



Eindrapport

Enquête bij de arbeidsgeneesheren

uitgevoerd door de BBvAG

in opdracht van FOD WASO HUA

31 januari 2010

1. Inleiding

Er werd aan de Belgische Beroepsvereniging voor ArbeidsGeneesheren (BBvAG) gevraagd om te onderzoeken wat de arbeidsgeneesheren vinden van de ontwikkelingen van de laatste 10 jaren en hoe zij de toekomst van hun beroep zien. Om hierop te antwoorden werd geopteerd voor een elektronische vragenlijstenquête omdat zodoende meer aspecten aan bod kunnen komen dan tijdens een (telefonisch) diepte-interview. Arbeidsgeneesheren hebben in de regel een computer en een mail-adres en kunnen dus vrij eenvoudig bereikt worden. Door het werken via de webapplicatie van een externe partner (Calidat) kon ook de garantie op privacy gegeven worden aan de deelnemers. De opdrachtgever, HUA (Humanisering van de Arbeid) vroeg ons ook een aantal vragen te stellen over de verhouding met het FBZ (Fonds voor de beroepsziekten), de verhouding met de andere preventieadviseurs en verpleegkundigen en de verhouding van de arbeidsgeneesheer met de huisarts. Tevens was men geïnteresseerd in de frequentie en de manier waarop de arbeidsgeneesheer geconfronteerd wordt met bekende maar ook met meer recente beroepsrisico's.

2. Methode

2.1. Opmaak van de vragenlijst

De vragen werden gedeeltelijk overgenomen uit bestaande vragenlijsten. Voor de inhoudelijke vragen werd eerst gezocht naar bestaande (inter)nationale vragenlijsten. Enkele thesissen van Belgische studenten arbeidsgeneeskunde werden nuttig bevonden, één over tevredenheid bij arbeidsgeneesheren van UGent en een andere van ULB over de samenwerking met huisartsen. In de literatuur zelf werd zeer weinig teruggevonden, buiten een artikel uit Israël, waar arbeidsgeneesheren echter een overwegend curatieve opdracht hebben. We bezochten ook de websites van verwante beroepsverenigingen, maar ook dat leverde weinig relevante vragenlijsten op. Het is opvallend dat er zeer weinig onderzoek bestaat over de beroepsvoering van geneesheren in het algemeen en arbeidsgeneesheren in het bijzonder. Er bestaat wel wat onderzoek naar de samenwerking tussen arbeidsgeneesheer en de curatieve sector, vooral in Nederland, maar hier hebben we er toch voor geopteerd om de reeds bestaande Belgische vragenlijst te gebruiken.

Een aantal vragen werd dus aangebracht door de werkgroep en een aantal door HUA zelf. Dit alles heeft geleid tot een zeer uitgebreide vragenlijst met meer dan 200 vragen. Het bleek echter moeilijk om vragen te schrappen, integendeel bij elke revisie kwamen er nog vragen bij.

Elke vraag werd door de externe partner Calidat bekeken op zijn intrinsieke vraagstelling en zij maakten ook een voorstel tot vertaling, dat door de leden van de werkgroep werd geëvalueerd. Het uitwerken van de elektronische versie en het opzetten van de links met de website gebeurde ook door Calidat en werd door enkele leden van de werkgroep uitgetest.

2.2. De uiteindelijke vragenlijst

De uiteindelijke vragenlijst vindt u in bijlage 1. In dit gedeelte wordt besproken welke vragen gesteld werden en hoe elk specifiek deel van de vragenlijst tot stand kwam.

Er werd bij de vragen meestal gekozen voor 5 antwoordmogelijkheden. Dit heeft het nadeel dat betrokkene een neutraal antwoord kan geven, anderzijds is het gangbaar in psycho-sociaal onderzoek om een oneven aantal mogelijkheden te gebruiken. De gebruikte schaal voor onderstaande vragen was een 5-punten Likert-schaal. Er werd tevens een zesde optie 'niet van toepassing' voorzien. Voor de analyse van de resultaten hebben we deze optie als een aparte missing value beschouwd. Een Likert schaal kan immers geen optie 'niet van toepassing' bevatten.

2.2.1. Personalialia.

Een maximum aan vragen werd gesteld om naderhand te kunnen kijken of er verschillen waren tussen geslacht, leeftijd, aantal jaren geneesheer, anciënniteit in de arbeidsgeneeskunde (AG), in opleiding zijn, werken in een interne of een externe dienst om naderhand ook de antwoorden hieraan te kunnen toetsen. Daarnaast werd gevraagd of de arbeidsgeneesheer lid was van de beroepsvereniging en/of van een wetenschappelijke vereniging, welke functie hij uitoefent en of hij onmiddellijk na zijn studies geneeskunde arbeidsgeneeskunde was gaan doen. Er werd eveneens gevraagd naar de tijdsbesteding van de betrokken arbeidsgeneesheer en welk soort bedrijven hij overwegend bedient en er was de keuzemogelijkheid voor de Nederlandstalige of Franstalige vragenlijst.

2.2.2. Tevredenheid en 'Intention to quit'

Er werd besloten om de bestaande vragenlijst tevredenheid en 'Intention to quit' van bovengenoemde thesis integraal over te nemen, zodat een vergelijking met vroeger onderzoek mogelijk zou zijn.

2.2.3. Visie over de arbeidsgeneeskunde

Om te weten wat de arbeidsgeneesheren denken over de huidige en de toekomstige evolutie van de arbeidsgeneeskunde, werden de stellingen uit het recente witboek (BBvAG-APBMT 2009) in vragen omgezet. Er werd speciaal aandacht gegeven aan het 'tekort' aan arbeidsgeneesheren, aan de periodiciteit van de medische onderzoeken, aan multidisciplinaire samenwerking en het inzetten van verpleegkundigen. Er werden ook enkele 'open vragen' gesteld zodat er meer nuance in de antwoorden kon gelegd worden.

2.2.4. Opleiding en vorming

Deze vragen werden voorgesteld door de verantwoordelijke interne opleidingen van IDEWE.

2.2.5. Praktijkervaring als arbeidsgeneesheer

De opdrachtgever was specifiek geïnteresseerd in de praktijkervaring van de meest voorkomende én van de nieuwe risico's binnen het arbeidsgebeuren. Daarnaast was er interesse over de frequentie van het contact met specifieke risicogroepen zoals stagiairs, allochtone werknemers, ouderen, uitzendkrachten of zwangeren.

Het was niet evident om in dit gedeelte met dezelfde antwoordmogelijkheden het ganse domein in kaart te brengen. Het lijkt evident dat elke arbeidsgeneesheer bijna dagelijks met zwangere werkneemsters te maken heeft, terwijl het contact met risico's als nano- partikels of asbest minder frequent zal zijn. Er werd toch gekozen om telkens dezelfde antwoordmogelijkheden (dagelijks, wekelijks, maandelijks, meer dan eens/jaar, minder dan jaarlijks) te voorzien om verwarring bij het invullen te vermijden.

2.2.6. Samenwerking met het Fonds voor BeroepsZiekten (FBZ)

Aan het FBZ werd gevraagd een aantal vragen op te stellen over de manier waarop de arbeidsgeneesheer enerzijds het fonds kent en anderzijds over de samenwerking met het FBZ. Een open vraag werd toegevoegd.

2.2.7. Samenwerking met de huisarts

Er werd besloten om de bestaande vragenlijst van bovengenoemde thesis integraal over te nemen, zodat een vergelijking met vroeger onderzoek in België mogelijk zou zijn.

2.3. Samenstelling van de steekproef

Zoals gezegd hebben we geopteerd voor een elektronische enquête, die uitgevoerd werd via de website van een externe provider. Dit moest zorgen voor de nodige privacy en anonimiteit. Alle leden van de beroepsvereniging met een gekend e-mail-adres (420) én van de vereniging van de interne bedrijfsartsen (76) kregen een link met de website. De meeste leden van de vereniging van interne bedrijfsartsen zijn ook lid van de BBvAG.

Daarnaast werd aan de wetenschappelijke verenigingen gevraagd om ook de mail-adressen van hun leden te mogen gebruiken. Hier liep het moeilijk. De

raden van bestuur van de wetenschappelijke verenigingen wensten de lijst van mail-adressen niet te overhandigen aan de BBvAG, noch aan Calidat. Dit maakte dat Calidat de secretariaten van de verenigingen gecontacteerd heeft en een methodiek aangeboden heeft die toelaat om zelf mails te versturen naar zijn leden met een persoonlijke link naar de website. Dit bleek technisch niet zo eenvoudig. Voor de Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde werd technische assistentie verleend door Calidat. Dit gaf wel wat vertraging op het vooropgestelde schema, zodat de leden van de VWVA pas een tiental dagen later de uitnodiging voor de enquête ontvingen. Deze inspanning heeft toch geleid tot een extra 40 respondenten, leden van de VWVA en geen lid van de BBvAG. Voor de Franstalige SSTR is het niet gelukt om de leden nog een uitnodigingsmail te sturen. Naar verluidt zijn de meeste leden van de SSTR evenwel ook lid van de BBvAG zodat dit slechts beperkt extra respondenten zou opgeleverd hebben.

Om het aantal respondenten nog te verhogen werd de vraag gesteld aan de directeurs MT van alle externe diensten om aan hun arbeidsgeneesheren die geen lid zijn van de BBvAG te vragen of zij geïnteresseerd waren om toch aan de enquête deel te nemen. Dit leverde uiteindelijk 52 bijkomende mail-adressen op.

Omwille van de privacy weten we niet exact aan hoeveel verschillende arbeidsgeneesheren een uitnodigingsmail werd verstuurd. Enkel Calidat weet aan welke mail-adressen zij een link gestuurd hebben, maar vele arbeidsgeneesheren hebben meerdere mail-adressen en het is dus mogelijk dat sommigen 2 uitnodigingsmails kregen. We schatten dat iets meer dan 500 verschillende arbeidsgeneesheren een uitnodigingsmail kregen.

De periode om de vragenlijst in te vullen was oorspronkelijk 17 dagen. Deze periode werd nog tweemaal verlengd om ook de leden van de wetenschappelijke vereniging en niet-leden, die hun link later kregen, de kans te geven de vragenlijst in te vullen.

2.4. Verwerking van de resultaten

De eerste beschrijvende statistische verwerking werd door Calidat uitgevoerd met SPSS. Zij leverden ook een aantal bijkomende analyses. Het totaal aan opgeleverd materiaal was bijna 300 pagina's. Daarna werd het geanonimiseerde SPSS-bestand aangeleverd en door de uitgebreide werkgroep van de BBvAG gebruikt om meer diepgaande analyses uit te voeren.

3. Resultaten

3.1. Respons

Samenvattend:

Het is niet bekend hoeveel arbeidsgeneesheren er in feite zijn en we weten ook niet exact hoeveel arbeidsgeneesheren bereikt werden. We weten dat er 436 vragenlijsten op de website van de provider geopend werden. Hiervan waren er 115 (26,4%) Franstalig en 321 (73,6%) Nederlandstalig. De verdeling van de leden Franstalig/Nederlandstalig in de BBvAG is (32/68). Van de 436 geopende vragenlijsten zijn slechts 376 (86%) deelnemers de vragenlijst beginnen invullen en hebben er 222 aan het einde van de vragenlijst gevalideerd. Naar schatting deden ongeveer 70% van de leden van de BBvAG, die een mail ontvingen, ook effectief mee met de enquête. De meeste respondenten (74%) zijn lid van de BBvAG, maar er werd toch een belangrijk aantal niet-leden (26 %) bereikt.

In detail:

Zoals boven gesteld, denken we dat er ongeveer 510 verschillende arbeidsgeneesheren een uitnodigingsmail kregen en het merendeel (87%) de mail gelezen heeft en doorgeklikt heeft naar de enquête. Hiervan zijn er 86 % de enquête begonnen. Van degenen die de enquête zijn begonnen hebben er slechts 222 of 59 % de enquête tot het einde ingevuld en gevalideerd. Zoals gezegd zijn er enkele technische problemen gesignaleerd bij het valideren van de enquête.

Tabel met het aantal respondenten op de uitnodigingsmail en een indicatie van hun al of niet aansluiting bij de BBvAG of een wetenschappelijke vereniging.

Aantal uitnodigingsmails verstuurd aan verschillende AG	? 510 ?
Aantal links met de website die geopend werden	436
Aantal AG die aan de vragenlijst begonnen zijn	376
Aantal AG die de vragenlijst hebben gevalideerd	222
Aantal uitnodigingsmails verstuurd aan leden van de BBvAG	420
Aantal respondenten van de BBvAG	264
Aantal respondenten die geen lid zijn van de BBvAG, maar wel van een wetenschappelijke vereniging	40
Aantal respondenten die geen lid zijn van de BBvAG of VWvA of SStr	52

De vragenlijst was zeer lang (>200 vragen). Dit maakt dat een aantal deelnemers niet tot het einde van de vragenlijst zijn geraakt. Een aantal deelnemers had ook problemen om zijn vragenlijst te valideren. Om deze redenen werd besloten om alle gegeven antwoorden mee te nemen, onafhankelijk of de vragenlijst werd gevalideerd.

Er zijn 420 mails verstuurd naar leden van de BBvAG, daarvan hebben er 264 (63 %) deelgenomen. Er moet wel gezegd worden dat we niet zeker zijn dat het secretariaat van elk lid een geldig mail-adres heeft. Het percentage deelnemers ligt dus waarschijnlijk wat hoger.

Van de 349 deelnemers die hebben geantwoord op de vraag of ze lid waren van de BBvAG en/of van een wetenschappelijke vereniging waren er dus 257 of 73,6 % die lid waren van de BBvAG. Er waren in totaal 239 (68,5%) van de deelnemers lid van een wetenschappelijke vereniging en 52 (14,9%) arbeidsgeneesheren géén lid van de BBvAG, VWVA of SSTR waren. Zo'n 199 deelnemers (57 %) waren lid van de BBvAG zowel als van een wetenschappelijke vereniging.

Tabel die weergeeft hoeveel van de respondenten lid waren van de BBvAG en/of van een wetenschappelijke vereniging.

		Lid van een wetenschappelijke vereniging (WVVA, SSTR)		Totaal
		Neen	Ja	
Lid van de BBvAG	Neen	52	40	92
	Ja	58	199	257
Totaal		110	239	349

3.2. Personalia van de respondenten

We maken een onderscheid tussen de beschrijving van de personalia en de resultaten van een diepgaandere analyse.

3.2.1. Beschrijving

Samenvattend:

Het merendeel van onze respondenten is reeds sinds lang arbeidsgeneesheer, is ouder dan 45 jaar en werkt 8 tienden of meer. Iets meer dan de helft is vrouwelijk en de meerderheid (85%) werkt voor een externe dienst. Meer dan de helft heeft eerst in een andere medische richting gewerkt. Er zijn nogal wat respondenten die ook een (beperkte) managementfunctie hebben. Gemiddeld spenderen de meeste arbeidsgeneesheren 50-80 % van hun tijd aan medische contacten, tijdens dewelke ze 12-15 medische onderzoeken doen per halve dag. Daarnaast gaat 10-15 % van hun tijd naar BB en 5-10% naar het volgen van CPBW's. Blijkbaar hebben de meeste arbeidsgeneesheren, die voor een EDPBW werken, een mix van grote, middelgrote en kleine bedrijven.

In detail:

Geslacht: er waren iets meer vrouwen (52,6 %) dan mannen die aan de enquête deelnamen.

Leeftijd: we bemerken een bi- modale curve (zie resultaten in bijlage), daarom hebben we de leeftijd in twee groepen beschouwd: tot 45 en meer dan 45 jaar. Het merendeel (57,7%) was ouder dan 45 jaar.

Opleiding: er waren slechts 27 AG in opleiding. Omdat we niet zeker zijn of we hiermee enkel de eerste- en tweedejaars hebben of ook de assistenten in opleiding (derde- en vierdejaars) werd deze parameter niet gebruikt in verdere analyses.

Jaar van diploma: we hebben een opsplitsing gemaakt tot 1993 of erna. De reden hiervoor is dat er na 1993 enkel nog opgeleid werd volgens het nieuwe systeem van 4 jaar specialisatie. Slechts 38 % van de deelnemers aan de enquête kreeg zijn opleiding na 1993.

Aantal uren AG per week: o.g.v. de cijfers uit de tabel, hebben we een opsplitsing gemaakt tussen 0-18 uren/week, 19-31, 32 of meer. Hieruit blijkt dat onze respondenten grotendeels 8 tienden of voltijds werken. Een kleine minderheid (2,6%) werkt minder dan halftijds.

IDPBW of EDPBW: er waren 6 AG die in beide werken. Deze werden bijgeteld bij de interne, dus telden we 53 interne en 314 (85%) externe arbeidsgeneesheren die deelnamen. Dit lijkt ons ook grotendeels de reële verhouding bij de fulltime arbeidsgeneesheren.

Managementfunctie 22 % van de AG geeft aan een managementfunctie te hebben. Bij analyse blijken de meeste hiervan in een externe dienst te werken. De meesten spenderen 2 tienden of minder aan hun managementfunctie.

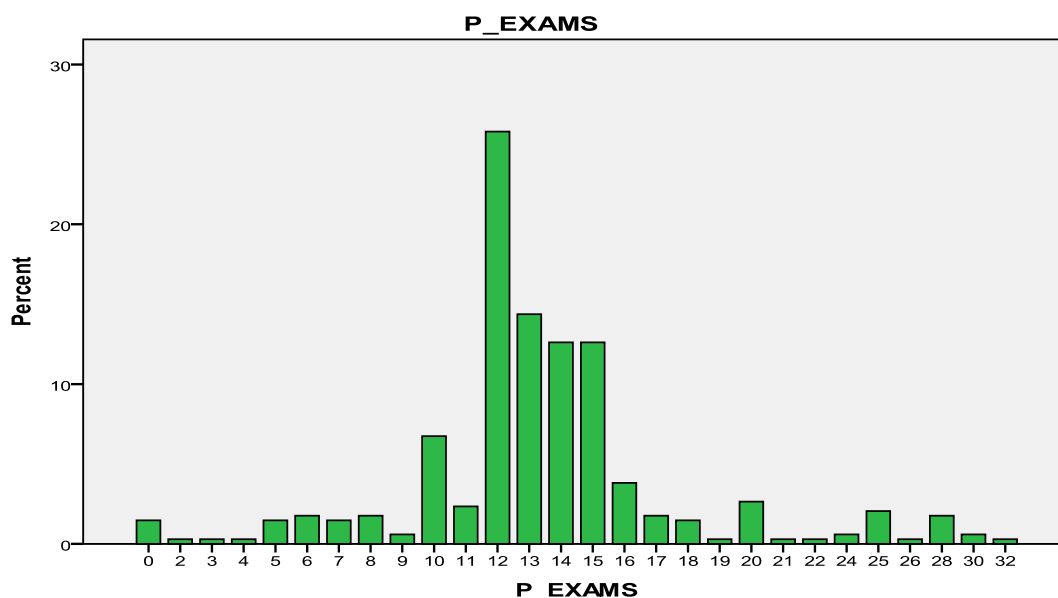
Anciënniteit: we bemerken een tri- modale curve. We hebben voor verdere analyse dan ook 3 groepen beschouwd: anciënniteit van 0-12, 13-24 en 25 jaar of meer. Respectievelijk vertegenwoordigen ze 35, 40 en 25 %.

Dadelijk met arbeidsgeneeskunde gestart of niet. Minder dan de helft (46,7%) van de arbeidsgeneesheren is dadelijk met arbeidsgeneeskunde gestart. We stellen vast dat het grootste aantal artsen uit de huisartsgeneeskunde komt (120), daarnaast zijn er 23 assistenten die in opleiding waren voor een ander specialisme en 17 die uit een ander klinisch specialisme kwamen. Er waren ook 16 urgentieartsen en 7 artsen die uit een andere niet-curatieve richting komen. Hiermee werden voorlopig geen bijkomende analyses uitgevoerd.

Tijd besteed aan MO. We kunnen vaststellen dat de meeste arbeidsgeneesheren tussen 50 en 80% van hun tijd besteden aan medische contacten.

Aantal medische onderzoeken per halve dag. Niettegenstaande de spreiding vrij groot is kunnen we toch vaststellen dat de meeste bedrijfsartsen tussen 10 en 15 medische onderzoeken doen per halve dag.

Staafdiagram met het aantal medische onderzoeken die een arbeidsgeneesheer gemiddeld uitvoert per halve dag



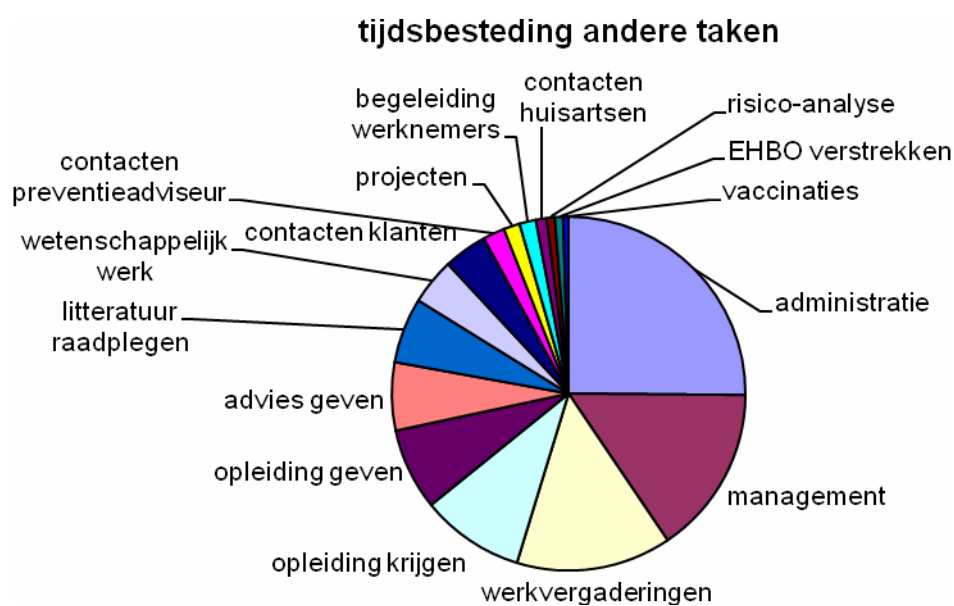
Statuut van de AG: er zijn nog 13 % Ag met een zelfstandig statuut in deze enquête. Dit gegeven leek ons weinig relevant om verdere analyses op te doen.

Tijd besteed aan BB en risicoanalyse. De meeste arbeidsgeneesheren spenderen tussen 10 en 20 % van hun tijd aan deze activiteit.

Tijd besteed aan CPBW. Gemiddeld besteden de respondenten 7 % van hun tijd aan CPBW.

Tijd besteed aan andere activiteiten. De resterende tijdsbesteding van arbeidsgeneesheren is vrij divers. In onderstaand cirkeldiagram kan men aflezen hoeveel procent van hun tijd de respondenten opgeven die ze besteden aan andere taken dan MO, BB of CPBW. Drie vierde bestaat evenwel uit administratie, management, werkvergaderingen en opleiding geven of krijgen.

Taartdiagram met de tijdsbesteding (naast medische onderzoeken, BB of CPBW) van de arbeidsgeneesheren



Soort ondernemingen. We stellen vast dat weinig arbeidsgeneesheren exclusief voor grote, middelgrote of kleine ondernemingen werken. 17 % werkt nooit in grote ondernemingen, 15 % altijd.

3.2.2. Diepgaandere analyse van de personalia

Hieronder geven we een aantal van de vaststellingen die we deden tijdens de analyse van de personalia. Omzeggens alle mogelijke opsplitsingen werden uitgevoerd. Enkel de significante werden bewaard.

Samenvatting:

We stellen vast dat het beeld van de (oudere) mannelijke arbeidsgeneesheer en de vervrouwelijking in de laatste 15 jaar wordt bevestigd. Blijkbaar hebben de meeste arbeidsgeneesheren van externe diensten een mix van kleine en grotere ondernemingen waar ze de dienstverlening voor verzorgen. De tijdbesteding van de meeste arbeidsgeneesheren is vrij stabiel nl. 60% MO, 14%BB en 6% CPBW. Er was verrassend weinig verschil tussen arbeidsgeneesheren die kleine of grote bedrijven bedienen. Het blijkt wel dat het aantal onderzoeken/halve dag in grote bedrijven beduidend lager ligt.

In detail:

Via stepwise regressie en correlaties werden de meest significante factoren uitgefilterd. Enkel deze worden verder besproken

De leeftijdsverdeling en de anciënniteit zijn verschillend volgens de verdeling man/vrouw, maar niet volgens taalrol. Het klassieke beeld van de (oudere) mannelijke arbeidsgeneesheer en de vervrouwelijking in de laatste 15 jaar wordt bevestigd. Het feit dat vooral de geneesheren met meer anciënniteit meer tevreden zijn over hun job maakt dat er nogal wat correlaties zijn tussen de factoren gender, leeftijd, anciënniteit en zelfs interne vs externe dienst.

Soort ondernemingen en invloed op de tijdbesteding. We stellen vast dat weinig arbeidsgeneesheren exclusief voor grote, middelgrote of kleine ondernemingen werken. 17 % werkt nooit in grote ondernemingen, 15 % altijd. Weinigen werken uitsluitend voor kleine bedrijven. Het was interessant om te zien of er verschil is in de taken die AG hebben in kleine en/of in grote ondernemingen.

Werken voor kleine/middelgrote/grote ondernemingen. We hebben hiervoor een opsplitsing gemaakt in kwartielen volgens de tijd dat er gewerkt wordt voor grote ondernemingen en voor de analyse de groep beneden de 25^{ste} en boven de 75^{ste} percentiel apart bekeken. We hebben ook de groep van AG die meer dan 60 % van hun tijd voor kleine ondernemingen werken apart genomen. Het gegeven middelgrote ondernemingen is zeer divers en werd niet verder opgesplitst.

Het blijkt uit de enquête dat de arbeidsgeneesheren die overwegend werken voor kleine of grote ondernemingen niet significant meer % van hun tijd spenderen aan medische contacten, noch aan BB of aan CPBW (Mann Whitney-test).

De mediane tijd gependend aan medische onderzoeken is 65 %, aan BB 10 à 15 % en aan CPBW 5 %. Gemiddeld wordt de tijd gependend aan de verschillende activiteiten opgegeven als volgt: in de grote ondernemingen 60 %

MO, 14% BB en 7% CPBW in de kleine bedrijven ook dezelfde gemiddelden: 60% MO, 14 % BB en 7%. Dit is een verrassende vaststelling. Er is wél een significant verschil in het aantal medische onderzoeken die gedaan worden per halve dag. Gemiddeld is dit 10 onderzoeken/halve dag voor de grote ondernemingen en ongeveer 14 gemiddeld bij kleinere ondernemingen.

Het besluit is dat in de regel de meeste respondenten blijkbaar een gevarieerd klantenbestand heeft met een gevarieerde tijdsbesteding. Ook bij interne diensten zien we een tijdsbesteding die eigenlijk weinig afwijkt, nl. 52 % medische contacten, 15 BB en 6 CPBW. Voor externe diensten is dit terug 60%, 12 % BB, CPBW 7 % tijdsbesteding gemiddeld.

3.3. Tevredenheidvragenlijst

In de analyse van de resultaten van de tevredenheidvragenlijst bespreken we eerst uitgebreid de algemene tevredenheidsscore die werd gegeven. Verder maken we een onderscheid tussen de beschrijving van de verschillende aspecten van de tevredenheid die bevraagd werden. Voor een aantal resultaten deden we nog een diepgaandere analyse van significante verschillen tussen groepen respondenten. In een volgend onderdeel worden de vragen rond 'terug kiezen voor (arbeids)geneeskunde' of 'arbeidsgeneeskunde aanraden aan een jongere collega' besproken. Als laatste komt de analyse van de 'intention to quit' aan bod.

3.3.1. Bespreking algemene tevredenheidsscore

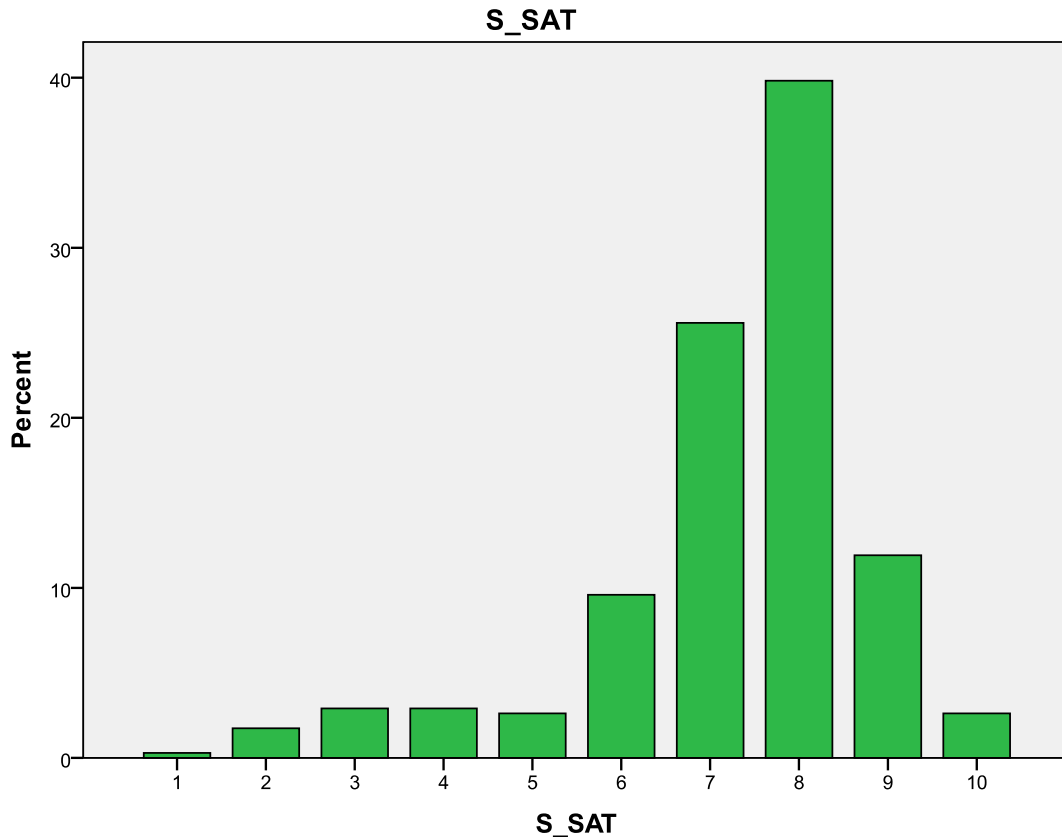
Samenvattend:

De belangrijkste vaststelling is dat er algemeen een hoge score van gemiddeld 7,29/10 voor tevredenheid gegeven wordt. De factor anciënniteit is blijkbaar de enige die echt van belang is in de bepaling van de tevredenheid, nl. hoe meer anciënniteit hoe meer tevreden. De interne arbeidsgeneesheren én de arbeidsgeneesheren met een managementfunctie scoren ook beduidend hoger, beide groepen hebben ook een hogere anciënniteit.

In detail:

De belangrijkste vaststelling is dat er algemeen een hoge score van gemiddeld 7,29 voor tevredenheid gegeven wordt zoals ook blijkt uit het staafdiagram. We zien dat toch 7,8 % van de arbeidsgeneesheren een score minder dan 5 gaven. De vraag stelt zich of er sprake is van een selectiefenomeen of dat arbeidsgeneesheren met de jaren interessanter werk krijgen.

Stafdiagram met de tevredenheidsscore op tien die de arbeidsgeneesheren geven.



Anciënniteit als belangrijkste factor in de tevredenheid. In een stepwise regression blijkt als enige significante factor anciënniteit over te blijven als indicator. Alle andere factoren zijn hieraan gelinkt, nl. managementfunctie, al of niet grote ondernemingen bedienen, tijd gespendeerd aan medische onderzoeken, aantal medische onderzoeken per halve dag....

Bij ANOVA blijkt dat er een duidelijke gradiënt is in tevredenheid. De groep van <12 jaar anciënniteit scoort 6,80, de groep van 13-24 jaar 7,38 en de groep met 25 of meer jaren anciënniteit 7,68. De vraag stelt zich of er sprake is van een selectiefenomeen of dat arbeidsgeneesheren met de jaren interessanter werk krijgen.

Er is geen significant verschil tussen de tevredenheid van mannelijke en vrouwelijke AG, alhoewel er een iets hogere score is bij mannen. Dit lijkt in het verlengde te liggen van vorige vaststelling, nl. de anciënniteit van mannen is hoger en dat is de belangrijkste factor. Er is geen significant verschil in tevredenheid tussen Nederlandstalige en Franstalige AG.

We stellen wel een hogere tevredenheidsscore vast bij interne versus externe AG nl. 8,0 versus 7,2 respectievelijk.

Geneesheren die aangeven ook een managementfunctie te hebben (22 %) zijn ook significant meer tevreden (gemiddeld 7,9 t.o.v. 7,07), vooral als de managementfunctie meer dan 20 % van hun tijd in beslag neemt.

3.3.2. Tevredenheidsaspecten beschrijving en verdere analyse

Samenvattend:

De arbeidsgeneesheren staan redelijk kritisch t.o.v. hun organisatie en leiding, daarentegen zijn ze zeer tevreden over hun collega's en medewerkers zoals verpleegkundigen. Verloning en kansen in de organisatie worden maar matig geapprecieerd, daarentegen worden werkzekerheid, uurrooster en onafhankelijkheid hoog ingeschat. De waardering die arbeidsgeneesheren krijgen van werkgevers, maar zeker van werknemers scoort zeer hoog, de tevredenheid over het imago bij andere medici dan weer zeer laag.

De meeste arbeidsgeneesheren ondervinden voldoende variatie en uitdaging in hun werk alhoewel ze vinden dat hun kennis en capaciteiten nog beter zouden kunnen aangewend worden. De belangrijkste bronnen van ontevredenheid liggen in de administratieve aspecten en in de tijd- en werkdruk.

Alle tevredenheidsfactoren zijn positief gecorreleerd met de anciënniteit. De arbeidsgeneesheren van interne diensten (die vaak een hogere anciënniteit hebben) ondervinden wat meer tevredenheid over de variatie, de ontplooiingsmogelijkheden en de uitdaging in hun werk. Voor de andere factoren zien we geen significant verschil tussen deze groepen.

In detail:

Vanaf hier wordt meestal de verhouding tevredenen/ontevredenen (T/O = /) in % gegeven. De resterende percenten hebben neutraal geantwoord.

Beleid, communicatie en steun van supervisors

Er is een relatief hoge ontevredenheid (T/O = 54/31) met het beleid van hun organisatie en toch ook wel in de communicatie met de leidinggevenden (T/O = 59/24). Omgekeerd gesteld zijn nog steeds twee tot driemaal meer arbeidsgeneesheren tevreden over hun organisatie en de communicatie met hun leidinggevenden. De tevredenheid met de bereikbaarheid (T/O = 74/12) en de steun (T/O = 66/17) van de supervisors in moeilijke situaties is dan weer hoger.

Samenwerking met collega's en andere medewerkers

De tevredenheid over de samenwerking met de collega's arbeidsgeneesheren is zeer hoog (T/O = 86/3) evenals die met andere medewerkers (verpleegkundigen, administratieve medewerkers...) (T/O = 88/5).

Verloning

Over de tevredenheid over de verhouding verloning t.o.v. de studies, zijn er iets meer ontevredenen (44%) dan tevredenen (40%), zoals ook de tevredenheid over de verhouding verloning tot de bijdrage aan de organisatie (T/O = 40/41). Het valt ook op dat deze onderwerpen gemiddeld het laagste scores, maar tegelijk de hoogste spreiding vertonen.

Kansen in de organisatie

De tevredenheid over de mogelijkheid om vooruit te komen in de organisatie is ook beperkt tot (T/O = 38/36).

Waardering en fierheid

De waardering van de klanten werkgevers is daarentegen vrij hoog met 3,82/5 (T/O = 71/11), de tevredenheid over de waardering van de klanten werknemers is bijna absoluut (T/O = 87/4). Gemiddeld geeft dit de hoge score van 4,13 op 5. De tevredenheid over de waardering 3,61/5 van de supervisors is dan weer wat minder (T/O = 63/16). Ongeveer gelijkaardig is de tevredenheid 3,67 over de mate waarin de bedrijven de adviezen opvolgen vrij hoog (T/O = 69/14). Bij AG die vooral werken voor grote ondernemingen is dit nog wat beter dan bij AG die vooral kleinere ondernemingen bedienen. De tevredenheid over het nut van zijn werk als arbeidsgeneesheer (T /O= 68/14) is eveneens hoog.

De tevredenheid over het aanzien van arbeidsgeneeskunde bij andere (medische) disciplines scoort het laagste (T/O = 12/64) van alle tevredenheidsfactoren. Gemiddeld is dit 2,30 op 5, de enige score onder de helft. Slechts een enkeling is daarover zeer tevreden. Er is geen significant verschil vastgesteld naar geslacht of taalrol, maar wel naar anciënniteit. Naargelang men meer anciënniteit heeft, is er minder ontevredenheid over dit aspect. Is er sprake van gewenning of stijgt de zelfzekerheid met de jaren?

De mate waarin de AG fier is over het werk dat hij doet scoort met 3,55/5 dan weer hoger (T/O = 61/16) . Hierin wordt geen verschil gevonden in functie van geslacht of taalrol maar wel terug met de anciënniteit. De fierheid is ook hoger bij de AG van interne diensten.

Werkzekerheid, uurrooster en onafhankelijkheid

De grootste tevredenheid is er over de werkzekerheid (T/O = 90/3). Gemiddeld werd hier 4,32 op 5 gescoord. Hier is geen verschil tussen interne of externe AG.

Ook wat betreft het uurrooster is er een zeer grote tevredenheid (T/O = 89/4). Er zijn vrij verrassend geen verschillen aan te tonen bij groepen, ook niet naar geslacht.

De mate waarin men in alle onafhankelijkheid kan werken wordt met 3,99/5 vrij hoog ingeschat (T/O = 78/11) maar is toch lager dan verwacht gezien de beschermingsmaatregelen die arbeidsgeneesheren genieten. De interne arbeidsgeneesheren vinden verrassend dat zij meer in onafhankelijkheid kunnen werken dan de externe. Blijkbaar ondervinden nogal wat externe arbeidsgeneesheren commerciële druk waarbij ze vinden dat die hun onafhankelijkheid aantast. Er is géén verschil tussen Nederlandstalige of Franstalige geneesheren.

Afwisseling, geboeid blijven

De mate waarin het werk afwisselend is, scoort met 3,78/5 vrij hoog (T/O = 71/16), evenals de mate waarin het werk een uitdaging blijft (T/O = 67/17) en

de mate waarin het werk blijft boeien (T/O = 67/16). De mate waarin de AG vindt dat zijn vaardigheden en kennis ten volle benut wordt is dan met 3,35/5 weer een stuk lager (T/O = 53/27).

Verwachtingen

Blijkbaar beantwoordt de job in vrij grote mate 3,58/5 aan de verwachtingen (T/O = 63/17). Slechts de goede helft van de respondenten is tevreden over de carrièreverwachtingen in de huidige job (T/O = 53/22), hetgeen toch nog een score van 3,40/5 oplevert.

Praktische zaken van het beroep, werkdruk en tijdsdruk

Over de fysieke arbeidsomstandigheden (°t, verlichting....) is er met 4/5 logischerwijze grote tevredenheid (T/O = 78/8), in tegenstelling tot de werkdruk (T/O = 52/31) en de tijdsdruk (T/O = 46/32) die slechts aan een score van 3,27 en 3,15 komen. De (on)tevredenheid over de tijdsdruk is wel duidelijk bi- modaal. Er is een hoger gevoel van tijdsdruk bij de vrouwen en bij de arbeidsgeneesheren van externe diensten. Er is geen verschil in taalrol of bij de AG die al of niet een managementfunctie hebben.

Administratieve aspecten van het werk.

Over de regels en procedures verbonden aan het werk is er nogal wat ontevredenheid (T/O = 41/29). Hier valt op dat er bijna geen 'zeer tevreden' wordt geantwoord. Over de tijd gespendeerd aan administratie is er met 2,72/5 de hoogste ontevredenheid (T/O = 28/49). Het is niet duidelijk hoe dit moet geïnterpreteerd worden, heeft men te weinig tijd voor administratie of zijn er teveel administratieve aspecten of beide?

Correlatie tevredenheid en andere

Alle tevredenheidsfactoren zijn positief gecorreleerd met de anciënniteit. De arbeidsgeneesheren van interne diensten (die vaak een hogere anciënniteit hebben) ondervinden wat meer tevredenheid over de variatie, de ontplooiingsmogelijkheden en de uitdaging in hun werk. Voor de andere factoren zien we geen significant verschil voor de verschillende groepen.

3.3.3. Terug (arbeids)geneeskunde kiezen? Aanraden aan jonge collega?

Twee derden van de AG zou een jonge collega aanraden om voor arbeidsgeneeskunde te kiezen en 72% zou er zelf terug voor kiezen. Opmerkelijk is dat er slechts 64% terug voor geneeskunde zou kiezen. De groep die geen geneeskunde meer zou kiezen vinden we voornamelijk terug bij de groep die minder anciënniteit heeft. Het zou interessant zijn om te weten hoe dit in andere medische specialismes is. We zien geen significante factoren of verschillen tussen groepen terugkomen. Arbeidsgeneesheren van interne diensten zouden wel iets meer het beroep van AG aanraden aan jonge collega's.

3.3.4. Intention to quit

Samenvattend:

Een sterke factor die tevredenheid kan reflecteren is de 'intention to quit', de mate waarin men denkt om het beroep te verlaten of hier concreet mee bezig is. Doorheen de enquête krijgen we de indruk dat er een groep (jongere en vrouwelijke) arbeidsgeneesheren met beperkte anciënniteit is die nog zoeken naar hun bestemming en die een vrij groot aantal bronnen van ontevredenheid melden. De meeste arbeidsgeneesheren met hogere anciënniteit blijken hun weg beter gevonden te hebben, ofwel in een interne dienst ofwel bedienen zij in een externe dienst de gewenste ondernemingen of voeren managementtaken uit. Hierdoor is de tevredenheid van deze groepen beduidend hoger.

Detail:

Er zijn op het eerste zicht een beperkt aantal arbeidsgeneesheren die ernstig van plan zijn om het beroep of hun dienst te verlaten. Toch denkt 7,5 % dat het waarschijnlijk of zeker is dat ze uit de arbeidsgeneeskunde zullen stappen. De relatie tussen eraan denken om van job te veranderen en uit de AG te stappen zien we in de volgende kruistabel

Kruistabel van de frequentie waarin arbeidsgeneesheren eraan denken om van job te veranderen en de mate waarin arbeidsgeneesheren eraan denken om uit de arbeidsgeneeskunde te stappen.

			ERAAN DENKEN OM VAN JOB TE VERANDEREN					Totaal
			nooit	minder dan éénmaal per jaar	minstens éénmaal per jaar	minstens éénmaal per maand	minstens éénmaal per week	
UIT AG	absoluut	Aantal	41	13	8	5	1	68
STAPPEN	ondenkbaar	%	66,1%	27,1%	14,5%	15,6%	5,9%	31,8%
	onwaarschijnlijk	Aantal	18	31	35	5	2	91
	maar mogelijk	%	29,0%	64,6%	63,6%	15,6%	11,8%	42,5%
	mogelijk	Aantal	3	3	10	17	6	39
		%	4,8%	6,3%	18,2%	53,1%	35,3%	18,2%
	waarschijnlijk	Aantal	0	0	2	3	4	9
		%	,0%	,0%	3,6%	9,4%	23,5%	4,2%
	zeker	Aantal	0	1	0	2	4	7
		%	,0%	2,1%	,0%	6,3%	23,5%	3,3%
Totaal		Aantal	62	48	55	32	17	214
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Er zijn ook 5 % van de arbeidsgeneesheren die denken dat ze waarschijnlijk of zeker naar een andere dienst zullen overstappen in de loop van de volgende 2 jaar.

Kruistabel van de frequentie waarin arbeidsgeneesheren eraan denken om van job te veranderen en de mate waarin arbeidsgeneesheren eraan denken om van dienst te veranderen.

			ERAAN DENKEN OM VAN JOB TE VERANDEREN					Totaal
			nooit	minder dan éénmaal per jaar	minstens éénmaal per jaar	minstens éénmaal per maand	minstens éénmaal per week	
VAN DIENST WILLEN VERANDEREN	absoluut	Aantal	32	11	5	6	5	59
	ondenkbaar	%	50,0%	22,4%	8,8%	18,8%	29,4%	26,9%
	onwaarschijnlijk	Aantal	28	34	36	10	4	112
	maar mogelijk	%	43,8%	69,4%	63,2%	31,3%	23,5%	51,1%
	mogelijk	Aantal	4	4	14	9	4	35
		%	6,3%	8,2%	24,6%	28,1%	23,5%	16,0%
	waarschijnlijk	Aantal	0	0	2	3	0	5
		%	,0%	,0%	3,5%	9,4%	,0%	2,3%
	zeker	Aantal	0	0	0	4	4	8
		%	,0%	,0%	,0%	12,5%	23,5%	3,7%
Totaal		Aantal	64	49	57	32	17	219
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Uit de verdere analyse blijkt dat de arbeidsgeneesheren die uit de arbeidsgeneeskunde willen stappen en zij die van dienst willen veranderen niet overlappen, hetgeen toch betekent dat één op 8 arbeidsgeneesheren er ernstig aan denkt zijn huidige job te beëindigen. Dit blijkt ook uit het aantal (11,5%) geneesheren dat er wekelijks of maandelijks aan denkt om uit de arbeidsgeneeskunde te stappen. Er is geen verschil tussen arbeidsgeneesheren van interne of externe diensten. Er zijn relatief minder Franstalige arbeidsgeneesheren die eraan denken om uit het beroep te stappen. Er is ook hier geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen. We moeten hier wel de kanttekening plaatsen dat er slechts 219 respondenten deze vraag hebben beantwoord, misschien omdat dit de laatste vraag was of omdat men niet 100 % zeker was van de anonimiteit?

3.4. Visie over de toekomst van de arbeidsgeneeskunde

Eerst geven we een beschrijving van de antwoorden over de visie zoals ze vooral in het witboek terug te vinden is en daarna de resultaten van de verdere analyse van verschillen. Vervolgens komen de resultaten van de bevraging over multidisciplinair samenwerken en de over de uitdagingen die de arbeidsgeneesheren zien voor de toekomst van de arbeidsgeneeskunde

3.4.1. Beschrijving van de antwoorden over de visie

Samenvattend:

Bijna alle arbeidsgeneesheren vinden dat alle werknemers, onafhankelijk van een beroepsrisico, toegang moeten hebben tot de arbeidsgeneesheer. Dit lijkt een belangrijke stelling in het kader van de herziening van de financiering. Sinds 2002 wordt er voor niet-onderworpenen immers geen bijdrage meer voorzien.

Het blijkt dat arbeidsgeneesheren betrokken willen worden bij het verzuimbeleid en zeker bij de reïntegratie van werknemers vòòr de werkhervatting. Verder is men ervan overtuigd dat de AG een belangrijke rol heeft in algemene gezondheidspreventie en detectie van ziekten, maar niet in de behandeling ervan. Slechts een minderheid vindt dat een jaarlijks onderzoek voor werknemers met risico nodig is, alhoewel ze tegelijkertijd vinden dat het voor een goede opvolging beter zou zijn. Dit lijkt tegenstrijdig, maar is waarschijnlijk ingegeven vanuit het feit dat er momenteel reeds teveel medische onderzoeken moeten uitgevoerd worden. De periodiciteit zou volgens de respondenten zowel op basis van risico, sector als op basis van individuele (on)gezondheid van de persoon moeten vastgelegd worden. Het huidig systeem van onderzoeksfrequentie op basis van al of niet bestaande risico's wordt in vraag gesteld en dus ook het huidige financieringsstelsel dat uitsluitend uitgaat van het beroepsrisico en niet van een gezondheidsrisico.

Verpleegkundigen zijn volgens bijna alle AG nodig om de administratie en de biometrie te doen. Zij kunnen volgens een ruime meerderheid ook bedrijfsbezoeken aan D-bedrijven doen en beeldschermwerkers onderzoeken onder supervisie van de arbeidsgeneesheer. Verpleegkundigen die zelf periodieke onderzoeken zouden doen, zien maar weinig arbeidsgeneesheren zitten. Ook hier is een belangrijke impact op de opgelegde personeelsbezetting van externe diensten, die wel formeel het aantal preventieadviseurs voorziet, maar de verpleegkundigen niet meetelt. Het huidig systeem van onderzoeksfrequentie op basis van al of niet bestaande risico's wordt in vraag gesteld en dus ook het financieringsstelsel dat uitsluitend uitgaat van het beroepsrisico en niet van een gezondheidsrisico.

Veel arbeidsgeneesheren vinden zoals verwacht dat de overleg- en beroepsprocedure te complex zijn, zodat ze een goede werking belemmeren. Ten slotte vinden bijna alle arbeidsgeneesheren de commercialisering van de sector geen goede evolutie.

Uit de antwoorden blijkt dat slechts weinigen het witboek doorgenomen hebben én dat weinigen zich uitspreken vòòr of tegen de stellingen uit het witboek.

In detail:

Ook hier geven we vaak de verhouding E/O (Eens/Oneens) weer in procenten. De resterende geneesheren had een neutrale houding.

De rol van de arbeidsgeneesheer in volksgezondheid en algemene gezondheids promotie

Een beperkt aantal geneesheren (E/O = 18/74) vindt dat ze enkel naar arbeidsgebonden problemen moeten kijken. Een zeer grote meerderheid (E/O = 86/3) denkt dat de arbeidsgeneesheer in de toekomst een belangrijker aandeel zal hebben in de preventieve volksgezondheid en ook (E/O = 88/3) dat gezondheids promotie deel zal uitmaken van het werk van de arbeidsgeneesheer. Nu reeds vinden de meeste arbeidsgeneesheren (E/O = 80/7) dat het opsporen van ziekten zoals diabetes, hypertensie en cardiovasculaire aandoeningen een taak is van de arbeidsgeneesheer. De grootste eensgezindheid is er in het feit dat bijna alle (E/O = 97/1) arbeidsgeneesheren vinden dat ze werknemers moeten verwijzen naar de curatieve sector als ze (potentiële) gezondheidsproblemen bij werknemers vaststellen.

De rol van de arbeidsgeneesheer bij ziekteverzuim

Bijna alle (E/O = 92/4) arbeidsgeneesheren vinden dat de reïntegratie van een werknemer best voorbereid wordt tijdens de ziekte en niet bij hervatting. Hier valt op dat 64 % van de respondenten het volledig eens zijn met deze stelling. Veel minder eensgezindheid (E/O = 49/33) is er over het feit of de arbeidsgeneesheer wel voldoende betrokken wordt in de reïntegratie van werknemers na een periode van ziekte. Opmerkelijk is dat (E/O = 64/21) er toch nog één vijfde van de arbeidsgeneesheren niet vinden dat ze betrokken moeten worden bij het verzuimbeleid in een onderneming. Blijkbaar zijn sommige arbeidsgeneesheren bang om in een controlerende rol geduwd te worden.

Opvolging van de werknemers en periodiciteit van de medische onderzoeken

Weer vinden bijna alle (E/O = 96/2) arbeidsgeneesheren dat alle werknemers, onafhankelijk van een beroepsrisico, toegang moeten hebben tot de arbeidsgeneesheer. Dit lijkt een belangrijke stelling in het kader van de herziening van de facturatie. Sinds 2002 wordt er voor niet-onderworpenen immers geen bijdrage meer voorzien. Dat een goede opvolging van een werknemer een jaarlijks onderzoek door de arbeidsgeneesheer zou vereisen, daar is duidelijk minder (E/O = 42/39) eensgezindheid over. We stelden dezelfde belangrijke vraag nog eens met een andere nuance. Nu blijkt dat een groter (E/O = 55/29) aantal respondenten toch vindt dat voor een goede opvolging van een werknemer een jaarlijks onderzoek vereist is.

De meeste (E/O = 82/13) arbeidsgeneesheren vinden dat de periodiciteit van de medische contacten mag variëren in functie van de sector waarin een werknemer werkt en nog meer (E/O = 95/3) in functie van het risico dat een werknemer heeft. Er is ook grote eensgezindheid (E/O = 87/9) over het feit dat

de periodiciteit ook in functie van de persoon (leeftijd, (on)gezondheid, kwetsbaarheid) moet bepaald kunnen worden. Deze stelling gaat natuurlijk in tegen het huidige financieringsstelsel dat bijna uitsluitend uitgaat van het beroepsrisico en niet van een (on)gezondheidsrisico.

Rol van de verpleegkundige

In het witboek wordt ervan uitgegaan dat er in de toekomst meer taken naar de verpleegkundigen zullen gaan, ook al omdat er onvoldoende arbeidsgeneesheren zijn om het toenemend pakket aan werk op te vangen. Het blijkt dat er hier grote overeenstemming is bij de respondenten. De grote meerderheid van de arbeidsgeneesheren (E/O = 82/9) vindt dat ze tijdens de medische onderzoeken steeds beroep moeten kunnen doen op verpleegkundigen voor de administratie en de biometrie. Ook hier is een belangrijke impact op de personeelsbezetting van externe diensten die wel formeel het aantal preventieadviseurs voorziet, maar de verpleegkundigen niet meetelt. Deze verpleegkundigen nemen een belangrijk deel van het werk op en maken dat de arbeidsgeneesheer zich kan concentreren op de werknemer.

Bijna allen (E/O = 98/2) zijn het erover eens dat een verpleegkundige de biometrie kan uitvoeren. Nog steeds een grote meerderheid (81/10) vindt dat verpleegkundigen de bedrijfsbezoeken aan D-bedrijven kunnen uitvoeren. Een kleinere meerderheid (E/O = 49/39) vindt dat verpleegkundigen de periodieke onderzoeken van beeldschermwerkers moet kunnen doen onder supervisie. Voor de meeste respondenten (E/O = 15/74) zou het té ver gaan om verpleegkundigen om de twee jaar, afwisselend met de arbeidsgeneesheer, periodieke onderzoeken te laten doen. Bijna niemand ((E/O = 3/94) is het ermee eens om alle periodieke gezondheidsbeoordelingen over te laten aan de verpleegkundigen.

Formulier van gezondheidsbeoordeling en beroepsprocedure

In het witboek wordt de stelling verdedigd dat een formulier van gezondheidsbeoordeling overbodig is als de werknemer geen problemen heeft. Slecht 33 % van de respondenten volgt deze stelling tegenover 50 % die het daar niet mee eens is.

Witboek

Er zijn in totaal slechts 144 arbeidsgeneesheren die hun mening over het witboek gaven, logisch want het blijkt dat slechts een 130-tal het al of niet grondig gelezen hebben. Als we gaan kijken naar de antwoorden op de verschillende concrete stellingen uit het witboek zien we toch vaak een grote eensgezindheid ontstaan. We moeten vaststellen dat het witboek niet goed aan de man of vrouw is gebracht. Blijkt dat meer interne bedrijfsartsen het witboek gelezen hebben en er het ook vaker mee eens zijn.

Er zijn 20 respondenten die het 'volledig oneens' en 4 die het 'nogal oneens' zijn met de standpunten uit het witboek. Daarentegen zijn er 36 die het eerder eens zijn en 17 volledig eens. Opvallend is dat bijna de helft zich niet uitspreekt over het witboek. Er was ook hier een open vraag, nl. 'Wat heb ik gemist in het witboek?' Dit leverde slechts 12 opmerkingen op. Hiervan zijn er 5 die aangeven

het witboek niet gelezen of gevonden te hebben. Enkele opmerkingen gaan over heel concrete zaken zoals meer dan 15 minuten nodig te hebben om complexe gezondheidsbeoordelingen te doen, de samenwerking met geneesheren uit andere disciplines of over het teveel aan medische onderzoeken. Iemand mist een algemene visie op bedrijfsgezondheidszorg of de aandacht voor zelfstandigen en een andere over de impact van de concurrentie op de kwaliteit van het werk.

3.4.2. Verdere analyse en verschillen over de visie

Er werd maximaal nagekeken of er verschillen waren in functie van de groepen die vooraf gedefinieerd werden in de personalia. Enkel de significante verschillen worden gegroepeerd weergegeven.

Samenvattend:

Verschillen Nederlandstalige en Franstalige arbeidsgeneesheren

Opvallend zijn de vele en significante verschillen tussen de Nederlandstalige en de Franstalige respondenten. De Franstalige geneesheren vinden zeker niet dat de arbeidsgeneesheer vooral arbeidsgebonden moet werken en tegelijk benadrukken ze sterker de belangrijke taak van de arbeidsgeneesheer in de detectie van ziekten. Ze zijn het minder eens met de taak in algemene gezondheidspromotie, maar vinden dat ze voldoende betrokken worden bij de reïntegratie van de werknemers na ziekte. Ze vinden dan weer minder dat ze betrokken moeten worden bij het verzuimbeleid van een onderneming. Nederlandstalige geneesheren zijn meer overtuigd dat iedereen toegang moet hebben tot de arbeidsgeneesheer, vinden het variëren van de periodiciteit van de medische contacten in functie van de sector dan weer minder aangewezen. De Nederlandstalige arbeidsgeneesheren zijn veel meer overtuigd dat verpleegkundigen D-bedrijven zouden mogen bezoeken en de onderzoeken van beeldschermwerkers zouden mogen overnemen. Meer Franstalige arbeidsgeneesheren lijken het eens met de standpunten uit het witboek.

Verschil interne en externe diensten

Het enige verschil is dat interne arbeidsgeneesheren vaker vinden dat ze voldoende betrokken worden bij de reïntegratie van werknemers na ziekte. De interne arbeidsgeneesheren hebben het witboek ook vaker gelezen en gaan er vaker mee akkoord.

Tabel met de gemiddelde score op 5 die arbeidsgeneesheren van interne en externe diensten geven over het witboek

	IDPBW	EDPBW
Voldoende betrokken bij reïntegratie van werknemers	4,3	4,01
Het witboek gelezen	3,11	2,32
Akkoord met witboek	3,59	3,09

Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke arbeidsgeneesheren

Hier zijn slechts minimale verschillen. De vrouwelijke geneesheren vinden algemene gezondheidspromotie nóg belangrijker en vinden vaker dat ze voldoende betrokken worden bij de reïntegratie van werknemers.

In detail

In volgende tabel gaan we na welke verschillen er zijn in gemiddelde score op 5 tussen Nederlandstalige en Franstalige AG. Enkel de significante verschillen worden weergegeven.

	Nl	Fr
Enkel kijken naar arbeidsgebonden problemen	2,72	2,06
Algemene gezondheidspromotie	4,45	4,21
Taak is om gezondheidsproblemen te ontdekken	4,09	4,33
Wordt betrokken bij reïntegratie na arbeidsongeschiktheid	2,98	4,25
Betrokkenheid bij verzuimbeleid	3,85	3,28
Toegankelijkheid van de AG voor alle werknemers	4,74	4,48
Medische contacten variëren functie van de sector	4,02	4,42
Verpleegkundige doet BB aan D-bedrijven Onder supervisie	4,43	3,72
Verpleegkundige doet de BSW-onderzoeken onder supervisie	3,38	2,93

De significante verschillen in score op 5 naar geslacht zijn beperkt tot de volgende.

	man	vrouw
Gezondheidspromotie	4,20	4,47
Wordt betrokken bij reïntegratie na arbeidsongeschiktheid	3,16	3,46

De significante verschillen in score op 5 tussen AG van interne vs externe diensten zijn beperkt tot de tevredenheid over het betrokken zijn bij reïntegratie na arbeidsongeschiktheid.

	IDPBW	EDPBW
Wordt betrokken bij reïntegratie na arbeidsongeschiktheid	3,82	3,23

Beroeps- en overlegprocedure

Het is duidelijk dat veel arbeidsgeneesheren vinden dat de overleg- (E/O = 40/22) en beroepsprocedure (E/O = 39/24) te complex is en ze een goede werking belemmeren. Blijkbaar vinden meer mannelijke respondenten dit.

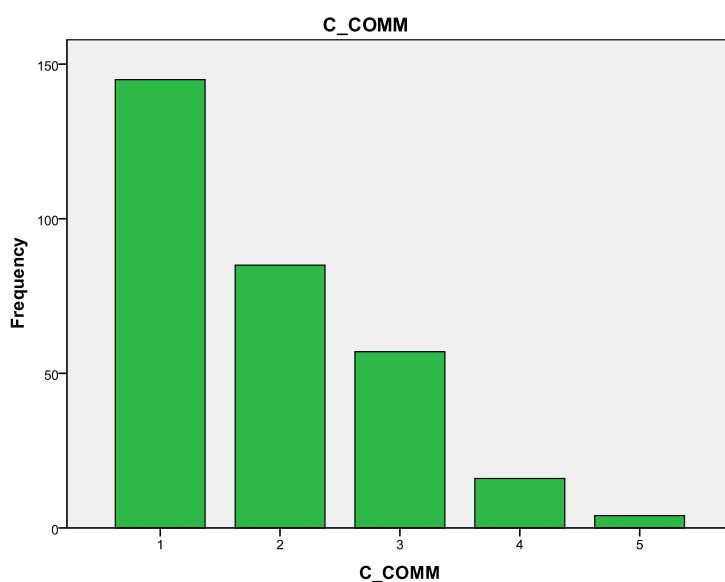
Tabel met de significante verschillen in score op 5 die mannelijke en vrouwelijke arbeidsgeneesheren geven

	Man	Vrouw
Overlegprocedure té complex	3,48	3,18
Beroepsprocedure té complex	3,41	3,13

Commercialisering

Van de arbeidsgeneesheren vindt 75 % de commercialisering in de sector geen goede evolutie. Slecht 6,5 % vindt het wel een goede evolutie en slechts 4 arbeidsgeneesheren (1,3%) zijn het volledig eens dat dit een goede evolutie is. In de grafiek zien we duidelijk de gradiënt.

Grafiek met het aantal respondenten naar hun waardering van de commercialisering in de sector



3.4.3. Visie op multidisciplinair samenwerken en uitdagingen voor de toekomst

Samenvattend:

Het is duidelijk dat multidisciplinair samenwerken wordt aanzien als een belangrijke meerwaarde en dat deze samenwerking meestal prima verloopt. Veel arbeidsgeneesheren vinden wel dat zij het multidisciplinair werken zouden moeten coördineren. Bijna evenveel geneesheren vindt dan weer dat dit een taak is voor de interne preventieadviseur maar uit de opmerkingen blijkt dat er veel nuance gelegd wordt in beide stellingen. Men vindt dat de keuze moet gemaakt worden in functie van tijdsbesteding, soort onderneming en persoonlijkheid van de coördinator. Velen benadrukken dat er vooral samen moet gewerkt worden. In de praktijk is de coördinerende taak (hoofd interne dienst) wettelijk natuurlijk wel weggelegd voor de interne preventieadviseur.

We kregen 151 opmerkingen op de open vraag wat is de grootste uitdaging voor de arbeidsgeneeskunde in de toekomst. In totaal konden we 230 uitspraken uit de opmerkingen halen, die we hebben gegroepeerd naar 25 verschillende stellingen. De meeste opmerkingen gaan over het bewijzen van onze meerwaarde, van het nut van arbeidsgeneeskunde, ook de woorden zinvol en kwaliteit komen telkens terug. Vaak vernoemt men het juridisch keurslijf waarin we moeten werken dat leidt tot het uitvoeren van teveel periodieke onderzoeken waardoor er niet voldoende tijd is om inhoudelijk of meer gespecialiseerd te werken, bijvoorbeeld aan informatie of andere vormen van preventie te doen. In tegenstelling daarmee wordt door enkele geneesheren specifiek vermeld dat de periodieke onderzoeken moeten blijven maar inhoudelijk beter ingevuld moeten worden.

Andere veelvoorkomend thema's zijn het tekort aan (gemotiveerde) arbeidsgeneesheren, aan het feit dat men arts wil blijven en zich bezorgd maakt over zijn onafhankelijkheid, alsook de ethiek. Dit laatste wordt regelmatig in verband gebracht met de commercialisering van en de concurrentie tussen de diensten. Deze bezorgdheid blijkt ook uit het feit dat bijna alle geneesheren de commercialisering van de sector een slechte zaak vinden.

Er wordt toch 8 keer vermeld dat men bezorgd is over het voortbestaan 'tout court' van de arbeidsgeneeskunde, maar frequenter wordt de belangrijke omschakeling naar algemene gezondheids promotie en preventie in zijn geheel genoemd. Het behoud van de vertrouwensrelatie met de werknemers en het behoud van de toegankelijkheid voor alle werknemers en alle sectoren komen ook regelmatig terug, net als de vrees dat de arbeidsgeneesheer verbannen zou worden naar zijn medisch kabinet. Conform de resultaten van de enquête worden multidisciplinariteit en de spanning tussen ingenieur en geneesheer amper als issue vernoemd. Een aantal geneesheren maakt zich wel zorgen over het imago van de arbeidsgeneeskunde vooral in de curatieve sector. De uitdaging lijkt te worden om met een beperkter effectief aan arbeidsgeneesheren toch meer aan 'preventie die werkt' te doen.

In detail:

Samenwerking met andere preventieadviseurs.

Bijna alle geneesheren (E/O = 91/3) zijn het erover eens dat multidisciplinair werken een meerwaarde is. Slechts 1 AG is het daar volledig oneens mee, 61,3 % volledig eens. De meeste (E/O = 78/8) arbeidsgeneesheren werken ook frequent samen met andere preventieadviseurs en deze samenwerking verloopt ook bijna steeds (E/O = 81/4) prima en gemiddeld nòg beter bij de interne bedrijfsartsen dan bij de externe.

Tabel met de score op 5 die interne en externe bedrijfsartsen geven over de appreciatie van de samenwerking met de interne preventieadviseur

	IDPBW	EDPBW
De samenwerking met de IPA verloopt prima	4,3	4,01

Wie coördineert best de multidisciplinaire aanpak in bedrijven?

Hier werden twee vragen én een openvraag mogelijkheid voorzien. Veel arbeidsgeneesheren (E/O = 64/9) vinden dat de interne preventieadviseur best coördineert, maar slechts 23 % is het daar volledig mee eens. Wat minder (E/O = 50/14) respondenten vinden dat de arbeidsgeneesheer degene is die best de coördinatie op zich neemt. Het valt op dat er zoveel neutrale antwoorden waren op beide vragen.

Er waren 58 opmerkingen in de open vraag en dit moet toelaten de nuance te lezen in bovenstaande tegenstrijdige antwoorden. Er zijn 5 respondenten die herhalen dat de arbeidsgeneesheer de meest aangewezen persoon is en evenveel dat het de interne preventieadviseur moet zijn. Als we de andere antwoorden analyseren, valt op dat velen (12) vinden dat intern preventieadviseur en AG samen de coördinatie moeten doen. Nog meer (20) vinden dat de keuze niet afhankelijk is van de functie, maar van de grootte, het soort risico's in het bedrijf én dat de persoonlijkheid van de persoon in kwestie ook doorslaggevend zou moeten zijn. Twee respondenten leggen de coördinatie bij HRM of het management van het bedrijf. Er wordt ook regelmatig opgemerkt dat de arbeidsgeneesheer de coördinatie moet kunnen opnemen als hij/zij voldoende aanwezig zijn in de onderneming.

Grootste uitdaging voor de toekomst: open vraag

Tabel met de 25 stellingen in volgorde van het aantal keren dat ze vermeld werden.

Meerwaarde/nut bewijzen, aantonen	34
Tekort aan arbeidsgeneesheren	17
Arts blijven, onafhankelijkheid en impact bewaren	16
Minder medische onderzoeken	16
Meer gespecialiseerde en projectmatige invulling	15
Zich inschrijven in algemene gezondheids promotie	12
De commercialisering	11
Kwaliteit ipv kwantiteit	11
Verbanning naar medisch kabinet	9
Kwetsbare groepen en reïntegratie	8
De concurrentie tussen de diensten	8
De financiering	6
Vertrouwensrelatie met werknemers	6
Meer preventie doen met minder artsen	5
Periodieke onderzoeken zinvol invullen	5
Imago en relatie met andere artsen	5
Selectie van gemotiveerde artsen	4
Meer inhoudelijk werken	4
Toegankelijkheid verhogen, zowel voor werknemer als D-bedrijven	4
Multidisciplinariteit	3
Behoud van jaarlijks onderzoek	2
Positie arbeidsgeneesheer tov ingenieur	2
Nieuwe rol en zingeving zoeken	2
Sectorieel gaan werken	1
Klanttevredenheid verhogen	1

3.4.4. Analyse van de verschillen over multidisciplinair samenwerken

Enkel het beperkt aantal factoren waarvoor significante verschillen gevonden worden is weergegeven. Het gaat in concreto over verschil tussen NI en Fr en interne/externe.

Verschillen in samenwerken met andere preventie adviseurs

Tabel met de verschillende scores op 5 voor enkele vragen tussen Nederlandstalige en Franstalige arbeidsgeneesheren.

	NI	Fr
Frequent samenwerken met andere preventieadviseurs	3,84	4,13
Coördinatie gebeurt best door de IPA	3,91	3,37
Coördinatie gebeurt best door de arbeidsgeneesheer	3,41	3,90

Franstalige arbeidsgeneesheren antwoorden dus dat zij meer samenwerken met andere preventieadviseurs. Ze zijn wel vaker overtuigd dat het eerder aan de arbeidsgeneesheer is dan aan de IPA is om de coördinatie van het multidisciplinair werken te doen.

Samenwerking met preventieadviseurs psycho-sociale.

Franstalige artsen verwijzen meer naar de preventieadviseur psychosociale aspecten en zijn zelf minder bezig met psychosociale problemen dan de Nederlandstalige. De interne diensten zijn meer betrokken bij de risico-analyse psycho-sociale en hebben meer overleg met de preventieadviseur psychosociale aspecten, zij worden veel betrokken bij mentale problemen.

3.5. Evaluatie van vorming en opleiding

3.5.1. Inleiding, historiek, huidige situatie

3.5.1.1. Opleiding anno 2010

In Vlaanderen wordt de masteropleiding in de arbeidsgeneeskunde sedert 2008 interuniversitair georganiseerd door de K.U.Leuven, de U.Gent, de U.Antwerpen en de V.U.Brussel samen. In Wallonië zijn er 3 opleidingscentra die een opleiding aanbieden. Het programma omvat twee jaar met colleges, praktijkopleiding, seminaria en bedrijfsbezoeken, 8 weken stage in erkende diensten en een eindverhandeling. Na het beëindigen van deze 4-jarige opleiding wordt de specialist erkend door de Minister van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, op voorstel van de erkennings-commissie specialisatie arbeidsgeneeskunde.

3.5.1.2. Historiek

De opleiding in de arbeidsgeneeskunde is historisch gegroeid (zie tabel 1) en ontstond uit een in 1951 opgerichte bijzondere aanvullende opleiding voor artsen, die voorzag in een aantal opleidingsonderdelen rond arbeidspathologie en arbeidshygiëne. Met de verplichte invoering van de arbeidsgeneeskundige diensten in België in 1965, werd ook de opleiding van de arbeidsgeneesheren wettelijk geregeld. De opleiding werd hervormd tot een éénjarige voortgezette academische opleiding 'geneesheer-hygiënist in de Arbeidsgeneeskunde' met een optie voor een tweede jaar met thesis. In 1991 werd de opleiding qua vorm en inhoud verder omgevormd tot een tweejarige GGS-opleiding (Gediplomeerde in de Gespecialiseerde Studies) met een verplichte thesis. De volgende herziening vond plaats in 1995, naar aanleiding van de Europese richtlijnen over de harmonisatie van de specialisatieopleidingen in de geneeskunde. Hierbij werd de opleidingsduur uitgebreid tot vier jaar: een tweejarige GGS-opleiding met aansluitend een twee jaar durende stage. Een volgende hervorming werd doorgevoerd na 1999, in het kader van de implementatie van de bama-structuur. Het tweejarige GGS-programma werd daarbij, na een evaluatie en aanpassing van het curriculum, omgevormd tot een master na masteropleiding van 120 studiepunten (twee jaar), die nog steeds aangevuld wordt door de tweejarige stage waarmee de specialisatie afgerond wordt.

Tabel 1: Historiek opleiding

Datum	Mijlpunt	
16/4/65	KB arbeidsgeneeskundige diensten	1-jaar: geneesheer-hygiënist 2-jaar: licentiaat in de arbeidsgeneeskunde
5/3/70	KB opleidingsvereisten	
12/6/91	Decreet op het universitair onderwijs Vlaamse gemeenschap	2-jaar gediplomeerde in de gespecialiseerde studies arbeidsgeneeskunde
22/6/93	KB lijst specialisatie erkend door het ministerie van volksgezondheid en leefmilieu	EU-erkenning geneesheer-specialist in de arbeidsgeneeskunde (Opleiding 4-jaar)
19/06/99	Verklaring Bologna	ManaMa opleiding

3.5.1.3. Verdere opleidingen

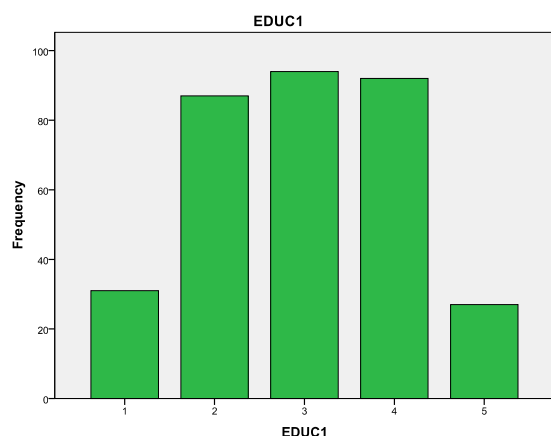
Naast de masteropleidingen bestaan er nog verdere opleidingsmomenten. Arbeidsgeneesheren kunnen via postgraduat en masterprogramma's zich verder bekwamen. Er worden ook regelmatig seminaria en studiedagen arbeidsgeneeskunde georganiseerd in beide landsdelen. De beroepsvereniging organiseert jaarlijks de 2-daagse nationale dagen voor het Belgische publiek. Daarnaast organiseren diensten voor preventie en bescherming op het werk ook interne opleidingen. Een verplichting tot bijscholing (accreditering) ontbreekt momenteel binnen de arbeidsgeneeskunde.

3.5.2. Evaluatie

3.5.2.1. Analyse voor volledige populatie

Gemiddeld vinden de arbeidsgeneesheren de opleiding een goede voorbereiding op hun werk (Histogram 1). Toch is een niet onbelangrijke groep van arbeidsgeneesheren (35,7%) van oordeel dat de opleiding niet goed aansluit bij hun job.

Histogram 1: opleiding arbeidsgeneeskunde was een goede voorbereiding op mijn werk als arbeidsgeneesheer (1 = volledig oneens; 2 = eerder oneens ; 3 = neutraal ; 4 = eerder eens ; 5 = volledig eens)



Er blijkt dus een nood te zijn aan bijkomende vorming. Bijkomende vorming en/of een andere invulling van het curriculum is noodzakelijk in de volgende domeinen gerangschikt volgens het aantal respondenten:

1. specialisaties binnen het domein van de arbeidsgeneeskunde (n=173)
2. inhoudelijke aspecten van algemeen geneeskundige aard (n=137)
3. ICT (n=126)
4. gedragscompetenties (communicatie, persoonlijke effectiviteit, ...) (n=121)
5. algemeen bedrijfseconomische thema's (n=108)
6. arbeidsgeneeskunde in het algemeen (n=95)

$\frac{3}{4}$ van de respondenten zijn van oordeel dat er voldoende voortgezette opleidingsmogelijkheden bestaan en dat er nog voldoende kansen zijn tot bijleren. Ondanks het feit dat een professionele ontwikkeling een evaluatiepunt is i.v.m. het presteren bij 80% van de arbeidsgeneesheren, blijkt evenwel slechts 25% te beschikken over een opleidingsplan. Bovendien vindt 45,5% dat ze

onvoldoende tijd krijgen om zich verder bij te scholen. Opvallend is dat 17,1% er niet in slaagt om minstens 1 keer per jaar een congres of seminarie bij te wonen, en 61,7% om een bijkomende vorming te volgen.

Het merendeel van de artsen (67,3) schoolt zich bij aan de hand van in-company cursussen. Dat betekent evenwel dat toch een 32,7% van de respondenten minder dan 1x per jaar een in-company cursus volgt. Meer dan de helft van de respondenten zijn van oordeel dat ze tijdens hun tijdsbesteding niet voldoende ruimte hebben om aan zelfstudie te doen (vb. iets opzoeken). Toch doet 1 op de 3 arbeidsgeneesheren wekelijks aan zelfstudie. De meesten blijken bovendien te beschikken over een gestructureerd kennissysteem (70%). Ten slotte blijkt er relatief weinig mogelijkheid/tijd te zijn om deskundigheid te wisselen tussen collega's (44,6%). Desondanks wordt ervaring (vb. casusbespreking) minstens 1x per maand gedeeld tussen collega's volgens 58,7% van de deelnemers.

Verder blijkt dat de ontwikkelingskans (gebrek aan) geen voldoende reden is om van werkgever te veranderen bij 43,4% van de arbeidsgeneesheren. 20% van de arbeidsgeneesheren geeft zelf geregeld vorming of opleiding (minstens 1x/maand). Een systeem van accreditering zou volgens $\frac{3}{4}$ van de deelnemers kunnen bijdragen tot een verhoging van de kwaliteit van de dienstverlening.

3.5.2.2. Beïnvloedende factoren

De resultaten die hieronder worden weergegeven zijn allen geanalyseerd met de M-W *U* test en significant met $p < 0.05$. Verder zijn ook correlaties onderzocht met Spearman correlatie test.

Interne-externe diensten

Arbeidsgeneesheren van interne diensten zijn meer van mening dat de opleiding arbeidsgeneeskunde een goede voorbereiding is op de taak van arbeidsgeneesheer en dat er voldoende opleidingsmogelijkheden zijn. Bovendien krijgen ze voldoende tijd om zich verder te bekwamen en bij te leren, voldoende kansen tot bijleren, o.a. ze kunnen meer congressen en seminars bijwonen. Ze zijn dan ook minder geneigd om van werkgever te veranderen omwille van (gebrek) aan ontwikkelingskansen.

Nederlands-Frans

Franstalige arbeidsgeneesheren zijn in het algemeen meer tevreden over de opleiding arbeidsgeneeskunde. Ze vinden bijkomende vorming ook belangrijker dan de Vlaamse collega's (werkverandering). Ondanks het feit dat Vlaamse arbeidsgeneesheren rapporteren minder tijd te hebben om aan zelfstudie te doen, doen ze wel meer aan zelfstudie in vergelijking met de Waalse collega's.

Leeftijd-jaar van afstuderen

Correlatie analyse toont duidelijk aan dat leeftijd een belangrijke parameter is bij de evaluatie. Voor elke parameter geldt dat er een positieve correlatie is met leeftijd. Dit is een verrassende vaststelling, want objectief lijkt de opleiding met de jaren verruimd en verbeterd te zijn. Het is mogelijk dat men positiever op zijn opleiding terugkijkt naarmate ze langer geleden is. We zien wel dat de factoren die de evaluatie van de opleiding bepalen dezelfde zijn als degene die de algemene tevredenheid bepalen zoals anciënniteit en het werken in een interne

dienst. Als we de resultaten vergelijken tussen artsen in opleiding en niet in opleiding dan zien we dat, zoals we konden verwachten, artsen in opleiding meer congressen en seminaries volgen.

3.5.3. Besluit

Opleiding en bijkomende vorming vindt de Belgische arbeidsgeneesheer belangrijk. Over de masteropleiding zijn ze gematigd tevreden. Er is vooral bijkomende vorming en meer detail nodig in bepaalde domeinen van de arbeidsgeneeskunde. De Franstalige opleiding lijkt beter aan te sluiten bij de job van arbeidsgeneesheer, evenwel is sedert deze enquête de opleiding arbeidsgeneeskunde aan Vlaamse kant grondig hervormd en gerationaliseerd.

Ondanks een voldoende aanbod aan bijscholingsmogelijkheden (congressen, seminarie, in-company opleidingen) is er toch een belangrijke groep van arbeidsgeneesheren die weinig verdere vorming geniet. Het zijn voornamelijk de arbeidsgeneesheren van externe diensten die klagen over te weinig tijd voor verdere opleiding en zelfstudie (tijdens diensturen). Interne bedrijfsartsen blijken meer regelmogelijkheden te hebben.

Naast tijdsgebrek zal verder onderzoek moeten aantonen wat de echte reden is van de bijscholingsproblematiek bij arbeidsgeneesheren. In elk geval gelooft de meerderheid van de respondenten dat accreditering de kwaliteit van dienstverlening te goede kan komen.

3.6. De praktijk van de arbeidsgeneesheren

95% van de respondenten heeft de laatste drie jaar voldoende praktijkervaring gehad om op deze vragen te antwoorden.

PSYCHOSOCIALE BELASTING OP HET WERK

58% van de artsen worden nooit of minder dan éénmaal per jaar uitgenodigd om mee te werken aan een voorafgaande risicoanalyse psychosociale belasting op het werk.

Bedrijfsartsen in een Interne Preventiedienst worden vaker betrokken (score 2,95 en 2,25).

Wordt de risicoanalyse uitgevoerd naar aanleiding van een incident, dan wordt de arts hier meer bij betrokken (slechts 40% nooit of minder dan éénmaal per jaar).

De arbeidsgeneesheren verwijzen werknemers frequent door naar de vertrouwenspersoon of naar de PA-PS (8% minstens wekelijks en 47% minstens éénmaal per maand). Overleg met de vertrouwenspersoon voor preventie psychosociale vindt bij 27% van de artsen minstens éénmaal per maand plaats, bij 31 % gebeurt dit nooit of minder dan éénmaal per jaar.

Franstalige bedrijfsartsen verwijzen iets meer naar de preventieadviseur psychosociale dan hun Nederlandstalige collega's (score 3,72 en 3,38). Ook artsen in een Interne Preventiedienst plegen meer overleg met de preventie adviseur psychosociale (score 3,39 en 2,80). Nederlandstalige artsen besteden wel zelf meer tijd aan psychosociale en mentale problemen (score 4,03 en 3,55).

63% van de artsen besteedt minstens éénmaal per maand tijd aan mentale problemen bij de werknemers. De drempel om deze problematiek met de arbeidsgeneesheer te bespreken lijkt laag te liggen : 77% stelt dat ze hierover door de werknemers spontaan aangesproken worden.

Artsen in een Interne Preventiedienst besteden meer tijd aan mentale problemen (score 4,23 en 3,85).

Een belangrijke groep artsen (50%) gaat akkoord met de stelling dat het gebruik van anxiolytische medicatie toeneemt. 11% betwist dit. Volgens 74% stijgt de tijd die tijdens de consultaties aan mentale klachten wordt besteed. 5% betwist dit.

CPBW

Alle artsen nemen deel aan de vergaderingen van het CPBW. 83% zelfs minstens éénmaal per maand. Op deze vergaderingen voelen artsen zich zelden ongemakkelijk. 33% voelt zich nooit ongemakkelijk, 9% voelt zich minstens éénmaal per maand ongemakkelijk.

NANODEELTJES

Weinig artsen houden toezicht op de gezondheid van werknemers blootgesteld aan nanodeeltjes (80% nooit, 2% minstens éénmaal per week, 6% minstens éénmaal per maand). De website van het FOD WASO Welzijn op het Werk over preventie van schade door nanodeeltjes wordt slechts door 21% minstens éénmaal per jaar geraadpleegd.

KANKERVERWEKKENDE EN MUTAGENE AGENTIA

Toezicht op de gezondheid van werknemers blootgesteld aan kankerverwekkende of mutagene agentia is veel beter verspreid (slechts 11% nooit, 25% minstens éénmaal per week, 55% minstens éénmaal per maand). Artsen worden ook frequent gevraagd om mee te werken aan de risicoanalyse voor deze agentia (15% nooit, 11% minstens éénmaal per week, 32% minstens éénmaal per maand). Volgens de respondenten beschikt 36% van de bedrijven niet over een bijgewerkt register voor deze agentia.

Een grote meerderheid van artsen (81%) stelt dat de hiërarchie van de preventiebeginselen wordt nageleefd. Werknemers worden bijna altijd geïnformeerd (87%) over de blootstelling aan deze agentia en over hun gezondheidsrisico's.

ASBEST

Een kleine meerderheid van de artsen (58%) doet gezondheidstoezicht van werknemers blootgesteld aan asbest. Een grote meerderheid (72%) is op de hoogte van de inhoud van de asbestinventaris van de bedrijven waarvoor ze als bedrijfsarts aangesteld zijn. Eenzelfde percentage kent het asbestbeheersprogramma.

55% wordt uitgenodigd om mee te werken aan de risicoanalyse voor asbest. 70% van de artsen beweert dat ze geïnformeerd worden bij asbestwerken met een mogelijk belangrijke blootstelling voor de werknemers.

RSI

Iedereen (99%) wordt tijdens de gezondheidsevaluaties geconfronteerd met musculo-skeletale problemen. Deze problematiek wordt omzeggens altijd (96%) besproken tijdens de gezondheidsevaluaties voor beeldschermwerk.

FYSIEKE AGENTIA

Alle artsen (97%) informeren de werknemers over de mogelijke gezondheidsrisico's van fysieke agentia. Een meerderheid van de artsen (69%) doet zelf geluidsmetingen op de werkplaats.

UITZENDKRACHTEN

Ook het gezondheidstoezicht van uitzendkrachten wordt door de meeste artsen (70%) uitgevoerd. Bij de gezondheidsbeoordeling beschikt slechts 74% van de artsen over een werkpostfiche. Bovendien bevat slechts 53% van de werkpostfiches correcte informatie!

De respondenten zijn van mening dat slechts 37% van de werkpostfiches voldoende informatie geeft. In geval van een ontbrekende of onduidelijke werkpostfiche wordt door 41% van de artsen toch een Formulier van Gezondheidsbeoordeling 'geschikt' afgeleverd.

STAGIAIRS

Evenveel artsen (68%) voeren onderzoeken uit van stagiairs. Een meerderheid van deze gezondheidsevaluaties (59%) wordt uitgevoerd als arbeidsgeneesheer van de onderwijsinstelling. Slechts 58% van de betrokken artsen beschikt over voldoende informatie over de gezondheidsrisico's op de stageplaats.

ZWANGERSCHAP EN BORSTVOEDING

Bijna alle artsen(94%) doen een voorafgaande risicoanalyse voor moederschapsbescherming. Alle zwangere werkneemsters (97%) met een gekende risicoblootstelling worden effectief uitgenodigd voor een gezondheidsbeoordeling. Bij een bestaand risico, wordt een kleine minderheid (11%) niet verplaatst naar een andere werkpost waar het risico aanvaardbaar is. Indien er een risico bestaat, dan worden 95% van deze werkneemsters verwijderd.

PREVENTIE VAN ARBEIDSONGEVALLEN

Een minderheid van de artsen (38%) wordt uitgenodigd om mee te werken aan de risicoanalyse voor arbeidsongevallen. Een vergelijkbaar percentage (40%) neemt deel aan de analyse van arbeidsongevallen. De helft van de artsen (46%) wordt gevraagd om mee te denken over strategieën om arbeidsongevallen te voorkomen. Een gelijkaardige proportie (47%) wordt ingeschakeld voor eerste hulp en verzorgingen op het werk.

ALLOCHTONE WERKNEMERS

Een groot deel van de artsen (50%) is het eens met de stelling dat het opvolgen van de gezondheid van allochtone werknemers zich op een normale wijze ontwikkelt. 20% gaat niet akkoord.

Omgekeerd delen evenveel artsen (44%) de mening dat allochtone werknemers de risico's waaraan ze blootgesteld worden niet ten volle begrijpen. 25% vindt dat allochtone werknemers wél de risico's ten volle begrijpen.

OUDERE WERKNEMERS

De meerderheid (73%) onderschrijft de stelling dat de arts tijdens de periodieke gezondheidsbeoordeling bijzondere aandacht besteedt aan oudere werknemers. 8% betwist dit.

25% beaamt dat ze gevraagd worden om bij een werkpostanalyse voorstellen te formuleren om de werkpost aan te passen aan de capaciteiten van oudere werknemers. 50% betwist dit.

CONTINUÏTEIT VAN MEDISCH TOEZICHT

Indien werknemers van werkgever veranderen zegt een meerderheid van de artsen (68%) dat ze het gezondheidsdossier opvragen bij de voormalige preventiedienst. Een iets kleiner deel (58%) stelt dat ze dit 'oud' gezondheidsdossier effectief ontvangen.

3.7. La collaboration avec le FMP (Fonds des Maladies Professionnelles)

271 médecins du travail ont répondu aux questions relatives à la collaboration avec le FMP.

Voici les résultats les plus significatifs :

250 médecins du travail estiment bien connaître les missions dévolues au FMP.

235 estiment sensé d'introduire une déclaration

243 reconnaissent pousser les patients qu'ils soupçonnent atteints d'une pathologie professionnelle

255 connaissent les démarches à entreprendre pour déclarer une pathologie professionnelle

230 connaissent la liste des maladies professionnelles

140 trouvent clairs les documents à compléter tandis que 53 ne les trouvent pas clairs

Seuls 23 médecins ne sont pas satisfaits de la qualité du site.

Seuls 65 médecins sont satisfaits de la qualité de la communication du FMP

79 médecins ne sont pas satisfaits de la collaboration, 97 ont un avis neutre et 88 en sont satisfaits.

Les missions suivantes sont connues d'un pourcentage

La réparation des maladies professionnelles : 99%

Les mesurages au sein de l'entreprise : 71%

L'écartement des femmes enceintes : 97%

L'intervention dans la revalidation des lombalgies 96,5%

Le remboursement de la vaccination hépatite B 99 %

La surveillance de santé prolongée 80%

L'indemnisation par le Fonds Asbeste 84 %

Les médecins du travail savent dans leur grande majorité, dans quel contexte ils peuvent faire appel au FMP ; ils sont satisfaits de la qualité des informations retrouvées sur le site mais beaucoup plus ont des critiques envers la communication du FMP, ce qui se retrouvera ci-après dans l'analyse des commentaires libres.

Les commentaires formulés par les médecins du travail peuvent être regroupés en quelques thématiques :

Les aspects de communication et de collaboration

50% des commentaires libres ont trait à des propositions d'amélioration de la communication et de la collaboration à propos :

- du suivi des déclarations introduites par les médecins du travail
 - o communication de la décision
 - o justification d'un refus de prise en charge d'une suspicion de maladie professionnelle

- du passage des représentants du FMP dans les entreprises
- du développement d'un guichet électronique
- de l'information du médecin du travail de l'ensemble des déclarations de maladies professionnelles recensées au sein de l'entreprise
- du délai de réponse aux dossiers introduits

La surveillance de santé prolongée

18 % des commentaires libres ont trait à l'organisation de la surveillance de santé prolongée. Tous concernent la justification de la surveillance de santé et le rôle du FMP. Il existe une attente importante des médecins du travail à propos de directives dans ce domaine.

Par ailleurs, d'autres commentaires ont trait

- à un manque de clarté dans la mise en oeuvre du système ouvert, au délai pour convoquer des patients atteints de tendinite ;
- aux critères mis en oeuvre dans le cadre de l'écartement des femmes enceintes (quelle base scientifique, inégalité de traitement de personnes ayant un même risque professionnel mais exerçant une profession différente, ...) ;
- au traitement des maladies professionnelles dans le secteur public.

En conclusion, les médecins du travail ont une bonne connaissance des missions du FMP mais ce dernier doit absolument améliorer la communication à leur égard, que ce soit dans le cadre des missions préventives ou dans le cadre de la prise des décisions dans les dossiers de maladie professionnelle.

La mise en oeuvre de la surveillance de santé prolongée suscite également beaucoup d'interrogations, que ce soit sur les modalités d'organisation ou sur son intérêt.

3.8. De samenwerking met de huisarts

Zal later verwerkt worden als eindwerk van een arbeidsgeneesheer in opleiding.