

<b>Vraag 1: Hoe kan volgens jullie het tekort aan arbeidsartsen opgelost worden?</b>	<b>Vraag 2 Hoe kunnen we het beroep van arbeidsarts aantrekkelijker maken?</b>	<b>Vraag 3 Volgens jullie, wat geeft betekenis aan het beroep van arbeidsarts en biedt een meerwaarde op het gebied van preventie?</b>
betere verloning	Praktijk/opleiding	Staatsfunctionarissen met overheidspensioen
<p>Door de periodieke onderzoeken ofwel af te schaffen, ofwel over te laten aan arbeidsverpleegkundigen. De arbeidsverpleegkundigen kunnen desgewenst (op basis van de bevindingen doorverwijzen naar de arbeidsarts of behandelend arts, bv hoge bloeddruk om privéredenen). Meer video-consultatie.</p>	<p>Is reeds aantrekkelijk; wel meer promoten bij 5<sup>de</sup> en 6<sup>de</sup>-jaars studenten geneeskunde (op de universiteiten/stages 14 dagen bij EDPB)</p>	<p>Detectie van /vermoeden van /doorverwijzen naar behandelend arts. Opvolging moet ook door onze diensten kunnen.</p>
<p>1. Het tekort aan arbeidsartsen is deel van het algemeen tekort aan geneesheren, en kadert hoofdzakelijk in een verschuiving in de manier waarop jongeren naar het beroep kijken. Steeds minder een roeping, steeds meer een echt beroep. De vervrouwelijking zorgt er dan ook nog voor dat de overgrote meerderheid veel minder uren presteert. Op zich is deze evolutie toe te juichen, maar het betekent wel dat men niet zomaar een blik arbeidsartsen zalkunnen opentrekken. De ervaring van de laatste 10 jaar leert dat charmeoffensieven bij</p>	<p>Deze inhoudelijke wijziging is al een belangrijke stap om het beroep aantrekkelijker te maken. Daarnaast is het belangrijk om na te denken hoe de arts meer inspraak kan hebben op zijn agenda. Ik denk aan multidisciplinaire teams die een mix van grote bedrijven, KMO's en contacten met sociale partners en mutualiteiten onderhouden. Verloningspakketten zijn nu al competitief en verbetering van verloning zou eventueel kunnen gelinkt worden aan een resultaatsverbintenis.</p>	<p>Wat mij altijd de belangrijkste driver voor de arbeidsarts bleek is de tevredenheid van de cliënt, en dit geldt ook als men een negatieve boodschap moest brengen. Dit wordt aanvaard als men het goed beargumenteerd. Daarnaast is ook de tevredenheid van de individuele werknemer belangrijk in de contacten die de Franstaligen zo prachtig "Le colloque singulier" noemen. Een meerwaarde voor de preventie die sinds de invoering van de multidisciplinariteit wel verloren dreigt te gaan, is de kennis van de arbeidsarts en zijn ervaring betreffende de arbeidskosten, vooral in de KMO's</p>

<p>laatstejaars en beginnende assistenten slechtseen beperkt effect oplevert.</p> <p>De oplossingen moeten dan ook gezocht worden in het verstandig inzetten van deschaarse middelen.</p> <p>Re-integratie van werknemers moet een hoofdtaak worden, maar dan in een meer flexibele arbeidsmarkt, zodat verder kan gekeken worden dan het bedrijf waar de werknemer werkt alleen. De medische expertise van de arbeidsarts, en zijn kennis van de werkposten gaan hier het best renderen</p> <p>Jaarlijks, of zelfs tweejaarlijks gezondheidstoezicht moet door verpleegkundigen worden uitgevoerd. De arbeidsarts kan hier resultaten screenen, en gericht bepaalde werknemers uitnodigen. Hierkan de preventieve opdracht ten volle worden uitgeoefend.</p>		<p>Ik pleit voor de invoering van stages tijdens de opleiding waar op een intensieve manier voor al KMO's kunnen worden bezocht</p>
<p>Afschaffen van de periodieke medisch onderzoeken uitgevoerd door de arbeidsarts... Dit kan, mits opleiding en goede leidraad, perfect worden uitgevoerd door verpleegkundigen die enkel werknemers naar ons doorverwijzen indien nodig. Zo hebben arbeidsartsen meer tijd om te investeren in speciale onderzoeken, bedrijfsbezoeken, ...</p>	<p>Zie vorige vraag. Het uitvoeren van periodieke medische onderzoeken is voor heel veel collega-artsen saai, nutteloos, routine, ... Andere artsen denken vaak dat dat het enige is dat wij doen en zelfs als dat het grootste gedeelte is van ons werk, is dat voor heel veel artsen/studenten erg onaantrekkelijk. Dus: afschaffen van periodieke onderzoeken door de arbeidsarts! Tijdens de opleiding geneeskunde wordt er slechts kort aandacht besteed aan arbeidsgeneeskunde Dat kan</p>	<p>Een belangrijke maatschappelijke rol: zorgen dat langdurig zieken weer aan het werk kunnen gaan. Jebent de schakel tussen de (zieke) werknemer en de werkgever. Dit op individueel vlak (speciale onderzoeken, sociaal medische teams). Op collectief vlak maak je de werkgever meer bewust van het belang van welzijn op het werk en preventie, waardoor werknemers gelukkiger aan het werk kunnen zijn. Beter in hun vel zitten, minder ziek vallen.</p>

	<p>aantrekkelijker gemaakt worden. Aangeven wat de specialisatie arbeidsgeneeskunde inhoudt (wel degelijk vakken/kennis die andere artsen NIET hebben, zoals chemische agentia, ergonomie ed). Aangeven wat het werk precies inhoudt (GEEN periodieke onderzoeken meer. Begeleiden van langdurig zieken naar de werkvloer, speciale onderzoeken, sociaal medische teams, bedrijfsbezoeken, enz.) Benadrukken wat het beroep aantrekkelijk maakt (aan het werk als bediende is mogelijk, geen wachten, multidisciplinair werken, ...)</p>	
<p>Dit wordt reeds voor een stuk opgevangen door de verpleegsters niveau 2 De discipline is nog altijd weinig gekend. Tijdens de cursus geneeskunde meer publiciteit maken voor deze discipline. Periodieke onderzoeken zijn zeer tijdrovend, maar zijn voor werkgevers nochtans een prioriteit in vergelijking met werkplaatsbezoeken. De interessante sociale aspecten in de verf zetten ) vaste-deeltijdse uurroosters.... De bezoldiging speelt ongetwijfeld ook mee vooral voor de erkende artsen IS waarvan ik deel uitmaak en waaraan nog een groter tekort is...</p>	<p>RIZIV-nummer behouden dat toelaat om terugbetaalde geneesmiddelen of technische handelingen voor te schrijven (zelfs al is dat in de praktijk van de arbeidsgeneeskunde zinloos).</p>	<p>In mijn geval, het primordiale aspect preventie tegenover de opsporing van grote chronische pathologieën: diabetes-hoge bloeddruk, ... In zeldzamere gevallen opsporen van kanker. Werkplaatsbezoeken: essentieel voor de preventie van MSA. Enorme kost aan verloren werkdagen. Grote meerwaarde voor de vaccinatiecampaagnes griep/covid. Ik heb alles geregeld voor mijn bedrijf dat nochtans een ziekenhuis is... Bezoek van AA nagenoeg verplicht voor het opsporen van 'onwelzijn' op het werk en op dat vlak ziet de werkgever vooral de AA als een meerwaarde, meer dan een verpleegster bijvoorbeeld. De AA vormt de schakel naar werkhervatting en is daarom maatschappelijk onmisbaar.</p>

<p>Maak het beroep aantrekkelijk</p>	<p>Versterk het inhoudelijke : wettelijk kader 21<sup>e</sup>-eeuws maken, plaats van arbeidsarts in gezondheidszorg verduidelijken en bekend maken, minder screening meer preventie en problem solving</p>	<p>Arbeidsarts is combinatie kennis van mens en kennis van risico's op het werk, kennis van belastbaarheid en belasting. Gezond werk maakt de mens gelukkig. Welzijn, gezondheid, werk en preventie zijn ondeelbaar. Homogeen pakket nodig met verschillende actoren als teamspelers. Welzijn op het werk moet samen met Gezondheidszorg naar de deelstaten voor een performant beleid.</p>
<p>IN eerste instantie moet het beroep aantrekkelijker worden voorgesteld in de media. Ik zou ook pleiten voor een betere verloning : wij zijn ook specialisten in ons vakgebied , wij hebben ook een lange opleiding achter de rug : wij worden hier echter niet genoeg voor betaald ivg met andere specialisaties. Alder verloning beter wordt, geloof ik ongetwijfeld dat er meer collega's op af zullen komen, maar wie zal dat willen betalen ?</p>		<p>Wij hebben een heel belangrijke impact op preventie, gezien we heel veel werknemers zien , wij doen soms ook op vraag van bedrijven aan check-up onderzoeken wij hebben hier een leidende rol. Ook bij de periodieke onderzoeken doen wij aan preventie : wij stellen regelmatig diabetes, hypertensie als eerste vast en geven dan ook doorverwijzingen en gezondheidsadviezen, ook bij onze bedrijfsbezoeken werken wij preventief en kunnen werkgevers sensibiliseren om het beter te doen.</p>
	<p><b>Wetgever</b> Als AA hebben we adviesbevoegdheid, ons meer beslissingsbevoegdheid bieden. Soms frustrerend als AA dat we niet meer " kunnen bekomen" ifv. de goodwill van de werkgever. Binnen het preventielandschap : duidelijkere jobomschrijving: de CODEX formuleert wat er moet bereikt worden, maar gewoonlijk in gestandaardiseerde omschrijvingen,</p>	

niet altijd voldoende concreet en realistisch..

Tot op heden nog verschillende externe diensten, elk met hun eigenaanpak – op de markt zoveel mogelijk klanten werven.

Waarom niet één preventiedienst??

Voor de werkgevers zou het wellicht makkelijker worden : openbare aanbestedingen etc... kosten tijd en geld.

Teveel marketing ten koste van de efficiënte ondersteuning.

De verloning van AA is veel te klein. Studenten haken af voor deze keuze omdat men na 7 jaar unief maar een mager loontje krijgt.

**Opleiding – universiteiten.** Binnen de opleiding geneeskunde de specialiteit arbeidsgeneeskunde van meet af aan meenemen in de

opleiding . Als men pas op einde van de opleiding weet dat arbeidsgeneeskunde ook bestaat, dan is men te laat.

Meer actuele opleiding afgestemd op de problematieken van deze eeuw .

Belang van individuele en collectieve preventie met opleiding door “ lesgevers” die over de nodige competenties beschikken Wetenschappelijk onderzoek vanuit het werkveld van de AA.

	<p><b>Werkgevers</b>  Zij mogen de AA niet langer als een noodzakelijke verplichting beschouwen, maar naar ons kijken als een essentiële partner om binnen hun organisatie een preventiecultuur te installeren. Samen met onze collega's niet-medische preventie, maken wij het verschil : vanuit totaal aanpak collectieve en individuele preventie aanpakken wat bijdraagt aan de stabiliteit van de organisatie (ziekteverzuim, wedertewerkstelling,...). Ze betrekken in de opleiding, aanpassing wetgeving, ... Overleg met de beroepsorganisatie van de externe diensten. Vretrekken vanop het werkveld : watzijn noden, hulpvragen,...</p>	
<p>Er is maar een relatief tekort aan arbeidsartsen: we zijn niet met te weinig, we hebben te veel taken. Taken die ook door anderen kunnen gedaan worden of die gewoonweg kunnen wegvallen. Er is een algemeen tekort aan artsen in ons land, en dus zal het aantrekken van nog meer artsen vanuit de curatieve sector geen oplossing bieden. Waar moet aan gedacht worden is de verdere vermindering van de geldigheidsduur van de periodieke onderzoeken naar 3 of zelfs 5 jaar. De arbeidsarts bouwt zijn</p>	<p>Het beroep heeft al heel wat voordelen: lonen, werkuren.. De zingeving/meerwaarde blijft wel een aandachtspunt. Dit vooral om jongeren collega's aan te trekken. Daarom moet nu de basis gelegd worden voor de opvolging van arbeidsongeschikte werknemers door de arbeidsarts</p>	<p>De arbeidsarts moet een vertrouwenspersoon zijn voor de werknemers. Dit bepaalt de unieke plaats van onze discipline binnen het preventiegebied. En daarnaast, zoals boven aangehaald, werken op zingeving en efficiëntie (vermindering, maar niet afschaffing van de routine)</p>

<p>geloofwaardigheid wel op vanuit het contact met de werknemer: hij moet daarvoor ook wel die periodieke onderzoeken blijven doen; maar minder frequent</p>		
<p>meer aandacht geven in het medisch curriculum. Duidelijke communicatie naar werkgevers en werknemers over de rol van de arbeidsarts binnen het ziekteverzuim;</p>	<p>meer beslissingsbevoegdheid geven en meer tools om werknemers te begeleiden en werkgevers tot actie te dwingen;</p> <p>Veel betere samenwerking in het veld. Vooral de communicatie met de mutualiteiten moet beter.</p> <p>Nu wordt door de mutualiteiten een progressieve werkhervatting steeds voor 1 jaar goedgekeurd, terwijl 3 maanden meer reëel is (met eventueel een optie om voor maximaal 3 maanden te verlengen). Doel van progressieve werkhervatting moet zijn: langzame opbouw naar fulltime werken. Anders is het geen progressieve werkhervatting, maar een manier om parttime te werken met een (soms meer) dan fulltime inkomen.</p> <p>Dit laatste moet tevens aangepakt worden. Het is niet te verkopen dat gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers die parttime werken</p>	<p>werknemers zo lang en zo gezond mogelijk voor de arbeidsmarkt te behouden. Begeleiding starten binnen 2-3 weken na 1<sup>e</sup> ziektedag.</p>

	meer verdienen dan wanneer zij fulltime zouden werken.	
	<p>De miskening van het beroep in de universitaire cursus.</p> <p>De voordelen van het statuut meer in de verf zetten – meer bepaald in het licht van het huidige streven naar een beter evenwicht werk/gezinsleven:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmatige werkuren tijdens de dag</li> <li>• Geen wachtdiensten</li> <li>• Geen levensnoodzakelijke spoedhulp</li> <li>• Redelijke werkdruk in vergelijking met sommige medische sectoren.</li> </ul> <p>Aantrekkelijkheid verbeteren door:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loonsverhoging</li> <li>• Meer autonomie en beheer van planning</li> <li>• Minder nadruk op rendabiliteit; minder commerciële druk</li> </ul>	<p>Informatieve rol voor de werknemers (die soms niet medisch worden opgevolgd) en voor de werkgevers (gezondheidsadviezen) handhaven. Daarentegen wordt te weinig samengewerkt tussen de diverse actoren inzake re-integratie van langdurig zieke werknemers..</p>
<p>Beroep interessanter maken om meer collega's te vinden. Zie ook punt 2 infra. De huidige oplossing voor het verminderen van de onderzoeken, namelijk met verpleegkundigen en het tussentijds onderzoek, is deels een oplossing (m.i. een tijdelijke oplossing). Maar we mogen niet uit het oog verliezen dat regelmatig contact tussen de arbeidsarts en de werknemers wel</p>	<p>EDPBW's moeten focussen op arbeidsgeneeskunde en de preventietakken, de samenhang van de laatste decennia tussen sociale secretariaten en EDPBW's is eigenlijk ongezond en creëert te veel verwevenheid met de "klanten" (bedrijven) → impliciete druk op ons om "niet te lastig te doen". Dit terwijl</p>	<p>Als werkgevers willen luisteren dan is er veel meerwaarde aan preventie. Wij kunnen breed advies geven, een aanspreekpunt zijn voor werknemers op verschillende vlakken, het aantal ziekte-afwezigheden reduceren door de werkgever te helpen met een humaner beleid of infrastructuur opzetten etc. Uiteindelijk is de werknemer onze "patiënt" en staat zijn/haar belang centraal. Dat is wat ons beroep betekent: de werkgever de nodige info en richtlijnen</p>



een belangrijk drempelverlagend gebeuren is. Het is dankzij deze regelmatige contacten dat zaken naar boven komen. Sommige EDPBW zetten dubbele circuits of enkel VPK in, en het nadeel is dat dit zal leiden tot "1<sup>e</sup> klas" arbeidsgeneeskunde bij bedrijven die geld op tafel leggen om de arts meer te boeken, en 2<sup>e</sup> klas of zelfs onbestaande arbeidsgeneeskunde bij de KMO's en bedrijven die er hun broek graag aan vegen. Als er taken gedelegeerd worden dan moet erook regelmatig overleg zijn tussen de gedelegeerde en degene wiens taken die deels overneemt, dit vergt ook tijd...

een groot deel van ons werk juist is om die bedrijven te confronteren met zaken die beter kunnen, of hen dat uitkomt of niet. "Salesdiensten" zijn de grootste vloek voor sectoren zoals preventie, arbeidsgeneeskunde en gezondheidszorg. Dit zijn meer basisvoorzieningen dan een of ander "product" dat "verkocht" moet worden door mensen die geen fluit verstand hebben van onze missie. De complexe wetgeving rond re-integraties en het gerommel daarmee heeft ons beroep geen deugd gedaan. Wat stabiliteit zou handig zijn. Op de duur wordt het heel lastig om die procedure uitgelegd te krijgen aan werknemers en werkgevers. Ook: het voornaamste dat werkgevers willen doen met re-integraties is werknemers goedkoop buiten krijgen. Gelukkig zou die situatie nu beter zijn met de nieuwste aanpassingen in de wet (hoop ik). Een beetje meer appreciatie voor onze kennis, die minder gespecialiseerd is maar toch vrij breed (ergonomie, arbeidshygiëne etc. en de link met gezondheid) zou tof zijn, ipv. ons te reduceren tot een soort re-integratiemachines. Trouwens: veel geluk om een RIT te

geven om diens beleid te verbeteren voor de werknemers op vlak van mentale en fysieke gezondheid. En verder de werknemers bijstaan met raad en de facto beschermen met onder andere onze beslissingen geschiktheid (en niet de "goesting van de klant/werkgever" volgen). Wij worden ook heel vaak met werknemers in een zwakke maatschappelijke positie geconfronteerd, voorwie wij de enige arts zijn die zij kennen. Het is vaak onder onze druk dat dergelijke werknemers met medische problematiek zich uiteindelijk gaan aanmelden bij een behandelend arts. Als je al deze zaken samen telt dan zie je dat er een belangrijke invloed kan uitgeoefend worden via de preventiesector op de hele maatschappij. Op vlak van bijsturen van werkgevers + een soort vangnet voorzien voor werknemers in een zwakke positie, en dat zijn er meer en meer cf. de huidige omstandigheden.

	<p>laten slagen als de werkgever vanaf dag 1 al zegt “lukt niet”. Ook: veel geluk om bv een werkpostanalyse proberen op poten te zetten voor de re-integratie van een werknemer bij een firma zonder luxecontract bij de EDPBW. Nogmaals: allemaal mooi op papier...</p> <p>Bezoeken aan bedrijven door de arbeidsarts, ook aan KMO's, blijven belangrijk zodat de arbeidsarts praktische expertise blijft onderhouden. Dit is zo belangrijk om bv. advies te kunnen geven voor de risico's verbonden aan werkposten. Het hangt allemaal samen: om dit 100% af te staan aan niv II's is een ramp, geef als beginnend arbeidsarts maar eens advies over de risico's van bepaalde soorten werk, puur op basis van een of ander “standaardsjabloon” met risico's. Je moet dat toch allemaal eens zelf gezien hebben om er een goed beeld van te hebben.</p>	
<p>Sinds de invoering van het ingangsexamen geneeskunde in Vlaanderen is het aantal stelselmatig gezakt. De beperking op het aantal uitstromende artsen maakt dat er minder afstuderende artsen belanden in de sociaal-geneeskundige sector. Ik vermoed dat een student die momenteel aan de opleiding geneeskunde begint veel meer kans maakt oman het einde van de opleiding door te</p>	<p>Als bedrijfsarts krijg je opleiding over chemische agentia, risicoanalyses, ergonomie, fysiologie, industriële hygiëne, enz. en de job is pas aantrekkelijk als deze kennis ook in de praktijk kan worden omgezet. Het interessante aan de job is de betrokkenheid bij een bedrijf en vaststellen dat adviezen ook in de</p>	<p>Als bedrijfsarts die deel is van een IDPBW zijn wij eenessentiële schakel in de beoordeling van risico- analyses, de organisatie van biologische monitoring, de organisatie van industriële hygiëne. We beslissen mee over de chemische agentia die mogen worden ingezet en de manier waarop er mee mag worden gewerkt.</p> <p>We verhinderen dat veiligheidsfuncties of waakzaamheidsfuncties zouden worden uitgevoerd</p>

stromen naar een klinisch specialisme, dandadit 20 jaar geleden het geval was. Bovendien werd (en misschien wordt ?) in de basisopleiding van artsen zeer weinig aandacht aan arbeidsgeneeskunde gespendeerd. Onbekend maakt onbemind, wat wel vaak eens blijkt wanneer we ten onrechte door collega's uit andere vakgebieden worden aanschouwd als de mensen die zich bezig houden met controle-geneeskunde en niet arbeidsgeneeskunde. Het vooruitzicht om 4 jaar te spenderen aan een MaNaMa opleiding, terwijl de inhoud van de job op voorhand een groot vraagteken is, zal voor velen weinig uitnodigend zijn. Naast de zuiver klinische specialisme zou ook het bestaan van de maatschappelijke gezondheidszorg de nodige aandacht moeten krijgen in de opleiding.

praktijk tot verbeteringen leiden op de werkvloer. Tijdens een kortstondige passage bij een EDPBW voelde ik me eerder gereduceerd tot uitvoerder van routineuze klinische onderzoeken en producent van pro-forma verslagen van bedrijfsbezoeken. Bij een IDPBW heb ik dit altijd anders ervaren en is het gezondheidstoezicht ook een manier om een vinger aan de pols te houden van wat leeft in het bedrijf. Je scheidt een vertrouwensband met de medewerkers, maar die kans pas ontstaat als er enige continuïteit is in de artsen die moeten instaan voor het gezondheidstoezicht. Een jaarlijkse wissel van de wacht laat dit niet toe. Er moet dus gezorgd worden voor een goed evenwicht tussen het afwerken van consultaties en andere taken die ook van meerwaarde kunnen zijn voor het bedrijf, zoals bijvoorbeeld ergonomische adviezen, biologische monitoring... Het is ook aan de bedrijfsartsen om te zorgen dat klachten die medewerkers rapporteren opgevolgd worden en geen dode letter blijven in een dossier.

door personen die om medische redenen een gevaar zouden kunnen betekenen voor hun collega's. Onze onafhankelijkheid laat ons toe onverbloemd en objectief uitspraken te doen over blootstellingen en gevaren op de arbeidsplaats die niet acceptabel zijn. Anderzijds kan het advies van de bedrijfsarts de sociale vrede soms helpen bewaren, bv wanneer al dan niet terecht ongerustheid ontstaat onder de medewerkers over hun gezondheid. De bedrijfsarts beschikt over een unieke kennis en zicht op wat leeft op de werkvloer en de informatie die we verzamelen is vaak van belang voor het behouden van de begeerde "license to operate" We genieten het vertrouwen van onze medewerkers en er wordt naar ons advies gekeken bij dossiers van medewerkers die te kampen krijgen met chronische aandoeningen, psychosociale problemen, invaliditeit,...

	<p>Wat voor mezelf persoonlijk een verschil maakt is toch het onderhouden van enkele klinische vaardigheden. Bij een EDPBW kreeg ik het gevoel weinig of niets meer te doen met deze kennis, bij een IDPBW wordt echter op de medische dienst gerekend bij arbeidsongevallen of acute ziekte en moeten we dus op de hoogte blijven van wat urgentiegeneeskunde en wondzorg betreft.</p>	
<p>Tijdens de basis opleiding een stage bij arbeidsgeneeskundige dienst inlassen</p>	/	<p>Een arbeidsarts die verbonden is aan een bedrijf kan zich verdienstelijk maken in de medisch gerelateerde communicatie tussen werknemer, werkgever en preventiedienst. Hij draagt bij aan de preventie ,individueel op niveau van de werknemer en collectief op niveau van de werkgever . Hij werkt in een team en kan op elk niveau beroep doen op expertise</p>
<p>Beroep aantrekkelijker maken: beter loon, minder zware opleiding</p>	<p>Beter loon, klaar en duidelijk takenpakket</p>	<p>Kennis van werkpost en werknemer, kennis van potentiële gevaren voor gezondheid</p>
<p>De grootste reden dat er te weinig arbeidsartsen zijn, is omdat er jaarlijks te weinig basisartsen zich kandidaat stellen voordat specialisme. Een van de belangrijkste redenen is dat het specialisme arbeidsgeneeskunde onder de andere artsen en geneeskundestudenten te weinig gekend is. Als je willekeurig aan een arts-specialist of geneeskunde student zou vragen wat een arbeidsarts is of doet, zullen slechts weinigen</p>	<p>Het beroep op zich is al redelijk aantrekkelijk. Het is een gevarieerde job waarbij in tegenstelling tot andere specialismen een goede werk-privé balans mogelijk is. Deeltijds werken is ook mogelijk.</p> <p>De job zou nog aantrekkelijker gemaakt kunnen worden door naar een betere job inhoudelijke balans te</p>	<p>Een arbeidsarts is in mijn ogen de coördinator van alle aspecten binnen het preventieel van een bedrijf of specifieke werkomgeving. Hij/zij is ook het aanspreekpunt voor specifieke adviezen en kennis en is daarmee ook preventieconsulent.</p> <p>De periodieke medische onderzoeken geven essentiële info aan de arbeidsarts op wat er bij de werknemers op de werkvloer speelt en is belangrijk voor de werknemers dat ze weten wie hun arbeidsartsen aanspreekpunt zijn voor werk gerelateerde</p>

een correct antwoord hierop kunnen geven. Het begint dus al bij de bekendheid van het beroep. De laatste jaren zijn we meer in beeld gekomen dankzij de aanpak van de covid pandemie, maar dit is slechts van tijdelijke aard. Er dient naar mijn mening een proactieve bekendheids campagne gevoerd te worden over wat de arbeidsarts dagelijks uitvoert, wat zijn kerntaken zijn en aan welke arbeidsvoorwaarden een arbeidsarts werkt. Dit kan door mediacampagnes, actieve infosessies in universiteiten, meer stages en informatie tijdens de basisopleiding geneeskunde. Indien er al meer kennis over het beroep is onder de andere artsen en geneeskundestudenten, kunnen we al een deel van potentiële kandidaten arbeidsartsen bereiken. Tevens is een bekendheid van het beroep (verschil tussen huisarts, verzekeringsarts, adviserend arts) bij het grote publiek van belang om de bekendheid en het imago van de arbeidsarts in de maatschappij te verbeteren.

Een tweede belangrijk punt is dat de opleiding tot geaccrediteerd arbeidsarts zeer lang is. Men moet een 2-jarige master-na-master arbeidsgeneeskunde volgen en daaropvolgend een 2-jarige officiële stage. Naar mijn mening kan deze officiële stage periode met een jaar ingekort worden, aangezien de arbeidsarts meestal al deeltijds bij een externe dienst aan het werk is sinds

streven tussen het periodiek medisch toezicht, werkhervatting en re-integratieonderzoeken en het adviseren van werkgevers over diverse medisch gerelateerde onderwerpen. De laatste jaren is er een wettelijke trend waarbij de arbeidsarts minder periodiek medisch toezicht doet, meer werkhervattingen en re-integratietrajecten en beperkt nog zelf adviezen geeft over aspecten rond veiligheid, ergonomie en psychosociaal welzijn. Het eenzijdiger maken van de taken van de arbeidsarts tot een re-integratiespecialist, zou kunnen leiden tot een uitholling van het vakgebied. Vooral in externe diensten zien we deze beweging waarbij de periodieke medische onderzoeken door arbeidsverpleegkundigen worden uitgevoerd en de adviezen door de deelspecialisten worden gegeven.

problematiek. Voor werkgevers is de arbeidsarts een partner om werkpraktijken op vlak van veiligheid en preventie te verbeteren. Ook ter preventie van ziekteverzuim en het succesvol re-integreren van zieke werknemers. Door deze centrale rol te behartigen binnen het preventieluik heeft de arbeidsarts een belangrijke rol binnen iedere onderneming.

<p>het begin van de ma-na-ma. Door de inkorting van het traject kan de drempel tot instroom in deze relatief lange specialisatie verlaagd worden.</p>		
	<p>Ik zou graag enkele ideeën willen vooropstellen om het beroep van een AA aantrekkelijker en hopelijk ook waardevoller te maken.</p> <p>Een AA is volgens mij belast met de evaluatie van mogelijke schadelijke blootstellingen tijdens de uitoefening van het werk van de WN en zou vooral schade aan iemands gezondheid moeten voorkomen.</p> <p>Hiervoor de AA informatie nodig over de risico's waaraan iemand is blootgesteld, de specifieke kwetsbaarheid van deze WN, de genomen beschermingsmaatregelen en de ontstane klachten na de blootstelling. Het klinisch onderzoek dient om uit te sluiten of er ergens schade kan opgemeten worden die al dan niet door de WN gerapporteerd wordt.</p> <p>Momenteel realiseren we het periodieke medische toezicht op een eerder 'reactieve manier'. Het fysieke onderzoek vindt plaats tezamen met de bevraging/anamnese en nadien wordt er verder met de gegevens aan de slag gegaan, en dit is mijns inziens niet steeds nodig en maakt dat we vaak 'reactief' zijn ipv pro-actief. We analyseren de data immers nadat het medisch toezicht heeft plaatsgevonden, en baseren ons hiervoor op de ganse onderzochte populatie in een bedrijf. Pas nadien gaan we tot actie over om maatregelen voor te stellen.</p> <p>Ik meen dat een meer proactieve aanpak wenselijker is waarbij men in eerste instantie een gezondheidsscreening (aan de hand van een bevraging over de risico's en de gezondheidsklachten van de onderworpen medewerker) een globaal beeld krijgt van de blootstellingen en de gezondheidsklachten in een bedrijf. Dit als een vorm van start-evaluatie die men op geregelde tijdstippen zou dienen te herhalen. Men zou zo voorafgaand aan het medisch toezicht toch al een heleboel informatie kunnen verzamelen, dewelke al tot bepaalde acties zou kunnen leiden en dewelke niet steeds door de AA moeten opgenomen worden. Dit veronderstelt uiteraard wel een</p>	

multidisciplinaire samenwerking binnen de EDPBW's.

Indien we vertrekken van gestandaardiseerde vragenlijsten 'per sector' – en dit over de verschillende EDPBW's heen, dan zouden we de werknemers zelf kunnen bevragen over de aard van de risico's die zij op het werk 'ondergaan', de genomen beschermingsmaatregelen en de klachten die hieruit resulteren en dit zelfs voordat zij op medisch onderzoek komen. Aan de hand van een analyse van deze data zouden we 'bedrijven at risk' en 'WNs at risk' kunnen definiëren, waarna men bij een EDPBW al een eerste set van acties zou kunnen opzetten in functie van de gerapporteerde problemen. Bv. evaluatie ergonomie, metingen... in samenspraak met de WG.

Het PMO zou daarna kunnen ingepland worden en verder uitgevoerd worden door getrainde VPK die vervolgens de onderzoeken in het kader van de risico's uitvoeren die de AA slechts invoeren bij problemen die nader bekeken moeten worden. Het PMO onderzoek wordt dan een fysieke screening in navolging van de eerdere bevraging en deze moet niet steeds door de AA zelf uitgevoerd worden, tenzij in specifieke situaties (kwetsbare medewerkers, en dergelijke...). De resultaten van deze fysieke 'screening' zouden dan gekoppeld moeten worden aan de resultaten van de bevraging en 'discrepancies' zouden moeten bekeken worden.

Dit om het tekort aan AA's op te vangen en hen in te zetten voor de taken waar zij effectief een meerwaarde kunnen realiseren. Verder maakt het de job mogelijk ook interessanter omdat de data waar men werkt ook meer up to date en breder zijn. We leven immers in een gedigitaliseerde wereld en het verzamelen van gegevens zou eigenlijk een pak efficiënter kunnen.

Nu stoppen we immers heel veel informatie in onze systemen maar doen we er vaak te weinig mee, dat is althans mijn bescheiden visie.

	<p>Wetende dat er slechts een beperkt aantal ongeschiktheden voortvloeien uit onze PMO onderzoeken, meen ik dat er op deze manier wel wat tijd vrij komt bij de AA om zich bezig te houden met het opstellen van de nodige adviezen en de meer gespecialiseerde onderzoeken.</p> <p>Verder denk ik dat het uniformiseren van een aanpak over de verschillende EDPBW's er ook kan toe leiden dat de opvolging van een WN doorheen de tijd veel 'eenvoudiger' wordt.</p> <p>De meerwaarde van een AA is dat deze op basis van gegevens getrokken uit onderzoeken en bevestigingen een gewogen advies kan geven over de te nemen maatregelen ter preventie van beroepsziekten. Het is belangrijk om signalen op te pikken en deze voort te evalueren (ook al moet dit niet steeds door de AA zelf gebeuren).</p> <p>Het is maar een idee, maar ik wens dit toch even mee te delen,</p> <p>Voorts zou een stage tijdens de opleiding van arts alvast het beroep van AA wat meer in de kijker kunnen zetten.</p>	
<p>De diensten van een arbeidsarts zouden moeten kunnen ingezet worden zoals dat gebeurt voor andere consultants en contractoren omwille van volgende redenen:</p>	<p>Het feit dat een bepaalde verantwoording moet afgelegd worden door een arts aan een CPBW, schrikt artsen wel af.</p>	<p>Zie hoger: meer gevarieerd takenpakket, minder betutteling door wetgever, open staan voor andere benaderingen door andere beroepsgroepen, ...</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervanging van een interne arbeidsarts bij wet verplicht maar niet vanzelfsprekend gelet op de wettelijke vereisten</li> <li>• Tijdelijke vermeerdering van werk in een interne dienst is nu zeer moeilijkop te vangen</li> </ul> <p>Indien men zorgt dat een vervanging van een arbeidsarts door een arts mag voor een tijdelijke inzet en voor een tijdelijke opdracht mits opleiding (naar analogie met inzet van uitzendkrachten of contractoren). Momenteel wordt men verplicht om dit te doen via een externe dienst. Voor een werkgever is dit niet te begrijpen/uit te leggen.</p> <p>Niet door afbouw te doen aan geschiktheidsbeoordelingen door ze te laten uitvoeren door een verpleegkundige maar de arts wel verantwoordelijk te stellen.</p>	<p>Zorgen voor een gevarieerd takenpakket is belangrijk. Deels moet een arts hier zelf voor zorgen. In een bedrijf bestaan deze mogelijkheden zeker mits motivatie van arts.</p> <p>Gemeenschappelijke tools aanbieden, al dan niet verplicht te gebruiken. Tools die dan meer performant zijn dan de huidige beschikbare. Minimale vereisten verplicht invoeren.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemeen tekort aan artsen</li> <li>• Gebrek aan interesse van de toekomstige artsen wegens gebrekkige kennis van het beroep</li> </ul>	<p>Het beroep van arbeidsarts is onvoldoende of helemaal niet gekend bij de studenten geneeskunde en zelfs de artsen in het algemeen.</p> <p>Het wordt nog te vaak verward met de adviserend arts van het ziekenfonds, de controlearts, de arts-inspecteur.</p> <p>Negatief imago wegens gebrek aan kennis van het beroep.</p>	<p>Actieve medewerking aan preventie en behoud van de gezondheid en het welzijn van de werknemers door hun aanwezigheid in de ondernemingen en hun kennis van de beroepsrisico's.</p> <p>Verschillende actoren op het terrein streven samen naar een zelfde doel van preventie en verbetering. Teamwerk met complementaire profielen.</p> <p>Ze verstrekken talrijke adviezen om ziekten bij werknemers te vermijden.</p> <p>Mensen opnieuw aan het werk krijgen en zien hoe ze op professioneel vlak terug openbloeien.</p>

	<p>De taken van de arbeidsarts, zijn rol, zijn functie, de samenwerking met andere specialisten toelichten zou de interesse van artsen kunnen opwekken. Opnemen in de cursussen; informatie over deze specialiteit zodra het aspect preventie aan bod komt, de studenten motiveren om een stage in arbeidsgeneeskunde te doen.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door te investeren</li> <li>- Door artsen en toekomstige artsen te informeren over de rol van een AA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het beroep is een specialisatie maar in vergelijking met andere specialismen flink onderbetaald</li> <li>- Door een opwaardering van het beroep, op dit moment wordt er door vele andere collega's neergekeken op het beroep van AA</li> <li>- Door de schijnbaar nutteloze onderzoeken zo veel mogelijk te beperken en de kerntaken in preventie meer naar voor te laten komen</li> <li>- Door een algemene preventiecultuur op alle vlakken te promoten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De rol van medisch raadgever</li> <li>- Het samenwerken met werkgever en werknemer</li> <li>- Het opsporen van blootstellingsgerelateerde aandoeningen</li> </ul>
<p>Er is niet zozeer een gebrek aan arbeidsartsen maar aan artsen in het algemeen. Stop met die toegangsexamens, die quota. Denk je echt dat een land TEVEEL artsen kan hebben? Daarnaast ons beroep opwaarderen bij andere artsen! tijdens de opleiding, de retorica, enz.</p>	<p>Werken aan een "esprit de corps", onderlinge steun van arbeidsartsen, opbod en concurrentie tussen EDPB's staken, de EDPB's meer verbinden met anderen takken, zoals de verzekeringen, de sociale en andere wetgevingen.</p>	<p>Ons aanwezigheid in de bedrijven is cruciaal. We mogen ons niet terugtrekken uit het veld. Aanwezig zijn in de CPBW's, analyses van de werkposten, bedrijfsbezoeken, enz. vormen de essentie van ons beroep! We zouden de helft van de tijd op het terrein moeten doorbrengen en minder in de medische kabinetten! Dat is ons beroep en geeft zin aan ons beroep en onze toekomst. Anders kunnen we de raadplegingen even goed overlaten aan een huisarts...</p>

“Diensten”: we zijn geen commerciële maar artsen! We krijgen soms de indruk dat onze directies ons beschouwen als handelaars die dienen om andere producten te verkopen... Laat ons opnieuw focussen op het medische en preventie-aspect en niet op het geld!!!

De arbeidsgeneeskunde promoten in de retorica, de universiteit, en overal (vooral in de bedrijven...) zodat de bevolking niet langer denkt dat wij nutteloos zijn.

De arbeidsartsen vragen om correcte onderzoeken te verrichten en niet louter doen zeggen “alles is in orde” en de bloeddruk laten meten. Dan heeft dat geen zin...

Meer zichtbaar zijn, aanwezig zijn in politieke, gezondheids-, preventie-, onderzoeks- en ondernemingsmilieus, enz.

We moeten absoluut terugkeren naar regionale diensten en niet langer willen centraliseren en de praktijken tussen noord en zuid op elkaar afstemmen... We hebben niet dezelfde cultuur en mentaliteit en de ondernemingen moeten niet lijden onder de werking en organisatie van hun EDPB...

Dat is wat er nu gebeurt. Terugkeren naar een geregionaliseerd systeem met regionale directies, regionale teams. Gedaan met deze oorlogsmachines die louter denken aan het profijt en terugkeren naar de basis van ons beroep de preventie en dienstverlening aan de bedrijven.

Er is een algemeen tekort aan artsen in bepaalde disciplines- huisartsen, schoolartsen, arbeidsartsen... Dat er te weinig instroom is, ligt grotendeels aan de organisatie van de Externe diensten die de taak van een arbeidsarts uithollen en herleiden tot het uitvoeren van onderzoeken, dikwijls zonder dat de arts kennis heeft waarde werknemers tewerkgesteld zijn. Het toewijzen van een arts titularis gebeurt vaak enkel op papier. De all round opleiding van de arbeidsartsen waarbij de diverse domeinen aan bod komen, kan in de praktijk niet toegepast worden. Al te vaak heeft de arts geen coördinerende rol en wordt niet betrokken bij analyses die uitgevoerd worden door andere PA's (ergonomie/psychologen,...). Daarenboven zijn er door de schaalvergroting van de diensten heel veel randfuncties gecreëerd, meestal met een commercieel doeleinde (Keyaccountmanagers, klantenbeheerders, planningsbeheerders,...).

Door ervoor te zorgen dat de arts opnieuw meer betrokken wordt bij het basis preventiebeleid en meer doet dan routineonderzoeken. Het belang van onderzoeken is er zeker (kwestie van info van het terrein te krijgen, waarvoor er toch een vertrouwensband dient opgebouwd te worden). Het kunnen meewerken aan analyses, ook uitvoerend, maakt de functie interessant: kennis opdoen van productieprocessen, bedrijfsmanagement, ... zijn boeiende onderwerpen. De onpartijdige, neutrale speler kunnen zijn en vandaar de rol van arbeidsarts opnemen om mee probleemoplossend te werken. Ook het uitvoeren van studies zou een meerwaarde kunnen bieden. Opsporen van trends, retrograad bepaalde evoluties onderzoeken

- Neutrale rol kunnen opnemen tussen WG en WN en vanuit een medische achtergrond degelijke adviezen kunnen formuleren
- Probleemoplossend en multidisciplinair kunnen werken
- Brede kennis verwerven van bedrijven, productieprocessen, ... en mee kunnen werken om arbeidsomstandigheden te verbeteren
- Vroegtijdige detectie van knelpunten
- Naleving van de codex waar onze wettelijk toebedeelde taken in opgenomen zijn ipv het commerciële te laten primeren .
- ...

<p>Toen ik 26 jaar geleden startte, had ik een bedrijvenportefeuille waarvoor ik autonoom verantwoordelijk was en naast het uitvoeren van medische onderzoeken, weliswaar kleinschaliger, risicoanalyses, metingen, ... kon uitvoeren, adviezen geven, bedrijfsbezoeken uitvoeren...</p> <p>Nu moet ik hemel en aarde verzetten om mijn vaste bedrijven te mogen bedienen, te behouden en dit met een vaste verpleegkundige (per bedrijf). Verpleegkundigen kunnen inderdaad een aantal taken overnemen, maar dit gebeurt nu niet in overleg met de arts titularis en er is vooralsnog geen wettelijk kader hierover vastgelegd.</p> <p>Binnen een bedrijf zijn er mogelijkheden om de arbeidsgeneeskunde anders in te vullen, doch de lucratieve wijze waarop PE's aangewend worden, belet vaak een ernstig preventiebeleid. De doelstelling van de hervorming van de toepassing van PE's wordt niet behaald: de huidige PE's volstaan vaak niet voor het uitvoeren van het gezondheidstoezicht, laat staan dat er bijkomende preventiemaatregelen kunnen genomen worden.</p> <p>Back to basics, zou een goede start zijn: de arts als titularis die met de WG en WN's een preventiebeleid uitstippelen dat haalbaar en betaalbaar is</p>	<p>Ook inspraak in beleidsmaatregelen vnl. dan binnen de Externe Dienst zelf.</p>	
<p>- aantrekkelijker maken van het beroep. Inhoudelijk: vb. bij beroepsziekten arbeidsartsen ook kiné laten voorschrijven?</p>	<p>- aangepaste RIZIV-nummer, ondanks specialisatie/erkenningcommissie,</p>	<p>- re-integratie naar de werkvloer begeleiden bij zieke werknemers. Mogelijk wel met aandacht voor vb. al vanaf dag 1 deeltijds te kunnen werken. Vaak hebben</p>

<p>Meer overleg / samenwerking met curatieve artsen</p> <p>- meer autonomie voor de arbeidsartsen op werk. Minder repetitieve taken als periodieke onderzoeken.</p>	<p>blijven wij 'basisarts'. Ook voor de Orde der Artsen, gezien de titels daar gekoppeld zijn aan RIZIV- nummer</p> <p>- meer aandacht voor preventie in de basisopleiding. Niet enkel 'keuzevak'/pass-fail examens. Onbekend is onbemand.</p> <p>- publieke opinie duidelijk maken wat onze job precies inhoudt. Vaak denkt men aan controle geneeskunde. Misschien PR als "topdokter". Hierdoor betere rolmodellen voor jongeren.</p> <p>- meer feedback ook vanuit curatieve zorg naar ons toe. Vb. Verwijzing programma ruglijden Fedris. Nooit feedback / verslag van de behandelde artsen teruggezien, wat in feite niet correct is.</p>	<p>curatieve artsen geen beeld van het werk/werkvloer. In die zin lijkt me meer overleg met curatieve artsen zinvol.</p> <p>- collectieve preventie: informatie delen met werknemers over gezondheidsrisico's op de werkvloeren gericht campagne voeren naar vb. rookstop/ gezonde voeding/ obesitas / bewegen. Vaak is het zo dat brede overheids campagnes niet de beoogde doelgroep bereiken. (Laaggeschoolden meer rechtstreeks aanspreken in bedrijven)</p> <p>- neutrale derde om open over medische achtergrond te spreken over aangepast werk t.a.v. werkgever die toch vaak andere agenda heeft.</p> <p>- werkgevers belang van preventie duidelijk maken en impact op welbevinden / productiviteit.</p>
<p>Momenteel is er geen tekort. Dit zal er in de toekomst ook niet zijn als de instroom verbeterd wordt. Enerzijds door bij de berekening van de toegestane quota, ook de artsen in research en farma, de overheid (Sciensano, FOD Volksgezondheid,...), de preventieve- en verzekeringssector (schoolarts, arbeidsarts, raadsarts, keuringsarts, onderwijs, infectiologen, Fedris, ...) mee op te nemen. Anderzijds door in het toelatingsexamen ook deze skills mee op te nemen, zodat deze</p>	<p>Door tijdens de opleiding meer aandacht te hebben voor de preventieve gezondheidszorg, en de link tussen beroep en een brede waaier aan medische aandoeningen.</p>	<p>Jaarlijks worden er veel werknemers gescreend. Velen van hen zijn arbeiders, die vaak (o.a. om financiële redenen) geen vaste huisarts hebben, en dus anders ook niet gescreend zouden worden op diabetes en arteriële hypertensie. Ook kan de werkgever bijkomende health checks aanbieden; interventieprogramma's rond gezonde voeding en rookstop,....</p>

<p>toekomstige “preventieve” artsengroepgerichter geselecteerd wordt.</p>		
<p>Vele collega's gaven de voorkeur aan andere, meer prestigieuze specialiteiten, andere hielden het bij algemene geneeskunde en als ik hun vraag waarom ze geen “arbeidsgeneeskunde” gedaan hebben antwoorden ze: we hebben geen 7 jaar universiteit gedaan om hetzelfde beroep uit te oefenen als een preventieadviseur niveau 2 die slechts één jaar opleiding gehad heeft.</p> <p>Ik moet toegeven dat ze gelijk hebben. In de Maghreblanden (Marokko, Algerije, Tunesië) en in tal van Oost-Europese landen (Roemenië, Bulgarije, Polen, Tsjechische Republiek, ...) is de arbeidsarts niet terzelfder tijd preventieadviseur en houdt hij zich enkel bezig met het medische luik van het beroep (raadplegingen, beroepsziekten, enz.) terwijl de preventieadviseur instaat voor het luik “veiligheid op het werk” (risicoanalyse, werkplaatsbezoeken, enz.).</p> <p>Een andere belangrijke opmerking is dat tal van studenten hun opleiding AG gewoon stopzetten omdat ze 2 of 3 maal gebuisd werden voor hun stage of thesis. De proffen zijn immers enorm veeleisend en aarzelen niet om studenten tijdens de voorstelling van hun stageverslag of thesis te vernederen en hun vervolgens slechte punten te geven en te vragen om een andere thesis of stageverslag te maken, wat heel ontmoedigend is voor de student die maanden gewerkt heeft aan zijn stageverslag of thesis.</p>		

<p>Om het tekort aan arbeidsartsen op te vangen, moet men volgens mij het volgende doen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een brief naar alle proffen arbeidsgeneeskunde sturen om uit te leggen dat er een tekort aan arbeidsartsen is en hun vragen om minder veeleisend en streng te zijn voor studenten, stageverslagen en thesissen, temeer daar deze eindejaarswerken louter als decoratie voor de bib van de faculteit volksgezondheid zullen dienen terwijl de artsenstagairs en gediplomeerde artsen exact hetzelfde werk doen in de EDPB's en IDPB's;</li> <li>- de studenten die hun theoretische praktijk voltooid hebben en niet meer ingeschreven zijn aan de universiteit toelaten om te werken in de EDPB's en IDPB's met het getuigschrift van technische vorming (dat wil zeggen zonder diploma van specialist en zonder ingeschreven te zijn aan de universiteit).</li> </ul>		
<p>- Hervorming opleiding: minder lesdagen (1d/w; zo nodig de vakken verdelen over 4 jaaren stage gelijktijdig laten plaatsvinden), terug les en (open boek) examen in plaats van overvloedige opdrachten met werkjes die vooral de student belasten en de lesgever ontlasten en niet altijd relevant zijn voor dagdagelijkse praktijk, focus op arbeid gerelateerde pathologie; eventueel</p>	<p>Zie punt 1          Stoppen met het veelvoud aan types onderzoek (onderzoek met dokter, verpleegkundige solo, aanvullende medische handelingen (al dan niet telefonisch), etc.) die de te onderzoeken werknemers zich vaak nog meer doen afvragen wat het nut is van al deze onderzoeken en tot</p>	<p>We zouden een meerwaarde kunnen zijn op gebied van preventie als we vooral werknemers die voor heteerst gaan werken onderwerpen aan een regelmatig medisch onderzoek om hopelijk mensen in een beterpassende richting te duwen voordat ze echt klachtenbeginnen te vertonen. Met het ouder worden dan onsbeperven tot de verplichte bijkomende onderzoeken (audio, spiro, biomonitoring, ...) uitgevoerd door een verpleegkundige en enkel onderzoek door dokter op</p>



bijkomende opleiding enkel voor die artsen die zich vooral wenselijk vinden te storten op wetenschappelijk onderzoek (thesis en ermee verwante vakken zoals epidemiologie enkel voor hen). Op die manier kan de juist beginnende arts misschien meer uren presteren voor zijn dienst.

- Het gemakkelijker maken voor arbeidsartsen om "in te springen" bij een andere externe dienst: in tegenstelling tot het tekort heb ik dit en eerdere jaren meerdere dagen per maand niet gewerkt omdat er te weinig werk was (doordat verpleegkundigen meer en meer ingezet worden voor "routine onderzoeken" alsook door de algemeen verminderde frequentie van onderzoeken). Ook enkele van mijn collega's moeten af en toe recupereren wegens "geen benodigde capaciteit". Is er kans op de veranderingen van de laatste jaren en de overname van een deel van onze taken door verpleegkundigen nog zicht op het aantal werkelijk benodigde arbeidsartsen?

- Door bovenstaande shift van routinewerk naar verpleegkundigen blijft over voor ons: voornamelijk re-integraties en (bezoeken voorafgaand aan) werkhervatting. Dit lijkt me voor veel (beginnende) arbeidsartsen op termijn een weinig interessant toekomstperspectief

- Re-integraties misschien laten doen door externe arts niet verbonden aan externe dienst?

- Werkhervattingen waarbij geen aangepast werk nodig is door huisarts laten doen?

nog minder medewerking en frustratie leidt bij zowel onderzoekers als onderzochte

Onze job beperken tot waarvoor we opgeleid zijn: medisch onderzoek. Deelname aan vergaderingen, bedrijfsbezoeken, voorstelling van jaarverslagen en andere erg tijdrovende taken zouden perfect uitgevoerd kunnen worden door andere op veel terreinen vaak beter opgeleide preventieadviseurs. Laat arbeidsarts enkel werkplekken bezoeken in individuele gevallen.

Als ik mijn antwoorden onder 1 en 2 bekijk lijkt onze plaats steeds meer in het gedrang te komen, en dit mede doordat we onszelf laten wegdrücken (de vele veranderingen van de laatste jaren lokken denk ik zeker niet meer artsen naar arbeidsgeneeskunde): is dit de winst van de "managers"? Wat mij betreft zou de leiding van een externe dienst terug moeten gebeuren door een arts met minstens 5 jaar ervaring in deze tak van werken. En dan misschien een expert communicatie die de rol van de arbeidsarts voor iedereen eindelijk eens duidelijk maakt in de wirwar van adviserende, controlerende en arbeidsartsen. Misschien zou er eens een massale enquête moeten

vraag van werknemer. Bijkomend het meer toegankelijk maken van "check-up" onderzoeken voor alle oudere wordende werknemers. Maar ook hier dreigen we dan onszelf weer buiten spel te zetten door hiervoor beroep te doen op curatieve sector.

<p>- Misschien nog maar 2 externe diensten laten bestaan: een kleinere meer gespecialiseerde dienst die zich voornamelijk bezighoudt met studies, etc., en de andere die de medische onderzoeken doet en voor studies beroep doet op de eerstgenoemde dienst. Dit zou ook toelaten dat beginnende arbeidsartsen in opleiding voor een en dezelfde dienst werken en dus maximaal inzetbaar zijn en niet zoals wel eens gebeurt na enkele maanden wegens te weinig werk naar een andere dienst trekken. Ook de vaak gecentraliseerde planning maakt dat het beschikbare potentieel aan artsen niet maximaal ingezet wordt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventueel langere werkdagen</li> <li>- Betere verloning met stijgende anciënniteit</li> </ul>	<p>gebeuren bij “alle” werknemers met de vraag wat zij concreet verwachten van ons?</p> <p>Arbeidsgeneeskunde terug meer opmaat van onze onderzoekspopulatie (alsook uitvoerders), niet op maat van managers allerhande.</p>	
<p>De discipline op een betere manier in het licht brengen in de basisopleiding (actueel imago probleem), arbeidsgeneeskunde mee opnemen in multidisciplinaire casussen tijdens de opleiding. Door in de algemene opleiding geneeskunde, de takken van de preventieve gezondheidszorg in het algemeen en de arbeidsgeneeskunde in het bijzonder meer aandacht te geven. Door meer lessen maar zeker ook meer stage mogelijkheden aan te bieden. Mijn ervaring met artsen- stagiairs is dat zij bijna unaniem verwonderd zijn over de gevarieerdheid en relevantie van onze taken. Er is m.i. ook veel onwetendheid en misverstand over het statuut en de onafhankelijkheid van de arbeidsarts.</p>	<p>Minimaliseren van het “routine bandwerk”, periodieke onderzoeken minimaliseren. Verpleegkundige opleiden op deze periodieke onderzoeken over te nemen.</p> <p>De arbeidsarts doet dan de meer gespecialiseerde consulten: spontane consultaties, re-integraties, ioniserende straling, chemische agentia, carcinogene producten.</p> <p>De werknemer ook meer stimuleren om op eigen initiatief zich aan te melden voor raadpleging op verzoek bij startende klachten/problematiek. Uitbreiden TAMH verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Meer inzetten op</p>	<p>Zinvolle consultaties/bezoeken bij werknemers/bedrijven met een hulpvraag</p> <p>Evaluatie van biomonitoring om blootstellingswaarde te blijven monitoren.</p> <p>Het individuele contact met de werknemer in de consultatie (al is het minder in de periodieke contacten dan wel in de speciale) is waarvoor iedere arts kiest als hij/ zij de opleiding geneeskunde kiest. In dit individuele, vertrouwelijke contact ligt de specifieke meerwaarde van de PAAA in de multidisciplinaire aanpak van de bescherming van het welzijn op het werk. Deze consultaties zouden opgewaarderd en misschien apart gehonoreerd moeten worden. De bedrijfsbezoeken en andere taken van de arbeidsarts maken het werk boeiend en geven de nodige context en zijn als dusdanig van grote toegevoegde waarde om gefundeerde adviezen te kunnen geven. (Een beetje zoals de huisarts vroeger heel wat leerde uit</p>

<p>Uitstroom minimaliseren door nuttig werk uit tevoeren + zie punt 2 minimaliseren routine bandwerk.</p> <p>Buitenlandse artsen met een in België erkenddiploma geneeskunde, kunnen momenteel de opleiding niet starten als zij geen C1-attest hebben. Alle andere specialisaties (psychiatrie, huisartsgeneeskunde enz.) hebben dit niet nodig!. Enkel voor arbeidsgeneeskunde wordt dit geëist....</p>	<p>speciale raadplegingen voor de arbeidsarts. Manama arbeidsgeneeskunde is veel te theoretisch. Er kan beter gewerkt worden via stage portfolioen casuïstiek zoals bij HAIO's en ASO's. Geen 60 studiepunten theorie per jaar.</p> <p>Zoals in alle takken van de geneeskunde, worden vooral de administratieve taken als belastend ervaren. Een uniform medisch dossier (over alle externe en internediensten heen), vlottere communicatie met andere zorgverleners, adviserende artsen, Fedris e.d. zijn al twee elementen om die last te verlichten.</p>	<p>het huisbezoek vooral voor de preventie adviezen naar de patiënt.)</p>
<p>Ingangsexamen afschaffen bij keuze voor arbeidsarts opleiding + opleiding wat inkorten.</p>	<p>Studiejaren laten meetellen voor pensioen. Routinetaken meer doorgeven aan verpleegkundigen. Aantrekkelijk loon en voldoende verlof. Landingsbaan vanaf 60 jaar.</p>	<p>Werknemers zo lang mogelijk gezond aan het werk houden. GVO. Zwangeren verwijderen uit gevaarlijk werk. Beroepsziekten aangeven. Promoten collectieve en PBM, ....</p>
<p>Meer bekendheid, ruimte in de opleidingen geneeskunde voor het vakgebied. Ook (verplichte) stages in het domein met bedrijfsbezoeken, comités, ... Betere verloning tov collega arts-specialisten</p>	<p>Iets meer mogelijkheden om beslissingen te laten gelden (hierin lijkt de voornaamste oplossing het sterk uitbreiden van de arbeidsinspectiediensten) – meer ruimte om bedrijven écht te leren kennen = minder periodieke onderzoeken (die verpleegkundigen bv. kunnen doen) waardoor meer</p>	<p>Het mooiste wat er is is mensen met ernstige medische problemen terug aan het werk helpen en op die manier terug zien floreren. Jammer genoeg hebben we vaak te weinig zeggenschap en zijn bedrijven te bang voor financiële of andere gevolgen om de 'patiënt' in dienst te houden. Ook bij rondgangen vallen adviezen vaak in dovemansoren, terwijl we daar echt wel veel kunnen betekenen voor werknemers. Het komt er voor mij dus vaak op neer</p>

	<p>ruimte vrijkomt voor bedrijfsbezoeken en overleg – betere bekendheid bij bevolking wat we doen, wat ons nut is, ...</p>	<p>dat ik veel dingen KAN betekenen maar dat dat vaak niet lukt omwille van de beperkte mogelijkheden die we hebben als arbeidsarts.</p>
<p>Het beroep zou aantrekkelijker in de opleiding aan bod moeten komen. De lessenreeks zou hier meer kunnen focussen op wat een arbeidsarts in concreto aan casussen voor zich krijgt. Lessen zouden ook deels gegeven kunnen worden door jonge collega's. De opleiding + erkenning is op dit moment tevens een mijn inziens onnodig lang traject, waardoor studenten afvallen tijdens de opleiding .</p>	<p>Het beroep zou een apart RIZIV-nr. moeten krijgen, wat een erkenning zou betekenen van de specialisatie. Voor jonge artsen is de optie om als zelfstandige te werken regelmatig een wens, hier zou terug (meer) op ingezet kunnen worden. Afsluitend zouden we als arbeidsarts meer beslissingsrecht moeten krijgen ipv enkel adviserend. Tevens zou toegang tot cozo ea een grote meerwaarde zijn.</p>	<p>Dit lijkt mij een zeer brede vraag. Dit gaat van oppuntstelling van vaccinaties tot begeleiding bij opstart op het werk, progressieve tewerkstellingen enz.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- De wet aanpassen om eventueel de frequentie van de periodieke gezondheidsonderzoeken door de arbeidsarts te verminderen (volgens de risico's), met behoud van een jaarlijks contact met de verpleegkundige.</li> <li>- Terzelfder tijd een betere vorming van de verpleegkundigen organiseren: ook voor hen een specialisatie in gezondheid op het werk invoeren die wettelijk erkend is en hun de nodige kennis en instrumenten biedt om de tussentijdse opvolging van de werknemers op zich te nemen.</li> <li>- Zo zouden de arbeidsartsen taken aan de verpleegkundigen kunnen delegeren in een duidelijk wettelijk kader.</li> <li>- Tijd vrijmaken voor speciale onderzoeken, complexere dossiers alsook voor bedrijfsbezoeken en overlegde samenwerkingen met het oog op collectieve preventie in de bedrijven.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De discipline meer aan bod laten komen in de universitaire cursus van de arts (bestaat die cursus nog in het 6-jarensysteem?) door de beroepsgerelateerde oorsprong van tal van pathologieën te benadrukken. Dat houdt ook in dat de discipline meer aandacht krijgt in de faculteiten geneeskunde en volksgezondheid! (wat niet het geval is aan de Universiteit van Luik waar de arbeidsgeneeskunde nauwelijks aan bod komt ...).</li> <li>- De werking van de EDPB's in België hervormen om de commerciële band tussen werkgevers en EDPB's af te zwakken ten einde een volledige neutraliteit van de intervenanten in de EDPB's te garanderen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De bedrijfsbezoeken en werkposten: a contrario, de werknemers op de raadpleging zien zonder dat we een exact beeld hebben van hun werk leidt tot een gevoel van nutteloosheid. Dat is het geval met ondernemingen die we nooit hebben kunnen bezoeken (KMO's die steeds na de "grote aangeslotenen" komen hoewel ze in de praktijk evenveel veel of zelfs meer risico's kennen) en wanneer we werknemers zien van ondernemingen die door andere artsen worden beheerd.</li> <li>- De documentatie en voortgezette vorming in tal van medische domeinen waarmee de arbeidsarts wordt geconfronteerd.</li> <li>- Het pluridisciplinaire beheer van de problemen met de overige intervenanten van de EDPB's, maar ook met de werkgevers en interne preventieadviseurs van de bedrijven met het oog op een doeltreffende collectieve preventie.</li> </ul>

	- Het onderzoek naar gezondheid op het werk in België opwaarderen en de financiering verhogen (we hinken achterop ten aanzien van Frankrijk en Quebec bijvoorbeeld!).	
Bevoegdheid geven aan clb-artsen om stagiairs 5 <sup>e</sup> secundair te doen: bv voor stagiairs verzorging met titerbepaling hepatitisb en plaatsen mantoux test. FGB's die herbruikbaar zijn bij andere werkgevers, zoals voor interims. Daarvoor afspraken nodig over generische risicoprofielen per functie en een platform voorwerkgevers waar ze FGB's kunnen vinden dienog geldig zijn om zo snel geschikte werknemers te vinden met het juiste profiel. In stand houden van vaccinatiecentra waarbijAGD werknemers schriftelijk op de hoogte brengt wanneer een bepaald vaccin moet geplaatst worden en ze daarvoor bij vaccinatiecentrum terecht kunnen. Opleiding arbeidsverpleegkundigen tot preventieadviseur.	Afwisseling (taken, context en collega's waarmee men samenwerkt).	Werkgerelateerde gezondheidsproblemen in vertrouwen bespreekbaar maken. Herkennen van werkgerelateerde gezondheidsrisico's en advies om gezondheidsproblemen te voorkomen die eruit kunnen voortvloeien.
Om het tekort aan te pakken, moet de opleiding aantrekkelijker zijn en het beroepgoed genoeg om als arbeidsarts te blijven. De opleiding onder ogen brengen, en bij de opleiding bv de thesis af te schaffen. De thesisheeft mij twee jaar van mijn leven gekost,	Het beroep is aantrekkelijk als er wat meer autonomie is, nu worden we vooral ingezet om onderzoeken te doen, waar en wanneer de planning dat wil. Je kan je er mee bezighouden, maar wat meer kennis	Voor sommige mensen zijn we de enige dokters die ze zien, en kunnen we dus eenvoudige huisartsvragen oplossen. We zien elke week wel enkele mensen die een bloeddrukprobleem hebben, of een begin van suikerziekte, en die anders niet of veel later behandeld zouden worden. Als we een hele

<p>heeft mij weinig bijgebracht, en heeft mij doenbesluiten om nooit nog een wetenschappelijk artikel te schrijven. Maak dat facultatief, dan ga je enkel thesissen krijgen waar zowel de schrijver als de lezer iets aan heeft.</p>	<p>van het bedrijf via bedrijfsbezoekenis toch te verkiezen.</p>	<p>afdeling na elkaar zien, hebben we na het eind van de onderzoeken een goed idee wat er leeft, we kunnen van tijd tot tijd nuttig advies geven aan de preventie adviseur. Advies die anders niet of veel later bij hem was gekomen.</p>
<p>Ik meen dat de rol van de arbeidsarts beter gekend moet zijn bij het grote publiek.  We zouden meer tijd moeten doorbrengen met de stagiairs, studenten en jobstudenten om hun toekomstige job te bespreken.  Vermits ik in een ziekenhuis werk, zie ik studenten met een postgraduaat die een verkeerd beeld hebben van de arbeidsgeneeskunde vanwege hun vorige consultaties en die positief verbaasd zijn over de inhoud van het onderzoek. In dit geval betrof het een PG in zijn 1<sup>e</sup> jaar psychiatrie die aangenaam verrast was dat ik mij bekommerde om zijn mentale gezondheid. We kunnen ons imago bij onze confraters dus verbeteren via onze aanpak van de studenten geneeskunde.</p>		
<p>Door de opleiding opnieuw in te korten van 4 jaren naar 1 jaar ( zoals de opleiding was voor1990) en zonder verplichte thesis of eindwerk. Ook geen groepswerken maar, zoals nu het geval is, 1 jaar met verplichte lessen en examens in januari en juni zoals in de opleiding geneeskunde. Op het einde van dat</p>	<p>Inkomen verhogen , bijkomende premie voorzien voor artsen die tweetalig moeten werken in Brussel .Meer mogelijkheid geven om gevarieerde en praktische opleidingen te volgen gedurende de loopbaan.</p>	<p>Wij zijn de schakel tussen de curatieve gezondheidszorg en het werk en zetten medische problemen om in capaciteiten op de werkvloer door een uitspraak over de al dan niet geschiktheid voor de job en de manier waarop iemand kan re-integreren.</p>

<p>academiejaar een verplichte stage van 14 dagen in een IDPBW en 1 maand in een EDPBW . Gedurende dat jaar krijgt de specialist in opleiding een basisinkomen ( viaVDAB want knelpuntberoep) .</p> <p>Door meer info te geven aan alle studenten geneeskunde aan het einde van de opleiding als basisarts.( dus ook aan de specialisten die hun opleiding zullen starten) Dit kan gebeurendoor een les gegeven door 1 van de medische directeurs van de grootste EDPBW.</p> <p>Door een aanwezigheid op seminaries van studenten geneeskunde (met info flyers) Door een verplichte stage van 14 dagen vooralle artsen die in de richtingen zitten van huisartsgeneeskunde en maatschappelijke gezondheidszorg .</p>	<p>Meer overlegmomenten met andere artsen: huisartsen , adviserende artsen van de mutualiteit, (terug naarwerk coördinatoren) ..</p>	
<p>-Het tekort aan arbeidsartsen kan m.i. opgelost worden door een informatiecampagne voor de studenten geneeskunde. Hierbij moet het beroep positiefvoorgesteld worden. Het is ook nodig deze jobop te waarderen door vb. een hogere loon.</p>	<p>Beroep aantrekkelijker maken dooreen hoger, aangepast loon en nauwere contacten met de werkgever door bedrijfsbezoeken, arbeidspostenanalyse, etc...</p>	<p>Meerwaarde voor preventie: door arbeidspostenbezoek en jaarlijkse opvolging werknemer kunnen preventieve maatregelen geadviseerd worden om gezondheidsschade te voorkomen.</p>
<p>-Laat arbeidsgeneeskunde ook vallen onderministerie van volksgezondheid ipv onder arbeid: -zo erkent volksgezondheid ook onze discipline in quotabepaling aantal artsenspecialisten -maak zichtbaar dat investeren in primairepreventie (oa arbeidsgeneeskunde) de</p>	<p>-zorg ervoor dat de arbeidsarts de 'topdokter' van de maatschappij wordt -investeer in tv-programma's "het leven zoals het is", of "topdokters"</p>	<p>-een arbeidsarts combineert zijn medische basiskennis aangevuld met specifieke arbeidsgeneeskundige expertise en diplomatieke vaardigheden in collectieve vormen van preventie. Defeedback uit geaggregeerde informatie uit individuele preventiedata is hierbij de basis van zijn werk. -De arbeidsarts is de kortsluiter tussen individuele preventie en beleidsmatige ondersteuning van welzijn op het werk en in de maatschappij</p>

maatschappij een grote return krijgt (tov curareof secundaire en tertiaire preventie)

- laat de maatschappij meebetalen aan primaire preventie in bedrijven en vraag nietenkel inspanningen van de werkgevers
- Maak de job veel aantrekkelijker door
  - ze te doceren in de basisopleiding arts (sowieso meer aandachtgeven aan primaire preventie in de opleiding tot arts adhv public health)
  - financiële verloning gelijk te schakelen met ziekenhuisartsen
- de inhoudelijke aspecten van de huidige taken van de arbeidsarts te herdenken
  - meer aandacht naar collectieve preventie
  - periodieke opvolging van werknemers te verschuiven naar de arbeidsverpleegkundige
- opleiding tot arbeidsverpleegkundigen te ondersteunen.

Meer aandacht en stages voorzien in de basisopleiding. Erkenning door RIZIV met eigen RIZIV-nummer. Meer evolueren naar het Nederlandse model van arbeidsgeneeskunde (te adviserend in België, beperkt bindend), meer zeggenschap in ziekteverlof etc en sterkere samenwerking met de curatieve sector (die ons vaak te weinig kent).

Opwaardering van het beroep binnen geneeskunde zelf, betere bekendheid bij de algemene bevolking (kan een arbeidsarts ook een topdokter zijn?)

Meer aandacht voor preventie in het algemeen, veel kostenefficiënter dan achteraf oplossen van problemen.



Betere verloning van een specialist. Voor een arbeidsarts wordt volgens de prognose in 2023 een 230 € per uur betaald in preventie-eenheden. Als het aan de EDPB ligt wordt dit pakweg 4 x 8u/ week gepresteerd. ( 32x 230€) x 4 weken/maand ; 29. 440€ is hetgeen een arbeidsarts (AA) per maand oplevert voor een EDPB. Stel dat loonkost van een AA gemiddeld 10.000€/maand is. Waar wordt dan maandelijks die 20.000 euro aan besteed?

2. De inrichting en organisatie van de EDPB herzien tegemoetkomend aan onderstaande gebreken.

De te omvangrijke overhead van de EDPB organiseert het werk van de AA met het oog op optimaliseren van haar opbrengst, maar op verschillende vlakken ten koste van optimaal preventief resultaat bij klanten werknemers en werkgevers.

Het zijn de commerciële en financiële Diensten van een EDPB die te veel de kwaliteit van dienstverlening van de AA reguleren en niet de AA-en zelf.

De EDPB-en organiseren de uitvoering van de opdrachten van de AA op een wijze die de AA niet toelaat in overeenstemming te zijn met de voorschriften van de Codex Welzijn op het Werk en andere regelgeving ( bv. periodiek gezondheidstoezicht op veiligheidsfuncties, bv. gezondheidstoezicht op risico ioniserende straling, opvolging werknemers blootgesteld aan chemische agentia, organisatie spontane consultaties, etc).

De EDPB behandelt haar klantenbestand volgens een generieke cohortenbenadering en laten de AA te weinig regelruimte om binnen een bedrijfsportefeuille autonoom verantwoordelijkheid en bevoegdheden aan te wenden (te managen) in functie van actuele concrete situationele behoeften van een klant.

AA-en hebben binnen EDPB weinig zeggenschap en dus controle, over de organisatie en inhoud van het werk en de deontologisch correcte invulling van hun opdrachten. Er zijn bv. geen medische raden binnen EDPB-en voortoezicht door artsen op de uitvoering van hun opdrachten. De AA zou inhoudelijk onafhankelijker van het inrichtend kader van de EDPB moeten kunnen functioneren, hetgeen de kostprijs van de arbeidsgezondheidszorg drastisch kan reduceren.

3. De AA de mogelijkheid geven autonoom verantwoordelijkheid te nemen door naar eigen inzicht competenties en regelmogelijkheden aan te wenden ten behoeve van preventief resultaat bij klanten. De mogelijkheid om the job te groeien door voldoende gelegenheid kennis en ervaring op te doen. AA-en moeten in team met de andere preventieadviseurs en -deskundigen eigenaar van hun werk en geleverde inspanningen kunnen zijn, om er voldoening door te ondervinden.

Willen we een tijdelijk of definitief tekort aan arbeidsartsen?  
Wensen we een herwaardering van ons beroep en een toename van het aantal arbeidsartsen de komende jaren? Zijn we bereid om een groot deel van onze taken permanent toe te vertrouwen aan paramedici en andere preventieadviseurs?  
Aanvaarden werkgevers en werknemers dat ze 3 à 6 maanden of langer moeten wachten op een afspraak bij de arbeidsarts zoals nu het geval is bij andere specialisten?  
Aanvaarden we een gebrekkige kennis van de werkposten in onze bedrijven door verder afwezig te blijven op het terrein?  
Hoe zullen de universiteiten cursussen organiseren voor een beperkt aantal studenten in opleiding? Evoluëren we naar een interuniversitaire opleiding en vervolgens naar een totale verdwijning van het beroep?  
Zal de maatschappij de prijs willen betalen voor de verhoging van het aantal arbeidsongevallen,

Het beroep opwaarderen door de specialiteit te erkennen en het beroep anders te financieren.  
Apart RIZIV-nummer voor de arbeidsarts (geen 000).  
Statuut van ambtenaar (in plaats van loontrekkende of zelfstandige; de loontrekkende valt onder de beslissingsbevoegdheid van de werkgever die bijdraagt en is haast een factureringmachine en een productiewerker geworden die een factureerbaar rendement van minstens 85% op 1 dag moet opleveren; de zelfstandige moet een reeks administratieve prestaties gratis uitvoeren vermits hij ze niet kan factureren aan de

Medisch en vooral klinisch onderzoek en kennis van de werkpost: 2 essentiële elementen voor het bepalen van de arbeidsgeschiktheid.  
Paramedische tests in arbeidsgeneeskunde voorschrijven en interpreteren.  
De beroepsgerelateerde oorsprong van een ziekte vaststellen en aangeven.  
Het verplicht gezondheidstoezicht behouden ten minste voor de periodieke en werkhervattings-onderzoeken.  
Re-integratiecriteria definiëren.  
Degelijke multidisciplinaire samenwerking met andere actoren.

beroepsziekten, gehandicapte kinderen, mentale problemen en zelfdoding?

EDPB.

Normen vastleggen in termen van werkdruk voor het ganse grondgebied. Bijvoorbeeld: maximaal aantal te onderzoeken werknemers per dag en per jaar...  
Toegang creëren tot een gezamenlijk communicatieplatform met de gezondheidszorgsystemen (medische gegevens, contacten huisartsen) en met de overige actoren of instellingen (ziekenfondsen, FEDRIS, vakbonden, vormings- en re-integratiecentra, VAPH...).

De kwaliteit van de voortgezette opleidingen garanderen.

Flexibel werken en thuiswerken faciliteren.

Arbeidsgeneeskunde loskoppelen van andere structuren of grote commerciële groepen of maatschappelijke organisaties.

Het antwoord komt zowel van de wetgever als van de externe diensten. Momenteel blijkt dat te bestaan uit een vermindering van de werkdruk van de artsen. De verwijdering van het beeldschermwerk uit de lijst van de posten onderworpen aan het periodiek toezicht en de wijziging van de wetgeving op de periodiciteit zijn de meest zichtbare elementen. Sommige diensten interpreteren de wet in die zin dat ze de activiteiten overdragen aan niet-medisch personeel (werkplaatsbezoeken en periodiek onderzoek in trio of zelfs quatuor). Door teveel taken over te dragen lopen we, volgens mij, het risico dat sommige handelingen uitgehold worden. Het zou daarom nuttig zijn om de interpretaties die het wettelijk kader overschrijden te controleren want dat zet andere diensten ertoe aan om dit na te volgen en steeds verder af te wijken van de wet.

Het zou nuttig zijn om dat reeds te bespreken tijdens de studies arbeidsgeneeskunde. Het zou reeds in een vroeg stadium de interesse opwekken van een aantal confraters in opleiding. We zouden ons imago ook kunnen verbeteren door meer samen te werken met de huisartsen.

De kennis van de werkposten en de link tussen de belangen van de werknemer en van de werkgever. Het zou ook interessant zijn om meer aandacht te besteden aan het verzuim door een snelle werkhervatting aan te moedigen (bijvoorbeeld, een onderzoek na 1 maand en/of een systematisch onderzoek naar 3 maanden TAO, of nog, een beëindiging van de arbeidsovereenkomst mogelijk maken vóór 9 maanden in plaats van na 9 maanden, zoals nu het geval is).

<p>De werklust vanwege de periodieke onderzoeken verminderen via een nieuwe aanpassing van de periodiciteit (om de 3,4,5 jaar).</p> <p>Nagaan of de periodieke onderzoeken op vrijwillige basis kunnen gebeuren (behalve voor de veiligheidsposten).</p>	<p>Het luik voortgezette vorming versterken.</p> <p>Meer teamwerk.</p> <p>Handhaving van de praktijk in overeenstemming met de wet.</p> <p>Maatregelen vermijden die de administratieve last verhogen.</p> <p>Het imago van het beroep opwaarderen via een betere voorlichting van de curatieve sector.</p> <p>Meer aandacht voor overleg, rapportering en adviesverlening.</p>	<p>Aanwezigheid in de ondernemingen via werkpost-en werkplaatsbezoeken</p> <p>Meer inzetten op adviesverlening.</p>
--	---	---