

De instroom van bedrijfsartsen

rapportnr. 1367

oktober 2015



De instroom van bedrijfsartsen

Femke Reijenga, Vera Haanstra, Stefanie Bouman, Maartje Gielen (APE),
Claudia Maria Greijn, Joost van der Gulden (SGBO, Radboudumc) en
Rienk Prins

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van SZW
Den Haag, oktober 2015

 rapport nr. 1367

© APE Public Economics

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Management samenvatting	7	
1	Aanleiding en onderzoeksvragen	13
1.1	Aanleiding	13
1.2	Uitwerking onderzoeksvragen	14
1.3	Leeswijzer	16
2	Methoden van onderzoek	18
2.1	Plan van aanpak en onderzoekskader	18
2.2	Deel 1: deskresearch naar de match tussen vraag en aanbod	18
2.3	Deel 2: onderzoek in het veld naar bouwstenen voor interveniëren	19
2.3.1	Interviews met actoren uit het veld	19
2.3.2	De webenquête en het profiel van de deelnemers daaraan	20
2.3.3	Brainstorm met klankbordgroep	22
3	De arbeidsmarkt van bedrijfsartsen: vraag en aanbod	24
3.1	Sociaaleconomische en andere maatschappelijke ontwikkelingen die de vraag beïnvloeden	24
3.1.1	Een marktanalyse van de bedrijfsgezondheidszorg	24
3.1.2	Factoren van invloed op de vraag naar bedrijfsartsen	25
3.2	Het aanbod aan bedrijfsartsen	30
3.2.1	Ontwikkeling in het aantal bedrijfsartsen	30
3.2.2	Toekomstig aanbod bedrijfsartsen	32
3.2.3	Instroom van bedrijfsartsen in de opleiding	33
3.3	Resultaten interviews en webenquête over de noodzaak tot interventies	36
3.3.1	Citaten uit interviews over vraag en aanbod	36
3.3.2	Resultaten webenquête	37
3.4	Conclusies over de ontwikkelingen in vraag en aanbod	38
4	Behoeften van werkgevers en werkenden	42
4.1	Werkgevers en werknemers	42
4.2	Behoefte werkgevers aan bedrijfsgeneeskundige zorg - literatuur	42
4.3	Behoefte werkgevers – input uit interviews en klankbordgroep	44
4.4	Bedreigingen voor de toekomst van het vak – input webenquête	46
4.5	Behoefte werkenden – input interviews en klankbordgroep	47
4.6	Conclusies over de behoeften van werkgevers en werkenden	47

5	Potentiële bedrijfsartsen: kiezen voor het vak?	49
5.1	Wat leert de literatuur over deze keuze?	49
5.2	Wat wordt er in de interviews vermeld over de studiekeuze?	50
5.3	Resultaten van de webenquête over de studiekeuze	55
5.4	Belangrijkste conclusies over de keuze voor het vak	59
6	De opleiding tot bedrijfsarts	60
6.1	Wat leert de literatuur over de opleiding?	60
6.2	De opleiding tot bedrijfsarts: resultaten interviews en brainstorm	61
6.3	Resultaten van de webenquête over de opleiding tot bedrijfsarts	63
6.4	Conclusies over de opleiding tot bedrijfsarts	64
7	Het uitoefenen van het vak van bedrijfsarts	66
7.1	Wat leert de literatuur over de uitoefening van het vak van bedrijfsarts?	66
7.2	Uitoefening van het vak: resultaten uit interviews en brainstorm	68
7.3	Resultaten van de webenquête over het uitoefenen van het vak van bedrijfsarts	69
7.4	Conclusies over het vak van bedrijfsarts	74
8	Het vak en flankerende disciplines	76
8.1	Wat leert de literatuur over de relatie met flankerende disciplines	76
8.2	Zij-instroom en relatie bedrijfsarts en verzekeringsarts – interviews	76
8.3	Zij-instroom en relatie bedrijfsarts en verzekeringsarts - enquête	77
8.4	Relatie met flankerende disciplines – interviews en klankbord	79
8.5	Relatie met arboverpleegkundigen – resultaten van de webenquête	80
8.6	Conclusies over het vak en flankerende disciplines	83
9	De bevindingen op een rij gezet	86
9.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	86
9.2	Onderzoeksvraag 1: Noodzaakt de verhouding tussen vraag en aanbod tot interveniëren?	86
9.3	Onderzoeksvraag 2a: Wat zijn bouwstenen voor meer aantrekkelijkheid van het vak?	87
9.4	Onderzoeksvraag 2b: Potentiele interventies om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden	89
9.5	Wat kunnen de verschillende partijen bijdragen aan een oplossing?	95
	Geraadpleegde literatuur	100
	Bijlage: Leden van de klankbordgroep	103

Management samenvatting

Voorliggend onderzoek, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van SZW, zoomt in op de instroom van bedrijfsartsen in het werkveld en de (potentieel aan-jagende) rollen van actoren hierbij. Aanleiding vormen de beleidsdoelen van het kabinet inzake de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg en de bezorgdheid in het veld over een te verwachten tekort aan bedrijfsartsen in de zeer nabije toekomst.

De onderzoeksvragen die centraal staan:

- A. Noodzaakt de mis match tussen (verwachte) vraag en (verwacht) aanbod tot interveniëren om het aantal bedrijfsartsen in Nederland op peil te houden?
- B. Wat zijn bouwstenen om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor artsen en welke actoren kunnen met welke opdracht actief aan de slag om te zorgen dat er voldoende bedrijfsartsen in Nederland zijn en blijven?

Methoden van onderzoek

In het onderzoek zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast om te komen tot een evenwichtige beantwoording van de onderzoeksvragen. Naast een uitgebreid literatuuronderzoek heeft een web enquête plaatsgevonden onder basisartsen, bedrijfsartsen in opleiding, bedrijfsartsen en arboverpleegkundigen. Ter voorbereiding en aanvulling op de web enquête hebben 22 interviews plaatsgevonden met professionals uit het werkveld: zowel bedrijfsartsen in opleiding, actieve als gestopte bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, opleiders, vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, een verzekeraar en managers en adviseurs van arbodiensten. Daarnaast werden de onderzoekers bijgestaan door een actieve klankbordgroep met vertegenwoordigers van de belangrijkste spelers in het veld van de arbeidsgerelateerde zorg. De resultaten van de deskresearch zijn allereerst in een notitie vastgelegd. Bij de samenstelling daarvan hebben enkele deskundigen uit het veld de onderzoekers feedback gegeven. Deze voorlopige resultaten vormden de input van een brainstormmiddag met de klankbordgroep. Tezamen leiden de gedane analyses tot de volgende onderzoeksresultaten:

Antwoord op vraag A

Een analyse van ontwikkelingen in de markt van de arbodienstverlening, demografische, epidemiologische, economische en sociale ontwikkelingen, alsmede ontwikkelingen in de wetgeving geeft - gelegd naast de ontwikkelingen in het aanbod van (instroom en uitstroom van) bedrijfsartsen – een positief antwoord op vraag A. Vooral de vervangingsvraag van de huidige populatie bedrijfsartsen weegt hierin zwaar. In 2025 hebben ongeveer 750 bedrijfsartsen (40 % van het

huidige aantal) het vak vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd verlaten. Zijn er voldoende opvolgers? De balans opmakend kan geconcludeerd worden dat toenemend rekening gehouden moet worden met een tekort aan bedrijfsartsen. Een tekort dat zonder interventies nog zal groeien. Verder bleek dat voor een up to date capaciteitsberekening met draagvlak bij de betrokken partijen meer duidelijkheid nodig is over mogelijke veranderingen in het takenpakket van de bedrijfsarts en een eventuele taakherschikking tussen de bedrijfsarts en andere professionals werkzaam in de arbosector, zoals de arboverpleegkundige. Zo'n taakherschikking zou uiteraard moeten plaats vinden met waarborging van de kwaliteit van de geleverde zorg. De mogelijkheid van een taakherschikking dient door de verschillende beroepsgroepen in gezamenlijk overleg te worden onderzocht. Diverse bronnen en de resultaten van dit onderzoek benadrukken dat onvoldoende regie en sturing de sector afwachtend maakt en deze onvoldoende in staat stelt de ideeën, die er zijn om de instroom te verhogen, te concretiseren. De overheid meent dat de 'veldpartijen' (beroepsgroepen, arbodiensten, werkgevers, opleidingen) hierin het initiatief kunnen nemen. Deze partijen wachten echter op initiatieven van de overheid. Waardoor men op elkaar zit te wachten.

Dat er geïntervenieerd moet worden is evident. De mate waarin er geïntervenieerd moet worden is mede afhankelijk van de inzet van werkgevers en werknemers om bij te dragen aan de verlangde verbeteringen in de arbeidsgerelateerde zorg. De markt vraag van werkgevers is echter niet in lijn met wat de overheid wenst. De huidige trend onder werkgevers is dat er weinig belangstelling is en geen extra investeringen te verwachten zijn in de arbodienstverlening. Duurzame inzetbaarheid en preventie zijn wel thema's die volgens werkgeversorganisaties op de agenda van het personeelsbeleid staan. Werkgevers hebben blijkens de interviews en de literatuur weinig behoefte aan arbodienstverlening op deze terreinen. Wel hebben ze behoefte aan meer specialistische bedrijfsgeneeskundige zorg, bij voorkeur sector- en aandoening specifiek.

De doelgroep werkenden verandert (door beleidsontwikkelingen als langer doorwerken, participatiewet). Een betere toegankelijkheid van de bedrijfsarts, het eerder inzetten van een bedrijfsarts (meer preventie) en toegang tot arbeidsgerelateerde zorg voor mensen die niet in loondienst werken (ZZP'ers, flexwerkers) zijn thema's die in de literatuur, de interviews en de webenquête veelvuldig terug komen.

Dit werpt de vraag op: Is in Nederland als het om arbeidsgerelateerde zorg gaat de markt vraag ("de vraag van de dag") bepalend? We kunnen concluderen dat de wetgeving en de mate van handhaving en sturing vanuit de overheid tot nu toe bepalend zijn voor de vraag naar bedrijfsgeneeskundige zorg bij werkgevers en werknemers. Het met de brief van de minister van SZW over de Toekomst van de Arbeidsgerelateerde zorg voorgestelde beleid vraagt om snelle maatregelen. Want de voorgestelde bevordering van de toegankelijkheid van de bedrijfsarts

voor alle werknemers, meer aandacht voor preventie en nauwere samenwerking tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg vragen om een intensivering van de arbodienstverlening. Met het aantal bedrijfsartsen dat de komende jaren naar verwachting beschikbaar zal zijn wordt dat lastig. Bij het uitblijven van een marktvrage – zoals deze studie zichtbaar maakt – zullen werkgevers (en werknemers), samen met de ‘veldpartijen’ (arbodiensten, beroepsgroepen, opleidingen) gestimuleerd en geprikkeld moeten worden om preventie, duurzame inzetbaarheid en een toegankelijke arbodienstverlening voor alle werkenden daadwerkelijk vorm te geven.

Antwoord op vraag B

Onbekend maakt onbemind

Er zijn weinig basisartsen die er voor kiezen om bedrijfsarts te worden. Het vak spreekt geneeskunde studenten weinig aan, ze associëren het werk van de bedrijfsarts (voor zover zij daar een beeld over hebben) niet met het werk van een arts. Ze komen tijdens hun reguliere geneeskunde opleiding weinig in aanraking met bedrijfsartsen of met de praktijk van de arbeidsgerelateerde zorg in het algemeen. Meer voorlichting en meer aandacht voor sociale geneeskunde in het geneeskunde curriculum is de meest genoemde kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Het meer en beter profileren van het beroep is het meest gegeven spontane advies in de webenquête.

Het onvermogen om voldoende jonge artsen op te leiden tot bedrijfsarts is volgens de resultaten van dit onderzoek de meest gesignaleerde bedreiging voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Bijna driekwart van alle bevroegde subgroepen in de webenquête ziet het fors inzetten op het opleiden van jonge artsen tot bedrijfsarts dan ook als kans. Een aantrekkelijke opleiding kan bijdragen aan het imago van het vak. Het vergroten van de bekendheid van het vak, meer inspirerende voorbeelden en positieve exposure kan ertoe bijdragen dat de sector meer artsen kan werven. Dit vraagt om interventies van verschillende partijen.

Financiering

Zowel in de literatuur, de interviews, de webenquête als in de discussie in de klankbordgroep is gewezen op het belang van een aantrekkelijke bedrijfsartsenopleiding. In de enquête noemt een meerderheid van bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding de huidige financiering van de opleiding een bedreiging voor de toekomst van het vak. Ook in interviews en in de klankbordgroep kwam dit nadrukkelijk voor het voetlicht en werd gepleit voor centrale financiering van de opleiding als één van de maatregelen om het vak aantrekkelijker te maken. Opmerkelijk is dat basisartsen de financiering van de opleiding niet als probleem noemen, wellicht omdat zij niet bekend zijn met de wijze van financieren. Dit betekent dat basisartsen zich in hun loopbaankeuze niet laten afschrikken door de

wijze waarop de opleiding tot bedrijfsarts nu is gefinancierd. Het is dus de vraag of een ander financieringsmodel de primaire werving zal verbeteren. Het financieringsaspect wordt pas urgent als een arts reeds gekozen heeft voor het vak van bedrijfsarts. De partijen in de sector (arbodiensten, beroepsgroepen, opleidingen) zouden met elkaar in overleg kunnen treden om tot een gezamenlijk voorstel voor een centrale financiering te komen.

Visies op het vak

Bedrijfsartsen zien de vergrijzing van de beroepsgroep als bedreiging voor de toekomst van het vak. Verder signaleert een meerderheid in de webenquête van dit onderzoek dat er weinig innovatie is in de arbodienstverlening. Kansen die basisartsen en bedrijfsartsen zien om het vak meer toekomst te geven liggen onder andere bij het verhogen van de professionaliteit: impulsen voor kennisontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van het vak; wettelijke prikkels om preventieve activiteiten te ondersteunen en het creëren van meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling.

In het veld leeft breed de visie dat je als bedrijfsarts meer tijd hebt voor je patiënt en beter in staat bent om de balans werk-privé te bewaken dan in andere disciplines van de geneeskunde. Uit de literatuur blijkt dat het aantal werkloze basisartsen gestaag doorgroeit. Dit schept mogelijkheden voor de werving van artsen die bedrijfsarts willen worden. De intrinsieke motivatie voor het vak is bij de bevroegde bedrijfsartsen zeker aanwezig. Wat betreft de bijdrage die een bedrijfsarts zou moeten leveren aan arbeidsgerelateerde zorg bestaat er ruime consensus over de noodzaak van de volgende kerntaken: verzuimbegeleiding, preventief arbeidsomstandigheden spreekuur; werkplekbezoek; preventie en diagnostiek van beroepsziekten; voldoende mogelijkheid om zo nodig door te verwijzen; tijd voor overleg met de behandelend arts; dossiervorming en preventieve gezondheidszorg in bedrijven. Verder wordt noodzakelijk geacht dat het beroepsgeheim en de privacy van cliënten is gewaarborgd.

Uit het onderzoek blijkt dat bedrijfsartsen nu dikwijls een takenpakket hebben met een al te nadrukkelijk focus op verzuimbegeleiding. Dit maakt hun werk minder aantrekkelijk.

Taakherschikking?

De bedrijfsartsen die meewerkten aan de webenquête staan veel sceptischer tegenover de voordelen van taakherschikking dan de actoren - deels uit hetzelfde beroep - en van de beroepsorganisaties die zijn geïnterviewd of die deelnamen aan de klankbordgroep. Daar was een aantal bedrijfsartsen, opleiders en vertegenwoordigers van beroepsgroepen zeker een voorstander van taakdelegatie (al dan niet onder supervisie van een bedrijfsarts) mits er goed op de kwaliteit van werken wordt gelet. Een aantal noemde dit zelfs als gedeeltelijke oplossing voor

het tekort aan bedrijfsartsen op de korte termijn. De behoefte om samen met disciplines zoals de arboverpleegkundigen, arbeidsdeskundigen en arbeidshygiënisten te komen tot een soort taakafbakening – gelet op de complementariteit van de vakgebieden – werd meerdere malen als kansrijk opgetekend in de interviews. Arboverpleegkundigen zien een duidelijke rol voor zichzelf weggelegd en wijzen in dit onderzoek eveneens op de complementariteit van hun werk met dat van de bedrijfsartsen. Ook het verder specialiseren van bedrijfsartsen – om het vak aantrekkelijker te maken - zou volgens een aantal actoren kunnen leiden tot een taakherschikking met flankerende professionals. Ook werkgeverorganisaties zijn een voorstander van zowel verdere specialisering van bedrijfsartsen en taakherschikking (niet alleen om inhoudelijke redenen: ook om het vak aantrekkelijker te maken). Bedrijfsartsen zijn het meest huiverig voor het verschuiven van taken naar casemanagers. In interviews wordt aangegeven dat het behalve een (medisch) inhoudelijk vraagstuk ook een beleidsmatige keuze is welke taken wel of niet gedelegeerd kunnen worden met het oog op de kwaliteit van de arbeidsgeneeskundige zorg. Gezien de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en partijen betrokken bij de arbodienstverlening en de beroepsgroepen lijkt het primair aan deze partijen zelf om invulling te geven aan het borgen van de kwaliteit van de geleverde zorg en een taakverdeling die draagvlak heeft binnen de verschillende disciplines.

Suggesties voor verbeteringen

Geconcludeerd kan worden dat binnen het veld zelf veel ideeën leven ter verbetering van het eigen vak. Deze ideeën zijn over het algemeen zeer oplossingsgericht en komen tegemoet aan de vraag van het ministerie van SZW naar kansrijke oplossingsrichtingen. Het kanaliseren en concretiseren van deze suggesties kan gezien worden als een nuttige vervolgstap op dit onderzoek. Samengevat liggen de suggesties voor vervolgactiviteiten bij de volgende thema's:

- Meer aandacht voor de bedrijfsarts in het reguliere geneeskunde curriculum
- Kennismakingsmogelijkheden met bedrijfsartsen organiseren voor basisartsen
- Inzetten op een meer aantrekkelijke opleiding tot bedrijfsarts
- Een goede regeling voor de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts
- Het aantrekkelijk maken van het werk van de bedrijfsarts
- Werken aan het imago van de bedrijfsarts zodat de aantrekkelijke kanten van het vak meer bekendheid krijgen

Het rapport sluit (in hoofdstuk 9) af met voorstellen voor bijdragen die de verschillende stakeholders kunnen leveren aan de oplossingen van de geschetste problematiek. Aan bod komen suggesties voor de overheid, de arbodiensten, de brancheorganisatie OVAL, individuele bedrijfsartsen, de beroepsorganisatie NVAB, detachingsbureaus, studentenorganisaties, RGS, de opleidingen van bedrijfsart-

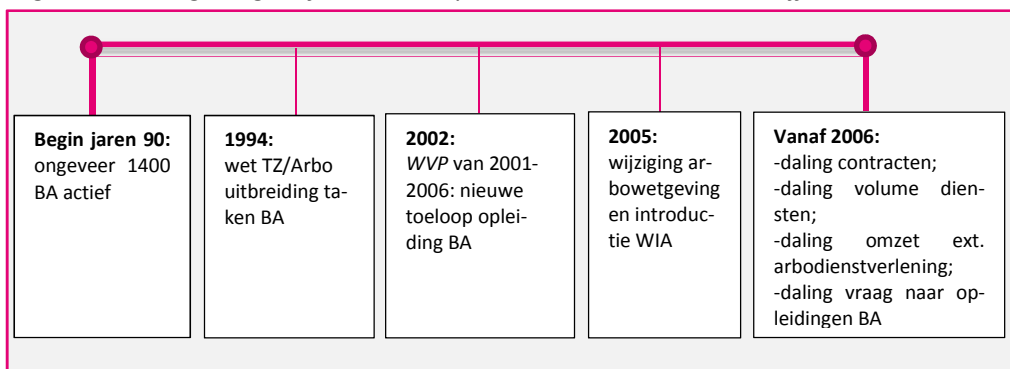
sen en de sociale partners. Overkoepelend wordt deze stakeholders aangeraden om niet langer te wachten op elkaar, maar om zo spoedig mogelijk in gezamenlijk overleg een routekaart of een gezamenlijke agenda op te stellen, waarbij ook aangegeven wordt welke maatregelen prioriteit zouden moeten hebben. Dit onderzoek levert de suggestie op om als eerste gesprekspunt te kiezen voor het vaststellen van de eigen en van elkaars verantwoordelijkheden. Zodat de verwachtingen hieromtrent bij alle partijen hetzelfde zijn en men niet langer wacht op elkaars initiatieven.

1 Aanleiding en onderzoeksvragen

1.1 Aanleiding

Sinds begin jaren '90 hebben zich veel veranderingen voorgedaan die van invloed zijn geweest op de arbeidsmarkt van bedrijfsartsen (zie Figuur 1.1). De afgelopen jaren is de instroom van basisartsen in de opleiding voor bedrijfsartsen sterk afgenomen. Hierover zijn zorgen geuit vanuit de Tweede Kamer, de beroepsvereniging van de bedrijfsartsen (NVAB) en het Capaciteitsorgaan.

Figuur 1.1 Wetgeving en fluctuaties op de arbeidsmarkt van bedrijfsartsen



Kabinetsstandpunt 'Toekomst arbeidsgerelateerde zorg'

In september 2014 bracht de Sociaal Economische Raad (SER) het advies 'Betere zorg voor werkenden' uit. Dit advies, bestaande uit vijf scenario's, is doorgerekend door het Capaciteitsorgaan op hun mogelijke consequenties. Zij constateert onder andere dat – welk scenario ook wordt gekozen - de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts een enorme impuls nodig heeft om te kunnen voldoen aan de toekomstig verwachte zorgvraag. Het kabinet onderkent het belang van voldoende aanbod aan bedrijfsartsen en ziet het risico van een tekort aan bedrijfsartsen, zo blijkt uit haar standpunt 'Toekomst arbeidsgerelateerde zorg' (januari 2015). Waar het Capaciteitsorgaan in overweging geeft om de opleidingskosten van de bedrijfsarts publiek in plaats van privaat te financieren, is het kabinet er volgens dit standpunt niet van overtuigd dat publieke financiering het vraagstuk oplost. Ze veronderstelt dat ook andere factoren een rol kunnen spelen in het op peil houden van het aantal bedrijfsartsen in Nederland. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskundigen (NVAB) kwam in juli 2015 met een rapport over de mogelijkheden om de instroom in de opleiding tot be-

drijfsarts te vergroten. Naast financiële prikkels worden ook verbeteringen in het imago van de beroepsgroep meegenomen. Daarnaast laat het kabinet zelf onderzoek uitvoeren waarbij ook gekeken wordt naar toekomstverwachtingen bij artsen in opleiding. De bevindingen van deze onderzoeken zullen in samenhang worden gezien.

1.2 Uitwerking onderzoeksvragen

Voorliggend onderzoek dat het ministerie van SZW heeft geïnitieerd zoomt in op de instroom van bedrijfsartsen, de verbetermogelijkheden in deze instroom en de noodzaak en mogelijkheden om deze instroom te bevorderen.

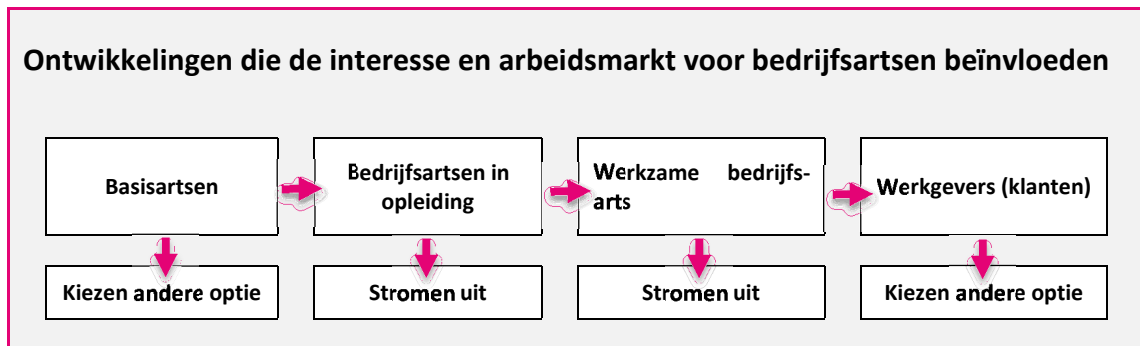
Bovenstaande overwegingen worden meegenomen in dit onderzoek en worden verder ontrafeld zodat de onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden.

In het onderzoek staan twee hoofdvragen centraal:

- A. Noodzaakt de mis match tussen (verwachte) vraag en (verwacht) aanbod tot interveniëren om het aantal bedrijfsartsen in Nederland op peil te houden?
- B. Wat zijn bouwstenen om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor artsen en welke actoren moeten dan met welke opdracht actief aan de slag om te zorgen dat er voldoende bedrijfsartsen in Nederland zijn en blijven?

Voor het onderzoek heeft APE allereerst een analysekader opgesteld. Dit toont de procesgang die centraal staat: de basisarts, kiest voor een baan bij een arbodienst, mag beginnen met de opleiding tot bedrijfsarts, staat geregistreerd als bedrijfsarts en besluit of hij/zij blijft werken op de plek waar hij/zij is opgeleid of elders gaat werken (andere arbodienst, als zelfstandig bedrijfsarts of buiten de arbosector, bijvoorbeeld bij UWV. Dat zijn alle essentiële schakels. Bij iedere schakel kan men kiezen voor een andere optie en ben je de kandidaat kwijt (> exit). Bijvoorbeeld iemand kiest voor een andere opleiding, maakt de opleiding tot bedrijfsarts niet af, of stopt met de beroepsuitoefening als bedrijfsarts. Op alle schakels zijn sociaaleconomische en andere maatschappelijke ontwikkelingen van invloed. Maar ook de factor “imago van de bedrijfsarts” speelt een rol. In het onderzoek worden deze schakels in beeld gebracht en bekeken op kwaliteit, knelpunten en potentiële oplossingen.

Figuur 1.2 Ordening van onderzoeksvragen in analyse kader



Sub vragen bij hoofdvraag A (is interveniëren nodig) zijn:

Sociaal economische ontwikkelingen

1. Welke ontwikkelingen (economisch, qua wetgeving, demografie) spelen een rol en hoe beïnvloeden deze de vraag naar bedrijfsartsen?

Basisartsen:

2. Hoe kan het vak van bedrijfsarts zich ontwikkelen om aantrekkelijker te worden voor basisartsen en eventuele zij-instromers?

Opleiding tot bedrijfsarts:

3. Wat is de huidige instroom in de opleidingen en wat was de afgelopen jaren de instroom?

Werkzame bedrijfsarts:

4. Hoeveel bedrijfsartsen zijn er werkzaam en hoe ontwikkelt dit aanbod zich?

Werkgevers (klanten):

5. Hoe wordt de markt vraag van arbo diensten en werkgevers naar geregistreerde bedrijfsartsen ingevuld?
6. Wat is de toekomstige behoefte aan bedrijfsartsen (de markt vraag), ook gezien een mogelijke taakherschikking met de arbo verpleegkundige en/of arbeidsdeskundige of andere zorg professionals?

Sub vragen bij hoofdvraag B (bevindingen uit het veld en mogelijkheden voor oplossingen) zijn:

Basisartsen:

- 6a. Wat zijn aantrekkelijke aspecten waardoor basisartsen kiezen voor de opleiding tot bedrijfsarts?
- 6b. Wat maakt de opleiding tot bedrijfsarts niet in eerste instantie aantrekkelijk, waardoor als tweede keus?

- 6c. Wat weerhoudt basisartsen of studenten geneeskunde ervan de opleiding tot bedrijfsarts te kiezen?
- 6d. Wat kan het vak van bedrijfsarts aantrekkelijk maken voor jonge artsen?
- 6e. Welke perceptie leeft er over het vak bedrijfsarts?

Opleiding tot bedrijfsarts:

- 7a. Wat kenmerkt de huidige instroom in de opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsarts?
- 7b. Wat kenmerkt huidige opleidingsstructuur tot bedrijfs- en verzekeringsarts?
- 7c. Wat zijn toekomstverwachtingen van artsen in opleiding? (mogelijkheid van zij-instroom, relatie met opleiding tot verzekeringsarts).
- 7d. Wat zijn knelpunten in de huidige opleidingsstructuur tot bedrijfsarts?
- 7e. Wat zijn voorstellen voor een aanpak, passend binnen de huidige regelgeving voor de opleiding van bedrijfsarts?

Werkzame bedrijfsartsen:

- 8a. Kunnen de voorgenomen maatregelen uit de TAZ-brief leiden tot meer aantrekkelijkheid voor het vak van bedrijfsarts? (waardering, salaris, loopbaan-kansen, imago, inhoud)
- 8b. Wat maakt dat bedrijfsartsen voor hun pensioenleeftijd al stoppen als bedrijfsarts?

Werkgevers (klanten):

- 9a. Wat is er voor werkgevers nodig om eerder gebruik te maken van de diensten van een bedrijfsarts?
- 9b. Welke kansen en bedreigingen zien werkgevers voor het vak van bedrijfsarts? (waar wil men de bedrijfsarts bij betrekken, wat kan door andere professionals worden gedaan?)

Slotvragen:

- 10. Welke kansen en bedreigingen zien de betrokkenen voor het vak en de instroom van bedrijfsartsen?
- 11. Wat zijn mogelijke maatregelen die door betrokken partijen ondernomen kunnen worden om ervoor te zorgen dat er voldoende bedrijfsartsen zijn en blijven?

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op de verschillende onderzoeksmethoden die in dit onderzoek zijn toegepast. In hoofdstuk 3 wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord: hoe ontwikkelt de vraag en het aanbod aan bedrijfsartsen zich? Sociaal economische en andere maatschappelijke factoren die

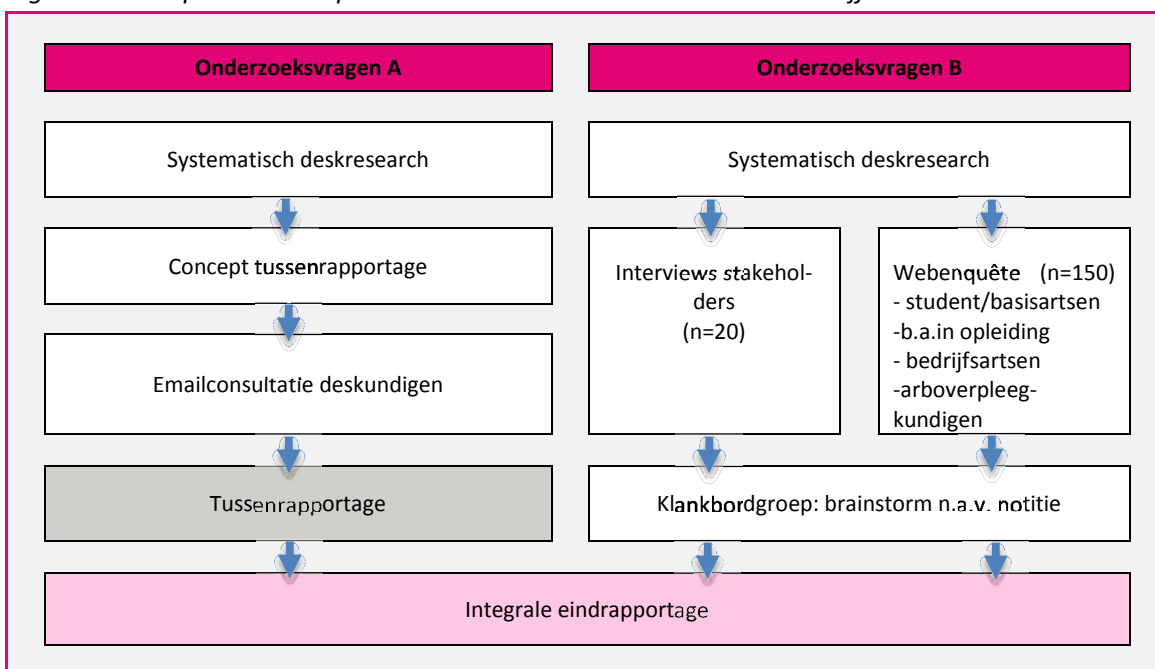
de vraag naar bedrijfsartsen beïnvloeden passeren de revue, alsmede de ontwikkelingen in de instroom van nieuwe bedrijfsartsen. Ook de visies daarop van betrokkenen uit het veld komen aan bod. In hoofdstuk 4 wordt nader ingegaan op de behoeften van werkgevers en werkenden aan dienstverlening van de bedrijfsarts. De hoofdstukken 5 tot en met 8 laten zien wat motieven van artsen zijn om wel of niet te kiezen voor het vak (hoofdstuk 5), wat de ervaringen zijn met de opleiding tot bedrijfsarts (hoofdstuk 6), wat de ervaringen en visies zijn op de uitoefening van het vak (hoofdstuk 7) en op de relatie met aanleunende disciplines zoals met de verzekeringsartsen en de arboverpleegkundigen (hoofdstuk 8). In hoofdstuk 9 worden de onderzoeksvragen beantwoord en wordt vooral stil gestaan bij oplossingsrichtingen om artsen aan te trekken voor het vak en om zowel de opleiding als de uitoefening van het vak aantrekkelijker te maken. Dit met het doel om voor de nabije toekomst voldoende bedrijfsartsen te hebben en om de arbeidsgerelateerde zorg op een hoger plan te tillen. Voor de belangrijkste stakeholders wordt aangegeven hoe zij zouden kunnen bijdragen aan de oplossing van de geschetste problemen.

2 Methoden van onderzoek

2.1 Plan van aanpak en onderzoekskader

Figuur 2.1 toont de aanpak van het onderzoek op hoofdlijnen. De figuur maakt inzichtelijk dat de twee hoofdvragen die centraal staan (zie paragraaf 1.2.) met behulp van verschillende onderzoeksmethoden zijn beantwoord.

Figuur 2.1 Het plan van aanpak van het onderzoek “Instroom van bedrijfsartsen”



2.2 Deel 1: deskresearch naar de match tussen vraag en aanbod

Er is een systematisch deskresearch geweest om bronnen te verzamelen inzake vraag en aanbod van bedrijfsartsen. Een brede klankbordgroep met vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen, opleidingsinstellingen, capaciteitsorgaan, registratiecommissie, werkgevers/arbodiensten, OVAL, verzekeraars, geneeskunde studenten, een detacheringsbureau, werkgevers en werknemers heeft de onderzoekers gevoed met de meest recente literatuur en beleidsdocumenten. Allereerst is een 'longlist' aangelegd van bronnen die potentieel relevant zijn. Na een eerste screening zijn hier nog bronnen aan toegevoegd (vermeld in de ge-

raadpleegde literatuur voor die bronnen). Vervolgens is op basis van de onderzoeksvragen en trefwoorden een ordening aangebracht in welke bronnen voor welke onderwerpen en vragen relevant zijn. Ten slotte is een short list opgesteld (zie de bijgesloten literatuurlijst) van bronnen die daadwerkelijk relevant zijn: deze zijn inhoudelijk geanalyseerd en verwerkt in deze rapportage.

Op basis van de deskresearch is een concept tussenrapport opgesteld dat antwoord diende te geven op de eerste onderzoeksvraag: is interveniëren noodzakelijk? Dit conceptrapport is voorgelegd aan de door het ministerie van SZW ingestelde begeleidingscommissie, tevens is het concept doorgenomen (via e-mailconsultatie en telefonische gesprekken) met een vijftal deskundigen (een verzekeringsarts/bedrijfsarts, twee opleiders sociale geneeskunde, een bedrijfsarts en een onderzoeker) uit het veld. Hun commentaar is verwerkt in de volgende versie van het tussenrapport. De belangrijkste resultaten van de deskresearch zijn verwerkt in hoofdstuk 3.

2.3 Deel 2: onderzoek in het veld naar bouwstenen voor interveniëren

2.3.1 Interviews met actoren uit het veld

Er zijn 22 telefonische interviews geweest met actoren betrokken bij de instroom van bedrijfsartsen. In overleg met het ministerie van SZW is ervoor gekozen om met name mensen uit de praktijk, of in ieder geval werkend dicht bij de werkvloer, te interviewen. Suggesties van namen en contactgegevens van kandidaten voor deze interviews zijn verkregen via de klankbordgroep en uit het eigen netwerk van APE-onderzoekers.

De interviews gaven – mede – input voor de webenquête. De interviews duurden ongeveer een half uur. Het verslag van het interview werd ter goedkeuring teruggeleegd bij de geïnterviewde. Het interview betrof vooral vragen naar kwaliteit, knelpunten en oplossingen. De belangrijkste onderwerpen waren:

1. Invloed van sociaal economische ontwikkelingen op de vraag en aanbod naar bedrijfsartsen
2. Aantrekkelijke aspecten van het vak van de bedrijfsarts
3. Minder aantrekkelijke aspecten van het vak van de bedrijfsarts
4. Kenmerken van de huidige instroom van bedrijfsartsen in de opleiding, toekomstbeeld
5. Visie van werkzame bedrijfsartsen op het werk, toekomstbeeld
6. Opleidingsstructuur voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (met aandacht voor zij instroom)
7. Vroegtijdig stoppen van bedrijfsartsen: motieven
8. Visie op voorgenomen maatregelen van de overheid (TAZ-brief)
9. Visie op eventuele herschikking van taken

10.Kansen/bedreigingen voor het vak

11.Rol van werkgevers en verzekeraars

De interviews vonden plaats met (vertegenwoordigers van):

- KNMG loopbaanbureau
- De Geneeskunde student
- Een bedrijfsartsendetacheringsbureau
- Een manager en opleiders bij enkele Arbodiensten
- Opleiders bij SGBO en NSPOH
- Zelfstandig gevestigde bedrijfsarts
- Zelfstandig gevestigde bedrijfsarts/verzekeringsarts
- Universitair medische centra (verzekeringsarts)
- UWV (verzekeringsarts)
- Adviseur van arbodiensten
- Verzekeringsmaatschappij (Arbeidsongeschiktheidsverzekering)
- Werkgeversorganisaties (tevens betrokken bij SER-advies)
- Jonge artsen in opleiding tot bedrijfsarts
- Een bedrijfsarts die overgestapt is naar een ander specialisme

2.3.2 De webenquête en het profiel van de deelnemers daaraan

Er is voor een webenquête gekozen omdat dit een efficiënte en laagdrempelige methode is om in korte tijd zoveel mogelijk mensen uit het veld te laten reflecteren. Zeker bij een korte onderzoeksperiode in vakantietijd is dit een uitermate geschikt middel gebleken. Om voldoende input te krijgen is vooraf aangegeven dat ten minste 150 respondenten een volledig ingevulde vragenlijst zouden moeten retourneren; liefst zo evenredig mogelijk verdeeld over de groepen respondenten. Er zijn – mede door wat respons verhogende maatregelen - 227 vragenlijsten binnen gekomen.

De organisatie en uitvoering van de webenquête nader toegelicht:

-
- Klankbordgroep-leden zijn gevraagd te bemiddelen bij het kunnen aanschrijven van de mogelijke respondenten.
 - Adresbestanden werden niet opgestuurd. De beheerder van de adressen (opleidingsinstituut, beroepsvereniging) hebben de artsen aangeschreven met de vraag of ze per mail benaderd willen worden voor de enquête. In de mail wordt het belang van het onderzoek uitgelegd en hoe gewaarborgd wordt dat men anoniem deelneemt.
 - Betrokkenen die mee wilden werken konden een antwoordmail sturen.
 - Om de respons te vergroten is overlegd met de leden van de klankbordgroep over het versturen van een herinnering of dat nog meer personen uit de achterban aangeschreven dienen te worden.
 - APE ontving de retourmails van de belangstellenden en stuurde vanaf een speciaal mailadres aan iedere deelnemer een mail met daarin een link naar de enquête en een unieke inlogcode.
 - Mailadressen zijn strikt vertrouwelijk ingevoerd en niet voor andere doelen dan de enquête gebruikt.
 - Respondenten konden het invullen van de vragenlijst onderbreken en vervolgens doorgaan met
-

-
- het invullen. Het invullen vergde niet meer dan 15 minuten.
 - De vragenlijst begint met vragen naar persoons- en functiekenmerken, waarna de invuller doorgeleid wordt naar een voor hem/haar relevante set met vragen. Een deel van de vragen zijn voor een ieder gelijk; een ander deel van de vragen is specifiek voor de groepen. Er zijn enkele open vragen die worden na-gecodeerd.
 - De enquête stond zes weken – gedurende de zomervakantie - uit, na twee weken is er een herinnering gestuurd.
 - Er was een helpdesk ingericht bij APE waar invullers per mail vragen kunnen stellen. Slechts een paar vragen over praktische punten kwamen binnen.
 - De vragenlijst was voordat deze online ging uitgetest.
-

Oorspronkelijk zou de webenquête worden uitgevoerd onder drie groepen, te weten: 1. basisartsen die nog geen specialisatie hebben gekozen, 2. bedrijfsartsen in opleiding (i.o.) en 3. werkzame bedrijfsartsen. Om voldoende input te krijgen werd gestreefd naar een netto respons van ten minste 150, evenredig verdeeld over de drie groepen. Met de aantekening dat het aantal bedrijfsartsen in opleiding lager is. Een hogere respons op beide andere groepen zou dit moeten compenseren. Gedurende het onderzoek kwam, op verzoek van de klankbordgroep, een vierde populatie hierbij, de arboverpleegkundigen. Aan hen zijn alleen de voor hen relevante stellingen en vragen voorgelegd.¹ Onderstaande tabel toont de netto-respons per subgroep.

Tabel 2-1 Netto-respons per subgroep

	Bedrijfsarts in opleiding	Bedrijfsarts	Basisarts	Arboverpleeg- kundigen	Totaal
Aangeschreven	69	268	184	160	681
Enquête ingevuld	25	92	62	48	227
Responspercentage	36,2%	34,3%	33,7%	30,0%	33,3%

De wervingskanalen voor respondenten waren:

Basisartsen en geneeskunde studenten in de masterfase van hun opleiding: *De Geneeskundestudent*², rechtstreekse aanmeldingen bij APE3 en een mailing onder een steekproef van masterstudenten geneeskunde van VUMC (Studenten aangeschreven totaal: 184 (23 via de Geneeskundestudent en APE, 11 Geneeskundestudent en APE in een latere oproep, 150 VUMC)

- Bedrijfsartsen in opleiding via de NSPOH en SGBO: 69 (SGBO 56, NSPOH 13)

¹ Van hen is niet bekend wat hun verdere achtergrondkenmerken zijn (leeftijd, geslacht e.d).

² De Geneeskundestudent, arts van de toekomst, is de landelijke, onafhankelijke belangenbehartiger van alle geneeskundestudenten. Ze onderzoekt elk jaar de beroepskeuze van de geneeskundestudent.

³ N.a.v. een oproep binnen het eigen netwerk van APE-medewerkers wat bijvoorbeeld leidde tot het plaatsen van een oproep op de facebookpagina van geneeskundestudenten in de masterfase in Groningen.

- Bedrijfsartsen via KOM en een mailing onder een steekproef van leden van de NVAB Bedrijfsartsen: 268 (68 KOM, 200 NVAB)
- Arboverpleegkundigen een mailing vanuit de eigen beroepsvereniging V&VN (verstuurd aan 160 leden)

Profiel van respondenten die basisarts/geneeskundestudent in de masterfase zijn

De vragenlijst is ingevuld door 62 basisartsen/geneeskunde studenten in de masterfase (BS). Eén van hen had voorheen een registratie als bedrijfsarts, maar inmiddels niet meer. Deze respondenten zijn relatief jong (89% is jonger dan 35 jaar) en in meerderheid vrouw (74%). In de rest van het rapport wordt naar deze subgroep verwezen als 'basisartsen'.

Profiel van respondenten die bedrijfsarts in opleiding zijn

De vragenlijst is ingevuld door 25 bedrijfsartsen in opleiding (BA i.o.). 16% is jonger dan 35 jaar, 64% is tussen de 35 en 55 jaar en 20% is tussen de 55 en 65 jaar) en bijna zeven op de tien (68%) is man. De helft (52%) is voorafgaand aan de opleiding tussen de 1 en 5 jaar werkzaam geweest als basisarts in de bedrijfsgezondheidszorg, de rest (48%) werkte 5 jaar of langer in deze positie.

Profiel van respondenten die bedrijfsarts zijn

De vragenlijst is ingevuld door 92 bedrijfsartsen (BA) (waarvan 1 een dubbelregistratie heeft en ook verzekeringsarts is) (41% van het totaal aantal respondenten). Van deze bedrijfsartsen is zes op de tien (59%) 55 jaar of ouder. Een ruime meerderheid (88%) is man.

Profiel van respondenten die arboverpleegkundige zijn

In totaal 48 Arboverpleegkundigen vulden de vragenlijst in. Nadere achtergrond kenmerken van hen ontbreken.

2.3.3 Brainstorm met klankbordgroep

Naast een kleine ambtelijke begeleidingscommissie die vanuit SZW was ingericht en viermaal bijeen kwam, is er een klankbordgroep ingericht die bij de start van het onderzoek en voorafgaand aan de afronding van het onderzoek bijeen is gekomen. De leden van de klankbordgroep zijn geworven uit alle partijen betrokken bij de opleiding en het werk van bedrijfsartsen. De 30 leden van de klankbordgroep (zie bijlage) is gevraagd veldervaring in te brengen met als doel te komen tot een integraal rapport met mogelijke maatregelen die voor alle actoren herkenbaar zijn. Zij leverden literatuur, namen van te interviewen contactpersonen en een aantal van hen (zoals de NVAB, de Geneeskundestudent, de VVAV) leverden mailadressen aan ten behoeve van de webenquête. Het ministerie organiseerde beide bijeenkomsten van de klankbordgroep in afstemming met APE. De tweede bijeenkomst (10 september 2015) was geheel gewijd aan een door APE

geleide brainstorm over mogelijke oplossingsrichtingen. Als input voor deze brainstorm was een korte notitie geschreven met de eerste resultaten van het onderzoek.

3

De arbeidsmarkt van bedrijfsartsen: vraag en aanbod

3.1 Socioeconomische en andere maatschappelijke ontwikkelingen die de vraag beïnvloeden

3.1.1 Een marktanalyse van de bedrijfsgezondheidszorg

IG&H Bedrijfsgezondheid Consultants heeft een marktanalyse uitgebracht van de bedrijfsgezondheidszorg ("De toekomst is nu", 2011). In 2014 heeft Panteia (Van der Kemp e.a.) in opdracht van SZW de markt en kwaliteit van de arbodienstverlening onderzocht. Beide onderzoeksbureaus concluderen dat de markt van de arbodienstverlening en daarmee de bedrijfsgezondheidszorg zich de afgelopen 10 jaar heeft ontwikkeld van een geconcentreerde markt met enkele grote spelers naar een meer dynamische markt met verschillende typen aanbieders. Er betreden steeds meer bedrijven de arbomarkt. Toch groeit de markt niet, met als gevolg dat concurrentie sterk is toegenomen en ook de druk op marges verder toeneemt. Bedrijfsgezondheidszorg was anno 2011 een krimpende markt.

Uit het onderzoek van IG&H blijkt dat de strategie van bedrijven in de sector samenhangt met het feit dat er voor hen sprake is van een krimpende markt. Verwacht wordt dat er in de komende jaren geen sprake zal zijn van groei en dat de marges krap blijven. Ondanks de krimp richten steeds meer dienstverleners hun pijlen op deze sector. Naast arbodiensten hebben ZZP'ers, zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars en vele anderen plannen om 'iets' te doen in deze markt. Daarnaast zijn veel partijen die al jarenlang actief in de branche. Met veel spelers op de markt en weinig ruimte voor groei is hoge concurrentie onvermijdelijk. Als gevolg hiervan verwacht IG&H dat er een consolidatieslag zal plaatsvinden.

IG&H geeft aan wat deze ontwikkelingen betekenen voor de vraag naar bedrijfsartsen:

- de vraag wordt grotendeels door de wetgever gedefinieerd;
- de klant (werkgever) is ongeïnteresseerd (werkgevers willen zich geen zorgen hoeven te maken over de gezondheid of de financiële risico's van zieke werknemer). Werkgevers verwachten geen meerwaarde van de bedrijfsgezondheidszorg op het terrein van preventie.

Ook Van der Kemp et al (2014) staan stil bij de ontwikkeling in de arbodienstverlening sinds de wijziging in de Arbowetgeving van 2005. Deze wijziging bood werkgevers door de Maatwerkregeling de mogelijkheid tot een alternatief voor de inschakeling van een arbodienst. Van der Kemp constateert dat naast de beleidswijziging vooral de economische ontwikkelingen van invloed zijn geweest op het krimpen van de markt voor de arbodienstverlening: minder werknemers bij bedrijven, een lager verzuim, meer concurrentie, meer onderhandelingen over prijs en het uitstellen van investeringen in arbozorg. Had in 2003 ongeveer 98 % van de bedrijven een contract met een arbodienstverlener, in 2012 was dat 73 %.

Andere ontwikkelingen die Van der Kemp e.a. en IG&H signaleren betreffen de aard en organisatie van de arbodienstverlening zelf: zoals de opkomst van het eigen regiemodel (voor werkgevers en werknemers), de verzelfstandiging van kerndeskundigen (waaronder de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts) en de opkomst van de casemanager waardoor er minder gebruik wordt gemaakt van medische professionals. Ook de rol van de verzuimverzekeraars is toegenomen: zo stellen veel verzekeraars als voorwaarde voor hun verzekering dat de werkgever gebruik maakt van een specifieke dienstverlener (Van der Kemp, 2014, IG&H,2011).

De vraagkant naar arbodienstverlening is divers: er zijn grote verschillen tussen werkgevers (sector, bedrijfsgrootte) ten aanzien van de diensten die men (wel) van de arbodienst/bedrijfsarts wil afnemen. Variërend van verzuimbeheersing tot preventie, re-integratie medisch diensten (bijvoorbeeld spreekuur binnen het bedrijf, fysiotherapie, mediation). Alleen echt grote bedrijven – die qua aantal een klein deel van de markt vormen – hebben de afgelopen jaren meer aandacht voor de bedrijfsgezondheidszorg, aldus IG&H (2011: 16). Van der Kemp e.a. noteren dat bijna de helft van de dienstverlening in 2014 de verzuimbegeleiding betreft. Een lager verzuim betekent dus automatisch minder werk voor bedrijfsartsen.

Voor de komende tien jaar verwachten de aanbieders die deel namen aan het onderzoek van Van der Kemp een toenemende behoefte aan sociaaljuridisch advies, meer focus op het individu, een gelijkblijvende of toenemende rol van verzuimverzekeraars en verbreding van het dienstenaanbod. IG&H verwacht dat er op korte termijn geen herstel of verbreding in de markt van de bedrijfsgezondheidszorg zal optreden.

3.1.2 Factoren van invloed op de vraag naar bedrijfsartsen

In aanvulling op bovengenoemde schets van de markt komen we op basis van het literatuuronderzoek tot het volgende overzicht aan factoren die de vraag beïnvloeden:

1. Demografische ontwikkelingen

Volgens onderzoek van NIVEL (2011) zien we de volgende demografische ontwikkelingen:

- De potentiële beroepsbevolking steeg tussen 2000 en 2008 met + 5,5%), maar daalt naar verwachting van 10,1 miljoen (2009) naar 9,9 miljoen (2020). Tegelijkertijd is er een groei in de oudere leeftijdsgroepen;
- De feitelijke beroepsbevolking blijft constant of is licht groeiend (vanwege het verschuiven pensioenleeftijd⁴/langer doorwerken. Dit leidt tot een toenemende arbeidsparticipatie van chronisch zieken.

Het Capaciteitsorgaan onderschrijft (in 2013) dat de verandering in de leeftijds-samenstelling van de beroepsbevolking de komende 10 jaar het grootst is. Na correctie voor de relatieve afname van de beroepsbevolking zal de beroepsbevolking hiervoor de komende 10 jaar stijgen. In de tien jaar daarna zal deze veel minder stijgen of misschien zelfs licht dalen.

Ook IG&H houdt in de marktanalyse rekening met een vergrijzing van de beroepsbevolking. Daarnaast ziet men dat minder mensen meer werk moeten doen (dus enerzijds: de vraag naar bedrijfsgezondheidszorg zal toenemen) maar ook: flexibilisering (minder mensen in vast dienstverband) waardoor er minder aandacht van de werkgever is voor preventie en programma's voor duurzame inzetbaarheid. Kortom: dit zou kunnen leiden tot een tegenstrijdig effect: met als netto resultaat minder vraag naar bedrijfsgezondheidszorg.

2. Epidemiologische ontwikkelingen

Het Capaciteitsorgaan (2013) constateert dat psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn. Het aandeel van de psychische aandoeningen stijgt, het aandeel van aandoeningen van het bewegingsstelsel daalt. De prevalentie van obesitas onder werknemers neemt toe, met een corresponderende toename van de kans op arbeidsongeschiktheid ten gevolge van diabetes en hypertensie. Een toename van chronische aandoeningen en kanker onder de beroepsbevolking zal volgens de experts leiden tot een jaarlijkse toename van de zorgvraag met 0,5% tot 1% voor de bedrijfsgeneeskunde.

⁴ In het rapport van NIVEL (2011) wordt rekening gehouden met het opschuiven van de pensioenleeftijd van de potentiële beroepsbevolking. "Indien de pensioenleeftijd naar 66 jaar wordt opgetrokken zal de zorgvraag met 8 % in 10 jaar toenemen". Niet vermeld in het rapport wordt of er ook rekening is gehouden met het opschuiven van de pensioenleeftijd van de bedrijfsartsen. Overigens is de verhoging van de pensioenleeftijd in januari 2013 ingegaan; 2 jaar na het verschijnen van dit rapport.

3. Ontwikkeling in het ziekteverzuim

Ontwikkelingen in het ziekteverzuim (anno 2015 is het verzuim laag, veel lager dan in 2005) hangen sterk samen met economische groei of krimp, maar het verzuim zou wel enigszins kunnen stijgen door de veranderende populatie (zie punt 1 en 2) (IG&H, 2011, Capaciteitsorgaan 2013). In periode van economische krimp daalt het verzuim. Minder verzuim betekent minder verzuim-sprekuren en dus minder vraag naar bedrijfsartsen: dit is terug te vinden in de ontwikkeling over de afgelopen twintig jaar. Echter, een toename van de arbeidsparticipatie van mensen met een arbeidsbeperking en een vergrijsde populatie zou op termijn tot een verhoogd verzuim en dus een grotere vraag naar arbeidsgeneeskundige zorg kunnen leiden.

Het staat echter niet vast dat de grotere vraag naar *verzuimbegeleiding* automatisch tot een groter aantal bedrijfsartsen dient te leiden: een aantal taken in de verzuimbegeleiding kan ook door andere arboprofessionals worden uitgevoerd. Bedrijfsartsen kunnen zich meer (dan momenteel) toeleggen op de geneeskundige aspecten of op specifieke arbeidsgerelateerde aandoeningen, die gezien de veranderde samenstelling van de beroepsbevolking in de nabije toekomst meer zullen voorkomen dan nu.

4. Sociaal culturele ontwikkeling

In de verschillende studies (van der Kemp et al, 2014, IG&H, 2011, NIVEL, 2011) wordt stilgestaan bij veranderende leefstijlen. Onduidelijk is wat deze voor gevolgen hebben op de vraag naar bedrijfsgezondheidszorg. Het leidt tot veel discussie: moeten werkgevers zich bemoeien met de levensstijl van werknemers en dus bijvoorbeeld preventiespecialisten inschakelen? De meningen verschillen over de rol en de zeggenschap van de werkgever. Er is protest tegen “een gezondheidscultus” waarin een werkgever werknemers zou kunnen dwingen om meer te gaan sporten of af te vallen. Vooralsnog investeren werkgevers hier weinig in en dit leidt niet tot veel extra werk voor de bedrijfsarts (SCP, 2015).

Een andere ontwikkeling die wordt genoemd (NIVEL, 2011) is de toenemende mondigheid van patiënt/werknemer: of dit tot een andere invulling van de rol van de bedrijfsarts leidt is niet duidelijk. Deze ontwikkeling vertaalt zich niet naar een actievere bemoeienis van werknemersvertegenwoordigingen zoals OR'en met de arbozorg. Tijdens de klankbordgroep gaf een vakbondsvertegenwoordiger aan dat OR'en zich niet of nauwelijks bezighouden met bedrijfsgezondheidszorg.

Een laatste ontwikkeling is een geleidelijke stijging van het opleidingsniveau van de beroepsbevolking. Hoger opgeleiden blijven gemiddeld langer gezond, mede omdat ze werk doen met minder fysieke gezondheidsrisico's. Hun ziekteverzuim is gemiddeld lager dan dat van lager opgeleiden.

5. Economische ontwikkelingen

Bij economische groei is meer geld te besteden aan bedrijfsgezondheidszorg (IG&H, 2011, van der Kemp et al, 2014). Dit komt van pas omdat ook een toename van ziekteverzuim (dus meer vraag naar arbozorg) is te verwachten. Hier tegenover staat dat werkgevers door globalisering en toenemende concurrentie met lage lonen landen worden gedwongen de directe en indirecte personeelskosten te verminderen, waardoor ook de bedrijfsgezondheidszorg onder druk komt te staan. (IG & H en NIVEL, 2011)

Bedrijven hebben de laatste jaren minder geïnvesteerd in preventie en arbeidsgerelateerde zorg (ISZW, 2014). De afgelopen jaren werd dit versterkt door de economische recessie. In tijden van economische bloei zou echter meer aandacht voor preventie mogen worden verondersteld. De vraag is of dit er van komt. Een steeds groter aantal werknemers werkt op een tijdelijk contract (flexibilisering). Nog maar weinigen werken hun hele loopbaan bij dezelfde werkgever. Voor werkgevers geeft dit weinig impulsen om te investeren in gezondheidseffecten op langere termijn.

6. Wettelijke en beleidsmatige ontwikkelingen

De wetgever in Brussel zal, naar het zich laat aanzien, geen aanscherping van de bedrijfsgezondheidszorg verlangen. Het streven om de regeldruk voor werkgevers te verlichten zal niet leiden tot nieuwe wetgeving in deze.

Het Nederlandse beleid op het gebied van de keten van Werk en Inkomen (sociale zekerheid, arbeidsongeschiktheid, re-integratie) en de arbowetgeving zijn echter wel van grote invloed op de vraag naar bedrijfsgezondheidszorg. Dit beleid is geregeld aan verandering onderhevig. Zo kan een toenemende rol van bedrijfsartsen verwacht worden bij een toename van het aantal werkende Wajongers (aan het werk gekomen door de Participatiewet). De arbowetgeving over het inschakelen van basisartsen voor bedrijfsgeneeskundig werk (artikel 14 lid 1 onder b) laat niet toe dat zij het werk van bedrijfsartsen overnemen: dat maakt dat er een stabiele vraag naar bedrijfsartsen blijft. Het optrekken van de pensioengerechtigde leeftijd vergroot zowel de vraag naar bedrijfsartsen (een grotere populatie die doorwerkt), als verkleint deze: ook bedrijfsartsen werken langer door). Eerder deze eeuw zagen we dat de revisie van de Arbowet en het verantwoordelijk maken van werkgevers voor twee jaar ziekteverzuim grote invloed had op de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts. Het huidige beleid is verwoord in de brief van de minister (januari 2015) over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg en roept op tot een verbetering van de arbeidsgerelateerde zorg.

Arbobeleid en wetgeving inzake verzuim- en arbeidsongeschiktheid van de overheid beïnvloedt – naast de economische ontwikkelingen – vooral de vraag naar bedrijfsartsen.

7. Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Als het aan de bedrijfsartsen zelf ligt zou er meer aandacht moeten zijn voor advisering over preventie, aldus studies over loopbaanwensen (Plomp, 2010, Soethout, 2010, Marcelissen et al, 2013), een visie die tevens is verwoord in de interviews en de webenquête uit voorliggend onderzoek. Ook bij een complexere zorgvraag (zie bovenstaande demografische en epidemiologische ontwikkelingen) zal de invulling van hun vak kunnen veranderen. Daarnaast zien we in de literatuur (IG&H 2011, NIVEL, 2011) genoemd dat technologische ontwikkelingen (efficiency verhoging door ondersteuning van ICT middelen) en de verdergaande efficiencymaatregelen van de Arbodiensten van invloed zijn op de uitvoering van het werk. De automatisering van verslaglegging en rapportage - die eerder al inzette bij de verzekeringsarts - zal ook bij de bedrijfsarts tot efficiencywinst moeten gaan leiden. En dus wellicht tot minder vraag naar nieuwe bedrijfsartsen. Daar staat tegenover de ontwikkeling dat bedrijfsartsen in de toekomst ingezet (kunnen) worden bij meer preventietaken, zoals het optimaliseren van de duurzame inzetbaarheid van de werknemers. In de interviews in dit onderzoek wordt daar expliciet ruimte voor gevraagd door bedrijfsartsen.

8. Taakherschikking

In de rapportage van het Capaciteitsorgaan van 2013 (aangevuld met de rapportage van Van der Velde et al, 2013). wordt stilgestaan bij horizontale taakherschikking of taakverschuiving, ook wel horizontale substitutie genoemd. Dit betreft een verschuiving van werkzaamheden (van de arts) naar een andere discipline op eenzelfde opleidingsniveau. Door de experts wordt ingeschat dat de bedrijfsarts ook de komende periode niet geconfronteerd gaat worden met horizontale substitutie. In sommige van de scenario's uit de scenariostudie ten behoeve van het SER advies (KPMG Plexus, 2013) is er een aanzienlijke substitutie van de bedrijfsarts door de huisarts. Maar voor die scenario's is niet gekozen door de SER. De klinisch arbeidsgeneeskundige kan nu al sommige complexe taken overnemen van de bedrijfsarts. Dit lost het probleem van een tekort aan bedrijfsartsen niet echt op, omdat de helft van de klinisch arbeidsgeneeskundigen bedrijfsarts was en niet meer inzetbaar is voor de reguliere – minder specialistische - bedrijfsgeneeskundige zorg.

Verticale taakverschuiving/taakherschikking, ook wel verticale substitutie genoemd, betreft het structureel verschuiven van activiteiten (van de bedrijfsarts) naar disciplines met een lager opleidingsniveau. Binnen de bedrijfsgeneeskunde zullen de geïntroduceerde casemanager en preventiemedewerker bij de Arbodiensten een gedeelte van het werk van de bedrijfsarts kunnen overnemen. Arboverpleegkundigen vervullen daarnaast ook een steeds duidelijker rol in de bedrijfsgezondheidszorg, vaak werkend in het verlengde van de bedrijfsarts (zie

hiervoor hoofdstuk 8). Ook de basisartsen blijven een kleine, maar noemenswaardige groep artsen binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Het percentage verticale substitutie is ten opzichte van 2010 niet gewijzigd en bedraagt volgens experts 1% tot 2% per jaar (van der Velde e.a. 2013).

9. Een onvervulde vraag?

NIVEL (2011:42) wijst op een onvervulde vraag vanuit werknemersperspectief: personen die momenteel niet door een bedrijfsarts gezien worden, maar wel gebaat zouden zijn bij de dienstverlening van een bedrijfsarts. De onvervulde vraag naar dienstverlening van de bedrijfsarts komt onder andere door het ontbreken van voldoende capaciteit, want:

- Er is onvoldoende tijd voor verzuimbegeleiding (door krappe contracten met werkgevers);
- De focus op werknemers met medische beperkingen die weer aan de slag gaan (en minder aandacht voor preventie)
- Minder aandacht voor bijvoorbeeld de toenemende groep ZZP'ers, mantelzorgers en uitzendkrachten.
- Er is weinig vraag naar nieuwe dienstverlening van bedrijfsartsen, zoals op het terrein van duurzame inzetbaarheid, gezondheidsprogramma's). De bedrijfsartsen hebben hier nog weinig ervaring mee, aldus NIVEL.

Een aantal van deze punten wordt ook onderschreven door de SER in het TAZ-advies van 2014: "De raad is van opvatting dat de arbeidsgerelateerde zorg rekening dient te houden met ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Ook de groeiende groep werkenden met een andere arbeidsrelatie dan een vast dienstverband dient toegang te hebben tot adequate en kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg." Als bovengenoemde ontwikkelingen doorzetten zal dit leiden tot een toename in de vraag naar de dienstverlening van bedrijfsartsen.

3.2 Het aanbod aan bedrijfsartsen

3.2.1 Ontwikkeling in het aantal bedrijfsartsen

Diverse bronnen schetsen het verloop in het aantal geregistreerde en werkzame bedrijfsartsen. Het Capaciteitsorgaan houdt dit aantal systematisch bij. NIVEL constateerde in opdracht van het Capaciteitsorgaan in 2011 een groei van 48% tussen 2000 en 2010. In 2010 waren er rond de 2150 bedrijfsartsen werkzaam. De groei in het aantal heeft vooral tussen 2001 en 2007 plaatsgevonden. Het Capaciteitsorgaan (2013) signaleert dat er tot 2009 een groei was bij de registratie van beide specialismen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (bedrijfsartsen en verzekeringsartsen), na 2008 is het aantal gedaald: tussen 2008 en 2013 bedroeg deze daling 6,4% bij de bedrijfsartsen en 6,9% bij de verzekeringsartsen. Zo'n 97% van de

geregistreerde bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is daadwerkelijk werkzaam in deze functie.

Naast het teruglopen van het totale aantal geregistreerde artsen signaleert het Capaciteitsorgaan vanaf 2006 een daling in de instroom in de specialistenregisters van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Ook de instroom in de opleidingen stagneerde vanaf 2006.

Tabel 3-1 Instroom in het register van specialisten hoofdstroom Arbeid en Gezondheid(Capaciteitsorgaan, 2013)

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
164	89	90	76	33	33	25	23

De daling in de instroom in de specialistenregisters is een logisch gevolg van de daling van de instroom in de opleidingen (zie hoofdstuk 4), die al enige jaren eerder inzette. Ook de komende jaren dient er met een lagere instroom van nieuwe specialisten in deze specialismen gerekend worden. Aldus het Capaciteitsorgaan in 2013.

Ter versterking van deze daling in de instroom zien we een stijging van de uitstroom van specialisten van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.

Tabel 3-2 Uitstroom uit het specialisme hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (Capaciteitsorgaan 2013)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
-	42	57	44	51	87	88	68

Zichtbaar is in elk geval dat de jaarlijkse uitstroom de laatste drie jaar (dat wil zeggen 2010-2012, de studie is uit 2013) toeneemt, vooral bij de bedrijfsartsen. Dit is een gevolg van de verdergaande vergrijzing en dus pensionering van deze beroepsgroepen. Maar het Capaciteitsorgaan constateert ook dat de uitstroom niet alleen wordt veroorzaakt door pensionering, er stromen namelijk jaarlijks meer artsen uit dan alleen de 65-jarigen. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn: het eerder stoppen met werken, een overstap naar verzekeringsgeneeskunde of een ander specialisme of het niet meer voldoen aan de eisen voor herregistratie.

De meest recente informatie over het aantal werkzame bedrijfsartsen is te vinden in zowel de brief van het Capaciteitsorgaan aan de ministers van VWS en SZW (Slenter e.a.,2014) als in de preprogrammerings-studie van NVAB/NVVG ten behoeve van Zon MW (juli 2015):

Tabel 3-3 Aantal geregistreerde bedrijfsartsen (bron: RGS 16 maart 2015)

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2020	2084	2131	2165	2154	2094	2038	1994	1937	1886

Over de laatste 2 jaar is er een daling van het aantal bedrijfsartsen zichtbaar van 5,4 %. De verwachting is dat het aantal uitstromers uit het vak het aantal instromers de komende jaren ruim zal overtreffen. (zie ook paragraaf 3.2.2.)

Een lagere instroom van bedrijfsartsen heeft uiteraard te maken met het feit dat de arbosector in het afgelopen decennium (in ieder geval tussen 2005 en 2012) flink gekrompen is (zie hoofdstuk 2). Minder omzet betekent minder werk en dus minder bedrijfsartsen die nodig zijn. Arbodiensten groeiden in deze periode niet meer en namen minder artsen aan om op te leiden tot bedrijfsarts. Vanaf eind 2014 wordt een voorzichtige kentering hierin gezien, aldus een aantal geïnterviewden in het veld.

3.2.2 Toekomstig aanbod bedrijfsartsen

In de capaciteitsraming van NIVEL in 2011 is uitgebreid ingegaan op de factoren die het toekomstig aanbod aan bedrijfsartsen bepalen. Deels zijn deze factoren al in eerder in dit hoofdstuk bij de vraagkant van de markt genoemd. De factoren zijn:

- Instroom in opleidingen en rendement van de opleiding (maken de artsen hun opleiding af?).
- Ontwikkelingen in het werkproces.
- Ontwikkelingen in de behoeften van de artsen zelf (bijvoorbeeld meer of minder uren willen werken, zelfstandig willen werken in plaats van loondienst).
- Uitstroom uit het vak.
- Toenemende taakdelegatie en substitutie door inzet van bijvoorbeeld basisartsen en case managers.
- Efficiencyverbetering.
- Toenemende samenwerking met huisartsen (sinds 2004: doorverwijzen mogelijk naar HA).
- Veranderingen in de regelgeving (bijv. geen verplichte aansluiting meer bij een arbodienst, de opkomst eigen regiemodel (verzuim) waardoor er de laatste jaren minder bedrijfsartsen nodig waren).

Aspecten als aantrekkelijkheid en beeldvorming over het vak zijn hierbij nog even buiten beschouwing gelaten.

Vervangingsvraag

NIVEL maakte in 2011 een schatting van het toekomstige aanbod aan bedrijfsartsen. Zij constateerden dat 14% van de werkzame bedrijfsartsen denkt binnen 5 jaar niet meer als bedrijfsarts te zullen werken. Volgens deze schatting uit 2011 zou het aantal werkzame bedrijfsartsen in 2022 gedaald zijn tot 1202 of 1414 (afhankelijk van de mate waarin de instroom van nieuwe bedrijfsartsen daalt). Deze schatting komt overeen met de schatting die NVAB en NVVG in juli 2015 maakten.

Zij verwachten dat gezien de demografische ontwikkelingen in de beroepsgroep zelf (namelijk: vergrijzing) in de komende 10 jaar meer dan 40% van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wegens pensionering de beroepspraktijk zullen verlaten. Dat zou betekenen dat zonder maatregelen en andere wijzigingen er rond 2025 ongeveer 1130 bedrijfsartsen werkzaam zouden zijn. De verontrusting van de beroepsorganisaties over de vooruitzichten van de bedrijfsgezondheidszorg na 2020 heeft dus vooral te maken met de vervangingsvraag: wie neemt het werk over van de oudere bedrijfsartsen die het vak vanwege de pensioengerechtigde leeftijd zullen verlaten.

3.2.3 Instroom van bedrijfsartsen in de opleiding

Huidige instroom

De instroom van artsen in de opleidingen tot bedrijfsarts vertoont sterke wisselingen: rond de eeuwwisseling waren er zo'n 700 artsen in opleiding tot bedrijfsarts: meer dan bijvoorbeeld het aantal huidige KNO artsen. Het aantal bedrijfsartsen nam tot die tijd sterk toe: achteraf gezien wellicht te sterk, waardoor de instroom vervolgens stakte. De instroom in de opleiding is vanaf 2001 drastisch gedaald (NIVEL, 2011). Waren het in 2001 nog 140 artsen die in de opleiding instroomden, in 2007 waren het er 16. De aandacht in de medische opleiding en daarmee de belangstelling van medische studenten voor arbeidsgeneeskunde is gering. Dit zien we terug in verschillende studies, zoals die van Plomp et al (2010) en Soethout et al (2010). Het imago van het vak van de bedrijfsarts baart de beroepsorganisatie zorgen: zijn er in de toekomst wel voldoende bedrijfsartsen beschikbaar?

Ook onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan (Van der Velde, Verijdt en Smeets, 2009) laat zien dat de sociale geneeskunde niet populair is als eerste voorkeur voor een vervolgopleiding. Slechts 1% van de basisartsen jonger dan dertig jaar geeft de voorkeur aan de sociale geneeskunde. De percentages worden hoger naarmate de leeftijd van de basisartsen toeneemt, 31% van de artsen tussen de dertig en veertig jaar en maar liefst 64% van de artsen tussen de veertig en de vijfenzestig. In 2013 is het onderzoek opnieuw verricht en zijn de percentages respectievelijk 3%, 23% en 62%. Er is dus een stijging zichtbaar voor artsen jonger dan dertig, maar een (lichte) daling in de twee andere leeftijdscategorieën (Van der Velde, Abbink-Cornelissen, Bloemendaal Van der Kwartel, 2013). De percentages uit beide onderzoeken wijzen erop dat de sociale geneeskunde vaak pas later in de carrière gekozen wordt. Bijvoorbeeld wanneer de artsen gestopt zijn met de vervolgopleiding die ze eerst volgden of nadat ze enkele jaren geen opleidingsplek hebben kunnen vinden. Aangetekend dient te worden dat het capaciteitsorgaan ook laat zien dat veel basisartsen niet terecht komen in het beroep van hun eerste keuze.

Tevens constateert het Capaciteitsorgaan dat de gemiddelde leeftijd bij de start van de opleiding tot bedrijfsarts redelijk hoog maar constant is.

Tabel 3-4 Gemiddelde leeftijd bij start van de vervolgopleiding

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
38,9	39,2	38,1	37,4	39,7	39,6	38,3	38,6

Dat sociale geneeskunde vaak gezien wordt als tweede voorkeur, komt ook naar voren in de cijfers onder recent afgestudeerde artsen (afgestudeerd in 2008-2011). Een kleine 5% van de studenten geeft sociale geneeskunde op als eerste voorkeur en 8% als tweede voorkeur. Voor de bedrijfsgeneeskunde zijn deze cijfers respectievelijk 0,3% en 0,4% (Van der Velde, Abbink-Cornelissen, Bloemendaal Van der Kwartel, 2013).

Tussen 2002, 2009 en 2013 zijn verschuivingen te zien in de aantrekkingskracht van sociale geneeskunde. Sociale geneeskunde wordt steeds minder als eerste voorkeur opgegeven. In 2002 was dit percentage 7%, in 2009 5% en in 2012/2013 4% (idem). Als onderliggende factoren voor de keuze voor sociale geneeskunde als vervolgopleiding wordt door de artsen genoemd: 'de mogelijkheid om deeltijd te werken', 'de gunstige werktijden' en 'de mogelijkheid om in loondienst te gaan werken' genoemd. Factoren die voor alle vervolgopleidingen gelden, zijn 'de inhoud van het werk', 'passie', 'diversiteit' en 'breedte van het vak of de patiëntenpopulatie'. 'Intensief contact met patiënten' en 'de carrièremogelijkheden die het werk biedt' worden over het algemeen van hoog belang geacht, maar dit komt minder naar voren bij de sociale geneeskunde (Van der Velde, Abbink-Cornelissen, Bloemendaal Van der Kwartel, 2013; Van der Velde, Verijdt en Smeets, 2009). Dit kunnen belangrijke redenen zijn waarom basisartsen niet kiezen voor een carrière in de sociale geneeskunde. Ook kan het zijn dat de factoren die genoemd worden om voor sociale geneeskunde te kiezen ('de mogelijkheid om deeltijd te werken' en 'de gunstige werktijden') voor deze artsen geen doorslaggevende factoren zijn. Het Capaciteitsorgaan (2013) vermeldt de volgende aantallen van aios in de bedrijfsgezondheidszorg:

Tabel 3-5 Geregistreerde aios bedrijfsgeneeskunde (bron Capaciteitsorgaan 2013):

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
370	263	178	118	105	89	76	70

De daling in het aantal aios is evident. Nog duidelijker wordt deze door te kijken naar de jaarlijkse instroom in de opleiding.

RGS geeft in het voorjaar van 2015 de meest recente instroomcijfers (terug te vinden in de studie van NVAB en NVVG, juli 2015):

Tabel 3-6 *Jaarlijkse instroom aios in opleiding bedrijfsgeneeskunde (bron: RGS 16 maart 2015)*

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
32	27	15	23	19	13	11	13	20	7

Wat de tabel niet laat zien is de jaarlijkse instroom in de twee opleidingen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen in de periode 2000 tot 2005: De instroom voor de bedrijfsgezondheidszorg was in 2000 112 en voor de verzekeringsgeneeskunde 71. De instroom in beide opleidingen is sinds 2000 dus bijna gedecimeerd. Zichtbaar wordt dat de instroom in 2014 lager is dan ooit genoteerd door het Capaciteitsorgaan. Dit wordt door de arbodiensten zelf toegeschreven aan de onzekerheid die er enige tijd was over de richting van het advies van de SER. Stel dat gekozen was voor het overdragen van verzuimbegeleiding aan de huisarts dan zou investeren in het opleiden van bedrijfsartsen immers niet gewenst zijn. Medio 2015 ligt het totaal aantal bedrijfsartsen in opleiding weer in de buurt van de 20 (Bron: mondelinge mededeling SGBO).

Toekomstige instroom in de bedrijfsarts opleiding

Het Capaciteitsorgaan is door beide ministeries gevraagd te reageren op de vijf scenario's die KPMG Plexus schetst (2013) en die door het kabinet zijn meegegeven bij de adviesaanvraag aan de SER in 2014. In een brief aan de ministeries verwoordt het Capaciteitsorgaan (2014) dit als volgt:

“In alle vijf scenario's is er sprake van verbeteringen in de arbeidsgelateerde zorg. Herintroductie van het bedrijfsgeneeskundig spreekuur voor de werknemers in het MKB, toegankelijk maken van de bedrijfsarts voor de ZZP 'ers, sectorale organisatie van de Arbodiensten, de uitbreiding van de rol van klinisch arbeidsgeneeskundigen en de huisarts zijn allemaal maatregelen die de kwaliteit van de arbeidsgelateerde zorg verbeteren. De beoogde kwaliteitsverbeteringen in de arbeidsgelateerde zorg leiden wel tot een toename van de zorgvraag onder de beroepsbevolking. Deze toename kan worden opgevangen door een toename van de instroom in de twee genoemde medische vervolgoopleidingen. “

En:

“Daarbij moeten we overigens constateren dat de instroom in de vervolgoopleiding tot bedrijfsarts een majeure impuls nodig heeft om te kunnen voldoen aan de toekomstig verwachte zorgvraag. De afgelopen 4 jaar was de instroom gemiddeld 14 aios per jaar, terwijl voor realisatie van uw meest conservatieve scenario (additionele inzet van de klinische arbeidsgeneeskundige) al een instroom van 117 aios noodzakelijk is. Ook vragen wij aandacht voor de effecten die uw beleid op de curatieve zorg kan hebben. Afhankelijk van de keuzes die u maakt zullen jaarlijks mi-

nimaal 5 tot maximaal 291 aiostarts extra in de opleiding huisartsgeneeskunde moeten instromen.”

Dit betekent dat – volgens het Capaciteitsorgaan - er bij het bestaande beleid een grote discrepantie is tussen het aantal bedrijfsartsen dat nodig is om in de toekomst arbeidsgeneeskundige zorg te bieden en het aantal bedrijfsartsen dat dan beschikbaar zal zijn.

Het aantal opleidingsplaatsen voor bedrijfsartsen is ook afhankelijk van de financiering. De werkgever van de arts (meestal een arbodienst) zal de opleiding moeten financieren. Dat maakt de opleiding – anders dan bij de andere medische specialismen – marktgevoelig. Zolang de arbomarkt onzeker is zullen arbodiensten weinig bereid zijn om nieuwe opleidingsplaatsen te creëren. Arbodiensten geven in diverse bronnen en in de klankbordgroep van dit onderzoek aan dat er behoefte is aan meer regie van de overheid, zodat er minder sterke schommelingen ontstaan in het aantal opleidingsplaatsen voor bedrijfsartsen.

3.3 Resultaten interviews en webenquête over de noodzaak tot interventies

3.3.1 Citaten uit interviews over vraag en aanbod

Alle personen uit het veld die bevestigd zijn geven aan dat ze zich bewust zijn van een verminderde instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en zien in de nabije toekomst een tekort optreden. Zij delen ook de visie dat er geïntervenieerd moet worden. Maar er worden ook relativerende opmerkingen gemaakt. Zo wordt er nog geen tekort aan bedrijfsartsen ervaren in het noorden van het land en zien sommigen dat er sinds eind 2014 weer iets meer mensen aan de opleiding zijn begonnen. Een bedrijfsarts meldt dat sommige arbodiensten ook weer expliciet gaan werven.

Er leven bij de geïnterviewden ook veel vragen over het beleid: vaak zijn dit vragen om duidelijkheid en sturing vanuit de overheid. De inhoud van de zogenaamde “ TAZ-brief” (2015) van de minister van SZW⁵ is opvallend genoeg bij slechts weinig van de geïnterviewden exact bekend. En bij enkelen die deze wel kenden riep deze de vraag tot nadere concretisering op.

Enkele citaten:

- “ Hoe groot de vraag naar bedrijfsartsen is, hangt af van het stelsel dat gekozen wordt. In het huidige stelsel is er een tekort. Sinds 2000 daalde de vraag, maar nu stijgt deze weer.”

⁵ Kamerstukken II 2014-2015, 25 883, nr 247

- “ Een stelselherziening waarbij er meer verbinding komt tussen arbeidsgerelateerde zorg en verzekeraarszorg zal de vraag naar bedrijfsartsen doen dalen. Dit omdat er werkzaamheden kunnen worden gedelegeerd naar andere disciplines (bijvoorbeeld het niet-medische deel)”.
- “Nieuw is het grote aantal zelfstandigen in talloze sectoren (ZZP’ers). Hoe wordt daar de arbeidsgerelateerde zorg voor geregeld?”
- “De instroom in de opleiding is laag. In combinatie met de vergrijzing zal er een gat kunnen ontstaan. Het is mogelijk dat bedrijfsartsen na hun pensioen doorgaan als ZZP’er (“ qua werklast en werktijden is dat goed te doen”)”.
- “De toekomst van het vak is onzeker, dit kan voor artsen een reden zijn om geen bedrijfsarts te worden. Verzekeringsgeneeskunde ligt er dicht naast. Daar zijn banen, dus daar wordt eerder voor gekozen”.
- “ Steeds meer aanleunende disciplines springen bij om een tekort aan bedrijfsartsen op te vangen. Zo kan de arboverpleegkundige het verzuimdeel doen en de arbeidshygiënist werk op het gebied van preventie.”
- “ Arbodiensten zitten op dit moment weer wel te springen om opgeleide bedrijfsartsen. Als een bedrijfsarts van [naam van een Arbodienst] zorgt dat iemand instroomt in de opleiding krijgt diegene daar een maandsalaris voor”.

3.3.2 Resultaten webenquête

De antwoorden van de verschillende subgroepen die zijn bevraagd in de webenquête verschillen significant van elkaar op de vraag of het nodig is om maatregelen te nemen om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden. 80% van de bedrijfsartsen i.o. denkt dat het nodig is om maatregelen te treffen om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden. Onder bedrijfsartsen zelf ligt dit percentage nog iets hoger, namelijk op bijna 82%. Van de basisartsen denkt 66% dat maatregelen nodig zijn; 19% heeft hier geen mening over. Aangenomen mag worden dat veel basisartsen daarover ook minder geïnformeerd zijn.

Ongeveer de helft van de bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. die het nodig vindt dat er maatregelen worden getroffen noemt daarbij spontaan als reden dat de bedrijfsarts een ‘uitstervend’ beroep is als gevolg van de vergrijzing en lage instroom; 21% van de basisartsen noemt spontaan dezelfde reden. Een kwart (24%) geeft in een open antwoord aan dat zij vinden dat maatregelen nodig zijn omdat de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg anders achteruit gaat, wat een negatief effect heeft op gezond werken. Een klein deel van de bedrijfsartsen, bedrijfsartsen i.o. en basisartsen stipt aan dat maatregelen nodig zijn, omdat er weinig opleidingsmogelijkheden zijn. Verder noemen met name basisartsen spontaan dat maatregelen nodig zijn omdat het imago van de bedrijfsarts niet al te positief is. (Dit wordt door een enkele bedrijfsarts aangestipt en door geen van de bedrijfsartsen i.o.).

Een kleine minderheid van de bedrijfsartsen i.o. (12%), van de bedrijfsartsen (16%) en van de basisartsen (15%) vindt het niet nodig dat er maatregelen worden getroffen om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden. Redenen die zij aandragen zijn bijvoorbeeld dat zij zelf geen tekort ervaren; dat ze vinden dat bedrijfsartsen zelf moeten laten zien dat ze onmisbaar zijn (en dus een wenselijk product te bieden hebben) of dat zij in de komende jaar een toeloop van bedrijfsartsen verwachten door het hoge aantal werkloze basisartsen en specialisten. Ook zijn er enkele bedrijfsartsen, basisartsen en bedrijfsartsen i.o. die denken dat de markt het probleem zelf oplost, bijvoorbeeld door een herverdeling van taken.

3.4 Conclusies over de ontwikkelingen in vraag en aanbod

In de voorgaande paragrafen worden verschillende ontwikkelingen geschetst die de vraag naar en het aanbod van bedrijfsartsen bepalen. In Figuur 3.1 staan de belangrijkste ontwikkelingen geordend.

De balans opmakend

In de NIVEL-studie van 2011 en die van het Capaciteitsorgaan in 2013 wordt geconcludeerd (p. 47-48) dat vooral door het verhogen van de pensioenleeftijd en een vergroting van de arbeidsparticipatie van specifieke groepen met gezondheidsproblemen er de komende jaren zeker een toenemende vraag zal zijn naar inzet vanuit de bedrijfsgezondheidszorg, specifiek gericht op meer complexe zorgvragen. Ook de beleidsdoelen van het kabinet inzake de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg vragen om een intensivering die met het huidige aanbod moeilijk te realiseren is.


NIVEL stelt vast dat om in 2022 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod er vanaf 2012 op jaarbasis tussen de 99 en de 205 bedrijfsartsen zouden moeten instromen. Ten tijde van deze studie van NIVEL (2011) was de verwachte instroom op jaarbasis 25 bedrijfsartsen. Deze instroom is zodoende te laag.

In 2013 stelde het Capaciteitsorgaan dat het over de gewenste instroom van bedrijfsartsen voor de nabije toekomst geen advies kon geven wegens:


- Het (nog steeds) ontbreken van stabiliteit op de markt van de bedrijfsgezondheidszorg;
- De onzekere vooruitzichten voor de Arbodiensten;
- Het beleidsvacuüm waarin de sector op dat moment verkeerde.

Figuur 3.1 De ontwikkelingen: meer of minder vraag naar bedrijfsartsen?

(groen=meer, rood=minder)

<p><i>Demografisch/epidemiologisch</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Feitelijke beroepsbevolking stijgt- Vergrijzing en verbreding beroepsbevolking: hierdoor meer aandoeningen- Vervangingsvraag: 40 % van de bedrijfsartsen van 2015 is in 2025 met pensioen <p><i>Wetgeving/beleid</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Hogere pensioenleeftijd werknemers- Stimulering duurzame inzetbaarheid en meer arbeidsparticipatie (P wet)- Wijzigingen Arbowet: verbetering toegang tot bedrijfsarts en contract- Stimulering van preventie (bijvoorbeeld versterking handhaving arbowetgeving) <p><i>Economisch</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Economische groei (meer ziekteverzuim)- Meer investeren in preventie en bedrijfsgeneeskundige zorg <p><i>Taakverschuiving</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Meer preventie, bijvoorbeeld bemoeienis met levensstijl van werknemers- Explicietere taak van bedrijfsartsen in bevorderen duurzame inzetbaarheid	
--	--

Behoefte aan nieuwe instroom bedrijfsartsen

<p><i>Demografisch</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Omvang potentiële beroepsbevolking daalt <p><i>Wetgeving</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Hogere pensioenleeftijd bedrijfsartsen- Versobering van de arbeidsgerelateerde zorg- Weinig handhaving <p><i>Economisch</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Globalisering, prijzen onder druk, dwingt tot lagere investering in arbozorg- Krimpende markt voor bedrijfsgezondheidszorg (minder vraag van werkgevers)- Flexibilisering arbeidsmarkt: geen arbeidsgerelateerde zorg voor ZZP'ers e.d. geregeld (is groeiende populatie) <p><i>Taakverschuiving</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Overdracht niet (strikt) medische taken aan casemanagers- Betere ICT en organisatie meer gestroomlijnd, efficiënter werken bij Arbodiensten- Beperkt tot gezondheid gerelateerde klachten en specifieke aandoeningen (PSA, bewegingsapparaat, longen) en de rest van het werk door andere professionals- Meer werk overgenomen door de klinische arbeidsgeneeskundige, of arboverpleegkundige	
---	---

De SER stelde drie vormen van (verbeterde) arbeids-gerelateerde zorg voor: De interne arbodiensten bij grote bedrijven, sectorale en/of regionale (Arbo)diensten en de huisarts/eerstelijnszorg voor de overige werkenden. Sociale partners en de kroonleden kwamen echter niet tot overeenstemming hierover. Het kabinet concludeerde zodoende dat er onvoldoende draagvlak is voor een stelselherziening. Daarnaast onderkent het kabinet wel dat het aantal bedrijfsartsen (in de opleidingen en door vergrijzing) momenteel en zeker in de nabije toekomst drastisch terugloopt.

Op basis van het SER-advies (2014) is begin 2015 een aantal beleidsaanpassingen voorgesteld door het kabinet.

Resumerend de doelen die het kabinet gesteld heeft voor de toekomst van de arbeids-gerelateerde zorg:

1. Betere arbodienstverlening door meer betrokkenheid van werknemers.
2. Meer preventie op het werk.
3. Het vastleggen van een basiscontract voor professionele arbodienstverlening en meer bescherming voor de werknemer.
4. Betere zorg voor werknemers door goede samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg.

Het bereiken van deze doelen zal niet alleen moeten leiden tot een betere arbodienstverlening, maar zal – naar het zich laat aanzien - ook niet kunnen worden gerealiseerd zonder een toename van het – ten opzichte van de prognoses beschikbare – aantal bedrijfsartsen.

Vrije toegang van werknemers tot de bedrijfsarts zal in de wetgeving worden vastgelegd. Het kabinet wijst op de eerste verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers bij het behalen van deze doelen en rekent op een faciliterende rol van de beroepsverenigingen en de medische opleidingen ter verbetering van de kwaliteit van de geboden zorg en ter verbetering van kennisontwikkeling en samenwerking. NVAB kreeg zodoende subsidie om onderzoek te doen naar het werven van nieuwe bedrijfsartsen, via ZonMw is onderzoek uitgezet uit naar de kennisinfrastructuur Arbeid & Zorg en naar de rol van klinisch arbeidsgeneeskundigen. Daarnaast werd het onderhavige onderzoek naar de instroom van bedrijfsartsen uitgezet met de vraag: is het noodzakelijk om te interveniëren? En als dat zo is: op welke wijze en door welke stakeholders?

Bovengenoemde ontwikkelingen afwegend is inderdaad te verwachten dat er al op korte termijn rekening gehouden moet worden met een tekort aan bedrijfsartsen. Al is het alleen al om de vervangingsvraag op te vangen van 40 % van de bedrijfsartsen die de komende tien jaar met pensioen gaan. Deze vraag moet rond

2020 zijn opgelost, want pas na 4 jaar opleiding is een nieuwe bedrijfsarts volledig en zelfstandig inzetbaar (tijdens de opleiding werkt de aios uiteraard al, maar is deze nog minder productief). Door een up to date capaciteitsberekening waarvoor draagvlak bestaat in het veld kan beter worden bepaald hoeveel nieuwe bedrijfsartsen nodig zijn. Hiervoor moet worden nagedacht over mogelijke ontwikkelingen van het takenpakket (bijvoorbeeld uitbreiding tot zorg voor ZZP'ers) en de gevolgen daarvan voor de capaciteitsbehoefte. Ook moet worden stilgestaan bij wat mogelijk is in de sfeer van taakherschikking (bijvoorbeeld door taken door te schuiven naar arboverpleegkundigen).

Heldere afspraken over een nieuwe taakverdeling (met waarborging van de kwaliteit van de geleverde zorg) zou de arbo- en arbeidsgeneeskundige sector kunnen helpen: de partijen zouden dit zelf met elkaar moeten overeenkomen. De veldpartijen (arbodiensten, beroepsgroepen, werkgevers, werknemers, etc.) kunnen hier een trekkersrol in vervullen; hier ligt de primaire verantwoordelijkheid niet bij de overheid. Waar het de geneeskundige taken betreft: bedrijfsartsen en arboverpleegkundigen zijn geregistreerd in het BIG-register. Als zij met elkaar tot een nieuwe taakverdeling zouden komen kan dit via de daarvoor gebruikelijke procedures in het BIG-register worden vastgelegd.

Diverse bronnen en ook de resultaten van dit onderzoek benadrukken dat de onzekerheid over het wettelijke en beleidsmatige kader de sector afwachtend maakt. Tot dusver neemt geen van de partijen het initiatief om in overleg met anderen tot een concreet actieplan te komen. Toch hebben alle partijen hun eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden om bij te dragen aan een oplossing. Wat kenmerkend lijkt voor de problematiek is dat geen enkele stakeholder zich als *probleemhouder* beschouwt. Er zijn wel degelijk signalen gegeven door NVAB, het capaciteitsorgaan en de opleidingen, maar er wordt niet door gepakt. Het lijkt of alle spelers in het veld – inclusief de overheid - op elkaar wachten. Wel bestaat de voorzichtige indruk dat de arbodiensten het laatste jaar meer vacatures openstellen voor jonge artsen. De instroom is in 2015 iets hoger dan in de afgelopen jaren. Dit is echter bij lange na niet genoeg om van een afdoende oplossing te mogen spreken

Dat er geïntervenieerd moet worden is evident. De mate waarin er geïntervenieerd moet worden is mede afhankelijk van de vraag of werkgevers (en werknemers!) de verlangde verbeteringen in de arbeidsgerelateerde zorg daadwerkelijk realiseren. Daarnaast zijn ontwikkelingen in het aanbod van bedrijfsartsen van belang: De recente ontwikkelingen in de in- en uitstroom in het vak en de opleiding van de bedrijfsarts, in combinatie met de vervangingsvraag voor gepensioneerde bedrijfsartsen, nopen zeker tot maatregelen.

4 Behoeften van werkgevers en werkenden

4.1 Werkgevers en werknemers

Het overheidsbeleid is erop gericht de arbeidsdeelname te verhogen. De focus ligt op langer doorwerken voor iedereen en meer arbeidsparticipatie van groepen met een achterstand op de arbeidsmarkt. Deze focus zien we in hoofdstuk 3 terug bij de ontwikkelingen die van invloed zijn op de inzet van arbeidsgerelateerde zorg.

In het overheidsbeleid is een belangrijke rol weggelegd voor werkgevers: investeringen in het personeel zijn van belang om werknemers duurzaam inzetbaar te laten blijven op de arbeidsmarkt. Maatregelen die dit moeten bewerkstelligen, liggen niet alleen op het terrein van gezonde arbeidsomstandigheden; het gaat bijvoorbeeld ook om scholing en ontwikkelmogelijkheden voor personeel, een gezonde balans tussen arbeid en zorg, en van-werk-naar-werkactiviteiten.

In de brief van de minister van SZW over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (2015) worden de accenten gelegd op betere arbodienstverlening door meer betrokkenheid van werknemers, meer preventie, meer bescherming van werknemers en betere zorg door goede samenwerking tussen bedrijfsgezondheidszorg en reguliere gezondheidszorg. Het bereiken van deze doelen vraagt extra inspanningen van werkgevers en deels ook van werknemers.

In dit onderzoek is de focus gelegd op de ontwikkelingen die de vraag naar arbeidsgerelateerde zorg bepalen en naar de bevindingen in dit werkveld ter verbetering van deze zorg. De inzet van werkgevers is echter ook van invloed op het beantwoorden van deze vraag. Waar zetten werkgevers op in, wat willen zij? Hetzelfde geldt voor de behoeften van werkenden: welke (verandering in) behoefte is er onder werknemers en ZZP'ers?

4.2 Behoeftte werkgevers aan bedrijfsgeneeskundige zorg - literatuur

Weinig interesse, geen groei te verwachten

In paragraaf 3.1.1. is reeds een korte analyse gegeven van de ontwikkelingen die volgens de literatuur spelen in de vraag naar arbodienstverlening. Volgens IG&H (2011) zijn klanten (werkgevers) niet of nauwelijks geïnteresseerd in arbodienst-

verlening. Werkgevers willen zich geen zorgen hoeven te maken over de gezondheid of de financiële risico's van zieke werknemer. En ze verwachten geen meerwaarde van extra inspanningen van arbodienstverleners op het terrein van preventie. De arbodienstverlening is een krimpende markt. Ook Van der Kemp et al (2014) verwachten geen herstel of verbreding in de markt van de bedrijfsgezondheidszorg door een grotere vraag van werkgevers. Ook de cijfers van de inspectie SZW (2014) laten reeds zien dat het aantal bedrijven met een contract met een arbodienstverlener sterk gedaald is tussen 2003 en 2012. Een deel van die ontwikkeling kwam voort uit het gewijzigde beleid waarbij de arbozorg in de onderneming directer op de werkvloer gedaan zou moeten worden door een preventiemedewerker binnen het bedrijf.

Geringe aandacht voor duurzame inzetbaarheid en arbeidsomstandigheden

Deze bevindingen werden zeer recent verder onderbouwd door het SCP. Cijfers uit het Arbeidsvraagpanel van SCP onder werkgevers (Van Echtelt et al, 2015) laten zien dat de investeringen in de duurzame inzetbaarheid van werknemers zich op veel punten niet bewegen in de door de overheid gewenste richting. Ook uit het panel blijkt dat arbeidsomstandigheden het afgelopen decennium steeds minder aandacht van werkgevers kregen. Dat maakt dat het zonder grote beleidsinspanningen niet zal lukken werkgevers actief in te zetten op het bereiken van de doelen die SZW heeft gesteld. Ondanks de grote maatschappelijke aandacht voor duurzame inzetbaarheid, investeren werkgevers niet vaker in scholing van werknemers (Van Echtelt et al, 2015). Hoewel er over een langere periode (sinds de jaren negentig) sprake was van een stijging in het aandeel werknemers dat een opleiding of cursus volgt, neemt scholing het laatste decennium niet toe. Het zijn relatief vaak werknemers met een vast contract die een aan het werk gerelateerde cursus of opleiding volgen. Werknemers die, vanwege hun tijdelijke contract, scholing het hardst nodig hebben voor hun inzetbaarheid op de arbeidsmarkt, profiteren dus het minst. Ook het aantrekken van mensen met gezondheidsbeperkingen heeft erg weinig prioriteit bij werkgevers.

Wat betekent dit voor de arbeidsgerelateerde zorg? Als er vanuit de 'markt' geen vraag is naar preventie en verbetering van arbeidsomstandigheden, wat is dan de consequentie? Uiteraard wordt de marktvrage vanuit werkgevers sterk ingegeven door 'de vrage van vandaag' en is de beleidsvrage er meer een van de nabije toekomst. Wordt er ingezet op meer handhaving van de arbowetgeving? Of op nieuwe stimuleringsregelingen, concrete afspraken of convenanten? In het slothoofdstuk noteren we een aantal suggesties uit het veld.

Werkgevers wensen een kleinere loondoorbetalingsverplichting bij ziekte

Het Arbeidsvraagpanel bevat ook informatie over overheidsmaatregelen die door individuele werkgevers wenselijk geacht worden. Het vaakst wordt genoemd een

kleinere verantwoordelijkheid voor werkgevers voor de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid (loondoorbetalingsverplichting bij ziekte) (Van Echtelt et al 2015). Er wordt overigens in dit kader bij SZW momenteel een voorstel ontwikkeld om kleinere werkgevers een eigen risico te geven van een jaar.

Werkgevers positiever over doorwerken van werknemers tot na het zestigste jaar
Een ontwikkeling die zich wel beweegt in de door de overheid gewenste richting van langer doorwerken is het toenemende aantal werkende ouderen. Werkgevers zijn positiever gaan denken over het doorwerken van werknemers tot na het zestigste jaar, aldus het SCP (Van Echtelt et al 2015).

4.3 Behoeftte werkgevers – input uit interviews en klankbordgroep

Visie werkgeversorganisaties

- Werkgeversorganisaties, voor dit onderzoek geïnterviewd, geven aan dat de bedrijfsarts lang niet altijd nodig is. Herschikking van taken is hun inziens zeker een optie om het tekort aan bedrijfsartsen aan te vullen. Werkgeversorganisaties staan in principe positief tegenover taakherschikking;
- Ook benadrukken ze dat ‘arbeid’ centraal moet staan bij de bedrijfsgezondheidszorg. Het is in hun ogen jammer dat er geen stelselwijziging zal komen: dat had richting kunnen geven aan een nieuwe inrichting van de arbeidsgerelateerde zorg. Bijvoorbeeld tot een nieuwe opleiding voor bedrijfsartsen, meer specialisatie van bedrijfsartsen (op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting, fysieke klachten, stoffenbeleid (huid/longen));
- Werkgeverorganisaties wijzen in de interviews en de klankbordgroep ook op de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer en de aandacht die er in bedrijven (volgens hen) reeds wordt besteed aan duurzame inzetbaarheid.

De rol van de werkgevers volgens andere geïnterviewden

- *Specialisatie.* In enkele interviews en de klankbordgroep wordt aandacht gevraagd voor het in het SER-advies (2014) voorgestelde scenario van meer regionale of sectorgewijze arbodiensten. Werkgevers zouden op sector niveau overstijgende afspraken kunnen maken over de aard en omvang van de arbodienstverlening. Dit vraagt om meer specialisatie van bedrijfsartsen ten aanzien van specifieke bedrijfsproblemen en gezondheidsproblematiek die in de sector waarvoor zij werken veel voorkomen. Dat kan het vak inhoudelijk ook aantrekkelijker maken. Werkgeversorganisaties zijn een voorstander van dit scenario;
- *Maatwerk.* De vraag naar bedrijfsartsen blijft, maar de wensen van de klanten veranderen: ze willen niet meer per se een arbodienst maar een geregistreerde bedrijfsarts en maatwerk. Er zijn ook bedrijven die echt willen dat de be-

drijfsarts tijd voor het bedrijf heeft, dat er persoonlijk contact is. Die werken liever niet met casemanagers. Verder wordt gesignaleerd dat werkgevers graag meer verbinding zien tussen arbeidsgerelateerde zorg en verzekeraarszorg. Met ruimte voor maatwerk. Hier zijn geen grote veranderingen voor nodig;

- *Preventie.* Er is onder geïnterviewden een wisselend beeld als het gaat om de rol van de bedrijfsarts bij preventie en het bieden van ondersteuning bij het optimaliseren van de duurzame inzetbaarheid. Voor sommigen is het een vraagteken hoe opdrachtgevers (werkgevers) de rol van de bedrijfsarts zien. Mag je als bedrijfsarts meer dan alleen schadelast beperken? Anderen signaleren alleen dat werkgevers belangstelling tonen voor duurzame inzetbaarheid en dat de bedrijfsarts een rol kan spelen in het gezond aan het werk houden van oudere werknemers. Er zijn ook geïnterviewden die signaleren dat de bedrijfsarts in dit alles een actieve rol kan spelen maar dat werkgevers daar weinig belangstelling voor tonen. Factoren die volgens geïnterviewden van positieve invloed zijn op de vraag/mate van preventie door werkgevers zijn: wettelijke verplichtingen; de grootte van de organisatie; mate van aandacht van het bedrijf in de media; veroudering van de werkzame beroepsbevolking (langer werken) en de participatiewet. Daarnaast wordt aangestipt dat er een Europese (preventie)richtlijn is. Op papier is alles goed geregeld, maar bij de implementatie van preventie zijn we in Nederland afhankelijk van de mate waarin werkgevers hierin werkelijk hun verantwoordelijkheid nemen.
- *Belangenconflict werkgever versus bedrijfsarts.* Geïnterviewden signaleren dat de driehoeksverhouding met de opdrachtgever (de werkgever) en de werknemer lastig kan zijn: een bedrijfsarts moet de belangen van beide partijen behartigen en is zelf afhankelijk van de werkgever. Adviezen van bedrijfsartsen worden niet altijd opgevolgd door de werkgever. Zeker als het om preventie gaat worden adviezen nogal eens genegeerd. Ook wanneer de bedrijfsarts bij een groot bedrijf (intern) werkt kan dat lastig zijn omdat de bedrijfsarts onder druk staat van de klant. De bedrijfsarts wil doorgaans werken aan duurzame re-integratie. Het bedrijf wil het liefst dat de werknemer direct weer aan de slag gaat of blijft. Door dit belangenconflict wisselen bedrijven soms van bedrijfsarts.
- *Bezuinigingen.* Men signaleert dat werkgevers bezuinigen waar ze kunnen. Zo wordt er kritisch gekeken naar de uren dat de bedrijfsarts wordt ingezet. Bedrijfsartsen merken soms hoe er door werkgevers bekibbeld wordt op de uren. De onderbouwing voor deze bezuinigingen ontbreekt vaak, aldus de respondenten.

- *Controle op wettelijke kaders die gelden voor werkgevers.* Geïnterviewden signaleren dat controle op de naleving van de wettelijke verplichting voor werkgevers om een contract af te sluiten met een arbodienst of een zelfstandig bedrijfsarts een belangrijke taak is van de overheid. Dit zou de bedrijfsarts zekerheid bieden (over de toekomst van het vak). Bemoeyenis van VWS is hierbij ook wenselijk, zo geeft men aan. Ook is er behoefte aan richting vanuit de overheid welke kwaliteit van bedrijfsgeneeskundige zorg wenselijk is (gezien o.a. de in interviews en literatuur gesignaleerde geringe belangstelling van werkgevers voor preventie, het belangenconflict tussen bedrijfsarts en werkgever, bezuinigingen op de uren etc.). Moet de markt vraag alles bepalend zijn of moet je als overheid zeggen: als we deze kwaliteit van bedrijfsgeneeskundige zorg willen, dan is dit nodig aan wettelijk kader en/of handhaving en/of beleid? Dat is een vraag die in veel interviews op tafel komt.
- *Cao-afspraken.* De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) ziet voor zichzelf drie rollen weggelegd: (a) bij het afsluiten van cao's afspraken maken met werkgevers over zaken die niet wettelijk geregeld zijn; (b) men komt overal in het land dus daar informatie ophalen in hoeverre werkgevers voldoen aan de eisen; (c) participeren in toekomstige ontwikkelingen. De NVAB vult hier op aan dat de LAD zou moeten onderhandelen over secundaire arbeid en het ontwikkelen van professionaliteit (kwaliteitsontwikkeling). Door een branche cao zou er minder sprake zijn van concurrentie op lage prijs (al kan een arbodienst nog steeds boven cao belonen).

4.4 Bedreigingen voor de toekomst van het vak – input webenquête

Ruim de helft (56%) van alle bevroegde subgroepen ziet minder inspraak van de bedrijfsarts op directieniveau bij klantorganisaties als bedreiging voor de toekomst van het vak. Verder zien arboverpleegkundigen significant vaker bezuinigingen bij klantorganisaties als bedreiging voor het vak van de bedrijfsarts (82% versus ongeveer de helft van de artsen). Ook signaleren zij samen met basisartsen significant vaker (36% en 34%) baanonzekerheid als bedreiging voor het vak.

Tabel 4-1 Bedreigingen – qua uitoefening van het vak

	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfs- arts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arbover- pleegkundi- gen (n=44)	Totaal (n=206)
<i>Percentage (zeker) een bedreiging</i>					
Bezuinigingen bij klantorganisaties*.	48,0	50,0	49,1	81,8	56,3
Minder inspraak van de bedrijfsarts op directieniveau bij klantorganisaties.	32,0	66,7	52,8	52,3	55,8
Baanonzekerheid.	16,0	19,1	34,0	36,4	26,2

4.5 Behoeftte werkenden – input interviews en klankbordgroep

Qua behoeften van werkenden signaleerden geïnterviewden/de klankbordgroep:

- dat bedrijfsartsen wellicht meer hun oor te luisteren zouden moeten leggen op de werkvloer (immers het speelveld van bedrijfsartsen) zodat daar impulsen uit kunnen worden gehaald;
- dat de Participatiewet wellicht zal leiden tot meer vraag naar bedrijfsartsen: bedrijven die mensen met beperkingen aannemen hebben goede arbeidsgerelateerde zorg nodig. Het is aan (opleiders van) bedrijfsartsen om hun expertise aan te laten sluiten op deze specifiekere zorgvraag: je verwacht een vraag naar specialisatie als (meer) groepen met (meer) beperkingen op de arbeidsmarkt komen. De vraag is of dat aanbod er al voldoende is;
- dat werkgevers de bedrijfsarts vaak te laat inzetten. Werkenden zouden (gestimuleerd moeten worden om) meer/voldoende eigen verantwoordelijkheid te nemen om (preventief) bij een bedrijfsarts aan te kloppen;
- dat er een behoefte is aan een betere toegankelijkheid van de bedrijfsarts, zodat alle werknemers met vragen of problemen kunnen aankloppen;
- dat de toegang voor ZZP'ers tot bedrijfsartsen beperkt is. Zij komen direct bij de verzekeringsarts terecht als ze langdurig verzuimen en een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben;
- dat ook flexwerkers eerder bij de verzekeringsarts komen. De arbobegeleiding wordt voor hen immers door UWV ingevuld. Momenteel lopen er pilots in drie sectoren waarbij de verantwoordelijkheid voor de begeleiding en re-integratie van einddienstverbanders (een subgroep van flexwerkers) na het tijdelijk dienstverband bij de werkgever blijft en niet overgaat naar UWV.⁶ Dit verruimt de doelgroep van werkenden waar bedrijfsartsen (nu nog in pilotsetting) hun diensten aan verlenen.

4.6 Conclusies over de behoeften van werkgevers en werkenden

De geschetste beleidsontwikkelingen in hoofdstuk 3 (langer doorwerken, participatiewet, meer preventie, verbetering arbeidsgerelateerde zorg) doen vermoeden dat er behoefte is aan meer bedrijfsartsen in de (nabije) toekomst. Echter, de marktvrage (van werkgevers) lijkt niet voldoende aan te sluiten op de wettelijke verplichtingen ten aanzien van arbo- en bedrijfsgezondheidszorg.

⁶ Convenant tijdelijk besluit experimenten Ziektewet. Een convenant tussen de Sector Transport en Logistiek, de Sector Agrarisch en Groen, de Sector Detailhandel en UWV als alternatief voor de arbeidsverledeneis in het sociaal akkoord.

De huidige trend onder werkgevers is dat er weinig belangstelling is en geen extra investeringen te verwachten zijn in het inzetten van de arbodienstverlening. Duurzame inzetbaarheid en preventie zijn wel thema's die volgens werkgeversorganisaties op de agenda staat in het personeelsbeleid, maar deze komen nog niet tot uiting in de prioriteiten in het personeelsbeleid van individuele bedrijven volgens SCP-cijfers. Werkgevers hebben zoals blijkt uit de interviews en de literatuur weinig behoefte aan arbodienstverlening op deze terreinen.

Ook over de rol van bedrijfsartsen verschillen de werkgevers van mening met de andere stakeholders die in dit onderzoek aan het woord komen. De rol van de bedrijfsarts zou beperkter kunnen zijn wat de werkgevers betreft. Werkgeversorganisaties pleiten voor meer taakherschikking en meer specialistische bedrijfsgeneeskundige zorg, bij voorkeur sector en aandoeningen-specifiek. Bedrijfsartsen zelf vrezen uitholling van het vak en nog meer bezuinigingen waardoor minder (en kwalitatief mindere) zorg verleend kan worden. Ook wordt veelvuldig gewezen op de beperkte naleving van de wettelijke regels inzake de arbozorg. Meer sturing vanuit zowel SZW als VWS, meer handhaving van de inspectie SZW en een eigen cao voor de arbodienstverlening zou kunnen helpen in het verbeteren van de naleving, aldus opgetekend in de interviews en webenquête.

Een betere toegankelijkheid van de bedrijfsarts, het eerder inzetten van een bedrijfsarts (meer preventie) en meer arbeidsgerelateerde zorg voor mensen die niet in loondienst werken (ZZP'ers, flexwerkers) zijn thema's die in de literatuur, de interviews en de webenquête veelvuldig terug komen. Toch wordt geconstateerd door een vertegenwoordiger van werknemers in de klankbordgroep dat binnen de bedrijven en binnen OR'en door werknemers het thema van de arbeidsgerelateerde zorg nauwelijks aandacht krijgt.

Dit werpt de vraag op: Is in Nederland de markt vraag (de vraag van de dag) bepalend? We kunnen concluderen dat de mate van wetgeving, handhaving en sturing vanuit de overheid van grote invloed is gebleken op de vraag naar bedrijfsgeneeskundige zorg bij werkgevers en werknemers in de praktijk. Als de politiek het ingezette beleid wil handhaven noodzaken de recente ontwikkelingen qua in- en uitstroom van bedrijfsartsen (met name de vervangingsvraag voor bedrijfsartsen die met pensioen gaan) en de in dit hoofdstuk gesignaleerde (deels uitblijvende) markt vraag tot maatregelen om het aantal bedrijfsartsen in Nederland op peil te houden. Vanuit werkgevers zijn bijvoorbeeld momenteel weinig initiatieven te verwachten om de doelstellingen uit de TAZ brief van SZW te behalen. Werkgevers zullen extra gestimuleerd of geprikkeld moeten worden om preventie, duurzame inzetbaarheid en een toegankelijke arbodienstverlening voor alle werknemers vorm te geven. Dit vraagt om coördinatie en regiekracht vanuit SZW en VWS.

5

Potentiële bedrijfsartsen: kiezen voor het vak?

5.1 Wat leert de literatuur over deze keuze?

Aantrekkelijke aspecten van het vak van bedrijfsarts volgens basisartsen

Bedrijfsarts worden is geen vanzelfsprekende optie voor basisartsen. Toch zijn er ieder jaar enkele artsen die bewust de keuze maken voor de opleiding tot bedrijfsarts. Recent deed SGBO hier onderzoek naar. Enkele redenen voor hun keuze die door jonge bedrijfsartsen worden genoemd, zijn: meer tijd en aandacht voor de cliënt in combinatie met prettige arbeidsvoorwaarden zoals regelmatige werktijden, geen avond- of nachtdiensten, minder hectiek en een lagere werkdruk dan in het ziekenhuis gebruikelijk is (Greijn & Van der Gulden, 2015; vergelijkbaar met de bevindingen van Soethout, 2010, Marcelissen et al, 2010, Plomp et al (2010) en NVAB, juni 2015). Daarnaast speelt het teamgevoel en de afwezigheid van hiërarchie, de verscheidenheid aan problematiek en het kijken naar de cliënt in plaats van naar de diagnose een belangrijke rol (Greijn & Van der Gulden, 2015).

Minder aantrekkelijke aspecten van het vak van bedrijfsarts

Hetgeen medische studenten aantrekkelijk vinden van het geneeskundige vak, herkennen zij nauwelijks in het vakgebied van de sociale geneeskunde. De associaties die de studenten hebben met het vak van bedrijfsarts komen niet overeen met de beelden die zij hebben van hun latere werk als arts (Soethout, 2010). Studenten herkennen het belang van preventie en gezondheidsvoorlichting, maar lopen er niet warm voor. Public Health staat veraf van de belevingswereld van de studenten die zich in grote meerderheid oriënteren op een loopbaan waarin ze iets voor patiënten kunnen betekenen (Van der Gulden, 2012). Omdat studenten niet herkennen wat ze als bedrijfsarts voor een patiënt kunnen betekenen, sluiten ze al in een vroeg stadium van hun studie de optie af om bedrijfsarts te worden.

Redenen om niet te kiezen voor het vak

Een belangrijke verklaring waarom bedrijfsgeneeskunde niet als toekomstig werkveld wordt gezien ligt in het feit dat er tijdens de *geneeskundeopleiding* bijzonder weinig aandacht wordt geschonken aan de bedrijfsgeneeskunde (NVAB, 2015). Soethout (2010) licht dit bezien vanuit VUMC toe: in een studie van 6 jaar is een coschap sociale geneeskunde van 2 weken opgenomen. De studenten mogen kiezen met welk discipline zij binnen dit coschap willen kennismaken. 50 % kiest de maatschappelijke gezondheidszorg, 40 % kiest de bedrijfsgezondheidszorg en 10 %

kiest de verzekeringsgeneeskunde. Dat maakt dat de meeste studenten als zij afstuderen als basisarts het vakgebied van de bedrijfsarts niet of nauwelijks kennen.

Dat geneeskunde-studenten en pas afgestudeerde artsen geen beeld hebben bij het beroep van de bedrijfsarts, blijkt uit de vragen die gesteld werden tijdens de Carrièrebeurs bij de NVAB stand. De meest gehoorde vragen waren: ‘Kunt u mij vertellen hoe uw dag als bedrijfsarts eruit ziet?’ en ‘Waarom heeft u gekozen voor het vak van bedrijfsarts?’ (NVAB, 2015 “ de bedrijfsarts werkt”).

Een andere reden waarom studenten niet in eerste instantie kiezen voor de sociale geneeskunde is het gebrek aan inspirerende rolmodellen vanuit de vakgroep. Uit onderzoek blijkt dat rolmodellen een belangrijke rol spelen in het kiezen van een specialisme (Cruess, Cruess & Steinert aangehaald in Greijn & Van der Gulden, 2015). Het onderwijs voor bedrijfsgeneeskunde wordt veelal gegeven door oudere, mannelijke bedrijfsartsen. Hierdoor worden de studenten (overwegend vrouwen) bevestigd in hun vooroordelen dat het inderdaad een vak is voor mannen aan het einde van hun carrière (Greijn & Van der Gulden, 2015).

5.2 Wat wordt er in de interviews vermeld over de studiekeuze?

Aantrekkelijke aspecten van het vak om bedrijfsarts te worden (of te blijven)

Geïnterviewden verwijzen naar de breedte van het vak; de gelegenheid om aan preventie te doen; er belang aan hechten om als bedrijfsarts te kunnen werken; arbeidsvoorwaarden en het speelveld waar je je in begeeft als aspecten die het aantrekkelijk maken om te kiezen voor het vak van bedrijfsarts (/dit vak uit te oefenen). De betere werk-privé balans ten opzichte van andere disciplines zou gezien de feminisering van de geneeskunde kunnen leiden tot meer instroom in het vak, mits er voldoende aandacht is voor het vak in het geneeskundecurriculum en de co-schappen, zo veronderstelt een actor. Enkele citaten:

De breedte van het vak

- “Het is een aantrekkelijk vak voor mensen die affiniteit hebben met management & organisatie. En arbokennis is toepasbaar in verschillende sectoren.”
- “Generalist zijn: je hebt zowel communicatieve vaardigheden als medische kennis nodig.”

Preventie

“De meeste artsen zien alleen patiënten met klachten die voorkomen hadden kunnen worden. Als bedrijfsarts kan je je bezig houden met preventie om deze klachten daadwerkelijk te voorkomen.”

Het belangrijk vinden om als bedrijfsarts te werken

“Individuele gesprekken, aandacht voor de persoon, nadenken over de vraag hoe houden we mensen zo lang mogelijk gezond aan het werk? Hoe haal je het beste uit mensen, ondanks beperkingen?”

Arbeidsvoorwaarden

- “Regelmaat, geen diensten, flexibel in het indelen van werktijd. De balans werk-privé is beter.”
- “Minder belastend werk: een bedrijfsarts ziet geen hele zieke patiënten.”
- “Baangarantie.”
- “Prima secundaire arbeidsvoorwaarden.”
- “Goed te combineren met andere bezigheden (bestuursfunctie, nevenactiviteiten en hobby’s).”

Het speelveld

- “Contacten met medici, directie, werknemers, spanningsveld hiertussen, mensen in hun werkomgeving ontmoeten.”

Wat weerhoudt om bedrijfsarts te worden (of te blijven)

- **Het imago:**

De geïnterviewde actoren in het onderhavige onderzoek (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, opleiders) zijn het er over eens dat werken in de sociale geneeskunde, en zeker werken in de arbeidsgerelateerde zorg niet aantrekkelijk, uitdagend of “sexy” wordt gevonden door basisartsen en medisch studenten. De curatieve zorg en het werken in de kliniek scoort het hoogst als toekomstdroom voor medische studenten: ‘het beter maken van mensen’ is blijkbaar niet de associatie die men koppelt aan het vak van bedrijfsarts. Ook het werken in de preventieve sfeer wordt nauwelijks geassocieerd met het werk van een arts. Enkele citaten:

Imago

- “Imago: het wordt niet als echt medisch vak gezien, andere specialisten zouden dit vak ook kunnen uitoefenen, bedrijfsarts is slechts ‘controleur’, slechte status.”
- “Saai en niet uitdagend: eenzijdige patiëntenpopulatie, veel patiënten met psychische klachten, veel doorsturen, zelf geen behandelend arts, oppervlakkig in medisch opzicht, vaak te weinig tijd voor goede begeleiding, weinig curatief bezig.”
- “Pas afgestuurde basisartsen willen mensen beter maken en hebben het idee dat in het vak van bedrijfsarts niet te kunnen.”
- “Administratieve rompslomp: de vele richtlijnen van de NVAB maar ook WVP, WIA en de samenwerking met de UWV-verzekeringsartsen.”
- “Onduidelijkheid over taken en verwachtingen.”

- **Het speelveld waar de bedrijfsarts zich in begeeft wordt als lastig ervaren:**

“De driehoeksverhouding met de opdrachtgever (werkgever) en de werknemer kan lastig zijn. De bedrijfsarts dient de belangen van beide partijen te behartigen maar is afhankelijk van de werkgever.”

“Bedrijfsartsen vinden de druk van alle kanten (werkgever, werknemer, verzekeraar, arbodienst) lastig. Als arts ben je ten dienste van de patiënt, maar dit is lastig als er aan alle kanten bij je gelobbyd wordt.”

- **Het aanzien van het vak:**

Op de statusladder van artsen (waar de chirurgen bovenaan staan) staan de sociaal geneeskundigen onderaan. Het imago van sociale geneeskunde in het algemeen en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde in het bijzonder wordt er tijdens de opleiding niet beter op: Van zowel docenten als artsen in het ziekenhuis (de omgeving waar het grootste deel van de medische opleiding in plaats vindt) krijgen de studenten te horen dat de sociale geneeskunde meer een vak is voor artsen die niet hard willen of kunnen werken (c.q. diensten willen draaien), minder ambitieus zijn of nergens anders terecht kunnen. Dit terwijl het werkveld waar artsen uiteindelijk in terechtkomen zo in elkaar zit dat globaal genomen een derde van de opgeleide artsen huisarts wordt, een derde werkt als arts in de klinische setting en een derde werkt in het brede veld van de maatschappelijke gezondheidszorg. Een citaat:

“Geneeskundestudenten hebben verwachtingen die niet aansluiten bij de praktijk. Ongeveer 90% denkt dat ze medisch specialist worden, maar in werkelijkheid wordt ongeveer 30% medisch specialist. Het zou goed zijn om deze verdeling aan het begin van de loopbaan van de geneeskundestudent te schetsen.”

- **Onbekendheid met het vak en geringe aandacht tijdens de opleiding.**

Enkele citaten:

“Geneeskundestudenten komen het vak niet vanzelf tegen, maar pas later bij het coschap sociale geneeskunde.”

“Er staan 3 weken voor sociale geneeskunde. De helft van de studenten loopt mee in de public health, de helft in de bedrijfs – en of verzekeringsgeneeskunde. Naast meelopen met een bedrijfsarts, moeten ze opdrachten uitvoeren, bespreken en aan het einde van het coschap een referaat houden. Het coschap kan heel afwisselend zijn: er zijn enthousiaste en bevlogen bedrijfsartsen, maar er zijn ook bedrijfsartsen die zelf niet meer enthousiast zijn en dat geeft niet echt een inspirerend voorbeeld.”

- **Baanonzekerheid, perspectief op doorgroei en arbeidsvoorwaarden:**

Een aantal interviews vond plaats met artsen die zeer recent gekozen hebben voor het vak. Ook in het onderzoek van Greijn en van der Gulden (2015) komen jonge artsen aan het woord. Zij zeggen dat vacatures moeilijk te vinden zijn. Gebruikelijke vacaturesites vermelden geen functies voor bedrijfsarts (ook als deze er wel zijn) en ook de websites van de grote arbodiensten laten weinig vacatures zien. Basisartsen die bewust voor het vak van bedrijfsarts kiezen moeten dus goed zoeken om een baan te vinden⁷. De sector laat hier kansen liggen, aldus de jonge artsen. Enkele citaten:

- “voorafgaand geen toezegging of ze in de opleiding kunnen komen.”
- “de loopbaanperspectieven zijn afgenomen.”
- “door faillissementen en overnames zie ik een versobering van arbeidsvoorwaarden.”

Kansen en bedreigingen gerelateerd aan studiekeuze

Geïnterviewden noemen de presentatie van het vak onder potentiële bedrijfsartsen (een vraag om duidelijkheid over de toekomst van het vak) en de inrichting van het curriculum van de geneeskundeopleiding als kans voor de toekomst voor het vak van bedrijfsarts. Omgekeerd zien zij de beperkte aandacht op universiteiten voor bedrijfsgeneeskunde als bedreiging. Enkele citaten:

Kans: presentatie van het vak

- “Bekendheid (onder studenten) vergroten.”
- “Presenteren van het vak zoals het echt is, door te communiceren wat een bedrijfsarts doet.”
- “Meer exposure van het vak.”
- “Meer duidelijkheid over de toekomst en de inhoud van het vak meer bekendheid geven.”

Kans: inrichting van het curriculum van de geneeskundeopleiding

- “In de studie naar basisarts meer aandacht aan de bedrijfsgezondheidszorg besteden. Bijvoorbeeld als vast onderdeel opnemen dat de student een tijdje meeloopt bij een arbodienst.”

Resultaten brainstorm

Tijdens een brainstorm bijeenkomst van de klankbordgroep werd geconstateerd dat de toegang tot het specialisme van de bedrijfsgezondheidszorg te onduidelijk is. De klinische vakken dienen zich vanzelf aan, het vak bedrijfsarts is lastig vindbaar. Gepleit werd om de aandacht voor de bedrijfsgezondheidszorg zo vroeg mo-

⁷ In de klankbordgroep vertelt BKV dat ze dit geluid herkennen (we kregen eerst veel telefoontjes van basisartsen die zich wilden oriënteren op het vak van bedrijfsarts, maar er waren geen vacatures/plekken). Echter, BKV signaleert ook dat dit sinds 1,5 jaar aan het veranderen is. Ze bevestigen dat hierdoor de jaren daarvoor wel enthousiastelingen voor het vak verloren zijn gegaan.

gelijk in de geneeskunde opleiding aan te bieden. Een deelnemer aan de bijeenkomst verwoordde het als: "Als ze eenmaal in de witte jas zitten is het al bijna te laat." Er is op dit vlak al beweging in het veld: de Universiteit Groningen heeft aanpassingen in haar curriculum van de geneeskunde opleiding gedaan om deze meer aan te laten sluiten bij de praktijk (waarin 1/3 van de artsen werkzaam is als huisarts, 1/3 in de maatschappelijke gezondheidszorg en 1/3 als specialist). Tijdens de brainstorm werd verder geopperd dat de sector en de beroepsgroep zelf actiever aan promotie kunnen doen op universiteiten. Bijvoorbeeld ook om te helpen zoeken naar goede opleidingsplekken en een breder cursusaanbod aan geïnteresseerde basisartsen. Daarbij werd benadrukt dat een regierol van de overheid onontbeerlijk is om een en ander te realiseren in de praktijk. BKV signaleerde verder dat ze sinds 1,5 jaar weer meer plekken/vacatures voor bedrijfsartsen zien. Enkele citaten:

Uitspraken van klankbordgroep leden:

"De arbeidsmarkt voor artsen is slecht en toch kiezen studenten voor populaire specialismen. Door interveniëren in de basisopleiding is dit te keren, denk aan het voorbeeld van de ouderengeneeskunde. Op faculteiten met een verplicht coschap oudergeneeskunde of geriatrie overwegen significant meer studenten deze carrière richting. Dat hoeft niet voor bedrijfsartsen maar je kunt studenten er wel meer en eerder mee in aanraking laten komen. Dit kan zitten in communicatie (de voordelen van het vak meer laten leven) en in het curriculum van de opleiding (les van gemotiveerde bedrijfsartsen, een coschap bij een inspirerende bedrijfsarts)." *De Geneeskundestudent*

"Er zijn best veel medisch studenten die niet 60 uur per week in een ziekenhuis willen werken, welke route moet ik gaan? Dat weten ze vaak niet. Dus laagdrempeliger zijn, duidelijker vindbaar." *Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid*

"Ik zit 15 jaar in het vak en behoor nog steeds tot de jongste 2% van de beroepsgroep. Ik heb eigenlijk geen binding meer met jonge basisartsen. Je bent de aansluiting met studenten kwijt, die krijgen geen verhalen/voorbeelden meer. Dit is een probleem met de vergrijzing." *NVAB*

"Wij kunnen zorgen voor bekendheid van het vak bij basisartsen en studenten, voor toeleiding van enthousiaste bedrijfsartsen (match). Verder is onze loopbaanwijzer een interessante tool." *BKV*

"Als branche zelf kunnen we meer aan promotie doen in contacten met universiteiten, het imago van het vak verbeteren. Het is nodig dat de overheid hier in meestuur: wat is nodig aan werving en selectie? Wat is nodig aan imago? Er is al te lang over gepraat, het is nu tijd voor richting en actief handelen." *Oval*.

"We kregen eerst veel telefoontjes van basisartsen die zich wilden oriënteren op het vak van bedrijfsarts, maar er waren geen vacatures/plekken. Sinds 1,5 jaar is dit aan het veranderen. De jaren daarvoor zijn hierdoor wel enthousiastelingen voor het vak verloren gegaan." *BKV*

5.3 Resultaten van de webenquête over de studiekeuze

Curriculum opleiding geneeskunde

Acht op de tien (80%) bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. vinden de aandacht voor de relatie arbeid en gezondheid in het curriculum van de geneeskunde opleiding *onvoldoende*. Basisartsen verhouden zich hier anders toe: 44% vindt de aandacht voldoende, 26% reageert neutraal en 31% vindt de aandacht onvoldoende.

Ongeveer twee derde van de bedrijfsartsen (64%) en van de bedrijfsartsen i.o. (68%) geeft aan dat zij tijdens hun opleiding geneeskunde *geen voorlichting* ontvingen over het vak van bedrijfsarts. Onder de basisartsen (die recenter de opleiding tot geneeskunde volg(d)en) signaleren vier op de tien (39%) dit gebrek aan voorlichting. In de loop der jaren is de voorlichting over het vak van bedrijfsarts in de reguliere opleiding dus toegenomen, maar deze is nog niet optimaal.

Twee derde van de bedrijfsartsen i.o. (68%) geeft aan dat zij tijdens hun geneeskunde opleiding *niet in aanraking* zijn gekomen met een bedrijfsarts of opleider die op inspirerende wijze een goed beeld van het vak van bedrijfsarts kon geven. Onder bedrijfsartsen en basisartsen ligt dit percentage lager (54% en 55%) wat doet vermoeden dat het in aanraking komen met een inspirerende bedrijfsarts of opleider golfbewegingen kent in de tijd. Stabiel gegeven is dat ruim de helft van de geneeskundestudenten tijdens de reguliere opleiding *niet* in aanraking komt met een inspirerende bedrijfsarts of opleider. Zie Tabel 5-1.

Tabel 5-1. Stellingen over de opleiding geneeskunde die men volgt/volgde

Percentage eens		Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=91)	Basisarts (n=62)	Totaal (n=178)
Aandacht voor relatie arbeid en gezondheid was/is voldoende.*	Eens	4,0	15,4	43,6	23,6
	Neutraal	16,0	4,4	25,8	13,5
	Oneens	80,0	80,2	30,7	62,9
		100,0	100,0	100,0	100,0
Ik ontving/ontvang voorlichting over het vak van bedrijfsarts.*	Eens	28,0	15,4	40,3	25,8
	Neutraal	8,0	16,5	21,0	16,9
	Oneens	64,0	68,1	38,7	57,3
		100,0	100,0	100,0	100,0
Bedrijfsarts/opleider gaf op inspirerende wijze goed beeld van het vak van bedrijfsarts.	Eens	16,0	37,4	30,7	32,0
	Neutraal	16,0	8,8	14,5	11,8
	Oneens	68,0	53,9	54,8	56,2
		100,0	100,0	100,0	100,0

* Is significant verschil tussen bedrijfsarts i.o., bedrijfsarts en basisarts.

Coschap bedrijfsgeneeskunde tijdens de geneeskundeopleiding

Bedrijfsartsen, bedrijfsartsen i.o. en basisartsen verschillen niet significant in het wel of niet hebben gedaan van een coschap bedrijfsgeneeskunde. Gemiddeld heeft 38% een dergelijk coschap wel gelopen en 62% niet. Ook in de ervaringen met het coschap verschillen de subgroepen niet significant van elkaar. Gemiddeld bevestigt 43% dat zij geen inspirerende begeleider hadden en bevestigt een derde (31%) dat het coschap te kort was om een goed beeld te krijgen van het vak. Eén op de tien (12%) vindt dat de begeleider te weinig moeite nam om hem/haar goed in te werken. Waar men wel in verschilt, is de mate waarin het coschap ervoor zorgde dat men koos voor het vak van bedrijfsarts/men van plan is dit te kiezen. Bij bedrijfsartsen i.o. is dit bij 50% het geval, bij bedrijfsartsen 46% en bij basisartsen 0%. In antwoord op de vraag wat er verbeterd kan worden aan het coschap geven bedrijfsartsen i.o. en basisartsen aan dat coassistenten *meer zelfstandigheid* wensen (bv eigen spreekuur, ervaren wat het vak is en niet alleen meekijken) en dat ze in het coschap een *breed beeld van de bedrijfsgeneeskunde* wensen te krijgen (een betere planning zodat meer kernspecialismen aan bod komen).

Citaten over het coschap (voorbeelden van gegeven open antwoorden in de webenquête):

“Het is van belang om niet alleen verzuimsprekuren/SMT mee te krijgen, maar ook werkplekonderzoeken en keuringen, meelopen met arbeid hygiënisten/AD/A&Oadviseurs/ veiligheidskundigen etc. om een compleet beeld van de bedrijfsgezondheidszorg te krijgen.”

“Je zit aan het einde van je opleiding en je mag niet eens een anamnese gesprek voeren. Ik zat bij de [naam arbodienst], elke dag bij een andere bedrijfsarts en ik zat er op een kruk naast. Absoluut geen inspirerend coschap.”

Co schap bij jonge inspirerende bedrijfsarts of arts in opleiding tot bedrijfsarts. Hierbij ook zelf actieve rol; zelf spreekuur doen onder supervisie.”

“Zelf een plek kunnen kiezen zodat je meer gemotiveerd bent. Rooster maken en patiënten inroosteren om zelf te zien en beleid op te maken.”

“Meer zelf cliënten zien, meer verdieping, meer enthousiasme.”

Keuze voor het vak

Werkzame bedrijfsartsen wisten significant vaker niet wat het vak inhield toen ze ervoor kozen om bedrijfsarts te worden (36%) in vergelijking met bedrijfsartsen die momenteel in opleiding zijn (12%). Verder verschillen bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. niet significant in hun redenen om voor het vak te kiezen. Meest genoemde redenen zijn dat men belang hecht aan de eigen professionaliteit en

autonomie (92%); het gevarieerde contact en het werken op verschillende locaties dat aanspreekt (78%) en de mogelijkheid tot preventie (70%). Zie Tabel 5-2.

Tabel 5-2 Waarom (destijds) ervoor gekozen om bedrijfsarts te worden?***

<i>Percentage bij de gegeven reden</i>	Totaal (n=115)
Ik hecht belang aan mijn professionaliteit en autonomie.	92,0
Gevarieerde contact en werken op verschillende locaties spreekt mij aan.	77,7
De mogelijkheid om aan preventie te doen.	69,6
Ik vind het belangrijk te kunnen werken als sociaal geneeskundig specialist-bedrijfsarts.	67,9
Ik wil graag regelmatige werktijden/een goede balans tussen werk en privé.	66,1
Het speelveld waar je je dan in begeeft: het behartigen van de belangen van zowel werkgevers, verzuimverzekeraars en werknemers.	64,3
Ik verwacht(te) weinig baanonzekerheid als bedrijfsarts.	58,0
Ik ben/was er van overtuigt dat de opleiding voldoende meerwaarde had.	53,6
Mijn arbodienst biedt de mogelijkheid tot het volgen van de opleiding.	51,8
Geen problemen met de financiering van de opleiding.	45,6
Sociale geneeskunde spreekt mij meer aan dan de curatieve zorg.	44,6
Ik weet/wist van te voren goed wat het vak inhield.* ⁸	41,1
Bij bedrijfsgeneeskunde is er minder concurrentie voor een opleidingsplaats.	30,4
Het salaris ten opzichte van andere disciplines in de geneeskunde.	8,0
Anders, namelijk...	29,5

*** Geen significante verschillen tussen bedrijfsartsen i.o. en bedrijfsartsen

Drempels

97% van de basisartsen bevestigt dat er zaken zijn die hen er van weerhouden om bedrijfsarts te worden. Gevraagd naar wat hen hiervan weerhoudt noemen zij als top 3: tevredenheid met hun huidige vak (62%), dat sociale geneeskunde hen minder aanspreekt dan curatieve zorg (58%) en het speelveld waar je je dan in begeeft (56%) (zie Tabel 5-3).

⁸ Met deze stelling is 25% van de bedrijfsartsen in opleiding het eens en 42,9% van de bedrijfsartsen.

Tabel 5-3 Wat weerhoudt basisartsen om bedrijfsarts te worden?

96,5% van de basisartsen geeft aan dat er zaken zijn die hen ervan weerhouden om bedrijfsarts te worden. Wat hen weerhoudt is:	Totaal (n=55)
Ik ben tevreden met mijn huidige vak.	61,8
Sociale geneeskunde spreekt mij minder aan dan de curatieve zorg.	58,2
Het speelveld waar je je dan in begeeft: het belangenconflict tussen werkgevers, verzuimverzekeraars en werknemers.	56,4
Het vak heeft weinig aanzien en dat vind ik een nadeel.	38,2
Mijn onbekendheid met het vak.	34,6
Ik vraag me af of de opleiding wel voldoende meerwaarde heeft.	34,6
Geringe aandacht tijdens de geneeskundeopleiding voor de sociale geneeskunde.	30,9
Ik houd niet van regelmatige werktijden: wil meer afwisseling.	14,6
Het salaris ten opzichte van andere disciplines in de geneeskunde.	7,3
Ik ga er financieel te weinig op vooruit wanneer ik deze opleiding zou doen.	7,3
Ik zie op tegen de belasting van een opleiding naast/tijdens mijn werk.	5,5
Ik voorzie baanonzekerheid omdat de vraag naar BA afhankelijk is van beleidskeuzes.	5,5
Mijn arbodienst biedt geen mogelijkheid tot het volgen van de opleiding.	1,8
Problemen met de financiering van de opleiding.	1,8
Anders, namelijk...	12,7

Kansen en bedreigingen gerelateerd aan studiekeuze

De meeste respondenten (83%) zien *meer aandacht voor sociale geneeskunde in het geneeskundecurriculum* als een reële kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Als bedreiging voor de toekomst van het vak wordt het *imago van de bedrijfsarts* significant vaak genoemd door basisartsen (91%), de groep die de potentiële nieuwe instroom vormt. Zie Tabel 5-4.

Tabel 5-4 Kansen en bedreigingen voor het vak – qua studiekeuze

	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arboverpleegkundigen n=44)	Totaal (n=206)
<i>percentage (zeker) een kans:</i>					
meer aandacht voor sociale geneeskunde in het geneeskunde curriculum	88,0	88,1	73,6	79,6	82,5
<i>percentage (zeker) een bedreiging:</i>					
het imago van de bedrijfsarts*	76,0	67,9	90,6	77,3	76,7

* Is significant verschil tussen bedrijfsarts i.o., bedrijfsarts, basisarts en arboverpleegkundige.

Wat is nodig om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden

Aan alle respondenten is gevraagd wat gedaan zou kunnen worden om te zorgen dat er voldoende bedrijfsartsen in Nederland zijn en blijven. De antwoorden van de verschillende subgroepen verschillen niet significant van elkaar. De meest spontaan genoemde ‘oplossing’ (37%) is het beter en/of meer profileren van beroep. Andere oplossingen (in volgorde van veel naar weinig genoemd) zijn:

- vak aantrekkelijker maken;
- opleiding aantrekkelijker maken;
- een systeemverandering;
- versterken van de (onafhankelijke) positie.

5.4 Belangrijkste conclusies over de keuze voor het vak

Er zijn weinig basisartsen die er voor kiezen om bedrijfsarts te worden. Vrijwel alle basisartsen (en een meerderheid van de bedrijfsartsen i.o., bedrijfsartsen en arbo-verpleegkundigen) signaleren het imago van het vak als een reële bedreiging voor de toekomst voor het vak. Het vak spreekt geneeskunde studenten weinig aan, ze associëren het werk van de bedrijfsarts (voor zover zij daar een beeld over hebben) niet met het werk van een arts. Ze komen tijdens hun reguliere geneeskunde opleiding bijzonder weinig in aanraking met bedrijfsartsen of met de praktijk van de arbeidsgerelateerde zorg in het algemeen. “Onbekend maakt onbemind” bea-men ook alle actoren die zijn geïnterviewd. Meer voorlichting en meer aandacht voor sociale geneeskunde in het geneeskunde curriculum is de meest genoemde kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Het meer en beter profileren van het beroep is het meest gegeven spontane advies in de webenquête. De idee-en om dit handen en voeten te geven zijn aanwezig in het veld (en worden al deels toegepast, zie de genoemde voorbeelden). Met een duidelijke visie vanuit de overheid (meer duidelijkheid over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg), de beroepsgroep en arbodiensten (verbetering van het imago, uitdragen van de aantrekkelijke kanten van het vak, meer gerichte werving) kan het veld er-voor zorgen dat het vak van bedrijfsarts meer en beter onder de aandacht ge-bracht worden van mogelijke instromers. Dit zou gezien de resultaten gepresen-teerd in dit hoofdstuk een belangrijke eerste stap zijn om het aantal bedrijfsartsen in Nederland op peil te houden. In het slothoofdstuk worden de verschillende suggesties voor verbetering nader uitgewerkt.

6 De opleiding tot bedrijfsarts

6.1 Wat leert de literatuur over de opleiding?

Het imago van het vak van bedrijfsarts is reeds in voorgaand hoofdstuk behandeld. In de literatuur wordt verder met name gewezen op de financiering van de opleiding, als barrière om aan de opleiding te beginnen of om een opleidingsplaats aan te bieden.

In het onderzoek van Greijn en Van der Gulden (2015) komt naar voren dat sommige artsen aarzelen om met de opleiding tot bedrijfsarts te starten omdat ze zich dan verplichten tot het gedeeltelijk terugbetalen van de opleidingskosten indien ze besluiten met de opleiding te stoppen of binnen een afgesproken periode bij de arbodienst wegvillen. Dit zorgt ervoor dat artsen zeer zeker van hun keuze moeten zijn, ook al leren ze een deel van het vak pas echt tijdens de opleiding kennen. Voor sommige artsen vormt deze betalingsregeling volgens dit onderzoek onder jonge artsen een drempel. In de preprogrammering studie van de NVAB (2015) en het SER-advies (2014) wordt aangegeven dat het ontbreken van publieke financiering een van de oorzaken is voor de stagnerende instroom van bedrijfsartsen.

Het kabinet is er echter niet van overtuigd dat publieke financiering het vraagstuk van een tekort aan bedrijfsartsen oplost (Ministerie van SZW, 2015). De beschikbaarheid van opleidingsplaatsen en de toekomstverwachtingen van (basis)artsen kunnen ook een rol spelen, aldus het kabinet in de zogenaamde “TAZ-brief”. Vooral nog is niet duidelijk hoe groot de invloed zou zijn van het wegvallen van een zeker financieel risico voor artsen die met de opleiding tot bedrijfsarts starten. Zou dit werkelijk bijdragen tot een hogere instroom? En wat zou dan het effect zijn op het uitvalpercentage? Bekend is dat dit hoger ligt in verschillende medische vervolgopleidingen, wellicht juist omdat artsen daar gemakkelijk met hun specialisatie beginnen zonder dat ze een financiële verantwoordelijkheid hebben wanneer ze voortijdig stoppen.

Als de regeling die nu bestaat voor de huisartsenopleiding zou worden overgenomen voor die van de bedrijfsartsenopleiding heeft dit zeker ook minpunten: artsen in opleiding tot huisarts verdienen minder en ze hebben geen baangarantie. Aan het einde van de opleiding moeten zij op zoek naar een plek in een gezond-

heidscentrum of maatschap. Het is wellicht gewenst meer aandacht te besteden aan de arbeidsvoorwaardelijke voordelen die nieuwkomers in de bedrijfsgeneeskunde genieten (NVAB, scenariostudie financiering van de opleiding, 2015)

In de discussie over het betalen van de opleiding uit publieke middelen (terug te vinden in de NVAB scenariostudie naar de financiering van de opleiding, 2015) blijft in het algemeen onduidelijk wat dan betaald moet worden: de kosten aan het opleidingsinstituut of ook (een deel van) de salarislasten van de arts in opleiding tot bedrijfsarts? Voor werkgevers in de sector (arbodiensten) geldt als een verliespost dat artsen in opleiding niet declarabel werken op de dagen dat zij met de opleiding bezig zijn. Daar staat tegenover dat deze artsen minder verdienen dan hun ervaren collega's, maar wel voor het gebruikelijke uurtarief hun spreekuur doen voor klantorganisaties.

Een overweging om de opleiding (deels) uit publieke middelen te financieren zou kunnen zijn dat daarmee meer regie ontstaat ten aanzien van het aantal artsen dat wordt opgeleid. De overheid (of een uitvoeringsorganisatie namens de overheid) krijgt daarmee grip op het aantal beschikbare opleidingsplaatsen, zoals dat bij de opleidingen voor de curatieve zorg gebruikelijk is. Het is overigens niet gezegd dat het aantal beschikbare plaatsen ook steeds gevuld wordt. In andere mindere populaire vakgebieden zoals dat van de arts maatschappij & gezondheid blijkt dit niet steeds te lukken (NVAB scenariostudie financiering van de opleiding, 2015).

6.2 De opleiding tot bedrijfsarts: resultaten interviews en brainstorm

Kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts - qua opleiding tot bedrijfsarts

Als kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts signaleert men in de interviews een betere inrichting van het eerste jaar dat iemand werkt bij een arbodienst. Denk daarbij aan een betere begeleiding en supervisie, een inwerkprogramma met ruimte om zich te ontwikkelen. Ook signaleert men mogelijkheden om de opleiding tot bedrijfsarts aantrekkelijker te maken: denk aan meer ruimte voor wetenschappelijke ontwikkeling. Enkele citaten:

“De inrichting van het eerste jaar dat iemand werkt bij een arbodienst is cruciaal: krijg je alleen verzuimspreekuren of werk je in de breedte van het veld?”

“Nederland zou ook een centraal bedrijfsartsen instituut kunnen maken. Met verschillende modules aan verschillende universiteiten. “

“Geef studenten bijvoorbeeld de kans om eerst een half jaar mee te draaien als basisarts voordat de keuze gemaakt wordt of men de opleiding tot bedrijfsarts gaat doen.”

“Er zijn duidelijke generatieverschillen: de jongere bedrijfsartsen zijn in toenemende mate ambitieus. Het onderwijs is sterk verbeterd, dat heeft daar mee te maken.”

“Er is behoefte aan meer aandacht voor wetenschappelijke ontwikkeling in het vakgebied. Ruimte voor promotie onderzoek bijvoorbeeld.”

Bedreiging voor de toekomst van het vak – qua opleiding tot bedrijfsarts

Net als in de literatuur wordt ook in de interviews en de brainstorm met de klankbordgroep de financieringsstructuur van de opleiding tot bedrijfsarts vaak genoemd als knelpunt/bedreiging voor de toekomst van het vak. Niet zozeer een publiek, maar vooral een centraal opleidingsfonds wordt diverse malen als mogelijke oplossing genoemd voor het huidige onvermogen om voldoende jonge artsen op te leiden tot bedrijfsarts. Enkele citaten:

“Degene die opgeleid wil worden tot bedrijfsarts zou minder afhankelijk moeten zijn van de werkgever die de opleiding financiert. Als het financieel slecht gaat met een arbodienst, dan is er ook een terugloop in het aantal opleidingsplaatsen. Deze terugloop strookt niet met de praktijk: gezien de gemiddelde leeftijd van bedrijfsartsen en de verwachte uitstroom richting pensioen zijn minder opleidingsplaatsen niet wenselijk. “We zien steeds minder artsen in opleiding gaat tot bedrijfsarts. Dit kun je 1 op 1 doortrekken naar de economische situatie van arbodiensten”.

“Structureler opleiden is nodig en dit mag niet afhangen van commerciële arbodiensten. “

Resultaten brainstormsessie

In de brainstormsessie van de klankbordgroep blijkt een breed gedragen behoefte aan centrale financiering van de opleiding tot bedrijfsarts, door de overheid en arbosector (arbodiensten, maatschappen, zelfstandige bedrijfsartsen) samen. Ook de suggestie om een deel van de financiering uit de sociale premies te halen - zoals bij UWV de opleiding tot verzekeringsarts wordt gefinancierd – passeert in de brainstormsessie de revue. Een citaat:

“Je moet iets aan de financiering doen: overheid samen met organisaties en zelfstandigen/maatschappen.” *Oval*

Gevraagd naar rollen die actoren voor zichzelf weggelegd zien ten aanzien van instroom in de opleiding tot bedrijfsarts kwam bijvoorbeeld ter tafel:

- goede samenwerking met opleidingsinstituten en vertegenwoordigen van potentiële nieuwe opleiders (RGS);

- opleiden van bedrijfsartsen (De Bedrijfsartsengroep⁹);
- bemiddelen, kanaliseren waar goede opleidingsplekken zijn (NSPOH);
- een cursusaanbod 's avonds om basisartsen geïnteresseerd te krijgen voor het vak van bedrijfsarts (dit gebeurt al) (NSPOH).

6.3 Resultaten van de webenquête over de opleiding tot bedrijfsarts

Gemiddeld cijfer en visie op de opleiding

Bedrijfsartsen i.o. geven de opleiding tot bedrijfsarts gemiddeld een 7,2 als cijfer. Hierbij doen zich geen significante verschillen voor naar het jaartal waarin men de opleiding verwacht af te ronden (bij de respondenten die deze vraag invulden lag dit tussen 2015 en 2020). De visie van bedrijfsartsen i.o. en werkzame bedrijfsartsen op de opleiding tot bedrijfsarts verschilt niet significant naar jaartal waarin men de opleiding heeft afgerond/verwacht af te ronden.¹⁰ Gemiddeld genomen geeft een meerderheid aan dat competenties zijn toegenomen door het volgen van de opleiding (72%) en geeft ruim de helft aan (54%) dat de opleiding in positieve zin overeenkomt met de verwachtingen en/of aansluit op de praktijk. Zie Tabel 6-1.

*Tabel 6-1 Stellingen over de opleiding tot bedrijfsarts ***

<i>Percentage eens</i>	Totaal (n=116)
Mijn competenties namen toe door het volgen van de opleiding.	71,6
De opleiding komt in positieve zin overeen met mijn verwachtingen.	53,5
Mijn opleiding sloot/sluit voldoende aan op de praktijk.	53,5

** Geen significante verschillen tussen bedrijfsartsen i.o. en werkzame bedrijfsartsen

Suggesties voor de opleiding

Meest genoemde suggesties aangaande de opleiding tot bedrijfsarts of voor specifieke nascholingen hebben betrekking op: de inhoud (specifieke vakken die aangeboden zouden moeten worden), aandacht voor preventie en de samenwerking met werkgevers en een betere aansluiting van de opleiding (of nascholing) op de praktijk.

Kansen en bedreigingen qua opleiding tot bedrijfsarts

Bijna driekwart van alle bevroegde subgroepen (74%) ziet het fors inzetten op het *opleiden van jonge artsen tot bedrijfsarts* als kans. De urgentie om hier werk van

⁹ Een samenwerkingsverband van zelfstandige bedrijfsartsen

¹⁰ Gekeken is naar afronding opleiding: 1975-1989, 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004, 2005-2009, 2010-2014, 2015-2017, 2018-2020.

te maken wordt onderstreept door de uitkomst dat een ruime meerderheid (waarbij bedrijfsartsen significant vaker, 88%) het onvermogen om voldoende jonge artsen op te leiden als bedrijfsarts ziet als reëel bedreiging voor het vak. Aandacht voor de *financiering van de opleiding* is hierbij van belang: met name bedrijfsartsen (74%) en bedrijfsartsen i.o. (64%) zien het feit dat de eigen werkgever de opleiding moet betalen als bedreiging. Het significante verschil met basisartsen en arboverpleegkundigen komt wellicht doordat zij minder bekend zijn met de wijze van financieren. Zie Tabel 6-2.

Tabel 6-2 Kansen en bedreigingen voor het vak – qua opleiding tot bedrijfsarts

	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arbover- pleegkundi- gen (n=44)	Totaal (n=206)
<i>percentage (zeker) een kans:</i>					
Fors inzetten op het opleiden van jonge artsen tot bedrijfsarts.	80,0	81,0	73,6	59,1	74,3
<i>percentage (zeker) een bedreiging:</i>					
Het onvermogen voldoende jonge artsen op te leiden tot bedrijfsarts. *	76,0	88,1	81,1	70,5	81,1
De financiering van de opleiding tot bedrijfsarts.*	64,0	73,8	28,3	36,4	52,9

6.4 Conclusies over de opleiding tot bedrijfsarts

In dit hoofdstuk zagen we dat het onvermogen om voldoende jonge artsen op te leiden tot bedrijfsarts de meest gesignaleerde bedreiging is voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Bijna driekwart van alle bevroagde subgroepen in de webenquête ziet het fors inzetten op het *opleiden van artsen tot bedrijfsarts* dan ook als kans. Het opleiden tot bedrijfsarts wordt vanuit de arbodiensten gedaan. In de praktijk gaat het zo dat arbodiensten artsen werven en deze na enige tijd de mogelijkheden bieden om naar de opleiding te gaan. Een aantrekkelijke opleiding kan bijdragen aan het imago van het vak.

Dat bedrijfsartsen niet alleen bij arbodiensten, maar ook door een maatschap van zelfstandige bedrijfsartsen, zoals nu door de Bedrijfsartsengroep, kunnen worden opgeleid is in dit licht een nieuwe ontwikkeling. Waarborging van de kwaliteit dient hierbij wel als voorwaarde. De Registratiecommissie van de KNMG beziet in overleg met de sector hoe er kan worden aangesloten op deze nieuwe ontwikkelingen.

Fors inzetten op het opleiden van jonge artsen vraagt om interventies van verschillende partijen. Het vergroten van de bekendheid van het vak, meer inspirerende voorbeelden en positieve exposure (zie hoofdstuk 5) kan ertoe bijdragen dat de sector meer artsen kan werven. Een aantrekkelijke en uitdagende opleiding tot bedrijfsarts kan er vervolgens toe bijdragen dat deze artsen ‘de smaak te pakken krijgen’ en in de bedrijfsgezondheidszorg willen blijven werken.

Zowel in de literatuur, de interviews, de webenquête als in de discussie in de klankbordgroep is gewezen op het belang van een aantrekkelijke bedrijfsartsenopleiding. Aandachtspunt bij het aantrekkelijker maken van de opleiding is de financiering. In de enquête noemt een meerderheid van bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding (de ervaringsdeskundigen) de huidige financiering van de opleiding als bedreiging voor de toekomst van het vak. Ook in interviews als in de klankbordgroep kwam dit nadrukkelijk voor het voetlicht en werd gepleit voor centrale financiering van de opleiding als één van de maatregelen om het vak aantrekkelijker te maken.

Opmerkelijk is dat basisartsen de financiering van de opleiding niet als probleem noemen, wellicht doordat zij niet bekend zijn met de wijze van financieren. Dit betekent dat basisartsen zich in hun loopbaankeuze niet laten afschrikken door de wijze waarop de opleiding tot bedrijfsarts nu is gefinancierd. Het is dus de vraag of een ander financieringsmodel de primaire werving zal verbeteren. Het financieringsaspect wordt pas urgent als een arts reeds gekozen heeft voor het vak van bedrijfsarts.

7

Het uitoefenen van het vak van bedrijfsarts

7.1 Wat leert de literatuur over de uitoefening van het vak van bedrijfsarts?

Visie op de toekomst van het vak

Eerder in dit rapport werd gerefereerd aan de scenario-studie van KPMG Plexus (2014). Deze vormde mede de basis voor het SER advies van 2014. Het verbaast niet dat onder de bedrijfsartsen zelf (NVAB 2015) het meeste draagvlak gevonden wordt voor scenario 2 (klinisch arbeidsgeneeskundige in de tweede lijn) en 3 (sectorale/regionale bedrijfsgezondheidszorg) van de KPMG Plexus-studie¹¹: Deze scenario's bieden specialisatie voor bedrijfsartsen waardoor de carrièremogelijkheden van het beroep vergroot worden. De aantrekkelijkheid van het vakgebied neemt dan toe, wat tevens een oplossing biedt voor het groeiende en nijpende capaciteitsprobleem.

Het vak van bedrijfsarts als tweede keus

Uit de vacaturetellingen van de Arbeidsmarktmonitor in Medisch Contact (2015) is af te leiden dat het aantal aios is gegroeid van 4670 in 2012 naar een geschatte 6000 in 2015. In hoofdstuk 3 werd eveneens geconstateerd dat er wellicht enige tijd teveel artsen zijn opgeleid. Het aantal werkloze basisartsen – in 2015 geschat op 700 – groeit gestaag door. Een verklaring hiervoor is dat het aantal opleidingsplaatsen voor de meeste curatieve specialisaties is verminderd. Dit scheidt in principe mogelijkheden voor de werving van artsen die bedrijfsarts of verzekeringsarts willen worden. (De Kwant, 2015). Deze mogelijkheden zijn alsnog weinig tot niet benut. Een aantal van de huidige bedrijfsartsen in opleiding had in eerste instantie een ander specialisme willen volgen. Omdat zij geen opleidingsplaats konden vinden in hun specialisme naar keuze, maar wel in de bedrijfsgeneeskunde, hebben zij hun tweede keuze gevolgd.

Kans: verhogen professionaliteit

Het vak van bedrijfsarts kan volgens jonge artsen met interesse voor de bedrijfsgeneeskunde aantrekkelijker gemaakt worden door meer aandacht voor onder-

¹¹ De andere scenario's betreffen: 1. Aanpassingen binnen het huidige zorgsysteem, 4. Een model zonder bedrijfsarts en 5. Specialisering binnen de eerste lijn

wijs aan geneeskunde studenten en meer wetenschappelijk onderzoek. Ook het verbeteren van het imago en het vergroten van de (preventieve) rol van bedrijfsartsen in de gezondheidszorg, kan zorgen voor een meer inspirerende uitstraling en voor meer aanzien ten opzichte van andere specialismen. Als voorbeelden worden genoemd het organiseren van congressen en lezingen, het actief aanbieden van (onderzoeks-)stages en het publiceren van wetenschappelijke artikelen (Greijn & Van der Gulden, 2015; NVAB, 2015 de bedrijfsarts werkt). In het veld wordt tevens een roep om meer academisering van de bedrijfsgeneeskunde gehoord (idem en NVAB 2015, preprogrammeringsstudie). Het promoten van het vak van de klinisch arbeidsgeneeskundige lijkt deels aan deze wens tegemoet te komen.

Kans: versterken autonome positie

Een van de vooroordelen die heersen over de bedrijfsgeneeskunde, is dat de bedrijfsarts het voor de werkgever opneemt omdat deze partij betaalt voor de diensten. De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is niet onomstreden en zeker meer complex dan die van een arts in het ziekenhuis. In een onderzoek uitgevoerd voor het ministerie van SZW en VWS (AStri, 2011) komt naar voren dat bij een relatief kleine groep bedrijfsartsen het onafhankelijk handelen inderdaad regelmatig in het geding komt. Oorzaken die hiervoor aangedragen worden, zijn de opstelling van de werkgever (21%), de werknemer (9%) of de eigen werkgever bij de arbodienst (22%). Bedrijfsartsen die werken bij een externe arbodienst ervaren significant vaker deze problemen dan hun beroepsgenoten bij een interne arbodienst (idem). Het is daarom van belang dat de jonge artsen snel leren om voldoende weerbaar te zijn om zich onafhankelijk op te stellen. Die onafhankelijkheid moet in veel gevallen min of meer worden afgedwongen. Er is geregeld druk op de besluitvorming van de bedrijfsarts. Het is van belang dat de overheid en de werkgevers van de bedrijfsartsen (arbodiensten) de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen faciliteren en waarborgen.

Kans: meer ruimte voor preventie in opleiding en in het werk

De bedrijfsartsen besteden gemiddeld een kwart van hun tijd aan preventieve taken (inclusief preventief arbeidsomstandigheden spreekuur). Toch is zeventig tot tachtig procent van de artsen van mening dat ze meer ruimte zouden moeten hebben voor preventieve activiteiten ten aanzien van arbeidsomstandigheden, leefstijl en vitaliteit (SER, 2014; Van der Gulden, Zwart & Prins, 2012). In een ledenraadpleging van de NVAB in 2010 gaf 79% aan dat door de nadruk op verzuim de aandacht voor preventie naar de achtergrond is geschoven (aangehaald in SER, 2014). In het onderzoek van Greijn en Van der Gulden (2015) komt naar voren dat dit voor jonge bedrijfsartsen in opleiding een belangrijk aandachtspunt is. De preventieve insteek van het vak is voor hen een van de redenen geweest om te kiezen voor de bedrijfsgeneeskunde. Deze opvatting wordt waarschijnlijk gedeeld

door andere jonge artsen met interesse in de bedrijfsgeneeskunde. Om deze reden is het verstandig om het preventieve karakter van het beroep te bewaken en zo mogelijk uit te breiden.

Voor arbodiensten speelt nog een ander probleem: de jonge bedrijfsartsen zijn niet erg honkvast zijn. Ze zeggen in het onderzoek van Greijn en van der Gulden (2015) rond te gaan kijken naar een baan buiten de bedrijfsgeneeskundige zorg zo gauw de routine toeslaat en ze hun werk als minder uitdagend gaan ervaren. Hier ligt een risico voor arbodiensten: hoe behouden ze de opgeleide bedrijfsartsen binnen de organisatie waar ze zijn opgeleid?. En blijven ze behouden voor het vak?

7.2 Uitoefening van het vak: resultaten uit interviews en brainstorm

Kansen voor de toekomst van het vak qua uitoefening van het vak

Geïnterviewde zien als kans het stimuleren en creëren van mogelijkheden voor innovatie, bijvoorbeeld op het vlak van (verhogen van) werkplezier en preventie. Denk aan: zorgen dat medewerkers fysiek goed zitten; sportmogelijkheden bij de werkplek en verplichte pauzes met behulp van apps. Daarnaast is een kans (meerdere malen genoemd) dat in klinische vakken weinig opleidingsplaatsen zijn, waardoor een aantal artsen alsnog de route naar bedrijfsgeneeskunde kiest. De meeste basisartsen komen immers niet terecht in het medische specialisme van hun eerste keuze.

Bedreigingen voor het vak

Zowel in de interviews als in de brainstorm met de klankbordgroep wordt het ontbreken van impulsen voor kennisontwikkeling en de wetenschappelijke onderbouwing en ontwikkeling van het vak als bedreigend voor het vak genoemd.

Suggesties om het vak aantrekkelijker te maken

Geïnterviewden geven de volgende (meer dan eens genoemde) suggesties om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken:

- Een meer afwisselend takenpakket (verbreding van het vak met meer taken);
- Specialisatie (meer gelegenheid tot verdieping in specifieke onderwerpen / het vak beperken tot medische zaken);
- Meer ruimte voor het doen van wetenschappelijk onderzoek om zodoende het vak meer evidence based te maken. Dit hangt ook samen met het vorige punt: de bedrijfsarts meer specialist maken door te richten op best mogelijke (klinische) behandeling en deze te toetsen);
- In het werk meer ruimte voor preventie;
- Meer autonomie in de uitoefening van het vak.

Visie op voorgenomen maatregelen van de overheid

In de interviews is expliciet gevraagd naar de visie op het meest recente beleid inzake de arbeidsgerelateerde zorg, zoals verwoord in de brief van de minister van SZW (2015). Opvallend is dat veel van de 22 geïnterviewden niet goed op de hoogte zijn van de inhoud van de zogenaamde TAZ-brief. Sommigen menen dat er – na het niet bereiken van een akkoord in het SER-advies van 2014 - gekozen is voor ongewijzigd beleid. Sommigen geven aan dat zij meer sturing en regie verwachten van SZW. Degenen die het beleid wel kennen zouden graag meer concreetisering willen zien in praktische maatregelen.

In de klankbordgroep – met goed geïnformeerde vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen - is de brief van de minister wel bekend. Gevraagd naar de visie daarop, werd genoteerd:

- De NVAB is blij met een aantal van de genoemde maatregelen, maar mist een financiële paragraaf. (NVAB);
- Er zou meer nadruk op duurzame inzetbaarheid en preventie moeten liggen. Dat doen landen om ons heen ook (bedrijfsartsen en opleiders);
- Er moet meer gedifferentieerd worden: geen monopolie positie voor bedrijfsartsen maar bijvoorbeeld meer arboverpleegkundigen in het veld (V&VN).

7.3 Resultaten van de webenquête over het uitoefenen van het vak van bedrijfsarts

Visie op het vak van bedrijfsartsen zelf en bedrijfsartsen i.o.

Bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. zijn veelal tevreden over het vak van bedrijfsarts (79%) en vinden dat het vak overeenkomt met hun verwachtingen (72%). Zie Tabel 7-1.

*Tabel 7-1 Stellingen over de opleiding tot bedrijfsarts en het vak zelf***

<i>Percentage eens</i>	<i>Totaal (n=116)</i>
Ik ben tevreden over het vak van bedrijfsarts.	78,7
Het vak komt in positieve zin overeen met mijn verwachtingen.	71,9

Gemiddeld genomen vindt ruim driekwart (77%) van de ondervraagden (zowel basisartsen, bedrijfsartsen i.o. als werkzame bedrijfsartsen) dat je als bedrijfsarts meer tijd hebt voor de patiënt dan andere artsen. Verder is 66% het eens dat de bedrijfsarts de balans tussen werk en privé beter kan bewaken dan de meeste andere artsen.

De bevroegde artsen verschillen in hun visie op andere aspecten die te maken hebben met imago en aantrekkelijkheid van het vak. Zo vinden bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. vaker dan basisartsen dat de diversiteit van gepresenteerde problematiek en werksituaties van werknemers het vak uitdagend maken (91% en 92%); evenals het speelveld waar je je in begeeft (88% en 76%). Ook vinden zij vaker dat je je als bedrijfsarts breder moet ontwikkelen dan de meeste andere artsen (74% en 80%). Bedrijfsartsen i.o. vinden relatief vaker (60 %) dan werkzame bedrijfsartsen en basisartsen dat het aan te raden is voor medisch studenten om bedrijfsarts te worden. Zie Tabel 7-2.

Tabel 7-2 Visie op het vak van bedrijfsarts (BA)

<i>Percentage eens</i>	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=88)	Basisarts (n=59)	Totaal (n=172)
Ik raad medisch studenten aan BA te worden.*	60,0	31,8	13,6	29,7
Elke arts zou een deel van zijn loopbaan BA moeten zijn.*	16,0	31,8	3,4	19,8
De BA kan de balans tussen werk en privé beter bewaken dan de meeste andere artsen.	56,0	72,7	59,3	65,7
Als BA moet je je breder ontwikkelen dan de meeste andere artsen.*	80,0	73,9	23,7	57,6
Diversiteit van gepresenteerde problematiek en werksituaties van werknemers maken het vak uitdagend.*	92,0	90,9	18,6	66,3
Speelveld waarin je je begeeft is uitdagend.*	76,0	87,5	35,6	68,0
Als BA heb je meer tijd voor de patiënt.	68,0	85,2	67,8	76,7
Als BA draag je veel bij aan de gezondheid van cliënten.*	56,0	61,4	27,1	48,8
Als BA draag je veel bij aan de kwaliteit van leven van cliënten.*	68,0	69,3	55,9	64,5
Anders, namelijk...	32,0	43,2	23,7	34,9

* Is significant verschil tussen bedrijfsartsen i.o., bedrijfsartsen en basisartsen

Opvallend in bovenstaande tabel is dat bedrijfsartsen en artsen in opleiding tot bedrijfsarts (die het werk al kennen) veel positiever oordelen over hun werk dan dat basisartsen dat doen. Zo oordelen bedrijfsartsen en aio's significant positiever over de diversiteit van de problematiek waarmee zij worden geconfronteerd in het werk, over het speelveld waarin zij hun werk doen en over hun bijdrage aan zowel de gezondheid als het welbevinden van cliënten. Kennelijk herkennen basisartsen (nog) niet dat dit aantrekkelijke kanten zijn van het vak. Dat geldt ook voor de stelling dat een bedrijfsarts zich breder moet ontwikkelen dan in de meeste andere medische disciplines gebruikelijk is. (Ruim) driekwart van de aio's en

bedrijfsartsen is het hiermee eens, terwijl slechts een kwart van de basisartsen dit aspect van het vak onderschrijft.

Tweede keus

Krap een kwart (23%) van de bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. geeft aan dat het hun eerste keuze was om bedrijfsarts te worden. Bedrijfsartsen en bedrijfsartsen i.o. verschillen hierbij niet significant in hun antwoord. Ook in wat dan hun eerste keus was, verschillen beiden niet significant. Voorbeelden van eerste voorkeuren zijn met stip op 1 huisarts, gevolgd door andere disciplines als internist, mdl-arts, neuroloog, chirurg, gynaecoloog en psychiater. Sommige artsen geven ook aan dat ze een lijstje hadden van een top drie. Zo schrijft een bedrijfsarts bijvoorbeeld: “bedrijfsarts was een van de drie voorkeuren”, of bijvoorbeeld een arts die als reactie schrijft: “Huisarts, dermatoloog, maar bedrijfsarts stond wel met de anderen bovenaan”.

Eerder stoppen of doorwerken

Ruim de helft (53%) van de bedrijfsartsen en de bedrijfsartsen i.o. overweegt eerder (gedeeltelijk) te stoppen met werken. Als redenen hiervoor noemen zij onder andere de behoefte aan meer privé tijd, behoefte aan meer diepgang en de als hoog ervaren werkdruk. De andere helft overweegt (gedeeltelijk) door te werken na de pensioenleeftijd. Redenen die men geeft zijn dat men het vak te leuk vindt, maatschappelijk betrokken wil blijven en bijvoorbeeld dat het goed parttime te doen is.

Noodzakelijke taken

Bedrijfsartsen i.o., bedrijfsartsen en basisartsen vinden alle drie de volgende taken noodzakelijk om professionele bedrijfsgezondheidszorg te kunnen leveren:

- Werkplekbezoek (96%);
- Privacy en beroepsgeheim (96%);
- Preventie en diagnostiek van beroepsziekten (93%);
- Voldoende mogelijkheid om zo nodig door te verwijzen (93%);
- Tijd voor overleg met de behandelend arts (93%);
- Dossiervorming (91%);
- Preventieve gezondheidszorg in bedrijven (87%).

Alle drie de subgroepen zijn minder overtuigd van de noodzaak van een second opinion: ruim de helft (56%) vindt dit noodzakelijk. Daarnaast zijn er ook verschillen in opvatting tussen de drie subgroepen over de mate waarin een taak noodzakelijk is voor het leveren van professionele bedrijfsgezondheidszorg.

Bedrijfsartsen (gevolgd door bedrijfsartsen i.o.) vinden significant vaker een noodzakelijke taak:

- Basiscontract waarin alle noodzakelijke taken en dienstverlening worden benoemd (zegt 86% van de bedrijfsartsen, 80% van de bedrijfsartsen i.o. en 59% van de basisartsen);
- Overleg met de OR of PVT (zegt 85% van de bedrijfsartsen, 68% van de bedrijfsartsen in opleiding en 63% van de basisartsen).

Bedrijfsartsen i.o. (gevolgd door bedrijfsartsen) vinden significant vaker een noodzakelijke taak:

- Preventief arbeidsomstandigheden spreekuur (zegt 100% van de bedrijfsartsen in opleiding, 96% van de bedrijfsartsen en 76% van de basisartsen);
- Klachtenregeling van de dienst (zegt 88% van de bedrijfsartsen i.o., 81% van de bedrijfsartsen en 63% van de basisartsen);
- Risico- Inventarisatie en Evaluatie (zegt 84% van de bedrijfsartsen i.o., 79% van de bedrijfsartsen en 30% van de basisartsen);
- Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (BA i.o.68%, BA 60%, BS 26%).

Basisartsen (gevolgd door bedrijfsartsen i.o.) vinden significant vaker een noodzakelijke taak:

- Verzuimbegeleiding (zegt 94% van de basisartsen, 84% van de bedrijfsartsen i.o. en 80% van de bedrijfsartsen);
- Melding van beroepsziekten (zegt 87% van de basisartsen, 72% van de bedrijfsartsen i.o. en 56% van de bedrijfsartsen).

Kansen qua uitoefening van het vak

Basisartsen noemen de verbreding van het takenpakket en meer mogelijkheid tot loopbaanontwikkeling (bijvoorbeeld door taken in onderzoek of onderwijs) vaak (respectievelijk 81 % en 79 %) als kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Bedrijfsartsen i.o. zien met name het versterken van de autonome positie als kans voor de toekomst van het vak (84%). De bevroegde disciplines verschillen niet significant in hun opvatting dat het verhogen van de professionaliteit een kans is voor de toekomst van het vak (71%) evenals wettelijke prikkels om preventieve activiteiten te ondersteunen (68%). Zie Tabel 7-3.

Bedreigingen qua uitoefening van het vak

Bedrijfsartsen (80%) zien significant vaker dan bedrijfsartsen i.o., basisartsen en arboverpleegkundigen de sterke vergrijzing van de beroepsgroep als bedreiging voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Andere reële bedreigingen die bevroegde disciplines in meerderheid signaleren zijn: te weinig innovatie van arbo-dienstverlening (65%); versmalling, de inperking tot vraagbaak zijn bij complexe arbeid gerelateerde problematiek (57%) en het eenzijdige takenpakket (55%).

Suggesties om het vak aantrekkelijker te maken

Basisartsen die aangeven dat iets hen weerhoudt om bedrijfsarts te worden (zie hoofdstuk 5) is gevraagd wat voor hen het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker zou maken. De door hen meest genoemde aspecten zijn: de mogelijkheid om ook curatief bezig te zijn (71%), een meer afwisselend takenpakket (58%) en meer gelegenheid zich in specifieke onderwerpen te verdiepen (56%) (zie Tabel 7-4).

Tabel 7-3 Kansen en bedreigingen – qua uitoefening van het vak

	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arbover- pleegkundi- gen (n=44)	Totaal (n=206)
percentage (zeker) een kans:					
Meer mogelijkheid tot loopbaanontwikkelingen, b.v. door taken in onderzoek/onderwijs *	68,0	72,6	79,3	75	74,3
Autonome positie versterken *	84,0	71,4	75,5	61,4	71,8
Professionaliteit verhogen	76,0	69,1	69,8	72,7	70,9
Verbreding van het takenpakket *	72,0	66,7	81,1	54,5	68,5
Wettelijke prikkels om preventieve activiteiten te ondersteunen	72,0	69,1	54,7	77,3	67,5
percentage (zeker) een bedreiging:					
Sterke vergrijzing van beroepsgroep.*	60,0	79,8	47,2	68,2	66,5
Te weinig innovatie arbodienstverlening.	44,0	65,5	60,4	79,6	64,6
Versmalling: BA alleen nog als vraagbaak bij complexe arbeidsgerelateerde problematiek.	56,0	61,9	56,6	47,7	56,8
Het eenzijdige takenpakket.	52,0	52,4	66,0	50,0	55,3
Het commerciële karakter van de arbodienstverlening.	40,0	48,8	45,3	59,1	49,0

Tabel 7-4 Indien iets weerhoudt: wat zou het vak aantrekkelijker maken?

Percentage ja	Totaal (n=52)
De mogelijkheid om ook curatief bezig te zijn.	71,2
Een meer afwisselend takenpakket.	57,7
Meer gelegenheid om me in specifieke onderwerpen te verdiepen.	55,8
(Perspectief op) een hoger salaris.	40,4
Meer aandacht voor preventie.	38,5
Meer mogelijkheid voor training of scholing.	38,5

Meer autonomie om mijn werk in te delen.	44,2
Een minder hoge werkdruk.	11,5
Minder accent op facturabiliteit.	25,0
Anders, namelijk...	13,5

7.4 Conclusies over het vak van bedrijfsarts

Visie op het vak en de taken van de bedrijfsarts

Basisartsen herkennen (nog) niet alle aantrekkelijke aspecten van het vak van bedrijfsarts (dit is in lijn met de resultaten van hoofdstuk 5 en 6: hier ligt een kans om het vak beter en meer te profileren). Wel leeft in het veld breed de visie dat je als bedrijfsarts meer tijd hebt voor je patiënt en beter in staat bent om de balans werk-privé te bewaken dan in andere disciplines van de geneeskunde. Uit de literatuur blijkt dat het aantal werkloze basisartsen gestaag doorgroeit. Dit schept mogelijkheden voor de werving van artsen die bedrijfsarts willen worden. In interviews wordt de kanttekening gemaakt dat dit wellicht leidt tot minder echt gemotiveerde bedrijfsartsen. Echter, onder de huidige werkzame bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding was bij driekwart het vak van bedrijfsarts ook tweede keus. Uit gegeven toelichtingen hierop blijkt dat het vak dan bijvoorbeeld wel met andere disciplines bovenaan het lijstje van voorkeuren stond. De intrinsieke motivatie voor het vak is bij hen wel degelijk aanwezig. Wat betreft het leveren van professionele bedrijfsgezondheidszorg bestaat er ruime consensus (onder bedrijfsartsen, bedrijfsartsen in opleiding en basisartsen) over de noodzaak van de volgende taken: werkplekbezoek; privacy en beroepsgeheim; preventie en diagnostiek van beroepsziekten; voldoende mogelijkheid om zo nodig door te verwijzen; tijd voor overleg met de behandelend arts; dossiervorming en preventieve gezondheidszorg in bedrijven. Accentverschillen zijn dat: *bedrijfsartsen* daarnaast relatief het hoogst scoren op de noodzaak van een basiscontract en overleg met de OR of PVT; *bedrijfsartsen in opleiding* op het preventief arbeidsomstandigheden spreekuur; een klachtenregeling van de dienst; de risico-inventarisatie en -evaluatie en het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek en dat *basisartsen* het hoogst scoren op verzuimbegeleiding en melding van beroepsziekten.

Kansen voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts

Bedrijfsartsen zien relatief vaak de vergrijzing van de beroepsgroep als bedreiging voor de toekomst van het vak. Verder signaleert een meerderheid (van bedrijfsartsen, bedrijfsartsen in opleiding, basisartsen en arboverpleegkundigen) te weinig innovatie in arbodienstverlening; de bedrijfsarts alleen nog als vraagbaak bij complexe arbeidsgerelateerde problematiek en het eenzijdige takenpakket als bedreigingen voor de toekomst van het vak. Alle bestudeerde bronnen signaleren in dit opzicht diverse kansen voor het vak van bedrijfsarts, te weten:

- verhogen van de professionaliteit: impulsen voor kennisontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van het vak (*blijkt uit de literatuur, interviews en is een breed gedeelde opvatting die blijkt uit de webenquête*);
- wettelijke prikkels om preventieve activiteiten te ondersteunen (*idem*);
- versterken autonome positie (*blijkt uit de literatuur, interviews én significant vaker genoemd door bedrijfsartsen i.o.*).

Basisartsen (de jonge generatie, de belangrijke vijver voor werving van bedrijfsartsen gezien de vergrijzing van de beroepsgroep) noemen daarnaast significant vaker de volgende kansen:

- verbreding takenpakket;
- meer mogelijkheden tot loopbaanontwikkeling.

Een concretisering van deze kansen wordt zichtbaar in wat basisartsen (en dan specifiek degenen die op dit moment drempels ervaren om te kiezen voor het vak van bedrijfsarts) in meerderheid noemen als aspecten die het vak van bedrijfsarts *voor hen persoonlijk* aantrekkelijker zou maken. Dit betreft:

- de mogelijkheid om ook curatief bezig te zijn;
- meer afwisseling in het takenpakket (ook genoemd in interviews);
- meer gelegenheid om zich te verdiepen in specifieke onderwerpen (ook genoemd in interviews).

Geconcludeerd kan worden dat binnen het beroepsveld zelf veel ideeën leven ter verbetering van het eigen vak. Deze ideeën zijn over het algemeen zeer oplossingsgericht en komen tegemoet aan de vraag van het ministerie van SZW naar kansrijke oplossingsrichtingen. Het kanaliseren en concretiseren van deze suggesties kan gezien worden als een nuttige vervolgstap op dit onderzoek.

8

Het vak en flankerende disciplines

8.1 Wat leert de literatuur over de relatie met flankerende disciplines

Een manier om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken is – volgens diverse bronnen – mogelijk door het (gedeeltelijk) samenvoegen van de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts. Op deze manier leren artsen nog meer over arbeid en gezondheid en is het makkelijker om tijdens de carrière te switchen tussen de twee vakgebieden. In het NVAB rapport (2015, preprogrammeringstudie) wordt gesproken over een betere coördinatie en samenwerking in de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen op nationaal en internationaal niveau. Daarmee wordt geen uitspraak gedaan over het samenvoegen van de opleidingen. In het rapport wordt verder ingegaan op het borgen van de kwaliteit van de opleidingen tot sociaal geneeskundige en bijbehorende nascholingen door project KOERS, de stimulering van *professional performance*, en een stimuleringsprijs voor het onderwijs.

8.2 Zij-instroom en relatie bedrijfsarts en verzekeringsarts – interviews

Zij-instroom en samenwerking en afstemming met andere disciplines als kans

Geïnterviewden geven aan dat de overstap van bedrijfsarts naar de verzekeringsgeneeskunde nog wel eens gemaakt wordt en dat hiervoor een jaar bijscholing nodig is. De overstap naar geriatrie komt ook voor. Ook laten verzekeringsartsen zich omscholen tot bedrijfsarts. Zij komen dan terecht in een baan om verzuimdossiers UWV-‘proof’ te maken of kiezen er bewust voor het brede werkveld van bedrijfsarts bestrijken (net als artsen die vanuit andere disciplines zijinstromen). Sommige geïnterviewden pleiten voor herinvoering van applicatiecursussen voor zij-instromers (die tot 8 jaar geleden bestonden): anderen zijn daar geen voorstander van. Meer respondenten pleiten voor het aanpassen van de opleiding tot bedrijfsarts op zo’n manier dat er meer sprake is van samenwerking en afstemming met andere disciplines in de geneeskunde. Enkele citaten:

“Een deel van de instromers is afgeknapt op de ziekenhuiscultuur (hiërarchische verhoudingen, positieverschillen). Bij sociaal geneeskundige banen gaat dit relaxter, er is meer sociale omgang met elkaar.”

“Er is behoefte aan modernisering van het vak. De faculteiten moeten een strategie bedenken. Het is goed als er meer samengewerkt wordt op het terrein van arbeids- en verzekeringsgeneeskunde en de curatieve zorg. Ook een stevigere brug met de huisartsenopleiding moet gebouwd worden. “

“In de opleiding kan meer gedaan worden aan de afstemming en samenwerking met de huisarts, er is immers ook overlap in het werk. Zodoende kan de opleiding breder worden. “

Het vak van bedrijfsarts ten opzichte van het vak van verzekeringsarts

Sommigen signaleren het combineren van de functie van verzekeringsarts en bedrijfsarts als kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts omdat dit het takenpakket van de bedrijfsarts meer variatie zou bieden. Anderen signaleren dat de overlap tussen de taken van verzekeringsartsen en bedrijfsartsen evident is, maar de verschillen ook: de een adviseert de zieke werknemer en zorgt voor een vertaling naar de werkgever, de ander is verantwoordelijk voor de claimbeoordeling en checkt de procesgang.

8.3 Zij-instroom en relatie bedrijfsarts en verzekeringsarts - enquête

Zij-instroom

Zij instromers (n=27) die deelnamen aan de webenquête waren hiervoor veelal huisarts of verzekeringsarts. Andere disciplines van waaruit men instroomde zijn bijvoorbeeld arts in public health; gynaecoloog in opleiding; hoofd polikliniek en huisartsenlaboratorium; medisch specialist in opleiding; verzekeringsarts in opleiding en artsen werkzaam in de farmaceutische industrie. 83% van de zijinstromers zou andere artsen ook aanraden deze stap te zetten. Redenen voor de overstap die zij noemen in antwoord op een open vraag in de webenquête:

“beter tijd voor 10 patiënten dan haast bij 40 op een dag.”

“het is inhoudelijk breder dan men in eerste instantie verwacht.”

“preventie van ziektes bestaat!”

“veel ontwikkelingsmogelijkheden in een brede context.”

“verzekeringsgeneeskundige basis biedt veel meerwaarde.”

Relatie vak bedrijfsarts met verzekeringsarts

Bedrijfsartsen vinden bijna allemaal (91%) dat de bedrijfs- en verzekeringsarts *meer met elkaar in gesprek moeten* om misverstanden te voorkomen die tot UWV sancties kunnen leiden. Bedrijfsartsen i.o. (80%) en basisartsen (75%) reageren hier ook in grote mate instemmend op, maar wel significant minder vaak.

Verder is het grootste deel van de bedrijfsartsen, bedrijfsartsen i.o. en basisartsen (65%) van mening dat het goed zou zijn om *als bedrijfsarts ook een tijd als verzekeringsarts te werken en andersom*. Al zijn de bedrijfsartsen i.o. het wel significant vaker oneens met deze stelling (32%) dan de basisartsen (7%) en de werkzame bedrijfsartsen (16%).

Wat betreft de opleiding vindt ruim de helft (54%) van de basisartsen dat het goed zou zijn om de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts te combineren zodat je bevoegd wordt om in beide rollen te werken. Significant minder bedrijfsartsen (40%) en bedrijfsartsen i.o. (20%) zijn het hiermee eens (Zie Tabel 8-1).

Tabel 8-1 *Visie over relatie vak bedrijfsarts met vak verzekeringsarts*

Percentage eens	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=86)	Basisarts (n=56)	Totaal (n=161)
Het zou goed zijn om de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts te combineren zodat je bevoegd wordt om in beide rollen te werken.*	20,0	39,5	53,6	41,3
De bedrijfs- en verzekeringsarts moeten meer met elkaar in gesprek om misverstanden te voorkomen die tot UWV sancties kunnen leiden.*	80,0	90,7	75,0	83,8
Het zou goed zijn om als bedrijfsarts ook een tijd als verzekeringsarts te werken en andersom*	64,0	68,6	60,7	65,3

* Significant verschil tussen bedrijfsartsen i.o., bedrijfsartsen en basisartsen

Kans voor de toekomst van het vak – resultaten uit de webenquête

twee derde van de basisartsen (64%) en arboverpleegkundigen (66%) ziet *het combineren van de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts* als reële kans voor het vak (dit is significant vaker dan bij de bedrijfsartsen en de bedrijfsartsen i.o.). Zie Tabel 8-2.

Tabel 8-2 *Combineren opleiding bedrijfsarts en verzekeringsarts*

Percentage (zeker) een kans:	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfsarts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arboverpleegkundigen (n=44)	Totaal (n=206)
Combineren van de opleiding van bedrijfsarts en verzekeringsarts. *	36,0	41,7	64,2	65,9	51,9

* Significant verschil tussen bedrijfsartsen i.o., bedrijfsartsen en basisartsen

8.4 Relatie met flankerende disciplines – interviews en klankbord

Arboverpleegkundige en de master tot verpleegkundig specialist

Het is vooral de samenwerking en de taakverdeling met de arboverpleegkundige die in dit onderzoek aan bod is gekomen. In de webenquête is hier op verzoek van de opdrachtgever speciale aandacht aan besteed. Vanuit de Arboverpleegkundige hoek wordt gewezen op een master verpleegkundig specialist, gericht op eigen behandelingsbevoegdheid. Die opleiding bestaat al 10 jaar, is geïmplementeerd vanuit VWS, en sinds 3 jaar bekend bij de verpleegkundige beroepsgroep. In ziekenhuizen is deze ontwikkeling voor verpleegkundig specialisten al in gang gezet. De beroepsgroep van de arboverpleegkundige (V&VN) zou deze opleiding ook graag binnen de bedrijfsgeneeskundige zorg willen zien.

Kansen en bedreigingen

De mogelijkheden voor taakherschikking om het tekort aan bedrijfsartsen op te vangen wordt – in de interviews - door sommige bedrijfsartsen als bedreiging en door anderen juist als kans voor verbetering van het vak gezien. In het veld worden veel voorbeelden genoemd van (met name positieve) ervaringen met het delegeren van taken onder supervisie van de bedrijfsarts of over vergaande samenwerking of taakverdeling met andere disciplines (zoals met arboverpleegkundigen, arbeid hygiënisten en veiligheidkundigen, maar ook met zorgverleners in de eerste lijn, met name met huisartsen). Geïnterviewden noemen als kansen voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts: taakdelegatie (mitst eerst onderzocht) en betere afstemming met het werk van arboverpleegkundigen. Ook meer afstemming en betere samenwerking met de eerste lijn, de curatieve zorgsector en andere professionals acht men wenselijk. In de TAZ-brief (2015) stelt het ministerie van SZW het doel tot meer samenwerking; een concrete uitwerking hoe dit gestalte te geven is nog niet gemaakt. In het veld is wel een grote behoefte aan deze uitwerking. Enkele citaten:

Kansen voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts

- Taakdelegatie zou het tekort aan bedrijfsartsen kunnen opvangen. Arboverpleegkundigen zouden de eerste verzuimgesprekken kunnen voeren. Dit moet eerst verder onderzocht worden;
- Samenwerking optimaliseren tussen bedrijfsartsen en arboverpleegkundigen;
- Betere afstemming met het werk van de arboverpleegkundigen;
- Meer samenwerking met de eerste lijn, met de curatieve zorgsector en andere professionals.

De gesignaleerde risico's, waardoor sommige bedrijfsartsen sceptisch zijn over taakherschikking, hebben te maken met de beperkte bevoegdheden en gebrek aan specifieke kennis (die bedrijfsartsen wel hebben) van degenen die taken van bedrijfsartsen zouden overnemen. Vanuit werknemersorganisaties wordt er in de klankbordgroep gewezen op het risico dat bij een taakherschikking de bedrijfsarts

verder van de werknemer komt te staan indien zij/hij minder persoonlijk contact met de werknemer zou hebben. Ook in de interviews wordt gewezen op het risico van uitholling van het vak bij een vergaande taakherschikking. Bij taakherschikking komt het aan op goede communicatie, aldus de geïnterviewden. Voorwaarden dient wel te zijn dat de zorg kwalitatief goed blijft. Sommigen geven aan dat het meer om een delegatie van taken dient te gaan, en niet zozeer om een herschikking van taken. Aangegeven wordt dat het vooral een politiek vraagstuk is dat nog uitgewerkt moet worden: welke taken kunnen wel/niet gedelegeerd worden? Er wordt in dit kader verwezen naar de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

8.5 Relatie met arboverpleegkundigen – resultaten van de webenquête

Een inkijkje in het vak van arboverpleegkundige

Arboverpleegkundigen zijn BIG-geregistreerde verpleegkundigen die (post)-hbo zijn opgeleid. Omdat zij net als bedrijfsartsen een BIG-registratie hebben en werkzaam zijn in de bedrijfsgezondheidszorg is (op advies van de klankbordgroep) aan hen in de webenquête ook een aantal vragen voorgelegd. Hieruit blijkt dat alle arboverpleegkundigen van mening zijn dat zij onmisbaar zijn in de bedrijfsgeneeskunde.

Visie arboverpleegkundigen op hun takenpakket

Arboverpleegkundigen geven aan dat expertise de grootse stempel drukt op hun takenpakket, gevolgd door het management en beleidskeuzes vanuit de politiek. Bijna driekwart (73%) is het eens dat hun takenpakket (mede) wordt bepaald door de eigen kennis en vaardigheden; vier op de tien (42%) zijn het eens dat het takenpakket (mede) bepaald wordt door het management en een derde is het eens dat het takenpakket (mede) afhangt van beleidskeuzes vanuit de politiek.

Visie van arboverpleegkundigen op hun huidige samenwerking met de bedrijfsarts

Uitgaande van hun huidige werkzaamheden als arboverpleegkundige bevestigt:

- 89% dat zij een goed team vormen met de bedrijfsarts: ze vullen elkaar aan;
- 64% dat zij de bedrijfsarts alleen inschakelen bij moeilijke gevallen;
- 80% dat de taakverdeling met de bedrijfsarts duidelijk is;
- 7% dat de taakverdeling met de bedrijfsarts vaak verandert.

Visie van de arboverpleegkundigen op hun vak

In antwoord op een open vraag wat zou kunnen helpen om meer arboverpleegkundigen te werven en op te leiden noemt 80% spontaan verbetering van de positie/bekendheid van de arboverpleegkundige. Andere antwoorden (in volgorde van veel naar weinig genoemd zijn:

- betere opleidingsvoorzieningen en een koppeling de praktijk;

- een meer afgebakende taakverdeling;
- focus verschuiven (van verzuim naar duurzaamheid/vitaliteit/preventie/stress)
- het verkrijgen van meer zelfstandige bevoegdheden.

In antwoord op een open vraag wat aspecten zijn van het vak die het voor verpleegkundigen werkzaam in de zorg aantrekkelijk maken om arboverpleegkundige te worden noemt bijna de helft (47%) spontaan: de arbeidsvoorwaarden (werktijden, salaris). Andere antwoorden (in volgorde van veel naar weinig genoemd) zijn:

- het bezig zijn met preventie;
- de zelfstandigheid of autonomie van het vak;
- de variatie van de werkzaamheden;
- de commerciële kant;
- het bieden van ondersteuning en advies;
- de samenwerking tussen disciplines;
- het brede werkveld.

In antwoord op een open vraag wat aspecten zijn van het vak die voor verpleegkundigen werkzaam in de zorg een drempel kunnen vormen om arboverpleegkundige te worden geeft men als antwoorden (in volgorde van veel naar weinig genoemd):

- de onduidelijke positie;
- de onbekendheid van het vak;
- dat je geen 'directe zorg' meer levert;
- meer zakelijk contact;
- de hoge werkdruk en het zittende beroep;
- het onzekere toekomstperspectief;
- de beperkte opleidingsmogelijkheden.

Visie van arboverpleegkundigen op taakherschikking

- De arboverpleegkundigen zijn overtuigd van de toegevoegde waarde die zij hebben ten opzichte van de bedrijfsartsen: 75% bevestigt dat zij een aantal taken hebben die niet door een bedrijfsarts kunnen worden overgenomen en 83% bevestigt dat de bedrijfsarts een aantal taken heeft die niet door een arboverpleegkundige kunnen worden overgenomen. Ook bevestigt twee derde dat een aantal taken van bedrijfsartsen niet door andere zorgprofessionals kan worden overgenomen;
- Ruim acht op de tien (82%) arboverpleegkundigen denken dat zij met extra scholing meer taken van de bedrijfsarts kunnen overnemen. Een derde denkt dat dit ook zonder extra scholing kan;

Visie van arboverpleegkundigen op het wat en hoe van taakherschikking

Aan de arboverpleegkundigen die denken (met of zonder scholing) taken over te kunnen nemen van de bedrijfsarts (die voor hen persoonlijk op dit moment extra zijn ten opzichte van hun huidige takenpakket), is gevraagd welke taken dit zijn. De top drie is PAGO (57%); een preventief arbeidsomstandighedenspreekuur (50%) en overleg met de OR of personeelsvertegenwoordiging (50%). Gevolgd door de taken verzuimbegeleiding, melding van beroepsziekten en dossiervorming (allen 43%) en risico-inventarisatie & evaluatie en preventie van beroepsziekten (beiden 29%). Twee arboverpleegkundigen geven aan dat zij alle genoemde taken reeds zelf uitvoeren. Andere taken die genoemd werden als extra taken die aan het takenpakket van de Arboverpleegkundige zouden kunnen worden toegevoegd, zijn bijvoorbeeld probleemanalyses maken, begeleiding verzorgen bij gezondheidschecks en uitleg geven over wetten en regelingen. Gevraagd naar wat nodig zou zijn om het overnemen van extra taken te realiseren in de praktijk noemen ruim de helft van de arboverpleegkundigen spontaan scholing/en of opdoen van meer kennis. Daarnaast worden genoemd (in volgorde van veel naar weinig): meer samenwerking (afstemming, communicatie) met andere disciplines; aanpassing van de wetgeving zodat arboverpleegkundigen meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden krijgen en taakdelegatie.

Bijdrage taakherschikking aan het voorkomen van een tekort aan bedrijfsartsen?

Arboverpleegkundigen vinden significant vaker (89%, tegenover 44% van de bedrijfsartsen i.o., 36% van de bedrijfsartsen en 36% van de basisartsen) dat taakherschikking tussen bedrijfsarts en de arboverpleegkundige (beiden BIG-geregistreerd) kan bijdragen aan het voorkomen van een tekort aan bedrijfsartsen. Toelichtingen die respondenten geven zijn dat taakherschikking tussen bedrijfsarts en arboverpleegkundige kan bijdragen aan het voorkomen van een tekort zodat de bedrijfsarts zich dan kan richten op kerntaken. Sommigen wijzen hierbij op het belang van een goede afbakening van verantwoordelijkheden (en communicatie over deze taakverdeling naar klanten) en/of geven aan dat dit alleen kan bij voldoende vertrouwen/draagvlak/waardering voor elkaars beroep. Een enkeling noemt als positief neveneffect dat dit beide vakken aantrekkelijker maakt. Er zijn ook respondenten die aangeven dat taakherschikking voor een deel kan bijdragen aan het voorkomen van een tekort aan bedrijfsartsen, maar dat er daarnaast toch ook nieuwe bedrijfsartsen nodig zijn. Respondenten die aangeven dat taakherschikking *niet* kan bijdragen aan het voorkomen van een tekort geven als reden dat taakherschikking tussen bedrijfsarts en arboverpleegkundige afbreuk zou doen aan de professionaliteit van het vak van bedrijfsarts of dat dit weer allerlei andere complicaties geeft. Tot slot, waar een aantal bedrijfsartsen in een toelichting noemt dat taakherschikking tussen te duur is voor werkgevers,

noemt een deel van de arboverpleegkundigen dat taakherschikking juist financieel aantrekkelijk is voor werkgevers.

Relatie met flankerende disciplines: kansen en bedreigingen voor het vak

Vrijwel alle arboverpleegkundigen zien het inzetten van arboverpleegkundigen als kans voor de toekomst voor het vak van de bedrijfsarts. Dit is significant vaker dan genoemd door de artsen in de webenquête. Onder geen van de bevraagde subgroepen signaleert een meerderheid de inzet van casemanagers en anderen voor eenvoudige taken en ondersteuning als kans. Bedrijfsartsen zien verschuiving van taken naar casemanagers en anderen significant vaker als bedreiging dan de andere disciplines (67% van de bedrijfsartsen, 60% van de basisartsen, 56% van de bedrijfsartsen i.o. en 36% van de arboverpleegkundige). Zie Tabel 8-3.

Tabel 8-3 Kansen en bedreigingen – qua uitoefening van het vak

	Bedrijfsarts i.o. (n=25)	Bedrijfs- arts (n=84)	Basisarts (n=53)	Arbover- pleegkundi- gen (n=44)	Totaal (n=206)
<i>percentage (zeker) een kans:</i>					
Inzetten van arboverpleegkundigen	36,0	23,8	35,8	97,7	44,2
Inzetten van casemanagers e.a. voor eenvoudige taken en ondersteuning	28,0	36,9	43,4	36,4	37,4
<i>percentage (zeker) een bedreiging:</i>					
Het verschuiven van taken naar case-managers en anderen.*	56,0	66,7	60,4	36,4	57,3

8.6 Conclusies over het vak en flankerende disciplines

Bedrijfsarts en verzekeringsarts – de opleiding

Het vak van bedrijfsarts en verzekeringsarts liggen qua discipline in de geneeskunde het dichtst bij elkaar, gevolgd door het vak van huisarts. Dit blijkt ook uit antwoorden van zij-instromers op de webenquête: een meerderheid is zij-instromer vanuit de discipline verzekerings- of huisartsgeneeskunde. Niet verwonderlijk dus dat in de literatuur het samenvoegen van de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts naar voren komt als een manier om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken. Uit de enquête blijkt dat bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding hier niet warm voor lopen, basisartsen zijn positiever gestemd: ruim de helft is het eens dat combineren van de opleidingen goed zou zijn, zodat je bevoegd wordt in beide rollen te werken, twee derde signaleert dit ook als kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts. Dat is significant vaker dan bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding.

Verder pleiten geïnterviewden (in meer brede zin) voor het aanpassen van de opleiding tot bedrijfsarts op zo'n manier dat er meer sprake is van samenwerking en afstemming met andere disciplines in de geneeskunde. Dus arbeids- en verzekeringsgeneeskunde én curatieve zorg: ook met de huisartsenopleiding zou een stevigere brug gebouwd moeten worden. Er is immers ook overlap in het werk: zodoende kan de opleiding breder worden (dit sluit aan bij enkele gesignaleerde kansen voor het vak van bedrijfsarts: verhogen professionaliteit, verbreding takenpakket en meer mogelijkheden tot loopbaanontwikkeling in hoofdstuk 7).

Bedrijfsarts en verzekeringsarts – het vak

twee derde van de respondenten op de webenquête (van de bedrijfsartsen, bedrijfsartsen in opleiding en basisartsen) vindt dat het goed zou zijn om als bedrijfsarts een tijdje als verzekeringsarts te werken en andersom. Bedrijfsartsen in opleiding reageren significant vaker negatief (en dus minder vaak neutraal) op dit idee dan bedrijfsartsen en basisartsen. Wellicht omdat zij net vol overtuiging gekozen hebben voor het vak van bedrijfsarts. Tegen een variant die nog een stap verder gaat, het combineren van de functie van bedrijfsarts en verzekeringsarts, wordt in interviews wisselend aangekeken (positief: zorg voor meer variatie in het takenpakket, versus: negatief: de overlap in taken van bedrijfsarts en verzekeringsarts is evident, maar de verschillen zijn dat ook). Alle respondenten (bedrijfsartsen, bedrijfsartsen in opleiding en basisartsen) zijn het in meerderheid eens dat bedrijfs- en verzekeringsarts meer met elkaar in gesprek zouden moeten om misverstanden te voorkomen die tot UWV-sancties leiden. Met name bedrijfsartsen, die wat dit betreft het meest vanuit praktijkervaring spreken, zijn hier een groot voorstander van.

Weinig animo voor taakherschikking/taakdelegatie...

Gemiddeld slechts vier op de tien bedrijfsartsen in opleiding, bedrijfsartsen en basisartsen zijn van mening dat taakherschikking met (eveneens BIG-geregistreerde) arboverpleegkundigen kan bijdragen aan het voorkomen van een tekort aan bedrijfsartsen (een ruime meerderheid van arboverpleegkundigen ziet hierbij wel voor zichzelf een rol). Indien er sprake zou zijn van taakherschikking moet er verder wel sprake zijn van een goede afbakening van verantwoordelijkheden, voldoende expertise en vertrouwen/draagvlak/waardering voor elkaars beroep, zo lichten voorstanders toe. Redenen om in taakherschikking met arboverpleegkundigen geen bijdrage te zien aan het voorkomen van een tekort aan bedrijfsartsen zijn dat dit afbreuk zou doen aan de professionaliteit van het vak van bedrijfsarts en dat dit weer allerlei andere complicaties geeft. Daarnaast wordt de kanttekening gemaakt dat er ook in het geval van taakherschikking nieuwe bedrijfsartsen nodig zijn.

Slechts een kwart van de bedrijfsartsen en ruim een derde van de bedrijfsartsen in opleiding en basisartsen ziet de inzet van arboverpleegkundigen dan ook als kans voor de toekomst voor het vak van bedrijfsarts (arboverpleegkundigen zelf zien dit vrijwel allemaal als kans, in de interviews wordt in dit licht gewezen op de master verpleegkundig specialist als kans voor arboverpleegkundigen om zich te specialiseren). Bij geen van de disciplines is een meerderheid te vinden voor de inzet van casemanagers en anderen voor eenvoudige taken en ondersteuning. Volgens de geënquêteerden ligt hier geen kans voor de toekomst van het vak van bedrijfsarts.

....tegenover kansen zien door taakherschikking

Verrassend is het dat de artsen die meewerkten aan de webenquête veel sceptischer staan tegenover taakherschikking dan de actoren deels uit hetzelfde beroep en van de beroepsorganisaties die zijn geïnterviewd of die deelnamen aan de klankbordgroep. Daar was een aantal bedrijfsartsen, opleiders en vertegenwoordigers van beroepsgroepen zeker een voorstander van taakdelegatie (al dan niet onder supervisie van een bedrijfsarts) mits er goed op de kwaliteit van werken wordt gelet. Een aantal noemde dit zelfs als oplossing voor het tekort aan bedrijfsartsen op de korte termijn. De behoefte om samen met disciplines zoals de arboverpleegkundigen, arbeidshygiënist en arbeidsdeskundigen te komen tot een soort taakafbakening – gelet op de complementariteit van de vakgebieden – werd meerdere malen opgetekend in de interviews. Ook het verder specialiseren van bedrijfsartsen – om het vak aantrekkelijker te maken - zou volgens een aantal actoren kunnen leiden tot een taakherschikking met flankerende professionals. Ook werkgeverorganisaties zijn een voorstander van zowel verdere specialisering van bedrijfsartsen en taakherschikking (niet alleen om financiële redenen: ook om het vak aantrekkelijker te maken).

Bedrijfsartsen zijn het meest huiverig voor het verschuiven van taken naar casemanagers en anderen. In interviews wordt aangegeven dat het een politiek vraagstuk is welke taken wel of niet gedelegeerd kunnen worden met het oog op de kwaliteit van de arbeidsgeneeskundige zorg (voorwaarde moet zijn dat de zorg kwalitatief goed blijft). Ook wordt genoteerd dat men bij taakherschikking beducht moet zijn op het risico van uitholling van het vak van bedrijfsarts.

9

De bevindingen op een rij gezet

9.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

In dit onderzoek staan twee hoofdvragen centraal:

- A. Noodzaakt de mis match tussen (verwachte) vraag en (verwacht) aanbod tot interveniëren om het aantal bedrijfsartsen in Nederland op peil te houden?
- B. Wat zijn bouwstenen om het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor artsen en welke actoren moeten dan met welke opdracht actief aan de slag om te zorgen dat er voldoende bedrijfsartsen in Nederland zijn en blijven?

In de uitwerking van deze vragen is in een analysekader aandacht besteed aan de factoren en procesgang die de schakels van opleiding, beroepsuitoefening en vertrek uit het vak beïnvloeden. De deelvragen die daarmee samenhangen zijn in de voorafgaande hoofdstukken beantwoord, gebaseerd op uiteenlopende informatiebronnen (literatuur, interviews, enquête, klankbordgroep). In dit slothoofdstuk keren we terug naar de beantwoording van de bovenstaande twee hoofdvragen.

9.2 Onderzoeksvraag 1: Noodzaakt de verhouding tussen vraag en aanbod tot interveniëren?

In hoofdstuk 3 werd een samenvattend overzicht geboden van factoren die de vraag naar bedrijfsartsen kunnen vergroten of verkleinen. Het geheel van factoren overziende en gelet op de prognoses (van het Capaciteitsorgaan en NIVEL) kan vastgesteld worden dat de huidige discrepantie tussen vraag en aanbod blijft voortbestaan en - bij het huidige beleid of nalaten van nieuwe interventies - waarschijnlijk groter wordt. Demografische (vergrijzing) en epidemiologische ontwikkelingen (meer chronisch zieken) in de beroepsbevolking die de zorgvraag zullen doen stijgen, spelen daarbij een rol. Er zijn geen aanwijzingen dat de vraag van werkgevers naar arbozorg belangrijk zal groeien. Werkgevers hebben volgens diverse bronnen weinig belangstelling voor (meer) preventie-activiteiten door bedrijfsartsen, maar iets meer interesse voor duurzame inzetbaarheid. Het netto effect van deze ontwikkelingen is moeilijk te kwantificeren. Zeker is wel dat de hoge uitstroom door pensionering van bedrijfsartsen en de lage instroom in het vak het tekort zal doen toenemen. Samenvattend moeten we er vanuit gaan dat het tekort aan bedrijfsartsen bij ongewijzigd beleid zal voortbestaan en qua omvang zal

groeien. De grootste vraag in de nabije toekomst naar bedrijfsartsen wordt ingegeven door de vervangingsvraag. De schatting dat 40 % van de huidige bedrijfsartsen over 10 jaar met pensioen is (ruim 750 mensen), leidt ertoe dat op tijd voldoende bedrijfsartsen moeten zijn opgeleid om hen te vervangen. Omdat de opleiding 4 jaar duurt, betekent dit dat dat in de periode 2016 – 2022 meer bedrijfsartsen zouden moeten worden opgeleid dan nu het geval is.

Uit de diverse bronnen blijkt dat in het recente verleden vooral veranderingen in wetgeving van invloed zijn geweest op de vraag naar bedrijfsartsen: de verplichtingen en voorschriften die de wetgever definieert met betrekking tot arbeidsgerelateerde zorg. Wanneer het voorgestelde beleid zoals verwoord in de TAZ-brief van het ministerie van SZW (2015) vorm krijgt, zou dit moeten leiden tot een intensivering van de arbeidsgerelateerde zorg. Zo wordt in de TAZ-brief benadrukt dat er in bedrijven meer aan preventie moet worden gedaan en dat de bedrijfsarts voor iedere werknemer toegankelijk moet zijn. Wanneer dit beleid van kracht wordt en op de uitvoering ervan wordt toegezien, zal een hogere vraag naar bedrijfsartsen ontstaan waardoor het al voorspelde tekort nog toeneemt.

In het veld bestaat een grote mate van overeenstemming over de noodzaak om op korte termijn te interveniëren in de instroom van bedrijfsartsen. Ook leven er volop ideeën over interventies en de rol van de verschillende actoren daarbij.

9.3 Onderzoeksvraag 2a: Wat zijn bouwstenen voor meer aantrekkelijkheid van het vak?

Zoals uit de eerdere hoofdstukken blijkt is het voor veel artsen niet vanzelfsprekend om bedrijfsarts te worden. Wie geneeskunde gaat studeren doet dat in het algemeen vanuit het perspectief om curatief te gaan werken. In het geneeskunde curriculum is er weinig aandacht voor het werk van de bedrijfsarts. Studenten en basisartsen hebben daarom geen duidelijk beroepsbeeld en de beelden die bestaan zijn niet overwegend positief. Het idee bestaat dat de bedrijfsarts weinig voor een patiënt kan betekenen en dat het beroep inhoudelijk niet erg uitdagend is. Bovendien is de status van de bedrijfsarts relatief laag.

Ten aanzien van wat nodig is om het vak aantrekkelijker te maken voor een nieuwe generatie artsen geeft dit onderzoek inzichten waarover een aanzienlijke mate van consensus bestaat, hoewel er natuurlijk nuances zijn. Kennis over de aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten van de beroepsuitoefening als bedrijfsarts kan benut worden om meer artsen te werven en vervolgens ook voor het vakgebied aan te trekken en te behouden.

In hoofdstuk 5 tot en met 7 is weergegeven wat volgens eerder onderzoek, geïnterviewden en de webenquête als aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten van het vak gelden. Aantrekkelijke aspecten van het werken als bedrijfsarts zijn dat er meer tijd en aandacht is voor de cliënt, dat gewerkt wordt als generalist met een breed palet aan medische en niet-medische problematiek en dat de cliënt centraal staat en niet een diagnose. Artsen die voor het vak hebben gekozen noemen ook de prettige arbeidsvoorwaarden zoals regelmatige werktijden, geen diensten, minder hectiek en een lagere werkdruk dan in het ziekenhuis gebruikelijk is, het teamgevoel en de afwezigheid van hiërarchie. Meest genoemde redenen van bedrijfsartsen en bedrijfsartsen in opleiding om voor het vak te kiezen zijn: het belang dat men hecht aan professionaliteit en autonomie; het gevarieerde contact en werken op verschillende locaties dat aanspreekt en de mogelijkheid tot preventie.

Een probleem is echter dat geneeskunde studenten en basisartsen deze aantrekkelijke kanten van het vak niet kennen, tenzij ze daadwerkelijk kennismaken met de rol van bedrijfsarts. En die kans is klein. Tijdens de geneeskundeopleiding wordt namelijk weinig aandacht aan de bedrijfsgeneeskunde geschonken en de manier waarop dit gebeurt, inspireert de studenten niet. Ook de sector zelf laat hier kansen liggen: het coassistentschap bij een arbodienst wordt door coassistenten lang niet altijd gewaardeerd. Uit het onderzoek blijkt dat de studenten inspirerende rolmodellen missen en dat hun docenten (onbedoeld) het vooroordeel bevestigen dat de bedrijfsgeneeskunde een vak is 'voor mannen aan het einde van hun carrière'. Aantrekkelijker (stage)onderwijs lijkt dus een voorwaarde om een beter beeld te geven van het werken als bedrijfsarts.

Lukt het om artsen binnen te halen dan is het zaak om ze ook voor het vak te behouden. Hierbij speelt opnieuw de vraag wat de aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten van de beroepsuitoefening zijn (hoofdstuk 6 en 7). Als aantrekkelijke kanten worden de aspecten genoemd die hierboven zijn gepresenteerd: vaste werktijden waardoor het werk goed te combineren is met andere bezigheden, een lagere werkbelasting dan in veel curatieve disciplines gebruikelijk is, goede (secundaire) arbeidsvoorwaarden, een generalistische aanpak, aandacht voor preventie. Als minder aantrekkelijke aspecten gelden het imago (met stip genoemd als knelpunt en bedreiging voor de toekomst van het vak), het accent op verzuimbegeleiding, beperkte carrièremogelijkheden als je eenmaal bedrijfsarts bent, veel administratieve rompslomp, en het werken in een spanningsrelatie met werkgever en werknemer.

Voor arbodiensten speelt een probleem dat jonge bedrijfsartsen niet erg honkvast lijken te zijn. Als het werk als minder uitdagend wordt ervaren kijken deze artsen rond naar een andere baan.

Er zijn uiteraard ook verschillende visies en voorkeuren bij artsen: sommige bedrijfsartsen willen meer preventie en meer praktijkgericht werken, anderen willen meer professionalisering en wetenschappelijke onderbouwing. Er zijn artsen die juist kiezen voor het werken als generalist, anderen willen zich liever meer specialiseren. Tegenover de visie dat het vak van bedrijfsarts aantrekkelijker wordt als er meer wordt gespecialiseerd, staat de visie dat bij een tekort aan bedrijfsartsen juist de brede en flexibele inzetbaarheid van de bedrijfsarts belangrijk is.

9.4 Onderzoeksvraag 2b: Potentiele interventies om het aantal bedrijfsartsen op peil te houden

Uit de literatuur, de webenquête en de interviews komt een ruim aantal mogelijke interventies naar voren om de gesignaleerde problemen aan te pakken (zie de tabellen). De suggesties lopen uiteen wat de mate van uitwerking en realiseerbaarheid. Hetzelfde geldt voor de mate van consensus. Het betreft zowel uitspraken uit de webenquête, de interviews en de brainstormbijeenkomst. We voorzien deze vervolgens van commentaar.

Wat kan helpen om instroom van bedrijfsartsen op peil te houden?

Beter/meer profileren van het beroep (in curriculum geneeskunde opleiding);

- (Meer) voorlichting en exposure om “onbekend maakt onbemind” te bestrijden
- Meer en eerder aandacht voor sociale geneeskunde in het curriculum;
- Vanaf begin in alle specialismen aandacht besteden aan anamnese op arbeid, meer kruisbestuiving;
- Verplicht coschap zodat elke student in de opleiding in aanraking komt met het vak van bedrijfsarts;
- Andere insteek bij coschap arbeidsgeneeskunde: projectmatig werken, werkplek bezoeken met een bedrijfsarts, casuïstiek verzamelen/bespreken, practicum rollenspel met werknemer/werkgever; meer zelfstandigheid in het coschap en in het coschap een breed beeld krijgen van de bedrijfsgeneeskunde.
- Selectie op bevlogen bedrijfsartsen als opleiders (colleges en practica) zodat meer geneeskundestudenten tijdens hun reguliere opleiding in aanraking komen met een inspirerende bedrijfsarts of opleider.

Opleiding aantrekkelijker maken:

- Laagdrempeliger zijn, beter vindbaar
- Meer praktijkgerichte opleiding;
- Actievere werving vanuit arbodiensten;
- Aantrekkelijke startersfuncties bij arbodiensten bieden;
- Samenvoegen van de opleiding bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde;
- Een stevige brug bouwen met de huisartsenopleiding: er is immers ook overlap in het werk, zodoende kan de opleiding breder worden;
- Een toonaangevend bedrijfsartseninstituut in Nederland, vergelijk KCVG, met promotietrajecten, wetenschappelijk netwerk, diverse sub specialismen aan verschillende universiteiten (modulen),

klinische arbeidsgeneeskunde, preventieve arbeidsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, gecombineerde specialisatie arbeid/verzekering, specialisaties PSA¹², bewegingsapparaat, chemische stoffen (huid, longen);

- Centrale financiering: b.v. een publiek-privaat opleidingsfonds;
- Zoeken naar marktpartijen binnen de arbodienstverlening, die op dit moment nog niet opleiden, maar dit mogelijk wel zouden willen/kunnen. Bijvoorbeeld kleine arbodiensten en (maatschappen van) zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen (op kleine schaal gebeurt dit al)

Wat kan helpen om de beroepsuitoefening aantrekkelijker te maken?

Een meer afwisselend takenpakket:

- Verbreding van het vak (zie bij opleiding);
- Meer gelegenheid bieden tot (wetenschappelijke) verdieping;
- De mogelijkheid bieden om ook curatief bezig te zijn (combinatie-banen);
- Bevorderen van multidisciplinaire samenwerking om de kloof tussen arbeidsgerelateerde zorg en curatieve zorg te overbruggen;
- Samenwerkingsinitiatieven op lokaal niveau met huisartsen en andere eerstelijns disciplines;
- Promoten good practices over de rol van bedrijfsartsen bij het bevorderen van duurzame inzetbaarheid en het verbeteren van de zorg voor werknemers met specifieke gezondheidsproblemen;
- Meer innovatie in arbodienstverlening (b.v. sportmogelijkheden op de werkplek, verplichtte pauzes met behulp van apps);

Randvoorwaarden en taakherschikking:

- Instellen dat arbodiensten basisartsen maar een beperkte periode mogen inzetten en hen dan in de gelegenheid moeten stellen een opleiding te volgen;
- Goede afbakening van verantwoordelijkheden afspreken, zoeken naar complementariteit;
- Waarborgen van kwaliteit van arbeidsgerelateerde zorg;
- Uitdragen van good practices van samenwerkingsinitiatieven;
- Wettelijke prikkels om preventieve activiteiten te ondersteunen;
- Verhogen professionaliteit (impulsen voor kennisontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing, meer mogelijkheden tot loopbaanontwikkeling).

Onafhankelijke positie versterken:

- De mening van de bedrijfsarts zwaarder laten wegen richting werkgever: een werkelijk onafhankelijke adviseur worden door een andere financiering (bv via ziektekostenverzekering, stelstelherziening);
- Betere tuchtrechtelijke bescherming.

De belangrijkste thema's voor interventies toegelicht

- Aandacht voor de bedrijfsarts in het medisch onderwijs

Er bestaat ruime consensus over de noodzaak om meer aandacht te besteden aan de rol van de bedrijfsarts en de kernaspecten van de arbeidsgeneeskunde in de opleiding tot basisarts. Hiermee zou al in de bachelor fase moeten worden begonnen. Ook een aantrekkelijk coassistentenschap bij een arbodienst is van belang. Hierbij moet worden bedacht dat een curriculumwijziging tijd kost. Wordt vandaag begonnen met een nieuw programma dan stromen de eerste basisartsen 'nieuwe stijl' pas zes jaar later uit. De arbosector heeft bovendien weinig ingang bij de medische faculteiten. Een verandering van het coassistentenschap is veel snel-

¹² PSA: psychosociale arbeidsbelasting

ler te realiseren. De arbodiensten hebben dit zelf in de hand. De doorlooptijd is bovendien sneller: coassistenten studeren enkele maanden later af kunnen dan in principe al in dienst treden bij een arbodienst.

Inhoudelijk gezien moet rekening worden gehouden met het punt dat het huidige geneeskunde onderwijs geen goed beeld geeft van het werk dat de bedrijfsarts doet. Studenten en basisartsen weten dat een bedrijfsarts veel met verzuim bezig is en niet behandelt in de gebruikelijke zin. Ze hebben zo het idee dat het om een smal en eenzijdig takenpakket gaat, waarin je niet veel kunt betekenen voor een patiënt. Uit de webenquête blijkt echter dat bedrijfsartsen en artsen in opleiding tot bedrijfsarts hun vak juist als breed en gevarieerd beleven, iets waarvoor je je meer dan gemiddeld moet ontwikkelen om het goed te kunnen uitoefenen. Ook ervaren zij dat ze een positieve bijdrage leveren aan de gezondheid en het welbevinden van cliënten. Deze resultaten zouden breed verspreid kunnen worden en materiaal kunnen opleveren voor PR-initiatieven.

- **Kennismakingsmogelijkheden voor basisartsen**

Ook wanneer het onderwijs aantrekkelijker is zullen veel artsen kiezen voor een baan in de curatieve sector, in ieder geval in de startfase van hun loopbaan. Een deel van hen ontdekt na enige jaren dat hun hart hier toch niet ligt. Dan ontstaat een oriëntatiefase waarin artsen op zoek gaan naar een ander perspectief. Ook hier liggen kansen voor de arbosector. Meekijkdagen, maar ook de mogelijkheid van een kort contract (aantrekkelijke en brede startersfunctie) bij een arbodienst kunnen deze artsen helpen bij het maken van een keuze. Laagdrempelige bijeenkomsten als een borrel bij een arbodienst kunnen ook van waarde zijn. Samenwerking tussen arbodiensten bij dit soort activiteiten kunnen van meerwaarde zijn om een positieve uitstraling te bereiken. Hierbij kan veel geleerd worden van het UWV waar al enkele jaren intensief en succesvol wordt geworven.

- **Een aantrekkelijke opleiding tot bedrijfsarts**

De NVAB werkt aan een landelijk opleidingsplan dat een houvast moet bieden bij de modernisering van de bedrijfsartsenopleiding bij de NSPOH en de SGBO. De opleidingen krijgen ook te maken met KOERS, dat bedoeld is als een kader voor een stimulerend kwaliteitsbeleid. Ook de arbodiensten en maatschappen die een opleidingserkenning hebben of willen verwerven krijgen te maken met KOERS. Er zijn dus twee instrumenten die kunnen worden benut om de opleiding aantrekkelijker te maken. Daarnaast zijn er suggesties tot verbreding (een brug bouwen met de opleidingen tot verzekeringsarts en huisarts).

Behalve het theoretisch onderwijs verdient ook de praktijkopleiding bij de arbodiensten aandacht. Een te eenzijdig takenpakket met te weinig ruimte voor de opleidingsactiviteiten werkt niet stimulerend. Ook moet de praktijkopleider voldoende tijd krijgen voor een goede begeleiding. Hier zijn de arbodiensten aan zet.

- **Financiering van de opleiding**

Door verschillende bronnen is naar voren gebracht dat het belangrijk is de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts anders te regelen. Nu wordt deze betaald door de arbodienst waar een arts werkt, dikwijls een van de grotere arbodiensten. Wanneer een arts na zijn opleiding nog enkele jaren bij een arbodienst blijft werken wordt deze investering terugverdiend. Dit is echter niet vanzelfsprekend. Artsen stappen soms al tijdens hun opleiding over naar een andere arbodienst. Arbodiensten leggen daarom vast dat de arts die wordt opgeleid een bepaald deel van de kosten moet terug betalen bij voortijdig vertrek. Deze regeling wordt door jonge artsen als vervelend ervaren, hoewel hun nieuwe werkgever deze schuld in het algemeen overneemt. Er ontstaat vooral een probleem wanneer een arts de opleiding voortijdig beëindigt omdat hij toch geen bedrijfsarts wil worden. Mogelijk hierom is de uitval in de opleiding tot bedrijfsarts lager dan in veel andere medische vervolgoopleidingen, waarin stoppen niet leidt tot een betalingsverplichting.

In voorliggend onderzoek wordt vanuit het veld nadrukkelijk de behoefte uitgesproken aan een centraal opleidingsfonds voor de opleiding tot bedrijfsarts. Voor de financiering daarvan zijn verschillende mogelijkheden onderzocht door NVAB. Ook combinaties van financieringsmodellen zijn denkbaar. Drie varianten krijgen draagvlak bij de actoren die in voorliggend onderzoek zijn bevestigd.

Allereerst is geopperd een opleidingsfonds te stichten met steun van de overheid en de arbosector zelf. (de variant "fondsmodel") Dit fonds zou de opleiding dan voortaan betalen, waarbij nog onduidelijk is of dit alleen de opleidingskosten bij de NSPOH en SGBO betreft of ook (een deel) van de salariskosten van aios. Het plan valt of staat met de bereidheid bij een ruim aantal partijen om jaarlijks aan dit fonds bij te dragen. Onbekend is of deze bereidheid bestaat bij de groeiende groep bedrijfsartsen die zelfstandig werkt en geen direct voordeel ervaart van deze aanpak. Of bij kleinere arbodiensten zonder opleidingserkenning. Dit zou nader onderzocht kunnen worden.

Als variant kan voor een opleidingsfonds worden gekozen dat de opleidingskosten als lening verstrekt die in een nader afgesproken periode moet worden terug betaald (de variant "leenstelsel"). In dit geval kan per jaar worden terugbetaald door de arbodienst waar de arts dan werkt. Wil een arts zelfstandig gaan werken dan moet hij vanaf dat moment zelf de terugbetaling op zich nemen. Zo betalen de partijen die profijt hebben van het werk van de bedrijfsarts de kosten van de opleiding terug aan het opleidingsfonds, zodat niet steeds opnieuw hoeft te worden ingelegd. Het is deze opzet ook minder van belang of het hele arboveld bijdraagt aan het opleidingsfonds.

Een derde variant gehoord in dit onderzoek is de suggestie om een deel van de financiering uit de sociale premies te halen - zoals door UWV de opleiding tot verzekeringsarts wordt gefinancierd. De stijging van de premie zal relatief beperkt zijn, aldus de berekeningen van de NVAB. Er blijkt een groeiend draagvlak om de problematiek rondom duurzame inzetbaarheid van alle werkenden (inclusief ZZP'ers, werklozen en mantelzorgers) beter te regelen. Deze variant zou daar aan tegemoet kunnen komen. De haalbaarheid van dit laatste voorstel is echter sterk afhankelijk van het politiek klimaat en de inzet van sociale partners.

In de optiek van de overheid is het aan de arbodiensten, opleidingen en de beroepsgroepen zelf om initiatieven te ondernemen en om partijen bijeen te roepen om te komen tot een centraal opleidingsfonds. De sector zelf en de beroepsgroepen en opleidingen hopen dat de overheid het initiatief hiertoe zal nemen.

- **Aantrekkelijker maken van het werk**

Uit de webenquête blijkt wat ook uit eerder onderzoek naar voren komt. Bedrijfsartsen denken dat ze meer voor werkgevers en werknemers kunnen betekenen wanneer er meer ruimte zou zijn voor preventieve taken. Dit zou tegelijk ook bijdragen aan meer arbeidsvreugde voor de bedrijfsarts zelf omdat het werk gevarieerder wordt en meer oplevert. Er zijn enkele ontwikkelingen die hier kansen bieden. Om te beginnen trekt de economie aan. Dit biedt enerzijds meer financiële ruimte bij werkgevers om aandacht te besteden aan een goed arbobeleid. Anderzijds neemt het belang van een dergelijk beleid toe omdat het verzuim doorgaans stijgt wanneer de economie bloeit. De maatregelen die minister Asscher noemt in zijn TAZ-brief (2015) zullen werkgevers ook een grotere inspanning opleggen. Dit kan bijdragen aan meer ruimte voor een volwaardig arbobeleid mits de overheid ook aandacht besteedt aan de handhaving van de beoogde maatregelen. Tot slot biedt het idee van de SER om de arbodienstverlening meer regionaal of sectorgevoel te organiseren kansen. De SER bepleit om per branche of sector afspraken te maken over de aard en omvang van de arbodienstverlening voor alle bedrijven binnen een branche. De meerwaarde voor werkgevers is dat bedrijfsartsen zo meer kennis ontwikkelen ten aanzien van de specifieke problemen en gezondheidsproblematiek in de sector waarvoor zij werken wat kan bijdragen aan een beter advies. Bij de werkgevers is er draagvlak voor deze gewijzigde arbodienstverlening. Tegelijkertijd biedt deze de mogelijkheid voor bedrijfsartsen om zich te verdiepen en bekwamen in specifieke aspecten van hun vak. Wat het vak weer aantrekkelijker kan maken.

Wellicht wordt het werk van de bedrijfsarts ook aantrekkelijker wanneer meer arboverpleegkundigen worden ingezet. Een taakverdeling ligt dan voor de hand, waarbij de bedrijfsarts juist die taken gaat doen waarbij zijn medische achtergrond een voorwaarde is. In de webenquête werd door bedrijfsartsen en bedrijfs-

artsen in opleiding sceptisch gereageerd op taakverdeling als kans voor de toekomst van het vak van de bedrijfsarts. De actoren (waaronder bedrijfsartsen en vertegenwoordigers van de NVAB) die zijn geïnterviewd of deelnamen aan de klankbordgroep oordelen positiever over taakverdeling.

Nog enkele andere ontwikkelingen kunnen worden genoemd. De klinische arbeidsgeneeskunde krijgt steeds meer vorm. Een groeiend aantal bedrijfsartsen is hier (dikwijls voor een deel van de werkweek) bij betrokken. Wanneer de overheid inzet op versterking van de kennisinfrastructuur in het domein van arbeid en gezondheid, biedt dat kansen voor bedrijfsartsen die (promotie)onderzoek willen doen. Ook zal er meer ruimte ontstaan voor bedrijfsartsen met affiniteit voor onderwijs. De beoogde veranderingen in het studentenonderwijs zijn niet mogelijk zonder meer personele inzet. Dit geldt zeker ook voor een aantrekkelijker coschap. Wanneer de komende jaren meer artsen zullen worden opgeleid tot bedrijfsarts betekent dit tot slot dat meer senior bedrijfsartsen gevraagd zullen worden om een aios te begeleiden als praktijkopleider.

- **Imago**

Er is een brede consensus dat het imago van de bedrijfsarts moet worden opgepoetst. Eerder in dit hoofdstuk is al het nodige gezegd over het punt dat studenten niet goed geïnformeerd worden in het studentenonderwijs (te beperkt) en dat het coschap bij een arbodienst verbetering behoeft (te weinig actief en uitdagend). Verbetering van het onderwijs biedt dus kansen. Basisartsen herkennen – zo werd gesignaleerd in de webenquête – onvoldoende wat de leuke en vakinhoudelijk uitdagende kanten zijn van een loopbaan als bedrijfsarts.

Er is een ander imago probleem dat binnen de bedrijfsgezondheidszorg te weinig aandacht krijgt. In iedere medische sector werken basisartsen in eenvoudige taken. Een baan als aios wordt benut om werkervaring op te doen en heeft steeds een tijdelijk karakter. Daarna begint de basisarts met een vervolgopleiding. Lukt dit niet dan zoekt men elders een werkervaringsplek. Binnen arbodiensten gaat dit anders. Uit de webenquête blijkt dat het vaak vele jaren duurt voor een arts met de opleiding tot bedrijfsarts kan beginnen. Sommige artsen beginnen nooit aan de bedrijfsartsenopleiding, anderen maken de opleiding niet af maar blijven gewoon hun werk doen. Oudere collega's vinden het niet meer van belang om zich te her registreren als bedrijfsarts en verliezen hun beroepstitel. Opvallend is dat basisartsen met veel werkervaring vrijwel hetzelfde werk doen als bedrijfsartsen (ook al is dit wettelijk niet toegestaan). Bijzonder is ook dat het management van arbodiensten geen groot punt maakt van het feit dat artsen hun opleiding niet afronden of hun registratie laten verlopen. Binnen de ziekenhuiswereld zou deze gang van zaken namelijk ondenkbaar zijn. Een basisarts kan geen volwaardig lid zijn van een klinische maatschap en een klinisch specialist die zijn registratie ver-

liest wordt door zijn collega's en de ziekenhuisdirectie direct op non-actief gezet. Het zou immers het aanzien van het ziekenhuis en de medische staf schaden wanneer zo iemand door zou kunnen werken. Binnen de arbosector wordt onvoldoende herkend dat het imago van de bedrijfsarts wordt geschaad door het feit dat basisartsen nagenoeg hetzelfde werk wordt toevertrouwd. Toch is ook dit iets wat zou moeten worden aangepakt om het vak meer uitstraling te geven.

9.5 Wat kunnen de verschillende partijen bijdragen aan een oplossing?

Algemeen

Alvorens per stakeholder aan te geven wat men zou kunnen doen om de instroom in het vak van bedrijfsarts weer op peil te brengen is het van belang dat de betrokken partijen zich bewust zijn van het 'probleemeigenaarschap'. Wie voelt zich verantwoordelijk voor het oplossen van het toekomstige tekort aan bedrijfsartsen? Wie ervaart een probleem of zal op korte termijn een probleem ervaren? De verschillende stakeholders lijken in een impasse te zijn beland en wijzen naar elkaar: Wie zet de eerste stap? Geen der partijen vindt dat men als eerste maatregelen moet of kan treffen. In deze studie wordt dan ook geconcludeerd dat alle actoren die betrokken zijn bij de arbodienstverlening zich te afwachtend opstellen. Uit bronnen, gesprekken en interviews in dit onderzoek klinkt een zekere machteloosheid door. De NVAB, OVAL en de arbodiensten hopen dat de overheid het initiatief neemt. De overheid meent dat zowel de werkgevers als de arbodiensten, de beroepsgroep, de brancheorganisatie en de opleidingen zelf nadrukkelijker aan de bel zouden moeten trekken en als eerste initiatieven zouden moeten ontplooiën. Aanbevolen wordt dat de partijen in gezamenlijk overleg op korte termijn een 'routekaart' of een gezamenlijke agenda opstellen. In dit kader zijn ook concrete afspraken over de taakverdeling gewenst en zou moeten worden aangegeven welke maatregelen prioriteit verdienen.

Overheid

- In het algemeen: het ingezette beleid en het waarborgen van de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg nopen (gezien de ontwikkelingen qua instroom en de (aankomende) uitstroom van bedrijfsartsen) tot maatregelen. Dit vraagt om coördinatie en regiekracht van SZW en VWS.
- Een sterkere kennisinfrastructuur voor het domein van arbeid en gezondheid komt zonder bemoeienis van de overheid niet van de grond: de ministeries van VWS en SZW hebben hier inmiddels al een verkenning naar uitgezet;
- De overheid is een van de partijen die betrokken zal moeten zijn bij het instellen van een centraal opleidingsfonds voor bedrijfsartsen. Overigens ligt de lead

daarvoor niet in eerste instantie bij de overheid, maar bij de opleiders en de NVAB.;

- Het ministerie van SZW kan de uitvoering van de maatregelen genoemd in de TAZ-brief ter hand nemen en op de handhaving toezien. De taakverandering die hier uit voortvloeit, zal het werken als bedrijfsarts aantrekkelijker maken;
- De overheid kan stimuleringsmaatregelen treffen om te bevorderen dat de arbodienstverlening volgens het SER-advies per sector wordt ingericht en daarmee meer kwaliteit krijgt. De verdieping die dit vraagt kan het werken als bedrijfsarts aantrekkelijker maken;

Arbodiensten / zelfstandige bedrijfsartsen

- Arbodiensten en zelfstandige bedrijfsartsen kunnen een grotere inspanning leveren om een aantrekkelijk en uitdagend coassistentenschap te bieden;
- Arbodiensten en zelfstandige bedrijfsartsen kunnen kennismakingsactiviteiten en –trajecten ontwikkelen voor basisarts die na een periode in de curatieve geneeskunde op zoek zijn naar ander werk;
- Arbodiensten en zelfstandige bedrijfsartsen kunnen ook op andere manieren bijdragen aan voorlichting over de rol en de taken van de bedrijfsarts, uit de webenquête blijkt dat basisartsen hier geen goed beeld van hebben;
- Arbodiensten en maatschappen kunnen meer inspanning leveren om een inspirerend opleidingsklimaat te scheppen en de opleiding tot bedrijfsarts goed in te richten. Een variatie aan taken en het begrenzen van de werkdruk zijn hierbij van belang;
- Arbodiensten kunnen de mogelijkheden om meer arboverpleegkundigen in te zetten onderzoeken en toepassen. De taakverdeling die hier uit voortvloeit, kan het werken als bedrijfsarts aantrekkelijker maken, al verschillen hier de meningen over in het veld;
- Arbodiensten en maatschappen kunnen verkennen hoe ze de mogelijkheden tot een aantrekkelijke loopbaanontwikkeling van bedrijfsartsen kunnen vergroten;
- Arbodiensten hebben een rol in de innovatie van arbodienstverlening;
- Arbodiensten, maatschappen en zelfstandige bedrijfsartsen kunnen samen met de overheid een opleidingsfonds stichten en in stand houden.

OVAL

- OVAL kan als brancheorganisatie een rol nemen bij het coördineren en stimuleren van veel van de hierboven genoemde activiteiten;
- OVAL onderzoekt de mogelijkheden om bij voorlichtings- en wervingsactiviteiten samen te werken met het UWV;
- OVAL kan er samen met de NVAB op aan dringen dat de overheid de hierboven genoemde maatregelen daadwerkelijk treft en toeziet op naleving ervan;

- OVAL kan samen met de NVAB onderzoeken hoe meer positieve media aandacht is te genereren met sprekende voorbeelden van wat een bedrijfsarts kan betekenen voor werknemers en werkgevers.

Bedrijfsartsen

- Het is aan de bedrijfsartsen zelf om te komen tot een goed beroepsprofiel.
- Bedrijfsartsen hebben een rol in voorlichtingsactiviteiten om studenten en basisartsen te informeren over hun vak. Zij moeten zich hierbij niet profileren als slachtoffer van een versoberde markt en een van oudsher minder goed imago, maar de nadruk leggen op de aantrekkelijke kanten van hun vak;
- Bedrijfsartsen kunnen een bijdrage leveren aan een aantrekkelijk en uitdagend coschap;
- Bedrijfsartsen kunnen bijdragen aan een inspirerend opleidingsklimaat en taak als praktijkopleider vervullen;
- De extra taken in de sfeer van onderwijs kunnen het werken als bedrijfsarts aantrekkelijker maken.

NVAB

- De NVAB kan in gesprek gaan met de medische faculteiten om de mogelijkheden te verkennen meer aandacht te besteden aan het werkdomein van de bedrijfsarts in het medisch onderwijs;
- De NVAB kan een bijdrage leveren bij het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal voor studenten en basisartsen;
- De NVAB kan er bij bedrijfsartsen op aandringen zich bij onderwijs en voorlichting niet te profileren als slachtoffer van een versoberde markt en een van oudsher minder goed imago, maar de nadruk te leggen op de aantrekkelijke kanten van hun vak;
- De NVAB kan met de NVVG overleggen over de hoe de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts zoveel mogelijk gecombineerd wordt en hoe een brug te bouwen met andere disciplines (zoals de opleiding tot huisarts);
- De NVAB maakt een landelijk opleidingsplan dat moet bijdragen aan een vernieuwing van het curriculum van de twee bedrijfsartsenopleidingen. Het is zaak ook hierover af te stemmen met de NVVG die een landelijk opleidingsplan maakt voor de verzekeringsartsenopleiding;
- De NVAB kan organisatorische innovatie faciliteren (taakherschikking samenwerking tussen de NVAB en de beroepsvereniging van arboverpleegkundigen op dit terrein);
- De NVAB kan er samen met OVAL op aan dringen dat de overheid de hierboven genoemde maatregelen (TAZ-brief, SER-advies) daadwerkelijk treft en toeziet op naleving ervan;

- De NVAB kan samen met OVAL onderzoeken hoe meer positieve media aandacht is te genereren met sprekende voorbeelden van wat een bedrijfsarts kan betekenen voor werknemers en werkgevers.

Detacheringsbureaus

- Detacheringsbureaus zoals BKV kunnen zorgen voor bekendheid van het vak van bedrijfsarts onder basisartsen en studenten en voor toeleiding naar enthousiaste bedrijfsartsen (matchen). Verder is hun loopbaanwijzer een interessante tool;
- Detacheringsbureaus signaleren dat interventie vanuit de overheid nodig is om te borgen dat taakverschuiving zo gaat dat de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg geborgd blijft.

Studentenorganisaties

- Studentenorganisaties kunnen hun leden erop wijzen dat een derde van de geneeskundestudenten later sociaalgeneeskundige wordt (en een derde huisarts en een derde klinisch specialist);
- Studentenorganisaties kunnen bijvoorbeeld aandringen op een actiever co-schap bij een arbodienst (gebeurt al in onderwijsevaluaties);
- Studentenorganisaties kunnen erop aandringen dat ze tijdens hun opleiding tot basisarts beter worden geïnformeerd over de arbeidsgeneeskunde en de andere sociaalgeneeskundige disciplines;
- Studentenorganisaties kunnen samen met arbodiensten voorlichtingsbijeenkomsten organiseren over de loopbaanmogelijkheden als bedrijfsarts.

RGS

- De RGS draagt bij door goede samenwerking met opleidingsinstituten en (aandacht voor vertegenwoordiging van) potentiële nieuwe opleiders.
- De RGS kan een bijdrage leveren door de erkenningsprocedure voor maatschappen en kleine arbodiensten die een opleidingserkenning aanvragen te versnellen.

Bedrijfsartsenopleidingen

- De bedrijfsartsenopleidingen hebben een centrale rol in het opleiden van bedrijfsartsen en moeten hier voldoende capaciteit voor scheppen;
- De bedrijfsartsenopleidingen kunnen het landelijk opleidingsplan benutten om hun opleiding op te frissen en optimaal aan te laten sluiten bij de interesses van nieuwkomers in het vak;
- De bedrijfsartsenopleidingen kunnen het werkveld helpen bij het scheppen van een inspirerend opleidingsklimaat (bijvoorbeeld ook bemiddelen, kanaliseren waar goede opleidingsplekken zijn);

- De bedrijfsartsenopleidingen kunnen een bijdrage leveren aan de beoogde versterking van de kennisinfrastructuur in het domein van arbeid en gezondheid;
- De bedrijfsartsenopleidingen kunnen een bijdrage leveren aan voorlichting over de rol en taken van de bedrijfsarts, met een accent op het belang van het tijdig volgen van een goede vakopleiding. Ze kunnen in dit kader bijvoorbeeld een cursusaanbod 's avonds bieden om basisartsen geïnteresseerd te krijgen voor het vak van bedrijfsarts (gebeurt al bij NSPOH).

Sociale partners

- Werkgeversorganisaties kunnen er bij hun achterban op aandringen meer aandacht te besteden aan preventieactiviteiten en aandacht voor duurzame inzetbaarheid;
- Werkgeversorganisaties kunnen bedrijven informeren over de meerwaarde van preventie aan de hand van concrete voorbeelden van 'good practices';
- Werkgeversorganisaties en werknemersorganisaties hebben een regierol indien ervoor gekozen wordt de arbodienstverlening per branche of sector te organiseren;
- Werknemersorganisaties (vakbonden) kunnen hun achterban actiever informeren over het belang van preventie, duurzame inzetbaarheid en de eigen verantwoordelijkheid van werknemers daarbij;
- Werknemersorganisatie kunnen OR-leden trainen om het belang van betere arbozorg te bespreken binnen de OR;
- Werknemersorganisaties kunnen in cao-besprekingen aandacht vragen voor betere arbozorg;
- De LAD, die opkomt voor de belangen van artsen in loondienst, kan een bijdrage leveren in het aantrekkelijker maken van het vak van de bedrijfsarts. Bijvoorbeeld door hierover goede afspraken te maken met arbodiensten (in het kader van cao's).

Geraadpleegde literatuur

Batenburg, R.S., D. van Hassel en I. van der Lee (2012), Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en eerstelijnszorg. Utrecht: NIVEL

Echtelt, P van, R. Schellingerhout en M. de Voogd-Hamelink (2015), “ Vraag naar arbeid 2015”, Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), Den Haag

Greijn, C.M. en J. van der Gulden (2015), ‘Werken is belangrijk, maar het moet wel leuk blijven’. In gesprek met 40 jonge artsen die bedrijfsarts of verzekeringsarts willen worden. Nijmegen: Radboudumc

Gulden, J van der, Zwart B de, Prins R. (2012), De positie van de bedrijfsarts, deel 2. Visie van de beroepsgroep, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2012, 20: 350-356

Inspectie SZW (2014), Arbo in bedrijf 2014

Kemp, S.A. van der en P. Th. van der Zeijden (2014), De markt en kwaliteit van arbodienstverlening. Zoetermeer: Panteia

Konijnenberg, H, Marcelissen F, (2013), Dat lossen we samen wel op. Eigen regie bij ziekteverzuim in de fout, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2013, 21: 118-122

KPMG Plexus (2013) Scenariostudie arbeidgerelateerde zorg: eindrapport

Kwant, L. de (2014), Bedrijfsartsen scholen zelf nieuwe collega's. 'Eigen' opleiding springt in gat van arbodiensten. Medisch Contact 70: 886-887

Ministerie van SZW (2015), Brief aan de Tweede Kamer inzake de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg.

Marcelissen, F, A. Weel, J. Manders, S. Kwist, J. Gerritsen (2013), “Nog zin in het vak, dokter?” Een onderzoek onder bedrijfsartsen naar plezier in het werk, Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 21, nummer 10

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (2015), Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. Een pre-programmeringsstudie in opdracht van ZonMw. Juli 2015

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (2015), Programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen, juni 2015

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, (2015), Financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts, juni 2015

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (2015), Structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, juni 2015

Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (2015), de bedrijfsarts werkt!, juli 2015

Plomp, H.N., J. Broeren en R. Buitenhuis (2010), Bedrijfsarts en loopbaan. Onderzoek naar arbeidstevredenheid en loopbaanwensen van bedrijfsartsen. Amsterdam: Vrije Universiteit

Pijenbroek, T. van, K. Visscher, C. Moor en M. Nelissen (2014), Sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg: Zes casussen van sectoren en branches. Voorburg: Capgemini Consulting

Schepman, S.M., L. van der Velden en L. Hingstman (2011), Capaciteitsraming voor bedrijfsartsen 2012-022/2028. Utrecht: NIVEL

Slenter, V.A. J. (2015), 2015 Capaciteitsorgaan registratiecommissie, Gegevens RGS per 1 januari 2015.

Sluis, E. van der en K. Stolper (2011), Bedrijfsgezondheidszorg. De toekomst is nu. Een realistische visie op bedrijfsstrategie in de markt voor arbeidsgerelateerde zorg. Woerden: IG&H Consulting & Interim.

Sociaal Economische Raad (2014), *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Advies 14/07*

Soethout, M.B.M. (2010), *Een carrière als bedrijfsarts of verzekeringsarts: niet voor de huidige geneeskundestudent. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, jaargang 18 (1)*

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen (2013), *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4. Sociaal Geneeskundigen. Arbeid en Gezondheid. Maatschappij en Gezondheid. Profielartsen Maatschappij en Gezondheid. Utrecht.*

Thieme Groen, R.A. (2014), *Brief Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische Tandheelkundige Vervolgopleidingen aan Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, d.d. 29 april 2014. Utrecht.*

Velde, F. van der, F. Verijdt en R.C.K.H. Smeets (2009), *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Meting 2012/2013. In opdracht van Capaciteitsorgaan. Utrecht: Stichting Prismant*

Velde, F. van der, M. Abbink-Cornelissen, I. Bloemendaal en A. van der Kwartel (2013), *Loonbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Utrecht: Kiwa*

Viester, L, M. van Til, K. Lombarts en H. Anema (2015), *Klinische geneeskunde; een verkenning. VU Medisch Centrum, Amsterdam*

Vliet, C. van en M.H.H. Bastiaanssen (2015), *Financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.*

Witkamp, A. en L. de Ruig (2014), *Waarom worden (kosten)effectieve interventies die werkhervatting bespoedigen niet altijd ingezet. Zoetermeer: Panteia*

Zwart, B.C.H. de, R. Prins en J.W.J. van der Gulden (2011), *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts. Leiden: AStri Beleidsonderzoek en -advies.*

Bijlage: Leden van de klankbordgroep

Naam	Organisatie
Jurriaan Penders, Han Ceulen, Jos Manders	NVAB
Jim Faas, Deha Erdogan	NVVG
Victor Slenter, R. Ph. Smitshuijzen	Capaciteitsorgaan
Edwin Duijzer, Eru Mesfum	De Geneeskundestudent
Theo Haasdijk	LAD
Edwin Spoelstra	RGS
Joost van der Gulden	SGBO
Ger Kaldenberg	NSPOH
Petra Jonker	V&VN, Arboverpleegkundige
Petra van de Goorbergh	OVAL
Eline van den Bos en Astrid Beijnon	BKV Breda
Hans Trommel	HumanCapitalCare/ArboNed
Hans Recourt, Kees Geelen	Bedrijfsartsengroep
Antoine Reijnders, Patricia Swienint	Verbond van Verzekeraars
Olivier Gerrits	Achmea
Mario van Mierlo	VNO-NCW
Cas Hoogbergen	AWVN
Klaartje de Boer	VCP
Wim van Veelen	FNV
Judith Sluiter	Coronel Instituut
Fleur Boulogne	ZonMw
Ingrid Vanhecke	SZW (voorzitter klankbordgroep)
Aleid Ringelberg	SZW (namens begeleidingscommissie SZW, VWS, ISZW)
Vera Haanstra, Femke Reijenga	APE (leden van het onderzoeksteam)
Philip de Jong, Maartje Gielen	APE (leden van het onderzoeksteam)
Rienk Prins	ZZP (lid van het onderzoeksteam)
Joost van der Gulden	SGBO (lid van het onderzoeksteam)