaseerd, Koopman (1983).

bijzondere rol gespeeld bij het tot stand komen van de bedrijfs-geneeskundige zorg. Met de taakstelling uit de Wet op de Bedrijfs-geneeskunde is de bedrijfsgeneeskundige wereld echter pas echt vol enthousiasme aan het werk gegaan en al snel bleek er grote vraag naar periodiek onderzoek te zijn. In het begin kwamen vooral twee aspecten duidelijk naar voren:

- onderzoek van arbeiders, blootgesteld aan bekende schadelijke omstandigheden;
- algemeen geneeskundig onderzoek van gezonden.

Voor al in de zestiger en zeventiger jaren steeg, met het toemen van de incidentie van de hart- en vaatziekten, de belangstelling onder de beroepsbevolking voor een geregeld geneeskundig onderzoek, dat tevens nuttig zou kunnen zijn voor het vroegtijdig opsporen van andere aandoeningen. Al snel werden grote groepen werknemers geregeld onderzocht, en wat eerst een gunst van een aantal grote bedrijven voor hun werknemers was, werd een recht van velen, waarbij de onderzoeksfrequentie niet hoog genoeg kon zijn.

Al dit soort onderzoek is te omschrijven als algemeen periodiek onderzoek (APO) en hoewel meestal ook vragen over de werksituatie worden gesteld, is het onderzoeksprotocol uniform voor alle deelnemers.

Natuurlijk wordt er daarnaast al in een vroeg stadium periodiek onderzoek uitgevoerd voor werknemers die bijzondere risico's lopen of kunnen veroorzaken in hun werk. Dit onderzoek heeft als kenmerk dat er gericht gezocht wordt naar bekende gezondheidsbeschadigende factoren. In de Nederlandse wet is in het verplichte basisprogramma van de BGD alleen het periodiek onderzoek opgenomen van werknemers die aan bijzondere gevaren blootstaan. Dit gerichte onderzoek zal hier verder worden aangeduid als gericht PGO tegenover het ongerichte APO.

De laatste jaren wordt het ongerichte APO in kringen van bedrijfsartsen kritischer benaderd. Men vindt dat het tijd wordt om het bedrijfsgeneeskundig PGO een specifiek bedrijfsgeneeskundige doel-

stelling te geven en in het bijzonder aandacht te besteden aan de belasting in de arbeidssituatie in relatie tot de belastbaarheid in al zijn facetten, omdat dan ook het na-onderzoek voor een belangrijk deel in handen blijft van de bedrijfsarts. Hoewel de cliënt voorlopig sterk gehecht zal blijven aan een periodieke medische 'check-up', neigt de bedrijfsgeneeskunde ertoe, het ongerichte APO te zien als een onderdeel van de algemene gezondheidszorg.

6.3.2 Vraagstelling

De huidige gang van zaken rond het PGO verschilt van bedrijf tot bedrijf en van BGD tot BGD. Vaak wordt nog APO verricht, maar hier en daar wordt ook consequent gericht PGO uitgevoerd. In de praktijk blijkt het niet altijd gemakkelijk hier duidelijke grenzen te trekken. De volgende vragen komen aan de orde, later in de vraagstelling nader uitgewerkt:

- Hoe staat de bedrijfsarts in Nederland tegenover het verrichten van PGO; vindt hij het een zinvol en interessant deel van zijn taak?
- Wat wordt er aan gericht PGO gedaan? Kan bij gericht onderzoek een voldoende duidelijk beeld van de te onderzoeken parameters worden verkregen of blijft het onderzoek te vaag? Heeft een gericht onderzoek voldoende nut voor de onderzochte?
- Wat wordt er met de resultaten van het onderzoek gedaan? Vindt er een geregelde evaluatie plaats van wat men aan het doen is?

In de literatuur is gezocht naar bronnen waarbij de meningen van bedrijfsartsen over PGO aan de orde komen, waarin het belang van PGO voor de cliënt wordt behandeld en waarin het gaat om het verschil tussen APO en gericht PGO.

De literatuur wordt chronologisch behandeld, zodat ook direct

blijkt wat er in de loop van de jaren veranderd is.

Jongh (1957) uit kritiek op de periodieke keuring omdat men zich zonder verzoek van de gekeurde begeeft in diens lichamelijke en geestelijke problemen. Jongh meende dat dit niet vanzelf spreekt en dat verder ook de vraag is wat er met de uitkomsten van het periodiek onderzoek gedaan moet worden, in het bijzonder als er pathologie gevonden wordt die niet meer voor therapie toeganke-lijk is en als er een uitkomst is die niet tot veel klachten aanleiding geeft maar wel om medische redenen tot verandering van werkzaamheden aanleiding geeft, vooral bij een slechtere economie. Twijfels dus aan de ethiek van het PGO en aan de weldadigheid van de gevolgen voor de onderzochte.

Andere auteurs dringen aan het APO om te buigen tot een meer gericht PGO, dat van meer belang wordt geacht en interessanter om uit te voeren. Burger pleit al in 1957 voor het gericht PGO, maar hij signaleert een dilemma: "Hoe uitgebreider het onderzoek, hoe groter de opbrengst, maar hoe minder tijd voor verder bedrijfs-geneeskundig werk, dat veelal van meer belang is en de belangstel-ling van de bedrijfsarts beter gebonden weet te houden".

Ook is getracht door middel van enquêtes meer inzicht te krijgen in de waarde van het periodiek onderzoek; vlak na elkaar rappor-teerden Jongh en Beck. Jongh (1965) deed verslag van een enquête onder leiders van bedrijfsgeneeskundige diensten over de waarde van algemeen PGO. Er bleek dat het gemiddelde PGO in bedrijven zich nauwelijks onderscheidde van PGO dat elders door anderen werd verricht. Jongh vond dat het PGO weinig gericht was, hoewel er voorstanders waren om het te beperken tot de hogere leeftijden of tot staffuncties. Ondanks stemmen voor meer gericht PGO bleek daar in de praktijk niets van terecht te komen.

Beck wees in 1966 al op het belang van periodiek onderzoek in de huisartsenpraktijk, onder meer omdat men zo contact krijgt met groepen die men anders nooit te zien krijgt. Interessant is dat hier het belang van het contact tussen arts en patiënt onder-streept wordt. Hierin stemmen huisartsen en bedrijfsartsen blijk-

baar overeen.

Een eerste evaluatie van PGO in de literatuur is van Van der Hoeven (1973 A, B). Hij voerde een evaluatie uit van een nieuw opgezet PGO bij de N.V. Philips en vroeg zich af of het mogelijk is het 'nut' van PGO aan te tonen. Met zijn statistische analyse kwam hij hier niet uit en hij stelde vast dat, hoewel het rendement laag was, er toch andere aanwijzingen waren om met het PGO door te gaan.

Burger (1974) deed een poging, de verschillende vormen van PGO op hun mérites te beoordelen. Een belangrijk gezichtspunt in de beoordeling was, of het soort onderzoek voldoende interessant is om de bedrijfsarts te boeien. Burger was zelfs bang dat door het vele keuren de kwaliteit van hen die bedrijfsarts willen worden zou kunnen worden aangetast, of dat slechts artsen van het tweede garnituur in bedrijfsgeneeskundig werk geïnteresseerd zouden blijven. Een definitie van gericht PGO wordt gegeven in Jongh & Docter (1979). Volgens hen heeft het gericht PGO tot doel de vroegtijdige signalering van gezondheidsbedreigende situaties die verband houden met de arbeid of de arbeidsomstandigheden. Essentiële vinden zij opsporing en begeleiding van bedreigde groepen; algemeen screeningsonderzoek noemen zij principiële geen onderdeel van de bedrijfsgezondheidszorg. De schrijvers pleiten verder voor onderzoek van de 'population at risk'. Een dergelijke opvatting komt ook voor in recente nota's en standpunten van de NVAB. Enkele goed uitgewerkte voorbeelden van gericht PGO worden beschreven in Zielhuis & Wibowo (1978) en Kusters (1977).

Verhoef (1978) rapporteert in een scriptie over een opiniepeiling onder in Nederland werkzame bedrijfsartsen over het algemeen PGO, tegelijk onderzocht hij steekproeven werknemers die aan algemeen PGO deelnamen. Zijn conclusie is dat algemeen PGO als zinvol wordt gezien als het duidelijk bedrijfsgeneeskundige trekken vertoont. Vatten we de literatuur samen, dan is het belangrijkste het volgende. Al ruim dertig jaar wordt gewezen op het nut van PGO voor

patiënt of arts. In de oudere literatuur wordt het persoonlijk gesprek erg belangrijk gevonden naast de mogelijkheid van public-relations bij de staf. Er is altijd al veel nadruk op het belang van gericht PGO gelegd met als doel de bescherming van de gezondheid van het individu en de relatie van de mens tot de beroepsarbeid. Er zijn nog weinig evaluerende onderzoeken gepubliceerd. Sommigen waarschuwen tegen de saaiheid van het verrichten van veel PGO's en tegen de mogelijke vervlakking van het medische handelen. Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de taakbeleving van bedrijfsartsen wat betreft gericht PGO. Tot slot: de NVAB probeert richtlijnen te geven voor de inrichting van periodiek onderzoek en voor het stellen van prioriteiten.

Dit brengt ons tot de meer formele hypothesen. Was de aanleiding behoefte aan duidelijkheid over het PGO en nieuwsgierigheid naar de mening van bedrijfsartsen hierover, uit de literatuur blijken ook meer algemene vragen gesteld te kunnen worden. Sinds Burger heeft het PGO in Nederland een hoge vlucht genomen; is ook zijn vrees bewaarheid dat:

- bedrijfsartsen het verrichten van gericht PGO een onplezierig taakonderdeel vinden?
- het nut van PGO voor de onderzochten niet voldoende groot is?

In de literatuur wordt aangedrongen op evaluatie van het PGO, maar er is nog nauwelijks over gepubliceerd. Kan men inderdaad stellen dat:

- nog niets gedaan wordt aan systematische evaluatie van gericht PGO?
- systematische evaluatie van gericht PGO afhangt van de grootte van de BGD, het type BGD, de aanwezigheid van hulppersoneel en van faciliteiten?

Sinds tijden wordt aangedrongen op meer bedrijfsgeneeskundig PGO, ook door de NVAB. Dit zou tot een zekere uniformiteit in denken en handelen betreffende het gericht PGO hebben kunnen leiden. Kan men stellen dat:

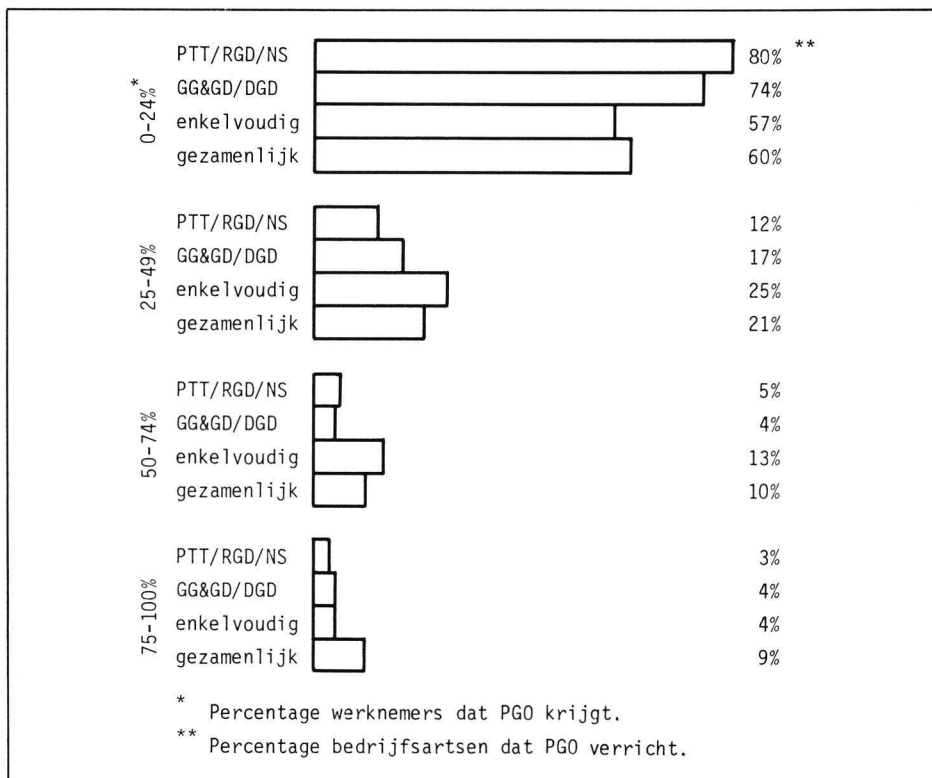
- er onder bedrijfsartsen in Nederland een duidelijk en gelijkkluidend beeld van het begrip 'gericht PGO is?
- vanuit een duidelijk omschreven begrip 'gericht PGO' op eenvormige manier inhoud gegeven wordt aan vormgeving en uitvoering van het 'gericht PGO'

6.3.3 Resultaten

Het onderwerp opent met de vraag of de beantwoorder zelf gericht PGO verricht. Van de 439 antwoorden is 85% bevestigend, gelijkmatig verdeeld over de drie leeftijdsgroepen. Wel zijn er verschillen naar type BGD. Bij het Rijk (PTT, RGD en NS) zeggen de bedrijfsartsen zelf minder aan PGO te doen (74%) dan bij de gezamenlijke en enkelvoudige diensten (89% respectievelijk 91%), de Gemeente (GG&GD en DGD) neemt een tussenpositie in.

De vervolgvraag gold alleen degenen die aangaven zelf gericht PGO te doen. Het ging erom welk percentage van de door de bedrijfsarts zelf verzorgde werknemers onderworpen wordt aan gericht PGO. De antwoorden bevestigen het vermoeden dat maar een deel van de werknemers een gericht PGO krijgt. Het merendeel van de bedrijfsartsen (65%) geeft op, dat gericht PGO gedaan wordt bij een kwart of minder van 'hun' werknemers, 20% van de bedrijfsartsen doet gericht PGO bij een kwart tot de helft en 15% van de bedrijfsartsen zegt gericht PGO te doen bij de helft of meer van 'hun' werknemers. Er werd verwacht dat het soort bedrijf hierin een rol zou spelen, hetgeen wordt bevestigd door de verschillen tussen de antwoorden van de verschillende typen BGD. Net als bij de vorige vraag is hier een aanmerkelijk verschil tussen bedrijfsartsen van (semi-)overheidsbedrijven en aan de andere kant enkelvoudige en gezamenlijke diensten, omdat bij beide laatste meer werknemers per bedrijfsarts een gericht PGO krijgen. Ook hier neemt de Gemeente een tussenpositie in (zie figuur 13).

Figuur 13. Verdelingen van percentageklassen werknemers die gericht PGO krijgen naar typen BGD



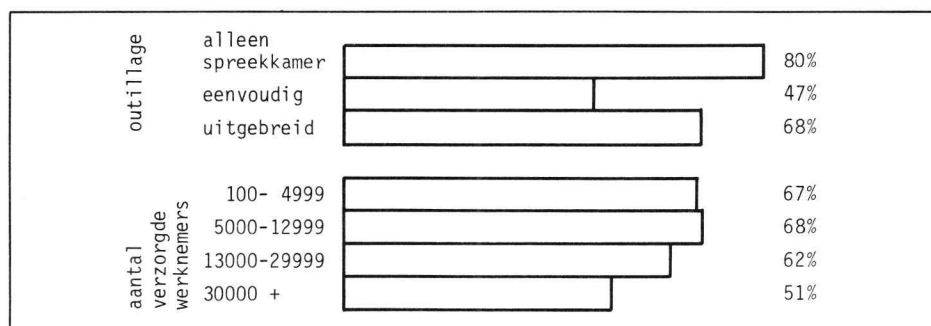
Het derde punt bij dit onderwerp is, of de bedrijfsarts vindt dat een gericht PGO genoeg inzicht geeft in de fysieke en mentale belastbaarheid van de onderzochte. Over de beoordeling van de fysieke draagkracht is veel overeenstemming, 87% van de bedrijfsartsen die zelf gericht PGO verrichten vindt dat het voldoende inzicht geeft in de fysieke belastbaarheid van de onderzochte, een percentage vrijwel onafhankelijk van leeftijd en van soort dienst waar men werkt. Daartegenover vindt slechts 44% dat gericht PGO voldoende inzicht geeft in de mentale draagkracht. Hierin speelt de soort dienst geen rol, maar wel de leeftijd. Van de jonge bedrijfsartsen vindt 36% dat gericht PGO voldoende inzicht geeft in de mentale draagkracht, dat percentage loopt op tot 51% in de oudste groep. De volgende vraag betreft de regelmatige evaluatie van verrichte

PGO's. Vele bedrijfsartsen blijken het door hen verrichte PGO te evalueren op enigerlei wijze: 62%. De enquête maakt helaas niet systematisch duidelijk waaruit die evaluatie dan wel bestaat. Wel blijkt een invloed van het type dienst; bij de (semi-)overheidsdiensten evalueert slechts 41% zijn PGO, bij de particuliere diensten (enkelvoudig en gezamenlijk) gebeurt dit met 67 à 68% aanzienlijk meer. De artsen bij GG&GD/DGD nemen weer een tussenpositie in in deze.

Om toch meer inzicht te krijgen in het evalueren van het PGO, zijn degenen die zeggen te evalueren vergeleken op een aantal andere onderwerpen uit de enquête. Zo blijkt de outillage een rol te spelen: van de 118 bedrijfsartsen die zeggen over slechts eenvoudige uitrusting te beschikken evalueert bijna de helft zijn PGO, van de 283 met uitgebreide outillage evalueert 68% hun PGO. De bedrijfsartsen bij de (semi-)overheid wijken hierin af: ook al hebben ze een uitgebreide outillage, dan nog evalueert daar maar de helft zijn PGO (zie bijlage 1.11 en 1.14).

Verder blijkt de omvang van de BGD samen te hangen met het evalueren. De grote diensten met meer dan 30.000 verzorgde werknemers (dus vooral PTT, RGD en NS) melden weinig eigen evaluatie. Misschien gebeurt dit daar centraal.

Figuur 14. Verdeling van het percentage dat het eigen PGO evalueert, naar outillage en omvang van de dienst



De aan- of afwezigheid van andere deskundigen in de BGD (automatiseringsdeskundige, socioloog, klinisch chemicus) heeft geen

invloed op de mate waarin de bedrijfsarts het PGO evalueert. Ook de aanwezigheid van uitgebreid medisch-fysisch of klinisch-chemisch onderzoek en van de mogelijkheid tot het verwerken van groepsgegevens hangt niet samen met het evalueren van het PGO door de bedrijfsarts (zie bijlage 1.9, 1.10 en 1.14 en figuur 14).

De volgende enquêtevraag is of men bij het uitvoeren van een PGO het vorige PGO ter inzage krijgt. Hierover is men bijna eenstemmig: 90% geeft aan, meestal of zelfs altijd het vorige PGO ter inzage te krijgen; hierbij zijn geen aanmerkelijke verschillen tussen leeftijdsgroepen of typen dienst.

Wat betreft het nut van het gericht PGO voor de werknemer: 74% van de respondenten vindt dit voldoende voor de werknemer. Deze mening is wat meer uitgesproken bij de oudere bedrijfsartsen dan bij de jongere (77% tegen 69%) en wat minder bij degenen die werken bij de GG&GD/DGD en bij de gezamenlijke diensten: 68% respectievelijk 71% tegenover 76% en 79% bij respectievelijk Rijk en enkelvoudige diensten.

Deze verschillen zijn niet groot en zelfs niet statistisch significant.

De volgende vraag is of de bedrijfsarts zelf geregeld aan gericht PGO zou moeten worden onderworpen. De antwoorden leveren een verrassing op, temeer omdat veel wat men voor anderen nuttig of nodig vindt, zelf niet graag zou ondergaan. Ruim twee derde (69%) van de bedrijfsartsen meent zelf geen gericht PGO nodig te hebben, wat impliceert dat 31% dit wél vindt. Er is geen duidelijke relatie hiervan met de leeftijd. Wel valt op dat bedrijfsartsen van het Rijk (PTT/RGD/NS) minder geïnteresseerd zijn in eigen PGO dan de overigen (22% tegenover 29 à 36%).

De laatste vraag van het onderwerp deed een beroep op de openheid van de beantwoorder: "In hoeverre draagt het doen van gericht PGO bij aan uw arbeidsvreugde als bedrijfsarts?" Voor 9% draagt het niet bij, voor 62% middelmatig en voor 29% draagt het gericht PGO

veel bij aan hun arbeidsvreugde.

De leeftijd speelt hierbij geen rol, wel is een verschil bij de typen dienst dat de artsen van PTT, RGD en NS minder arbeidsvreugde aan het uitvoeren van PGO beleven dan de overigen.

Opmerkingen van deelnemers

Een aantal respondenten kritiseert de vragen. Er wordt gewezen op onduidelijkheid wat er onder 'gericht PGO' moet worden verstaan, ook de afgrenzing van het algemeen periodiek onderzoek wordt onduidelijk genoemd. Opgemerkt wordt dat leeftijdsgebonden algemeen periodiek onderzoek ook als gericht PGO beschouwd kan worden, net als onderzoek naar de veiligheidsgeschiktheid van buschauffeurs en treinmachinisten. Sommige respondenten wilden zich bij 'gericht PGO' beperken tot het wettelijk verplichte PGO.

Veel opmerkingen gaan over de relatie tussen gericht PGO, werkplekbezoek en arbeidsomstandigheden. Gericht PGO zou moeten plaats vinden samen met of naar aanleiding van werkplekbezoek, een ontwikkeling die hier en daar al op gang komt. Een aantal bedrijfsartsen verricht al gericht PGO in de vorm van afdelingsbezoeken met standaardprotocol. Het gericht PGO kan zo aansluiten op specifieke arbeidsrisico's. Niet aan allen is duidelijk hoe men het gericht PGO van de grond moet krijgen: het verrichten van gericht PGO gaat in een aantal gevallen gelijk op met het ontwikkelen ervan.

Ook andere gegevens, zoals van spreekuur of ziekteverzuimregistratie, zouden volgens sommige suggesties bij het PGO betrokken moeten worden. Er werd soms gewezen op een tekort aan kennis over de directe relatie arbeid-gezondheidsschade, hetgeen het moeilijk maakt inhoud aan het begrip 'gericht PGO' te geven. Waarschijnlijk mede hierom wordt in de opmerkingen vaak aangedrongen op standaardisatie van het gericht PGO. Het is nog te weinig gericht, nog teveel APO. Er moeten goede protocollen worden ontwikkeld en er zou alleen gericht PGO gedaan moeten worden als duidelijk is dat er een meetbare relatie tussen belasting en belastbaarheid bestaat. Hoewel mentale belasting bijzonder moeilijk meetbaar is, zou toch meer aandacht aan psychosociale omstandigheden gegeven moeten worden. Hierbij wordt uitgebreide aandacht voor de beleving van de arbeidsomstandigheden van wezenlijk belang genoemd.

Veel opmerkingen gaan in op het ombuigen van APO in gericht PGO. Het cliëntsysteem wil echter vaak liever APO, waardoor er onvolgende tijd overblijft voor gericht onderzoek.

Enkelen vinden PGO alleen een tijdverslindende activiteit. Anderen zien PGO als een niet onbelangrijke methode om goodwill

te kweken en als zinvolle contactmogelijkheid met werknemers die niet of weinig verzuimen, mits het tot een open, persoonlijk gesprek komt. Meermalen wordt vermeld dat in de arbeidsvreugde van de bedrijfsarts het gericht PGO een veel grotere rol speelt dan het APO. Een groep beantwoorders meent dat het tijdsbeslag van PGO voor de bedrijfsarts gering is en dat het onderzoek voor het grootste deel door paramedisch personeel kan worden uitgevoerd, waarbij ook de steun van industrieel hygiënist, psycholoog en maatschappelijk werkenden wordt aanbevolen.

Soms wordt als gebrek van het huidige PGO aangegeven dat het op dit moment onmogelijk is, het op groepsniveau te evalueren. Het gerichte PGO van een groep kan structurele problemen naar boven brengen. Er wordt op gewezen dat longitudinaal onderzoek van één waarneming of van groepsresultaten belangrijker is dan het trans-versaal vergelijken met een standaardwaarde. Rendement en voldoening uit het verrichten van PGO worden vooral bepaald door de mogelijkheid groepsgegevens te bewerken. De bedrijfsgeneeskundige advisering kan hierdoor beter onderbouwd worden.

Ook werden bedenkingen tegen gericht PGO geuit. Een kleine compilatie van opmerkingen kan misschien aanleiding zijn tot kritische bespiegelingen:

- Gericht PGO is alleen ethisch verantwoord, als werkgever en werknemer bereid zijn veranderingen aan te brengen in de arbeidsomstandigheden en gedragingen die ten grondslag liggen aan bij PGO gevonden afwijkingen. De rechten en plichten van beide partijen behoren in dezen in de CAO geregeld te zijn.
- PGO wordt gezien als een uitspraak over de totale gezondheid. Daar PGO dit nooit kan geven, is het bedrieglijk en kan het leiden tot valse zekerheid bij de betrokkenen. Toch wordt de schijn van noodzakelijkheid zorgvuldig in stand gehouden. Ook hier is het handelen meer magisch dan functioneel.
- Gericht PGO is eigenlijk 'het sussen van het geweten' van de bedrijfsgeneeskunde. De gevaren van de hoog-geïndustrialiseerde samenleving, die gevaren accepteert, worden hierdoor verdoezeld.

6.3.4 Discussie

De resultaten wijzen op een probleem dat niet was voorzien: de respondenten vatten het begrip PGO verschillend op. De enquête gaf geen voldoende definitie zodat de antwoorden niet zonder meer

te vergelijken zijn. Soms doet men nog steeds alleen APO zonder referentie aan de arbeidsomstandigheden. Er wordt door velen aangedrongen op beleid en richtlijnen met betrekking tot PGO, normen en omschrijving van wat wel en niet onderzocht behoort te worden. Ook wordt het belang benadrukt van het aggregeren van individuele PGO-gegevens tot groepsgegevens, iets dat nog op te weinig diensten mogelijk is.

Toetst men nu de resultaten aan de nota van het College voor Bijstand en Advies (1982), dan bevat dit stuk wel een goede inventarisatie van wat PGO momenteel kan inhouden, maar het lijkt op twee gedachten te hinken. Onder het mom van gericht onderzoek wordt het zogenaamde leeftijdsonderzoek weer als een vorm van PGO aanbevolen. Hoewel de nota het kader waarin het PGO plaatsvindt, goed aangeeft, bevat het stuk te weinig handreikingen om een gericht PGO concreet vorm te kunnen geven. De nota voldoet niet aan de behoefte die uit deze enquête blijkt, namelijk aan concrete normen en waarden waaraan een PGO moet voldoen.

Uit de verkregen gegevens kunnen een aantal algemene lijnen afgeleid worden. Eerst wat betreft het uitvoeren van PGO. De meeste bedrijfsartsen verrichten zelf daadwerkelijk PGO, zij het bij de overheid minder dan bij particuliere diensten. Misschien dat bij de (semi-)overheid het PGO centraal wordt uitgevoerd of door een rondreizende keuringseenheid. Dit betekent dat aan de gerichtheid van het PGO afbreuk wordt gedaan en dat hier eigenlijk van een verkapt APO gesproken moet worden.

Natuurlijk worden niet alle door een bedrijfsarts verzorgde werknemers onderworpen aan gericht PGO. De grootste aantallen werknemers per bedrijfsarts die een PGO krijgen, worden aangetroffen bij de enkelvoudige en gezamenlijke BGD'en. Hoewel het soort verzorgde bedrijf een rol speelt, is de conclusie dat bedrijfsartsen bij deze particuliere diensten meer aan gericht PGO doen dan anderen. Het zou interessant zijn, deze constatering in verband te brengen met gegevens over de tijdsbesteding in de verschillende soorten diensten. Bij de gezamenlijke diensten is het PGO een con-

tractueel vastgelegde verrichting, maar dat hoeft voor de eenvoudige diensten niet te gelden. Bedrijfsartsen bij de (semi-) overheid hebben veelal een gecombineerde verzekerings- en bedrijfsgeneeskundige taak, waardoor minder tijd overblijft voor typisch bedrijfsgeneeskundig handelen zoals het gericht PGO.

De meeste bedrijfsartsen zijn van mening dat gericht PGO goed inzicht geeft in de fysieke belastbaarheid van het individu en daarom van nut is. Over de mogelijkheid om ook de mentale draagkracht te schatten is men minder zeker, zeker wat betreft de jongere bedrijfsartsen. De oudere literatuur legt de nadruk op een open en persoonlijk gesprek als PGO, bij het moderne PGO ligt de nadruk meer op het door paramedische krachten verkrijgen van parameters die geacht worden een gezondheidkundige indicatie te geven. Een onbeantwoorde vraag is of oudere artsen nog steeds het gesprek als belangrijkste bron van informatie gebruiken, of ze een andere achtergrond en meer ervaring en meer inzicht hebben in de menselijke psyche of dat ze zich wat dit betreft overschatten.

Elders in de enquête wordt gevraagd naar de betrouwbaarheid van het aanstellingsonderzoek om de fysieke belastbaarheid vast te stellen. De antwoorden stemmen overeen met de overeenkomstige vraag bij het onderwerp 'gericht PGO'. De grote meerderheid vindt dat zowel PGO als aanstellingskeuring goed inzicht geeft in de fysieke belastbaarheid, en dit onafhankelijk van leeftijd of type dienst. Ook is er grote overeenstemming in de antwoorden over het inzicht in de mentale belastbaarheid door PGO en door de aanstellingskeuring. Hier wordt echter de aanstellingskeuring meer vertrouwd dan het PGO: bijna een kwart (24%) van hen die vinden dat een PGO geen goed inzicht geeft in de mentale belastbaarheid, vinden dat een aanstellingskeuring dit wel doet. Dit geldt vooral voor de twee oudste leeftijdsgroepen en de artsen bij gezamenlijke en enkelvoudige BGD'en.

Driekwart van de respondenten vindt dat de onderzochten voldoende nut van PGO hebben. Nu zal het gemakkelijker zijn te antwoorden dat iets zin heeft en nuttig is wat men doet, dan dat het on-

zinnig of nutteloos is. De meerderheid is echter groot genoeg om toch te kunnen concluderen dat de meeste bedrijfsartsen de zin van gericht PGO onderstrepen.

Op grond van de literatuur was de verwachting, dat er nauwelijks iets gedaan zou worden aan het evalueren van het onderzoek. Het tegendeel blijkt waar, want de meeste deelnemers zeggen op enigerlei manier het door hen verrichte PGO te evalueren.

Het valt op dat vooral enkelvoudige diensten veel het PGO evalueren. Misschien speelt een rol dat hier de evaluatie verricht kan worden door een centrale stafafdeling, ook is mogelijk dat bij deze diensten een afwijkende attitude tegenover het PGO bestaat. Een minimumgarantie voor kwaliteit is in ieder geval dat vrijwel alle bedrijfsartsen de vorige PGO-gegevens ter beschikking krijgen, zodat individueel een zekere continuïteit wordt verkregen. Hoe de evaluatie van het gericht PGO plaatsvindt kan niet uit de gegevens worden opgemaakt, het zou nader onderzocht moeten worden. Omdat ook de opmerkingen van de deelnemers hier niet op ingaan is hier een andere weg gevolgd. Er is nagegaan welke kenmerken van de BGD samenhangen met het wel of niet evalueren. Hierbij blijkt dat in goed uitgeruste diensten meer wordt geëvalueerd en in de zeer grote diensten (PTT, NS en RGD) minder dan gemiddeld. Opmerkelijk is dat de aan- of afwezigheid van niet-medische deskundigen op een dienst geen invloed heeft.

Een derde van de bedrijfsartsen zou zelf aan PGO onderworpen willen worden, maar de bedrijfsartsen bij de (semi-)overheid hebben deze behoefte minder dan anderen. Ook zeggen deze artsen bij het Rijk relatief vaak dat het doen van gericht PGO weinig aan hun arbeidsvreugde bijdraagt, terwijl bij de andere typen BGD het PGO juist door velen met plezier gedaan wordt.

Vatten we de conclusies samen, dan is duidelijk dat de meeste bedrijfsartsen positief staan ten opzichte van gericht PGO, het wordt nuttig gevonden en het geeft voldoende inzicht in de fysieke belastbaarheid. Er wordt veel aan evaluatie van het PGO gedaan, maar niet duidelijk is hoe. Verder wordt het begrip 'ge-

richt PGO' niet steeds op dezelfde manier geïnterpreteerd. Er zou moeten worden nagegaan wat de meest recente richtlijnen hierover zeggen, vooral de nota "Periodiek Geneeskundig Onderzoek in de Bedrijfsgezondheidszorg" van het College voor Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde (1982).

6.4 Samenwerking bedrijfsarts - curatieve sector*

6.4.1 Inleiding

De verschillende geneeskundige disciplines hebben elk hun eigen kijk op de manier waarop de gezondheid beïnvloed wordt. Daarom is tussen die disciplines uitwisseling van informatie nodig omdat pas zo een totaaloverzicht tot stand kan komen dat nodig is om een optimaal preventief of curatief plan op te kunnen zetten. Bij de adviezen van de Landelijke Specialistenvereniging zowel als van de Landelijke Huisartsenvereniging aan hun leden valt op, dat informatie-uitwisseling of intercollegiaal overleg nergens ter sprake komt. In de bedrijfsgeneeskundige praktijk komt het vaak voor dat de bedrijfsarts als zuivere controle-arts gezien wordt door anderen en dat hij ook als zodanig wordt aangeschreven. Vaak ook wordt hij geïdentificeerd met het bedrijf en het komt vaak voor, dat behandelende artsen menen dat overleg met de bedrijfsarts de arts-patiënt-relatie nadelig kan beïnvloeden.

De standaardwerken op bedrijfsgeneeskundig gebied geven slechts een summiere beschrijving van de samenwerking tussen de bedrijfsarts en zijn curatieve collegae. Wel wordt hierbij steeds gewezen op onbekendheid van de bedrijfsgeneeskunde bij de curatieve sector. De Wet op de Bedrijfsgeneeskundige Diensten (1953) noemt bij de opsomming van de taken van de bedrijfsarts waar het gaat om de verhouding bedrijfsarts-curatieve sector, alleen de afgrenzing

* Zie voor de scriptie, waarop deze paragraaf is gebaseerd, Van der Burg (1984).

ten opzichte van de huisartsgeneeskunde: niet treden in de verhouding van de patiënt tot zijn huisarts.

De ARBO-wet heeft hier geen verandering in gebracht. In de literatuur wordt in plaats van samenwerking steeds een scheiding van taken benadrukt. Ook de NVAB (1981) legt in een standpuntsbepaling nog eens het accent op de scheiding van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige taken. In de verdere literatuur is weinig over samenwerking gevonden, wat er is loopt naar mening uiteen (zie Van der Burg, 1984). Onlangs heeft echter de overheid (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1983) een aanzet gegeven voor opgelegde samenwerking, met de adviesaanvraag aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregelingen.

6.4.2 Vraagstelling

De wetgeving en de betreffende voorschriften van deskundigen beschrijven voornamelijk begrenzingsen, ze geven geen maatstaven voor samenwerking of uitwisseling van informatie. Ze zijn ook niet goed kwantitatief of kwalitatief te evalueren. Literatuur en standpunten zoals van LSV en LHV zijn aanleiding tot vragen naar kwantiteit, kwaliteit, inhoud en beoordeling van de contacten met de curatieve sector door de bedrijfsartsen.

Het wel of niet moeten uitvoeren van verzekeringsgeneeskundige taken (VG-taken) door de bedrijfsarts is onderwerp van een controverse. Hoewel het verzekeringsgeneeskundig aspect in principe weinig te maken heeft met de contacten bedrijfsarts-curatieve sector, blijkt toch in de praktijk dat verzekeringsgeneeskundige aspecten hier invloed op hebben. Verder bestaat er een onderwaardering voor verzekeringsgeneeskundige taken en voor de bedrijfsarts die ze uitvoert, en die deze taken ten aanzien van de ziekteverzuimcontrole combineert met zijn bedrijfsgeneeskundige werk. Daarom is een vraag, of het uitvoeren van verzekeringsgeneeskundige

taken de contacten met de curatieve sector beïnvloedt, en zo ja, of dit een invloed ten goede of ten kwade is.

Wat betreft de bedrijfsgeneeskunde zelf, afgezien van de contacten met de curatieve sector, is er een interne discussie en een standpunt van de NVAB. De vraag hierbij is of de Nederlandse bedrijfsartsen vinden dat een verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van het ziekteverzuim onderdeel van het takenpakket van de bedrijfsarts moet zijn of niet. De vragen en antwoorden van dit onderwerp in het enquêteformulier worden vermeld in bijlage 1.15.

6.4.3 Resultaten

Net als bij de overige onderwerpen moest het aantal vragen beperkt blijven om de omvang van het vragenformulier binnen de perken te houden. Gegeven deze beperking is een aantal vragen gericht op aard en hoeveelheid van de contacten met de curatieve groep, terwijl een ander deel gericht is op de waardering van die contacten. De laatste reeks vragen betreft de omstreden verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van de ziekteverzuimbegeleiding, de wenselijkheid en mogelijke nadeligheid hiervan in het verkeer met de curatieve sector.

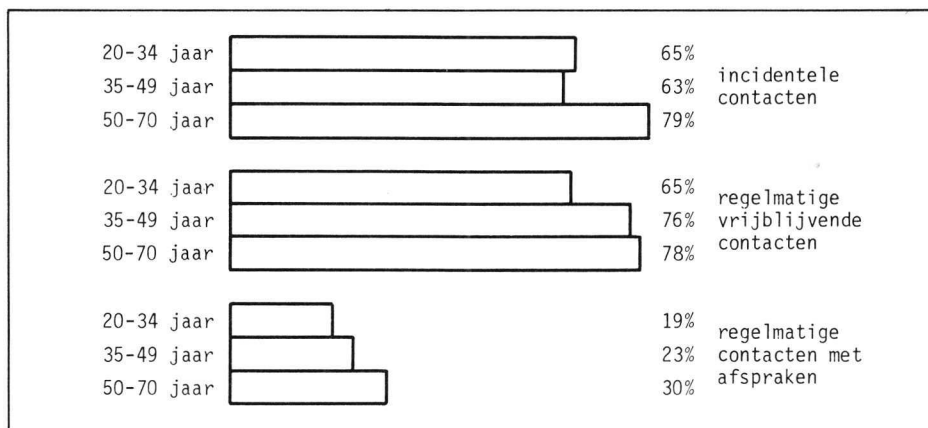
Minder dan een kwart (23%) van de deelnemende bedrijfsartsen geeft aan, regelmatige contacten met afspraken te hebben met de curatieve sector. Het merendeel van de bedrijfsartsen (73%) heeft weliswaar regelmatige, maar verder vrijblijvende contacten. Ook komen veel incidentele contacten voor (69% van de deelnemers).

In de regelmatige contacten met afspraken valt op dat de jongste leeftijdsgroep deze het minst noemt, terwijl er met stijgende leeftijd meer van dit soort contacten komen. Hetzelfde geldt voor de regelmatige vrijblijvende contacten.

Alle soorten contacten worden het meest gemeld door de oudste leeftijdsgroep (zie figuur 15). Voor de twee eerste soorten con-

tacten is er een significant verschil tussen de leeftijdsgroepen.

Figuur 15. Verschillende soorten contacten, verdeeld naar leeftijdsgroepen



Bij de laatste soort contacten (regelmatig met afspraak) zijn de verschillen niet significant.

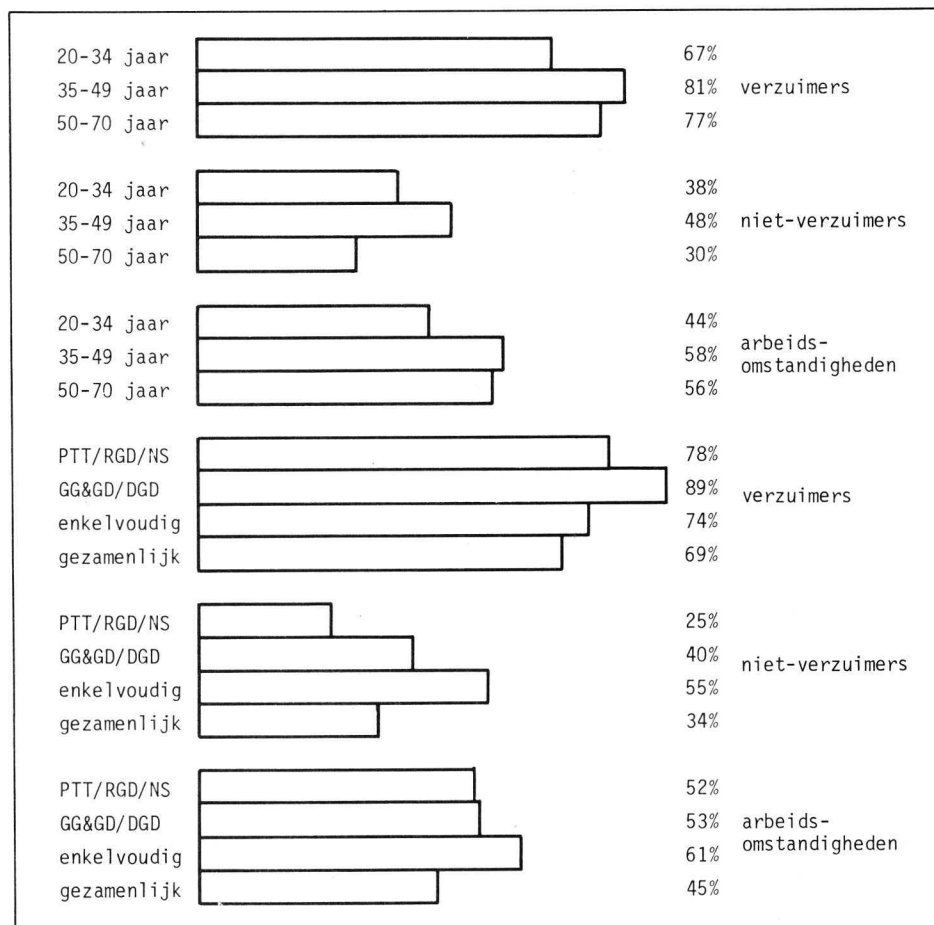
In de verdelingen naar type dienst is er alleen bij de incidentele contacten een aanzienlijk verschil: deze komen het minst vaak voor bij GG&GD/DGD (52%) en het meest (78%) bij de eenvoudige diensten. De beide andere typen dienst vallen daar uiteraard tussen. Verder komen vrijblijvende regelmatige contacten zowel als regelmatige contacten met afspraken nog het meest voor bij de Gemeente (GG&GD + DGD met respectievelijk 83% en 32%).

Om na te gaan of de contacten met huisartsen verminderen als er andere dringende zaken zijn, werd vastgesteld of incidentele contacten met huisartsen vaker voorkomen bij bedrijfsartsen die zeggen, geregeld onder tijdsdruk te werken. Ruim de helft van de bedrijfsartsen (57%) zegt, geregeld onder tijdsdruk te werken; maar er is geen verschil in de incidentele contacten van bedrijfsartsen met en zonder tijdsdruk.

De inhoud van de contacten gaat vooral om verzuimers (75%), ook wel vaak over de arbeidsomstandigheden (52%), maar minder over niet-verzuimende werknemers (39%). Hierbij treden verschillen op

naar leeftijdsgroep en naar soort BGD. Zie figuur 16.

Figuur 16. Verdelingen van de inhoud van de contacten met de curatieve sector naar leeftijd en type dienst.



Alle verschillen naar leeftijdsgroep zijn significant, waarbij de middelste leeftijdsgroep van 35 tot 49 jaar de meeste contacten blijkt te hebben. De soorten dienst verschillen alleen sterk naar contacten over verzuimers en over niet-verzuimers, niet over arbeidsomstandigheden. De gezamenlijke diensten melden de laagste aantallen contacten over verzuimers vergeleken met de andere diensten, maar ook daar geeft nog twee derde (69%) van de bedrijfs-

artsen aan, contacten over verzuimende werknemers te hebben. De gezamenlijke diensten hebben ook de laagste aantallen contacten over arbeidsomstandigheden in verband met de gezondheid van de werknemer. Dit contrasteert wel significant met de drie andere typen BGD te zamen. Verder valt op dat de enkelvoudige diensten de meeste contacten over niet-verzuimers en over arbeidsomstandigheden hebben. Het laatste weer alleen dan significant als de drie andere typen dienst als blok worden beschouwd.

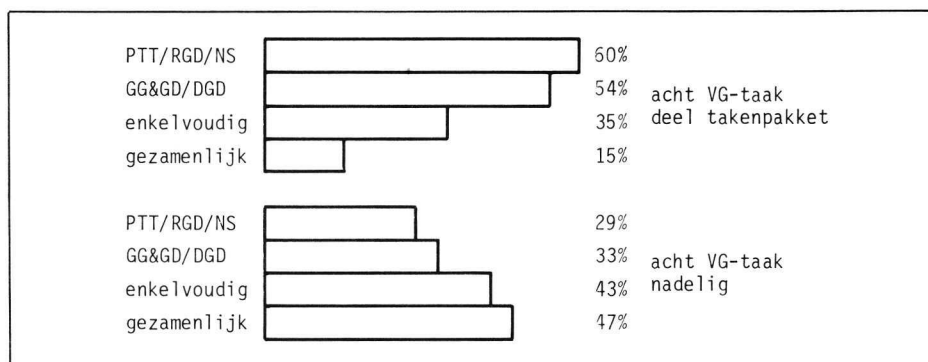
De bedrijfsartsen zijn overwegend tevreden over de contacten met de curatieve sector, 82% is tevreden over de contacten met de huisartsen en 65% over die met de specialisten. Gemeten naar leeftijd blijkt dat met toenemende leeftijd ook de tevredenheid met de curatieve sector toeneemt; een stijging die wat betreft de specialisten duidelijker is dan wat betreft de huisartsen. De groep PTT/RGD/NS scoort opvallend hoog op tevredenheid (86% respectievelijk 78% tevredenen), terwijl de gezamenlijke diensten het laagst scoren (80% respectievelijk 57%).

Verwacht zou kunnen worden dat de bedrijfsartsen die ex-huisarts zijn, meer dan anderen tevreden zijn over hun lopende contacten met huisartsen. Daarom werden aan de hand van dat achtergrondgegeven van een ander hoofdstuk twee groepen onderscheiden: wel en geen huisartsenverleden. Dit blijkt echter niet in de tevredenheid met de contacten uit te maken: met de huisartsen noch met de specialisten.

Slechts een kwart van de bedrijfsartsen (27%) meent dat huisartsen voldoende rekening houden met de arbeidsomstandigheden van hun patiënten, de specialisten worden wat dit betreft nog lager gewaardeerd; slechts een achtste van de bedrijfsartsen vindt dat specialisten daar rekening mee houden. In deze uitkomsten is er één verschil naar type dienst: bij het Rijk is men vaker van oordeel dat specialisten voldoende rekening houden met de arbeidsomstandigheden (26%) dan bij de andere typen dienst (8% tot 13%).

Ongeveer een derde van de respondenten (35%) vindt dat verzekeringsgeneeskunde onderdeel hoort te zijn van het takenpakket van de bedrijfsarts. De leeftijdsgroepen wijken hier niet sterk van af, maar er zijn grote verschillen tussen de verschillende typen BGD (figuur 17).

Figuur 17. Percentages respondenten die een verzekeringsgeneeskundige taak rekenen tot het takenpakket van de bedrijfsarts respectievelijk die verzekeringsgeneeskunde een nadeel vinden, naar typen BGD

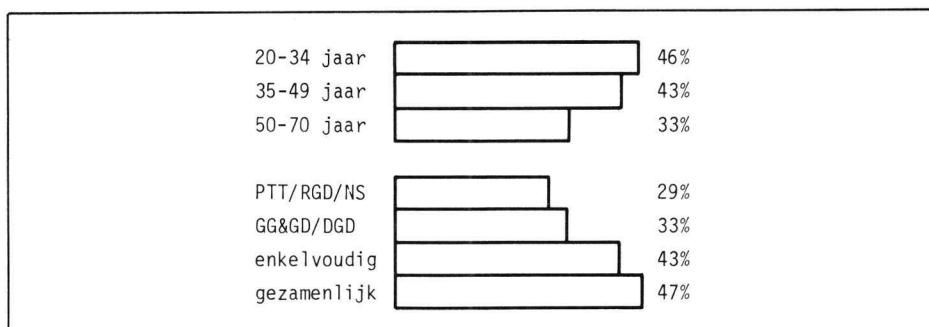


De meerderheid van de bedrijfsartsen bij de overheid rekent VG-activiteiten tot het takenpakket (Rijk 60%, Gemeenten 54%), bij de particuliere diensten geldt het tegendeel (enkelvoudig 35%, gezaamenlijk 15%).

Een minderheid van bedrijfsartsen (40%) vindt dat een VG-taak nadelig is voor de contacten: in de leeftijdsverdeling blijkt deze mening minder bij oplopende leeftijd voor te komen. In de particuliere diensten wordt meer dan bij de overheid nadeel verwacht. Echter, voor bedrijfsartsen met verzekeringsgeneeskundige taak blijken de enkelvoudige diensten gelijk te zijn aan Rijk en Gemeente in hun oordeel over de nadeligheid.

De verschillen naar soort dienst leren dat men meer nadeel verwacht in de diensten waar weinig verzekeringsgeneeskundige taken worden uitgevoerd (figuur 17). Figuur 18 geeft ook de leeftijdsverdeling.

Figuur 18. Percentages oordelen dat een VG-taak nadelig is voor de contacten met de curatieve sector, naar leeftijd en type BGD



Het verwachte nadeel komt het meest voor in de middelbare en oudste groep, minder in de jongste, misschien door gebrek aan ervaring of door een andere opstelling. Verder blijkt dat van de bedrijfsartsen die verzekeringsgeneeskunde als deel van hun taak zien, slechts 12% nadelen daarvan verwacht in hun contacten met de curatieve sector, zonder leeftijdsverschillen. Bij de enkelvoudige en gezamenlijke diensten verwachten degenen die vinden dat VG tot hun taak behoort minder problemen daarvan dan de anderen.

Eerder werd de tevredenheid over de contacten met huisartsen en specialisten behandeld; splitsing van bedrijfsartsen in een groep met en één zonder VG-taak maakt vrijwel niets uit in de gemelde waardering. Ook de groep die bang is voor nadelige effecten van een verzekeringsgeneeskundige taak voor hun curatieve contacten, wijkt niet significant af in hun waardering van de contacten met huisartsen van de totale groep bedrijfsartsen, waarbij ook een verdere onderverdeling naar type BGD en naar leeftijd geen verschil maakt. De groep die nadelen verwacht van een VG-taak in hun contacten is wel minder tevreden over hun contacten met specialisten dan de totale groep (57% respectievelijk 65% tevreden).

Gaat men uit van de mate van tevreden zijn over de contacten met de curatieve sector, zoekend naar diegenen die nadeel van de VG-

taak verwachten, dan blijken er verschillen tussen leeftijdsgroepen en tussen typen BGD. Deze informatie stemt overeen met wat eerder gevonden werd bij de vraag of een verzekeringsgeneeskundige taak nadelig is voor de contacten met de curatieve sector: oplopende leeftijd minder nadeel verwacht; meer nadeel verwacht in diensten waar minder VG-taken worden verricht.

Wat de verder inhoudelijke kant betreft: gemiddeld 39% van de bedrijfsartsen heeft regelmatig contacten over niet-verzuimers; de bedrijfsartsen met een verzekeringsgeneeskundige taak wijken hier met 38% nauwelijks van af.

Tussen de groepen bedrijfsartsen met en zonder regelmatige contacten over de arbeidsomstandigheden werd geen verschil gevonden, noch in de waardering voor de huisartsen, noch in die voor de specialisten. Als verbijzondering werd al vermeld dat alleen bij de groep PTT/RGD/NS relatief velen vinden dat de specialisten met wie men regelmatig contacten heeft, voldoende rekening houden met de arbeidsomstandigheden.

Opmerkingen van deelnemers

In totaal 142 respondenten plaatsten 187 verschillende opmerkingen, die vooral uit de oudste groep komen. De opmerkingen en suggesties lopen net als bij de andere onderwerpen, sterk uiteen.

De opmerkingen over de waardering van de contacten met de curatieve sector zijn zowel negatief als positief of neutraal. Voor zover ze de kennis betreffen die bij de curatieve sector verondersteld wordt over de arbeidsomstandigheden, vielen ze overwegend negatief uit. Vaak wordt ingegaan op het beeld dat de buitenwacht van de bedrijfsarts heeft. Dit is altijd in ongunstige zin. Hier wordt de ongunstig veronderstelde combinatie bedrijfsarts/verzekeringsgeneeskundige bij genoemd.

Een aantal opmerkingen betreft teleurstelling door de eenzijdigheid van de contacten: de contacten worden niet gelegd door de curatieve sector, het initiatief gaat steeds uit van de bedrijfsarts. Enkelen gaan verder nog in op frustraties door financiële voorwaarden die door de curatieve sector worden gesteld aan contacten.

Toelichtingen gaan verder over ongeïnteresseerdheid bij de cura-

tieve sector, die samengaat met een combinatie van neerbuigendheid ten opzichte van en gebrek aan kennis over de bedrijfsgeneeskunde. Er worden suggesties gedaan om het beeld van de bedrijfsgeneeskunde te verbeteren; als mogelijkheden worden genoemd: algemene voorlichting aan de curatieve sector, uitgebreide aandacht voor de functie van de bedrijfsgeneeskunde tijdens de basisopleiding en nascholingen, meer aanwezigheid van bedrijfsartsen bij bijeenkomsten van LHV en KNMG, en uitnodigingen aan de curatieve sector om op de BGD'en te komen.

Andere toelichtingen gaan over de verzekeringsgeneeskundige taak, waarbij sommigen menen dat een VG-taak bij het ziekteverzuim bij de curatieve sector zou moeten liggen.

6.4.4 Discussie

De literatuur doet verwachten dat er weinig contacten tussen bedrijfsgeneeskunde en curatieve sector zouden zijn, maar de uitkomsten wijzen in een andere richting. Althans kwantitatief zijn er veel contacten. Aan de kwalitatieve kant benadrukt de literatuur scheiding van geneeskundige taken, onbekendheid met elkaars terrein en gebrek aan samenwerking. Dit wordt in dit onderzoek bevestigd. Er zijn veel incidentele of ook wel regelmatige vrijblijvende contacten, maar regelmatige contacten waarin afspraken met de curatieve sector worden gemaakt worden slechts door minder dan een kwart van de bedrijfsartsen gemeld. Er is dus wel veel uitwisseling van informatie, maar weinig echte samenwerking, de scheiding tussen de sectoren wordt in stand gehouden.

Wat betreft de inhoud: de regelmatige contacten gaan voor het grootste deel over verzuimende werknemers, pas in tweede aanleg betreft het de arbeidsomstandigheden in verband met de gezondheid. Slechts waar het gaat om niet-verzuimers zou gesproken mogen worden over werkelijke samenwerking tussen bedrijfsarts en curatieve sector, maar juist deze contacten komen in alle categorieën bedrijfsartsen het minst vaak voor.

Verder is de literatuur vaak negatief over het contact bedrijfsarts-curatieve sector, maar in tegenstelling hiermee zijn veel

bedrijfsartsen tevreden over deze contacten. Omdat de meeste contacten gaan over verzuimers en arbeidsomstandigheden, is de enige conclusie dat die tevredenheid zich beperkt tot de eigen kant van het contact. Dit ook omdat men overwegend vindt dat huisartsen en specialisten onvoldoende rekening houden met de arbeidsomstandigheden van hun patiënten, en daar ook te weinig van op de hoogte zijn. Die tevredenheid heeft dus geen betrekking op de door de bedrijfsarts gewenste samenwerking inzake de arbeidsomstandigheden ten gunste van de gezondheid. Misschien houdt de tevredenheid verband met de eenzijdige uitwisseling (= levering door bedrijfsarts) van informatie over verzuim of werkomstandigheden. Dit laatste is niet waarschijnlijk omdat de contacten niet in meerderheid over de arbeidsomstandigheden gaan. Ook speelt mee dat de opgave van veel of weinig regelmatige contacten met de curatieve sector niet uitmaakt in het oordeel over het rekening houden binnen de curatieve sector met de arbeidsomstandigheden van de patiënten. Er zijn twee conclusies mogelijk: de regelmatige contacten gaan niet over de arbeidsomstandigheden, of ze gaan daar misschien wel over, maar zijn niet relevant volgens de curatieve sector. Omdat een groot deel van de opmerkingen van de respondenten gaan over de onbekendheid of de negatieve opstelling van de curatieve sector ten opzichte van de bedrijfsgeneeskunde, en er tegelijk suggesties gegeven worden om het beeld van de bedrijfsgeneeskunde te verbeteren, lijkt de bedrijfsarts zelf mede debet aan de onbekendheid van de curatieve sector met de arbeidsomstandigheden.

Een voortdurend thema is de verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van de ziekteverzuimbegeleiding. Zeker de helft van de bedrijfsartsen heeft een VG-taak in het takenpakket. Twee derde van hen vindt dat dat ook zo hoort te zijn, tegenover 35% van de totale groep bedrijfsartsen. In de gezamenlijke diensten is de aversie tegen deze taak groot. De literatuur en het standpunt van de NVAB benadrukken een scheiding van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige taken, maar dit is geen standpunt van

een duidelijke meerderheid van bedrijfsartsen. Evenmin blijkt die scheiding gebaseerd te kunnen worden op de ervaringen van bedrijfsartsen, want waar ongeveer 60% van de bedrijfsartsen vindt dat een verzekeringsgeneeskundige taak niet nadelig is voor de contacten, ligt dit percentage bij de bedrijfsartsen met verzekeringsgeneeskundige taken zelfs rond de 70%. Dit geldt ook voor de diensten waar VG-taken feitelijk worden uitgevoerd.

Ruim een derde (35%) van de bedrijfsartsen vindt dat de verzekeringsgeneeskundige taak tot hun takenpakket zou moeten behoren en slechts 12% van hen verwacht daarvan nadelige effecten in hun contacten met de curatieve sector.

Gezien de inhoud van die contacten blijkt het hebben van VG-taken geen invloed te hebben op het voorkomen van contacten over niet-verzuimers.

Concluderend: er zijn veel contacten, niet alle aspecten hiervan konden in de enquête aan de orde komen, maar duidelijk is dat de overwegende mening is dat de curatieve sector een negatieve instelling heeft tegenover de bedrijfsgezondheidszorg. De meeste contacten zijn incidenteel, voor zover er regelmatige contacten zijn, zijn die voor het merendeel vrijblijvend. De samenwerking lijkt zich meer op geneeskundig niveau sec dan op bedrijfsgeneeskundig niveau af te spelen. Eigenlijk gaat het daarbij slechts om uitwisseling van informatie want de arbeidsomstandigheden komen niet op de eerste plaats, dus aan de kern van de zaak komt men niet goed toe. Des te merkwaardiger dat veel bedrijfsartsen toch over hun contacten met de curatieve sector tevreden zijn. Vermoedelijk leggen ze daarbij teveel het accent op de curatieve kant en te weinig op de arbeidsomstandigheden. Blijkens de kwalitatieve en inhoudelijke gegevens van de contacten wordt hiermee niet aan de definitie van bedrijfsgezondheidszorg voldaan (gezondheidsaspecten van de relatie tussen mens en arbeid).

Verder blijken volgens veel bedrijfsartsen verzekeringsgeneeskundige taken geen nadelige invloed te hebben op het contact met de

curatieve geneeskunde. De bedrijfsartsen met een VG-taak denken daar overigens veel positiever over dan de bedrijfsartsen zonder. Verder valt op dat de gezamenlijke diensten sterk afwijzend staan tegenover VG-taken en dat hun contacten met de curatieve sector vooral gaan over verzuimende werknemers. In feite lijken zij zich op een verzekeringsgeneeskundig raakvlak begeven te hebben. Hoewel er veel contacten met de curatieve sector zijn, is er nauwelijks sprake van samenwerking. Het oordeel is dat slechts een kwart van de huisartsen genoeg rekening houdt met de arbeidsomstandigheden van hun patiënten. Voor de overige huisartsen zou de conclusie kunnen zijn dat zij niet als integraal arts kunnen worden gezien. De tevredenheid van bedrijfsartsen over hun contacten betreft niet de bedrijfsgeneeskundige inhoud daarvan. Bedrijfsartsen die zich ergeren aan de onbekendheid bij en de ongeïnteresseerdheid van de curatieve sector, kan verweten worden dat ze zichzelf niet voldoende profileren ten opzichte van de curatieve sector. In de geneeskundige basisopleiding zou meer aandacht aan de bedrijfsgeneeskunde gegeven moeten worden, en verder zouden de NVAB en de perifere kringen de curatieve sector beter moeten voorlichten. Het standpunt van de NVAB tenslotte inzake de scheiding van bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde blijkt weinig empirische steun te krijgen, heroverweging hiervan verdient aanbeveling.

6.5 Onderzoek van werkplek en bedrijf*

6.5.1 Inleiding

De ARBO-wet omschrijft één van de wezenlijke taken van de bedrijfsarts als "het zich op de hoogte houden van de omstandigheden waaronder de arbeid wordt verricht, zoals temperatuur, vochtigheid, luchtbeweging, stof, verlichting, geluid, ergonomische geschiktheid en zindelijkheid". Werkplekbezoek is het middel bij uitstek

* Zie voor de scriptie, waarop deze paragraaf is gebaseerd, Baidjoe (1983).

om deze wettelijk opgedragen taak uit te voeren. Werkplekbezoek heeft in de bedrijfsgeneeskunde altijd al een belangrijke rol gespeeld (Dijkstra e.a., 1978): het stelt de bedrijfsarts in staat om betrekkelijk eenvoudig geïnformeerd te raken over situaties die de gezondheid bedreigen (arbeidshygiëne), het geeft informatie over de medische aspecten van functies met het oog op plaatsing en het maakt duidelijk waar klachten van werknemers over gaan. Burger (1978) stelde dat het arbeidsterrein van de bedrijfsarts niet de spreekkamer of het laboratorium is, maar de bedrijfsruimte. Zijn handboek (1974) wijdt dan ook een afzonderlijk hoofdstuk aan de inspectie van werk en werkplekken. Ook anderen wijzen op het belang van werkplekbezoek door de bedrijfsarts met zijn klinische blik, door de bedrijfsverpleegkundige vanwege diens 'snuffelfunctie', of door beide samen, al dan niet met anderen. Recent is de jaarrede van De Boer (1983), die de bedrijfsartsen aanspoort om meer op de werkvloer aanwezig te zijn.

Het werkplekbezoek heeft een ontwikkeling doorgemaakt. Aanvankelijk had de bedrijfsarts ('fabrieksarts') aandacht voor de werknemer als potentiële drager van ziekten zoals TBC. Pas rond 1950 begon men aandacht te besteden aan de werkomgeving, aanvankelijk vooral aan concentraties stoffen in de lucht, later ook voor ergonomische aspecten. In 1956 kreeg bij Philips een ergonomische groep opdracht waarden vast te stellen voor een aanvaardbare fysieke belasting en in 1960 werd bij de BGD West-Brabant het arbeidsdiagram geïntroduceerd.

Rond 1970 kwam er meer aandacht voor ongezonde arbeidsomstandigheden. In 1972 richtte de NVAB de studiegroep 'Model Bedrijfsgezondheidszorg' op die een aantal standaardmodulen moest ontwikkelen om systematisch gegevens over gezondheid en werkomgeving te verzamelen en te verwerken (Dijkstra e.a., 1978). Eén hiervan is het groepsergogram dat de uitwendige belasting helpt bepalen. Van de kant van het NIPG werd hierop kritiek geleverd, de aangeboden alternatieven zouden echter minder goed aansluiten bij de wensen uit de praktijk (Jenniskens, 1982).

Enkele BGD-en ontwikkelden eigen instrumenten: de BGD West-Brabant enkele groepsergogrammen die resulteerden in het huidige 'basisergogram', Hoogovens ontwikkelde het MAT-systeem (Medische Analyse van Taken) en bij Philips werd de arbeidsgrafiek ontwikkeld (Jenniskens, 1982). In 1980 richtte de NVAB een nieuwe stuurgroep Model BGZ op, waarvan deel uitmaakt de werkgroep 'Werkplekonderzoek'. Doel is een methode vast te stellen om potentiële schadelijke factoren in werksmilieu en arbeidstaken op te sporen. De werkgroep is hiermee nog actief.

6.5.2 Vraagstelling

De literatuur geeft de indruk dat er door bedrijfsartsen weinig aan werkplekbezoek wordt gedaan. Cijfers ontbreken echter, zodat het niet meer dan een indruk is die bevestigd of gecorrigeerd kan worden aan de hand van de uitkomsten van dit deel van de enquête. De uitgangspunten voor de vraagstelling zijn de volgende:

- Het merendeel van de bedrijfsartsen doet zijn werkplekbezoek niet systematisch.
- De reden zal zijn dat er te weinig tijd voor is, zeker bij bedrijfsartsen of diensten die verzekeringsgeneeskunde in hun takenpakket hebben.
- Oudere artsen hebben meer ervaring en zullen op grond daarvan eerder geneigd zijn aan werkplekbezoek te doen.
- De bedrijfsverpleegkundige (BVK) zal vaak worden genoemd als alternatief om werkplekbezoeken te doen, omdat hij eenvoudige metingen kan doen en omdat verondersteld mag worden dat de werknemer in het bedrijf gemakkelijker contact met de BVK dan met de bedrijfsarts heeft.
- De ARBO-wet is niet duidelijk over dit taakonderdeel

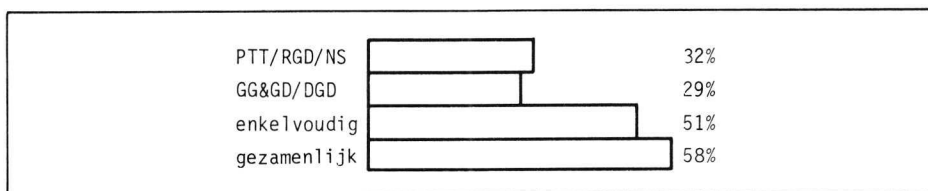
van de BVK, ook onder bedrijfsartsen zal geen eenduidige mening over werkplekbezoek door de BVK zijn. Verder is gevraagd wat de belangrijkste motieven zijn voor werkplekbezoek en hoe hoog de bedrijfsarts het effect van zijn werkplekbezoek schat.

6.5.3 Resultaten

De antwoordverdelingen van dit onderwerp naar leeftijd en type BGD worden vermeld in bijlage 1.15 en 1.16.

Over het geheel doet iets minder dan de helft van de bedrijfsartsen zijn werkplekbezoek systematisch (46%), waarbij de middelste leeftijdsgroep met 53% gunstig afsteekt ten opzichte van de twee andere. Ook zijn er verschillen naar type dienst. Bij het Rijk (PTT/RGD/NS) en de Gemeente (GG&GD/DGD) wordt met 32% respectievelijk 29% minder aan systematisch werkplekbezoek gedaan dan bij de particuliere diensten (enkelvoudig 51%, gezamenlijk 58%), zie figuur 19 hieronder.

Figuur 19. Percentages bedrijfsartsen die opgeven systematisch werkplekbezoek te doen in vier typen BGD



De volgende vraag is, of men genoeg tijd voor werkplekbezoek heeft. Ongeveer de helft (51%) van de respondenten geeft op, niet voldoende tijd te hebben; dit zonder aanmerkelijke verschillen tussen de leeftijdsgroepen, maar wel met verschillen tussen soorten BGD. Daarbij blijkt dat de overheidsdiensten (PTT, RGD, NS, GG&GD en DGD) er ongunstig uitspringen: Rijk 60% onvoldoende tijd, Ge-

meente 69%, enkelvoudige diensten 47% en gezamenlijke diensten 41%. Vervolgens de motieven voor werkplekbezoek. Twee derde van de bedrijfsartsen doet werkplekbezoek om beter op de hoogte te zijn van de arbeidsomstandigheden, een vijfde om beter advies te kunnen geven, een op de negen om tot een betere relatie met de werknemers te komen. Kennis van de arbeidsomstandigheden staat dus duidelijk op de voorgrond en daarbij zijn er geen verschillen tussen leeftijdsgroepen of typen BGD. Wat wel opvalt is dat naarmate de bedrijfsarts ouder wordt, hij minder vaak werkplekbezoek doet voor een betere relatie met de werknemers, en dat naarmate hij ouder is, hij vaker betere onderbouwing van zijn adviezen als motief voor werkplekbezoek noemt.

Voor 86% van de respondenten stemt het resultaat van het werkplekbezoek overeen met het gestelde doel. Slechts een klein deel is er dus niet tevreden over. Wat nu de grond daarvan is: of het bezoek zelf niet slaagt of dat later advies niet goed gerealiseerd wordt, is hier niet te achterhalen.

Een eerdere vraag was of men voldoende tijd voor werkplekbezoek heeft, maar ook werd verder gedifferentieerd naar redenen om daar niet aan te doen. De belangrijkste belemmerende factoren zijn weer gebrek aan tijd en daarnaast het soort bedrijf dat werkplekbezoek onnodig maakt (86% respectievelijk 56% van degenen die zeggen geen werkplekbezoek te doen). De overige drie redenen: gebrek aan ervaring, vrees om verkeerde verwachtingen te wekken, en andere redenen, zijn minder belangrijk.

Naarmate men ouder is, doet men vaker geen werkplekbezoek vanwege het soort bedrijf of om andere redenen, terwijl met toenemende leeftijd gebrek aan ervaring steeds minder een rol speelt bij het niet doen van werkplekbezoek.

De volgende vraag is, of de bedrijfsarts zijn werkplekbezoeken kan overlaten aan één van zijn medewerkers. Slechts een derde deel (32%) staat erop, zijn werkplekbezoeken uitsluitend zelf te

doen; een vijfde deel vindt als men het werkplekbezoek door anderen laat uitvoeren, dat alleen bedrijfsverpleegkundigen mogen zijn. Drie op de tien vinden dat delegeren van werkplekbezoek na overleg mogelijk is, en 18% van de bedrijfsartsen stelt er zelfs helemaal geen voorwaarden aan: werkplekbezoek kan volgens hen door anderen gedaan worden. Er zijn in de verdeling van deze opvattingen over leeftijdsgroepen geen grote verschillen. Wel zijn er verschillen naar type dienst: bij het Rijk zijn er betrekkelijk veel bedrijfsartsen die het werkplekbezoek niet aan anderen willen overdragen (35%), bij de Gemeenten is de mening vaak 'overlaten aan anderen, na overleg' (35%) en 'overlaten aan BVK' (28%). Bij de enkelvoudige diensten neigt men ook naar de delegatie aan de BVK (24%), bij de gezamenlijke diensten komt betrekkelijk veel een onvoorwaardelijk 'ja' of 'nee' voor (24% respectievelijk 34%).

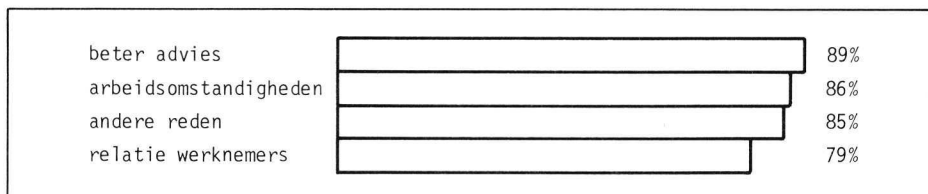
Na deze verdelingen van antwoorden per vraag volgen nu dwarsverbanden door uitspraken tegen elkaar te plaatsen. Meer dan de helft van de bedrijfsartsen met een VG-taak in hun pakket doet niet systematisch aan werkplekbezoek, terwijl dat zo is bij minder dan de helft van de bedrijfsartsen zonder VG-taak (53% respectievelijk 41%). Dit verschil is het meest duidelijk in de jongste leeftijdsgroep en de groep GG&GD/DGD. Bij de GG&GD geldt: geen VG-taak, dan 47% systematisch werkplekbezoek; wel een VG-taak, dan 26%. Bij de gezamenlijke diensten heeft het overgrote deel geen VG-taak, zodat bij deze diensten geen relatie VG-taak-systematisch werkplekbezoek te zien is. Opvallend is, dat bij gezamenlijke diensten in beide gevallen 59% systematisch aan werkplekbezoek doet.

Een ander verband is dat tussen voldoende tijd hebben voor werkplekbezoek en het hebben van een verzekeringsgeneeskundige taak. Van hen die zo een gehele of gedeeltelijke taak hebben, zegt 44% voldoende tijd voor werkplekbezoek te hebben, van hen zonder VG-taak heeft 56% voldoende tijd. Er is dus een zekere relatie: hoe meer VG-taak, hoe minder tijd voor werkplekbezoek, die het sterkst

tot uiting komt bij (weer) GG&GD/DGD en de jongste leeftijdsgroep. In de jongste leeftijdsgroep zeggen de bedrijfsartsen die geen VG-taak hebben voor 60% voldoende tijd te hebben, van de jonge bedrijfsartsen met een VG-taak heeft slechts 35% genoeg tijd voor werkplekbezoek. Veel gemeente-artsen hebben een verzekeringsgeneeskundige taak en op het totaal van hen heeft slechts 32% voldoende tijd; bij de gezamenlijke diensten ligt dit anders: weinig VG-taak en veel (meer dan de helft) tijd voor werkplekbezoek.

Een laatste dwarsverband dat hier nader beschouwd wordt, is dat tussen tevredenheid over de resultaten van het werkplekbezoek en de opgegeven reden voor het werkplekbezoek. Figuur 20 geeft de uitkomsten.

Figuur 20. Tevredenheid over het resultaat van het werkplekbezoek bij verschillende belangrijkste redenen voor werkplekbezoek



De figuur geeft een samenvatting van 400 geldige paren antwoorden. Beter advies als hoofdmotief voor werkplekbezoek gaat samen met het hoogste percentage tevredenheid, een betere relatie met de werknemers als belangrijkste reden met het laagste aantal tevredenheid. Het lijkt erop dat hoe minder realistisch het doel is, hoe lager de tevredenheid wordt. De verdelingen van dezelfde gegevens naar leeftijd en naar type dienst leveren geen afwijkende uitkomsten op.

Opmerkingen van deelnemers

De 124 opmerkingen gaan voor een deel over gebrek aan nuancering in de vraagstelling, overigens lopen ze sterk uiteen. Onder meer is aan sommigen niet duidelijk, wat werkplekbezoek precies is,

men mist een definitie en de omschrijving, wie wat moet doen.

In het algemeen vindt men het zinvol dat een bedrijfsarts de werkplek van zijn cliënten kent d.w.z. zowel de arbeidsomstandigheden als de -inhoud, om een goede indruk te krijgen van de verhouding draagkracht-draaglast, voor individuen en groepen. De bedrijfsarts moet weten waarover hij praat en waarover hij adviseert volgens de meeste opmerkingen. Er moet daarom systematisch en regelmatig werkplekbezoek gedaan worden. Velen vinden het ook nodig dat de bedrijfsverpleegkundige zijn bedrijven goed kent, de BVK is ook veel vaker op de werkplek en fungeert als voelhoorn van een BGD.

Verdere opmerkingen betreffen de bedrijfshygiënist die, meestal op indicatie, naar de werkplek toe moet. Een enkele maal wordt ook de veiligheidskundige genoemd. Veel opmerkingen betreffen het in teamverband bezoeken van de werkplek, bijvoorbeeld bedrijfsarts, BVK en bedrijfshygiënist samen. Verder wordt van de BVK een hogere bezoekfrequentie verwacht dan van de bedrijfsarts. Sommigen vinden dat de bedrijfsarts alleen op indicatie zou moeten komen.

Soms wordt er een relatie gelegd tussen werkplekbezoek en periodiek geneeskundig onderzoek. Werkplekbezoek en PGO zouden om verschillende redenen gelijktijdig moeten plaatsvinden, redenen zoals koppeling van gezondheids- en werksituatiegegevens en het ontdekken van 'knelpunten'.

De eigen ervaring van de bedrijfsarts is volgens toelichtingen van grote waarde bij het juist beoordelen van onderzoeksgegevens en om de werkplek 'voor de geest te halen'.

Sommigen bevelen aan, werkplekbezoek aan de BVK te delegeren, anderen willen werkplekbezoek door de bedrijfsarts op verzoek of indicatie van de BVK. Opgemerkt wordt verder dat bij frequent wisselende omstandigheden of werkzaamheden ook frequent werkplekbezoek nodig is.

Sommige opmerkingen bevatten een klacht over onvoldoende tijd, vooral door verzekeringsgeneeskundige activiteiten. Daarnaast wordt ook wel gewezen op gebrek aan ervaring. Er zijn suggesties om bezoeken onaangekondigd te doen en om altijd schriftelijk aan het management en aan de werknemers te rapporteren. Sommigen leggen de nadruk op het systematisch en gestructureerd uitvoeren van werkplekbezoek, waarbij er behoefte is aan een checklist of protocol.

In de enquête was het niet mogelijk, diep op de materie in te gaan. Verschillen in beschikbare tijd en in opvattingen van werkplekbezoek konden niet worden uitgediept. Een bruikbare indeling is die Lammers (1974). In deze enquête werd met werkplekbezoek bedoeld die bezoeken op de werkplek waarbij de bedrijfsarts steeds aanwezig is; de resultaten geven de indruk dat ook de respondenten hiervan uitgegaan zijn.

De uitkomsten wijzen erop dat de overheid en vooral de gemeentelijke diensten ongunstig naar voren komen. Veel gemeente-artsen hebben dan ook een verzekeringsgeneeskundige taak. Hierdoor heeft men minder tijd voor werkplekbezoek en men doet ook inderdaad minder daaraan.

Een verzekeringsgeneeskundige taak hoeft overigens niet altijd een ongunstige invloed te hebben. Kijken we naar de particuliere diensten, dan blijkt dat bij de gezamenlijke diensten geen differentiatie in het werkplekbezoek is tussen degenen die een VG-taak hebben en degenen die deze niet hebben. Dit kan een kwestie zijn van te kleine aantallen, waardoor het niet meer aan te tonen valt. Een mogelijke andere verklaring is dat de gemeente-artsen hun VG-taak anders opvatten, bijvoorbeeld met intensieve en frequente controles op het spreekuur. Dit is hier echter speculatie, het zou nader onderzocht moeten worden.

Een heel andere mogelijke verklaring waarom gemeente-artsen weinig aan systematisch werkplekbezoek doen is het volgende. Bedrijfsartsen bij particuliere diensten blijken meer dan elders bereid hun werkplekbezoeken door anderen te laten doen. Vaak beschikken zij over goed opgeleide bedrijfsverpleegkundigen die veel op de werkplek zijn. De bedrijfsarts heeft daardoor al veel informatie en hoeft zodoende niet lang op de werkvloer aanwezig te zijn. Daardoor kan hij zijn werkplekbezoek makkelijker en minder stroef uitvoeren dan zijn collega's bij GG&GD of DGD. Verdere verklaringen kunnen samenhangen met het feit dat de bedrijfsartsen in ge-

meentedienst veel cliënten hebben, meer dan anderen per arts, en dat ze slechts weinig of eenvoudige bedrijfsgeneeskundige uitrusting hebben. De cijfers wijzen er niet op dat artsen in overheidsdienst afzien van werkplekbezoek vanwege het soort bedrijf, maar dat ze meer dan anderen de tijd missen om het te doen.

In het licht van de veronderstellingen zijn de uitkomsten de volgende. Inderdaad doen weinig bedrijfsartsen (46%) aan systematisch werkplekbezoek, artsen bij de overheid nog minder. De voornaamste beperkende factor daarbij is tijd. Belangrijkste motief om werkplekbezoeken af te leggen is: opdoen van kennis van de arbeidsomstandigheden. Dit stemt overeen met wat de literatuur meldt: kennis van medisch relevante kenmerken van functies en situaties, kennis om de betekenis van klachten te kunnen begrijpen is van groot belang, maar er is vaak te weinig tijd voor. De bedrijfsarts zou over voorinformatie over bedrijf, functie of productieproces moeten beschikken. Een uitweg is, informatie in te zamelen via de bedrijfsverpleegkundige. De meeste bedrijfsartsen zijn hier voorstander van: de BVK wordt veel genoemd, hij zou ook vaker dan de bedrijfsarts zelf op de werkplek kunnen komen.

Bedrijfsartsen die werkplekbezoek primair doen om de relatie met de werknemers te verbeteren, zijn het minst tevreden over het resultaat. Dit is een tweede reden om de BVK met het werkplekbezoek te belasten. Deze kan de relaties met de werknemers onderhouden en hier zijn 'snuffelfunctie' uitoefenen en onder goede leiding een klinische blik leren ontwikkelen. Voorwaarde hiervoor is de beschikbaarheid van een goed protocol, misschien zal dat van de werkgroep Werkplekonderzoek in de praktijk goed blijken te vol-
doen. Toch zal ook hier een oplossing niet gemakkelijk zijn, omdat een compromis gezocht moet worden tussen een protocol voor concreet en bedrijfsspecifiek onderzoek en een algemeen protocol voor werkplekbezoek dat bruikbaar is voor iedere bedrijfsarts, een model dat de bedrijfsarts kan helpen, naast zijn klinische ervaring en zijn gezond verstand.

Elke keuring, ook de invaliditeitskeuring, kan worden omschreven als het toetsen van een object aan een norm met het oog op een maatschappelijke doelstelling. Een medische keuring is een onderzoek door een arts of door een medische instantie met in de geneeskunde gebruikelijke methoden, met het doel, vast te stellen of de onderzochte tot een bepaald maatschappelijk gebeuren kan worden toegelaten, dan wel of het nakomen van een bepaalde maatschappelijke verplichting van de onderzochte mag worden gevorderd (De Jong & Leuftink, verkort prae-advies in Rang, 1978).

Een werknemer, die door ziekte of gebrek zijn functie blijvend niet of niet geheel meer kan vervullen, kan voor een invaliditeitskeuring worden voorgedragen bij de bedrijfsvereniging, het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds of wat daar in zijn/haar situatie mee overeenkomt. Ook een werknemer die meer dan een jaar ziek is, kan daarvoor in de regel worden voorgedragen. De keuring komt erop neer, dat van de werknemer wordt bepaald welk loon hij/zij nog met zijn handicap zou kunnen verdienen: zijn zogenaamde verdien-capaciteit. Deze wordt uitgedrukt als percentage van wat een vergelijkbare, volledig valide werknemer verdient. Het complement hiervan is het invaliditeitspercentage dat uiteindelijk de hoogte van de uitkering bepaalt.

De invaliditeitskeuring heeft naast medische ook andere aspecten, zoals blijkt uit de definitie volgens de Wet op de Arbeidsongeschiktheid:

"Algemeen invalide, geheel of gedeeltelijk, is hij die tengevolge van ziekte of gebreken, geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheden is berekend en die, met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem

in billijkheid kan worden opgedragen ter plaatse waar hij arbeid verricht, of op een naburige soortgelijke plaats, te verdienen, hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding op zodanige plaats gewoonlijk verdienen".

De 'invaliditeitskeuring' kan in principe in drieën verdeeld worden:

- een *medisch* deel met onderzoek, rapport, conclusie en advies;
- een *arbeidskundig* deel over het functioneren en de functiemogelijkheden en
- een *beslissingsdeel*.

Het medische deel wordt in het bedrijfsleven in principe door een verzekeringsgeneeskundige gedaan van GAK of GMD. Als de 'patiënt' een bedrijfsarts heeft, is de vraag in hoeverre deze bij de beslissing over de afkeuring invloed heeft. Er kan vastgesteld worden dat, als de bedrijfsarts de ziekwetcontrole of een deel daarvan heeft gedaan, dat feit zijn invloed vergroot.

Bij de overheid (ABP of daarmee overeenkomend) wordt in de regel als er een bedrijfsarts is, de keuring door de bedrijfsarts zelf gedaan, althans het medische deel. De keurende bedrijfsarts geeft een advies, de beslissing ligt bij het ABP. Over het algemeen wordt het advies van de bedrijfsarts opgevolgd.

In elk geval wordt de bedrijfsarts in de procedure betrokken als overgegaan wordt tot revalidatie van de gehandicapte in zijn eigen bedrijf. Bedrijfsgeneeskundig kan een 'afkeuring' worden gezien als een relevant onderdeel binnen het kader van het meewerken aan revalidatie. Het kan echter leiden tot meningsverschillen tussen bedrijfsarts en werknemers of werkgevers, waarbij niet meer sprake is van een relevant onderdeel van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding, maar alleen nog van een verzekeringsgeneeskundige handeling die leidt tot een uitspraak over de legitimiteit van de handelingen of strevingen van partijen.

De bedrijfsarts gaat uit van de concrete werksituatie en beziet, vanuit het model van belasting en belastbaarheid, wat de gehandicapte kan, wat deze wil en wat deze moet doen in een gegeven functie. De bedrijfsarts kent bij die concrete werksituatie de inhoud van het werk en de werkomstandigheden, hij kent bovendien de gehandicapte. Deze is bij de bedrijfsarts geweest bij de aanstellingskeuring of bij een Periodiek Geneeskundig Onderzoek, eventueel bij verzuimbegleiding. In het laatste geval is de bedrijfsarts al in een vroeg stadium betrokken geraakt in het ontstaan van de handicap van de bewuste werknemer. Ideeën en aanzetten tot tot revalidatie kunnen dan zo vroeg mogelijk worden ontwikkeld. Bij deze gang van zaken kan de werknemer volledig gerevalideerd of gerehabiliteerd worden; in dat geval is er geen invaliditeit meer in de zin van de WAO. Is de functie die de gerevalideerde werknemer vervult niet geheel volwaardig, dan moet in verband met de uitkering een op medisch onderzoek gebaseerde schatting worden verricht. Bij dit soort schattingen zou de bedrijfsarts ingeschakeld kunnen worden als adviseur voor de verzekeringsinstanties die de uitkering regelen. De bedrijfsgeneeskundige praktijk is echter, dat een deel van de bedrijfsartsen geen invaliditeitskeuringen verricht en een ander deel wel. Niet iedereen lijkt daar gelukkig mee.

Hiervoor werd al een passage van de Wet op de Arbeidsongeschiktheid geciteerd, ontleend aan Modderaar (1969). Die wet heeft als kernbegrippen ziekte of gebreken waardoor iemand buiten staat is om arbeid te verrichten en de 'maatman' als gezonde met wie hij vergeleken kan worden.

Het vaststellen of een individuele werknemer met een ziekte of gebrek zonder schade of zonder verdere schade aan zijn gezondheid kan voldoen aan de eisen die een bepaald werk onder bepaalde omstandigheden stelt, is te rekenen tot het bedrijfsgeneeskundige handelen. Hiertoe moet de invaliditeitskeuring gerekend worden. De bedrijfsarts is het best in staat de eisen van het werk te vertalen in functionele belasting; de bedrijfsarts is ook

het best in staat om te beoordelen welke revalidatiemaatregelen en welke werkaanpassingen in het bedrijf in aanmerking komen bij een concreet geval. Wel moet hij daarbij samenwerken met vertegenwoordigers van andere disciplines.

6.6.2 Vraagstelling

De bedrijfsarts die verzekeringsgeneeskundig werk doet, doet ook aan verzuimbegeleiding, de situatie bij RGD, PTT en gemeenten. Als daar een werknemer blijvend en volledig arbeidsongeschikt is geworden, moet dan de invaliditeitskeuring door die betrokken arts worden uitgevoerd? De keuring is een verzekeringsgeneeskundige handeling, de te keuren werknemer is gewend aan en bekend bij zijn bedrijfsarts; de keuring zou daarom gezien kunnen worden als een dienst aan de werknemer. Als een bedrijfsarts niet aan verzuimbegeleiding heeft gedaan, zou dan een ander, bij voorbeeld een verzekeringsgeneeskundige de invaliditeitskeuring moeten doen? Als dit gebeurt en de werknemer gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt verklaard, dan moet deze weer in het bedrijf tewerk worden gesteld: hoe zou de betrokken bedrijfsarts daar tegenover staan? Deze situatie wordt werkelijkheid als de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAG) wordt ingevoerd. De WAG bepaalt dat op elke twintig werknemers één gehandicapte in het bedrijf tewerk moet zijn gesteld. De wet hanteert voor de handicap het verzekeringsgeneeskundig criterium van de verdien capaciteit, terwijl de bedrijfsarts die de gehandicapte in het arbeidsproces moet integreren, het criterium van belasting en belastbaarheid hanteert. Hierdoor kunnen problemen ontstaan; de bedrijfsarts zou werknemers die aangepast maar volwaardig werk doen wel eens moeten gaan 'afschatten' om voor het bedrijf de norm van de wet te halen. De vraag is dan hoe werknemers die zo tot (gedeeltelijk) invalide bestempeld worden, zich voelen. Verder bestaat de kans dat als de bedrijfsarts de wettelijke norm bij het 'afschatten' ruim-

schoots haalt, de bedrijfsdirectie zijn medewerking aan het scheppen van plaatsen voor gehandicapten zal stoppen. Ook ontstaat de mogelijkheid dat de bedrijfsarts dit 'afschatten' niet wil of niet kan uitvoeren. Dan is een vraag of wegens de WAG een verzekeringsgeneeskundige zou moeten worden ingeschakeld. Dit zou gemakkelijk tot competentiestrijd kunnen leiden.

De WAG kan bedrijven dwingen, gehandicapten in dienst te nemen, maar vraag is of de bedrijfsarts deze gehandicapten zal kunnen plaatsen, gezien het verschil in criteria ten aanzien van arbeidsongeschiktheid.

In het licht van het voorgaande zijn onder meer de volgende vragen in de enquête gesteld.

- Is het gerechtvaardigd, dat de invaliditeitskeuring wordt verricht door de bedrijfsarts, dezelfde die de betrokkene voor deze keuring voordraagt?
- Geldt dat ook bij de herplaatsingskeuring, als daartoe door de bedrijfsarts een bijdrage is geleverd?

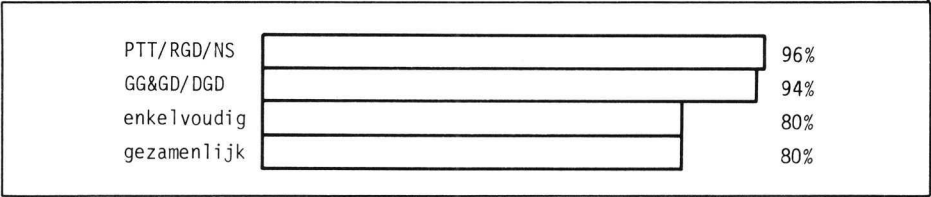
Vragen en antwoordcategorieën van dit onderwerp zijn vermeld in bijlage 1.16 en 1.17.

6.6.3 Resultaten

Een grote meerderheid (85%) geeft aan bij de bedrijfsgeneeskundige begeleiding in geval van te verwachten blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid rekening te houden met verzekeringsgeneeskundige aspecten. Er is hierbij een flauw (niet-significant) leeftijdseffect, waarbij de oudste groep vaker zegt hier rekening mee te houden (91%) dan de beide jongere groepen (82 en 83% rekening). De bevestigende antwoorden laten verschillen naar type dienst zien. Bij de diensten van Rijk en Gemeenten 96 respectievelijk 94% 'houdt rekening', enkelvoudige en gezamenlijke diensten beide 80%, alles net als in andere hoofdstukken, afgerond tot hele percenta-

ges. Zie figuur 21.

Figuur 21. Percentages respondenten die bij te verwachten arbeidsongeschiktheid rekening houden met verzekeringsgeneeskundige aspecten, naar type dienst



Vierennegentig procent van alle respondenten vindt verzuimbegeleiding van essentieel belang voor het weer opnemen van werknemers in het arbeidsproces. Er zijn hierbij geen grote verschillen tussen percentages van leeftijdsgroepen of van typen BGD's, zodat dit als een uitspraak van 'de bedrijfsgeneeskunde' kan worden opgevat.

De volgende vraag gaat over de oordelen over de bereidheid van de bedrijven om de arbeidsomstandigheden zo te veranderen, dat arbeidsongeschikten weer aan het werk kunnen. De antwoordpercentages worden weergegeven in figuur 22.

Figuur 22. Percentages respondenten die geloven dat het bedrijf meewerkt om gedeeltelijk arbeidsongeschikten weer in te schakelen, naar leeftijd en type dienst



Hierbij zijn verschillen naar leeftijdsgroep en type dienst die

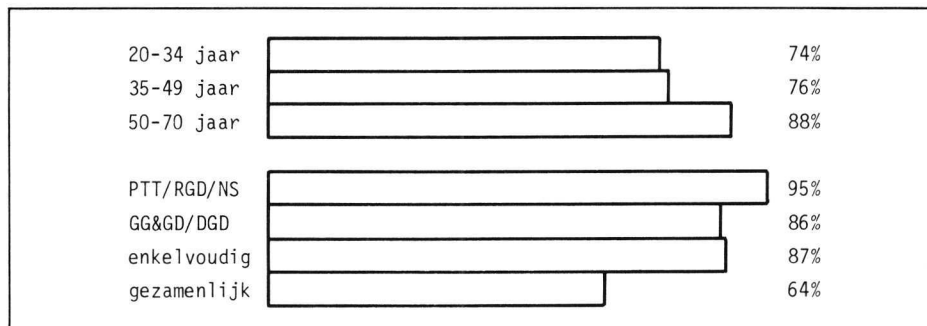
als volgt liggen. Het vertrouwen dat de bedrijven die wil hebben neemt met de leeftijd toe, van 56% in de jongste groep (20-34 jaar) tot 78% in de oudste (50-70 jaar) met de groep daartussenin met 70%. Het geloof dat de bedrijven of het bedrijf bereid zijn om veranderingen aan te brengen ten behoeve van gedeeltelijk arbeidsongeschikten komt het minst voor bij de gezamenlijke diensten (60%) en de diensten van de gemeenten (GG&GD/DGD 67%) en meer bij enkelvoudige diensten en het Rijk (74 respectievelijk 80%).

In de tijd dat de enquête gehouden werd, eind 1982, moest de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers (WAG) nog ingevoerd worden, zodat de vraag hierover de verwachtingen ten aanzien van deze wet moest peilen, en wel of men verwachtte dat door de WAG meer blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschikten tewerk gesteld zouden kunnen worden. In totaal 14% van de antwoordende bedrijfsartsen is van mening dat het aantal herplaatsingen zou toenemen. Hierbij zijn geen grote verschillen naar leeftijd of type BGD. Wel zijn er kleine fluctuaties rond die 14%, maar te gering om rekening mee te houden. Duidelijk is dat over de hele linie maar een kleine minderheid positieve gevolgen van de WAG verwachtte.

De meeste bedrijfsartsen (80%) vinden dat zij in de praktijk voldoende betrokken worden bij het vaststellen van de blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Dat percentage loopt bij de leeftijdsgroepen op van 74% in de jongste groep tot 88% in de oudste. De typen dienst vertonen ook verschillen: het oordeel 'voldoende betrokken bij vaststelling arbeidsongeschiktheid' is het laagst bij de gezamenlijke diensten (64%), gemiddeld bij de enkelvoudige diensten en de diensten van de Gemeente (87 respectievelijk 86%) en het hoogst bij het Rijk: ruim 95% bij de grote diensten als PTT, RGD en Spoorwegen. Zie figuur 23.

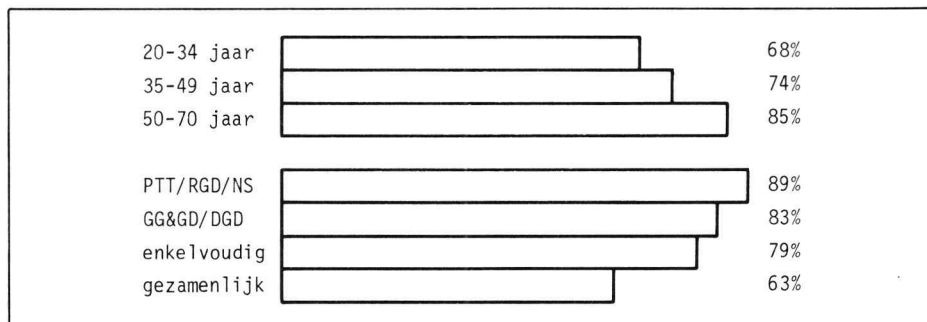
De aansluitende vraag is of men vindt dat de bedrijfsarts een doorslaggevende stem zou moeten hebben bij het vaststellen van de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. De meeste bedrijfsartsen (76%) zijn deze mening toegedaan, er zijn echter verschillen parallel aan die van de vorige vraag: het percentage 'moet door-

Figuur 23. Percentages van de mening dat men voldoende bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid betrokken wordt, naar leeftijd en type dienst



slaggevende stem hebben' loopt bij de leeftijdsgroepen van 68% (jongste groep) tot 85% (oudste groep); bij de typen BGD is dit percentage het laagst bij de gezamenlijke diensten (63%) en het neemt toe in de volgorde enkelvoudige diensten (79%), Gemeente (83%) en Rijk (89%). Zie figuur 24.

Figuur 24. Percentages respondenten die vinden dat het advies van de bedrijfsarts de doorslag moet geven bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid, naar leeftijd en type dienst



Hierboven zijn de resultaten gepresenteerd naar leeftijdsgroep en naar type dienst. Er zijn echter ook verschillende relaties tussen gegevens onderling die kunnen verhelderen wat voor verbanden er tussen de verschillende begrippen bestaan binnen de populatie bedrijfsartsen.

Als we kijken over alle respondenten, ongeacht leeftijd of soort

BGD, dan blijkt het volgende.

Het geloof in de bereidheid van de bedrijven om de arbeidsomstandigheden aan te passen aan te herplaatsen arbeidsongeschikten is onafhankelijk van het aantal bedrijven dat door de bedrijfsarts verzorgd wordt. Het hangt ook niet samen met het al dan niet uitvoeren van een taak in de begeleiding van het ziekteverzuim. Verder is er meer geloof in de bereidheid van het bedrijf om tot aanpassingen te komen naarmate de bedrijfsarts meer tevreden is met zijn eigen contacten met de directie, maar niet zozeer met het wel of niet geven van beleidsadviezen aan de bedrijfsdirectie. Niet het feitelijk adviseren telt hier, maar de kwaliteit van het contact met de directie, waarschijnlijk een kwestie van persoonlijke relaties.

Tenslotte zijn er nog twee verbanden die te maken hebben met de verzekeringsgeneeskundige aspecten van het werk van de bedrijfsarts. Beide hebben betrekking op de mening dat de stem van de bedrijfsarts doorslaggevend zou moeten zijn in de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid: hoe meer opgaven dat men een VG-taak heeft bij de ziekteverzuimbegeleiding, hoe meer men vindt dat men een doorslaggevende stem zou moeten hebben (bij geen VG-taak 66% 'doorslag', bij sommigen 76%, bij allen een VG-taak 89%).

Bij de andere vraag, of men vindt dat een VG-taak ten aanzien van ziekteverzuimbegeleiding dient te behoren tot het takenpakket van de bedrijfsarts is er een andere relatie. Hoe meer men deze VG-taak ziet als onderdeel van de taak, hoe meer men vindt dat de bedrijfsarts een doorslaggevende stem zou moeten hebben.

Opmerkingen van deelnemers

Niet alle vragen bleken even gemakkelijk of eenduidig beantwoord te kunnen worden. Velen doen geen invaliditeitskeuringen, anderen werken bij de W.S.W. en hebben te maken met een afwijkende populatie werknemers waar de vragen niet op toegesneden waren. Ook is wel kritiek op de vragen geleverd: hoe te antwoorden als men in verschillende bedrijven verschillende taken heeft, een begrip 'invaliditeitskeuring' dat vaag gevonden wordt, vragen die teveel op de situatie in het bedrijfsleven zouden slaan en soms voor de

hand liggende antwoorden.

Naast deze kritiek is toch ook veel informatie geleverd. Er werd vaak op gewezen dat de bedrijfsarts een belangrijke bijdrage kan leveren bij de invaliditeitskeuring omdat hij als enige arts op de hoogte is van de concrete arbeidssituatie, de belasting en de belastbaarheid van de betrokkenen. De communicatie met VG, ABP, GMD of GAK wordt incidenteel wel goed gevonden, maar toch overweegt de wens tot betere samenwerking tussen bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige. Suggesties variëren van informatie vragen door de VG in geval van twijfel tot regelmatige contacten. Het vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid zou echter geen taak van de bedrijfsarts, maar van de VG moeten zijn, die daarvoor is opgeleid. De taak van de bedrijfsarts zou daarbij een adviserende moeten zijn. Ook wordt wel gesproken van de wens tot verdergaande multidisciplinaire samenwerking, al dan niet in een 'sociaal team'.

Een aantal opmerkingen betreft de organisatie, bijvoorbeeld van BGD-en die voor het ABP keuringen mogen uitvoeren, de zogenaamde 'huiskeuringen', er zijn maar weinig opmerkingen dat dit tot problemen zou leiden. Een ander thema is de invaliditeitskeuring als verlengde van de ziekteverzuimbegleiding. Dit heeft blijkens de toelichtingen twee voordelen: de arts is beter geïnformeerd over de werknemer en zijn arbeidsomstandigheden, en voor de werknemer is de invaliditeitskeuring een logisch sluitstuk, een laatste stap voor de herplaatsing of vervroegde pensionering.

Een laatste onderwerp dat veel toelichting kreeg, is herplaatsing en WAG. Herinpassing van gedeeltelijk arbeidsongeschikten bleek een lastig probleem, soms door starheid van de werkgevende organisatie, soms als verondersteld gevolg van de economische malaise. Daarnaast werd kritiek op de WAG geuit, in detail verschillend maar met de gemeenschappelijke strekking dat er weinig van te verwachten is omdat de WAG geen rekening houdt met de reële situatie in arbeidsorganisaties.

6.6.4 Discussie

De uitkomsten geven hier en daar aanleiding tot commentaar. Bij Rijk en Gemeente zeggen betrekkelijk velen met VG-aspecten rekening te houden, als er blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid te verwachten is. Duidelijk is dat bij de overheid, waar de bedrijfsartsen zelf een VG-taak hebben, daar ook meer rekening

mee wordt gehouden. Een verschil, dat in allerlei andere verbanden ook meespeelt. Dat geldt niet voor alle gegevens: vrijwel iedereen (94%) vindt verzuimbegeleiding wezenlijk voor herintrede. Dit percentage is zó hoog, dat er geen verdere differentiatie in zit naar leeftijd, dienst of wel of geen VG-taak. Een gelukkige uitkomst is, dat de meerderheid van de respondenten gelooft in de bereidheid van hun bedrijven om veranderingen aan te brengen ten behoeve van gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Dat de jongeren hierin meer sceptisch zijn viel te verwachten. Dat deze bereidheid verschillen naar type dienst heeft, kan samenhangen met de grootte van de organisaties of vestigingen: relatief klein bij gemeenten en gezamenlijke diensten, waardoor die bedrijven qua omvang weinig mogelijkheden tot verandering hebben.

Dat slechts weinigen verwachten dat de WAG veel gehandicapten aan werk zal helpen lag voor de hand: wie er iets van weet, gelooft er niet in. Ook de uitkomst dat de bedrijfsartsen bij het Rijk het meest melden dat ze voldoende bij het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid worden betrokken is logisch, dat is in feite het geval. Toch zijn de betreffende 64% 'voldoende betrokken' bij de gezamenlijke diensten hoog te noemen. Het kan ook betekenen dat de bedrijfsartsen die in het geheel niet betrokken zijn in die vaststelling, daar geen problemen mee hebben. Hiermee strookt de uitkomst dat het percentage 'zou doorslaggevende stem moeten hebben' oploopt van gezamenlijke dienst tot Rijk, dus van vermoedelijk weinig tot veel stem. Op zich is dat een merkwaardige uitkomst: hoe meer feitelijke invloed, hoe meer invloed gewenst. De conclusie is dat zowel degenen bij wie BG- en VG-taken gescheiden zijn als bij wie ze samengaan, content zijn met hun situatie.

Verder werd gevonden dat het vertrouwen in het bedrijf om aanpassingen aan te brengen verband houdt met de kwaliteit van de contacten met de directie. Hoe ouder hoe betere contacten en geloof in die bereidheid, maar de laatste neemt ook toe met de mogelijkheden die de bedrijven hebben en hun grootte. Er zijn dus exter-

ne invloeden, maar wat nu verder de oorzaak is: goede contacten of vertrouwen in die bereidheid, is een kwestie van kip of ei. De uitkomst van hoe meer men een VG-taak heeft bij de ziekteverzuimbegeleiding, hoe meer men een doorslaggevende stem wil hebben lijkt verder logisch, evenals de samenhang tussen dit laatste en het beschouwen van een VG-taak als normaal deel van het takenpakket.

6.7 Wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfs- arts*

6.7.1 Inleiding

Het laatste facet van de activiteiten van de bedrijfsarts dat in de vragenlijst aan de orde kwam is dat van het wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsarts. Dit onderwerp wordt hier behalve door de enquêtegegevens ook belicht door gegevens uit twee andere bronnen: proefschriften met een arbeids- of bedrijfsgeneeskundig onderwerp geschreven door bedrijfsartsen, en uitspraken uit een aantal vraaggesprekken met bedrijfsartsen uit de wereld van onderzoek en onderwijs.

Er kunnen twee soorten onderzoek worden onderscheiden (Wijvekate, 1979): zuiver of fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en toegepast of operationeel onderzoek. Het zuiver wetenschappelijk onderzoek is gericht op vermeerdering van kennis door middel van een kringloop van hypothesen en waarnemingen. Toegepast onderzoek moet antwoord geven op de vraag, welke maatregelen genomen moeten worden om een bepaald doel te bereiken. Het toegepast onderzoek sluit het best aan bij de omstandigheden waaronder de bedrijfsarts werkt. Het heeft tot doel het verbeteren van een situatie, waarbij voorgestelde maatregelen getoetst worden op hun gevolgen. Het gaat hier om onderzoek naar de feitelijke aspecten van het

* Zie voor het werkstuk, waar deze paragraaf op is gebaseerd, Van Dobbenburgh, z.j.

uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsarts en naar diens beleving daarvan. In grote trekken zijn de vragen de volgende: Doet de bedrijfsarts wetenschappelijk onderzoek? Zo ja, wat? Welke factoren hebben hier invloed op? Kan de individuele bedrijfsarts wetenschappelijk onderzoek doen, gegeven zijn opleiding en beschikbare middelen? Vindt hij zelf dat wetenschappelijk onderzoek tot zijn taak behoort? Is er in Nederland een beleid inzake wetenschapsbeoefening door de bedrijfsarts? Verderop komen deze vragen uitgebreider aan de orde.

Uit de literatuur valt het volgende op te maken. In het standaardwerk van Burger (1974) komt het begrip 'wetenschappelijk onderzoek' niet voor, evenmin in Besluit No. 2-1970 van het College voor Sociale Geneeskunde inzake eisen, te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen voor de taak van arbeids- en bedrijfsgeneeskundige. Jongh & Docter (1979) zijn van mening dat elke bedrijfsgeneeskundige dienst minstens een bescheiden bijdrage moet leveren aan de ontwikkeling van de wetenschap en dat de werktaak daarvoor ook de gelegenheid moet bieden. Volgens Van Wely (1978) bestaat er wederzijds onbegrip tussen bedrijfsartsen en (gedrags)wetenschappers. Hij legt de nadruk op de grote behoefte aan een 'vertaalfunctie' tussen de praktische gezondheidszorg en het wetenschappelijk onderzoek. Dijkstra e.a. (1981) stelt dat het nauwelijks mogelijk is de rol van practicus en wetenschapsbeoefenaar te combineren. Desondanks zouden veel bedrijfsartsen graag willen laten zien dat hun benadering wetenschappelijk is.

Hogerzeil (1982) is van mening dat toegepast gezondheidsonderzoek de grootste kans van slagen heeft, als het wordt geïntegreerd in het dagelijks werk van de bedrijfsarts. Daarom zouden vanuit de praktijksituatie universitaire adviseurs aangetrokken moeten worden voor de methodologische aspecten, de verwerking van gegevens, of het gespecialiseerde laboratoriumonderzoek. Een wezenlijk aandeel van de kennis van de bedrijfsarts over de relatie tussen de gezondheid van de mens en zijn arbeid is volgens Vroege (1981)

diens kennis van de arbeidsomstandigheden en de epidemiologie. Beide laatste zijn de kern voor de wetenschappelijke kennis die elke bedrijfsarts behoort te bezitten.

Het rapport van de Commissie Taak Bedrijfsarts (1969, punt p.r., bladzijde 5) rekent tot het takenpakket het doen van aanbevelingen en het verrichten van andere werkzaamheden. Hieronder valt volgens die commissie het verrichten van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, eventueel in samenwerking met andere instellingen.

Uit de literatuur komt dus naar voren dat, voor zover men de bedrijfsarts in staat acht tot wetenschappelijk werk, men deze taak niet primair ziet liggen op het gebied van het zuiver wetenschappelijk onderzoek, maar op dat van het toegepast wetenschappelijk onderzoek en de epidemiologie.

6.7.2 Vraagstelling

In de relatie tussen bedrijfsarts en wetenschappelijk onderzoek worden feitelijke en belevingsaspecten onderscheiden, naast kwalitatieve en kwantitatieve.

Al die aspecten hangen samen met de kennis en vaardigheden van de bedrijfsarts zelf en van factoren buiten hem, de aan- of afwezigheid van faciliteiten.

De vraag luidt: Kan de individuele bedrijfsarts wetenschappelijk werk doen? Moet hij daartoe, gegeven zijn opleiding en de aanwezige faciliteiten in staat worden geacht? De andere vraag is of hij dat in feite ook doet.

- De verwachting is, dat de bedrijfsarts in staat is tot wetenschappelijk onderzoek en dat dit ook in de praktijk blijkt.
- De feitelijke onderzoekactiviteit zal worden belicht aan de hand van de verschillende vormen van onderzoek. Vragen zijn verder onder wiens verantwoordelijk-

heid het onderzoek plaatsvond en hoe de resultaten van het onderzoek zijn vastgelegd.

De aanwezigheid van faciliteiten wordt niet in dit hoofdstuk behandeld, het is al in paragraaf 3.2 aan de orde gesteld.

Een vraag is of onderzoek door bedrijfsartsen afwijkt van onderzoek door andere beroepsgroepen van artsen. De enige studie die hier licht opwerpt is van Touw-Otten (1981) over wetenschapsbeoefening in de huisartsenpraktijk. Daarom zal hier alleen een vergelijking worden gemaakt met de groep huisartsen, omdat gegevens over andere groepen artsen ontbreken. De hypothese luidt:

- Bedrijfsartsen doen niet minder of slechter onderzoek dan huisartsen.

Aan de subjectieve kant zijn twee aspecten, namelijk hoe de bedrijfsarts tegenover wetenschappelijk onderzoek staat en of hij meent dat hij er toe in staat gesteld wordt. Zie ook Dijkstra et al. (1981). Meer formeel:

- De bedrijfsarts meent in het algemeen dat wetenschappelijk onderzoek tot zijn taak hoort.
- De bedrijfsarts is van mening dat hij daarvoor te weinig faciliteiten heeft.

De vraag of de opleiding bedrijfsartsen in staat stelt om wetenschappelijk onderzoek te doen, kan gesteld worden aan de opleiders. De onderstelling is:

- Opleiders bevestigen dat bedrijfsartsen qua opleiding in staat zijn tot wetenschappelijk onderzoek.

Wat het kader is van wetenschappelijk onderzoek in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, of er een wetenschapsbeleid is, kan niet aan de hand van de literatuur worden beantwoord. Bij aanwezigheid van zo een beleid moet er sprake zijn van coördinatie van lopend onderzoek en planning van nieuw onderzoek op langere termijn, naar inhoud, uitvoering en volgorde. Daarom is de hypothese:

- Voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is er tot dusver weinig sprake van een wetenschapsbeleid.

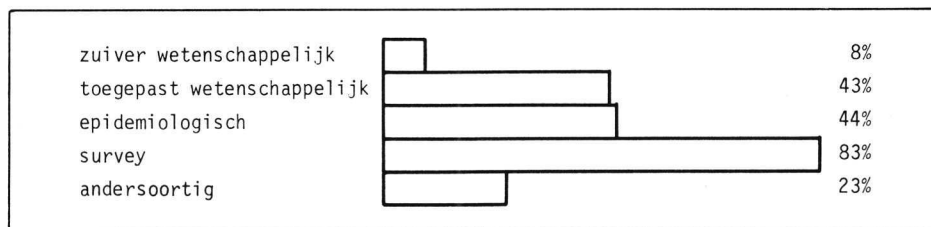
6.7.3 Resultaten

Zoals al aan het begin van dit hoofdstuk gesteld, wijkt het af in de herkomst van de gegevens. Er zijn drie bronnen van gegevens: een enquête onder de leden van de NVAB, proefschriften van bedrijfsartsen over bedrijfsgeneeskundige onderwerpen en opinies uit interviews met representanten uit het onderzoeksveld van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Deze zullen hier ook in deze volgorde aan de orde komen.

6.7.3.1 Enquête-uitkomsten

Het onderwerp opende met de vraag bij welke soorten onderzoek men als bedrijfsarts betrokken geweest was. Figuur 25 geeft de antwoordverdeling.

Figuur 25. Percentages bedrijfsartsen die aan verschillende soorten onderzoek hebben deelgenomen



De grote meerderheid blijkt bij surveys betrokken geweest te zijn, bijna de helft van de deelnemers heeft te maken gehad met epidemiologisch of toegepast onderzoek, zuiver wetenschappelijk onderzoek komt aanzienlijk minder voor.

Bij survey, toegepast wetenschappelijk onderzoek en epidemiologisch onderzoek is het aantal bedrijfsartsen dat erin betrokken geweest is in elke oudere leeftijdsgroep telkens hoger. Dit is een kwestie van ervaringen opdoen, waar de jongste groep nog niet zo aan toegekomen is. Er zijn geen leeftijdsverschillen in de

ervaring met zuiver wetenschappelijk en 'andersoortig' onderzoek. het eerste doordat het weinig voorkomt, het tweede doordat het een heterogene verzameling is.

In de betrokkenheid bij survey en toegepast wetenschappelijk onderzoek is verder een verschil tussen de typen dienst. In beide soorten onderzoek is bij GG&GD/DGD minder ervaring dan in de drie andere soorten BGD'en: met surveys GG&GD/DGD 66% tegen 86 tot 91% bij de andere typen dienst, met toegepast wetenschappelijk onderzoek: GG&GD/DGD 20% ervarenen tegen 45 tot 50% bij de andere diensten. Andersoortig onderzoek wordt door 23% van de deelnemers genoemd: blijkens toelichtingen gaat het hier om literatuuronderzoek, onderzoek in het kader van de opleiding en daarnaast een diversiteit aan onderzoek op het terrein van toxicologie, arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en psychosociale problematiek.

Onder verantwoordelijkheid van anderen vond 44% van het onderzoek plaats, onder medeverantwoordelijkheid 75% en onder eigen eindverantwoordelijkheid 84%. Blijkbaar is er vaak voor één individu sprake van verschillende verantwoordelijkheid bij de diverse soorten onderzoek waarin men betrokken geweest is, vandaar dat de antwoorden niet tot 100% optellen.

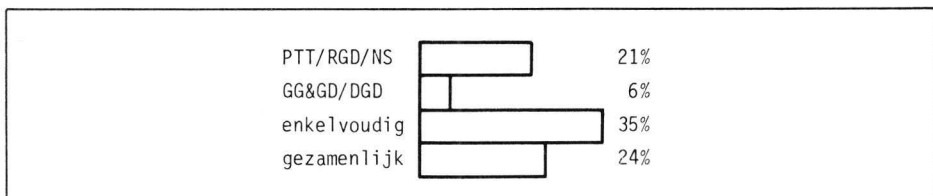
De gemelde verantwoordelijkheid voor verricht onderzoek loopt op met toenemende leeftijd. Dit kan verklaard worden uit de hiërarchieke opbouw van de grote bedrijfsgeneeskundige diensten, waar bij ouderen vaker dan jongeren een leidende functie hebben.

In de vraag hoe resultaten van verricht onderzoek zijn vastgelegd, werd onderscheid gemaakt tussen notities, tijdschriftartikelen en proefschriften. De percentages zijn respectievelijk 95% notities, 24% artikelen in tijdschriften en 4% proefschriften. Het aantal proefschriften van de hand van bedrijfsartsen bedraagt 46 op een totaal van 739 leden van de NVAB, dat is 6%. Negenentwintig proefschriften (65% van de 46) gaan over een bedrijfsgeneeskundig onderwerp (4% van de NVAB-leden). Dit komt overeen met

de 4% die in dit onderzoek gevonden is.

Wat de productie van tijdschriftartikelen betreft is er een al eerder gesignaleerd leeftijds- of ervaringseffect. Tien procent in de jongste groep meldt publicatie van onderzoek in tijdschriftartikelen, en dit percentage loopt op via 21% in de middelste tot 44% in de oudste groep. Bij de typen dienst springt de enkelvoudige dienst er gunstig uit en de GG&GD er ongunstig uit zoals figuur 26 laat zien.

Figuur 26. Percentages bedrijfsartsen met gepubliceerde tijdschriftartikelen naar soort dienst



Vastlegging in notities komt zoveel voor en proefschriften zo weinig, dat hierin geen verschillen naar typen dienst te vinden zijn.

De meeste respondenten (83%) vinden dat het doen van wetenschappelijk onderzoek naast het verrichten van surveys, onderdeel van de taak van de bedrijfsarts hoort te zijn. Hierin treden geen verschillen tussen leeftijdsgroepen of typen dienst op. Die zijn er wel in de antwoorden op de vraag of de bedrijfsarts in zijn werksituatie in staat gesteld wordt om, naast bedrijfsgeneeskundige surveys, wetenschappelijk onderzoek te doen. In totaal geeft 67% hier een bevestigend antwoord op, maar dat percentage loopt op van 58% in de jongste leeftijdsgroep en 70% in de 'middelbare' tot 72% in de oudste groep. Blijkbaar worden de oudere bedrijfsartsen meer dan de jongere tot wetenschappelijk onderzoek in de gelegenheid gesteld. Ook hier wijken de GG&GD-en met 45% ongunstig af van

de andere typen dienst met 69 tot 73%.

De antwoordverdelingen per vraag zijn hiermee behandeld. Daarnaast zijn enkele hiervan in verband gebracht met uitspraken uit andere delen van de vragenlijst. Hierbij blijkt dat een aantal variabelen een gunstige invloed hebben op het doen van toegepast wetenschappelijk onderzoek en epidemiologisch onderzoek. Dit zijn: het opgeleid zijn in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en het ter beschikking hebben van uitgebreide klinisch-chemische en medisch-fysische onderzoeksfaciliteiten. Daarnaast is er een verband tussen opgaven van systematisch verzamelen van gegevens en van in staat gesteld worden tot het doen van onderzoek. Beide komen het meest tegelijk voor in de oudste leeftijdsgroep en bij de enkelvoudige bedrijfs-geneeskundige dienst.

Opmerkingen van deelnemers

In totaal 94 opmerkingen werden geboekt. Uit veel daarvan blijkt dat er geen gebrek aan belangstelling is onder bedrijfsartsen voor het onderwerp 'wetenschapsbeoefening door de bedrijfsarts'.

Een deel van de opmerkingen gaat in op de beperkingen die er gesteld worden aan het verrichten van wetenschappelijk onderzoek als gevolg van gebrek aan tijd of geld. De meesten binnen deze groep respondenten vinden dat het dagelijkse pakket werkzaamheden van de bedrijfsgezondheidszorg geen ruimte laat voor dit soort onderzoek.

Andere factoren die een rem kunnen vormen zijn de grootte van het bedrijf of van de bedrijven waaraan men verbonden is en het gebrek aan faciliteiten. Voor wetenschapsbeoefening wordt samenwerking van bedrijfsgezondheidsdiensten met universiteiten of met een op te richten landelijk instituut voor bedrijfsgezondheidszorg een voorwaarde geacht.

Uit de beantwoording komt verder naar voren dat minstens toegepast wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek door de bedrijfsarts uitgevoerd moet kunnen worden. Hierbij wordt gedacht aan beschikbaar te stellen tijd, geld, faciliteiten en voldoende vooropleiding. Enkelen geven nog aan dat scholing voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek nodig is en verbetering behoeft.

6.7.3.2 Enquêteresultaten: samenvatting

Het idee dat zuiver wetenschappelijk onderzoek in het algemeen niet in het takenpakket van de bedrijfsarts voorkomt wordt in dit onderzoek bevestigd. Ook de veronderstelling dat toegepast wetenschappelijk onderzoek en epidemiologisch onderzoek wél tot het terrein van de bedrijfsarts behoren wordt bevestigd door de feitelijke situatie. De oudste leeftijdsgroep bedrijfsartsen wijkt hiervan in gunstige zin af, de GG&GD/DGD'en in ongunstige zin. Hoe ouder de bedrijfsarts, hoe meer ervaring met onderzoek hij blijkt te hebben. Het aantal proefschriften met een bedrijfs-geneeskundig onderwerp volgens de enquête komt ongeveer overeen met wat daarover uit ander onderzoek is gebleken. Veel bedrijfs-artsen vinden dat wetenschappelijk onderzoek onderdeel van hun taak behoort te zijn (88%). Een kleiner aantal (67%) vindt dat zij in hun werksituatie ook in staat gesteld worden om zulk onderzoek te verrichten. Dit geldt het sterkst voor de oudste leeftijdsgroep, terwijl men bij GG&GD en DGD minder dan bij de andere diensten daartoe in de gelegenheid wordt gesteld.

Bij de opmerkingen van de deelnemers komen factoren aan de orde met gunstige zowel als ongunstige invloed op wetenschapsbeoefening door de bedrijfsarts. Uit de onderlinge verbanden tussen gegevens uit uiteenlopende delen van de gehele enquête blijkt dat het kunnen doen van toegepast wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek afhangt van het opgeleid zijn in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en van het ter beschikking hebben van uitgebreide klinisch-chemische en medisch-fysische faciliteiten. Enkelvoudige diensten en in mindere mate ook de oudere leeftijdsgroepen dragen veel bij aan het hier genoemde verband.

De bedrijfsarts moet in staat geacht worden tot wetenschappelijk onderzoek, in het bijzonder toegepast, operationeel en epidemiologisch onderzoek. Hij vindt ook zelf dat dit zou moeten, maar

voelt zich daartoe niet goed in staat gesteld door gebrek aan faciliteiten. Geldt dat in het algemeen, het is nog sterker het geval bij de GG&GD en DGD.

6.7.3.3 De proefschriften

Een tweede methode om inzicht te krijgen wat bedrijfsartsen aan onderzoek verrichten is na te gaan wat door hen is gepubliceerd. Dat is ook hier gedaan, met een beperking tot proefschriften en wel die, welke een bedrijfsgeneeskundig onderwerp hebben (zie bijlage 3). Deze keuze wordt gerechtvaardigd op twee gronden, namelijk dat het oorspronkelijk werk betreft en dat het getoetst is op zijn wetenschappelijke mérites.

In dit deel van het hoofdstuk over wetenschappelijk onderzoek wordt achtereenvolgens aandacht geschonken aan het aantal bedrijfsartsen dat gepromoveerd is in verhouding tot het totaal aantal, dit percentage vergeleken met huisartsen, de verdeling van de dissertaties naar jaar van promotie, een beoordeling van de proefschriften naar type onderzoek en naar de behandelde aandachtsvelden.

Van de geënquêteerde bedrijfsartsen geven 46 aan, gepromoveerd te zijn. Dit is ongeveer 6% van het aantal bedrijfsartsen, leden van NVAB die deelnamen aan het onderzoek. Ter vergelijking: van de ongeveer 4500 huisartsen in Nederland zijn er 237 gepromoveerd (Bremer, 1981) dat is ongeveer 5%. Nu gaat deze vergelijking niet helemaal op omdat de perioden waarvoor de cijfers gelden, verschillend zijn: voor de bedrijfsartsen vanaf het begin van de bedrijfsgeneeskunde en voor de huisartsen van 1900 tot 1979. Bovendien zijn niet alle bedrijfsartsen lid van de NVAB.

Van de 46 proefschriften van bedrijfsartsen behandelen 29 (63%) onderwerpen uit de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Van de 237

door huisartsen geschreven dissertaties kunnen er 110 (46%) worden aangemerkt als samenhangend met de huisartsenpraktijk. De verdeling van de proefschriften van bedrijfsartsen naar periode van verschijnen wordt gegeven in tabel 17.

Tabel 17. Proefschriften van bedrijfsartsen naar periode van verschijnen

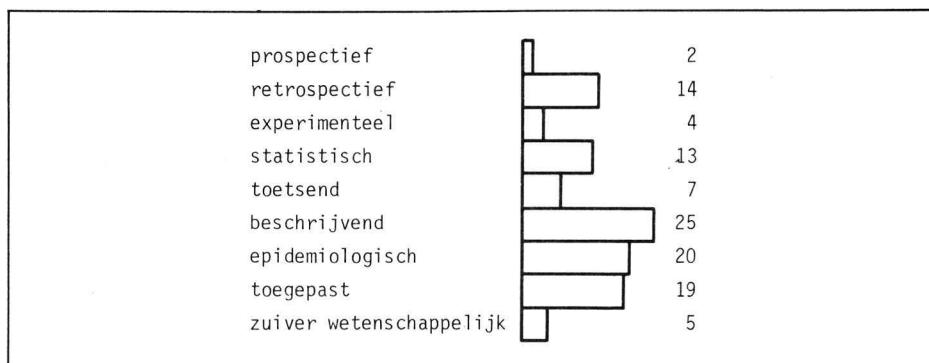
promotiejaar	totaal	alleen ABGZ
voor 1946	2	2
1946 - 1950	5	1
1951 - 1955	5	2
1956 - 1960	5	3
1961 - 1965	3	-
1966 - 1970	11	10
1971 - 1975	11	9
1976 - 1980	4	2
totaal	46	29

De verdeling is betrekkelijk gelijkmatig, op twee jaarklassen na: 1966 - 1970 en 1971 - 1975, waar er sprake is van een 'hausse'.

In de beschrijving van de typen onderzoek is in de eerste plaats gekeken of de termen 'zuiver wetenschappelijk onderzoek' of 'toegepast, operationeel onderzoek' op de studies van toepassing zijn. Daarnaast is nagegaan of er sprake is van epidemiologisch onderzoek, beschrijvend of exploratief onderzoek, en of er sprake is van het vormen en toetsen van hypothesen. Bij alle soorten onderzoek is nagegaan of er gebruikt gemaakt is van statistische methoden. Als experimenteel onderzoek is opgenomen onderzoek waarbij gebruik gemaakt werd van proefdieren of proefpersonen. Tenslotte is ook nog het tijdsaspect in beschouwing genomen met het onderscheid tussen retrospectief en prospectief onderzoek.

Eenzelfde studie kan tot verschillende vormen van onderzoek behoren, vandaar dat het totaal van figuur 27 hoger is dan het aantal proefschriften.

Figuur 27. Aantallen proefschriften van bedrijfsartsen naar vorm van onderzoek



Zoals te verwachten viel, is het aantal studies op zuiver wetenschappelijk gebied klein, dit komt vijf maal voor. Van toegepast onderzoek is negentien maal sprake en in vijf gevallen waren de criteria voor geen van beide soorten onderzoek van toepassing. Twintig maal komt epidemiologisch onderzoek voor, beschrijvend of exploratief onderzoek 25 maal. Bij zeven studies is het tot vorming en toetsing van hypothesen gekomen. De indeling retrospectief-prospectief is in zestien gevallen van toepassing: veertien retrospectief en twee prospectief. Van 'trial-onderzoek' als bijzondere vorm van prospectief onderzoek is in het geheel geen sprake.

In tabel 18 wordt aangegeven hoe de verschillende onderzoekskenmerken met elkaar samengaan. Zuiver wetenschappelijk onderzoek gaat vaak gepaard met hypothese-vormend en -toetsend onderzoek, statistische verwerking en experimenteel onderzoek.

Tabel 18. Frekwenties van het samengaan van onderzoekskenmerken

	epi- demio- lo- gisch	be- schrij- vend	hypo- the- sen	sta- tis- tiek	expe- ri- ment	retro- spec- tief	pro- spec- tief	to- taal
zuiver weten- schappelijk	2	2	4	3	2	-	-	13
toegepast weten- schappelijk	15	18	4	8	2	11	1	59
epidemiologisch	-	20	2	9	1	13	2	47
beschrijvend	-	-	3	11	1	14	2	31
totaal	17	40	13	31	6	38	5	150

Toegepast wetenschappelijk onderzoek komt vaak tegelijk voor als epidemiologisch, beschrijvend en retrospectief onderzoek. Epidemiologisch onderzoek is hier in alle gevallen ook beschrijvend onderzoek. Ook het verschijnsel dat er dertien maal sprake is van retrospectief onderzoek op een totaal van 20 epidemiologische studies pleit voor het beschrijvend karakter. Het beschrijvend onderzoek tenslotte scoort hoog op het gebruik van statistische methodieken en het retrospectieve karakter.

6.7.3.4 Proefschriften: samenvatting

De proefschriften van bedrijfsartsen werden vergeleken met die van huisartsen. Mede tegen de achtergrond van de veel latere ontwikkeling van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde dan van de huisartsgeneeskunde kan gesteld worden dat in kwantitatief opzicht de bedrijfsartsen niet voor de huisartsen onderdoen. Bovendien blijken bedrijfsartsen vaker dan huisartsen in hun dissertaties een onderwerp te behandelen dat tot hun specifieke terrein behoort. Een vergelijking in kwalitatieve zin is in de opzet van dit onderzoek niet mogelijk gebleken.

Het vermoeden dat toegepast wetenschappelijk onderzoek meer in de lijn van de bedrijfsarts ligt dan zuiver wetenschappelijk on-

derzoek werd door de aard van de proefschriften bevestigd. In samenhang hiermee komt beschrijvend en retrospectief onderzoek vrij vaak voor en is er weinig hypothesen-toetsend en prospectief onderzoek. Epidemiologisch onderzoek komt verrassend vaak voor en dan in de beschrijvende, niet-analytische zin.

Toetsing van de aandachtsvelden aan het takenpakket dat de bedrijfsartsen zelf formuleren, leert dat aanstellingskeuringen, preventie van beroepsziekten, schadelijke en hinderlijke invloeden en ziekteverzuim relatief vaak onderwerp van onderzoek zijn. Een aantal andere onderdelen van het takenpakket van de bedrijfsarts zijn in de onderwerpen van de proefschriften niet terug te vinden.

6.7.3.5 De vraaggesprekken

Door middel van vraaggesprekken is de visie vastgelegd van vier vertegenwoordigers uit de wereld van het wetenschappelijk onderzoek over de wetenschapsbeoefening door de bedrijfsarts*. Deze interviews gingen uit van twee hypothesen (zie de paragraaf Vraagstelling, 6.7.2):

- De bedrijfsarts moet, gezien zijn opleiding en de tot zijn beschikking staande faciliteiten in staat geacht worden tot wetenschappelijk werk.
- Er is in Nederland nog geen beleid inzake wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsartsen als groep.

De geïnterviewden zijn van mening dat de bedrijfsarts qua opleiding, eventueel met behulp van anderen, in staat is om wetenschappelijk onderzoek te doen. Beperkingen zijn gelegen in de factoren tijd, geld, faciliteiten, interesse van de bedrijfsarts

* Met dank voor de bereidwilligheid een gesprek toe te staan jegens Dr A.H. Jonkers, H. Hoolboom, arts, Prof.Dr D. Vroege en Prof.Dr A. Wink.

en de uitgebreidheid van de vraagstelling. Praktische vragen vanuit de dagelijkse praktijk liggen binnen het bereik van een wetenschappelijke benadering door de bedrijfsarts. In de huidige opleiding tot bedrijfsarts wordt reeds aandacht besteed aan onderwerpen als methodologie, statistiek en epidemiologie. Aanvulling van dit arsenaal tijdens de opleiding en vooral ook bij de nascholing is nuttig en nodig.

De onlangs ingestelde leerstoelen voor de arbeids- en bedrijfs-geneeskunde aan de universiteiten van Rotterdam, Maastricht en Nijmegen hebben onder meer tot doel in het basiscurriculum belangstelling te wekken voor de bedrijfsgezondheidszorg, in het bijzonder voor de onderzoeksaspecten daarin.

Alle geïnterviewden zijn het erover eens dat onderzoek, voor zover dat gebeurt, teveel individugericht en te weinig groepsgericht is. Dit is des te ernstiger omdat individugericht onderzoek vaak gebruikt wordt voor extrapolatie naar populaties. Om redenen als deze wordt uit de universitaire hoek de nadruk gelegd op het epidemiologisch onderzoek.

De universiteiten, waaronder ook het Coronel-laboratorium resorteert, hebben meer mogelijkheden dan de BGD voor fundamenteel, grensverleggend zuiver wetenschappelijk onderzoek. Een gelukkige ontwikkeling is de academisering van de bedrijfsgeneeskunde zoals die tot uiting komt in het instellen van leerstoelen Bedrijfs-geneeskunde aan de medische faculteiten. Bij TNO ligt de nadruk meer op toegepast en dienstverlenend onderzoek. Naar de mening van de geïnterviewden geldt voor onderzoek op alle terreinen dat er te weinig terugkoppeling plaatsvindt naar de mens in zijn arbeidsomstandigheden.

Hoewel er hard gewerkt wordt om beleid tot stand te brengen, is er tot nu toe nog onvoldoende sprake van beleidsplanning van het

wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg. Er wordt zowel gedacht aan het instellen van een landelijk instituut voor wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg als aan het structureren van het overleg tussen de bestaande onderzoeksinstituten. In het landelijk instituut zou de coördinatie moeten plaatsvinden van de onderzoeksvragen uit het veld. Het onderzoeksbeleid zou hier moeten worden opgesteld en regelmatig worden bijgesteld en getoetst. Alle vereiste 'know-how' zou in het landelijk instituut aanwezig moeten zijn, maar de drempel tot dit instituut zou zowel voor de bedrijfsartsen (toegepast wetenschappelijk onderzoek) als voor de onderzoeksinstituten (zuiver en toegepast wetenschappelijk onderzoek) zo laag mogelijk moeten zijn. Beide groeperingen zouden er gemakkelijk moeten kunnen binnenkomen. Bij het structureren van het overleg tussen de bestaande instellingen is geen sprake van een nieuw instituut, maar van een samenwerkingsverband. De plaats van de individuele bedrijfsarts of zelfs van een gehele bedrijfsgeneeskundige dienst is hierin niet duidelijk. Wel is duidelijk dat het Directoraat-Generaal van de Arbeid door middel van zijn beleidsprogramma en rekening houdend met het advies van de Arboraad, invloed zal hebben op de inhoud en de prioriteiten van onderzoeksprogramma's.

6.7.3.6 Vraaggesprekken: samenvatting

Met het voorbehoud dat het om slechts vier interviews gaat, mag toch voorzichtig geconcludeerd worden dat de twee in het begin gestelde hypothesen bevestigd worden. De bedrijfsarts die zijn opleiding voltooid heeft is door de voor de opleiding benodigde onderzoeken, de hoorcolleges en oefeningen in epidemiologie en statistiek goed voorbereid op het doen van eigen onderzoek. Voor het overige is de bedrijfsarts in het algemeen door zijn opleiding niet beter toegerust dan de huisarts of de klinisch specialist van dezelfde generatie afgestudeerden. Het voordeel voor de

bedrijfsarts is, vergeleken met de huisarts, dat hij te maken heeft met duidelijk herkenbare populaties. Wetenschapsbeleid voor de bedrijfsgezondheidszorg probeert men van de grond te tillen langs twee verschillende wegen: een landelijk instituut voor wetenschappelijk onderzoek en anderzijds gestructureerd overleg tussen de bestaande onderzoeksinstellingen om tot een gemeenschappelijk wetenschapsbeleid te komen.

Samenvattend: de geïnterviewden zijn de mening toegedaan, dat de bedrijfsarts gezien zijn opleiding tot het doen van wetenschappelijk werk in staat moet worden geacht, in het bijzonder als het gaat om praktische vraagstellingen. Beperkingen zijn gelegen in het al of niet aanwezig zijn van faciliteiten. Wetenschapsbeleid voor de arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg bestaat echter in Nederland nog niet.

6.7.4 Discussie

De aard van de arbeidssituatie van de bedrijfsarts blijkt uit de aard van het onderzoek dat hij verricht. Na het survey, waarbij hij de werksituatie van een afdeling met betrekking tot de gezondheidsaspecten inventariseert, volgt in frequentie het toegepaste operationele onderzoek. Het toegepaste onderzoek in de bedrijfsgeneeskundige 'setting' heeft als doel het constateren en vastleggen van arbeidsbelastende omstandigheden. Na deze vaststelling volgt het geven van adviezen of het treffen van maatregelen om deze omstandigheden te verbeteren. Twee belangrijke aspecten zijn in dit deel van het onderzoek niet aan de orde geweest, namelijk het belang van het samenwerken met anderen binnen de BGD en binnen de bedrijfsorganisatie. In paragraaf 3.2 wordt wel ingegaan op de aanwezigheid van niet-medische deskundigen in de BGD.

Het tweede aspect dat buiten dit onderzoek is gebleven betreft het nagaan of de adviezen, voortvloeiend uit toegepast onderzoek, zijn opgevolgd, en zo ja, wat het resultaat van deze adviezen is geweest.

Wel komt in paragraaf 6.1.3 de tevredenheid van de bedrijfsartsen over de uitgebrachte adviezen aan de orde en de oorzaken die naar hun mening aan te wijzen zijn voor onvoldoende succes.

Het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek past in het raam waarbinnen de bedrijfsgeneeskunde opereert, namelijk dat der secundaire preventie. Ook het verrichten van beschrijvend epidemiologisch onderzoek valt in dit kader. Kennelijk is er (nog) een hiaat tussen de ideale doelstelling: de primaire preventie en de huidige taakopvatting, zoals die uit dit onderzoek blijkt. Afgezien van de proefschriften konden de feitelijke gegevens uit de enquête in verband met de anonimiteit niet geverifiëerd worden.

Zowel de invloed van de leeftijd als van het opgeleid zijn op het doen van wetenschappelijk onderzoek pleiten voor een verdergaande professionalisering van de bedrijfsgezondheidszorg en voor een opleiding in een zo vroeg mogelijk stadium.

Zelfs kan de vraag gesteld worden of naast de bestaande opleiding een opleiding direct in aansluiting aan de basisopleiding niet de voorkeur verdient.

De uitkomst dat bedrijfsartsen werkzaam bij bedrijfsgeneeskundige diensten van de gemeenten significant minder aan toegepast - en epidemiologisch onderzoek en aan het survey doen, moet de leiding van deze diensten te denken geven. Ook in het schrijven van tijdschriftartikelen blijft deze groep bedrijfsartsen ten achter.

De oorzaak hiervoor kan onder andere liggen in de situatie dat ze er onvoldoende toe in de gelegenheid worden gesteld. In hun takenpakket bestaat er onvoldoende ruimte tot het verrichten en publiceren van onderzoek.

Zoals elders in deze monografie blijkt er een verschil te zijn tus-

sen de verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden in de officiële taakomschrijving van de bedrijfsarts en wat hij feitelijk doet. Uit de beoordeling van de proefschriften komt naar voren dat er een verschil bestaat tussen het voorkomen van de aandachtsvelden in de proefschriften en het takenpakket zoals dat door de beroepsgroep van bedrijfsartsen zelf geformuleerd is. Ook hier is er dus sprake van een discrepantie tussen het ideale beeld en de werkelijkheid.

Een bezwaar dat tegen dit deel van het onderzoek kan aangevoerd worden is, dat de verzamelde gegevens ongelijksoortig zijn. Bij het enquête-onderzoek en de vraaggesprekken is er sprake van een transversaal, dwarsdoorsnede-onderzoek, een momentopname. Terwijl in het geval van de proefschriften retrospectief onderzoek aan de orde is. Desondanks komt uit alle drie delen van het onderzoek het belang van het toegepast - en het epidemiologisch onderzoek op dezelfde duidelijke wijze naar voren.

Gezien de beperkingen van dit onderzoek zijn de resultaten geen reden om zelfgenoegzaam hierbij stil te blijven staan.

Van de beleidsmakers zal gevraagd worden richting te geven aan het onderzoek in de bedrijfsgeneeskunde en het stimuleren tot het doen van onderzoek. Binnen de bedrijven en de bedrijfsgeneeskundige diensten zal ruimte gemaakt moeten worden in tijd, geld en faciliteiten. Opleiding, nascholing en de praktijk zullen ons de ogen moeten openen waar onderzoeksterrein braak ligt.

6.7.5 Samenvatting

De relatie bedrijfsarts - wetenschappelijk onderzoek is bestudeerd langs drie wegen:

- als één van de onderwerpen in de enquête onder bedrijfsartsen;
- via proefschriften van bedrijfsartsen met een on-

derwerp uit de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, en door

- vraaggesprekken met vertegenwoordigers van het veld van onderzoek en onderwijs uit de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Alle drie deze bronnen wijzen erop dat de bedrijfsarts in staat is tot wetenschappelijk werk. In het bijzonder toegepast wetenschappelijk onderzoek en epidemiologisch onderzoek liggen in de sfeer van zijn belangstelling. De aandacht voor en de mogelijkheden tot het doen van onderzoek zijn niet gelijk verdeeld over de verschillende doorsneden van de populatie bedrijfsartsen.

Oudere bedrijfsartsen doen vaker wetenschappelijk onderzoek en dragen daar vaker de verantwoording voor dan de jongere bedrijfsartsen. Wat het type bedrijfsgeneeskundige dienst betreft komen enkelvoudige diensten in gunstige zin naar voren, terwijl de bedrijfsartsen, verbonden aan GG&GD-en en DGD-en achterblijven in wetenschapsbeoefening.

Bij een vergelijking van dissertaties van bedrijfsartsen met die van huisartsen blijven de bedrijfsartsen in kwantitatieve zin niet bij de huisartsengroep ten achter. Bedrijfsartsen houden zich vaker bezig met onderwerpen die tot de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde behoren dan huisartsen met onderwerpen op het terrein van de huisartseneeskunde. Toch sluiten ook de onderwerpen die deze dissertaties van bedrijfsartsen behandelen maar ten dele aan bij de taken zoals die in het takenpakket van de bedrijfsarts worden opgesomd.

Vele bedrijfsartsen vinden zelf dat wetenschapsbeoefening in hun takenpakket thuishoort. Veel minder bedrijfsartsen voelen zich echter in staat gesteld om ook daadwerkelijk onderzoek uit te voeren. Dit stemt overeen met de opvattingen uit de interviews, namelijk dat er beperkingen liggen in de factoren tijd, geld en fa-

ciliteiten.

De hypothese dat er tot dusver nauwelijks van wetenschapsbeleid sprake is, sluit aan bij de informatie uit de interviews. Wel wordt gewerkt aan de coördinatie van lopend onderzoek, maar van beleid in de zin van streven naar het bereiken van bepaalde wetenschapsdoelen met bepaalde middelen in een bepaalde volgorde, is nog geen sprake.

7.1

Inleiding

De uitkomsten worden beschreven van een enquête-onderzoek dat eind 1982 werd gehouden onder de Nederlandse bedrijfsartsen die lid van de NVAB zijn. Motieven voor dit onderzoek waren dat de bedrijfsgezondheidszorg de laatste vijftien jaar sterk gegroeid is, dat er door de Arbeidsomstandighedenwet nieuwe eisen daaraan worden gesteld en dat er eigenlijk weinig bekend is van het functioneren van de bedrijfsarts, behalve dat hij* in een spanningsveld tussen werknemers en werkgever moet handelen. De aanleiding tot het onderzoek was een voordracht over het project Periodiek Onderzoek Functioneren voor bedrijfsartsen in opleiding bij het NIPG/TNO. Daarbij werden de cursisten zelf geënquêteerd over hun eigen functioneren in hun arbeidssituaties. De uitkomsten hiervan waren interessant genoeg om dergelijk onderzoek op grote schaal onder bedrijfsartsen in te stellen.

Het uitgevoerde onderzoek moest een beeld geven van het persoonlijk functioneren van bedrijfsartsen in samenhang met persoonskenmerken en kenmerken van de bedrijfsgeneeskundige dienst. Er werd gebruik gemaakt van de Vragenlijst naar het Persoonlijk Functioneren in de Arbeidssituatie (VPFA), aangepast aan de specifieke situatie in de bedrijfsgezondheidszorg (BGZ).

De persoonskenmerken die gehanteerd werden zijn leeftijd, geslacht en opleiding, de inhoud van de functie, het individuele werkterrein en de meest voorkomende werkzaamheden. De kenmerken van de Bedrijfsgezondheidsdienst (BGD) zijn onderscheiden in personele kenmerken, de aanwezige faciliteiten en de verzorgde populatie. Aan de

* In plaats van hij/zij is telkens hij gebruikt, ongeacht geslacht.

VPFA werden vragen toegevoegd die gaan over de specifieke werksituatie van de bedrijfsarts: de plaats van de bedrijfsarts in de cliënt-organisatie, de aanstellingskeuring, gericht periodiek geneeskundig onderzoek, de samenwerking met de curatieve sector, onderzoek van werkplek en bedrijf en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsarts. Van de onderwerpen van de VPFA werd het onderwerp 'fysieke werkomstandigheden' minder relevant geacht en daarom weggelaten. Wel aan de orde kwamen de arbeidsinspanning, de gezondheid en het ziektegedrag, de taak en de organisatie van het werk, leiding en collega's en de waardering voor de werkkring.

De vragenlijst is toegezonden aan de leden van de NVAB van wie aangenomen werd dat zij praktiserend bedrijfsarts waren. Er zijn 512 ingevulde vragenlijsten geretourneerd, een deelname van 74%.

De uitkomsten zijn steeds gepresenteerd naar twee indelingen: leeftijdsgroepen en typen BGD. De leeftijdsgroepen zijn 20-34 jaar, 35-49 jaar en 50-70 jaar, alle drie van dezelfde orde van grootte. De typen dienst zijn vier groepen: PTT, RGD en NS te zamen (ook wel 'het Rijk' genoemd), GG&GD en DGD samen ('de Gemeente'), de enkelvoudige diensten (werkzaam ten behoeve van één bedrijf) en de gezamenlijke diensten (werkzaam voor verscheidene bedrijven in een regio), als groep.

De enkelvoudige en gezamenlijke BGD-en zijn particuliere diensten. Rijk en Gemeente hebben elk ongeveer 90 deelnemers, de enkelvoudige diensten ruim 130 en de gezamenlijke 189.

Bij de uitkomsten moet men blijven beseffen dat het om uitspraken van deelnemers gaat. Ook als bijvoorbeeld de kenmerken van BGD-en worden beschreven gaat het om subjectieve of 'belevings'-gegevens.

De typen BGD verschillen naar gemiddelde leeftijd van de bedrijfsartsen die er werken, de gemeente is relatief jong, het Rijk en de enkelvoudige diensten betrekkelijk oud en de gezamenlijke diensten komen daar tussenin. Ook zijn er verschillen naar verzekeringsgeneeskundige (VG-) activiteiten: het meest bij Rijk en Gemeente, minder bij enkelvoudige en het minst bij gezamenlijke diensten. Verder blijken de typen dienst te verschillen naar de aanwezige specialismen en faciliteiten. Wat betreft de niet-medische deskundigen (zoals bijvoorbeeld arbeidshygiënist, ergonomen en automatiseringsdeskundigen), zijn de overheidsdiensten de extremen: de GG&GD/DGD met de laagste en PTT/RGD/NS met de hoogste aantallen deskundigen. De particuliere diensten komen daar tussenin, waarbij de gezamenlijke diensten minder deskundigen hebben dan de enkelvoudige. Ook zijn er verschillen naar aanwezige faciliteiten (zoals bijvoorbeeld medisch-fysische faciliteiten, arbeidshygiëne en mogelijkheden om groepsgegevens te verwerken), parallel aan de eerdere verschillen: weinig faciliteiten bij de Gemeente, gemiddeld bij enkelvoudige en gezamenlijke diensten en veel bij het Rijk.

De deelnemers zijn als volgt verdeeld over de drie leeftijdsgroepen: 20-34 jaar 151 personen, 35-49 jaar 175 personen en 50-70 jaar 186 personen. De vrouwelijke bedrijfsartsen worden voornamelijk in de beide jongste groepen aangetroffen. Leeftijdsverschillen naar type dienst werden al vermeld, verder zijn er geen duidelijke verschillen hier naar jaar waarin het artsexamen werd behaald. Wel is er een tendens dat degenen die pas kort geleden met bedrijfsgeneeskundig werk zijn begonnen, meer werkzaam zijn bij de Gemeente en de gezamenlijke diensten. Rijk en enkelvoudige

diensten tellen naar verhouding veel ervaren bedrijfsartsen, met relatief veel dienstjaren. De eerdere beroepservaring als huisarts, klinisch assistent of specialist, verschilt niet naar typen dienst, uiteraard wel naar leeftijd. Verder heeft vrijwel iedereen bedrijfs-geneeskunde als hoofdfunctie, maar bij de gemeente is het ook wel een nevenfunctie.

Het aantal ouderen dat nooit een verdere cursus heeft gevolgd na het artsexamen is hoger dan het aantal jongeren, bij de laatsten komt ook het meest voor dat men nog bezig is met nascholing.

De gemiddelde werkweek ligt boven de 40 uur: de jongste groep meldt gemiddeld 44 uur, de middelste 45 uur en de oudste 42 uur; dit zonder verschillen tussen de typen BGD.

7.4 Functie en werkgebied

Ruim een kwart van de deelnemers geeft op, hoofd of directeur van een dienst te zijn, met een duidelijk leeftijdseffect: ouderen meer. Bij degenen die zelf geen hoofd of directeur zijn, loopt het aantal werknemers dat men bedrijfsgeneeskundig verzorgt uiteen van 100 tot 3000, maar het meest komen opgaven van boven de 2000 werknemers voor. De uitrusting op de vestiging van de BGD waar men doorgaans werkt verschilt naar uitgebreidheid tussen soorten dienst. Een uitgebreide uitrusting komt bij Rijk en Gemeente minder voor dan bij enkelvoudige en gezamenlijke diensten. Een indruk van de geografische omvang van het werkgebied geeft het gemiddelde van 237,5 km die men per week voor de dienst reist.

Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan, een verzekeringsgeneeskundige (VG-) taak te hebben. Sommigen hebben een VG-taak voor een deel van hun verzorgingsgebied, anderen (vooral bij het Rijk) voor hun hele verzorgingsgebied. Het voorkomen van

kwaliteitscontrole op het werk verschilt sterk: nog geen kwart van de bedrijfsartsen bij de Gemeente geeft dit op, tegen bijna tweederde bij het Rijk.

Het zwaartepunt van de activiteiten blijkt bij het bedrijfsgezondheidskundig spreekuur te liggen. Daarna komen in volgorde van afnemende aantallen opgaven: overleg, besprekingen in een sociaal team, verzuimspreekuur, werkplekbezoek, aanstellingskeuringen, algemeen PGO, gericht PGO, werkplekonderzoek, voorlichting aan werknemers, EHBO, verdere ongevalsbehandeling, advisering aan fondsen en tropenkeuringen.

7.5 Persoonlijk functioneren in de arbeids-situatie

Voor de interne vergelijking van leeftijdsgroepen bedrijfsartsen en van typen BGD worden hier eerst de uitkomsten van de bedrijfsartsen vergeleken met resultaten uit eerder NIPG/TNO-onderzoek met de VPFA-enquête, uitgevoerd in verschillende bedrijven. Globaal blijken de bedrijfsartsen minder problemen te hebben dan de externe vergelijkingsgroepen (academici in andere bedrijven, werknemers met HAVO of meer als opleiding en leidinggevenden ongeacht hun scholingsgraad). Alleen bij het onderwerp 'leiding en collega's' zijn er niet zulke uitgesproken verschillen.

Verder zijn er algemene leeftijdseffecten, die niet specifiek voor bedrijfsartsen zijn: in de hoogste leeftijdsgroep nemen sommige klachten over gezondheid en inspanning toe en die over de arbeidssituatie af.

Hierna komen de belangrijkste uitkomsten over het persoonlijk functioneren aan de orde, maar nu per onderwerp of somscore van de VPFA, waar de leeftijdsgroepen en typen BGD worden vergeleken.

Inspanning

De middelste leeftijdsgroep (35-49 jaar) heeft de laagste aantallen klachten over de inspanning, de oudste groep de meeste, de jongste groep komt daar tussenin, hetgeen niet te verwachten was. De jongste groep heeft betrekkelijk veel klachten over geestelijke inspanning en tijdsdruk, de oudste groep over het geheugen en moeite met lichamelijke inspanning. De typen BGD verschillen globaal niet wat de inspanning van de bedrijfsartsen betreft.

Gezondheid

Er zijn globaal geen grote verschillen in gezondheidsklachten tussen de leeftijdsgroepen of tussen de soorten diensten. Om nog verschillen te ontdekken moet men afgaan op afzonderlijke uitspraken: klachten over de nachtrust bij de jongste groep, diverse lichamelijke klachten bij de oudste groep.

Ziektegedrag

De bedrijfsartsen maken, vergeleken met anderen, weinig melding van ziektegedrag (verzuim, doktersbezoek, behandeling, medicijngebruik). Wel zijn er leeftijdsverschillen, maar geen verschillen naar type BGD. De oudste groep bedrijfsartsen maakt meer melding van ziektegedrag dan de beide jongere groepen.

Taak en werkorganisatie

Over het algemeen wordt het werk afwisselend, interessant en passend gevonden. Wat de functie-inhoud betreft zijn er dan ook geen leeftijdsverschillen van grote omvang. Die zijn er wel in de werkorganisatie: bij de wijze van organiseren van het werk, het overleg en de werkbeprekingen, werkoverleg, gebreken in werk van ande-

ren, en de kwaliteit en de beschikbaarheid van hulpmiddelen en informatie zijn de aantallen klachten het hoogst in de jongste leeftijdsgroep (20-34 jaar) en telkens lager in de oudere leeftijdsgroepen.

De opgaven van problemen met het werk of de organisatie daarvan nemen af met oplopende leeftijd. Bij de GG&GD/DGD zijn er betrekkelijk veel problemen mee, in vergelijking met de drie andere typen diensten.

Het gesignaleerde resultaat bij bedrijfsartsen werkzaam bij de Gemeente betreft vooral problemen met de werkorganisatie en het overleg, de aanwezigheid van hulpmiddelen en relatief veel onverwachte situaties.

Leiding en collega's

De waardering voor leiding en collega's ligt bij de bedrijfsartsen ongeveer gelijk met die van andere onderzochte groepen werknemers. De typen dienst verschillen, met meer klachten bij de Gemeente, weinig bij de beide soorten particuliere diensten en een gemiddeld klachtenniveau bij het Rijk. Ook hier is het aantal problemen in de jongste groep groter dan in de middelste leeftijdsgroep en dat weer groter dan in de oudste. De jongeren hebben meer klachten over de billijkheid van de werkverdeling. Verder zeggen ze dat ze te weinig informatie krijgen over wat er in de dienst gebeurt. Bij het Rijk en de Gemeente zijn meer problemen met de onderlinge relaties in het werk dan bij de enkelvoudige en gezamenlijke diensten.

Waardering voor de werkkring

Hoe ouder, hoe minder klachten wat betreft de werkkring, verder zijn hierover veel klachten bij de Gemeente in vergelijking met

de drie andere typen BGD.

De leeftijdsverschillen betekenen niet, dat de jongere bedrijfsartsen er zo slecht aan toe zijn, maar dat de waardering voor de werkkring stijgt van 'normaal' (d.w.z. vergelijkbaar met werknemers in andere bedrijven) in de jongste groep tot hoog in de oudste.

Bij de groep GG&GD/DGD oordeelt men relatief ongunstig over de wijze waarop de dienst geleid wordt en vindt men, meer dan bij de andere typen BGD dat de dienst niet goed is om in te werken.

Samenvatting persoonlijk functioneren

Op twee manieren is het functioneren in zijn geheel geschat: door het samenvattend oordeel van de bedrijfsartsen zelf ('Hoe goed zit u al met al met uw werk?') en door een sommatie over de somscores. Beide geven hetzelfde patroon: beter functioneren naarmate men ouder is en wat de typen BGD betreft: behoorlijk functioneren bij Rijk, enkelvoudige en gezamenlijke diensten, maar meer problemen bij de Gemeente.

Uit de opmerkingen van de deelnemers blijkt dat het functioneren een balans is van gunstige en ongunstige kanten aan het werk. De gunstige zijn vooral zelfstandigheid, afwisseling en interessant werk. De ongunstige kanten zijn met name overbelasting en gebrekkige organisatie van de dienst. Het saldo is positief, want de grote meerderheid van de deelnemers geeft aan, goed of redelijk met zijn werk te zitten.

Conclusies

- Bedrijfsartsen in dienst van gemeenten functioneren problematisch, vergeleken met anderen. Het verdient daarom aanbeveling, dat het functioneren van de bedrijfsartsen bij de gemeentelijke overheden aan een nader onderzoek wordt onderworpen.

De meeste bedrijfsartsen blijken voorstander te zijn van formele relaties met directie en ondernemingsraad (OR) en dat ongeacht de leeftijd van de bedrijfsarts of het type BGD.

Wat betreft de contacten met de directie zijn de voorstanders van formalisering minder tevreden over hun contacten dan men zou verwachten. Ongeveer de helft van de bedrijfsartsen is tevreden met de contacten met de OR, bijna twee derde over die met de directie. Directies krijgen meer adviezen van bedrijfsartsen dan ondernemingsraden. De beleidsadviezen geven de bedrijfsarts echter weinig voldoening; oorzaken van gebrek aan succes worden buiten zichzelf gezocht. Van de bedrijfsartsen die geen adviezen aan de OR geven, is de helft tevreden met hun relatie met de ondernemingsraad.

Conclusies

- De uitkomsten van het onderzoek geven de indruk, dat er minder advies gegeven wordt dan wenselijk is en dat dit taakonderdeel weinig bevrediging geeft. Oorzaken hiervan worden deels gezocht in de slechte economische situatie.
- Omdat beleidsadvisering onlosmakelijk verbonden is met het werk van de bedrijfsarts, zou de bedrijfsarts meer inzicht in doel en mogelijkheden van organisaties moeten hebben naast veranderingkundige kennis en vaardigheden. Hiervoor zou plaats moeten worden ingeruimd bij opleiding en nascholing.
- De relaties van de bedrijfsarts met directie en ondernemingsraad van de verzorgde organisatie blijken vaak niet bevredigend te zijn. Ook deze relaties zouden aandacht moeten krijgen in de

opleiding en de nascholing.

- Van de adviezen aan de directie blijken er weinig ook naar de ondernemingsraad te gaan. De NVAB zou kunnen nagaan of er een algemene richtlijn te formuleren valt voor de formele afwikkeling van adviezen.

7.6.2 De aanstellingskeuring

Ruim 80% van de deelnemende bedrijfsartsen blijkt de aanstellingskeuring altijd noodzakelijk te vinden, met variaties van 65% bij het Rijk tot circa 84% bij de andere soorten dienst.

Er kon geen verband worden gevonden tussen het al of niet hebben van een verzekeringsgeneeskundige (VG-) taak en het oordeel over de noodzaak van de aanstellingskeuring. Wel vinden jongere bedrijfsartsen (BA) naar verhouding de aanstellingskeuring minder nodig dan oudere. De meeste BA voelen zich in staat tot een oordeel over de fysieke belastbaarheid van de kandidaat-werknemer. Ruim een derde acht zich tevens bekwaam over de psychische belastbaarheid van de sollicitant uitspraken te doen. Vooral jonge BA achten zich daar niet toe in staat. De aanstellingskeuring blijkt naast het afwegen van risico's ook als functie de introductie van de BGD te hebben; vaak wordt de aanstellingskeuring als eerste periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) opgevat.

Twee derde van de deelnemers vindt dat de aanstellingskeuring niet gebruikt mag worden om werknemers te selecteren. Dit hangt echter van de soort dienst af: bij de enkelvoudige dienst is men het meest voor een selectietaak, bij het Rijk is men er in meerderheid tegen. De meeste BA vinden dat zij het belang van sollicitant en bedrijf moeten dienen; velen, vooral jongeren, vragen zich af of dit kan. Een keuze voor het bedrijfsbelang (20% van de deelnemers) komt vooral voor bij het Rijk, alsmede bij voorstanders van VG-werkzaamheden uit te voeren door de bedrijfsarts en het minst in de gezamenlijke BGD-en.

Bedrijfsartsen die zelf het bedrijfsbelang voorstaan zijn het meest voorstander van selectie.

Vrijwel alle deelnemers zijn het eens met de mogelijkheid om tegen een afkeuring in beroep te gaan.

Conclusies

- Waar geen mogelijkheid bestaat voor de sollicitant om tegen een afkeuring in beroep te gaan, moet die mogelijkheid worden gemaakt.
- Gezien de twijfels van bedrijfsartsen over het nut van de aanstellingskeuring, in het bijzonder wat betreft de psychische belasting ten opzichte van de functie, verdient onderzoek naar de waarde van de keuring aanbeveling.

7.6.3 Gericht Periodiek Geneeskundig Onderzoek (PGO)

Een grote meerderheid van 85% zegt zelf gericht PGO te doen, zonder verschil naar leeftijd, wel naar type BGD: bij het Rijk doet men minder aan PGO dan bij de particuliere diensten met de Gemeente in middenpositie. Hierbij moet worden bedacht dat onder gericht PGO niet steeds hetzelfde wordt verstaan. Het gericht PGO wordt echter maar gedaan bij een klein deel van de verzorgde werknemers, zij het bij particuliere BGD-en meer dan bij de overheid. Vele BA-en menen dat gericht PGO goed inzicht geeft in de fysieke draagkracht. Meer dan de helft denkt dat het PGO geen goed inzicht geeft in de mentale draagkracht. Vooral jongere BA hebben in dit laatste weinig vertrouwen. Bijna twee derde evalueert het eigen PGO, maar bij particuliere diensten gebeurt dit blijkens de antwoorden meer dan bij Gemeente of Rijk.

Er is een samenhang met kenmerken van de BGD: er is meer evaluatie naarmate de outillage van de BGD beter is, maar minder eigen evaluatie bij grotere diensten. Bijna iedereen heeft bij gericht PGO

het vorige PGO ter inzage, bijna driekwart vindt het gericht PGO van voldoende nut voor de werknemer, ofschoon jongere bedrijfsartsen hier kritischer tegenover staan. Bijna een derde van de BA vindt dat men zelf gericht PGO zou moeten ondergaan, bij het Rijk is dit iets minder dan in de andere soorten diensten. Een meerderheid van de bedrijfsartsen staat positief tegenover het PGO.

Conclusies

- Bedrijfsartsen moeten afspreken wat zij onder gericht periodiek geneeskundig onderzoek verstaan.
- Periodiek geneeskundig onderzoek zou meer volgens protocol moeten worden uitgevoerd.
- Het verdient aanbeveling, periodiek geneeskundig onderzoek systematisch te evalueren naar opbrengst voor werknemer en organisatie.

7.6.4 Samenwerking tussen bedrijfsarts en curatieve sector

Tussen bedrijfsarts en curatieve sector blijken veel contacten te zijn. Veel daarvan zijn echter incidenteel en, voor zover het om regelmatige contacten gaat, vrijblijvend. Slechts een kwart van de deelnemers meldt regelmatige contacten die ook tot afspraken leiden. Er is veel uitwisseling van informatie, maar de scheiding tussen de sectoren wordt in stand gehouden.

De regelmatige contacten gaan vooral over verzuimende werknemers, minder over werkomstandigheden en gezondheid, en nog minder over niet-verzuimers. Veel bedrijfsartsen tonen zich tevreden over hun contact met de curatieve sector. Omdat huisartsen en zeker specialisten volgens opgave van de deelnemers onvoldoende rekening houden met de arbeidsomstandigheden, is de conclusie dat de genoemde tevredenheid beperkt blijft tot de eigen bijdrage aan het con-

tact, en niet te maken heeft met de effecten.

De helft van de bedrijfsartsen heeft een VG-taak, twee derde van hen vindt dat dit ook zo hoort te zijn, tegen 35% bij alle bedrijfsartsen.

Theoretisch is de scheiding van bedrijfsgeneeskundige- en VG-taak aanbevolen, maar hier blijkt dat 60% van alle BA een VG-taak niet nadelig vindt voor de contacten met de curatieve sector en dat is zelfs 70% van de BA die zelf een VG-taak hebben.

Conclusies

- In de basisopleiding zou meer aandacht gegeven moeten worden aan de relatie tussen ziekte, gezondheid en arbeid.
- Verder dient de bedrijfsgeneeskunde zich meer te profileren ten opzichte van de curatieve sector.
- Aangezien naar het oordeel van bedrijfsartsen de curatieve sector onvoldoende rekening houdt met de arbeidsomstandigheden van de cliënt bij de werkhervatting, verdienen structurele maatregelen serieus overwogen te worden ter bevordering van een betere sociaal-medische begeleiding van de zieke werknemer.
- Een eerste stap in deze richting zou zijn dat bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige activiteiten meer op elkaar worden afgestemd.

7.6.5 Onderzoek van werkplek en bedrijf

Bijna de helft van de deelnemende bedrijfsartsen zegt, systematisch werkplekbezoek te doen. De middelste leeftijdsgroep en bedrijfsartsen werkzaam bij particuliere diensten zijn hierin het actiefst. Eveneens de helft van de BA heeft te weinig tijd voor werkplekbezoek. Bij de overheidsdiensten zegt men minder tijd te hebben voor werkplekbezoek dan elders. Het belangrijkste motief

voor het bezoeken van de werkplek is beter bekend te raken met de werkomstandigheden. Bij de meerderheid stemt het resultaat overeen met het doel van het werkplekbezoek.

De meeste bedrijfsartsen zijn van mening dat werkplekbezoek gedelegeerd kan worden, een derde vindt dit niet. Bij delegatie van werkplekbezoek zijn er soms voorwaarden: werkplekbezoek alleen door de bedrijfsverpleegkundige (BVK) of alleen door de BVK na overleg. Het hebben van een VG-taak heeft geen ongunstige invloed op het doen van werkplekbezoek te hebben. Voor de verschillen in activiteit wat betreft werkplekbezoek tussen enerzijds Rijk en Gemeente en anderzijds enkelvoudige en gezamenlijke diensten kunnen verschillende oorzaken worden aangegeven, zonder dat er hiervan één duidelijk op de voorgrond staat, behalve het gebrek aan tijd.

Conclusies

- Bedrijfsartsen moeten afspreken wat zij onder werkplekbezoek en wat zij onder werkplekonderzoek verstaan.
- Het verdient aanbeveling dat elke bedrijfsarts stelselmatig de werkplek van zijn cliënten bezoekt.

7.6.6 Invaliditeitskeuringen

De meeste bedrijfsartsen houden bij te verwachten blijvende gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van werknemers rekening met verzekeringsgeneeskundige aspecten; bij Rijk en Gemeente gebeurt dit nog meer dan elders. Vrijwel iedereen vindt verzuimbegeleiding van wezenlijk belang voor de herintegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten in het arbeidsproces. De meerderheid vertrouwt dat het bedrijf zich inspant om de arbeidsomstandigheden aan te passen aan arbeidsongeschikten: ruim de helft in de jongste tot ruim driekwart in de oudste groep gelooft dat. Bij het Rijk en de

enkelvoudige diensten is men hier optimistischer over dan bij Gemeente en gezamenlijke diensten. Slechts weinigen geloven dat de Wet Arbeid Gehandicapten (WAG) een gunstige invloed op het aantal herplaatsingen zal hebben. De meeste bedrijfsartsen voelen zich voldoende betrokken bij het vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid (twee derde bij gezamenlijke diensten tot 95% bij het Rijk). De mening dat de bedrijfsarts een doorslaggevende stem hierbij zou moeten hebben, loopt daar gelijk mee op. Het geloof in de bereidheid van bedrijven om arbeidsomstandigheden aan te passen aan gehandicapten hangt voornamelijk samen met de tevredenheid van de bedrijfsarts over de contacten met de bedrijfsdirectie. Verder blijkt dat hoe meer men een VG-taak heeft of deze zou moeten hebben, des te meer men een doorslaggevende stem in de vaststelling van de blijvende arbeidsongeschiktheid wenst.

Conclusies

- Over de bedrijfsgezondheidskundige aspecten van reïntegratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers in het arbeidsproces is vrijwel geen onderzoeksliteratuur beschikbaar. Het verdient aanbeveling de ervaring binnen de bedrijfsgezondheidszorg met het reïntegreren van gehandicapte werknemers te bundelen.
- Bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige zouden binnen het kader van de invaliditeitskeuring beter moeten samenwerken.

7.6.7 Wetenschappelijk onderzoek door de bedrijfsarts

Gegevens werden geput uit drie bronnen: de enquête, een overzicht van proefschriften met een arbeids- of bedrijfsgeneeskundig onderwerp, geschreven door bedrijfsartsen en gesprekken met vertegenwoordigers van onderzoek en onderwijs.

Uit de enquête blijkt dat bedrijfsartsen weinig aan zuiver weten-

schappelijk onderzoek doen, maar wel meer aan epidemiologisch en toegepast onderzoek. Hoe ouder de bedrijfsarts is, hoe groter de kans dat hij betrokken is geweest bij enige vorm van onderzoek. De meeste respondenten vinden dat wetenschappelijk onderzoek wel gerekend moet worden tot het takenpakket van de bedrijfsarts, maar dat zij daar in de praktijk te weinig toe in staat worden gesteld. Dit geldt vooral voor bedrijfsartsen werkzaam bij een GG&GD of DGD. Het kunnen doen van onderzoek hangt verder af van het opgeleid zijn in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en van de aanwezigheid van faciliteiten op de dienst. De bedrijfsarts mag in staat worden geacht, toegepast wetenschappelijk onderzoek te doen, maar in de praktijk heeft hij daar weinig gelegenheid voor.

Ongeveer 6% van de bedrijfsartsen blijkt gepromoveerd te zijn, naar verhouding evenveel als de huisartsen. Bedrijfsartsen behandelen in hun dissertaties vaker onderwerpen op hun specifieke terrein dan huisartsen. Het toegepast onderzoek blijkt het meest voor te komen, er is betrekkelijk veel beschrijvend en retrospectief onderzoek en vrij weinig toetsend en prospectief onderzoek. Vooral beschrijvend epidemiologisch onderzoek is goed vertegenwoordigd in de proefschriften van bedrijfsartsen.

Ook uit de vraaggesprekken met enkele vertegenwoordigers uit het onderwijs en het onderzoek is de conclusie dat de bedrijfsarts met zijn opleiding in staat geacht moet worden tot het doen van eigen onderzoek. Een gunstige uitgangspositie daarbij is, dat men te maken heeft met een duidelijk omschreven populatie.

Conclusies

- In het kader van de professionalisering van de bedrijfsgezondheidszorg wordt de noodzaak tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek door bedrijfsartsen - met name van toegepast wetenschappelijk onderzoek en epidemiologisch onderzoek - van diverse

zijden aangevoerd.

- Erkenning van deze noodzaak kan zich uiten door het opstellen en bekend maken van een beleidsprogramma van wetenschappelijk onderzoek voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en door het verrichten van wetenschappelijk onderzoek als taak op te nemen in het officiële takenpakket van de bedrijfsarts.
- Het verrichten van onderzoek en het publiceren ervan kan onder andere gestimuleerd worden door het instellen van een N.V.A.B.-jaarprijs en het instellen c.q. aanwijzen van een centrale instantie die te raadplegen is door bedrijfsartsen voor vragen betreffende alle onderdelen van wetenschappelijk onderzoek.
- Met het oog op het doen van onderzoek rijst de vraag of in de opleiding en de nascholing wel voldoende aandacht wordt besteed aan vakken als methodologie, statistiek, epidemiologie en rapportage, naast praktische oefeningen, bijvoorbeeld in groepsverband. Een regelmatig terugkerende cursus 'wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg' voor bedrijfsartsen en voor supervisors verdient aanbeveling.

In het vorige hoofdstuk zijn de belangrijkste uitkomsten ten behoeve van het onderzoek onder 512 bedrijfsartsen samengevat. In dit afsluitende hoofdstuk signaleren we dat er momenteel ontwikkelingen in de bedrijfsgezondheidszorg gaande zijn, die ertoe kunnen leiden dat de bedrijfsarts in de komende jaren steeds meer inspanningen zal moeten leveren om als deskundige en in voldoende mate op het terrein van de arbeidsomstandigheden te kunnen functioneren, terwijl hij zich in toenemende mate zal moeten richten op vraagstukken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van individuele werknemers.

Bij lezing van dit hoofdstuk bedenke men dat we ons deels baseren op onderzoeksuitkomsten en deels op verschijnselen in de bedrijfsgezondheidszorg, die als algemeen bekend verondersteld mogen worden.

Het is de taak van de bedrijfsarts het gezond functioneren van werknemers in hun arbeidsmilieu te beoordelen. Hij onderzoekt het arbeidsmilieu op mogelijke schadelijke factoren voor de gezondheid en op factoren die de gezondheid in gunstige zin zouden kunnen beïnvloeden. Individuurgerichte activiteiten betreffen het beoordelen van de belastbaarheid van de werknemer in samenhang met de arbeid die hij verricht. Hij beoordeelt of er sprake is van een gestoorde relatie tussen de individuele belastbaarheid en de belasting vanuit het arbeidsmilieu. Hij werkt signalerend en adviserend. Ongunstige individuele signalen leiden tot individuele bedrijfsgeneeskundige advisering, indien de signalen betrekking hebben op groepen werknemers of op de arbeidsomstandigheden, formuleert hij adviezen ten behoeve van de onderneming.

Uit het onderzoek is gebleken dat de bedrijfsarts de meeste tijd besteedt aan individuele contacten op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur. Laten we de diverse overlegvormen, waarin hij partici-

peert, buiten beschouwing, dan zijn de volgende taakaspecten waaraan hij relatief veel tijd besteedt het ziekteverzuimspreekuur en het werkplekbezoek. Vrijwel direct daarna komen de aanstellingskeuring, het algemeen periodiek onderzoek en het gericht periodiek onderzoek van individuele werknemers. Pas op de tiende plaats in deze reeks treffen we het gericht werkplekonderzoek aan. De meeste tijd van de bedrijfsartsen wordt dus geïnvesteerd in individuele spreekuurcontacten en aan overleg. Enige nuancering kan aangebracht worden naar type BGD. Zo is gebleken dat bedrijfsartsen verbonden aan enkelvoudige en gezamenlijke BGD-en meer tijd besteden aan werkplekbezoek en gericht werkplekonderzoek dan bedrijfsartsen werkzaam bij het Rijk (RGD, PTT, NS) en bij gemeentelijke BGD-en. Deze laatsten investeren relatief veel tijd in aanstellingskeuringen en in het ziekteverzuimspreekuur. Dat het ziekteverzuimspreekuur bij Rijk en Gemeente verhoudingsgewijs veel tijd vraagt, is te verklaren doordat deze BGD-en verzekeringsgeneeskundig werk doen in het kader van de ziekteverzuimbegeleiding. Bij de enkelvoudige BGD-en en vooral bij de gezamenlijke BGD-en komt deze verzekeringsgeneeskundige taak in mindere mate voor. In de uitvoering van het bedrijfsgeneeskundig werk constateren we dus een duidelijke diversiteit. Sommige bedrijfsartsen houden zich verhoudingsgewijs veel bezig met de individuele sociaal-medische begeleiding van hun cliënten. Anderen concentreren zich meer op vraagstukken verband houdende met het zogenaamde 'ARBO-gebeuren'. Gebleken is dat een groot aantal bedrijfsartsen (de helft) slechts incidenteel de werkplek van de werknemers bezoekt. De meesten geven gebrek aan tijd op als oorzaak van de geringe contacten met het arbeidsmilieu. Opmerkelijk is verder dat uitgerekend onder de bedrijfsartsen werkzaam in gezamenlijke diensten, die meer dan de overige bedrijfsartsen systematisch werkplekken bezoeken, verhoudingsgewijs veel onvrede aanwezig is over het effect van de adviezen die ze uitbrengen aan bedrijven. Hierbij vragen we ons af of niet veel bedrijfsartsen nog te weinig deskundig zijn in hun rol als adviseur van de bedrijven. Zonder een gedegen veranderingskundige training zal het

velen zwaar vallen om op zich juiste adviezen ook geaccepteerd en gerealiseerd te krijgen.

Overigens realiseren men zich dat het beoordelen van de gezondheidsrisico's, verbonden aan de materiële omstandigheden (toxiciteit, straling, geluid, enzovoorts) en van de immateriële omstandigheden (stress, conflictsituaties, enzovoorts) ook steeds meer kennis van zaken vereist. Al deze kennis treft men gewoonlijk niet aan bij één en dezelfde persoon. Het is dan ook niet toevallig dat vakspecialisten, zoals arbeidshygiënist, chemici en epidemiologen, hun intree doen in het werkveld van de bedrijfsgezondheidszorg. In sommige BGD-en treft men dergelijke disciplines al permanent aan, veel anderen schakelen ze naar behoefte in als externe deskundige. Ook bij de beoordeling van de immateriële arbeidsomstandigheden, in het bijzonder psychosociale factoren en stress, doet de bedrijfsarts meer en meer beroep op andere disciplines (psychologen, sociologen). Als generalist is de bedrijfsarts tot veel in staat, maar zodra specifieke deskundigheid vereist is om tot gedegen adviezen aan het bedrijf te komen, treden steeds vaker andere deskundigen op de voorgrond. Goede samenwerking met andere ARBO-deskundigen maakt het noodzakelijk dat de bedrijfsarts zijn eigen positie zal moeten verduidelijken. Hij zal hierbij geconfronteerd worden met de vraag of hij als specialist op een bepaald terrein danwel als generalist zal moeten functioneren. Wil hij zijn coördinerende rol in de bedrijfsgezondheidszorg blijven opeisen, dan zal hij tenminste zijn eigen inbreng herkenbaar moeten maken. Zo niet, dan kan de situatie ontstaan dat hij in het 'ARBO-gebeuren' na verloop van tijd nog slechts een marginale plaats inneemt.

De betrokkenheid van de bedrijfsarts bij het beoordelen van de arbeidsomstandigheden staat niet alleen onder druk wegens zijn omvangrijke takenpakket en door de opkomst van andere deskundigen. Ook wegens een toenemende vraag om verzekeringsgeneeskundige taken in verband met de controle en begeleiding van zieke en van arbeids-

ongeschikte werknemers te vervullen, is de kans groot dat hij zijn preventieve taken op het terrein van de arbeidsomstandigheden steeds minder op verantwoorde wijze kan vervullen. Mede als gevolg van de economische recessie stellen werkgevers regelmatig de kosten-baten-verhouding ten aanzien van de bedrijfsgezondheidszorg aan de orde. Het is dan ook niet verwonderlijk dat men de bedrijfsgezondheidszorg gaat beoordelen op effecten die worden bereikt bij het terugdringen van de kosten van het ziekteverzuim. De bedrijfsarts moet laten zien wat zijn aanwezigheid voor de onderneming waard is. Ook in overheidskringen vraagt men zich af of de bedrijfsarts zich niet meer zou dienen bezig te houden met de sociaal-medische begeleiding van werknemers. Illustratief voor deze belangstelling is de adviesaanvraag van 18 juli 1983 van de staatssecretarissen van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid inzake de sociaal-medische begeleiding bij ziekte- en arbeidsongeschiktheidsregeringen. In de adviesaanvraag wordt o.a. het knelpunt gesignaleerd dat er geen sprake is van systematische samenwerking en coördinatie tussen verzekeringsgeneeskundigen, bedrijfsartsen en curatieve artsen. Door gestructureerde samenwerking en coördinatie zou aan dit probleem het hoofd geboden kunnen worden.

Als de bedrijfsarts zich, o.a. tengevolge van de toenemende specialisatie in de bedrijfsgezondheidszorg en door steeds meer verzekeringsgeneeskundig werk, moet gaan concentreren op de individuele zorg en zich mede daardoor steeds minder kan bezighouden met de concrete arbeidsomstandigheden, rijst de vraag of hij dan zijn eigenlijke taak nog wel uitoefent in de geest van zijn wettelijke opdracht. Is hij straks nog wel voldoende in staat zich een gedegen oordeel te vormen over de arbeidsinhoud en de arbeidsomstandigheden van zijn cliënten, als hij nauwelijks nog op de werkplek komt? Het gevaar is niet denkbeeldig dat de toekomstige bedrijfsarts niet kan functioneren overeenkomstig de strekking van de Arbeidsomstandighedenwet en conform het beeld dat Burger schetste (Burger

1974). Ook zal hij geen verzekeringsgeneeskundige zijn, die de bedrijfsvereniging adviseert over de uitvoering van loondervingswetten. Hij lijkt dan meer op een arts die zich voornamelijk bezighoudt met de individuele werknemer zonder dat hij bevoegd is curatieve geneeskunde te bedrijven: geen vlees en geen vis en zeker geen deskundige.

Het zou onzes inziens aanbeveling verdienen als de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde zich zou buigen samen met werkgevers en werknemers over deze mogelijke ontwikkeling en de consequenties van de huidige diverse situaties en de genoemde ontwikkelingen. Bezinning op de vraag welke specifieke expertise de bedrijfsarts in de toekomst zou moeten gaan bieden in het kader van de bedrijfsgezondheidszorg lijkt urgent. De identiteit van de professie is in het geding. Het formuleren van een gedragscode en functie-eisen van een bedrijfsarts zouden hierbij kunnen helpen. Het stellen van prioriteiten lijkt geboden. Doelstellingen aangedragen vanuit de professie kunnen hierbij een belangrijke richtlijn zijn. In het bijzonder ligt hier een taak voor de opleiders van bedrijfsartsen. Zij dienen zich, nog meer dan nu het geval is, te realiseren dat waarschijnlijk ook in het studiepakket accenten gelegd dienen te worden die aansluiten bij de meest wezenlijke aspecten van de praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg.

LITERATUUR

- BAIDJOE, P.R.S. Werk en werksituatie van bedrijfsartsen; werkplekbezoek. Leiden, NIPG/TNO, 1983. (Scriptie in het kader van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 1981-1983)
- BECK, A. De uitvoerbaarheid van Periodiek Geneeskundig Onderzoek in de huisartsenpraktijk. Assen, Van Gorcum, 1966.
- BOER, L. DE. Interview in NRC/Handelsblad van 23 juni 1982 door L. Veldhoen.
- BOER, L. DE. Jaarrede. NVAB-Bull. 2 (1983) 14.
- BREMER, G.J. Studies uit de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet. 24 (1981) 336-40
- BURG, R.J. VAN DER. Samenwerking tussen bedrijfsarts en kuratieve sektor. Leiden, NIPG/TNO, 1984. (Scriptie in het kader van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 1981-1983).
- BURGER, G.C.E. Periodiek onderzoek in de bedrijfsgeneeskunde. T.Soc.Geneesk. 35 (1957) 562-7
- BURGER, G.C.E. (red.) Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Leiden, Stenfert Kroese, 1974.
- BURGER, G.C.E. Philips occupational health 1928-1978. Eindhoven, Philips Med.Dienst, 1978.
- COLLEGE VAN BIJSTAND EN ADVIES VOOR DE BEDRIJFSGENEESKUNDE. Nota 'Periodiek Geneeskundig Onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg'. z.p., juli 1982.
- COLLEGE VAN BIJSTAND EN ADVIES VOOR DE BEDRIJFSGENEESKUNDE. De toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Min.Soc.Zaken, 1979.
- COMMISSIE TAAK BEDRIJFSARTS. Rapport. Z.pl., dec. 1969.
- DIJKSTRA, A., A. FRIEDHOFF & A.V. ROELOFS. Dokumentatie van onderzoek en onderzoekspublikaties betreffende bedrijfsgezondheidsdiensten. Leiden, NIPG/TNO, 1981.

- DIJKSTRA, A., M.P. VAN DER GRINTEN, M.J.Th. SCHLATMANN & C.R. DE WINTER. Funktioneren in de arbeidssituatie; uitgangspunten, ontwerp en handleiding voor onderzoek onder werknemers naar gezondheid, werk en werkomstandigheden. Leiden, NIPG/TNO, 1981.
- DIJKSTRA, A., M. VAN DER GRINTEN, M. SCHLATMANN & C. DE WINTER. Maatwerk; over werknemers en hun werksituatie. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1983. (Aula Paperback 92)
- DIJKSTRA, A., M.J.Th. SCHLATMANN, D.H.J. BLOM et al. Naar een signaleringssysteem in de bedrijfsgezondheidszorg. Leiden, NIPG/TNO, 1978.
- DIJKSTRA, A. & C.R. DE WINTER (red.). De bedrijfsarts en zijn werk; enkele voorlopige algemene uitkomsten ter informatie van de leden van de NVAB. Leiden, NIPG/TNO, 1983.
- DOBBENBURGH, O.A. VAN. Aspecten van de relatie bedrijfsarts en wetenschappelijk onderzoek; verslag van een onderzoek. Z.pl., z.j.
- FNV (Federatie Nederlandse Vakcentrales). Trillen en schokken tijdens je werk. Amsterdam, Industriebond FNV, 1979.
- HOEVEN, J. VAN DER. Over periodiek geneeskundig onderzoek. 1: Het onderzoek. T.Soc.Geneesk. 51 (1973a) 382-8
- HOEVEN, J. VAN DER. Over periodiek geneeskundig onderzoek. 2: Evaluatie onderzoeksresultaten. T.Soc.Geneesk. 51 (1973b) 444-7
- HOGERZEIL, H.H.W. De relatie tussen regio en universiteit in onderwijs en onderzoek. NVAB Informatie 13 (1982) no. 3, 7-11
- JENNISKENS, P.A.H. Modelleren van bedrijfsgezondheidszorg. Breda, Stichting Bedr.gezondh.z. West-Brabant, 1982.
- JONGH, J. Openingswoord symposium Periodieke Keuringen. T.Soc. Geneesk. 35 (1957) 555-6
- JONGH, J. Periodiek Geneeskundig Onderzoek in het bedrijf. T.Soc. Geneesk. 43 (1965) 710-5
- JONGH, J. De bedrijfsarts en de mens met zijn werk. In: J. Jongh & H.J. Docter (red.): Bedrijfsgezondheidszorg. Leiden, Stafleu, 1979, Pp 9-16. (Ned.Bibl.Geneesk. 124).
- JONGH, J. & H.J. DOCTER (red.). Bedrijfsgezondheidszorg. Leiden, Stafleu, 1979. (Ned.Bibl.Geneesk. 124).

- JONKERS, A.H. & P.E.M. LINDEMAN-CLOCQUET. Het bestand van en de vacatures voor artsen en verpleegkundigen bij bedrijfsgeneeskundige diensten op 1-8-1982; verslag van een enquête. T.Soc.Gezondh.z 61 (1983) 213-6
- KAMPHUIS, M.A. Werk en werksituatie van de bedrijfsartsen; de aanstellingskeuring. Leiden, NIPG/TNO, 1983. (Scriptie in het kader van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 1981-1983).
- KOOPMAN, A.W.H. Werk en werksituatie van bedrijfsartsen: Gericht periodiek onderzoek. Leiden, NIPG/TNO, 1983. (Scriptie in het kader van de Vervolgopleiding Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 1981-1983).
- KUSTERS, E.M.V. Periodiek onderzoek bij kwik-expositie in een chloorelectrolysebedrijf. T.Soc.Geneesk. 55 (1977) 95-8
- LAMMERS, B. Bedrijfsgeneeskundige inspectie van werk en werkplaatsen. In: G.C.E. Burger (red.): Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Leiden, Stenfert Kroese, 1974, Pp 533-7
- LEENEN, H.J.J. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Metamedica 3 (1974) 46-7
- MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID. Adviesaanvraag sociaal-medische begeleiding aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid bij ziekte en arbeidsongeschiktheidsregelingen. Z.pl., 1983. (Kenmerk SZ/BO no. 52.548: juli 1983).
- MODDERAAR, K. Keuringen van overheidspersoneel. In P.A. Voûte, B. Lammers, K. Modderaar et al. Keuringen. Leiden, Stafleu, 1969. (Ned.Bibl.Geneesk. 43)
- MODDERAAR, K. Aanstellingskeuring. T.Soc.Geneesk. 50 (1972) 139-46
- NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde). Standpuntbepaling. NVAB-Bull. 12 (1981) 5-7
- NVAB-Bulletin. Beslissing centraal medisch tuchtcollege. NVAB-Bull. 14 (1983) no. 3; 12-5
- OVERSLOOT, J.S., M.J.Th. SCHLATMANN & M. TIMMER-ANNEVELD. Bedrijfsgezondheidszorg en psychosociale problematiek; verslag van een inventarisering van het voorkomen van psychosociale problematiek in de arbeidssituatie. Leiden, NIPG/TNO, 1983.

- RANG, J.F. De rechtspositie van de keurling; prae-advies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, uitgebracht door Mr. N. de Jong en Dr. A.E. Leuftink. T.Gezondh.recht 3 (1978) 105-10
- REIJNIERSE, K. Bedrijfsgezondheidszorg in een neergaande conjunctuur. T.Soc.Gezondh.z. 61 (1983) 106-10
- ROELINK, H. Medisch-ethische aspecten van het aanstellingsonderzoek. T.Soc.Geneesk. 51 (1973) 620-4
- ROELINK, H. Laat de Maatschappij zich door de maatschappij gebruiken? Medisch Contact 29 (1974) 729-33
- ROM, W.N. (ed.). Environmental and occupational medicine. Boston, Little, Brown, 1983.
- SCHILLING, R.S.F. (ed.). Occupational health practice. Londen etc., Butterworth, 1981.
- STURMANS, F., M.C.J.M. VAN DONGEN & G.A. ZIELHUIS. Naar een gezonde werkomgeving; epidemiologie binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Nijmegen, Dekker & Van der Vegt, 1982.
- TOUW-OTTEN, F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. Utrecht, 1981. Proefschrift RUU.
- VALENTIN, H., W. KLÖSTERKÖTTER, G. LEHNERT et al. Arbeitsmedizin; ein kurzgefasstes Lehrbuch für Ärzte und Studenten, 2 Bde. Bd 1: Grundlagen für Prävention und Begutachtung. Stuttgart, Thieme, 1979.
- VERHOEF, C. Steekproeven genomen uit twee groepen werknemers, die deelnamen aan het algemeen periodiek geneeskundig onderzoek (A.P.G.O.); opiniepeiling onder in Nederland werkende bedrijfsartsen aangaande het APGO. Leiden, NIPG/TNO, 1978. (Scriptie in het kader van de geïntegreerde opleiding Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde 1978-1981).
- VROEGE, D. Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland, eens, nu en straks. Oratie EUR, 1981.
- WALTERS, V. Company doctors' perceptions of and responses to conflicting pressures from labor and management. Social Problems 30 (1982) 1-13
- WELY, P.A. VAN. Kaleidoscoop van de hedendaagse Nederlandse bedrijfs-geneeskunde. Aanstellingskeuring. T.Soc.Geneesk. 51 (1973) 184-6

WELY, P.A. VAN. Maatschappelijke aspecten van aanstellingskeuringen. 2. Bedrijfsgeneeskundige aspecten. T.Soc.Geneesk. 51 (1973) 609-12

WELY, P.A. VAN. Bedrijfsgeneeskunde en wetenschap, discussiestuk voor de CWO van de NVAB. Z.pl., 1978.

WIJVEKATE, M.L. Methoden van onderzoek. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1979.

ZIELHUIS, R.L. & A.A. WIBOWO. Periodiek onderzoek van loodwerkers. T.Soc.Geneesk. 56 (1978) 676-81

ZUIDEMA, H. Werkwijze in de praktijk. In: J. Jongh & H.J. Docter (red.). Bedrijfsgezondheidszorg. Leiden, Stafleu, 1979 Pp 219-55. (Ned.Bibl.Geneesk. 124)

BIJLAGEN

blz.

1.1 t/m 1.26 Antwoordpercentages per vraag, verdeeld naar leeftijdsgroepen en typen dienst	183
2.1 t/m 2.8 Aantallen personen en gemiddelde somscores van bedrijfsartsen en vergelijkingsgroepen, ge- splitst naar wel- en niet-leidinggevenden	209
3. Proefschriften van bedrijfsartsen	217

Bijlage 1.1. Antwoordpercentages per vraag, verdeeld naar leeftijdsgroep en type dienst. Afronding tot hele procenten, significante verschillen aangegeven met L = leeftijd, D = type dienst, B = beide

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	geamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>functie</i>											
leeftijd: 20 - 34 jaar	B	29	-	-	-	20	41	24	32	504	30
35 - 49 jaar	B	-	35	-	-	36	22	35	40		34
50 - 70 jaar	B	-	-	36	-	44	37	41	28		36
geslacht: vrouw	L	20	11	5	512	19	11	8	11	505	12
man	L	80	89	95		81	89	92	89		88
jaar artsexamen:											
1946 - 1959	L	-	-	84	512	36	30	35	24	504	31
1960 - 1974	L	11	74	16		38	28	33	35		33
1975 - 1982	L	89	26	-		26	42	32	41		36
jaar begin bedrijfsgeneeskunde:											
1950 - 1974	L	1	27	69	512	43	29	43	28	504	35
1975 - 1978	L	25	48	23		37	31	28	33		33
1979 - 1982	L	73	25	8		20	40	29	38		32
jaar begin huidige werkgever:											
1953 - 1975	B	1	34	64	512	47	34	44	25	504	35
1976 - 1979	B	38	39	24		34	33	27	39		34
1980 - 1982	B	60	26	12		19	32	30	36		31
is huisarts geweest	L	40	74	89	398	72	62	80	70	391	71
is klinisch assistent geweest	L	38	53	61	284	54	36	50	54	280	50
is klinisch specialist geweest	L	0	3	13	197	4	2	10	3	195	5
is onderzoeker geweest		13	11	14	203	13	9	10	14	200	12
is iets anders geweest	L	50	64	68	299	60	53	59	63	293	60
bedrijfsarts is hoofdfunctie*	D	97	98	95	505	100	87	99	98	505	97
niet opgeleid in ABCZ: nog niet begonnen	L	16	7	5	511	4	17	9	7	504	9

* Vraag naar nevenfunctie hoogstens 12 maal beantwoord, daarom hier achterwege gelaten.

Bijlage 1.2. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>functie (vervolg)</i>											
niet opgeleid in ABGZ: wel begonnen	L	66	29	9		34	32	25	37		32
opgeleid in ABGZ: nog niet geregistreerd	L	4	8	6		7	4	6	6		6
opgeleid in ABGZ: wel ge- registreerd	L	15	56	80		54	47	60	50		53
jaar voltooiing opleiding in de ABGZ:											
1952 - 1971	L	-	9	41	296	23	13	29	27	293	25
1972 - 1978	L	-	20	30		20	27	26	21		23
1979 - 1980	L	14	34	13		20	33	20	17		21
1981 - 1983	L	86	37	17		37	27	25	35		31
geen verdere opleiding of cursus gevolgd	B	16	15	19	482	28	21	15	10	476	17
nog bezig met verdere opleiding of cursus	B	48	26	10		18	30	24	32		27
laatst gevolgde opleiding											
1 - 2 jaar geleden	B	29	48	34		36	37	42	35		37
3 - 4 jaar geleden	B	6	7	14		7	7	9	12		9
5 - 10 jaar geleden	B	1	3	15		8	5	7	8		7
11 jaar of langer geleden	B	-	-	8		4	-	3	3		3
heeft voor werk onvoldoende scholing	B	56	27	16	506	29	43	22	35	498	32
heeft voor werk onvoldoende ervaring	L	56	18	4	502	21	32	16	27	494	24
gemiddeld aantal uren werk per week	L	44	45	42	510	42	45	45	43	503	44
heeft andere dan normale dag- dienst	L	14	10	5	510	-	28	8	6	503	9
vindt eigen soort dienst on- gunstig	B	7	5	2	506	2	13	2	3	500	4

Bijlage 1.3. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel-voudige dienst	gezaamen-lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>functie (vervolg)</i>											
werkt geregeld over of neemt werk mee naar huis	B	62	57	51	508	42	62	63	58	501	56
vindt overwerken voor zichzelf ongunstig		32	39	42	319	33	40	46	33	316	38
vindt dat werk niet bij haar/hem past		8	7	6	496	5	9	8	6	488	7
heeft in werk niet voldoende zelfstandigheid		2	1	4	498	2	3	2	2	490	2
kan het werk niet even onderbreken	L	38	36	25	497	35	29	32	33	489	32
heeft in het werk niet voldoende afwisseling	D	5	5	7	497	11	7	4	4	489	6
heeft in het werk onvoldoende contact met anderen	D	5	7	6	498	11	8	4	5	491	6
vindt het werk meestal niet boeiend		9	11	14	493	10	17	11	9	485	11
heeft meestal geen plezier in het werk		7	8	8	493	6	10	9	7	485	8
de werktijd gaat meestal niet snel voorbij		2	2	3	496	2	2	3	3	488	3
vindt het werk te eenvoudig		6	8	8	496	9	7	12	4	488	7
vindt het werk te moeilijk		3	4	4	492	3	4	4	3	484	4
<i>werkgebied</i>											
is hoofd of directeur van een BGD	B	7	27	45	507	8	30	44	24	501	27
is daarnaast ook nog praktisch werkzaam	D	100	98	91	133	86	80	98	98	131	94

Bijlage 1.4. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	G&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>verkeersgebied (vervolg)</i>											
aantal werknemers onder zorg											
van respondent:	B	6	7	17	483	1	17	13	10	480	10
1 - 999	B	15	12	13		5	19	20	9		13
1000 - 1499	B	17	14	14		13	23	14	13		15
1500 - 1999	B	62	67	56		81	41	53	68		62
2000 - 24000											
aantal bedrijven onder zorg											
van respondent:	D	15	15	20	512	24	15	31	4		17
0 - 1	D	20	23	24		15	22	30	21		23
2 - 4	D	31	24	23		16	20	20	38		25
5 - 9	D	34	38	33		45	43	19	37		35
10 - 99											
klassen van bedrijven die respondent verzorgt:											
landbouw en visserij	D	10	14	34	239	29	18	2	11	247	13
delfstofwinning		7	4	5	232	4	-	6	6	230	5
industrie	D	71	73	83	349	28	35	82	90	346	75
openbare nutsbedrijven	D	35	33	39	268	48	64	7	29	266	35
bouwnijverheid en installatie-bedrijven	D	43	45	41	262	22	27	6	68	261	43
handel, horeca en reparatie-bedrijven	D	29	34	37	250	45	19	15	42	247	33
transport-, opslag- en communicatiebedrijven	D	39	48	39	268	70	26	25	46	264	42
gezondheidszorg	D	37	33	44	264	29	54	22	39	262	37
overige dienstverlening		40	45	49	271	50	58	30	43	268	44
rijksoverheid	B	19	29	36	270	88	9	14	2	267	27
verdere overheid	D	53	43	55	286	61	94	21	32	283	50
onderwijs	D	34	24	40	261	42	64	22	15	259	32
uitrusting waar respondent meestal werkt:											
alleen een spreekkamer	B	2	-	1	481	1	4	-	1	478	1
alleen voor eenvoudig onderzoek en behandeling	B	39	33	24		48	45	29	21		32
uitgebreide uitrusting	B	59	67	75		51	51	71	78		67

Bijlage 1.5. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GS&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>werkgebied (vervolg)</i>											
spreekuur op één plaats	D	35	35	43	491	46	54	53	16	487	38
spreekuur op meer plaatsen	D	65	65	57		54	46	47	84		62
aantal kilometers reizen											
per week: 0 - 99	D	31	19	25	478	22	54	27	11		25
100 - 199	D	26	23	19		21	25	21	23		22
200 - 349	D	25	33	29		30	16	30	35		29
350 -1000	D	18	25	27		27	5	23	31		24
heeft verzekeringsgeneeskundige taak ten aanzien van ziektever- zuimbegeleiding:											
niet	D	46	51	49	495	11	21	45	82	491	49
voor deel van verzorgingsgebied	D	18	16	13		8	25	14	17		16
voor gehele verzorgingsgebied	D	36	33	37		81	54	41	2		35
er is kwaliteitscontrole op het bedrijfsgeneeskundig werk	D	39	44	50	484	64	22	50	41	480	45
doet aanstellingskeuringen:											
nooit	B	3	2	6	495	9	1	5	1	490	4
soms	B	41	51	31		23	19	51	54		41
tamelijk vaak	B	48	39	46		48	59	41	38		44
zeer vaak	B	8	8	17		20	21	4	7		11
doet gericht periodiek genees- kundig onderzoek:											
nooit	B	7	5	3	490	9	8	3	3	487	5
soms	B	50	48	40		38	48	45	50		46
tamelijk vaak	B	40	37	40		41	35	37	41		39
zeer vaak	B	3	10	16		12	9	15	6		10
doet algemeen periodiek genees- kundig onderzoek:											
nooit	D	25	24	15	494	31	36	21	9	489	21

Bijlage 1.6. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	geza- men- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>werkg gebied (vervolg)</i>											
doet algemeen periodiek genees- kundig onderzoek:											
soms	D	20	21	20		35	23	21	13		20
tamelijk vaak	D	40	41	43		27	31	40	55		41
zeer vaak	D	15	14	22		7	11	19	23		17
doet tropenkeuringen:											
nooit	D	67	64	64	477	84	95	56	48	472	65
soms	D	31	33	28		15	5	33	48		31
tamelijk vaak	D	2	2	7		-	-	9	3		4
zeer vaak	D	-	1	1		1	-	2	1		1
doet ziekteverzuimspreekuur:											
nooit	D	16	18	23	483	5	12	25	23	478	19
soms	D	18	19	14		1	19	17	23		17
tamelijk vaak	D	37	33	31		22	28	33	43		33
zeer vaak	D	29	30	32		72	41	24	11		31
doet bedrijfsgeneeskundig spreek- uur:											
nooit	B	2	1	2	492	1	1	1	1	487	1
soms	B	6	15	10		11	10	8	13		11
tamelijk vaak	B	57	47	39		35	46	44	57		47
zeer vaak	B	35	36	50		54	43	48	29		41
doet eerste hulp:											
nooit	D	21	20	19	496	26	28	12	18	491	20
soms	D	64	66	61		59	62	58	72		64
tamelijk vaak	D	12	11	15		11	7	23	8		13
zeer vaak	D	3	3	5		3	2	7	2		4
doet verdere ongevalsbehandeling:											
nooit	D	51	41	40	482	45	61	31	44	477	44
soms	D	36	53	48		47	32	49	51		46
tamelijk vaak	D	11	5	10		8	6	15	4		9
zeer vaak	D	2	1	2		-	1	5	1		2

Bijlage 1.7. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>werkg gebied (vervolg)</i>											
doet werkplekbezoek:											
nooit	D	-	1	1	490	1	1	-	-	485	1
soms	D	31	32	40		41	49	39	20		35
tamelijk vaak	D	56	53	48		48	41	50	64		52
zeer vaak	D	13	14	11		9	9	12	16		12
doet gericht werkplekonderzoek:											
nooit	D	3	4	3	497	5	6	3	1	492	3
soms	D	59	53	60		61	71	57	50		58
tamelijk vaak	D	33	35	30		28	16	31	43		32
zeer vaak	D	5	8	7		6	7	8	6		7
doet voorlichting aan werknemers:											
nooit	D	6	4	6	495	12	12	2	1	490	5
soms	D	66	74	68		71	66	64	75		70
tamelijk vaak	D	27	18	21		16	19	29	21		22
zeer vaak	D	1	4	5		1	3	5	3		3
doet advisering aan fondsen:											
nooit	D	49	58	50	490	51	38	48	62	485	52
soms	D	38	31	36		31	30	41	35		35
tamelijk vaak	D	12	10	12		15	30	10	3		12
zeer vaak	D	1	1	2		3	2	1	-		1
doet besprekingen in sociaal team:											
nooit	D	5	8	7	493	3	4	5	9	488	7
soms	D	26	24	19		10	19	18	34		23
tamelijk vaak	D	57	55	57		67	62	61	47		56
zeer vaak	D	11	13	17		19	15	16	10		14
ander overleg en vergaderingen:											
nooit	D	1	-	1	480	2	-	-	-	475	1
soms	D	30	32	23		33	23	25	29		28
tamelijk vaak	D	56	47	56		55	60	46	55		53
zeer vaak	D	13	21	20		9	17	30	16		18

Bijlage 1.8. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>werkg gebied (vervolg)</i>											
verricht andere werkzaamheden:											
nooit		20	18	16	164	32	16	9	20	163	18
soms		28	23	27		27	34	27	22		26
tamelijk vaak		40	41	32		32	22	43	43		37
zeer vaak		12	18	25		9	28	21	15		19
<i>bedrijfs geneeskundige dienst</i>											
werkt bij PTT, RGD of NS	B	13	19	22	504	100	-	-	-	504	19
werkt bij GG&GD of DGD	B	25	12	18		-	100	-	-		18
werkt bij enkelvoudige dienst	B	22	26	30		-	-	100	-		26
werkt bij gezamenlijke dienst	B	40	43	30		-	-	-	100		37
dienst heeft meerdere vesti- gingen	D	57	60	65	502	93	46	49	60	501	61
bij meer vestigingen:											
binnen straal van 25 km	D	64	48	50	304	5	95	45	80	303	53
landelijk verspreid	D	36	52	50	304	95	5	55	20	303	47
dienst is getoetst door Medische Dienst Arbeidsinspectie	D	69	68	67	461	55	32	63	92	461	68
aantal werknemers onder zorg dienst:											
100 - 4999	D	21	20	28	481	9	40	45	6		23
4000 - 12999	D	28	24	23		4	33	28	30		25
13000 - 29999	D	25	26	25		10	11	17	45		25
30000 - 350000	D	25	30	25		77	16	10	19		27
BGD doet verzekeringsgeneeskunde ten aanzien van de ziektever- zuimbegeleiding:											
in het geheel niet	D	30	35	34	503	5	6	33	59	501	33
alleen voor enkele bedrijven	D	21	21	17		8	10	8	38		20
over het geheel wel	D	49	44	49		87	84	58	3		47

Bijlage 1.9. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel-voudige dienst	gezamenlijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>bedrijfsgeneeskundige dienst (vervolg)</i>											
aantal bedrijfsartsen bij de BGD:											
1 - 3	D	23	29	28	500	9	43	54	10	499	27
4 - 6	D	26	24	19		-	24	18	37		23
7 - 14	D	34	23	25		1	11	20	52		27
15 - 100	D	17	24	27		90	21	8	2		23
aantal bedrijfsverpleegkundigen:											
0 - 1	B	31	20	22	468	11	44	34	13	467	24
2 - 3	B	24	37	21		4	25	34	34		27
4 - 7	B	24	21	25		7	13	10	43		23
8 - 100	B	21	22	32		78	18	22	10		25
aantal doktersassistentes bij de BGD:											
0	D	11	13	17	458	16	20	22	4	458	14
1 - 2	D	37	31	36		6	43	49	30		34
3 - 5	D	33	31	23		11	25	14	47		29
6 - 100	D	19	25	24		67	12	14	19		23
aantal personeelsleden bij de BGD:											
1 - 9	B	22	25	28	480	10	47	43	9	480	25
10 - 15	B	27	26	17		-	23	22	35		23
16 - 55	B	33	22	26		-	14	16	50		27
56 - 1000	B	18	27	29		90	16	19	6		25
aantal jaren dat BGD bestaat:											
1 - 9	B	30	26	20	462	2	32	18	37	462	25
10 - 19	B	23	22	23		5	34	34	19		23
20 - 29	B	19	21	13		21	9	13	23		18
30 - 100	B	28	30	44		72	25	35	21		35
BGD beschikt over arbeids-hygiënist	D	27	36	33	474	61	1	23	38	471	32
BGD beschikt over veiligheidsdeskundige	B	14	19	26	448	56	5	18	12		20

Bijlage 1.10. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>bedrijfsgeneeskundige dienst (vervolg)</i>											
BGD beschikt over klinisch chemicus	D	7	10	11	440	19	3	15	4	437	9
BGD beschikt over ergonoom/ ingenieur	D	16	25	24	455	83	2	18	2	452	22
BGD beschikt over psycholoog	D	19	20	16	448	32	28	20	5	446	18
BGD beschikt over automatisie- ringsdeskundige	B	13	23	24	437	57	5	23	9	434	20
BGD beschikt over maatschap- pelijk werkende	B	19	23	31	456	72	21	23	3	453	25
BGD beschikt over socioloog	D	5	5	4	437	14	1	3	4	435	5
BGD beschikt over nog andere functionarissen	D	27	32	29	378	64	17	27	25	375	29
BGD heeft bedrijfsartsen in speciale gebieden van de be- drijfsgezondheidszorg:											
geen	D	27	24	23	491	6	39	36	19	487	24
enkel	D	56	56	61		93	47	41	57		58
allen	D	17	20	16		1	14	23	24		18
ieder doet eigen aanstellings- keuringen	D	65	67	66	460	91	73	55	58	458	66
BGD heeft geen bibliotheek- faciliteiten	B	5	5	4	495	3	7	6	3	491	5
BGD heeft kleine bibliotheek	B	71	66	50		20	79	57	78		62
BGD heeft grote bibliotheek	B	24	29	46		77	14	37	19		34

Bijlage 1.11. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>bedrijfsgeneeskundige dienst (vervolg)</i>											
aantal vaktijdschriften op BGD:											
0 - 4	D	15	16	28	448	8	32	29	13	445	20
5 - 7	D	32	27	25		5	45	28	27		28
8 - 14	D	27	31	27		23	18	24	38		29
15 - 100	D	26	26	20		64	5	19	22		24
BGD heeft eenvoudige diagnostiek		93	95	89	437	93	94	92	92	434	92
BGD heeft uitgebreide klinisch- chemische faciliteiten	B	39	43	61	448	65	31	58	38	445	48
BGD heeft uitgebreid medisch- fysische faciliteiten	B	61	59	73	452	85	51	64	60	450	65
BGD heeft onderzoek van groeps- gegevens	B	41	48	66	435	86	35	49	44	434	52
BGD heeft eenvoudige arbeids- hygiëne	B	71	83	70	417	77	68	68	82	416	75
BGD heeft uitgebreide arbeids- hygiëne	B	31	42	49	428	74	12	32	42	426	41
BGD verzamelt systematisch be- drijfsgeneeskundige gegevens	D	62	60	72	498	84	45	70	62	494	65
ver krijgen van groepsgegevens is eenvoudig	B	30	47	52	489	61	24	52	40	485	44
<i>inpassing in organisatie</i>											
contact met directie moet ge- formaliseerd zijn	B	80	67	71	497	57	81	79	70	493	72
is in het algemeen tevreden over vorm van contacten met directie	D	73	79	80	494	84	83	80	71	490	78
is in het algemeen tevreden over inhoud van contacten di- rectie	L	54	73	71	492	69	72	68	62	488	67

Bijlage 1.12. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>inpassing in organisatie (vervolg)</i>											
contact met ondernemingsraad moet geformaliseerd zijn	B	78	66	68	490	53	74	71	75	485	70
is in het algemeen tevreden over vorm van contacten met OR	L	37	55	55	466	50	46	58	45	462	50
is in het algemeen tevreden over inhoud van contacten met OR	L	37	54	52	465	47	43	58	43	461	48
geeft beleidsadviezen aan directie: nooit	L	11	4	5	494	7	8	3	7	490	6
soms	L	67	72	60		73	60	71	62	490	66
regelmatig	L	22	25	35		20	32	26	31		28
stuurt adviezen voor directie in principe ook aan OR	B	37	43	24	474	19	27	38	43	470	35
indien niet tevreden over resul- taat van advies, dan oorzaak: onvoldoende bereidheid om het op te volgen	L	48	45	48	341	36	43	44	54	339	47
te weinig mogelijkheden slechte wijze van uit- brengen van het advies veranderingen haalden niet het gewenste resultaat	D	18	20	22	312	13	10	27	23	310	20
het advies zelf niet goed		24	32	29	305	36	27	32	24	303	28
tevreden over resultaat van ad- viezen aan directie of manage- ment: niet van toepassing	B	8	2	4	470	4	6	2	6	467	5
zelden	B	8	5	4		2	6	9	5		5
soms	B	57	56	45		52	46	44	61		52
vaak	B	28	37	42		38	40	44	27		36
altijd	B	-	-	5		4	2	1	1		2

Bijlage 1.13. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>aanstellingskeuringen</i>											
aanstellingskeuring is nodig:											
altijd	B	74	81	87	460	65	84	85	84	455	81
bij fysiek belastend werk		96	95	90	293	97	96	94	92	291	94
bij psychisch belastend werk		82	90	86	280	82	92	90	82	278	86
bij beperkte inzetbaarheid		96	96	91	282	94	96	97	93	279	95
nooit		2	-	-	223	3	-	-	1	221	1
in staat tot betrouwbaar oor- deel fysieke belastbaarheid		88	89	95	493	88	93	94	88	490	91
in staat tot betrouwbaar oor- deel psychische belastbaarheid	L	25	38	49	485	38	44	42	33	482	38
aanstellingsonderzoek is:											
sluitstuk na selectie	B	77	61	50	494	75	57	54	63	490	62
onderdeel van de selectie	B	23	39	50		25	43	46	37		38
is op de hoogte van de arbeids- omstandigheden van de aspirant- werknemer: zelden of nooit		1	1	-	494	-	1	2	-	491	1
soms		12	12	8		6	10	16	9		10
meestal of altijd		87	88	92		94	89	82	91		89
arts moet belangen van sollici- tant en bedrijf dienen	L	86	91	97	497	96	91	92	89	491	91
belangen van sollicitant en bedrijf lopen altijd parallel		10	9	13	491	14	9	15	8	485	11
indien niet parallel, belang staat voorop van:											
de sollicitant	D	83	82	77	421	70	75	79	89	416	80
het bedrijf	D	17	18	23		30	25	21	11		20
de sollicitant moet tegen af- keuring in beroep kunnen gaan		97	96	94	497	100	98	94	94	491	96

Bijlage 1.14. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PRT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>gericht Periodeiek Genees- kundig onderzoek</i>											
verricht zelf gericht PGO	D	82	87	85	498	74	81	89	91	493	85
percentage werknemers, onder- worpen aan gericht PGO:											
1 - 24%	D	66	64	64	417	80	74	57	60	417	65
25 - 49%	D	18	25	17		12	17	25	21		20
50 - 74%	D	8	7	11		5	4	13	10		9
75 - 100%	D	7	4	8		3	4	4	9		6
PGO geeft voldoende inzicht in fysieke draagkracht		86	87	89	411	88	86	89	87	410	87
PGO geeft voldoende inzicht in mentale draagkracht	L	36	43	51	398	48	45	43	42	396	44
PGO wordt regelmatig geëvalueerd	D	55	66	64	411	41	58	68	67	409	62
krijgt inzage in vorig PGO: zelden of nooit		2	0	1	418	2	1	1	1	417	1
soms		9	10	7		6	9	12	8		9
meestal of altijd		88	89	92		92	90	87	91		90
PGO heeft voldoende resultaat		69	73	77	411	76	68	79	71	409	74
zou zelf aan gericht PGO onder- worpen moeten worden		32	24	36	408	22	29	29	36	407	31
gericht PGO geeft arbeidsvreugde: niet		13	7	7	417	12	10	11	6	415	9
middelmatig		57	68	60		68	57	61	62		62
veel		31	25	33		20	33	29	32		29
<i>samenwerking bedrijfsarts - cura- tieve sector</i>											
acht verzekeringsgeneeskunde ten aanzien van ziekteverzuimbege- leiding deel van takenpakket van de bedrijfsarts	D	32	33	40	492	60	54	35	15	487	35

Bijlage 1.15. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal lijke percentage
<i>samenwerking bedrijfsarts - curatieve sector (vervolg)</i>											
acht VG-taak nadeel voor con- tacten met curatieve sector	B	46	43	33	488	29	33	43	47	482	40
heeft met huisartsen en spe- cialisten:											
incidenteel contact	B	65	63	79	318	69	52	78	67	313	69
regelmatig vrijblij- vend contact	L	65	76	78	400	74	83	72	69	395	73
regelmatige contacten met afspraken		19	23	30	283	26	32	27	16	280	23
heeft met huisartsen en specia- listen regelmatig contact over:											
verzuimers	B	67	81	77	484	78	89	74	69	479	75
niet-verzuimers	B	38	48	30	448	25	40	55	34	443	39
arbeidsomstandigheden	L	44	58	56	455	52	53	61	45	450	52
huisartsen houden voldoende rekening met arbeidsomstan- digheden		24	28	28	483	37	26	27	23	477	27
specialisten houden voldoende rekening met arbeidsomstandig- heden	D	11	14	14	480	26	9	13	8	474	13
resultaten van contacten met huisartsen bevredigend	L	75	85	84	495	86	85	80	80	490	82
resultaten van contacten met specialisten bevredigend	B	60	62	73	494	78	68	66	57	488	65
<i>onderzoek werkplek</i>											
doet aan werkplekbezoek:											
niet	D	0	1	2	480	1	4	1	-	477	1
incidenteel	D	55	47	57		67	67	48	42		53
systematisch	D	45	53	41		32	29	51	58		46

Bijlage 1.16. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>onderzoek werkplek (vervolg)</i>											
heeft te weinig tijd voor voor werkplekbezoek	D	54	51	49	495	60	69	47	41	492	51
belangrijkste reden om aan werkplekbezoek te doen: relatie met de werk- nemers		15	10	8	406	6	12	14	12	403	11
kennis van de arbeids- omstandigheden		65	66	67		70	69	68	62		66
beter advies mogelijk maken		16	19	25		20	18	17	22		20
andere redenen		4	5	1		4	1	1	5		3
resultaat werkplekbezoek stemt niet overeen met doel		12	17	12	486	13	14	10	16	483	14
voornaamste reden geen werk- plekbezoek:											
gebrek aan tijd		85	88	86	210	93	90	83	82	207	86
gebrek aan ervaring		36	24	14	127	32	36	23	21	126	27
geen verkeerde verwach- tingen willen wekken		13	28	34	127	28	18	30	20	125	24
soort bedrijf noodzaakt er niet toe	L	44	56	71	162	65	69	46	48	161	56
andere redenen	L	20	30	48	86	50	40	32	23	85	33
kan werkplekbezoek overlaten aan medewerkers:											
ja zonder meer	D	18	19	17	489	18	8	13	24	485	18
ja, maar na overleg met bedrijfsarts	D	33	29	30		31	35	31	28		31
alleen door BVK na opdracht nee	D	16	19	22		16	28	24	13		19
	D	33	33	31		35	28	31	34		32
<i>invaliditeitskeuringen</i>											
houdt bij arbeidsongeschiktheid rekening met verzekeringsge- neeskundige aspecten (invalidi- teitskeuring)	D	82	83	91	486	96	94	80	80	483	85

Bijlage 1.17. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>invaliditeitskeuringen (vervolg)</i>											
vindt verzuimbegeleiding essentieel voor herintree ar- beidsproces		91	95	97	496	97	94	94	94	492	94
denkt dat bedrijf arbeidsom- standigheden verandert voor het weer opnemen van blijvend gedeeltelijk arbeidsongeschik- ten	B	56	70	77	484	81	67	74	60	480	69
denkt dat door WAG meer ar- beidsongeschikten aan werk komen		17	11	15	474	15	20	15	11	471	14
wordt voldoende betrokken bij vaststellen arbeidsongeschikt- heid	B	74	76	88	491	95	86	87	64	487	80
advies bedrijfsarts zou door- slag moeten geven bij vast- stellen van de blijvende ar- beidsongeschiktheid	B	68	74	85	481	89	83	79	63	476	76
<i>wetenschappelijk onderzoek</i>											
is als bedrijfsarts betrokken gewees bij:											
bedrijfsgeneeskundig survey	B	76	86	86	473	86	66	81	91	469	83
toegepast wetenschappe- lijk onderzoek	B	34	46	50	398	48	20	45	51	392	43
zuiver wetenschappelijk onderzoek		6	8	11	358	6	2	12	10	354	8
epidemiologisch onderzoek	L	35	42	55	398	50	33	51	43	394	44
andervoortig onderzoek		16	29	26	286	22	14	25	28	282	23
is in onderzoek betrokken ge- weest:											
onder verantwoordelijk- heid van anderen		40	45	49	215	47	33	51	42	214	44
als medeverantwoordelijke	L	67	72	85	277	85	68	79	71	276	75
als eindverantwoordelijke	L	76	91	85	313	85	80	87	85	312	84

Bijlage 1.18. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel-voudige dienst	gezamenlijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>wetenschappelijke onderzoek (vervolg)</i>											
heeft resultaten van onderzoek vastgelegd als:											
één of meer notities		94	96	96	389	94	95	97	96	386	95
één of meer artikelen	B	10	21	44	242	21	6	35	24	240	24
een proefschrift		-	5	6	217	5	-	5	3	217	4
acht doen van onderzoek taak van de bedrijfsarts, los van survey wordt, afgezien van survey, in staat gesteld tot onderzoek	B	84	85	80	487	78	82	87	84	480	83
<i>inspanning</i>											
vindt werk lichamelijk erg inspannend	B	1	4	7	504	5	1	8	2	497	4
vindt werk geestelijk erg inspannend	B	82	65	61	496	63	81	70	66	489	69
moet geregeld onder tijdsdruk werken	L	63	57	48	505	53	60	61	52	498	55
heeft vaak te weinig werk		8	3	4	502	4	3	6	6	495	5
vindt werk vaak te vermoeiend		13	10	12	499	13	9	9	13	492	12
heeft problemen met tempo of drukte		21	13	16	501	16	19	15	16	494	16
is 's avonds te moe om nog iets anders te doen		27	19	24	498	24	31	22	21	491	23
moet het eigenlijk in het werk kalmer aan doen	L	23	15	27	499	22	25	22	21	492	22

Bijlage 1.19. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>inspanning (vervolg)</i>											
heeft in het werk moeite met:											
bukken of gebogen werken	L	1	2	10	502	3	4	6	4	495	5
tillen en sjouwen	L	3	1	9	499	4	7	3	3	492	4
zitten		4	5	7	504	6	3	6	6	497	5
staan		3	2	6	503	5	3	4	4	496	4
heeft in het werk moeite met:											
lopen		-	-	2	506	2	-	-	1	500	1
traplopen	L	-	1	5	506	2	3	1	2	500	2
werken in ongemakkelijke houding	L	2	4	13	496	8	11	6	4	490	6
heeft in het werk moeite met:											
ingespannen kijken		3	4	3	504	1	5	5	3	498	3
scherp luisteren		7	5	11	504	7	7	8	8	498	8
zich concentreren		12	6	10	503	4	11	10	11	497	9
informatie onthouden	L	20	13	28	502	16	24	16	24	496	20
de vereiste nauwkeurigheid		10	9	4	503	9	6	7	8	497	8
moet lang in één houding werken	D	11	7	5	506	20	7	4	4	500	7
bewegingen worden bepaald door een machine		-	-	-	501	-	-	-	-	495	0
moet geregeld zware lasten tillen		-	1	-	504	-	-	-	1	498	0
<i>gezondheid</i>											
heeft de laatste tijd gezondheidsklachten		19	16	25	505	25	24	16	20	500	20
wordt in werk gehinderd door niet in orde voelen		7	6	11	503	11	7	9	7	497	8
schrijft gezondheidsklachten toe aan werk		17	12	9	490	7	14	10	16	484	12
heeft last van benauwdheid of kortademigheid		4	4	7	506	5	8	5	4	500	5
heeft wel eens hartklachten	L	3	5	11	506	8	7	6	6	500	6

Bijlage 1.20. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>gezondheid (vervolg)</i>											
heeft wel eens maagklachten		9	10	15	506	7	19	13	11	500	12
heeft wel eens buikklachten	L	5	7	14	504	8	6	11	10	498	9
heeft geregeld klachten over armen of handen	D	2	2	6	505	1	9	2	4	498	4
heeft geregeld klachten over benen of voeten	L	1	6	8	505	5	9	4	4	498	5
heeft geregeld klachten over schouders of nek	L	7	10	16	505	11	15	9	11	498	11
heeft geregeld pijn in de nek		11	8	12	505	11	14	7	10	498	10
heeft geregeld pijn boven in de rug		4	3	4	501	5	4	1	4	494	4
heeft geregeld pijn onder in de rug	L	7	12	22	502	12	15	15	14	495	14
is overgevoelig voor stoffen in het werk		1	1	-	505	-	2	-	1	498	1
heeft vaak last van tranende, ver- moeide of pijnlijke ogen		7	6	4	504	2	8	5	7	497	6
heeft problemen met scherp zien		3	4	7	504	3	5	5	5	497	5
heeft vaak moeite met horen	L	3	4	10	501	6	6	5	6	494	6
heeft wel eens last van duize- lingen		6	3	6	505	8	1	5	6	498	5
is vaak vergeetachtig	L	9	8	18	503	10	15	8	15	496	12
heeft geregeld last van hoofdpijn		8	6	5	505	11	2	5	6	498	6
voelt zich vaak gespannen		23	24	19	504	18	23	21	25	497	22
is dikwijls prikkelbaar		20	24	19	503	20	16	11	18	496	16
is vaak nerveus		16	9	8	504	11	10	10	12	497	11

Bijlage 1.21. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>gezondheid (vervolg)</i>											
voelt zich vaak gejaagd		25	19	16	504	13	25	22	20	497	20
is vaak moedeloos		11	8	8	503	8	7	9	11	496	9
staat geregeld moet op	L	21	16	11	503	15	18	12	16	496	16
slaapt meestal slecht	L	3	4	13	503	9	9	7	5	496	7
komt vaak slaap tekort	L	32	22	22	504	21	35	20	26	497	25
gebruikt geregeld medicijnen	L	11	7	21	500	15	18	13	10	493	13
is laatste zes maanden bij arts geweest	D	17	16	21	501	27	15	12	20	494	18
bezoek aan arts hield verband met werk		17	25	11	90	8	15	13	25	89	17
wordt behandeld voor:											
hoge bloeddruk*	L	-	-	-	497	-	-	-	-	490	5
andere hart-vaataandoening*	L	-	-	-	497	-	-	-	-	490	3
longaandoeningen*	-	-	-	-	495	-	-	-	-	488	1
organen van borst of buik*	L	-	-	-	489	-	-	-	-	489	3
allergie*	-	-	-	-	500	-	-	-	-	494	2
rugandoeningen*	L	-	-	-	500	-	-	-	-	494	3
spier/gewrichtsaandoeningen*	-	-	-	-	500	-	-	-	-	494	2
andere aandoeningen*	-	-	-	-	494	-	-	-	-	488	6
is laatste zes maanden thuis- gebleven wegens ziekte of ongeval		25	22	18	501	25	17	17	24	494	22
<i>leiding en collega's</i>											
de sfeer op het werk is meestal goed	D	88	91	94	500	96	82	93	93	493	91
werkt geregeld met wisselende collega's	D	21	19	18	504	13	15	14	27	497	19

* Vanwege herkenbaarheid alleen totaalpercentages.

Bijlage 1.22. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PRT RGD NS	GGGD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>leiding en collega's (vervolg)</i>											
kan geen beroep op collega's doen	D	14	11	12	504	21	9	16	6	497	12
ergert zich vaak aan anderen op het werk		26	20	16	502	15	24	22	21	495	21
werkt onder telkens wisselende leidinggeveenden		3	4	5	495	4	6	4	2	488	4
werkt doorgaans onder goede directe leiding	D	44	45	55	434	39	35	54	54	429	48
leiding heeft juist beeld van respondent in zijn werk		61	63	69	441	63	52	69	67	437	64
leiding houdt voldoende rekening met wat betrokkene zegt		67	76	79	439	69	65	78	78	435	74
betrokkene wordt voldoende door leiding ondersteund	D	62	64	74	438	64	49	78	69	434	67
het werk wordt meestal billijk verdeeld	L	81	86	91	459	87	82	86	87	452	86
wordt in werk teveel op de vingers gekeken		2	4	3	491	1	5	3	3	484	3
leiding houdt voldoende op de hoogte van wat in de dienst gebeurt	B	73	79	85	487	73	67	90	80	481	79
<i>organisatie van het werk</i>											
het werk is doorgaans goed georganiseerd	B	76	85	91	493	93	77	85	83	487	84
er is voldoende overleg over het werk	B	78	85	90	494	78	77	88	88	487	84
heeft vaste werkbesprekingen	D	74	73	78	500	46	72	80	88	492	75
indien vaste werkbesprekingen: deze lopen goed	B	77	87	94	361	98	82	94	81	356	86
in dienst is werkoverleg	D	76	72	76	481	49	70	83	84	474	75

Bijlage 1.23. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>organisatie van het werk (vervolg)</i>											
indien werkoverleg: dit loopt goed	B	78	86	91	339	87	73	93	85	335	85
indien geen werkoverleg: zou dit wel willen hebben		60	54	36	104	41	64	47	52	102	50
moet geregeld vergaderen	D	87	88	88	485	79	86	88	92	477	88
indien geregeld vergaderen: vergaderingen lopen goed	L	74	79	90	412	77	79	87	80	406	81
werkt geregeld met anderen samen aan één taak	D	49	61	55	497	37	52	62	62	489	55
indien samenwerking: deze loopt goed		97	97	97	269	94	98	97	97	265	97
de samenwerking met andere groe- pen loopt goed		91	91	95	475	89	90	93	94	468	92
werk wordt vaak belemmerd door on- verwachte situaties	D	31	27	29	489	16	38	35	27	481	29
steeds is duidelijk wat men moet doen	L	71	81	87	492	76	79	85	78	484	80
er is vaak verschil van mening over kwaliteit werk		8	10	8	489	6	11	6	2	481	9
heeft hinder in eigen werk door slecht werk anderen	L	34	22	20	489	20	32	26	24	481	25
heeft hinder in werk door afwe- zigheid van anderen		21	15	15	490	18	23	15	14	482	17
beschikt meestal over voldoende hulpmiddelen	L	79	84	96	487	85	78	93	87	480	87
hulpmiddelen zijn meestal goed genoeg	L	87	91	96	486	92	87	95	91	479	92
beschikt meestal over voldoende gegevens	L	76	84	92	491	84	82	87	83	483	84

Bijlage 1.24. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	gezaamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>organisatie van het werk (vervolg)</i>											
gegevens zijn meestal goed genoeg	L	71	84	88	486	80	79	81	82	478	81
<i>voorzieningen</i>											
kan terecht voor hulp bij eigen problemen		56	55	55	489	61	51	59	52	481	55
heeft zelf een bedrijfsarts	D	41	40	47	503	94	50	31	23	495	43
ervaringen met eigen bedrijfsarts gunstig?											
nee, geen ervaring		76	84	77	214	87	73	70	79	211	79
ja, ervaringen gunstig		19	10	20		11	18	25	21		17
ja, ervaringen ongunstig		5	6	2		2	9	5	-		4
heeft zelf geen bedrijfsarts, maar dat is wel noodzakelijk	B	52	38	19	270	-	40	22	46	265	36
er zijn gevaarlijke stoffen in het werk	D	15	11	13	495	8	6	21	13	487	13
werk vereist gebruik van beschermingsmiddelen	D	31	32	29	494	12	15	34	46	487	31
gebruikte beschermingsmiddelen zijn in orde		91	93	96	150	82	92	100	92	149	93
verdere veiligheid is in orde		94	92	96	429	95	99	95	91	424	94
werk eist speciale werkkleding	D	11	13	16	503	4	10	17	18	495	14
indien ja, werkkleding is in orde		94	90	100	66	100	100	100	91	66	95
sanitaire voorzieningen zijn in orde		97	96	97	495	98	94	97	97	488	97
garderobes zijn in orde	D	94	96	96	475	97	89	97	97	468	95
kantinevoorzieningen zijn in orde	B	83	83	91	478	82	77	95	85	471	86
<i>werk-privé</i>											
vindt reizen tussen huis en werk bezwaarlijk		11	8	8	501	11	9	9	8	496	9
werk heeft ongunstige invloed op privé leven	B	29	27	14	504	12	28	25	24	498	23

Bijlage 1.25. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PRT RGD NS	GG&GD DGD	enkel- voudige dienst	geamen- lijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
<i>wenk-privé (vervolg)</i>											
privé-omstandigheden hebben on- gunstige invloed op werk		4	7	4	503	2	3	5	6	497	5
<i>werkkring</i>											
voelt zich in eigen dienst vol- doende gewaardeerd		87	88	91	498	89	84	91	89	491	89
vindt contacten met cliënten prettig		97	98	99	498	97	100	98	99	491	98
heeft veel te maken met agressie van cliënten	D	7	11	9	499	12	11	15	3	492	9
wordt de dienst goed geleid?											
niet van toepassing	B	7	19	38	480	9	18	32	22	473	22
ja	B	57	55	47		64	39	51	55		53
nee	B	36	26	15		27	43	17	23		25
dienst is goed om voor te werken	D	86	88	92	497	92	78	91	91	489	89
werkkring biedt voldoende zeker- heid	D	90	92	94	497	100	90	93	89	489	92
wordt u in uw dienst billijk be- handeld?											
niet van toepassing	L	4	8	13	496	5	8	10	10	489	9
ja	L	87	86	82		89	83	85	83		85
nee	L	9	6	5		6	9	5	8		7
beloning is in overeenstemming met het werk	L	81	88	95	502	87	86	90	98	494	88
vooruitzichten bij deze werk- gever zijn goed		84	85	89	473	85	78	87	89	466	86
verwacht op korte termijn ongun- stige veranderingen		15	10	8	483	7	16	13	10	478	11
denkt over ander werk	L	26	32	9	500	19	27	20	23	493	22

Bijlage 1.26. Antwoordpercentages - vervolg -

beknopt antwoord	sign.	20-34 jr	35-49 jr	50-70 jr	aantal bij leeftijd	PTR RGD NS	GG&GD DGD	enkelvoudige dienst	gezamenlijke dienst	aantal bij type dienst	totaal percentage
slot											
zit al met al met het werk:											
goed	B	52	58	67	495	59	43	66	63	489	59
redelijk	B	36	33	26		34	46	22	29		32
matig	B	6	8	4		3	6	10	4		6
niet goed	B	6	1	3		3	5	2	3		3

Bijlage 2.1 Aantallen personen bij de somscores van HAVO+ en bedrijfs-
artsen, gesplitst naar wel- en niet-leidinggevenden

aantallen personen		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	140	127	101	368
	leiding	10	46	83	139
	totaal	150	173	184	507
HAVO+	niet-leiding	87	55	28	170
	leiding	24	73	57	154
	totaal	111	128	85	324
BA & HAVO+	niet-leiding	227	182	129	538
	leiding	34	119	140	239
	totaal	261	301	269	831

Bijlage 2.2 Somscores van bedrijfsartsen en HAVO+, gesplitst naar wel- en niet-leidinggeven

inspanning		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	1.14	0.87	1.58	1.17
	leiding	2.40	0.93	1.57	1.42
	totaal	1.23	0.88	1.58	1.24**
HAVO+	niet-leiding	1.56	1.31	1.93	1.54
	leiding	2.04	1.59	1.91	1.78
	totaal	1.67	1.47	1.92	1.65**
BA & HAVO+	niet-leiding	1.30	1.00	1.66	1.29
	leiding	2.15	1.34	1.71	1.61
	totaal	1.41*	1.13*	1.68*	1.40
gezondheid		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	2.46	2.51	2.80	2.57
	leiding	4.50	1.61	3.08	2.70
	totaal	2.60	2.27	2.93	2.61**
HAVO+	niet-leiding	3.67	4.07	4.86	3.99
	leiding	2.71	3.22	3.44	3.22
	totaal	3.46	3.59	3.91	3.63**
BA & HAVO+	niet-leiding	2.93	2.98	3.25	3.02
	leiding	3.24	2.60	3.23	2.97
	totaal	2.97	2.83	3.24	3.00

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en HAVO+

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 2.3 Somscores van bedrijfsartsen en HAVO+, gesplitst naar wel- en niet-leidinggeven

ziektegedrag		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	0.67	0.64	0.88	0.72
	leiding	0.10	0.37	0.84	0.63
	totaal	0.63	0.57	0.86	0.69**
HAVO+	niet-leiding	1.22	1.45	1.57	1.35
	leiding	0.67	0.96	1.25	1.02
	totaal	1.10	1.17	1.35	1.19**
BA & HAVO+	niet-leiding	0.88	0.88	1.03	0.92***
	leiding	0.50	0.73	1.01	0.84***
	totaal	0.83*	0.82*	1.02*	0.89
taak en werkorganisatie		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	4.65	3.28	2.45	3.57
	leiding	5.60	2.93	2.23	2.71
	totaal	4.71	3.18	2.35	3.33**
HAVO+	niet-leiding	4.47	3.64	3.39	4.02
	leiding	4.88	4.11	3.25	3.91
	totaal	4.56	3.91	3.29	3.97**
BA & HAVO+	niet-leiding	4.58	3.38	2.65	3.71
	leiding	5.09	3.66	2.64	3.34
	totaal	4.65*	3.49*	2.65*	3.58

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en HAVO+

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 2.4 Somscores van bedrijfsartsen en HAVO+, gesplitst naar wel- en niet-leidinggeven

leiding & collega's		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	3.44	3.03	2.33	2.99
	leiding	2.70	1.93	1.63	1.81
	totaal	3.39	2.74	2.01	2.67**
HAVO+	niet-leiding	3.84	3.85	2.89	3.69
	leiding	4.29	3.03	2.14	2.90
	totaal	3.94	3.38	2.39	3.31**
BA & HAVO+	niet-leiding	3.59	3.28	2.45	3.21***
	leiding	3.82	2.61	1.84	2.38***
	totaal	3.62*	3.01*	2.13*	2.92
waardering werkkring		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	1.58	1.44	0.87	1.34
	leiding	1.60	0.78	0.54	0.70
	totaal	1.58	1.27	0.72	1.16**
HAVO+	niet-leiding	2.57	2.20	1.64	2.30
	leiding	2.63	1.68	1.39	1.72
	totaal	2.59	1.91	1.47	2.02**
BA & HAVO+	niet-leiding	1.96	1.67	1.04	1.64***
	leiding	2.32	1.34	0.89	1.24***
	totaal	2.01*	1.54*	0.96*	1.50

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en HAVO+

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 2.5 Aantallen personen bij de somscores van bedrijfsartsen en academici elders, gesplitst naar wel- en niet-leidinggevenden

aantallen personen		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	140	127	101	368
	leiding	10	46	83	139
	totaal	150	173	184	507
academici	niet-leiding	16	14	11	41
	leiding	7	24	8	39
	totaal	23	38	19	80
BA & academ.	niet-leiding	156	141	112	409
	leiding	17	70	91	178
	totaal	173	211	203	587

Bijlage 2.6 Somscores van bedrijfsartsen en academici elders, gesplitst naar wel- en niet-leidinggevenden

inspanning		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	1.14	0.87	1.58	1.17
	leiding	2.40	0.93	1.57	1.42
	totaal	1.23	0.88	1.58	1.24**
academici	niet-leiding	1.56	1.29	2.27	1.66
	leiding	1.43	1.46	2.13	1.59
	totaal	1.52	1.39	2.21	1.63**
BA & academ.	niet-leiding	1.19	0.91	1.65	1.22
	leiding	2.00	1.11	1.62	1.46
	totaal	1.27*	0.98*	1.64*	1.29
gezondheid		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	2.46	2.51	2.80	2.57
	leiding	4.50	1.61	3.08	2.70
	totaal	2.60	2.27	2.93	2.61**
academici	niet-leiding	3.38	3.07	4.82	3.66
	leiding	5.14	3.38	4.38	3.90
	totaal	3.91	3.26	4.63	3.77**
BA & academ.	niet-leiding	2.56	2.57	3.00	2.68
	leiding	4.76	2.21	3.20	2.96
	totaal	2,77	2.45	3.09	2.77

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en academici

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 2.7 Somscores van bedrijfsartsen en academici elders, gesplitst naar wel- en niet-leidinggevenden

ziektegedrag		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	0.67	0.64	0.88	0.72
	leiding	0.10	0.37	0.84	0.63
	totaal	0.63	0.57	0.86	0.69**
academici	niet-leiding	0.88	1.43	2.09	1.39
	leiding	0.57	0.96	1.13	0.92
	totaal	0.78	1.13	1.68	1.16**
BA & academ.	niet-leiding	0.69	0.72	1.00	0.78***
	leiding	0.29	0.57	0.87	0.70***
	totaal	0.65*	0.67*	0.94*	0.76
taak & werkorganisatie		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	4.65	3.28	2.45	3.57
	leiding	5.60	2.93	2.23	2.71
	totaal	4.71	3.18	2.35	3.33**
academici	niet-leiding	4.94	4.07	4.09	4.41
	leiding	5.29	3.63	4.13	4.03
	totaal	5.04	3.79	4.11	4.22**
BA & academ.	niet-leiding	4.68	3.35	2.61	3.66
	leiding	5.47	3.17	2.40	2.99
	totaal	4.76*	3.29*	2.51*	3.45

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en academici

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 2.8 Somscores van bedrijfsartsen en academici elders, gesplitst naar wel- en niet-leidinggevenden

leiding & collega's		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	3.44	3.03	2.33	2.99
	leiding	2.70	1.93	1.63	1.81
	totaal	3.39	2.74	2.01	2.67
academici	niet-leiding	3.00	3.43	3.55	3.29
	leiding	4.43	2.13	2.38	2.59
	totaal	3.43	2.61	3.05	2.95
BA & academ.	niet-leiding	3.39	3.07	2.45	3.02***
	leiding	3.41	2.00	1.69	1.98***
	totaal	3.39*	2.72*	2.11*	2.71
waardering werkkring		20-34	35-49	50-70	totaal
bedrijfsartsen	niet-leiding	1.58	1.44	0.87	1.34
	leiding	1.60	0.78	0.54	0.70
	totaal	1.58	1.27	0.72	1.16**
academici	niet-leiding	1.88	2.43	2.18	2.15
	leiding	2.14	1.21	1.00	1.33
	totaal	1.96	1.66	1.68	1.75**
BA & academ.	niet-leiding	1.61	1.54	1.00	1.42***
	leiding	1.82	0.93	0.58	0.84***
	totaal	1.63*	1.34*	0.81*	1.24

* = significante verschillen tussen leeftijdsgroepen

** = significante verschillen tussen bedrijfsartsen en academici

*** = significante verschillen tussen leiding en niet-leiding

N.B. Nergens worden significante interactie-termen gevonden, wat betekent dat er geen aanmerkelijke verschillen zijn tussen groepen met gecombineerde kenmerken.

Bijlage 3.1 Proefschriften met een onderwerp uit de arbeids- en
bedrijfsgeneeskunde

- BAART, J. De oudere havenwerker; aspecten van zijn cardiorespiratoire conditie. Rotterdam, 1973
- BOER, K. De ergonomische taakanalyse in een bedrijfsgeneeskundige praktijk. Amsterdam, 1967
- BONJER, F.H. Circulatie-onderzoek door impedantiemeting. Groningen, 1950
- BOORDER, Tj. DE. De energiebesteding en lichamelijke prestatievermogen. Amsterdam, 1971
- ETTEMA, J.H. Arbeidsfysiologische aspecten van mentale belasting. Amsterdam, 1967
- HAAREN, J.P.M. VAN. Anaemia and work capacity in African industrial workers of Dar es Salaam, Tanzania. Nijmegen, 1976
- HOEK, H.J.B. Rugklachten in een bedrijf. Amsterdam, 1971
- JAGER, K.W. Aldrin, Dieldrin, Endrin and Telodrin; an epidemiological and toxicological study of long-term occupational exposure. Amsterdam, 1970
- KAMP, A.H.J. VAN DE. De beroepsziekten genoemd in de Ongevallenwet 1921 en Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922, van geneeskundig standpunt beschouwd. Utrecht, 1939
- KESTELOO, A. Bedrijfsgeneeskundige aspecten van een dreigende bedrijfssluiting. Nijmegen, 1974
- KOLK, J.J. Dysmenorrhoe en ziekteverzuim. Nijmegen, 1966
- KUIPER, J.P. Bedrijfsarts en arbeidende mens. Amsterdam, 1968
- LEYSEN, H.L. Het bedrijfsgezondheidkundig spreekuur. Amsterdam, 1972
- MALTEN, K.E. Beroepsekseem bij het verwerken van kunststoffen in het bijzonder van onverzadigde polyester harsen en aethoxyline harsen; een bedrijfsdermatologisch onderzoek. Amsterdam, 1956
- MARTIJN, S.G. Over beroepsdoofheid bij telefoonpersoneel; een bedrijfsgeneeskundig onderzoek naar gehoorbeschadigingen door het gebruik van de telefoon bij het personeel van de tele-

foondienst van het Staatsbedrijf der PTT in het distrikt Rotterdam. Groningen, 1969

MEESTERS, J.N. Caissonziekte. Amsterdam, 1958

MODDERAAR, K. De invloed van dichloordiaethylsulfide (mosterdgas) op het bloed en de bloedbereidende organen. Batavia, 1941

NORREN, C. VAN. Werkhervatting na langdurig ziekteverzuim. Amsterdam, 1966

NIJENHUIS, H.W.A. Youth and health; pre-employment health conditions among young people. Amsterdam, 1975

OTTEVANGER, C.K. An epidemiological and toxicological study of occupational exposure to an organophosphorous pesticide. Amsterdam, 1976

RUIGH, A. DE. Milieufactoren en gezondheidsbeleving; een onderzoek naar relaties tussen enkele milieufactoren in werk en gezin en disharmonieklachten bij een aantal mannen. Nijmegen, 1973

STUMPHUIS, J. Asbest in een bedrijfsbevolking; een onderzoek naar het voorkomen van asbestlichaampjes en mesotheliomen op een scheepswerf en een machinefabriek. Amsterdam, 1969

TORDOIR, W.F. Het verplicht dulden van medische behandelingen. Utrecht, 1968

VERTIN, P.G. Bedrijfsgeneeskundige aspecten van het ulcus pepticum. Groningen, 1954

VROEGE, D. De schadelijke werking van het zaad van de ricinus communis op de gezondheid; een bedrijfsgeneeskundig onderzoek bij havenwerkers te Rotterdam. Rotterdam, 1971

WELY, P.A. VAN. De procedure bij het keuren van sollicitanten. Amsterdam, 1972

WESSELING, L.H. Circulatoire reacties bij verschillende omgevings-temperaturen. Amsterdam, 1973

WINK, A. Toxische stoffen en bijnierschors-hormonen; onderzoek naar de invloed van langdurige blootstelling aan toxische stoffen op de steroïduitscheiding bij de mens. Leiden, 1970

ZIELHUIS, R.L. De industriële loodintoxicatie in Nederland; beschouwingen en onderzoeken. Leiden, 1959

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO