

BGZ in het kader van de EG

Kitty Meulenbeld

Zonder twijfel is in Nederland ten aanzien van arbeid en organisatie sprake van een toenemende internationalisatie. De invloed van de EG is daarbij steeds

nadrukkelijker aanwezig, niet alleen op overheidsniveau, maar ook op bedrijfsniveau en in het kielzog daarvan de bedrijfsgezondheidszorg.

Deze trend is niet alleen zichtbaar, maar wordt voor de BGZ in Nederland bij het ingaan van 1993 ook voelbaar onder invloed van de EG-kaderrichtlijn voor veiligheid en gezondheid op de werkplek.

Onderzoekers van het NIA vroegen zich af hoe het eigenlijk werkt in het buitenland, de BGZ. Inzicht in de situatie elders biedt mogelijk perspectief voor de verdere ontwikkeling van BGZ in Nederland. Misschien zijn daar goede oplossingen gevonden voor problemen waarmee wij worstelen; misschien is er slechts sprake van dezelfde smart.

Vanuit het coördinatiepunt BGZ is in februari j.l. gestart met een project, waarin de BGZ in vijf landen is bekeken.

Wij hebben ons gebaseerd op literatuur en op gesprekken met deskundigen in het buitenland. Het project is dus oriënterend van aard.

De aanleiding vormde de EG-kaderrichtlijn, die in ieder geval voor de Nederlandse BGZ een katalysator is. Is dat elders ook zo? Hoe zit het daar eigenlijk?

De landen die zijn onderzocht zijn, naast Nederland, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Denemarken.

De belangrijkste vragen van het project waren:

1. Hoe is de huidige BGZ-situatie in die landen;
2. Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen, bijvoorbeeld onder invloed van de EG-kaderrichtlijn;
3. Welke perspectieven biedt dat voor Nederland.

Rondreis

Gezien de ruimte in dit blad is het onmogelijk om alle drie aspecten diepgaand te behandelen. We starten onze rondreis in Duitsland, dat wil zeggen het voormalige West-Duitsland.

Voor de hereniging bedroeg de beroepsbevolking bijna 28 miljoen.



Kitty Meulenbeld: 'BGZ-en kunnen een explosief groeiende vraag en daarmee samenhangende capaciteitsproblemen tegemoet zien.' Foto: Peter Pennarts.

Ongeveer de helft hiervan wordt voorzien van BGZ. Men heeft in Duitsland niet alleen te maken met nationale wetgeving, er moet ook rekening worden gehouden met regelgeving voor verschillende bedrijfstakken door Berufsgenossenschaften. Berufsgenossenschaften zijn bedrijfstakgerichte sociale verzekeringsorganen (zoals het GAK) waarvan het primaire doel is het voorkomen van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Sommige Berufsgenossenschaften hebben voor dit doel ook hun eigen BGD opgericht.

In Duitsland werken ongeveer 11 000 bedrijfsartsen (naar schatting werkten er in de voormalige DDR nog eens 2000). Vaak wordt de functie als nevenfunctie uitgeoefend door internisten met een privé-praktijk. Zij hebben dan een tweejarige beroeps-

opleiding tot Betriebsarzt gevolgd. De echte specialisatie Arbeitsmedizin duurt vier jaar.

In Duitsland zijn nauwelijks arbeidshygiënisten werkzaam.

Nu Nederland. Dit plaatje zal u bekend voorkomen.

De beroepsbevolking bestaat uit bijna zes miljoen mensen waarvan 40% wordt voorzien van BGZ. De helft hiervan is verplicht.

De Arbeidsomstandighedenwet is inmiddels volledig ingevoerd en wordt binnenkort weer gewijzigd. In Nederland zijn zo'n 1000 bedrijfsartsen werkzaam en om je te kwalificeren als bedrijfsarts moet vanaf 1991 een vierjarige opleiding worden gevolgd.

Reizen we verder zuidwaarts naar Frankrijk.

In Frankrijk bestaat de wettelijke verplichting tot BGZ voor alle werknemers in vrijwel alle sectoren. Volgens onze informanten wordt daadwerkelijk zo'n 90% van de beroepsbevolking door de BGZ bereikt. In dat opzicht is Frankrijk het dichtst bij de vervulling van de EG-kaderrichtlijn die 100% dekking voorschrijft.

De BGZ in Frankrijk bestaat echter voornamelijk uit periodiek medisch onderzoek en aanstellingskeuringen. Er zijn in Frankrijk relatief weinig bedrijfsartsen werkzaam, er is al jaren een chronisch tekort. Binnen de Franse bedrijven zijn comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) werkzaam die het management van advies dienen bij arbozaken.

Via de nieuwe Kanaaltunnel belanden we in Engeland. Groot-Brittannië kan worden gezien als één van de voorlopers op het gebied van de BGZ. Het bestaan van the National Health Service is van grote invloed geweest op de structuur en de taken van de BGZ in dit land. De BGZ geschiedt op vrijwillige basis en slechts medisch onderzoek voor bepaalde groepen werknemers is verplicht gesteld, via de zo genaamde Regulations and the Approved Codes of Practices.

De meest voorkomende activiteit van de BGD-en is de behandeling van ongevallen en van lichte aandoeningen en verwondingen. In bedrijven met minder dan 400 werknemers is een EHBO-biedende bedrijfsverpleegkundige vaak de enige vorm van BGZ.

Steken we tot slot over naar Denemarken. In Denemarken is de beroepsbevolking ongeveer half zo groot als bij ons en daarvan valt slechts éénvijfde onder de BGZ. Als één van de oorzaken hiervoor kan worden aangevoerd dat BGZ in Denemarken van late datum is. Pas in 1978 werd de Arbeidsomstandighedenwet met een regeling Bedrijfsgezondheidszorg van kracht. In Denemarken is de zelfwerkzaamheid van bedrijven en de samenwerking tussen werkgevers- en werknemersorganisaties beklemtoond.

Er is een verplichte vorm van BGZ voor bepaalde sectoren en een norm voor de inzet van de bedrijfsarts. Deze norm is echter zo laag, dat van een continue zorgverlening nauwelijks sprake is. In relatie tot de BGZ valt nog te vermelden, dat er een netwerk van speciale poliklinieken is voor beroepsziekten, die overigens nauwelijks samenwerken met de BGD-en.

In de BGD-en zijn vele disciplines werkzaam, waarbij de medische pro-

fessionals dikwijls slechts een ondersteunende rol hebben. In dit licht is het minder verbazingwekkend dat in Denemarken maar twintig bedrijfsartsen werkzaam zijn. Er bestaat geen formele opleiding tot bedrijfsarts.

Primaire preventie

We kunnen eindeloos doorgaan met het beschrijven van de BGZ in een land, tot we door de bomen het bos niet meer zien.

Laten we de zaak daarom nog eens op een andere manier bekijken. De klemtoon van BGZ zit in de preventie. Daar gaat het om. Het preventiebeginsel vormt de basis van de Arbowet en vooral ook van de EG-kaderrichtlijn. Een efficiënt preventief beleid start bij de bestrijding van risico's aan de bron. We noemen dit primaire preventie.

Behalve de BGZ zijn er ook andere organisaties die zich met primaire preventie bezighouden. Het is dan ook interessant om te zien welke plaats de BGZ inneemt in het totale krachtenveld van actoren.

Om daarbij ook een internationale vergelijking te kunnen maken, is een kader of een model nodig. Het model moet algemeen bruikbaar (dus ook in de buurlanden), herkenbaar en toepasbaar zijn. En het model moet voldoende breed zijn, zodat het de verschillende BGZ-situaties kan bevatten.

Het model dat we daarvoor hebben gekozen, is ontleend aan de moderne sociotechniek en is heel eenvoudig. Het is het zo genaamde 'Risicomodel' (figuur 1) dat het arbobeleid beschrijft. Het verschilt in wezen niets van het model dat ook Jenniskens al heeft gebruikt bij het modeleren van BGZ.

Het ziet er als volgt uit: Het werk bevat een aantal kenmerken die als risicovol aangemerkt kunnen worden; arbeidsrisico's. Of uit deze risico's daadwerkelijk schade voortkomt, hangt mede af van de wijze waarop een persoon het werk uitvoert. Als schade ontstaat uit de interactie werk-persoon, dan is sprake van een, negatief, effect; ziekte of ongeval. De waarde van het model is tweeledig.

In de eerste plaats biedt het houvast bij het ontwikkelen van arbobeleid en het geeft aan, waar interventies mogelijk zijn. Wanneer primaire preventie de kern van het beleid is, dan is duidelijk dat we zo 'links' mogelijk moeten gaan zitten. Elimineren of verminderen van arbeidsrisico's, en pas als dat niet lukt zijn persoonsgerichte interventies geboden, in de BGZ ook wel aangeduid met secundaire

preventie. Lukt ook dat niet en zijn we inmiddels aan de effectkant beland, dan kun je nauwelijks nog spreken van preventie.

Omdat het model breed is, wordt daarmee ook zichtbaar waar in het traject andere organisaties en disciplines de BGZ ontmoeten.

In de tweede plaats biedt dit model ons een kader om de activiteiten van de BGZ in te rubriceren. Afhankelijk van het aangrijppingspunt zijn de interventies, of wel de activiteiten van de arbo-organisatie gericht op het werk, de persoon of het effect.



Figuur 1.



Figuur 2.

Werkgerelateerde interventies zijn bijvoorbeeld werkplekonderzoek of risico-inventarisatie. Bij persoonsgerichte interventies moet u bijv. denken aan keuringen en PBGO. Onder de effectgerichte interventies vallen dan ziekteverzuimbegeleiding en ongevalsebehandeling.

Aan de effectkant zit de overgang naar de curatieve sector. Curatieve interventies vallen echter buiten dit model en het arbobeleid.

Voor de rubricering hebben we als uitgangspunt de BGZ-taken genomen zoals ze door de International Labour Organization zijn vastgelegd (figuur 2). In de volgende rubricering worden zij alleen in steekwoorden weergegeven.

Werkgerichte interventies of taken van BGZ zijn:

- Identificatie van arbeidsrisico's;
- Toezicht op de werkplek en de arbeidsomstandigheden;
- Advisering bij planning en ontwerp van taken en machines;

- Bijdragen leveren aan arbobeleid;
- Bevorderen dat het werk wordt aangepast aan de persoon.

Persoonsgerichte interventies zijn:

- Advisering bij vraagstukken op het gebied van VGW;
- Bewaken van de gezondheid van werknemers;
- Het bieden van voorlichting en training.

Effectgerichte interventies zijn:

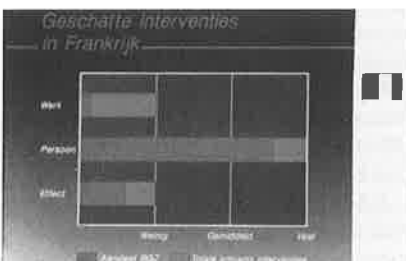
- Bijdragen leveren aan reïntegratie;
- Organisatie van EHBO en ongevalsbehandeling;



Figuur 3.



Figuur 4.



Figuur 5.

- Analyse van ongevallen en beroepsziekten.

Ziekteverzuim staat hier niet vermeld. Dit wordt internationaal namelijk niet gezien als taakstelling voor de BGZ. Dat is de voornaamste reden dat Nederland de ILO-conventie nooit heeft geratificeerd.

Vergelijken

Met het zojuist geschetste model en de interventie-rubrieken kunnen we de vijf EG-landen onderling gaan vergelijken.

Op basis van literatuurgegevens en gesprekken met deskundigen is een inschatting gemaakt van de relatieve tijd of aandacht die in de ondernemingen wordt besteed aan de drie soorten interventies. Vervolgens is gekeken naar het aandeel van de BGZ daarin. Voor alle duidelijkheid, het gaat om indicaties niet om gemeten waarden.

Laten we weer in Duitsland starten (figuur 3).

In Duitsland houdt men van maat en getal. Bedrijven worden regelmatig op arbeidsrisico's doorgelicht volgens wettelijke voorschriften en meetprotocollen van de Berufsgenossenschaften. Het zijn veelal niet de BGZ-en die de metingen verrichten, maar veiligheidskundigen, ergonomen of technici die in dienst zijn van het bedrijf of extern worden ingehuurd.

Bij signalen over hoge ongevalscijfers of beroepsziekten in een sector voert de BG of de AI projectmatig werkplekonderzoek uit. De bedrijfsarts komt in beeld bij het toezicht houden op de werkplek en is verplicht om samen met de veiligheidskundige een rondgang te maken in het bedrijf en daarover gezamenlijk te rapporteren aan de manager. De bedrijfsarts is voor het overige nauwelijks betrokken bij het opstellen van arbobeleid.

Al met al zijn er veel werkplekgerichte interventies, maar het aandeel van de BGZ daarin is naar schatting hooguit een derde.

Kijken we naar de persoonsgerichte taken dan kun je verwachten dat het aandeel van de BGZ hoger is. Op grond van regels van de Berufsgenossenschaften vinden regelmatig medische keuringen plaats. Bij voorlichting, training en advisering op het VGW-gebied spelen veiligheidskundigen in het bedrijf een grote rol. Het aandeel van de BGZ in deze rubriek schat ik niet hoger dan de helft.

Bij de interventies aan de effect-kant zou de BGZ eerste viool kunnen spelen, maar zij heeft slechts een rol bij reïntegratie en EHBO. Een belangrijk aandeel wordt hier niet vanuit de BGZ geleverd, maar door de Berufsgenossenschaften, die zich intensief bezighouden met analyse van ongevallen-cijfers en beroepsziekten.

Ik zal nu iets minder uitgebreid op Nederland (figuur 4) ingaan en dan valt hier duidelijk te constateren, dat het om eigen interpretaties gaat, waarover je van mening kunt verschillen. Natuurlijk is ook even een blik geworpen in het onderzoek van het NIPG.

Het plaatje voor Nederland ziet er naar mijn smaak zo uit: De zelfwerkzaamheid in bedrijven in Nederland is niet groot op het gebied van risico-

inventarisatie. Ook wordt in het algemeen maar weinig aan arbobeleid gedaan, dit geldt zeker voor het midden- en kleinbedrijf.

De werkgerelateerde interventies van de BGZ worden veelal niet door de bedrijfsarts, maar door de arbeidshygiënist, de bedrijfsverpleegkundige of de veiligheidskundige verricht. Ook andere actoren op arbogebied, zoals adviesbureaus of onderzoeksinstituten, en sporadisch een bedrijfstakingorganisatie of vaker nog, specialisten binnen het bedrijf houden zich met dergelijke interventies bezig.

Gaan we verder naar de persoonsbalk. Hier worden meer activiteiten ontplooid. Ook hier neemt de BGZ een belangrijke positie in, nu staat de bedrijfsarts wel centraal met haar spreekuur en diverse keuringen. Kijken we naar de onderste balk dan zien we dat effectgerichte interventies ook een gemiddelde ruimte in beslag nemen. De BGZ levert hierin aandeel door bijdragen in reïntegratieprocessen en EHBO. De totaalscore zou op weinig hebben gestaan, ware het niet dat in Nederland de BGZ vaak ook een taak heeft op het gebied van ziekteverzuim-begeleiding.

In Frankrijk (figuur 5) wordt jaarlijks iedere werknemer door de bedrijfsarts verplicht gekeurd. Er zou eenderde van de tijd van de bedrijfsarts besteed moeten worden aan werkplekonderzoek, maar dat gebeurt in de praktijk nauwelijks. Op het gebied van risico-inventarisatie wordt door de regionale Arbeidsinspectie of door de afdeling preventie van de ziekenfondsen wel eens onderzoek uitgevoerd. De hoge dekkingsgraad van de BGZ in Frankrijk heeft dus slechts betrekking op de persoonsgerichte interventies, hetgeen niet de eerste prioriteit hoort te zijn in het preventie-model.

Kijkend naar Engeland (figuur 6) valt direct op dat de BGZ daar weinig heeft in te brengen.

Op het gebied van werkplekonderzoek komt de aangewezen werknemer van het bedrijf in beeld, de 'safety-engineer'. Deze, mede door de vakbond aangewezen, werknemer kan als eerste globaal inventariseren.

De persoonsgerichte activiteiten bestaan vooral uit verplichte keuringen die regelmatig ook door huisartsen worden uitgevoerd.

Aan de effectkant hebben de bedrijfsverpleegkundigen en de bedrijfsartsen op grond van intensieve EHBO-behandeling en serviceverlening bij curatieve zaken hun aandeel.

Als laatste kijken we naar Denemarken (figuur 7). In Denemarken staat

de zelfwerkzaamheid van de bedrijven hoog in het vaandel en direct springt het bijna ideaalplaatje van het risicomodel in het oog. Is hiertussen een verband?

Er zijn veel werkplekgerichte interventies, waarbij BGZ een belangrijke rol speelt. Hierbij moet men bedenken, dat BGZ wordt uitgevoerd door vele specialisten en dat de bedrijfsarts en de bedrijfsverpleegkundige daar nauwelijks voorkomen.

Links en rechts

Welke perspectieven dienen zich aan voor Nederland? Over de invoering van de EG-kaderrichtlijn heeft de

gericht kan hierop de nadruk komen te liggen. We moeten vrezen voor een Franse situatie: negentig procent dekkingsgraad, maar de BGZ bestaat alleen uit keuringen.

Implementatie van de EG-kaderrichtlijn zou op drie pijlers kunnen rusten. Ten eerste moet duidelijk worden dat aansluiting bij een gecertificeerde arbodienst de verantwoordelijkheid van de werkgever voor de risico-inventarisatie in het bedrijf onverlet laat. De deskundige kan en moet op dit punt niet meer dan een begeleidende rol hebben. De Deense situatie is hiervan een voorbeeld. Het idee van de aangewezen en geschoolde werknemer binnen een bedrijf zou een begin kunnen zijn van een grotere betrokkenheid en de zelfwerkzaamheid van bedrijven.

Ten tweede lijkt het gewenst dat het arbobeleid in de ondernemingen ondersteund wordt door initiatieven op bedrijfstakniveau. De bestaande infrastructuur en financiering kan hiervoor worden aangewend. Het Duitse model biedt op dit punt goede ervaringen.

Ten derde zullen BGD-en een bredere deskundigheid moeten opbouwen. Zij kunnen worden uitgebreid met ergonomen, A&O-psychologen, arbeidshygiënist, toxicologen etc.

De verschillende disciplines zouden een arboteam moeten gaan vormen dat in staat is risico-gericht zorg op maat te bieden. Want, goede zorg daar staan we tenslotte voor.

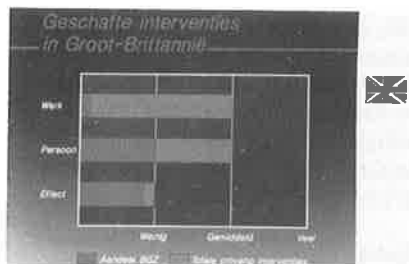
De auteur

Kitty Meulenbeld is coördinator bedrijfsgezondheidszorg bij het NIA, Amsterdam.

Cursus Milieukunde 1992-1993

Het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO organiseert in het academisch jaar 1992-1993 het 21ste Seminar Milieukunde. Het seminar is multidisciplinair; het verschaft een volledig overzicht over de verschillende aspecten van de milieuproblematiek en is vooral voor deelnemers die zich op een doeltreffende en doelmatige manier willen oriënteren op het zich steeds uitbreidende 'milieuveld'. Het seminar wordt gehouden in vier modules van vier dagen; elke module is gewijd aan één thema. Thema's en data zijn: Het leefmilieu, oktober 1992; Het milieugebruik, december 1992; milieuverontreiniging, februari 1993; milieubeleid, april 1993. Het aantal deelnemers is beperkt tot 25. De prijs van het seminar 1992-1993 is f6400, indien aanmelding plaatsvindt vóór 1 augustus 1992. In geval van aanmelding na deze periode is het bedrag van deelneming f6600. In de genoemde bedragen zijn de verblijfskosten, cursusmateriaal, alsmede een excursie in de laatste periode, inbegrepen.

Inf.: NIPG/TNO, afdeling Onderwijs, A.R.L. Stumpel, Wassenaarseweg 56, 2333 AL Leiden. Tel. 071-181181.



Figuur 6.



Figuur 7.

Arboraad een advies uitgebracht aan de minister. Volgens dat advies worden alle bedrijven verplicht zich aan te sluiten bij een deskundige dienst met Arbo-certificaat. De drie kerntaken van dergelijke diensten worden waarschijnlijk: risico-inventarisatie en -evaluatie, medische keuringen en controle op de ziektewet. BGD-en kunnen een explosief groeiende vraag, en daarmee samenhangend capaciteitsproblemen tegemoet zien. In een dergelijke situatie zal het onmogelijk zijn om alle kerntaken volledig te vervullen. Dit is zeker het geval wanneer de Nederlandse BGZ ook nog eens wordt opgezaagd met extra taken zoals nu op het gebied van verzuimbegeleiding dreigt te gebeuren. Het risicomodel voor de geest halend, moet de BGZ zich dus gelijktijdig naar links en naar rechts ontwikkelen. Er zullen prioriteiten gesteld moeten worden. Omdat de expertise van de BGD-en nog steeds sterk medisch is

(ingezonden mededeling)

ARBO-AGENDA voor ARBO-INFORMATIE
U kunt nog bestellen voor 1993. Meer informatie: SMD Educatieve Uitgevers, tel.(071) 322922, tst.244