

# Visienota over de toekomst van de arbeidsgeneeskunde

## Samenvatting

1. De arbeidsarts moet er zijn voor iedereen die werkt of zal werken en de positieve aspecten op de gezondheid van werken moeten meer benadrukt worden.
2. De evolutie in de taken en opdrachten van de arbeidsgeneeskunde gaat zo snel dat de huidige wetwijzigingen al voorbijgestreefd zijn op het ogenblik dat ze gepubliceerd worden. Een doelstellingenwetgeving op basis van een gemeenschappelijke visie kan hieraan tegemoet komen.
3. Het multidisciplinair werken in én buiten de dienst is voor alle partijen een verworvenheid, maar kan nog geïntensifieerd worden, ook bij integratie, re-integratie en beleidsvorming binnen de ondernemingen.
4. De uitbreiding van de taken van de arbeidsarts in het kader van integratie, re-integratie en langer werken is belangrijk maar tijdrovend; tegelijkertijd vermindert het aantal arbeidsartsen.
5. Een goed huwelijk tussen de klassieke taken van de arbeidsgeneeskunde en de nieuwe taken is noodzakelijk.
6. Dit maakt dat de organisatie van de periodieke contacten met onderworpen werknemers voor een groot deel overgenomen zal moeten worden door verpleegkundigen, onder supervisie van de arbeidsarts die zich zal concentreren op de werknemers met problemen.
7. We pleiten voor een intredeonderzoek in een sector als referentiepunt en dit over de medische diensten heen waarbij een persoonlijk preventieplan of zorgtraject voor de individuele werknemer afgesproken kan worden.
8. Het gebruik van onze data om bijsturing te doen op collectief vlak is essentieel.
9. De arbeidsarts moet betrokken blijven bij de algemene gezondheidspromotie in de ondernemingen, opgevat als beleid om gezondheid te bevorderen en gezondheidsproblemen te voorkomen.
10. Als bovenstaande aanpassingen zouden plaatsvinden, zal men zich de vraag moeten stellen of er nog voldoende ratio blijft om de financiering louter op basis van activiteitensectoren van ondernemingen te baseren.

## 1. Ontstaan en historiek van de nota

Ter voorbereiding van een aangepaste visienota en het aantreden van een nieuwe minister is een werkgroep van de B.B.v.Ag. een aantal keren samengekomen tijdens 2014-2015. Vermits de sociale partners en de overheid vooral geïnteresseerd waren in de nieuwe financiering is deze nota toen niet verder ontwikkeld.

In 2015-2016 kwamen er belangrijke wijzigingen in de financiering van de externe diensten, werd het periodiek medisch onderzoek voor beeldschermwerk en voeding afgeschaft en kwam de nieuwe regeling voor de re-integratie van langdurig zieken. In 2017 vroeg de Hoge Raad om een advies te krijgen over de periodiciteit van het gezondheidstoezicht. Dit mondde uiteindelijk uit in een aanpassing van de wetgeving in juni 2019. Daarin werd de frequentie van de periodieke onderzoeken door de arbeidsarts verminderd, vooral door een tussentijds onderzoek door een verpleegkundige onder toezicht van de arbeidsarts in te voeren.

Ondertussen gaan heel wat oudere collega's met pensioen en neemt het aantal arbeidsartsen geleidelijk af, terwijl de politieke overheid, de ondernemingen en werknemers steeds vaker een beroep doen op de arbeidsarts voor steeds meer problematieken, zoals absentieïsme, re-integratie, langer werken, burn-out, enz.

Het is dus een kwestie van enkele jaren vooraleer het concept periodieke medische opvolging van 'onderworpen werknemers' terug zal moeten herbekeken worden, zodat de resterende arbeidsartsen zich kunnen wijden aan de meest relevante taken en opdrachten. Het is belangrijk dat de arbeidsartsen hier zelf het voortouw nemen met concrete en realistische voorstellen.

## 2. "Visie" versus "dé Wet"

### 2.1. Analyse van bestaande wetgeving en recente evoluties

'La loi dit', blijft primordiaal in België, maar de wetgeving geeft geen coherente visie meer op de arbeidsgeneeskunde. **De veranderingen in de taken van de arbeidsgeneeskunde gaan ook zo snel** dat wetgeving niet meer alleen zalig makend kan zijn vermits in een snel veranderende omgeving de wetgeving steeds zal achterlopen op de realiteit van het terrein.

In de discussies over recente wetwijzigingen blijkt dat het **financiële aspect vaak het belangrijkste** was, niet de inhoud. Een aantal inhoudelijke passages die oorspronkelijk in de ontwerp teksten stonden en stroken met de visienota van de beroepsvereniging en de wetenschappelijke verenigingen werden geschrapt (2012). De omslag naar meer toegevoegde waarde is dan ook nog niet echt gebeurd. Onze wetgeving blijft een middelenwetgeving terwijl een evolutie naar een wetgeving, gebaseerd op gemeenschappelijke **doelstellingen** de toekomst zou moeten zijn.

Een nieuw aandachtspunt is dat de sociale partners weer nauwgezet willen voorschrijven welke vragenlijsten gebruikt moeten worden en hoe de tussentijdse onderzoeken zullen moeten verlopen. Dit lijkt even contraproductief als het vastleggen van de exacte inhoud van het arbeidsgeneeskundig onderzoek in het verleden. We moeten vaststellen dat er een te groot wantrouwen blijft bij de sociale partners en ze ook onder elkaar qua visie verdeeld zijn. Dit belet hen om samen met ons voorstellen en doelstellingen te formuleren. We roepen hen dan ook op om die koudwatervrees te overwinnen.

Het KB Financiering veranderde de opdrachten van de arbeidsgeneeskunde niet fundamenteel, zeker niet voor de periodieke onderzoeken. Terwijl de eerste contacten vanuit de beroepsvereniging over een aanpassing van de frequentie van het periodiek onderzoek en de rol van de verpleegkundige reeds in 2012 en volgende jaren gebeurden, moesten tot juni 2019 gewacht worden op het verschijnen van **het nieuwe KB frequentie** zoals het doorgaans genoemd wordt. De bestaande praktijk in meerdere interne en externe diensten waarbij deze onderzoeken gestandaardiseerd en uitgevoerd kunnen worden door verpleegkundigen onder supervisie van de arbeidsarts is daarin opgenomen. Zoals reeds berekend door sommige diensten zal deze aanpassing van de frequentie slechts een beperkte en tijdelijke oplossing zijn voor de toegenomen bevraging van de arbeidsarts; men spreekt van een tijds winst van 10-15%.

Het afschaffen van het periodiek onderzoek voor beeldschermwerk en voeding had destijds maar een beperkt effect op de workload van de arbeidsartsen omdat deze groepen de arbeidsarts ondertussen wél vonden voor spontane consultaties bij ziekte en re-integratie. In het **systeem van onderworpenheid** waren de niet-onderworpen werknemers de facto uitgesloten van arbeidsgeneeskundige zorg. Sinds een aantal jaren is de tendens nu steeds meer dat ook zij betrokken worden in de collectieve benadering, denk aan verzuimbeleid, re-integratie, stress, burn-out,

bevragingen algemene gezondheid, enz. Dat is een positieve evolutie, die gevraagd werd in de visienota. Ondertussen verwijst het begrip onderworpenheid nog steeds grotendeels naar de risico's die konden leiden tot een vergoedbare beroepsziekte. Beroepsziekten blijven een realiteit en het voorkomen ervan is een belangrijke doelstelling voor de arbeidsarts. De manier om aan preventie hiervan te doen door periodieke medische onderzoeken lijkt voor vele risico's wel niet meer de meest aangewezen methode.

Het afleveren van een **formulier voor gezondheidsbeoordeling** waarop 'geschikt' staat geeft de foute indruk dat je voor een bepaalde periode geschikt zou zijn, terwijl het enkel gaat om een uitspraak over de dag zelf. Dit heeft dus geen zin. Wij geven geen geschiktheidsattest om blootgesteld te worden aan een beroepsrisico, maar moeten wel zorgen voor advies of begeleiding. Het formulier zou enkel moeten worden uitgereikt als het een aanpassing van de werkpost of een aanbeveling behelst.

De prioritering en uitbreiding naar alle werknemers van onderzoeken met meerwaarde (spontane consultaties, tijdens en na ziekte, re-integratie...) is dus een duidelijk pluspunt, vooral voor de vroeger niet-onderworpen werknemers. De rol van de arbeidsarts die werknemers, ook met een beperking, aan het werk wil krijgen én houden treedt hier al meer op het voorplan, hoewel de wetgeving zich bijna uitsluitend richt op werknemers met een bestaande arbeidsovereenkomst. **De toegang voor alle potentiële werknemers**, ongeacht hun statuut, tot de arbeidsarts is belangrijk. We verwijzen hier ook naar de bedenkingen in het memorandum van de professoren Arbeidsgeneeskunde in België.

## **2.2. Nieuwe wetgeving: de RIT**

Het nieuwe KB re-integratie met zijn sterk gereguleerde procedure neemt nu reeds een 10 % van de tijd van de arbeidsartsen in beslag. Een gemiddelde korte procedure kan geschat worden op een tijdsbesteding van 1,5 uur maar kan makkelijk uitlopen tot een veelvoud hiervan. Omdat dit voor PE-klienten binnen de PE uitgevoerd wordt is het niet eenvoudig om een exacte tijdsbesteding te bepalen. Dat de NAR in zijn advies nog meer procedurele verplichtingen wil opleggen zal de tijdsbesteding nog doen toenemen. Naast de tijdsbesteding kan men zich vragen stellen over het nut om **langdurig zieken die sinds jaren afwezig waren**, te re-integreren bij dezelfde werkgever. Hun arbeidspost is immers al lang ingenomen

door een andere werknemer. Feitelijk wordt een dergelijke re-integratie de facto een aanwervings- of ontslagprocedure. Het is wel op die wijze dat een aantal langdurig zieken 'bevrijd' kunnen worden uit hun langdurige ziekte en terug op weg gezet worden om aan de slag te gaan, meestal bij een andere werkgever.

De bedoeling van deze wetgeving om zieken in een vroegtijdig stadium bij de arbeidsarts te krijgen om hun toekomstige wedertewerkstelling te bespreken blijft essentieel, maar is niet de praktijk geworden. Dat er niettegenstaande deze beperkingen toch een 30 % langdurig zieken na een re-integratieprocedure uiteindelijk terug aan het werk gaan bij dezelfde of een andere werkgever mag dan ook een succes genoemd worden. Het geeft nieuwe kansen aan een langdurig zieke burger om zelf zijn of haar leven opnieuw rijker en gelukkiger te maken. **Dit bespaart de sociale zekerheid naar schatting 150 mio € in een eerste jaar** en cumulatief in de toekomst dus nog veel meer als deze gewezen langdurig zieken aan de slag blijven (*berekening: 25.000 RIT/jaar \* 30 % \* 20.000 €*).

### **3. Terug naar de bron en toekomstig model**

#### **3.1. Wat is de core business en de specificiteit van de arbeidsgeneeskunde?**

De core business van de arbeidsgeneeskunde als medisch specialisme is de kennis van gezondheid, arbeid, de kennis van bedrijven, namelijk hoe men daar denkt, hoe men dat beïnvloedt. De arbeidsgeneeskunde kan hierdoor vroegtijdig arbeidsgerelateerde effecten en aandoeningen detecteren. Werken aan welzijn op het werk voorkomt ziekte door het werk. Ook het begeleiden van werknemers die ziek zijn (geweest) is een belangrijke taak. Zo combineert de arbeidsarts bij re-integratie de kennis van het werk en de onderneming én van de persoon in kwestie. De arbeidsarts kan tevens de link leggen tussen de curatieve sector en de werkvloer. Dit betekent wel dat er steeds meer tijd besteed zal worden aan interactie met HRM, leidinggevenden, behandelend artsen en adviserend artsen en iedereen die zich met langdurig zieken bezighoudt. Een meer structurele rol, zeker in grotere ondernemingen, dringt zich op. Dit moet toelaten om de arbeidsarts op systematische wijze te betrekken bij alle gezondheidsgerelateerde issues die in een onderneming aan bod komen.

De arbeidsarts werkt ook in een multidisciplinaire omgeving. Dat maakt het mogelijk om arbeidsverpleegkundigen in te zetten voor het opvolgen van langdurig zieke patiënten (o.a. met burn-out). Andere deskundigen en disciplines kunnen ook ingeschakeld worden. In het kader van re-integratie dringt zich een nauwe samenwerking op met organisaties die aan oriëntatie en begeleiding naar werk doen. Dat zal trouwens ook tijd vragen van de arbeidsartsen en de diensten om dit overleg en samenwerking tot een goed einde te brengen.

Er is behoefte aan een verdere ontwikkeling van de arbeidsgeneeskunde die verder gaat dan het klassieke bekijken van het individuele aspect door de arbeidsgeneeskunde. Het gebruiken van gegevens op collectief vlak is essentieel. De specifieke invalshoek die de arbeidsgeneeskunde traditioneel heeft door de impact van omgevingsfactoren op de gezondheid te bekijken moet voort ontwikkeld worden. Dit gaat verder dan een klassieke risicoanalyse.

We vermelden voorbeelden als: 55 % van de invaliden zijn psychisch, en die bereik je niet (meer) met een risicoanalyse. De meeste kankers hebben naast genetische factoren soms tot 90% omgevingsfactoren. We zien iemand met een burn-out meestal pas bij de gesprekken over hervatting van het werk. Astma heeft tussen 15 en 30 % omgevingsfactoren die zowel van professionele als van persoonlijke oorsprong kunnen zijn. De curatieve sector besteedt daar weinig of geen aandacht aan en heeft er nauwelijks kennis over.

Er moet ook meer aandacht zijn voor de positieve aspecten van arbeid. De focus van arbeidsgeneeskunde ligt nog te veel op de potentiële schadelijke effecten van werk, terwijl de positieve impact van een goede job op de individuele gezondheid meer dan voldoende aangetoond werd. Dit heeft op zijn beurt dan weer voordelen voor de werkgever en de maatschappij in het algemeen.

### **3.2. Een goed huwelijk tussen de nieuwe taken en het verleden is nodig**

Het is voor ons duidelijk dat er een **goed huwelijk moet komen tussen de nieuwe rol van de arbeidsarts en de vroegere, eerder periodieke opvolging** van onderworpen werknemers. Naarmate de arbeidsarts zijn tijd steeds vaker besteedt aan het begeleiden van individuele werknemers met arbeidsgebonden problemen is er uiteraard minder tijd voor periodieke opvolging van werknemers met beroepsrisico's en ook de aanwezigheid van de arbeidsarts op de werkvloer komt in het gedrang.

Gestructureerde **periodieke gezondheidsopvolging** kan nog steeds nuttig zijn. Deze is best sterk gestandaardiseerd en moet niet verplicht uitgevoerd worden door de arbeidsarts, maar wel onder zijn toezicht.

Supervisie en groepsverwerkingen blijven nodig om trends te detecteren. Andere methodieken, zoals de peilpraktijken, kunnen waarschijnlijk beter gezondheidsproblemen vroegtijdig detecteren dan het routinematig uitvoeren van niet-gerichte periodieke onderzoeken. Zie hierover ook de recente publicatie over mogelijke alternatieve vorming van opvolging in de arbeidsgeneeskunde<sup>1</sup>.

Een afbouw van de periodieke onderzoeken, uitgevoerd door de arbeidsarts, én het **kritisch bekijken van de tijdsbesteding** aan en verplichting van andere soorten medische onderzoeken is dus nodig. We denken aan de soms overbodige 'herziening na ziekte' als er reeds een opvolging geweest is tijdens de ziekteperiode, aan het onderzoek bij zwangerschap en borstvoeding dat vervangen kan worden door een contact, enz.

Wij stellen dat een intredeonderzoek in de sector belangrijk is. Daarnaast blijven een aantal vaste contacten met de medische dienst noodzakelijk, daarom niet steeds met de arbeidsarts zelf. Via een persoonlijk preventieplan of zorgtraject kan voor de individuele werknemer de voorziene opvolging in de tijd afgesproken worden. Een extra bonus bestaat erin dat een ruimere beschikbaarheid van de arbeidsarts gevrijwaard kan blijven om werknemers en werkgevers met problemen bij te staan.

### **3.3. Toekomstmodel**

#### **Intredeonderzoek in de sector**

Wij hebben in onze visienota gepleit voor een intredeonderzoek in een sector of job. Dit moet het mogelijk maken om op basis van de medische gegevens van dat onderzoek te beslissen of een herhaald aanwervingsonderzoek nog nodig is als deze werknemer bij een andere werkgever in dezelfde sector gaat werken. Hiervoor is een goede uitwisseling van gegevens op basis van webservices tussen de diensten nodig. Het SEED-project van Co-Prev komt hieraan tegemoet.

---

<sup>1</sup> Bakusic, J., Lenderink, A., Lambreghts, L., Vandenbroeck, S., Verbeek, J., Curti, S., Mattioli, S., Godderis, L. (2017). Methodologies to identify work-related diseases: Review of sentinel and alert approaches. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).

Tijdens een intredeonderzoek kunnen een **aantal referentieonderzoeken** uitgevoerd worden, zoals een spirometrie voor respiratoire blootstelling, inspectie van de huid bij toekomstige huidblootstelling. Tegelijk kan een intradermo gezet worden en de vaccinatiestatus op punt gesteld worden (bv. 30 % van de stagiairs heeft onvoldoende immuniteit voor hep B).

Een intredeonderzoek heeft ook een duidelijke meerwaarde als **vertrouwensmoment, kennismaking met de medische dienst en als instructiemoment in verband met preventie**. Tevens is dit een goed ogenblik om aan opvolgingsplanning voor de werknemers te doen, bv. periodiciteitsbepaling, vaccinatieopvolging, inhoud medische follow up, in functie van de beroepsrisico's, in functie van persoonlijke karakteristieken (bv. diabetes, chronische aandoeningen, VOP....).

Het moet duidelijk zijn dat de arbeidsarts voldoende tijd en ondersteuning moet krijgen voor een dergelijk intredeonderzoek afhankelijk van de sector en de risico's in die sector.

### **Persoonlijk preventieplan en zorgtraject voor de werknemer**

In onze visienota werd reeds gesteld dat periodiciteit van een medisch onderzoek niet enkel van de werkrisico's zou moeten afhangen, maar ook van de sector of de onderneming waarin iemand werkt én van individuele factoren. In de plaats van de periodiciteit vast te leggen in de wetgeving denken we dus dat we in **overleg met de betrokken sector en de externe en interne diensten** moeten komen tot een aangepaste medische opvolging in die sector. Elke onderneming kan beslissen om meer te doen, niet minder.

Indien er tijdens het intredeonderzoek, of later tijdens een speciaal onderzoek blijkt dat individuele opvolging nodig is, kan de arbeidsarts bijkomend een individueel zorgtraject voorstellen.

Wij stellen hier geen leeftijdsgebonden traject voor. Leeftijd is relatief in functie van de taken en de sector waarin men werkt. Het is echter duidelijk dat er accentverschuivingen zullen zijn in functie van leeftijd en anciënniteit in een sector. Zo zal er bij jongeren en nieuwkomers in een sector meer aandacht gaan naar informatie, opleiding en vorming in de risico's en gevaren waaraan men zal



blootgesteld worden. Voor ouderen zal er geleidelijk meer aandacht gaan naar algemene gezondheid en medische opvolging.

#### **4. Aandachtspunten: gezondheidspromotie en financiering**

##### **4.1. Aandachtspunt: gezondheidspromotie in de ondernemingen**

Algemene gezondheidspromotie blijft 'verboden' of toch moeilijk liggen in België voor de bedrijfsgezondheidszorg.

“Het gezond houden van werknemers heeft een rechtstreeks en meetbaar positief effect op de productiviteit en draagt bij aan de duurzaamheid van socialezekerheidsstelsels. Teneinde werknemers in staat te stellen langer te blijven werken, is het van groot belang om ernstige arbeidsongevallen of beroepsziekten te voorkomen en de gezondheid van werknemers gedurende hun hele arbeidzame leven, vanaf hun eerste baan, te bevorderen. Dit draagt dan ook bij aan bestrijding van de langetermijneffecten van de vergrijzing, overeenkomstig de doelstellingen van de Europa 2020-strategie voor slimme, duurzame en inclusieve groei”<sup>2</sup>.

In tegenstelling tot het strategisch kader waarin de EU het belang van algemene gezondheidspromotie benadrukt, blijven de sociale partners en de federale overheid in België gezondheidspromotie geen taak vinden voor de medische diensten en de arbeidsarts. De Vlaamse overheid daarentegen wil hierop wél inzetten. De vakbonden gaan hier schoorvoetend op in, maar blijven stellen dat dit moet gebeuren buiten PE of het verplicht wettelijk kader en forfaitaire financiering.

De weerstand is deels gebaseerd op de overtuiging dat het bij algemene gezondheidspromotie gaat over het uitvoeren van individuele check-ups voor kaderpersoneel, aan het aanbieden van een coloscopie, mammografie.... Gezondheidspromotie is echter een beleid voeren waardoor belangrijke gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden én men daardoor aan positieve gezondheid werkt. De Vlaamse vleugel van de beroepsvereniging heeft samen met de collega's van de wetenschappelijke vereniging en de vereniging van de interne bedrijfsartsen hierover een nota gemaakt. Hierin wordt vooral de coördinerende en

---

<sup>2</sup> <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>

superviserende rol van de arbeidsarts benadrukt, waarbij de arbeidsarts nauw betrokken wordt bij het beleid rond gezondheids promotie in de onderneming. De uitvoering kan bij andere disciplines en verpleegkundigen gelegd worden.

#### **4.2. Aandachtspunt: de financiering**

Als de bovengenoemde hervormingen worden gerealiseerd zal het nuttig zijn om te bekijken in hoeverre de financiering hieraan beantwoordt. Het lijkt nu al zo dat er onvoldoende ratio zal zijn om sterk verschillende tarieven te hanteren in functie van de sector alleen. Een forfaitair tarief dient in eerste instantie om een basis te hebben, in te vullen afhankelijk van de sector en het soort problemen of risico's die zich voordoen. Voor sommige sectoren zal dit onvoldoende zijn om een volledig gezondheidstoezicht en Welzijn op het werk te financieren, dan moet er verplicht bijkomend betaald worden. De analyse van de huidige praktijk moet het mogelijk maken om een eenvoudiger financieringssysteem uit te werken.

Het feit dat vanaf nu een medisch onderzoek geld kost aan de externe diensten (i.p.v. geld op te brengen voor de dienst, zoals in de vroegere regeling OW/NOW) vormt een bedreiging omdat het verleidelijk zou kunnen zijn om systematisch minder arbeidsartsen in te zetten. De hele discussie over het tweejaarlijks vs jaarlijks periodiek onderzoek was hierin veelbetekenend. Ook het zichtbaar maken van de reële kost van een preventie-eenheid arbeidsarts (187,5 € zonder index) leidt tot enige bezorgdheid. In de praktijk zien we echter dat arbeidsartsen een zeer hoge klantentijd behalen en dat er nauwelijks betwisting bestaat over hun gepresteerde activiteiten en uren door de werkgevers. De deelname aan CPBW's door de arbeidsartsen lijkt wel verminderd en deze tendens dient opgevolgd te worden, maar overleg allerhande is dan weer sterk toegenomen.

#### **Literatuur en verwijzingen**

Visienota arbeidsgeneeskunde 2012

Strategisch kader veiligheid en gezondheid op het werk 2014-2020

Memorandum van de professoren arbeidsgeneeskunde

WHO: arbeidsgeneeskunde als basisgezondheidszorg

Nota over algemene gezondheids promotie van Vlaamse bedrijfsartsen

Godderis L., Werken is genezen, Uitgeverij Lannoo Campus, 2017.

Steel, J., Luyten, J., Godderis, L. (2018). Occupational health: the global evidence and value. 1-92, London: Society of Occupational Medicine (SOM). Bakusic, J.,

Lenderink, A., Lambreghts, L., Vandenbroeck, S., Verbeek, J., Curti, S., Mattioli, S., Godderis, L. (2017). Methodologies to identify work-related diseases: Review of sentinel and alert approaches. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).