



Dick Spreeuwers

Van fabrieksdokter tot arbo-arts:

De geschiedenis van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland

Nederland industrialiseerde laat in vergelijking met de meeste West-Europese landen. De kennis met betrekking tot beroepsziekten, én de aandacht van medici voor dit fenomeen, bleven in ons land dan ook lange tijd achter bij de omringende landen. Dick Spreeuwers schetst de geschiedenis van de arbeidsgeneeskunde in Nederland vanaf de negentiende eeuw, en benadrukt de ingrijpende veranderingen die zich sinds die tijd hebben voorgedaan in de visie op beroepsziekten en de organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg.

Tegenwoordig weet bijna iedereen dat langdurig werken achter een beeldscherm RSI-klachten kan geven, dat het werken met organische oplosmiddelen slecht is voor de gezondheid en dat je je bij gezondheidsproblemen in het werk kunt wenden tot een arbodienst. Een arbodienst die overigens ook het ziekteverzuim controleert en commerciële produkten aanbiedt zoals wachttijdbemiddeling voor medische behandelingen voor werknemers. Arbodiensten zijn de laatste jaren veranderd van tamelijk stoffige instellingen voor bedrijfsgezondheidszorg tot dynamische commerciële organisaties voor arbodienstverlening. Toch kent de bedrijfsgeneeskunde in ons land een bewogen geschiedenis van ca. 150 jaar. Dit artikel beschrijft de geschiedenis van de bedrijfsgeneeskunde van de voorvechters voor verbetering van de erbarmelijke arbeidsomstandigheden in de vorige eeuw tot de markt van arbodienstverlening in laatste jaren van deze eeuw¹.

- 1 De informatie voor beschrijving van de geschiedenis van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in dit artikel is voor een belangrijk deel ontleend aan de volgende boeken:
 - H. Wolvetang, P.C. Buijs en A. van Oosterom, 'Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Historie, ontwikkeling en doelstelling' in: H. Wolvetang, P.C. Buijs en A. van

In navolging van Burger, de eerste bedrijfsarts bij Philips en auteur van een standaardwerk over Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde², wordt de periode tot 1994 in dit artikel onderverdeeld in drie tijdvakken, gekarakteriseerd als “bestrijding der excessen” (tot 1900), “wetenschappelijke fundering” (1900-1945), en “menselijk welzijn centraal” (1945-1994). Vanaf 1994 is de bedrijfsgezondheidszorg vrij radicaal van karakter veranderd door vergaande veranderingen in de sociale wetgeving en de arbeidswetgeving en het besluit van de overheid dat arbodiensten commerciële dienstverleners moesten worden.

Bestrijding van excessen (tot 1900)

De industriële revolutie voltrok zich in Nederland in de tweede helft van de negentiende eeuw, relatief laat in vergelijking met de ons omringende landen. Deze revolutie bracht een geweldige migratie teweeg van het platteland naar de stad. Door het grote aanbod van arbeidskrachten, in de stedelijke concentraties maar ook op het platteland, was voor ondernemers arbeid goedkoop verkrijgbaar en gemakkelijk vervangbaar bij arbeidsongeschiktheid. Dit had tot gevolg dat fabrieksarbeiders en hun gezinnen in grote armoede leefden en hun gezondheidstoestand vaak veel te wensen over liet. Arbeidsongevallen, loodvergiftiging, stoflongen en tuberculose veroorzaakt door de werkomstandigheden kwamen veelvuldig voor. De zorg voor de armen was toebedeeld aan van gemeentewege aangestelde stadsdokters. Slechts enkele van deze ‘armendokters’ onderkennen het verband tussen de miserabele woon- en werkomstandigheden en slechte hygiëne en het optreden van ziekten.

Samuel Senior Coronel, die als de belangrijkste pionier van de Nederlandse bedrijfsgezondheidszorg mag worden beschouwd, trok zich het lot aan van deze beklagenswaardige stand. Hij heeft zijn leven gewijd aan de verbetering van de sociale hygiëne onder de arbeiders. Hij moest strijden tegen de heersende opvatting van de gegoede klasse, dat de overheid zich zoveel mogelijk moest onthouden van inmenging in het bedrijfsleven en tegen de hardnekkige christelijke idee die de sociale wanverhoudingen

Oosterom ed., *Handboek Bedrijfsgezondheidszorg* (Maarssen 1997) A1-1/1- A1-2/16.

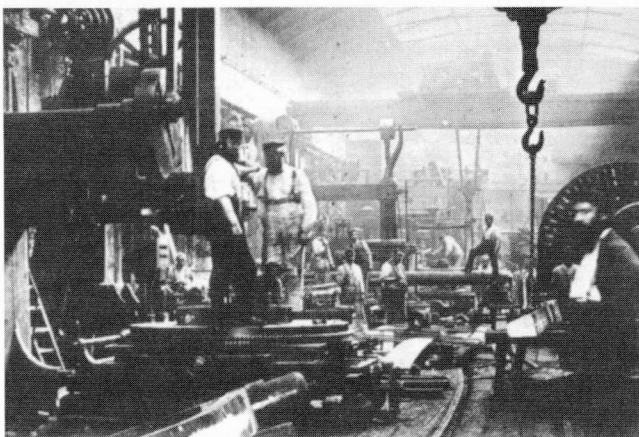
- G. van der Laan, A. van Oosterom, P. Ouwehand en H. Wolvetang, *De bedrijfsarts als dokter* (z.p. 1996).

2 C.G.E. Burger e.a., *Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde* (Leiden 1974).

rechtvaardigde als een van bovenaf opgelegde orde. Coronel bezocht veel werkplaatsen en deed onderzoek door zelf het werk van de arbeiders uit te voeren. Zijn bevindingen publiceerde hij in 1861 in de studie "De gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid"³.

Geleidelijk groeide het inzicht dat wettelijke bescherming van de arbeidende klasse noodzakelijk was. In 1874 werd het verbod op kinderarbeid geregeld in het Kinderwetje van Van Houten. Dit wetje werd echter massaal door fabrikanten ontboden door het gebrek aan controle. In 1899 werden de wettelijke maatregelen inzake arbeid uitgebreid door de Arbeids-

wet, die onder andere bepalingen ten aanzien van jongeren en vrouwenarbeid voorschreef. De controle op naleving van deze wet berustte bij de Arbeidsinspectie. De Arbeidsinspectie, die in 1890 was opgericht, bestond aanvankelijk alleen uit tech-



Zeer gevaarlijke omstandigheden in negentiende-eeuwse fabrieken leidden tot de ontwikkeling van gezondheids- en veiligheids-wetgeving. Uit: David Snashall ed., *ABC of work related disorders* (Londen 1997).

nisch inspecteurs. Toen in 1903 eindelijk een geneeskundige, E. Wintgens, aan de Arbeidsinspectie werd toegevoegd, kon gesproken worden van het begin van georganiseerde geneeskundige aandacht voor de werkomstandigheden van arbeiders...

Wetenschappelijke fundering (1900-1945)

Het was in het begin van deze eeuw niet bijzonder gunstig gesteld met de kennis van de Nederlandse artsen inzake beroepsziekten en bedrijfshygiëne. In Engeland, Duitsland en Frankrijk, waar het industrialisatieproces on-

3 S.Sr. Coronel, *De gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid* (Haarlem 1861).

geveer een halve eeuw eerder op gang was gekomen dan in ons land, was reeds veel onderzoek verricht en bestond al een ruime hoeveelheid literatuur op dit gebied. In de dagelijkse praktijk werd door artsen in ons land geen rekening gehouden met de relatie tussen gezondheid en werk.

Onder deze omstandigheden verscheen in 1908 de *Handleiding tot de Kennis der Beroepsziekten*⁴ van de hand van Louis Heijermans, medisch adviseur van de Arbeidsinspectie. Dit boek bood als eerste een voortreffelijk overzicht van de beroepsziekten in Nederland. Tevens werden vele beroepen beschreven en hun gevaren voor de gezondheid. Heijermans was een sociaal bewogen medicus en stelde de werkgevers verantwoordelijk



Arbeiders tijdens het rubber-verwerkingsproces. Uit: David Snashall ed., *ABC of work related disorders* (Londen 1997).

voor de arbeidsomstandigheden waaronder hun arbeiders moesten werken en sprak hen daarop dan ook aan. Helaas was de belangstelling voor het boek onder de Nederlandse artsen gering, pas in 1926 mocht het een tweede druk beleven.

In 1903 werd door de Nederlandse artsenstand de besluitvorming afgerond om geen medische verklaringen af te geven voor eigen patiënten ten behoeve van de sociale verzekering. Hiermee was de zogenaamde scheiding tussen behandeling en controle een feit geworden. Een feit dat de ontwikkelingen in de sociale gezondheidszorg in ons land in belangrijke mate heeft beïnvloed en met deze scheiding van behandeling en controle onderscheidde ons land zich tevens van al onze buurlanden. De overweging van de Nederlandse artsen was dat de behandelende medicus zich onbeïnvloed door financiële belangen om de gezondheid van zijn patiënt moest kunnen bekommeren. In het buitenland werd arbeid als één van de aspecten gezien die de menselijke gezondheid konden beïnvloeden en dus onder verantwoordelijkheid van de arts viel, de consequenties voor het

4 L. Heijermans, *Handleiding tot de kennis der beroepsziekten* (Rotterdam 1908; 1e druk). Een 2e druk in twee delen verscheen in 1926 bij dezelfde uitgever.

inkomen werden als secundair beschouwd. De Nederlandse opstelling was de reden voor het ontstaan van een typisch Nederlandse geneeskundig specialist, de verzekeringsgeneeskundige, die de taak had de claim van de patiënt op ziekengeld te beoordelen. Ook nu nog, ja wellicht nog in versterkte mate na de wijziging van de sociale wetgeving in de afgelopen jaren waarbij het risico van ziekteverzuim kwam te liggen bij de werkgever (in plaats van bij het collectief), heeft de idee van de scheiding tussen behandeling en controle een belemmerend effect op de communicatie tussen bedrijfsartsen (die na 1994 de ziekteverzuimbegeleiding uitvoeren) en behandelend artsen, die zich distantiëren van overwegingen die financiële gevolgen kunnen hebben voor hun patiënten.

In de twintiger jaren was de industrie nog zo afhankelijk van de menselijke arbeidsfactor dat ziekte onder de arbeiders de continuïteit van het productieproces sterk kon beïnvloeden. Dit was één van de redenen die Anton Frederik Philips bewoog om in 1928 G.C.E. Burger als bedrijfsarts aan te stellen in dienst van het bedrijf. Al eerder waren er fabrieksartsen geweest die op contractbasis geneeskundige diensten verrichtten voor bedrijven. Burger was echter de eerste full-time arts in dienst van een bedrijf. Burger was van oorsprong fysioloog en deze achtergrond had grote invloed op zijn werk. Hij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke ontwikkeling van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland, waarbij de arbeidsfysiologie zijn belangstelling in het bijzonder had. De bedrijfsgezondheidszorg had in deze tijd nog een sterk klinisch karakter. Zo waren opsporing en bestrijding van tuberculose door middel van röntgenfotografie en het behandelen van bedrijfsongevallen belangrijke activiteiten. In deze tijd waren het dan ook vaak oud-huisartsen die de functie van bedrijfsarts uitoefenden.

Menselijk welzijn centraal (1945-1994)

Na de oorlog werd de door Burger ontwikkelde methode van tuberculosebestrijding overgenomen door consultatiebureaus. Hierdoor trad een accentverschuiving op in het werk van de bedrijfsgeneeskundige diensten. De mogelijkheid om premiereductie op de ongevalspremie te krijgen indien het bedrijf over een adequate ongevalsbehandeling beschikte bleek een stimulans te zijn voor het in diverse regio's oprichten van bedrijfsgeneeskundige diensten door een aantal ondernemingen gezamenlijk. Na de röntgenkamer werd in de eerste jaren na de oorlog de behandelkamer

het centrum van de bedrijfsgeneeskundige diensten.

In 1946 organiseerden de bedrijfsartsen zich in een werkgroep binnen de Algemene Nederlandse Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen. Uit deze werkgroep ontstond later de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Deze werkgroep ijverde voor wettelijke erkenning en vastlegging van taken en werkwijze van de bedrijfsarts. In 1959 werd dit gerealiseerd in de Wet op de Bedrijfsgezondheidsdiensten. Tevens legde deze wet aan bedrijven met meer dan 750 werknemers de verplichting op arbeidsgeneeskundige zorg te organiseren. In dat jaar werd ook Burger als eerste hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde benoemd aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam en werd het Coronellaboratorium voor wetenschappelijk onderzoek op dit vakgebied opgericht.

In de jaren zestig groeide de aandacht voor ergonomie en de visie dat het werk aangepast moest worden aan de mens en niet andersom. Ook kreeg men in die tijd geleidelijk meer aandacht voor psychische invloeden van het werk op de gezondheid. Systematische inventarisatie van deze psychische factoren vond plaats in het kader van het zogenaamde COPIH-Onderzoek (Commissie Onderzoek en Preventie Ischaemische Hartziekten), een tienjarig onderzoek naar hart- en vaatziekten. Dit onderzoek, gericht op het voorkomen van hart- en vaatziekten, werd periodiek uitgevoerd bij werkenden boven de 35 jaar en is de voorloper van het latere periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek, gericht op groepsgewijze preventie en verbetering van arbeidsomstandigheden.

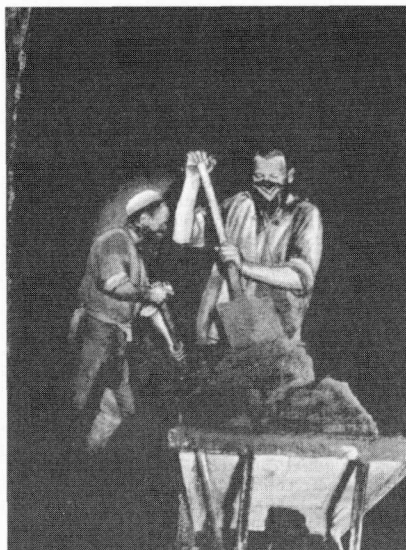
Een belangrijke ontwikkeling in het begin van de jaren zeventig is geweest het initiatief van werkgevers en werknemers in de bouwnijverheid om voor alle 300.000 werknemers in deze sector bedrijfsgezondheidszorg te organiseren middels een collectief contract met de regionale gezamenlijke bedrijfsgezondheidsdiensten. Dit is de aanzet geweest tot de vereniging van deze diensten in de Federatie van Arbo- en Bedrijfsgezondheidsdiensten (de latere ArboUnie).

De visie in de jaren zeventig was dat bedrijfsgezondheidsdiensten een duidelijk non-profit karakter dienden te hebben en de overheid verplichtte de gezamenlijke diensten tot een paritaire bestuursvorm, waarin zowel werkgevers als werknemers vertegenwoordigd waren. Een situatie die twintig jaar later volledig veranderd zou zijn.

Door veranderingen in de maatschappij, zoals bijvoorbeeld het democratiseringsproces binnen ondernemingen en de groei van de ter-

tiaire sector (dienstverlening) van de arbeidsmarkt veranderde ook het karakter van de bedrijfsgezondheidszorg. Binnen de bedrijfsgezondheidszorg kwam er meer belangstelling voor organisatiegerichte advisering. Het taakgebied van de bedrijfsgezondheidszorg werd sterk verbreed door de technologische vooruitgang en toenemende complexiteit van organisaties. Dit bracht nieuwe taakvelden voor de bedrijfsgezondheidszorg met zich mee zoals beeldschermproblematiek, stress en binnenklimaatbeheersing. Nieuwe disciplines, zoals de arbeidshygiëne (vakgebied gericht op het beheersen van fysieke, chemische en biologische factoren in het werkmilieu), deden hun intrede in de bedrijfsgezondheidszorg, die tot dan toe sterk door bedrijfsartsen werd gedomineerd. De Arbeidsomstandighedenwet, die in 1981 in de Tweede Kamer (zonder tegenstemmen!) was aangenomen gaf de aanzet tot de omvorming van bedrijfsgezondheidszorg tot arbozorg, waarin veiligheidszorg, gezondheidszorg en welzijn geïntegreerd werden. Ook deze ontwikkeling droeg er toe bij dat arbozorg een multidisciplinaire aangelegenheid werd, waarin behalve bedrijfsartsen vele andere disciplines werkzaam zijn, zoals veiligheidskundigen, arbeids- en organisatiekundigen, bedrijfsverpleegkundigen, arbeidshygiënist, ergonomen en maatschappelijk werkers.

In de jaren tachtig werden diverse initiatieven genomen het instrumentarium en de methodieken van de bedrijfsgezondheidszorg op een hoger niveau te brengen. Dit leidde in 1991 uiteindelijk tot de oprichting van de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB). Ook een belangrijke ontwikkeling is de oprichting van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten in 1992. Nederland had altijd achter gelopen bij de ons omringende landen wat betreft de kennis over beroepsziekten, wat mede te maken had met het ontbreken van compensatiemaatregelen



De arbeid in de kelders van de superfosfaatfabrieken, waarbij fluorstofwatergas werd ingeademd. Uit: L. Heijermans, *Handleiding tot de Kennis der Beroepsziekten* (Rotterdam 1908).

voor de schade door beroepsziekten. Het NCvB werd mede opgericht om deze kennisachterstand te laten verdwijnen. Inmiddels zijn bedrijfsartsen sinds 1 november 1999 wettelijk verplicht beroepsziekten aan dit centrum te melden⁵.

De gestage ontwikkeling van brede arbozorg en de geleidelijke professionalisering zou echter een onverwachte wending krijgen...

Commerciële Arbodienstverlening (na 1994)

De aanleiding tot deze radicale veranderingen in de arbozorg was de maatschappelijke onrust over het toenemende WAO-volume en het hoge ziekteverzuim in ons land. De diagnose 'Nederland is ziek' werd gesteld en drastische interventies werden nodig geacht. Om de WAO-instroom een halt toe te roepen en het ziekteverzuim te reduceren werden in 1994 een aantal maatregelen genomen. Er werd een eigen risicoperiode voor de werkgever tijdens ziekteverzuim ingevoerd van 6 weken (deze werd later uitgebreid tot een jaar). De Gemeenschappelijke Medische Dienst, die voorheen adviseerde over de arbeidsongeschiktheid van werknemers, werd opgeheven en de bedrijfsverenigingen gingen de WAO-beoordelingen uitvoeren. De ziekteverzuimbegeleiding, die voorheen door de bedrijfsverenigingen werd uitgevoerd, werd een taak van de arbodiensten. De arbodiensten moesten bovendien met elkaar gaan concurreren.

Dit had een aantal gevolgen. De bedrijfsverenigingen zagen een groot deel van hun taken verschuiven naar de commerciële arbodiensten. In hoog tempo hebben de verschillende bedrijfsverenigingen vervolgens arbodiensten op de markt gezet mede om de werkgelegenheid voor hun eigen personeel te kunnen garanderen. De oude spelers in het arboveld, teweten de gezamenlijke arbodiensten, de enkelvoudige diensten (arbodiensten van grote bedrijven) en de bedrijfsgezondheidsdiensten voor het overheidspersoneel, waren niet gewend commercieel te opereren en werden plotseling geconfronteerd met de noodzaak hun interne cultuur radicaal te veranderen. Bovendien waren er nieuwkomers op de arbomarkt, die ook hun aandeel van die markt opeisten. De arbomarkt was overigens aanzienlijk groter geworden omdat de overheid iedere werkgever verplichtte arbozorg te organiseren ongeacht de grootte van het bedrijf.

5 G. van der Laan e.a., *Signaleringsrapport Beroepsziekten 1999* (Amsterdam 1999).

Men kan het nieuwe bedrijfsgezondheidszorgregime in Nederland typeren als een “geplande markt”: geen vrije markt, maar een gecreëerde markt, omdat zowel de financiële stimuli, de spelregels alsook de ruimte die marktpartijen wordt gelaten, doelbewust zijn gereguleerd met het oog op de beoogde effecten. Waar de bedrijfsgezondheidszorg tot enkele jaren geleden een typische aanbiedersmarkt was waarop de arbodiensten in hoge mate de inhoud van de dienstverlening bepaalden, is zij binnen korte tijd een afnemersmarkt geworden waarin werkgevers bepalen wat de inhoud van de dienstverlening moet zijn binnen de door de overheid vastgestelde spelregels. Werkgevers hebben ook meer belangen bij invloed op het dienstverleningspakket omdat de financiële risico’s fors zijn toegenomen⁶.

Deze omstandigheden hebben tot gevolg dat het werk van de bedrijfsarts inhoudelijk duidelijk is veranderd. Werkgevers vragen vooral naar diensten op het gebied van verzuimcontrole en –begeleiding om het financiële risico zo veel mogelijk te beperken. Dit wordt nog versterkt door een grote instroom van verzekeringsgeneeskundigen in de arbodiensten, die deze werkzaamheden van oudsher reeds uitvoerden. Deze sterke nadruk op verzuimcontrole verbeterde de relatie met de huisartsen en specialisten niet. Deze relatie werd nog meer in gevaar gebracht door het ontstaan van de zgn. tweedelijns arbozorg. Door de sterke toename van de kosten van het ziekteverzuim voor de individuele werkgevers, zocht men naar wegen om zieke werknemers zo snel mogelijk adequaat te behandelen. Behalve tot wachtlijstomzeilende initiatieven leidde deze vraag tot een enorme toename van zorgarrangementen binnen de reguliere gezondheidszorg en daarbuiten (bijvoorbeeld privé-klinieken), aangestuurd door de arbodiensten. Tussen verzekeringsmaatschappijen en arbodiensten ontstonden samenwerkingsverbanden of arbodiensten werden gewoon opgekocht door verzekeringsmaatschappijen, vanwege de belangen die bij de verzekeringsmaatschappijen waren ontstaan bij de verzekering van ziek-

6 Ontleend aan de volgende vier artikelen uit het *Handboek Bedrijfsgezondheidszorg* (zie noot 1):

- H.N. Plomp, *Regime omslag van de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland: van aanbiedersmarkt naar afnemersmarkt*, A4-1.
- H.N. Plomp, *Veranderingen binnen Arbo-diensten en de markt voor Arbo-dienstverlening*, A4-2.
- H.N. Plomp, *Veranderingen in de omgeving van Arbo-diensten: de opkomst en opstelling van marktpartijen*, A4-3.
- H.N. Plomp, *Kansen en bedreigingen voor de bedrijfsgezondheidszorg*, A4-4.

teverzuim en arbeidsongeschiktheid en de sterk toegenomen vraag naar zorgarrangementen voor werknemers.

Het moge duidelijk zijn dat de inhoud van de bedrijfsgezondheidszorg nogal wat wijzigingen heeft ondergaan tijdens de ontwikkelingsgang van fabrieksarts naar arbo-arts. De maatschappelijke ontwikkelingen hebben sterk de wijze bepaald waarop bedrijfsgezondheidszorg wordt uitgeoefend. De wijze waarop gewerkt wordt in onze samenleving is veranderd en zal in de toekomst veranderen. Dit geldt tevens voor de risico's voor de gezondheid die het werken met zich meebrengt. De bedrijfsarts is de laatste jaren in een soms lastig te hanteren veld van belangenposities terecht gekomen. Moge het leidmotief echter blijven de bescherming en bevordering van de gezondheid van de werkende mens.

HANDLEIDING TOT DE KENNIS DER BEROEPSZIEKTEN

DOOR L. HEIJERMANS, ARTS

MET EEN VOORREDE VAN
PROFESSOR DR. R. H. SALTET,
HONDERD-DERTIEN ILLUSTRATIES
NAAR FOTOGRAFIËN EN EEN WETEN-
SCHAPPELIJK ALPHABETISCH REGISTER

Het titelblad van L. Heijermans, *Handleiding tot de Kennis der Beroepsziekten* (Rotterdam 1908).