

Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland

eens, nu en straks.

Dr D. Vroege

Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland

eens, nu en straks

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt
van bijzonder hoogleraar in de bedrijfsgezond-
heidszorg aan de Erasmusuniversiteit te Rotterdam

op 29 april 1981

door

Dr D. Vroege

"Een beroep is de ruggegraat van het leven"

Nietzsche

Bedrijfsgezondheidszorg in Nederland

Zeer geachte toehoorders,

I. Inleiding

Allereerst zal ik ingaan op de historische ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland. Daarna zal ik mij richten op haar wettelijk geregelde taken welke behandeld zullen worden in een wat meer maatschappelijk gericht kader, waarbij enkele aspecten van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid wat uitvoeriger worden belicht.

Ter sprake zullen verder komen organisatie van en ontwikkelingen in de bedrijfsgezondheidszorg.

Tot slot zal de blik op de toekomst worden gericht.

II. Historie

Aan het einde van de 19e eeuw kwamen in Nederland een aantal wetten tot stand die betrekking hadden op de arbeidsbescherming:

- 1874 Kinderwetje van Van Houten; hierbij werd kinderarbeid verboden.
- 1889 Arbeidswet; deze bevatte beschermende maatregelen voor jeugdigen en vrouwen.
- 1895 Veiligheidswet; hierin werden veiligheidsmaatregelen voor fabrieken en werkplaatsen voorgeschreven.

In het einde van de vorige doch vooral in het begin van deze eeuw werd tevens een aantal speciale voorschriften en wetten uitgevaardigd voor vormen van arbeid waarbij bijzondere gevaren waren gebleken.

- 1896 Stoomwet (reglement in wet van 1869; verbrandingen)
- 1901 Fosforluciferwet (luciferfabricage; fosforvergiftiging)
- 1903 Mijnwet (mijnbouw; ongevallen)
- 1905 Caissonwet (werken onder overdruk; caissonziekte)
- 1911 Steenhouwerswet (stoflongen)
- 1914 Stuwadoorswet (havenarbeid; ongevallen)

Uit de tweede helft van deze eeuw zijn nog te noemen:

- 1951 Silicosewet; deze beoogt het voorkomen en bestrijden van stoflongen voor allerlei beroepen (bijv. asbest).
- 1967 Mijnwet continentaal plat; die in zijn reglement voorschriften bevat ter bevordering van de veiligheid en de gezondheid van personen die werk onder water of onder overdruk moeten verrichten.

Bij de op grond van de Arbeidswet (1889) in 1890 in het leven geroepen Arbeidsinspectie werd in 1903 de eerste medische adviseur aangesteld. Hiermede kwam in feite een eerste vorm van geneeskundige inbreng bij beroepsarbeid tot stand.

In het algemeen werd aangenomen dat de geboorte van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland plaats heeft gevonden in 1928. De fabriekswet (1928) maakte het mogelijk dat in dat jaar bij een gloeilampenfabriek in Eindhoven een fabrieksarts werd aangesteld. Een jaar later in 1929 werd op grond van dezelfde wet en de Ongevallenwet (1929) door een groep van havenbedrijven een arts voor ongevallenbehandeling in de haven van Rotterdam in dienst genomen. Hierdoor ontstond de eerste gezamenlijke bedrijfsgeneeskundige dienst. In 1942 werd in Dordrecht de eerste gezamenlijke dienst opgericht voor bedrijven met verschillende activiteiten.

De eerlijkheid gebiedt vast te stellen dat de eerste duidelijke vorm van geneeskundige inbreng in verbinding tot speciale beroepsarbeid reeds in het jaar 1918 heeft plaatsgevonden.

In dat jaar kwam een rapport 'Schets der organisatie van een geneeskundige dienst der mijnen' tot stand, waarna nog in datzelfde jaar 3 mijnartsen werden aangesteld.

Een van de redenen welke mogelijk bijgedragen hebben tot het als zodanig niet erkennen van dit feit als geboortejahr van de bedrijfsgezondheidszorg is er waarschijnlijk in gelegen dat de Mijnwet (1903) evenals trouwens de latere Mijnwet continentaal plat (1967) niet behoren tot het ambtsgebied van de Minister van Sociale Zaken, maar tot die van Economische Zaken.

De eerste wet met een voorgeschreven geneeskundige begeleiding en behorende

tot het ambtsgebied van de Minister van Sociale Zaken is de eerdergenoemde Caissonwet (1905). De in die wet genoemde geneeskundige verzorging en begeleiding wordt tot op heden - hetgeen in het incidentele karakter van deze werkzaamheden besloten ligt - steeds ter plaatse georganiseerd.

Gesteld kan dus worden dat aan het begin van de eeuw in het donkere zuiden in de donkere mijnen de bedrijfsgezondheidszorg zijn geboortestonde had, doch dat zij in 1928 in het daglicht is getreden, om niet te zeggen in het kunstlicht. Anders gezegd de bedrijfsgezondheidszorg kwam uit het tijdperk van de olie- en carbidlamp in die van de gloeilamp.

Deze gedachtengang doortrekkende betekent dit, dat in 1959 met het tot stand komen van de 'Wet op de bedrijfsgeneeskunde' als onderdeel van de Veiligheidswet het tijdperk van het zwart op wit zetten van de bedrijfsgezondheidszorg was aangebroken en zal met de Arbeidsomstandighedenwet het tijdperk van inkleuren van deze gezondheidszorg plaats gaan vinden, welke moet leiden tot een volledig kleurenprogramma bedrijfsgezondheidszorg.

Naast jeugdgezondheidszorg, algemene gezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde is bedrijfsgezondheidszorg een onderdeel van de Sociale Geneeskunde en houdt zich bezig met de wisselwerking van de gezondheid van de werkende mens en zijn arbeidsmilieu in materiële en immateriële zin.

In het kort gezegd, is bedrijfsgezondheidszorg daarmee een vorm van preventieve gezondheidszorg die zich bezig houdt met de bescherming en de bevordering van de gezondheid van hen die beroepsarbeid verrichten.

In de Arbeidsomstandighedenwet welke in 1980/81 de beide Kamers passeerde zijn alle artikelen met betrekking tot de taken van de bedrijfsgezondheidszorg zoals deze in de Veiligheidswet en de Stuwadoorswet voorkwamen weer terug te vinden. Ook in de toekomst blijft de taakstelling van de bedrijfsgezondheidszorg dus wettelijk geregeld. Het is op zich daarbij belangwekkend om twee zaken vast te stellen.

Ten eerste dat bedrijfsartsen de enige artsen zijn wier taak en functie in een wet is geregeld en ten tweede dat het werk van de bedrijfsarts onder toezicht van de Minister van Sociale Zaken staat en niet onder toezicht van de Minister van Volksgezondheid.

III. Wettelijke taken van de bedrijfsgezondheidszorg

De in de Nederlandse wetgeving opgenomen taken van de bedrijfsgezondheidszorg berusten op een aanbeveling van de International Labour Organization (ILO). Deze aanbeveling is eveneens grotendeels opgenomen in de wetgeving van de overige landen van de Europese Gemeenschap, zodat met betrekking tot bedrijfsgezondheidszorg in deze gemeenschap een zekere eenvormigheid is ontstaan. In Nederland zijn de volgende taken in de wet opgenomen:

- a. het verrichten van geneeskundig onderzoek bij het in dienst treden van de werknemer;
- b. het verrichten van periodiek geneeskundig onderzoek van werknemers, die in verband met de uitoefening van hun werkzaamheden aan bijzonder gevaar voor hun gezondheid blootstaan;
- c. het doen van aanbevelingen tot het voorkomen van beroepsziekten;
- d. het medewerken aan het voorkomen van ongevallen;
- e. het medewerken aan revalidatie;
- f. het medewerken aan het weren en bestrijden van schadelijke invloeden, waaraan de werknemer in verband met zijn arbeid kan zijn blootgesteld, zoals schadelijke dampen, gassen, stof, schadelijk of hinderlijk geluid of andere schadelijke of hinderlijke trillingen, of schadelijke stralingen;
- g. het houden van toezicht op de omstandigheden, waaronder de arbeid wordt verricht, zoals temperatuur, vochtigheid, luchtbeweging, stof, verlichting, geluid en zindelijkheid;
- h. het houden van toezicht op schadelijke invloeden, welke de werknemer door de aard van zijn arbeid, zijn werktijden, zijn arbeidsmilieu of het arbeidstempo kan ondervinden, zoals invloeden ten gevolge van ploegenarbeid, stukwerk of het automatiseren van het productieproces;
- i. het houden van een bedrijfsgeneeskundig spreekuur;
- j. het verlenen van eerste hulp bij ongevallen en ziekte, het doen van aanbevelingen tot het organiseren van de E.H.B.O. en tot het plaatsen van het aan de eerste hulpdienst verbonden personeel, alsmede het opleiden en het instrueren van dit personeel;

- k. het verrichten van geneeskundig onderzoek van werknemers, anders dan onder a. en b. bedoeld;
- l. het medewerken aan het bevorderen van goede arbeidsverhoudingen in het bedrijf of de inrichting;
- m. het medewerken aan het verrichten van arbeidsanalyse;
- n. het verrichten van werkzaamheden en het bevorderen van maatregelen ter beperking van het ziekteverzuim;
- o. het optreden als medisch adviseur van sociale fondsen en instellingen.

De medische onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is in de wet mede geregeld, evenals de geheimhoudingsplicht van het overige personeel in een bedrijfsgezondheidsdienst.

In principe zijn de taken te splitsen in een aantal groepen als geneeskundige onderzoeken aan de persoon zelf, preventieve maatregelen tegen ongevallen en ziekten zowel voor personen als groepen en toezicht op arbeidsomstandigheden.

Geplaatst in dit kader zullen deze taken hier worden besproken in relatie tot enkele meer maatschappelijk bepaalde aspecten er van.

A. Geneeskundige onderzoeken (aanstellingskeuringen, periodiek geneeskundig onderzoek).

De eerste vorm van geneeskundig onderzoek is het onderzoek bij in dienst treden ofwel de aanstellingskeuring.

Het doel van dit onderzoek is de werknemer te beschermen tegen arbeid waar- tegen hij om welke reden dan ook niet is opgewassen. Het gaat daarbij om de juiste man op de juiste plaats te brengen.

Rondom deze vorm van geneeskundig onderzoek en het nut ervan is nog steeds een uitvoerige maatschappelijke discussie gaande. Vergeten wordt hierbij nogal eens dat deze vorm van onderzoek door werknemersorganisaties is ingebracht hetgeen in sommige Collectieve Arbeidsovereenkomsten (CAO) nog eens extra is bekrachtigd.

Desondanks dienen rechten van de onderzochte en plichten van de onderzoeker alsmede andere juridische aspecten van dit onderzoek in de toekomst duidelijker zichtbaar gemaakt te worden.

Een tweede vorm van geneeskundig onderzoek vormt het periodiek geneeskundig onderzoek van werknemers die in verband met de uitoefening van hun werkzaamheden aan bijzondere gevaren voor hun gezondheid blootstaan alsmede niet met name genoemde onderzoeken anders dan dit periodiek geneeskundig onderzoek en de aanstellingskeuring.

Ten aanzien van het periodiek geneeskundig onderzoek is door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in 1980 een nota opgesteld waarin er nog eens duidelijk op wordt gewezen, dat periodiek geneeskundig onderzoek moet passen in het kader van de bedrijfsgezondheidszorg.

Dit geldt zonder meer voor het periodiek geneeskundig onderzoek van personen die aan schadelijke agentia zijn blootgesteld. Verder geldt dit voor personen, die geschikt moeten zijn voor bepaalde werkzaamheden met een duidelijk veiligheidsaspect zoals bijvoorbeeld vliegers en kraanmachinisten en het onderzoek gebonden aan de leeftijd en betrekking hebbende op de jeugdige en de oudere werknemer.

Uitbreiding van de vraag naar periodiek geneeskundig onderzoek met een bedrijfsgeneeskundige vraagstelling is in de toekomst uit twee richtingen te verwachten.

In de eerste plaats regelt een artikel in de Arbeidsomstandighedenwet de bevoegdheid van de medisch adviseur van de Arbeidsinspectie om periodiek geneeskundig onderzoek van bepaalde werknemers te eisen gelet op de aard van de arbeid en de omstandigheden. Dit kan dus ook gelden voor personen die nu nog geen bedrijfsgezondheidszorg genieten.

Een tweede uitbreiding en vooral ook in kwalitatieve zin is te verwachten uit komende verplichtingen, opgesteld door de Europese Gemeenschap (EG) met

betrekking tot periodiek geneeskundig onderzoek van werknemers die zijn blootgesteld aan een aantal met name genoemde chemische stoffen en hoge geluidsniveaus.

In Nederland wordt zowel van werknemers als ook van werkgeverszijde druk op de bedrijfsgezondheidszorg uitgeoefend om periodiek geneeskundig onderzoek te doen naar hart/vaatziekten, zijnde een volksziekte zoals vroeger tuberculose en om algemeen periodiek geneeskundig onderzoek te verrichten.

Dit algemeen periodiek geneeskundig onderzoek heeft geen duidelijke bedrijfs-geneeskundige vraagstelling en dient ervoor om ziekten in het algemeen op te sporen.

Doch er zijn ook lichtpunten en wel vooral voor het gerichte periodiek geneeskundige onderzoek. Op het terrein van de biologische monitoring, dat wil zeggen metingen aan de mens zelf worden duidelijk vorderingen gemaakt. De mogelijkheden om allerlei schadelijke stoffen in het menselijk lichaam op te sporen nemen toe. Sterk in de belangstelling staat daarbij het onderzoek naar kanker-
verwekkende stoffen. Er zijn onderzoeksmethoden ontworpen of nog in ontwikkeling die kankerverwekkende en/of de erfelijkheid beschadigende stoffen of hun stofwisselingsprodukten in de urine van de mens aan kunnen tonen, ook zonder dat de blootstelling aan dit soort stoffen als zodanig bekend is. Op dit moment zijn naast anderen in gebruik de bacteriële Amertest, het chromosomenonderzoek bij bevruchte kippe-eieren en de bepaling van thio-ethers in de urine. Vooral in combinatie met elkaar hebben zij een duidelijke signaalfunctie.

B. Ziekteverzuim

De omschreven taken voor de bedrijfsarts in relatie tot het doen van aanbevelingen tot het voorkomen van beroepsziekten, het medewerken aan het voorkomen van ongevallen, het verlenen van eerste hulp bij ongevallen en ziekte, het verrichten van werkzaamheden en het bevorderen van maatregelen ter beperking

van het ziekteverzuim alsmede het medewerken aan revalidatie en het houden van een bedrijfsgeneeskundig spreekuur hebben in principe allen direct of indirect verband met het ziekteverzuim. Het ziekteverzuim heeft een direct effect op de mens-arbeidsrelatie en vormt daarmee een belangrijk signaal voor de bedrijfsarts.

Epidemiologisch statistisch onderzoek van het ziekteverzuim gebonden aan de arbeidsomstandigheden, bedrijfstakken, leeftijd, geslacht, seizoenen, bedrijfsfusies en dreigende bedrijfssluitingen behoort in ieder geval op grond van de mens-arbeidsrelatie duidelijk tot de taak van de bedrijfsarts.

In principe zijn er bij de ongeveer 50 factoren die invloed hebben op het ziekteverzuim een drietal grote groepen te onderscheiden. Deze factoren kunnen namelijk zijn:

1. persoonsgebonden (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht);
2. bedrijfsgebonden (bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden, werkverhoudingen);
3. maatschappijgebonden (bijvoorbeeld conjunctuur, Ziektewet, zuigkracht WAO).

Van de genoemde 50 factoren die een rol kunnen spelen zijn er bijna 30 bedrijfsgebonden. Dit heeft er toe geleid dat wel wordt gezegd dat elk bedrijf het ziekteverzuim krijgt waar het recht op heeft.

De laatste 25 jaren heeft een gestage toename van het arbeidsverzuim plaatsgevonden (zie figuur 1). Vanaf 1954 tot 1980 steeg voor mannen het aantal verzuimen per persoon van 1 tot bijna 2 en voor vrouwen van 1,5 tot 3.

Bij beide geslachten trad dus een verdubbeling op.

De gemiddelde verzuimduur steeg daarbij voor mannen van 15 tot 18 dagen en voor vrouwen van 10 tot 14 dagen.

Als gevolg van deze ontwikkelingen steeg in de genoemde periode van 25 jaar het percentage verzuimde dagen van 4% in 1954 tot 9% voor mannen en 12% voor vrouwen in 1979. De voorlopige cijfers voor 1980 laten voor beide een daling zien (zie figuur 2).

Het is een bekend feit dat jeugdigen frequenter doch korter verzuimen dan ouderen (zie tabel). Het blijkt verder dat in sommige beroepsbevolkingen of onderdelen daarvan onafhankelijk van de leeftijdsopbouw verzuim patronen voorkomen waarbij vermindering van het aantal verzuimen optreedt doch met een verzuimduur die langer is dan mag worden verwacht.

Dit verschijnsel is onder anderen waarneembaar in groepen werknemers die een ernstige ziekte hebben doorgemaakt zoals een hartinfarct, asthma, bronchitis of emphyseem. In deze gevallen is bij degenen die het werk hervatten na de ziekte een selectie ontstaan van mensen die er maatschappelijk gezien geen behoefte (meer) aan hebben om te verzuimen. Indien zij echter door andere oorzaken, zoals bijvoorbeeld een eenvoudige verkoudheid, worden uitgeschaald, dan duurt hun herstel langer.

Hetzelfde verschijnsel - minder frequente verzuimen doch met een langere duur - is ook waar te nemen in beroepsbevolkingen, waarin door ongunstige arbeidsomstandigheden een selectie is opgetreden. Een duidelijk voorbeeld hiervan vormt het werken in een stoffige omgeving. Uit dit arbeidsmilieu zullen personen met aandoeningen van de ademhalingswegen (CARA) door autoselectie verdwijnen.

De geselecteerde beroepsbevolking vertoont daarna het genoemde verzuimpatroon. Dit kan, indien alleen naar de verzuimfrequentie wordt gekeken al snel tot de verkeerde conclusie voeren dat een stoffige omgeving minder frequent verzuim met zich meebrengt en dus gezond is (zie tabel).

Ziekteverzuim: relatie met leeftijd en arbeidsomstandigheden

Leeftijd	Aantal werkers	Ziekmeldingen/ werknemer	Gemiddelde verzuimduur in dagen
20-25 jaar	81	2,7	12
60-64 jaar	50	1,6	24
Arbeitsmilieu			
bedrijf A	745	1,9	24
bedrijf B (stof)	715	1,7	30

Veranderde verzuimpatronen waarmede de bedrijfsarts in deze tijd nogal eens wordt geconfronteerd zijn die welke zijn beïnvloed door bedrijfsfusies en dreigende bedrijfssluitingen.

In het kader van een keuzepraktikum bij het instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg aan de Erasmusuniversiteit werd in 1980 een onderzoek verricht naar de invloed van sluiting van een deel van een scheepswerf op het ziekteverzuim (zie figuur 3).

Het verzuimpercentage van de te sluiten afdeling (n = 378) schommelde in het jaar daarvoor in 1977 rond de 13%. De stijging in mei van dat jaar tot boven de 14% is niet zonder meer te verklaren. In 1978, het jaar van de sluiting, was het verzuimpercentage duidelijk hoger en wel door een griep-epidemie in februari met een piek van 17% en een stijging tot meer dan 16% in september. De gegevens van een andere afdeling met dezelfde soort werkzaamheden en dezelfde leeftijdsopbouw laat eveneens duidelijk de griep-epidemie zien.

Na de epidemie daalde in beide afdelingen het verzuimpercentage achtereenvolgens in mei tot ruim 11% en 10%. Bij de afdeling die als controlegroep diende bleef het verzuimpercentage daarna tussen de 10% en 11% schommelen. Dit percentage was daarbij identiek met het gemiddelde van die afdeling in 1977 en komt overeen met het landelijk gemiddelde.

In de door sluiting bedreigde afdeling steeg in de periode mei - september 1978 het verzuim van ruim 11% tot boven de 16%. Deze stijging correleert daarbij met de tijdstippen van twee brieven, te weten één in mei met de aankondiging en één in juli met de bevestiging van de sluiting. Deze stijging van het verzuimpercentage met 5% is voornamelijk te verklaren door een toename van de verzuimduur.

Samenvattend kan daarmede met betrekking tot het ziekteverzuim worden gesteld dat vermindering van de belastbaarheid bijvoorbeeld door veroudering, afwijkingen van het hart/vaatstelsel en de luchtwegen en een abnormale belasting in de werksituatie door stof doch ook fusies en bedrijfssluitingen bij ziekte in het algemeen tot een verlenging van de verzuimduur voeren, al dan niet gepaard met een vermindering van de frequentie.

C. Arbeidsongeschiktheid

Nauw verbonden met het ziekteverzuim is het begrip arbeidsongeschiktheid. De indruk welke helaas bij dit woord wel wordt gevestigd dat het afkomstig is van ongeschiktheid door arbeid in plaats van voor arbeid. Daarnaast heeft het begrip tevens iets definitiefs gekregen in de zin van arbeidsongeschiktheid is ongeneeslijk.

Dit alles wordt nog verder bevorderd door de huidige maatschappelijke ontwikkelingen met zijn verlies aan arbeidsplaatsen.

Uit de gegevens van de jaarverslagen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) over de jaren 1972 tot en met 1979 komt het volgende naar voren. De groep psychische ziekten als reden van arbeidsongeschiktheid steeg in de periode 1972 - 1979 van 17% tot 21% en bezet hiermede de tweede plaats na ziekten van het bewegingsapparaat waarvan het aandeel over deze periode 26% bedroeg. De derde plaats wordt bezet door hart/vaatziekten welke een daling laat zien van 20% tot 13%. De ongevallen daalden van 8% tot 6% (zie figuur 4).

De in 1979 met de hart/vaatziekten om de derde plaats strijdende groep van andere en vaag omschreven ziektebeelden steeg in de periode van 1972 tot 1976 van 2% tot 4% en daarna snel tot 13% in 1979.

De percentages hadden in 1979 betrekking op 81.000 personen, waarbij de overige 11 diagnosegroepen zoals ziekten van de ademhalingswegen, de spijsverteringsorganen enzovoorts de resterende 21% voor hun rekening namen. Er is dus als reden van arbeidsongeschiktheid een duidelijke verschuiving van lichamelijke naar psychische klachten waar te nemen. De vraag die zich daarbij aan de bedrijfsarts opdringt is in hoeverre hier arbeidsomstandigheden mede een rol spelen.

D. Arbeidsomstandigheden

De bedrijfsarts dient zoals een drietal artikelen uit de wet aangeven, toezicht te houden op schadelijke invloeden, welke de werknemer door de aard van zijn arbeid, zijn arbeidsmilieu, het arbeidstempo of zijn

werktijden, kan ondervinden. Voor de laatste betreft het daarmee invloeden tengevolge van ploegenarbeid, stukwerk, overwerk of het automatiseren van het arbeidsproces.

Belangrijk in het geheel van de onregelmatige werktijden is het menselijk 24-uurs ritme dat zich in een grote reeks te meten lichamelijke en psychische verschijnselen openbaart. Reeds lang is bekend dat dit ritme van invloed is op het ongevalsgebeuren, het maken van oordeelsfouten en het foutieve aflezen van instrumenten.

Sinds enige jaren bestaat er ook een wetenschap die chronotoxicologie wordt genoemd. Deze wetenschap is nog in ontwikkeling en houdt zich bezig met de veranderingen in reacties op giftige stoffen onder invloed van het 24-uursritme.

De andere hier nog te noemen toezichtstaken van de bedrijfsarts betreffen het medewerken aan en bestrijden van schadelijke invloeden waaraan de werknemer in verband met zijn arbeid kan zijn blootgesteld, het medewerken aan het bevorderen van goede arbeidsverhoudingen en het verrichten van arbeidsanalyses.

Deze taken zijn van groot belang voor de opbouw van kennis van arbeidsomstandigheden, onderzoek en wetenschapsbeoefening. Een aanzienlijk deel van dissertaties van bedrijfsartsen hebben dan ook betrekking op arbeidsomstandigheden zoals hier genoemd.

Het optreden als medisch adviseur van sociale fondsen als laatste hier te noemen taak spreekt eigenlijk voor zichzelf en wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

IV. Opleidingen in de bedrijfsgezondheidszorg

Het is vanzelfsprekend dat voor een goede uitoefening van de bedrijfsgezondheidszorg naast kennis over ziekteleer, eveneens zoals reeds eerder gezegd, kennis over arbeid, arbeidsverhoudingen en arbeidsomstandigheden en het milieu op de arbeidsplaats een duidelijke eis is.

Voor het verwerven van deze kennis is een speciale opleiding noodzakelijk.

De huidige opleiding tot bedrijfsarts bestaat uit een over 3 jaren verdeelde theoretische cursus met een stage-periode in de eigen, doch liever in een andere bedrijfsgezondheidsdienst met een totale cursusduur van 600 uren. De opleiding dient te worden afgesloten met een drietal werkstukken, te weten een bedrijfssurvey, een literatuurstudie en een eigen onderzoek. Daarna kan registratie als sociaal-geneeskundige in de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde plaatsvinden. De titel bedrijfsarts is niet beschermd, doch de wetgever heeft bepaald dat het hoofd van een verplicht ingestelde bedrijfsgezondheidsdienst een erkende dus geregistreerde bedrijfsarts dient te zijn.

De bestaande opleidingscapaciteit van ongeveer 50 bedrijfsartsen op de cursussen van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (NIPG/TNO) te Leiden en het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen zijn onvoldoende om aan de vraag naar goed geschoolde bedrijfsartsen te voldoen. Op dit moment zijn enkele proefnemingen in gang gezet om de opleidingscapaciteit te vergroten. In 1978 is in Leiden een extra cursus in gang gezet. Vanaf half maart van dit jaar (1981) is, om het stuwmeer van meer dan 80 bedrijfsartsen die op een opleiding wachten snel te kunnen verwerken, door de Universiteit te Nijmegen een mammoetcursus gestart. Deze bestaat uit een centraal gegeven theoretisch blok van 350 uren terwijl het meer praktische gedeelte van 250 uren in een 7-tal regio's, waaronder Rotterdam, wordt gegeven.

Voor de opleiding van bedrijfsverpleegkundigen bestaat eveneens een speciale opleiding, welke ook in Nijmegen plaatsvindt. Deze opleiding duurt 1 jaar en wordt na een stage met een werkstuk afgesloten.

V. Organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg

De wettelijke verplichting tot het verstrekken van bedrijfsgezondheidszorg geldt voor een 4-tal categorieën van bedrijven.

1. ondernemingen die meer dan 750 werknemers in dienst hebben.
2. alle loodaccumulatoren- en loodpigmentfabrieken.

3. alle sociale werkvoorzieningsbedrijven.
4. bedrijven waaraan bijzondere gevaren zijn verbonden.

Deze laatsten kunnen door het districtshoofd van de Arbeidsinspectie tot bedrijfsgezondheidszorg worden verplicht.

De kosten voortvloeiende uit het verstrekken van bedrijfsgezondheidszorg en het in stand houden van bedrijfsgezondheidsdiensten komen volledig voor rekening van de werkgever. In het algemeen geldt dat bedrijfsgezondheidszorg betaald kan worden door een heffing van ongeveer 0,3 tot 0,5% over de totale aan de werknemers verloonde som.

Dit betekent dat deze vorm van gezondheidszorg zeker niet tot één der duursten behoort.

Er hebben zich op grond van het verplicht in stand houden van bedrijfsgezondheidsdiensten een tweetal duidelijke vormen van deze diensten ontwikkeld.

1. Enkelvoudige diensten, welke in stand gehouden worden door één werkgever ten behoeve van de eigen onderneming of instelling (bijvoorbeeld Hoogovens, Philips).
2. Gezamenlijke diensten die door verscheidene in een bepaald gebied gevestigde ondernemingen in stand worden gehouden (bijvoorbeeld Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het Havengebied van Rotterdam en Omgeving, Bedrijfsgeneeskundige Dienst Dordrecht).

In het algemeen hebben de gezamenlijke diensten een bestuur dat is samengesteld uit werkgevers en werknemers. Wettelijk voorgeschreven is een dergelijke samenstelling van het bestuur voor de verplicht ingestelde bedrijfsgezondheidsdiensten.

De sleutel van 750 werknemers als grens voor de verplichte bedrijfsgezondheidszorg is gekozen op grond van het aantal beschikbare bedrijfsartsen. Er wordt vanuit gegaan, dat één bedrijfsarts 2000 à 3000 werknemers onder zijn zorg kan hebben. Dit komt overeen met wat voor een huisartsenpraktijk als gangbaar wordt aangenomen.

In 1979 waren er in Nederland ruim 200 bedrijfsgezondheidsdiensten waaronder 143 verplichte diensten, welke laatsten bestonden uit 108 enkelvoudige en 35 gezamenlijke diensten. Daarnaast waren er een 65-tal niet verplichte of vrijwillige diensten en wel voornamelijk bij de (semi)-overheid zoals de Rijksgeneeskundige Dienst en de bedrijfsgezondheidsdiensten van de Nederlandse Spoorwegen, de PTT en van diverse G.G. & G.D.'s.

Ongeveer de helft van de 650 bedrijfsartsen in Nederland werkte in 1979 in een verplichte bedrijfsgezondheidsdienst en ongeveer de helft van de 1,5 miljoen werknemers die in dat jaar bedrijfsgezondheidszorg genoten, kreeg deze zorg van deze verplicht ingestelde diensten.

Slechts van deze wettelijk verplichte bedrijfsgezondheidsdiensten zijn over een wat langere periode trend-ontwikkelingen bekend. Uit de jaarverslagen van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg kunnen over de jaren 1967 - 1978 de volgende gegevens worden ontleend (zie figuur 5).

Het aantal gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdiensten bedroeg 23 in 1967 en bleef stationair tot 1974 om daarna te stijgen tot 35 in 1978. De stijging na 1974 was een gevolg van het feit dat de sleutel van 750 werknemers met handarbeid in 1971 veranderd is in 750 werknemers totaal in het bedrijf aanwezig dus met inbegrip van het administratief personeel. Verder speelt hierbij een rol dat de bouwnijverheid in 1975 regionaal is toegetreten tot de gezamenlijke diensten.

Het aantal enkelvoudige diensten steeg in de periode 1967 - 1979 van 86 tot 108. Heel duidelijk is de veranderde sleuteltoepassing zoals is te verwachten, zichtbaar in het aantal bedrijven met verplichting tot bedrijfsgezondheidszorg. Na een stationaire periode van rond de 150 met een daling tot 130 in 1974, steeg na 1975 het aantal tot boven de 200.

Belangwekkend in het geheel der ontwikkelingen is echter de toename van het aantal op vrijwillige basis bij de verplichte in stand gehouden bedrijfsgezondheidsdiensten aangesloten bedrijven. Het aantal hiervan steeg in de genoemde periode van 12 jaren van 472 tot 1282, dat wil zeggen met 270%.

Eenzelfde ontwikkeling is ook zichtbaar in het aantal werknemers, waar het uiteindelijk toch om gaat (zie figuur 6). Na 1967 was in de tot bedrijfsgezondheidszorg verplichte bedrijven het aantal werknemers in 1974 gedaald van 336.000 tot 290.000 om daarna onder invloed van de sleutelaanpassing te stijgen tot 350.000 in 1978. Het aantal verzorgde werknemers uit de vrijwillig toegetreden bedrijven steeg gestadig van 153.000 tot 295.000 hetgeen bijna een verdubbeling betekent. Het totaal van de verzorgde werknemers dat eveneens gestadig steeg van 489.000 tot 648.000, onderging in 1975 door het eerder genoemde regionaal toetreden van de bouwnijverheid tot de bedrijfsgezondheidszorg, een grote uitbreiding. In 1978 genoot ongeveer 70%, dit is 190.000 van de 300.000 werknemers in deze bedrijfstak bedrijfsgezondheidszorg. Vanaf midden 1980 geniet de gehele bouwnijverheid bedrijfsgezondheidszorg.

Samenvattend kan worden gesteld dat voor de verplicht ingestelde bedrijfsgezondheidsdiensten geldt dat de zich vandaar uit uitbreidende bedrijfsgezondheidszorg eigenlijk geheel voor rekening komt van bedrijven die zich vrijwillig aansluiten bij deze diensten. Dit verschijnsel geeft heel duidelijk aan de behoefte die er bestaat aan bedrijfsgezondheidszorg en de bereidheid daartoe om door vrijwillige aansluiting daarin te voorzien.

Het is in dit kader van belang de ontwikkelingen met betrekking tot de mankracht aan bedrijfsartsen in de verplicht ingestelde bedrijfsgezondheidsdiensten eens in ogenschouw te nemen (zie figuur 7).

Het aantal bedrijfsartsen met een volledig dienstverband bedroeg in de periode 1967 - 1974 rond de 190 en begon in 1975 duidelijk te stijgen tot 286 in 1978. Eenzelfde ontwikkeling is te zien bij het totaal aantal in Nederland in opleiding zijnde bedrijfsartsen, dat steeg van 38 in 1967 tot 101 in 1978. Na 1975 is de invloed van het omzetten van de tweejaarlijkse cursus te Nijmegen in een éénjaarlijkse zichtbaar.

Het aantal officieel in het register van de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie ingeschreven bedrijfsartsen veranderde in de periode 1967 - 1978 door de gekenschetste opleidingsproblematiek dan ook nauwelijks en bleef rond de 130 hangen.

Het gevolg hiervan was dat het percentage niet geregistreerde bedrijfsartsen in de verplichte diensten steeg van 30 tot 53%. Het aantal bedrijfsartsen met gedeeltelijk dienstverband nam vanaf het begin van de registratie in 1970 tot 1978 toe van 33 tot 70.

Uit enquêtes van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde te Leiden die in de jaren 1973, 1976 en 1979 werden gehouden zijn nog een aantal landelijke gegevens te ontleen, die betrekking hebben op de totale bedrijfsgezondheidszorg in Nederland, dus met inbegrip van de vrijwillig ingestelde bedrijfsgezondheidsdiensten en die van de overheid (zie figuur 8).

Het totaal aantal werknemers dat in Nederland bedrijfsgezondheidszorg geniet steeg van ruim 1 miljoen in 1973 tot 1,5 miljoen in 1979, hetgeen ongeveer 40% van de gehele beroepsbevolking is, welke geschat wordt op ruim 4 miljoen.

Het totaal aantal bedrijfsartsen in Nederland steeg in die periode van 432 tot 651. Het landelijk percentage geregistreerde bedrijfsartsen bedraagt daarbij slechts 45%.

Het aantal vrouwelijke bedrijfsartsen is gestegen tot 48 en vormt daarmee 7% van het totale bestand aan bedrijfsartsen. Bij de bedrijfsartsen met een gedeeltelijk dienstverband welk aantal van 1973 tot 1979 toenam van 82 tot 116 bedroeg het aantal vrouwen 32, dat is 28%.

De vacatures in 1979 vormden met 73 ongeveer 11% van het totale bestand aan bedrijfsartsen.

Het aantal per bedrijfsarts te verzorgen werknemers lag in de periode 1973 - 1979 rond de 2300 hetgeen in overeenstemming is met de eerder genoemde sleutel van 1 bedrijfsarts per 2000 à 3000 werknemers. De toename van werknemers en bedrijfsartsen hield daarmee gelijke tred met elkaar. Dit kan niet worden gezegd van het aantal bedrijfsverpleegkundigen dat van 1976 tot 1979 zelfs daalde van 441 tot 428. Hoewel gegevens hierover ontbreken is het aannemelijk te maken dat door het ontstaan van grotere bedrijfsgezondheidsdiensten nu ook andere personeelscategorieën worden aangetrokken. Het gaat daarbij voornamelijk om laboranten, doktersassistenten en administratief personeel. In sommige diensten heeft ook de bedrijfs-hygiënist zijn intrede gedaan.

Sinds 1979 is het tevens duidelijk geworden dat vooral de instroom van jonge artsen in de bedrijfsgezondheidszorg is toegenomen. In dat jaar was 36% van de bedrijfsartsen jonger dan 40 jaar terwijl dit in 1973 nog slechts 9% was. Hiermede is aan de vergrijzing van het bedrijfsartsenbestand min of meer een halt toegeroepen.

VI. Toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg

Enkele jaren geleden is in een rapport over de toekomst van de bedrijfsgezondheidszorg (1971) nog eens gewezen op een schaalvergroting van deze gezondheidszorg, welke in drie richtingen plaats moest vinden.

1. Uitbreiding van het verzorgingsgebied over de gehele beroepsbevolking.
2. Regionalisatie, hetgeen betekent een organisatorische schaalvergroting met als gevolg het ontstaan van grote regionale bedrijfsgezondheidsdiensten.
3. Verhoging van het wetenschappelijk peil van de bedrijfsgezondheidszorg.

A. Verzorgingsgebied

In de nabije toekomst zal de eis van 750 werknemers als sleutel voor de verplichting voor bedrijven tot het geven van bedrijfsgezondheidszorg terug worden gebracht tot 500 werknemers. De verwachting daarbij is dat ongeveer 60.000 werknemers meer onder de verplichting komen te vallen, waarvan er 40.000 reeds als zodanig worden verzorgd.

De verlaging van de sleutel leidt dus niet direct tot spectaculaire uitbreiding van de bedrijfsgezondheidszorg. In de nabije toekomst vallen door de maatregel ongeveer 375.000 werknemers onder verplichte bedrijfsgezondheidszorg. Indien dit wordt gezien in het licht van de huidige verzorging in 1981 van ongeveer 1,7 miljoen werknemers, dan vormt het verplichte deel daarvan 23%. Van de totale behoefte aan bedrijfsgezondheidszorg voor

het gehele werknemersbestand van ruim 4 miljoen vormt het verplichte gedeelte echter slechts ongeveer 9%.

In plaats van verdere verlagingen van de sleutel beneden het getal 500 zou het wenselijk zijn als in de volgende fasen wordt gepoogd werknemers met werkzaamheden waaraan bijzondere gezondheidsrisico's verbonden zijn onder bedrijfsgezondheidszorg te brengen.

De bedrijfsgezondheidsdiensten kunnen hierin zelf geen actieve rol spelen. Zowel in de huidige als in de nieuwe wetgeving zijn artikelen voorhanden welke een actief beleid van de districtshoofden van de Arbeidsinspectie in deze mogelijk maken. Verder is hier een taak weggelegd voor de vakorganisaties.

Als ondersteunend argument voor deze vorm van uitbreiding zijn ook de genoemde bepalingen van de Europese Gemeenschap (EG) met betrekking tot periodiek geneeskundig onderzoek bij blootstelling aan bepaalde stoffen in de schaal te werpen. Deze zullen zich namelijk ook uitstrekken over werknemers die nu nog geen bedrijfsgezondheidszorg genieten.

Gezien het is gebleken dat een grote mate van vrijwilligheid is te bespeuren bij de uitbreiding van de bedrijfsgezondheidszorg, zal de voorgestelde selectieve uitbreiding waarschijnlijk op weinig tegenstand en problemen stuiten.

Bij uitbreiding van het verzorgingsgebied over de gehele beroepsbevolking met als streefdatum het jaar 2000 zullen naar schatting bijna 2800 bedrijfsartsen in functie moeten zijn waarvan 2000 direct belast met de dagelijkse bedrijfsgeneeskundige praktijk.

B. Regionalisatie

Voor uitbreiding van de bedrijfsgezondheidszorg zonder getalssleutel is het in ieder geval noodzakelijk dat er regionale bedrijfsgezondheidsdiensten aanwezig zijn.

Vooral door activiteiten van de Bedrijfsgezondheidszorg voor de Bouwnijverheid is deze gewenste regionalisatie in 1980 een voldongen feit geworden.

De ongeveer 45 regionale diensten die inmiddels daarbij zijn ontstaan en vaak het woord regionaal ook reeds in hun naam voeren, zullen er naar moeten streven, daarbij door de overheid gestimuleerd en waar nodig ondersteund, om hun laboratoria en de aanwezige specifieke bedrijfsgeneeskundige kennis ook inderdaad aan de regio ter beschikking te stellen.

Vooral beroepsbevolkingen die speciale gezondheidsrisico's lopen kunnen door de daarvoor vereiste gerichte periodieke geneeskundige onderzoeken tot een duidelijke kwalitatieve verbetering van de activiteiten van de betrokken regionale bedrijfsgezondheidsdiensten leiden.

In de meeste regio's zijn vooral door stimulatie daartoe van de in 1946 opgerichte Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) kringen of gezelschappen van bedrijfsartsen ontstaan. Deze vormen een belangrijke schakel in de nascholing van bedrijfsartsen. Waarschijnlijk verdient het aanbeveling deze regionale kringen en gezelschappen in de toekomst iets meer te formaliseren, zodat er ook daadwerkelijke samenwerkingsverbanden kunnen ontstaan.

C. Wetenschappelijk peil

Een wezenlijk aandeel van de kennis van de bedrijfsarts over de relatie tussen gezondheid van de mens en zijn arbeid bestaat uit kennis over arbeidsomstandigheden en epidemiologie. Beiden tesamen vormen de kern voor de wetenschappelijke kennis die elke bedrijfsarts behoort te bezitten.

In grote bedrijfsgezondheidsdiensten hebben veelal een aantal bedrijfsartsen meer specifieke kennis opgebouwd over beroepsmatige aandoeningen van het ademhalings- of het bewegingsapparaat, cardiologie, epidemiologie van ziekte en ongevallen, allergieën, toxicologie, geluid, trillingen, straling, koude en andere arbeidsomstandigheden.

Hierdoor zijn zij vaak consultant van andere bedrijfsartsen zowel binnen als buiten de dienst waarin zij werkzaam zijn. Daarnaast zijn zij tevens

volwaardige gesprekspartners voor specialisten in de behandelende sector zoals cardiologen, longartsen, huidartsen, allergologen en anderen.

Bij de installatie van het bestuur van de Landelijke Stichting tot Bevordering van het Onderwijs in de Bedrijfsgezondheidszorg (LSBOB) eind 1980 heeft de Minister van Sociale Zaken er op gewezen dat wetenschappelijk onderzoek als een noodzakelijke voorwaarde dient te worden beschouwd voor niveauverbetering van de bedrijfsgezondheidszorg, en stipte de rol aan welke het Medisch Biologisch Laboratorium (MBL/TNO) te Rijswijk daarin zou kunnen gaan vervullen.

VII. Landelijk instituut voor bedrijfsgezondheidszorg

Tot op heden ontbreekt het in Nederland, in tegenstelling tot andere landen, aan een landelijk instituut voor de bedrijfsgezondheidszorg, van waaruit naast een groot aantal andere taken fundamenteel wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de bedrijfsgezondheidszorg wordt verricht of van waaruit onderzoek in het land kan worden gestimuleerd, begeleid of ondersteund.

Een aantal instituten dat zich van oudsher al dan niet incidenteel heeft beziggehouden met onderzoek ten behoeve van de bedrijfsgezondheidszorg zijn het Coronel-laboratorium voor Arbeidshygiëne van de Vrije Universiteit te Amsterdam, het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (NIPG/TNO) te Leiden en het Instituut voor Gezondheidstechniek en Milieuhygiëne (TNO) te Delft.

Het zou een grote stap voorwaarts zijn indien het genoemde Medisch Biologisch Laboratorium met enkele aanpassingen uit zou kunnen groeien tot een landelijk instituut voor de bedrijfsgezondheidszorg.

Op dit moment wordt in dit laboratorium naast fundamenteel onderzoek op toxicologisch gebied, tevens een aanvang gemaakt met een landelijk toxicologisch literatuurregistratiesysteem. Verder worden onderzoeken verricht naar gezondheidsrisico's in bedrijven (health hazard surveys) en zijn uitgebreide laboratoriumfaciliteiten voorhanden voor onderzoek naar

het voorkomen van metalen, andere giftige en kankerverwekkende stoffen in het menselijk lichaam.

Voor een landelijk instituut is verder te denken aan het beschikbaar stellen van computerfaciliteiten met deskundige begeleiding voor onderzoek door bedrijfsartsen in de periferie. Deze laatste onderzoeken vormen de kern van het toegepast wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg en winnen nog steeds aan belang.

Het zou tevens van grote betekenis zijn indien allerlei epidemiologische gegevens welke in bedrijfsgezondheidsdiensten voorhanden zijn, systematisch en centraal in zo'n landelijk instituut zouden worden verzameld en geëvalueerd. Dit zou ten goede kunnen komen aan de bedrijfsgezondheidsdiensten als middel voor zelftoetsing, maar vooral ook kunnen dienen voor de beleidsvorming van de overheid.

Een eerste aanzet tot zo'n gegevensverzameling zou kunnen bestaan uit gestandaardiseerde jaarverslagen van alle bedrijfsgezondheidsdiensten. De mogelijkheid tot een dergelijke inzameling evenals het ter beschikking stellen van andere statistische gegevens zijn voor de verplichte bedrijfsgezondheidszorg reeds lang in de wet geregeld. In de praktijk is hieraan tot op heden nimmer uitvoering gegeven.

VIII. College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg

De Minister van Sociale Zaken bezit in het reeds meerdere malen genoemde College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg een in de wet geregeld advieslichaam.

Het College heeft ondermeer tot taak het uitbrengen van advies en het doen van voorstellen welke kunnen strekken tot bevordering der bedrijfsgezondheidszorg. Tot de verdere taken behoren het adviseren in het erkenningenbeleid van bedrijfsgezondheidsdiensten en het door middel van visitaties controle uitoefenen op de kwaliteit van de zorg van deze diensten. De aanstelling van bedrijfsartsen behoeft de goedkeuring van het College.

In dit College hebben zitting de medisch adviseur van de Arbeidsinspectie, de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid en het hoofd van de medische sector van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en de door de Minister benoemde vertegenwoordigers van verenigingen van geneeskundigen (KNMG, NVAB) en organisaties van werkgevers en werknemers uit de Stichting van de Arbeid.

IX. Arbeidsomstandighedenwet

De in 1980 in de Tweede Kamer aangenomen Arbeidsomstandighedenwet die de Veiligheidswet van 1934 gaat vervangen geldt voor alle arbeidsorganisaties met inbegrip van de overheid. Deze wet richt zich niet alleen op de veiligheid en de fysieke gezondheid, doch bevat grondbeginselen voor een beleid op het terrein van veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers.

Tevens wordt aangegeven op welke wijze dit beleid binnen de bedrijven moet worden gerealiseerd.

De werknemers hebben mede een stem in het bepalen van het beleid in de vorm van Commissies voor Veiligheid, Gezondheid en Welzijn, waarin hun vertegenwoordigers zich over deze aspecten in de organisatie zullen beraden. Hierdoor ontstaan officiële structuren gevormd door werknemers die een direct overleg met de bedrijfsarts mogelijk maken.

Bedrijven kunnen door de wet worden verplicht tot het instellen van wat wordt genoemd Arbo-diensten (arbeidsomstandighedendiensten) waarin deskundigheid op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn aanwezig dient te zijn. Van sommige van deze diensten is de verwachting dat zij zullen uitgroeien tot Arbo-instituten met een regionale betekenis.

In dergelijke diensten of instituten heeft dan een volledige integratie plaatsgevonden van bedrijfsgezondheidszorg, bedrijfsveiligheid en enkele andere disciplines welke te betrekken zijn bij het humaniseren van de arbeid.

X. Arbeidsraad

Door de arbeidsomstandighedenwet wordt een nieuw advieslichaam ingesteld, de Arbeidsraad genaamd. Deze Raad heeft tot taak voorstellen en adviezen uit te brengen welke kunnen strekken tot bevordering van de nieuwe drie-eenheid veiligheid, gezondheid en welzijn in verband met de arbeid.

Het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgezondheidszorg wordt in de nieuwe wet geacht te zijn ingesteld als een commissie van de Arbeidsraad en daaraan dus onder- in het gunstigste geval nevenge-schikt.

De Arbeidsraad wordt samengesteld uit vertegenwoordigers van de Ministers van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken in de personen van diverse Directeuren-Generaal, enige andere vertegenwoordigers van het Rijk alsmede van organisaties van werkgevers en werknemers.

De vraag rijst of de bedrijfsgezondheidszorg zich gelukkig dient te prijzen met deze ontwikkeling, waarbij de afstand tot de Minister van Sociale Zaken duidelijk groter wordt.

Er zijn goede redenen om een pleidooi te houden voor het instellen van een wetenschappelijke raad voor de bedrijfsgezondheidszorg, die wetenschappelijke adviezen zou kunnen doen uitgaan naar de Minister van Sociale Zaken en de Arbeidsraad.

In een groter verband heeft de Minister van Volksgezondheid dergelijke advies- en voorlichtingslichamen tot zijn beschikking in de Centrale Raad van de Volksgezondheid en de Gezondheidsraad. Is de eerste een advieslichaam, de Gezondheidsraad heeft de taak de betrokken minister van voorlichting te dienen met betrekking tot de stand van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid. De gezondheidsraad is daarmee een wetenschappelijk college waarvan de leden worden aangewezen op grond van hun deskundigheid.

Met dit pleidooi voor het instellen van een wetenschappelijke raad voor de bedrijfsgezondheid (Bedrijfsgezondheidsraad?) ben ik aan het einde van mijn rede gekomen.

Ik wil een ieder danken die tot mijn benoeming als bijzonder hoogleraar in de bedrijfsgezondheidszorg heeft bijgedragen. De mij daarbij toevertrouwde leeropdracht zal ik naar mijn beste kunnen trachten uit te voeren.

Leden van het College van Bestuur, het College van Dekanen, leden van de Faculteit der Geneeskunde.

Het feit dat ik vanaf 1972 in de status van wetenschappelijk hoofdmedewerker aan het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg verbonden ben geweest, maakt naar ik hoop dat ik voor enkelen van U geen al te grote onbekende meer ben.

Ik spreek de wens uit dat er nog een periode van prettige en goede samenwerking voor ons ligt.

Dames en Heren, medewerkers van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg.

Ik wil hierbij mijn dank uitspreken voor de goede samenwerking die er al die jaren bij het onderwijs heeft plaatsgevonden. De gedachte dat althans voor dit onderwijs voortgang van mijn activiteiten op de bestaande voet is gewaarborgd en er dus geen sprake is van een afscheid stemt mij gelukkig.

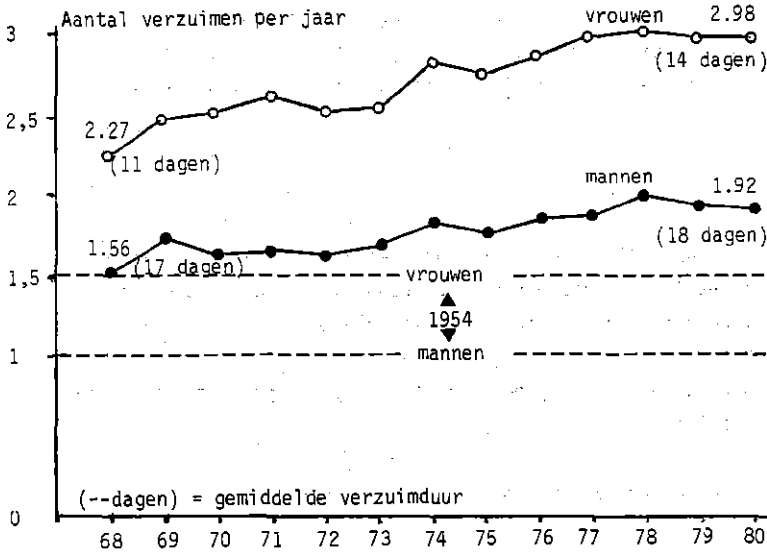
Dames en Heren studenten.

Mijn aanstelling zal Uw studieprogramma niet ingrijpend wijzigen. Wel zullen de mogelijkheden voor U om in contact te komen met de bedrijfsgezondheidszorg zich vergroten. Schroomt U niet Uw problemen aan mij voor te leggen, indien U meent dat ik U behulpzaam kan zijn.

Naar ik hoop heb ik U aangegeven in welke tak van de gezondheidszorg er voor U nog een duidelijke toekomst is weggelegd.

Ik heb gezegd.

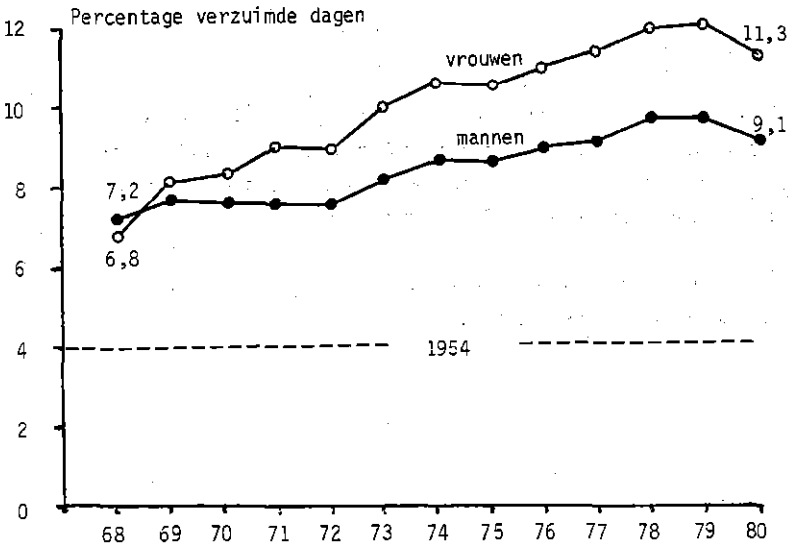
Ontwikkeling van het aantal verzuimen bij mannelijke en vrouwelijke werknemers in de periode 1968 - 1980



figuur 1

bron: NIPG/TNO

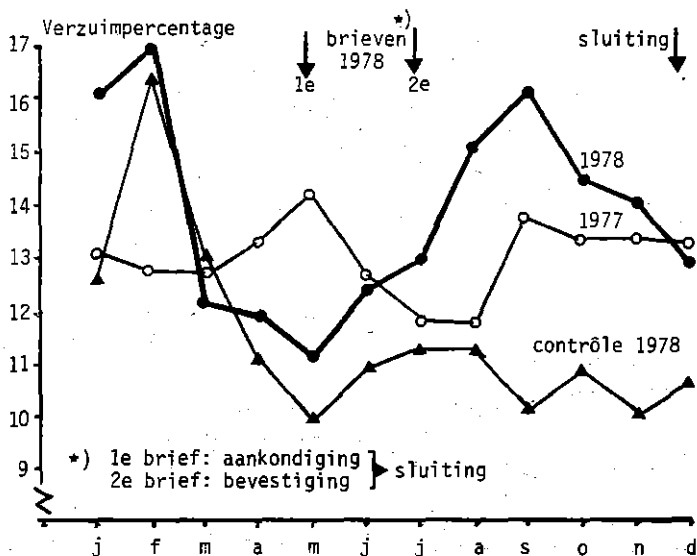
Ontwikkeling van het aantal verzuimde dagen per 100 kalenderdagen voor mannen en vrouwen in de periode 1968 - 1980



figuur 2

bron: NIPG/TNO

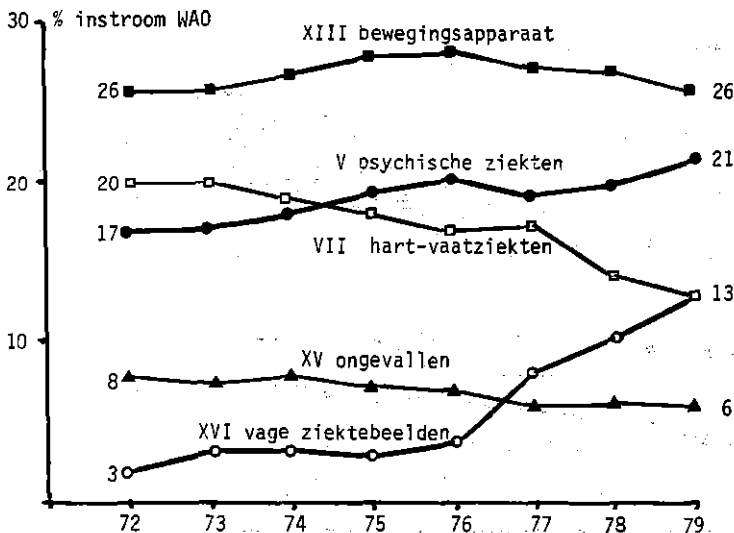
Invloed op het verzuimpercentage van brieven met aankondiging en bevestiging van sluiting van een bedrijfsafdeling (n=378) op een scheepswerf in 1978 in vergelijking met een gelijke afdeling (n=743) in hetzelfde jaar en met de eigen gegevens over 1977



figuur 3

bron: Keuzepraktikum '80

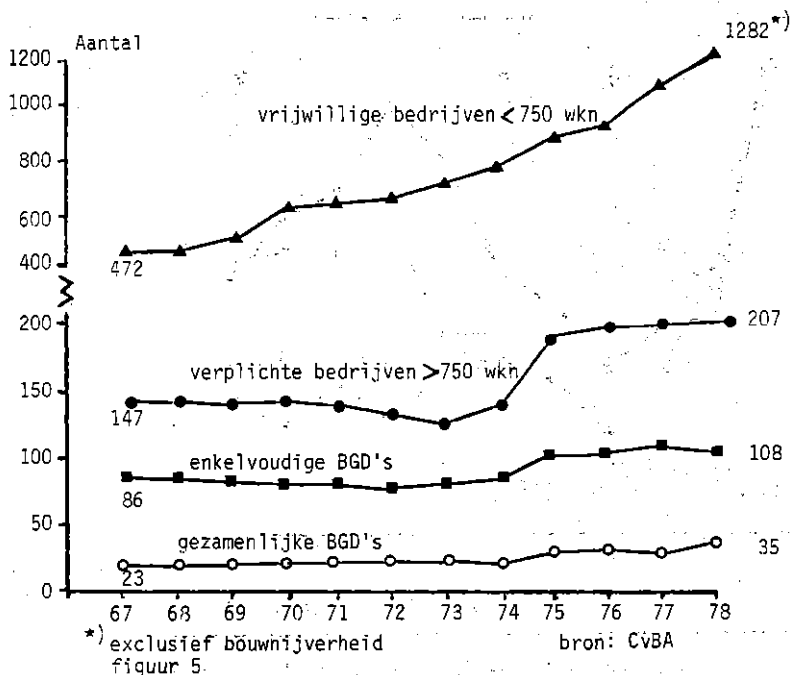
Aandeel in procenten van de totale instroom in de WAO van de 5 grootste van de 16 diagnosegroepen in de periode 1972 - 1979



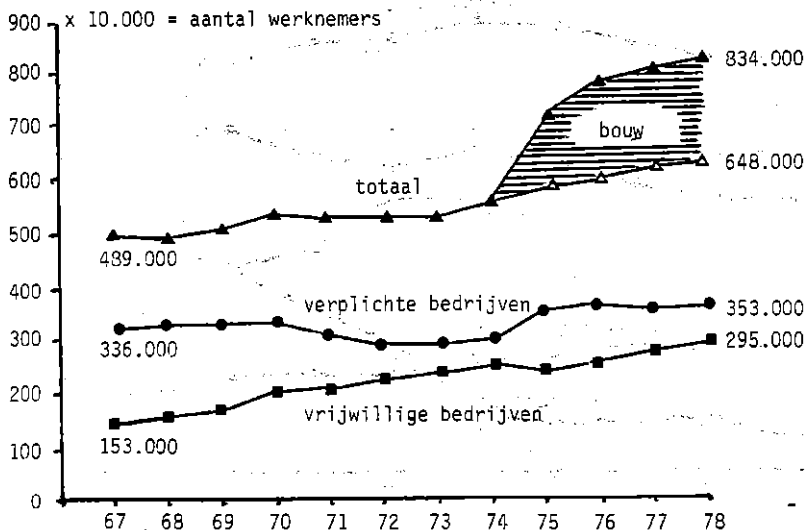
figuur 4

bron: GMD

Ontwikkeling van het aantal enkelvoudige en gezamenlijke
verplichte bedrijfsgezondheidsdiensten en de daardoor
verplicht en vrijwillig verzorgde bedrijven (1967 - 1978)



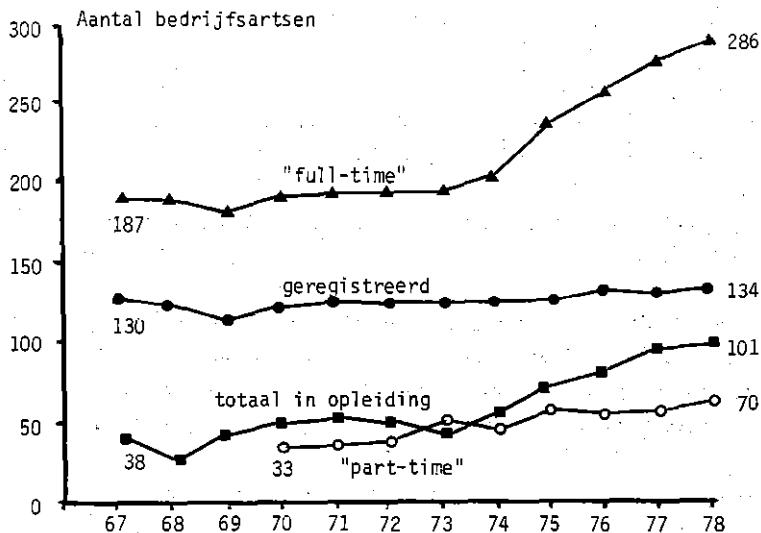
Ontwikkeling van het aantal door verplichte bedrijfs-
gezondheidsdiensten verzorgde werknemers (1967 - 1978)



figuur 6

bron: CvBA/Bouw

Ontwikkeling in verplichte bedrijfsgezondheidsdiensten van het aantal bedrijfsartsen met een volledig en een gedeeltelijk dienstverband alsmede het aantal geregistreerde en het totaal aantal bedrijfsartsen in opleiding (1967 - 1978)



figuur 7

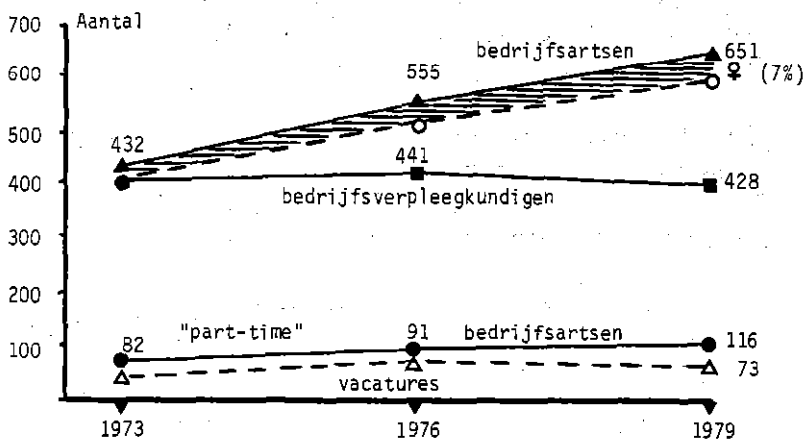
bron: CvBA

Ontwikkeling van het totaal aantal onder bedrijfsgezondheidszorg vallende werknemers in Nederland en het daarbij betrokken bestand aan bedrijfsartsen en - verpleegkundigen

↓ aantallen

↓ werknemers

↓



figuur 8

bron: NIPG/TNO

Geraadpleegde literatuur en andere bronnen

Brouwers, L.P.C. e.a. Arbeidsomstandighedenwet. Consequenties voor het beleid in arbeidsorganisaties. Vuga-boekerij, 's-Gravenhage 1979.

Burger, G.C.E., A.Th. Groot Wesseldijk, J. Jongh en J.P. Kuiper. Rapport toekomst der Bedrijfsgeneeskunde in Nederland. T. Soc. Geneesk. 49 (1971) blz. 928-941.

Burger, G.C.E. e.a. Arbeidsgeneeskunde. H.E. Stenfert Kroese NV. Leiden 1974.

De toekomst van de Bedrijfsgezondheidszorg: Rapport van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde inzake de voor de toekomst gewenst structuur van de bedrijfsgezondheidszorg. Ministerie van Sociale Zaken, november 1979.

Doorn, R. van, Ch.M. Leydekkers en P.Th. Henderson. Ontwikkeling en evaluatie van eenvoudige testmethoden om vroegtijdige expositie aan potentieel gevaarlijke chemicaliën vast te stellen. Publicatie Instituut voor Farmacologie en Toxicologie Universiteit Nijmegen 1980.

Draaisma, D. en P.G.W. Smulders. Ziekteverzuim en het bedrijf. Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO. H.E. Stenfert Kroese BV, Leiden/Antwerpen 1978.

Jaarverslagen 1967 - 1978 College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfs-geneeskunde. Ministerie van Sociale Zaken.

Jaarverslagen 1972 - 1979 Gemeenschappelijke Medische Dienst.

Kamphuis, P.L. Achtergronden van langdurig ziekteverlof in het gewoon-lager onderwijs. T. Soc. Geneesk. 58 (1980) blz. 794-801.

Meer, K. de. Invloed van een dreigende bedrijfssluiting op de gezondheid. Keuzepraktikumverslag. Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmusuniversiteit 1980.

Meesters, J.N. Persoonlijke mededeling 1980: Ongevalsbehandeling in de mijnen.

Molendijk, A.D. Verzuim en invalidering bij Rotterdamse Gemeenteambtenaren in 1979. T. Soc. Geneesk. 58 (1980) supplement.

Periodiek Geneeskundig onderzoek in de bedrijfsgezondheidszorg. NVAB-informatie no. 4, 1979, blz. 11-18.

Reïntegratie in het bedrijf van myocardpatiënten. Rapport Commissie voor Arbeidsgeneeskundig Onderzoek (CARGO/TNO) 1980.

Stichting Bedrijfsgezondheidsdienst voor de Bouwnijverheid. Brief van 27 januari 1981.

Study on periodic health examination of workers exposed to industrial hazards. ICP/WKH 002. World Health Organization. Regional Office for Europe, June 1979.

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

... the ... of ...

