Downloaded from UvA-DARE, the institutional repository of the University of Amsterdam (UvA)
http://dare.uva.nl/document/503610

File ID 503610
Filename Proefschrift

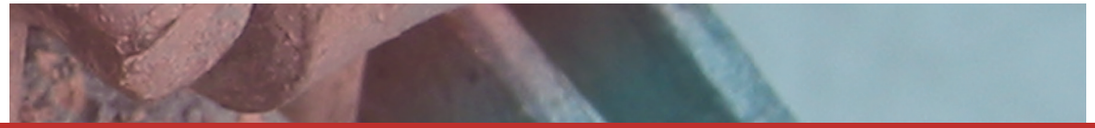
SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):
Type Dissertation
Title Werknemerscompensatie in de steigers: Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties
Author W.A. Eshuis
Faculty Faculty of Law
Year 2013
Pages 513
ISBN 9789491757044

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:
http://dare.uva.nl/record/459554

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (http://dare.uva.nl)



Werknemerscompensatie in de steigers

In Nederland lopen jaarlijks meer dan 200.000 werknemers letsel en verzuim op door een arbeidsongeval en krijgen naar schatting 25.000 werknemers per jaar een beroepsziekte. Werknemers die de financiële schade die zij hierdoor oplopen willen verhalen moeten daarvoor de werkgever aansprakelijk stellen. In de praktijk betekent dit een juridische lijdensweg. Daarom pleiten patiëntenorganisaties, vakbeweging, SER en - recent - de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voor een nieuw systeem van het verhalen van schade van arbeidsongevallen en beroepsziekten, ook wel werknemerscompensatie genoemd.

Een dergelijk nieuw systeem van werknemerscompensatie zou naast een compensatiefunctie ook een preventieve functie moeten hebben. Over die preventieve functie van werknemerscompensatie gaat dit proefschrift. Het proefschrift doet verslag van een theoretisch en empirisch onderzoek naar de preventieve werking van vier verschillende systemen van werknemerscompensatie. Het empirisch onderzoek, bestaande uit juridische analyse van werknemerscompensatiesystemen in Nederland en België, vragenlijstonderzoek onder werknemers en werkgevers en zeven casestudies, concludeert dat van de compensatiesystemen nauwelijks een preventief effect uitgaat. Die systemen blijken gebaseerd te zijn op een aantal onjuiste denkbeelden, zoals de gedachte dat financiële prikkels een preventieve werking hebben en dat zelfregulering arbeidsorganisaties stimuleert tot preventief handelen. Het onderzoek concludeert dat preventie van arbeidsletsel vooral moet worden gerealiseerd door meer bemoeienis van de samenleving met arbeidsorganisaties die beroepsgebonden letsel 'produceren', en door meer zeggenschap van onder andere preventie-experts en werknemers bij het voorkomen en evalueren van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Over de auteur

Wim Eshuis (1955) was vanaf 1990, als medewerker van FNV Bouw, betrokken bij de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in de bouw- en houtnijverheid. Door contacten met werknemers met de beroepsziekte Organo Psycho Syndroom (OPS) raakte hij betrokken bij vraagstukken van letselschade en schadecompensatie van werknemers. Vanaf 1999 stond hij namens FNV Bouw mede aan de basis van Bureau Beroepsziekten FNV. In 2006 werd hij door het Hugo Sinzheimer Instituut aangesteld als promotieonderzoeker. Sindsdien zijn van zijn hand verschillende studies verschenen over het onderwerp werknemerscompensatie en preventie. Op dit moment doet hij onder meer onderzoek naar de mogelijkheden om via de cao een adequaat systeem van werknemerscompensatie te realiseren. Wim is werkzaam voor het Amsterdams Instituut voor ArbeidsStudies en De Burcht, het wetenschappelijk bureau voor de vakbeweging. Tevens is hij bestuurslid van het Instituut Asbestslachtoffers en de Stichting OPS.

B!GBUSINESS PUBLISHERS

ISBN 978-94-91757-04-4

9 789491 757044 >

Werknemerscompensatie in de steigers Wim Eshuis



Werknemers compensatie in de steigers

Wim Eshuis

Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties

Werknemerscompensatie in de steigers

Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties



Wim Eshuis

Fotografie: Kees Winkelman (met uitzondering van de fotos op pagina 451,467 en 481 die afkomstig zijn van www.istockphoto.com)
Ontwerp omslag: Twin Media bv
Uitgever: BigBusinessPublishers, Utrecht
www.bigbusinesspublishers.nl/werknemerscompensatie

ISBN 9789491757044
1e druk, november 2013

© 2013 Wim Eshuis, Utrecht

Het is toegestaan deze uitgave op alle mogelijke manieren te verspreiden of er uit te citeren, op voorwaarde dat de bron wordt vermeld. Via de uitgever of de Universiteit van Amsterdam is dit proefschrift ook in pdf te verkrijgen.

Werknemerscompensatie in de steigers

Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

Ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit van Amsterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof. Dr. D.C. van den Boom
ten overstaan van een door het college voor promoties
ingestelde commissie,
in het openbaar te verdedigen in de Aula der Universiteit
op woensdag 4 december 2013, te 13.00 uur

door

Wilhelmus Antonius Eshuis

Geboren te Borne

Promotor:	Prof. Mr. E. Verhulp
Co-promotor:	Dr. J.R. Popma
Overige leden:	Prof. Mr. K. Boonstra Prof. Dr. M.G. Faure Prof. Dr. M.H.W. Frings-Dresen Prof. Dr. G. van Hootegem Prof. Dr. M.J. Keune

Faculteit der Rechtsgeleerdheid

Voorwoord

Dit boek gaat over schadevergoeding en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. De keuze voor dit thema vloeit voort uit de werkzaamheden die ik gedurende de afgelopen decennia heb verricht.

In de jaren '90 was ik, als medewerker van FNV Bouw, betrokken bij preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Mijn werkzaamheden stonden in het teken van de ontwikkeling van strategieën voor de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Tijdens deze werkzaamheden, die zich afwisselend afspeelden aan de onderhandelingstafel, in het overlegcircuit, op bouwplaatsen en in cafézaaltjes, heb ik met werknemers, vakbondsleden, slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten, ondernemingsraadsleden, vakbondscollega's, werkgevers, ambtenaren, verfleveranciers, producenten van arbeidsvriendelijke technieken en politici samengewerkt en conflicten uitgevochten over nut en noodzaak van preventie van ziekte en ongeval, en over de middelen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren.

Dat ik eind jaren '90, via mijn werkzaamheden bij Bureau Beroepsziekten FNV (BBZ FNV), betrokken raakte bij schadevergoeding van beroepsziekten, is, gezien de aard van mijn werkzaamheden voor FNV Bouw en mijn betrokkenheid bij de situatie van slachtoffers van de beroepsziekte Organisch Psycho Syndroom (OPS), niet vreemd. Bureau Beroepsziekten FNV kreeg drie doelstellingen mee. Ten eerste, werknemers die door een beroepsziekte financiële schade hebben opgelopen, (beter) ondersteunen bij het verhalen van schade via het aansprakelijkheidsrecht. Ten tweede, via het verhalen van schade een bijdrage leveren aan preventie van beroepsziekten. En ten derde, een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van alternatieve compensatiesystemen die, in vergelijking met het bestaande systeem van werkgeversaansprakelijkheid, voor een snellere compensatie van schade zorgen en beter presteren ten aanzien van preventie van beroepsziekten.

In de praktijk bleek de derde doelstelling, een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van alternatieve compensatiesystemen, maar moeilijk te realiseren. Ook ontbrak het aan inzicht in de tweede doelstelling: wat is het effect van schadeclaims op preventie? Ik kwam tot de conclusie dat empirisch wetenschappelijk onderzoek nodig was om inzicht te krijgen in het verband tussen werknemerscompensatie en preventie en in de mogelijkheden en beperkingen van alternatieve compensatiesystemen.

Het Hugo Sinzheimer Instituut (HSI) van de Faculteit Rechtsgeleerdheid aan de Universiteit van Amsterdam bood mij in 2006 de gelegenheid dergelijk onderzoek uit te voeren. Het Centrum voor Sociologisch Onderzoek, onderdeel van de Faculteit Sociale Wetenschappen aan de Katholieke Universiteit Leuven stelde mij in staat om ook in België empirisch onderzoek te doen.

Dit onderzoek vormt het voorlopig sluitstuk van een periode van meer dan 20 jaar. In deze jaren heb ik een bijdrage willen leveren aan de verbetering van situatie van werknemers die door een arbeidsongeval of beroepsziekte zijn getroffen. Ik draag dit boek aan hen op en aan degenen met wie ik gedurende deze 20 jaar heb samengeleefd, samengewerkt en lief en leed heb gedeeld.

Inhoudsopgave

Lijst van afkortingen 13

Inleiding 19

Introductie (20)
1. Werknemerscompensatie en preventie in historisch perspectief (22)
2. Aanleiding tot het onderzoek en vraagstelling (30)
3. Theoretische en methodologische uitgangspunten (33)
4. Opzet van het boek (36)

Hoofdstuk 1 Werknemerscompensatie 43

Introductie (44)
1.1 Definiëring van werknemerscompensatie (45)
1.2 Vijf typen werknemerscompensatie (46)
- 1.2.1 Publiek en privaat
- 1.2.2 Werkgeversaansprakelijkheid en sociale verzekeringen
- 1.2.3 Verhouding werkgever, werknemer en verzekeraar
- 1.2.4 Compensatie op basis van werkgeversaansprakelijkheid
- 1.2.5 Compensatie op basis van verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid
- 1.2.6 Directe verzekering
- 1.2.7 Compensatiefonds
- 1.2.8 Contractuele compensatie

1.3 Negen elementen die de vormgeving van werknemerscompensatie beïnvloeden (55)
- 1.3.1 Kring van verzekerden
- 1.3.2 Verzekerd risico
- 1.3.3 Claimbeoordeling
- 1.3.4 Voorzieningen
- 1.3.5 Administratieve uitvoering
- 1.3.6 Toezicht
- 1.3.7 Financiering
- 1.3.8 Preventie-instrumenten
- 1.3.9 Positie ten opzichte van sociale zekerheid

1.4 Samenvatting (63)

Hoofdstuk 2 Preventie 69

Introductie (70)
2.1 Wat is preventie? (72)
2.2 Preventie in de arbeidsomstandighedenwetgeving (77)
- 2.2.1 Arbeidsomstandighedenwetgeving in Europa
- 2.2.2 Arbowet in Nederland en Welzijnswet in België

2.3 Preventie van RSI (87)
2.4 Preventie van OPS (94)
2.5 Preventie van arbeidsongevallen (100)
2.6 Samenvatting en nabeschouwing (107)

Hoofdstuk 3 De wetenschap over werknemerscompensatie en preventie 113

Introductie (114)
3.1 Rechtseconomie: doel, uitgangspunten en methodologie (116)

3.2 De preventieve werking van aansprakelijkheidsrecht (120)
3.2.1 Theoretische uitgangspunten
3.2.2 Resultaten empirisch onderzoek naar de preventieve werking van het aansprakelijkheidsrecht
3.3 De preventieve werking van aansprakelijkheidsverzekeringen en directe verzekeringen (124)
3.3.1 De rechtseconomische opvattingen over de preventieve werking van de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering
3.3.2 Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van verzekeringen tegen werkgeversaansprakelijkheid
3.3.3 Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van directe verzekeringen
3.4 De preventieve werking van het compensatiefonds en de contractuele werknemerscompensatie (135)
3.5 Conclusies over de stand van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie (136)
3.6 Samenvatting en nabeschouwing (139)
3.6.1 De kern van de rechtseconomische opvatting over compensatie en preventie
3.6.2 De waarde van het rechtseconomisch onderzoek

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet en onderzoeksmethodologie 145
Introductie (146)
4.1 Plaatsbepaling van het empirisch onderzoek (148)
4.2 Exploratief onderzoek via drie deelonderzoeken (151)
4.2.1 Deelonderzoek 1: analyse van de kenmerken van vier compensatiesystemen
4.2.2 Deelonderzoek 2: vragenlijstonderzoek
4.2.3 Deelonderzoek 3: casestudie-onderzoek
4.4 Samenvatting (162)

Hoofdstuk 5 De kenmerken van de vier compensatiesystemen 167
Introductie (168)
5.1 Werknemerscompensatie in Nederland (170)
5.1.1 De positie van werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid
5.1.2 De opkomst van het incentive paradigma binnen de sociale zekerheid
5.1.3 Werkgeversaansprakelijkheid in Nederland
5.1.4 Omvang van werknemerscompensatie in Nederland
5.2 Aansprakelijkheidsverzekering voor Bedrijven en Beroepen (AVB NL) (179)
5.3 Collectieve Ongevallenverzekering Bouw Nederland (COV NL) (184)
5.4 Werknemerscompensatie in België (190)
5.4.1 De plaats van werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid
5.4.2 Verschillen tussen FBZ BE en AOV BE
5.4.3 Overeenkomsten tussen FBZ BE en AOV BE
5.5 Arbeidsongevallenverzekering België (AOV BE) (196)
5.6 Fonds voor de Beroepsziekten België (FBZ BE) (207)
5.7 Samenvatting en vooruitblik (214)

Hoofdstuk 6 De samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie 221

Introductie (222)
6.1 Beschrijving van het onderzoeksproces: representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit (223)
6.2 Resultaten vragenlijstonderzoek: duidelijke verschillen tussen compensatiesystemen in preventie na schadeafhandeling (231)
6.3 Beperkte preventieve veranderingen (239)
6.4 Samenvatting resultaten vragenlijstonderzoek (244)

Hoofdstuk 7 Welke factoren hebben invloed op preventie na compensatie? 251

Introductie (252)
7.1 Het onderzoeksproces: case selectie, case analyse, betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit (254)
7.2 Beschrijving van de zeven cases (263)
7.2.1 Case Grond BE
7.2.2 Case Dak NL
7.2.3 Case Chemie NL
7.2.4 Case Orkest BE
7.2.5 Case Tapijt BE
7.2.6 Case Tapijt NL
7.2.7 Case Assemblage NL
7.3 Werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties: welke factoren spelen een rol? (288)
Introductie
7.3.1 Preventiebalans
7.3.2 Effectieve preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten: praktijk en theorie
7.3.3 Een combinatie van factoren
7.3.4 Dominante invloed van de arbeidsorganisatie op preventie
7.3.5 Invloed van het werknemerscompensatiesysteem op preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie
7.3.6 Invloed van overige externe factoren op preventie in de arbeidsorganisatie
7.3.7 De situatie van de getroffen werknemer na de werknemerscompensatie
7.3.8 De invloed van financiële prikkels; kanttekeningen bij de rechtseconomie en het incentiveparadigma
7.3.9 Methodologische nabeschouwing
7.4 Samenvatting (316)
7.4.1 Aard van de preventieve veranderingen
7.4.2 Invloedsfactoren

Hoofdstuk 8 Werknemerscompensatie en preventie in de steigers 325

Introductie (326)
8.1 Methodologische beschouwing (328)
8.2 Beantwoording onderzoeksvraag 1: de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties (330)
8.2.1 Onderzoeksvraag 1.a: welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?

8.2.2 Onderzoeksvraag 1.b: wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
8.2.3 Onderzoeksvraag 1.c: bestaat er verschil in samenhang tussen de vier werknemerscompensatie-systemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
8.2.4 Onderzoeksvraag 1.d: welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
8.2.5 Conclusie
8.3 Bouwstenen voor een nieuwe aanpak van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten en werknemerscompensatie (335)
Introductie
8.3.1 Nieuwe preventieparadigma's
8.3.2 Het interventieparadigma: ingrijpen 'achter de voordeur ' van de arbeidsorganisatie door de verzekeraar
8.3.3 Het pragmatisch preventieparadigma: de rol van de verzekeraar in de verbetering van de communicatieve verhoudingen door gezamenlijke leerprocessen en zeggen schap
8.3.4 Verbetering responsiviteit en communicatie verhoudingen door actoren uit het externe preventiesysteem
8.3.5 Conclusie: bouwstenen voor een betere preventieve werking van werknemerscompensatie
8.4 Wetenschappelijk onderzoek naar werknemers compensatie en preventie, een terugblik en een toekomstperspectief (351)

Literatuur **356**

Samenvatting **369**

Bijlagen

1. **Deelonderzoek 2: vragenlijst werknemerscompensatie en preventie** **387**
2. **Opzet deelonderzoek 1: inventarisatie kenmerken van de vier compensatiesystemen** **397**
3. **Deelonderzoek 3: zeven casestudies over compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten** **405**

Lijst van afkortingen

AI	Arbeidsinspectie
ACV	Algemeen Christelijke Vakcentrale
AOV BE	Arbeidsongevallenverzekering België
ARAB	Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming
AVB NL	Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven
BBZ FNV	Bureau Beroepsziekten FNV
BW	Burgerlijk Wetboek
BG	Berufsgenossenschaft
CAO	Collectieve arbeidsovereenkomst
COV NL	Collectieve ongevallenverzekering voor de cao bouw
CPBW	Commissie voor Preventie en Bescherming op het Werk
EG	Europese Gemeenschap
EGB	Extra Garantieregeling Beroepsrisico's
ELA	Employers Liability Act
ELI	Employers Liability Insurance
ER	Experience Rating
ESB	Economisch Statistische Berichten, tijdschrift voor
ESH	Europees Sociaal Handvest
EU	Europese Unie
FBZ BE	Fonds voor de Beroepsziekten België
FNV	Federatie Nederlandse Vakvereniging
HSI	Hugo Sinzheimer Instituut
IAS	Instituut voor Asbestslachtoffers
ILO	International Labour Organization
ISSA	International Social Security Association
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
NCvB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
NICAB	Het Nederlands Instituut voor Claimbeoordeling van Arbeidsongevallen en Beroepsziekten
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
OPS	Organisch Psycho Syndroom
OR	Ondernemingsraad
PAGO	Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek
PMO	Preventief medisch onderzoek
PBM	Persoonlijke beschermingsmiddelen
PBW	Preventie en Bescherming op het Werk
PVT	Personeelsvertegenwoordiging
RCT	Randomized Controlled Trial
RIE	Risico inventarisatie -en evaluatie
RIVM	Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu
RSI	Repetitive Strain Injury

SVB	Sociale Verzekeringsbank
SVR	Sociale Verzekeringsraad
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TMB	Besluit Tijdelijke en Mobiele Bouwplaatsen
TRA	Tijdschrift Recht en Arbeid
TVP	Tijdschrift Voor Personenschade
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VCA	Veiligheidschecklist Aannemers
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VGWM	Veiligheid, gezondheid, welzijn en milieu
VOS	Vluchtige organische stoffen
WAO	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering
WHO	World Health Organization (WHO)
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Zon MW	Nederlandse organisatie voor zorgonderzoek
ZZP	Zelfstandigen zonder personeel



Inleiding

Introductie

In Nederland lopen jaarlijks meer dan 200.000 werknemers letsel en verzuim op door een arbeidsongeval en krijgen naar schatting 25.000 werknemers per jaar een beroepsziekte.[1] Jaarlijks overlijden in Nederland naar schatting 3.000 mensen door het werk.[2] De Nederlandse Arbowet stelt, analoog aan de wetgeving in andere Europese landen, eisen aan het arbeidsomstandighedenbeleid in de arbeidsorganisatie, zodat arbeidsongevallen en beroepsziekten voorkomen worden of, na het ontstaan ervan, adequate maatregelen worden getroffen om herhaling te voorkomen. De Arbowet stelt verplichtingen aan de werkgever en de werknemer om de arbeidsomstandigheden zo gezond en veilig mogelijk vorm te geven. Ten behoeve daarvan moet de werkgever een arbodienst vragen om professionele ondersteuning. De arbeidsinspectie heeft in dit verband een controlerende en handhavende taak. Gezien het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten kan geconstateerd worden dat die preventie niet altijd effectief is.

Letsel kan ontstaan als preventie faalt. Werknemers die letselschade oplopen door een arbeidsongeval of beroepsziekte kunnen een beroep doen op werknemerscompensatie. Werknemerscompensatie kan worden gedefinieerd als:

> "Elke specifieke formele wijze van compensatie van schade bij werknemers (of nabestaanden) die ontstaan is ten gevolge van een beroepsziekte of arbeidsongeval."[3]

De vraag die in dit boek gesteld wordt is of werknemerscompensatie niet alleen bijdraagt aan vergoeding van schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten, maar ook bijdraagt aan preventie ervan. Bovendien is de vraag hoe die preventieve functie van werknemerscompensatie geoptimaliseerd kan worden. Ter illustratie van deze vragen volgt in kader 1 een weergave van de situatie van de heer Patje bij bedrijf Dak NL. Het verhaal van de heer Patje is een van de zeven casestudies die ten behoeve van dit onderzoek is uitgevoerd.

Kader 1: Dhr. Patje en Dak NL

Dhr. Patje (1950) is sinds 1990 als dakdekker werkzaam bij Dak NL. Daarvoor verrichtte hij ander laag geschoold werk. Dak NL (zes werknemers in vaste dienst: twee ploegen van drie man) is gespecialiseerd in het plaatsen van dakbedekking op agrarische gebouwen. Patje valt in oktober 2001 tijdens werkzaamheden aan een schuur van acht meter hoog naar beneden. Hij loopt hierbij ernstig hersenletsel, longletsel en enkele fracturen op. Op advies van een familielid wordt de werkgever aansprakelijk gesteld voor de letselschade. De werknemer blijkt niet alleen een beroep te kunnen doen op een uitkering krachtens de Collectieve Ongevallenverzekering in de bouw (COV NL; via die verzekering krijgt hij in 2005 een uitkering van € 1.857), maar ook op een door de werkgever afgesloten bedrijfsongevallenverzekering (via die verzekering krijgt hij in 2004 een uitkering van € 907), en een schadevergoeding op basis van de door de werkgever afgesloten verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, de aansprakelijkheidsverzekering bedrijven (AVB NL; uitkering in 2008 van € 34.391). Na dit arbeidsongeval nemen werkgever en werknemer geen effectieve maatregelen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Ook de arbeidsinspectie grijpt niet in. De vakbond biedt hem ondersteuning bij het indienen van een claim. De arbodienst is na 8 maanden verzuim van mening dat Patje gedeeltelijk het werk kan hervatten ondanks dat hij niet geheel hersteld is (hij houdt last van evenwichtsstoornissen). De vraag is wat werknemerscompensatie (in deze case drie systemen van werknemerscompensatie: COV NL, bedrijfsongevallenverzekering en AVB NL) bijdragen aan de preventie van dit arbeidsongeval. Tevens is de vraag die in dit boek gesteld wordt of, en zo ja op welke wijze, de bijdrage van werknemerscompensatie aan preventie kan verbeteren.

[1] Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW.

[2] Laan, Gert van der, Taeke Pal, Gonnie Zweerman, Karen Nieuwenhuizen, Teus Brand, Harry Stinis (2010). *Sterfte door werk*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

[3] Engelhard, E.F.D. (2007). *Shifts of Work-Related Injury Compensation. Background Analysis: The Concurrence of compensation Schemes.* In: Klosse, Saskia, Ton Hartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases. Tort and Insurance Law, vol. 20, Wien, Springer Verlag. p. 11.

Zoals hierna in paragraaf 1 aan de orde komt, bestonden in het verre verleden allerlei opvattingen over het preventieve effect van werknemerscompensatie. Ook in de afgelopen decennia is zowel door wetenschappers als door maatschappelijke organisaties de verwachting geuit dat schadeclaims een afschrikwekkende werking hebben en daardoor tot preventie leiden. Enkelen van hen waren van mening dat werknemerscompensatie zelfs beter in staat is om preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten te garanderen dan de Arbowet, en dat derhalve deze wet zou kunnen worden vervangen door een systeem van werknemerscompensatie. In Nederland bestaat geen empirisch wetenschappelijk onderzoek naar deze preventieve functie van werknemerscompensatie. Dit boek bevat het verslag van een verkennend empirisch onderzoek naar deze preventieve functie.

In dit onderzoek staat de situatie in Nederland centraal. Deze inleiding geeft een toelichting op de keuze voor een onderzoek naar de situatie in Nederland. De inleiding kent vier paragrafen. Paragraaf 1 biedt een korte historische schets van werknemerscompensatie in Nederland en van de (verschillende) opvattingen over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Er is aandacht voor de directe verzekering op basis van de Ongevallenwet van 1901, de civiele werkgeversaansprakelijkheid en de Extra Garantieregeling Beroepsrisico's (EGB), een voorontwerp van wet voor een directe verzekering tegen schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten dat begin van deze eeuw in discussie is geweest.

Paragraaf 2 geeft de aanleiding tot dit onderzoek en de vraagstelling weer. Die aanleiding is enerzijds van wetenschappelijke aard. Er is nauwelijks empirisch onderzoek beschikbaar naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Er bestaan in Nederland wel opvattingen over de preventieve effecten van verschillende soorten preventie-instrumenten (financiële prikkels, expertise en samenwerking) maar die opvattingen missen een empirisch-wetenschappelijke basis. Wat binnen de arbeidsorganisatie aan preventie gebeurt als schade door een arbeidsongeval of beroepsziekte wordt verhaald, en wat daarop de invloed is van werknemerscompensatie en van de respectievelijke preventie-instrumenten, is duister.

Anderzijds zijn er maatschappelijke redenen voor dit onderzoek. Vermindering van het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten is zowel vanuit maatschappelijk, economisch, als gezondheidskundig oogpunt van belang. Bovendien is de kans aanwezig dat Nederland, mede vanwege internationaalrechtelijke bepalingen, een nieuw systeem van werknemers-compensatie gaat introduceren. Op basis van verdrag 121 van de International Labour Organization (ILO) is elke staat die dit verdrag heeft ondertekend, waaronder Nederland, gehouden werknemers die schade hebben door een arbeidsongeval of beroepsziekte een aantal minimumvoorzieningen te bieden, zoals een minimumuitkering van 60% van het oorspronkelijk loon en gratis medische voorzieningen. Mede door de introductie van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) voldoet Nederland niet geheel aan die eis, onder andere omdat de vervolguitkering krachtens de regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten (WGA) niet gebaseerd is op het laatstverdiende loon. Het is in dit verband relevant om na te gaan in hoeverre (bestaande) werknemerscompensatiesystemen, naast of in plaats van bestaande arbeidsomstandighedenwetgeving, kunnen bijdragen aan preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Paragraaf 2 eindigt met een nadere uitwerking van de twee centrale onderzoeksvragen:

1. Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
2. Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeids-organisaties?

Paragraaf 3 geeft de theoretische en methodologische uitgangspunten van het onderzoek weer. In paragraaf 4 wordt de opbouw van dit boek uiteengezet.

1. Werknemerscompensatie en preventie in historisch perspectief

In Nederland bestaat beperkte wetenschappelijke interesse voor de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Deze beperkte interesse is niet zo verwonderlijk gezien de ontwikkeling van de sociale zekerheid tijdens de vorige eeuw. In 1967 verving de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) de Ongevallenwet uit 1901, waardoor de hoogte van een arbeidsongeschiktheidsuitkering niet meer afhankelijk is van de oorzaak van die arbeidsongeschiktheid. Met de introductie van de WAO was de uitkering bij arbeidsongeschiktheid niet meer gebaseerd op het uitgangspunt van 'risque professionel' maar op het uitgangspunt van 'risque social'.[4] Sinds begin jaren '80 bestaat er weer aandacht voor werknemerscompensatie in verband met de opkomst van de civiele werkgevers-aansprakelijkheid, en door plannen, die in 2003 zijn gepresenteerd en in 2003 weer zijn ingetrokken, om een nieuw systeem van werknemerscompensatie in te voeren: de Extra garantieregeling Beroepsrisico's (EGB), een vorm van directe verzekering.

De WAO

Met de introductie van de WAO in 1967 is in Nederland het 'risque professionel' in de sociale zekerheid ingeruild voor het 'risque social': het ontstaan van arbeidsgerelateerde aandoeningen wordt sindsdien niet meer beschouwd als een privaat risico, maar als een sociaal risico, dat inherent is aan de productiemethode. Dat de werknemerscompensatie werd ingeruild voor algemene, sociale compensatie had niet alleen ideologische redenen. Er lagen ook wets-technische redenen aan ten grondslag. Het onderscheid tussen arbeidsgerelateerde en niet-arbeidsgerelateerde arbeidsongeschiktheid was niet eenvoudig te maken. En er waren kostentechnische argumenten: de specifieke claimbeoordeling vergde een uitgebreid en kostbaar systeem.[5]

Toenmalig minister Veldkamp, de 'founding father' van de WAO, bleek een tegenstander te zijn van het opnemen in de WAO van de directe koppeling tussen compensatie en preventie. Hij verwierp, conform de filosofie van het sociale risico, dan ook het advies van de Sociale Verzekeringsraad (SVR) en de Sociaal Economische Raad (SER) om de premies voor de WAO gedeeltelijk te relateren aan het risico op arbeidsongeschiktheid. Afgezien van de vraag of een dergelijke vorm van risicodifferentiatie wel preventief werkt, kan worden vastgesteld dat Veldkamp hiermee compensatie en preventie loskoppelde. Veldkamp had daarvoor een aantal argumenten. Een risico-gerelateerde premie zou op gespannen voet staan met het speciale karakter van de sociale verzekering, zo was zijn mening. De Tweede Kamer was het eens met deze visie, zij het op andere gronden. Zij was van mening dat het bedrijfsleven nauwelijks invloed zou kunnen hebben op het sociale risico onder de WAO. Veldkamp was bovendien van mening dat de indirecte kosten van arbeidsgebonden ziekte groter waren dan de directe kosten, waardoor preventieve prikkels voor werkgevers ook zouden blijven bestaan bij loskoppeling van premie en schade. Daarnaast waren er volgens hem andere oplossingen die een vergelijkbaar preventief effect hebben, zoals strenge sancties door de arbeidsinspectie.[6]

De band tussen gevaar creërende activiteiten en de kosten die zij teweeg brengen werd daarmee volgens De Jong et al. 'radicaal' doorgesneden.[7] De WAO staat volgens hen dan ook geheel in het teken van de compenserende functie en verwaarloost de andere functies, de vergeldende en de preventieve, volkomen. Overigens wordt vanaf begin jaren '90 in de sociale zekerheid, via wetgeving ten aanzien van loondoorbetaling bij ziekte, arbeidsongeschiktheid

[4] Vinke, H. (1997). *Werknemerscompensatie bij beroepsgebonden schade*. Den Haag, SDU. Vinke beschrijft 'risque social' als de opvatting dat de gemeenschap de financiële lasten zou moeten dragen. Hiertegenover plaatst ze de 'risque professionel'gedachte, waarbij arbeid wordt beschouwd als een dienst aan de private belangen van de werkgever en waarbij niet alleen de lusten maar ook de lasten door de werkgever moeten worden gedragen.
[5] Hoop, R.I.R. (2007). *Shifts in Work-Related Injuries: An explanatory Analysis*. In: Klosse, Saskia, Ton Hartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases. Tort and Insurance Law, vol. 20, Wien, Springer Verlag. p. 102-107.
[6] Ibid.
[7] Jong P. de, R. Schwitters, P. van Seters, T. Wilthagen (1995). *Arbeid, recht en risico: beweging in de regulering van arbeidsomstandigheden*. Siswo, Amsterdam. p. 13.

en re-integratie, wel weer een relatie gelegd tussen compensatie en preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Deze koppeling was niet exclusief gericht op preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, maar op terugdringing van alle ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Tot die tijd was de gedachte dat de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten via de Arbeidsomstandighedenwet publiek gereguleerd kon worden, en niet in verband moest worden gebracht met de WAO.

Van (schuld) aansprakelijkheid naar de Ongevallenwet 1901

De introductie van de WAO vormde in meer opzichten een breuk met het in Nederland bestaande stelsel van werknemerscompensatie. De bouw van dat stelsel ving aan in de loop van de 19e eeuw met de oprichting van ongevallenfondsen, gesticht door grote ondernemingen. Tevens had de werknemer, op grond van het Burgerlijk Wetboek (BW), de mogelijkheid de ondernemer aansprakelijk te stellen voor de schade ontstaan door onrechtmatige daad of nalatigheid. De werknemer moest in dat geval de schuld van de werkgever aantonen. De vergeldende functie van de civiele aansprakelijkheid stond voorop: de schadeveroorzaker diende te boeten voor de riskante productiewijze. Socialistisch voorman Troelstra was van mening dat deze vergeldende functie de belangrijkste was, aangezien het arbeiders de kans bood de weerstand tegen een kapitalistische samenleving in een persoonlijke aanklacht te vertalen. De liberalen verwachtten een preventief effect van de zware bewijslast op het handelen van werknemers: de dreiging schade te lijden zonder deze op een ander te kunnen verhalen, zou werknemers ertoe brengen alles in het werk te stellen om te voorkomen dat zij in een kwetsbare positie zouden belanden.[8]

Deze rechtstoestand werd eind 19e eeuw onbevredigend gevonden, onder andere vanwege de langdurige juridische weg die de werknemers moesten afleggen.[9] Vanaf 1880 werden verschillende voorstellen gelanceerd voor een verzekering van dit risico, hetzij privaat, hetzij publiek of in een mix van beide. Deze discussie leidde na een intensief maatschappelijk en politiek debat tot de invoering van de Ongevallenwet (1901) die in 1903 in werking trad. Arbeiders werden verzekerd tegen de financiële gevolgen van ongevallen die met hun werk in verband stonden. In deze verzekering op basis van de Ongevallenwet stond de compenserende functie centraal. De vergeldende functie verdween. Met name in socialistische kringen betreurde men het prijsgeven van een aansprakelijkheid waarin de vergelding grote betekenis had.[10] De preventieve functie bleef wel bestaan, zij het op de achtergrond. Die preventieve functie was alleen uitgewerkt voor arbeidsongevallen en was gebaseerd op een financiële prikkel: de premie werd gedifferentieerd naar gevaarklassen. Ook was 'risico-overdracht' mogelijk: de verzekering kon worden afgesloten bij een private organisatie of het risico kon zelf worden gedragen.[11] Over de preventieve effecten van de wet bestond trouwens wel verschil van mening: de ontwerpers van de wet verwachtten dat de kosten voor riskante activiteiten uiteindelijk zo hoog zouden worden dat de werkgevers die dit risico zouden blijven nemen, zichzelf uit de markt zouden prijzen. Anderen verwachtten weinig van die preventieve functie vanwege de dominantie van de compenserende functie, of omdat meer werd verwacht van het preventieve effect van persoonlijke betrokkenheid.[12] Het daadwerkelijke preventieve effect van de Ongevallenwet is niet duidelijk. Enig onderzoek hiernaar is niet bekend.

In 1928 werd een beroepsziektenparagraaf aan de Ongevallenwet toegevoegd. In die paragraaf werd bepaald welke beroepsziekten voor compensatie in aanmerking konden komen. In 1967

[8] Ibid.
[9] Hertogh, Mirjam (1998). *Geene wet, maar de Heer; De confessionele ordening van het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel (1870-1915)*. Den Haag, Vuga Uitgeverij. p. 97.
[10] Desondanks was er onder de werknemers grote steun voor de Ongevallenwet, getuige de opkomst van 7.000 werklieden bij een protestmeeting in mei 1900 te Den Haag. Zie hiervoor: Hoogenboom, M.J.M. (2003). *Standenstrijd en zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland (ca. 1880-1940)*. Amsterdam, Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR). p. 87.
[11] Kerklaan, P. (2006). *De lange houdbaarheid van de Ongevallenwet in Nederland 1901-1967.* In: Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis (2006) , nr. 4. p. 64-90.
[12] Peeters, M.G.P. (2005). *Compensatie en erkenning voor werknemers met beroepsziekten tussen 1978 en 2005.* Nijmegen, Wolf Legal Publishers. p. 52.

bestond die lijst uit 22 beroepsziekten. Die beroepsziekten waren onderscheiden naar vergiftigingen, enkele specifieke long- en huidaandoeningen en bepaalde infecties.[13] De relatie tussen werknemerscompensatie bij beroepsziekten en preventie ervan was nauwelijks ingevuld. De controlerend geneeskundige in dienst van de Rijksverzekeringsbank (RVB, later SVB, Sociale Verzekeringsbank) had enkele taken die tot tertiaire preventie kunnen worden gerekend, zoals de begeleiding van de zieke werknemer tot volledig herstel en de advisering over voorzieningen en medische hulpmiddelen.[14]

Preventie van beroepsziekten werd vooral gereguleerd via de Veiligheidswet (1934). Het belangrijkste preventie-instrument in die wet was de aangifteplicht van beroepsziekten, waardoor iedere behandelende arts aangifte moest doen van beroepsziekten bij de arbeidsinspectie (AI). Dit leidde tot ongeveer 300 aangiften per jaar.[15] De geneeskundig inspecteurs onderzochten een belangrijk deel van de aangiften en adviseerden over preventie.[16] De arbeidsinspectie groeide daarmee uit tot hét expertisecentrum van beroepsziekten in Nederland.[17]

Er bestond dus tot de invoering van de WAO in 1967 enige samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie, zij het dat over het effect ervan verschillend werd gedacht. De premiedifferentiatie in de Ongevallenwet werd geacht preventie van arbeidsongevallen met zich mee te brengen. Bij beroepsziekten bleef de rol van de werknemerscompensatie beperkt tot begeleiden van zieke werknemers. Daarnaast was preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten gebaseerd op de Veiligheidswet. De allereerste vorm van werknemerscompensatie, de werkgeversaansprakelijkheid, werd niet alleen een preventieve werking toegedicht, maar ook een vergeldende. Of dit in de praktijk ook leidde tot daadwerkelijke preventie is echter nooit vastgesteld door empirisch onderzoek.[18]

Civiele werkgeversaansprakelijkheid

Met de invoering van de WAO werden de sporen van de Ongevallenwet uitgewist. Daarmee verdween tevens de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie uit het collectieve geheugen van de Nederlanders. Het leidde volgens sommigen zelfs tot een serieuze kennisachterstand op het gebied van beroepsziekten, daar de WAO onderzoek naar de omstandigheden waaronder mensen ziek werden onnodig maakte. De eis die de WAO stelde aan de ondernemer om ziekten te melden bij de arbeidsinspectie werd nooit goed nageleefd.[19]

Eén spoor uit het verleden kwam terug. Samen met de invoering van de WAO werd de civiele werkgeversaansprakelijkheid opnieuw geïntroduceerd. Hieraan lagen principiële redenen ten grondslag: de mogelijkheid om volledige compensatie te ontvangen werd door zowel de

[13] Kerklaan, P. (2003). *De stempel van de arbeid.* In: Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis (2003), nr.7. p. 424.
[14] Koten, J.W., J.H.B.M. Willems (2001). *Een eeuw sociale verzekeringen; De verzekeringsgeneeskunde in de dagen van Olim.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde (TBV), nr. 11(december 2001). p.338.
[15] Vernooy, A.I.F. (2002). *Beroepsziekten tussen de twee Wereldoorlogen, juridische en medische overwegingen rond de begripsvorming.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde (TBV), nr. 5 (mei 2002). p.136. In 25 jaar tijd werden 7170 gevallen aangegeven.
[16] Documentatiemap ten behoeve van minisymposium "Toekomst van de geschiedenis van veiligheid en gezondheid op het werk" (2001). Organisatie: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Afdeling Sociale Geneeskunde VU medisch centrum, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
[17] Na de invoering van de WAO speelde de arbeidsinspectie geen rol meer en werd de werkgever geacht de Bedrijfsvereniging in kennis te stellen van een beroepsziekte. In 1988 werd dit gewijzigd en moest de werkgever, of namens hem de bedrijfsarts, beroepsziekten melden aan de arbeidsinspectie. In 1999 werd de meldingsplicht wederom veranderd: vanaf dat moment rust op de bedrijfsarts of de arbodienst de verplichting beroepsziekten te melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Een registratieplicht op het niveau van de arbeidsorganisatie ontbreekt.
[18] Dat is ook de waarneming van historicus Kerklaan. Zie: Kerklaan, Peter (2001). *Terug naar de Ongevallenwet?* In: documentatiemap ten behoeve van het minisymposium 'Toekomst van de geschiedenis van veiligheid en gezondheid op het werk'. Organisatie: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Afdeling Sociale Geneeskunde VU medisch centrum, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
[19] Bieckmann, F. (1997). *Nederland moet kennis van beroepsziekten nog opbouwen.* In: Staatscourant 15 juli 1997.

Tweede Kamer als de minister als een burgerrecht beschouwd. De werkgevers-aansprakelijkheid werd als middel gezien om dat doel te bereiken. Het bezwaar dat een toename van claims de arbeidsrust in de onderneming zou bedreigen, werd destijds gepareerd met drie argumenten:

- men verwachtte een zakelijke afhandeling van de claims buiten de werkgever om door de verzekeraars;
- vakbonden werden geacht te waken voor onverantwoorde claims;
- men was van mening dat sociale vrede niet gediend zou worden door het beknotten van de burgerrechten van de werknemer.[20]

Ondanks het herstel van de civielrechtelijke aansprakelijkheid blijft het voor de werknemers die te kampen hebben met de gevolgen van een beroepsrisico tot eind jaren '80 ongebruikelijk schadevergoeding te eisen van de werkgever.[21] De eerste asbestclaim op basis van de werkgeversaansprakelijkheid bijvoorbeeld dateert uit 1977. Vanaf dat moment komt werknemerscompensatie en de relatie met preventie weer in beeld door een aantal elkaar opvolgende ontwikkelingen op het gebied van werknemerscompensatie. Een van die ontwikkelingen is van juridische aard. Tot 1980 werd ervan uitgegaan dat voor een werkgever geen civielrechtelijke aansprakelijkheid bestond voor schade die onder de oude Ongevallenwet was ontstaan vóór 1 juli 1967. In 1980 oordeelde de Hoge Raad echter dat de datum waarop een ziekte zich openbaart relevant werd geacht en niet de datum van het ontstaan van de ziekte.[22]

Daarnaast komen vanaf de jaren ´80 de zogenaamde 'claim mobilizers' op het toneel van de civielrechtelijke aansprakelijkheid.[23] Deze activisten combineren juridische actie met sociale actie. Civiele aansprakelijkheid wordt door hen ingezet als middel om de schadevergoeding voor getroffen werknemers te realiseren. Tegelijkertijd zien zij deze procedures als een middel om preventie af te dwingen, vooral in de vorm van nationale wetgeving. Het asbestverbod (1993) kan worden beschouwd als resultaat van de inspanningen van deze 'claim mobilizers'. Het Instituut voor Asbestslachtoffers (IAS) is hiervan ook een exponent. Het IAS bestaat sinds 2000 en is een gezamenlijk initiatief van werkgevers- en werknemersorganisaties, het Comité Asbestslachtoffers, het Verbond van Verzekeraars en de overheid. Het IAS heeft drie hoofdfuncties: advies aan de SVB over het recht op een tegemoetkoming[24] voor mesothelioomslachtoffers, bemiddeling tussen (ex-) werknemers met mesothelioom (en hun huisgenoten) en (ex-) werkgevers of hun verzekeraars over het betalen van een schadevergoeding[25], en voorlichting aan belanghebbenden en geïnteresseerden op het gebied van asbest en gezondheidsschade.[26]

Eind vorige eeuw kende Nederland ook nog een tijdelijk schadefonds, het Silicosefonds, voor een groep werknemers met een specifieke beroepsziekte. Dit fonds verzorgde een vaste uitkering aan mijnwerkers, of hun nabestaanden, die aan de beroepsziekte silicose leden. In 1990 sprak de toenmalige premier Lubbers van het inlossen van een ereschuld jegens oud-mijnwerkers. Ze hadden het land opgebouwd, daarvoor met hun gezondheid betaald, en erkenning van het lijden aan de beroepsziekte silicose en de daarmee gepaard gaande compensatie uit de Ongevallenwet was uitgebleven, ten gevolge van verkeerde diagnostiek van keuringsartsen. Via een fonds, gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), werd uiteindelijk aan 1.775 oud-mijnwerkers of hun nabestaanden

[20] Hoop, R.I.R. (2007). *Shifts in Work-Related Injuries: An explanatory Analysis*. In: Klosse, Saskia, Ton Hartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases. Tort and Insurance Law, vol. 20. Wien, Springer Verlag. p. 106-107.
[21] Peeters, M.G.P. (2005). *Compensatie en erkenning voor werknemers met beroepsziekten tussen 1978 en 2005.* Nijmegen, Wolf Legal Publishers. p. 75.
[22] Ruers, R.F. (2012). *Macht en tegenmacht in de Nederlandse asbestregulering*. Den Haag, Boom. p. 341.
[23] Peeters, M.G.P. (2005). *Compensatie en erkenning voor werknemers met beroepsziekten tussen 1978 en 2005.* Nijmegen, Wolf Legal Publishers. p. 75.
[24] In 2012 bedroeg die tegemoetkoming € 18.626.
[25] In 2012 bedroeg de standaard schadevergoeding € 59.536
[26] Zie ook: www.asbestslachtoffers.nl

een uitkering van 20.000 gulden verstrekt. Via een tweede fonds, waaraan de provincie Limburg, gemeenten, instellingen en werkgevers hadden bijgedragen, ontvingen nog eens 269 'afkopers' (mijnwerkers die een - beperkte - afkoopsom hadden ontvangen in het kader van de liquidatie van de Ongevallenwet) een uitkering van 4.800 gulden.[27]

Niet alleen als gevolg van het optreden van de ´claim mobilizers´ maar ook door de aandacht voor nieuwe beroepsziekten als OPS en RSI ontstaat bij de Nederlandse verzekeraars bezorgdheid over de zich uitbreidende werkgeversaansprakelijkheid. Dit leidt ertoe dat het Verbond van Verzekeraars een wetenschappelijk onderzoek laat uitvoeren naar de groeiende aansprakelijkheidslast.[28] In dat onderzoek worden aanbevelingen gedaan over de versterking van de preventieve functie van de werkgeversaansprakelijkheid, zoals een risicodifferentiatie, via polisvoorwaarden een effectief preventiebeleid van de verzekerde werkgever eisen, en een verbetering van de registratie van beroepsziekten. Het onderzoek is voor de verzekeraars aanleiding om de eigen standaardpolisvoorwaarden aan te passen. Tegelijkertijd pleit men vanaf dat moment voor de invoering van een wettelijk verplichte directe verzekering tegen beroepsrisico's.

Extra Garantieregeling Beroepsrisico's
Een dergelijke wettelijk verplichte directe verzekering komt vanaf het begin van deze eeuw ook politiek in beeld, als het Ministerie van SZW plannen ontvouwt voor een Extra Garantieregeling Beroepsrisico's (EGB), een wettelijk verplichte verzekering tegen de gevolgen van beroepsrisico's.

Argumenten van internationaalrechtelijke aard worden aangevoerd ten faveure van die EGB. Volgens de Europese Code inzake sociale zekerheid mag een eigen bijdrage niet worden verlangd als de ziektekosten verband houden met een arbeidsongeval of beroepsziekte.[29] Met de EGB denkt het ministerie tevens te kunnen voldoen aan de eisen van ILO verdrag 121. Conform ILO verdrag 121 heeft een staat, onder andere, de verplichting ervoor te zorgen dat werknemers die als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte arbeidsongeschikt zijn geraakt, een uitkering ontvangen die minimaal 60% van het laatstverdiende loon bedraagt. Door de introductie van de WIA voldoet Nederland niet geheel aan die eis, mede omdat de WGA vervolguitkering niet gebaseerd is op het laatstverdiende loon. Dat is de reden voor de commissie die zich bezighoudt met de herziening van de WAO (de commissie Donner), om de invoering van een directe verzekering voor te stellen. Ook de SER laat zich op dat moment in beginsel positief uit over een dergelijke regeling.[30]

Naast internationaalrechtelijke argumenten spelen nationale beleidsmatige overwegingen een rol om te pleiten voor een EGB. Deze overwegingen staan in verband met de negatieve aspecten van de civielrechtelijke aansprakelijkheid. Het gaat daarbij met name om het ontstaan van een claimcultuur. Wanneer voor het beroepsrisico geen aparte regeling wordt getroffen, bestaat de kans dat steeds meer werknemers met letsel door arbeidsongeval of beroepsziekte hun (ex-) werkgever aansprakelijk stellen. Dit zou niet alleen negatief zijn voor werkgever en verzekeraar, maar ook voor het slachtoffer, aangezien een aansprakelijkheidsprocedure de re-integratie zou kunnen belemmeren. Daarnaast zou de civiele aansprakelijkheid voor de

[27] Kusiak, L., D. Hamerslag (2000). *Een kwestie van ereschuld, eindverslag Stichting Silicose Oud-Mijnwerkers.* Maastricht, Stichting Silicose Oud-Mijnwerkers.
[28] Faure, M., T. Hartlief. (red) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast*. Deventer, Kluwer.
[29] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Grenze(n)loze zorg*. Den Haag, Ministerie VWS. p. 40 e.v.
[30] Zie ook: SER advies 02/06 (2006). *Nieuwe risico's: advies over de verzekerbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's.* Den Haag, SER. p.10: "Een duurzame financiering omvat naar de mening van de raad een systeem dat een ruime en gegarandeerde risicodekking biedt (vergoedingsfunctie), dat optimale prikkels tot preventie bevat (preventieve functie), dat mede gebaseerd is op het beginsel dat de vervuiler betaalt (kostenallocatie) en dat bestand is tegen toekomstige schadeclaims, met inbegrip van de claims die voortkomen uit schade als gevolg van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's."

werkgever onzekerheid met zich brengen over de reikwijdte van jurisprudentie en de verzekerbaarheid van met name beroepsziekten in gevaar brengen.[31]

Preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten is dus niet de directe aanleiding om een dergelijke verzekering in te voeren. Niettemin leggen de twee voorstellen tot invoering van de EGB (2002[32] en 2003) op allerlei manieren het verband met preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, onder andere door, net als bij de Ongevallenwet, terug te grijpen op het belang van naleving van de bestaande normen en aanbevelingen uit de arbeids-omstandighedenwetgeving bij het voorkomen van de beroepsrisco's. Ook wordt verbeterde registratie van arbeidsongevallen en beroepsziekten voorgesteld, zonder dat overigens duidelijk is of dat een publieke taak is of privaat moet worden uitgevoerd. Of een EGB-regeling zou kunnen bijdragen aan meer landelijke expertise ten aanzien van trends, nieuwe risico's, diagnostiek, preventie en re-integratie van beroepsziekten is evenmin duidelijk.

Anderzijds leunen beide versies van de EGB sterk op de rol die de private verzekeraar zou kunnen spelen in die preventie. De eerste versie van de EGB is daarover zeer helder: "De verzekeraar stelt eisen aan de werkgever ter voorkoming van arbeidsongevallen en beroepsziekten." Het ministerie van SZW verwacht veel van de preventieve kracht van de private verzekeraar: "Voorts maakt het private karakter een optimale allocatie van beschikbare middelen mogelijk. Er kan een goede afweging plaatsvinden tussen de kosten van de regeling, in de vorm van premieopbrengsten, en beperking van de schadelast. Deze kan door preventieve maatregelen en intensieve re-integratie inspanningen beperkt worden gehouden."[33]

Er worden drie verschillende soorten preventie-instrumenten gesuggereerd waarmee de verzekeraar zijn preventieve rol kan accentueren: financiële middelen, inzet van expertise en samenwerking met andere actoren. Het EGB-voorstel biedt de mogelijkheid aan verzekeraars om financiële prikkels te geven aan de werkgever om (letsel)schade te beperken. Gesuggereerd wordt dat verzekeraars polis- en/of premievoorwaarden koppelen aan maatregelen op bedrijfsniveau om de preventie te sturen: als een werkgever als verzekeringnemer de opgelegde preventieve maatregelen niet nakomt, moet de premie verhoogd kunnen worden, terwijl een werkgever die veel werk maakt van preventie een korting op de premie tegemoet kan zien. Daarnaast kan ook de mate waarin een bedrijf voldoet aan veiligheidsvoorschriften een rol spelen bij de premievaststelling. Tevens wordt een systeem van premiedifferentiatie voorgesteld: arbeidsorganisaties met weinig schadeclaims betalen minder dan organisaties met veel schadeclaims. Ook een eigen risico wordt zinvol geacht.[34] Tegelijkertijd wordt de verzekeraar zelf ook geprikkeld tot preventie: "Een private verzekeraar die het volledig risico draagt van langdurige arbeidsongeschiktheid ten gevolge van het beroepsrisico, heeft een optimale prikkel de gevolgen van het risico te beperken."[35]

De EGB-voorstellen plaatst de verzekeraar ook in de deskundigenrol. Vanuit het oogpunt van preventie is vroege betrokkenheid van de verzekeraar gewenst. De verzekeraar moet zich een reëel beeld (kunnen) vormen van het risicoprofiel van een onderneming en van de concrete preventiemaatregelen die getroffen kunnen worden, om het risico van ongevallen of ziekten te verkleinen en daarmee ook de kans op schade voor de verzekeraar. De verzekeraar kan in voorkomende gevallen aandringen op verbeteringen in de bedrijfsvoering, al dan niet in combinatie met premiestelling.[36]

---

[31] Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2003). *Ambtelijke nota "Internationale bestendigheid arbeidsongeschiktheidsverzekeringen."* p. 10 . Als bijlage opgenomen in de brief van Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer (kenmerk brief SV/A& L/03/92292) 28 november 2003.

[32] De versie van 2002 is destijds door Minister de Geus 'ceremonieel in de prullenbak gesmeten'. Het wetsontwerp was volgens De Geus door ambtenaren ontworpen zonder zijn toestemming. Ten behoeve van dit onderzoek is die eerste versie uit de prullenbak gehaald. Het wetsontwerp 2003 lijkt in grote mate op dat van 2002 en is in 2003 ter advisering voorgelegd aan de SER.

[33] Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2003). *Extra Garantieregeling Beroepsrisico's*. Den Haag, Ministerie van SZW. Concept 30 oktober 2003. p. 11.

[34] Ibid p. 32.

[35] Ibid p. 11.

[36] Ibid p. 22.

Tot slot verwacht men preventieve effecten van samenwerking van de verzekeraar met externe actoren. In dat verband noemt het wetsontwerp de arbeidsinspectie, bijvoorbeeld doordat de verzekeraar uitkomsten van onderzoek van de arbeidsinspectie benut.[37] Samenwerking tussen actoren binnen het compensatiesysteem (de verzekeraar, de claimbeoordelende instantie[38]) en externe actoren (de werkgever, de arbodienst) wordt voorgesteld teneinde goede afspraken te maken over vroegtijdige interventie, over een snelle en adequate aanpak bij de intrede van het beroepsrisico, en de re-integratie. Ook moet de samenwerking ertoe leiden dat de verzekeraar op de hoogte is van minder ernstige incidenten, die mogelijk in de toekomst invloed hebben op de schadelast. Daarnaast verwacht de wetgever op brancheniveau samenwerking tussen private verzekeraar en sociale partners: "Het voordeel van private uitvoering is dat daarbij nog steeds ruimte wordt gelaten voor sociale partners om branchegerichte verzekeringen te ontwikkelen die nauw aansluiten bij de daar levende behoeftes."[39]

Ondanks alle vermeende voordelen van een dergelijke directe verzekering (voor zover bekend ligt er geen wetenschappelijk onderzoek ten grondslag aan de opvattingen over preventie) is men niet tot invoering van de EGB overgegaan. Wel is in het kader van het najaarsoverleg 2004 in een akkoord van de Stichting van de Arbeid de mogelijkheid geopend om op decentraal niveau sector-specifieke regelingen ter verzekering van beroepsrisico's overeen te komen. Uit twee onderzoeken blijkt dat verschillende cao's één of meer regelingen bevatten waarop werknemers een beroep kunnen doen wanneer zij financiële schade hebben door een beroepsziekte of arbeidsongeval.[40] Het is onduidelijk of de afspraken in de Stichting van de Arbeid hierop van invloed zijn geweest. Of in deze regelingen een relatie met preventie is gelegd, is eveneens duister.

Na een intermezzo van acht jaar komt in 2012 opnieuw politieke aandacht voor het vraagstuk van werknemerscompensatie. In zijn visie op het stelsel voor gezond en veilig werken constateert de staatssecretaris van SZW dat de lasten van schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten niet altijd terechtkomen bij de veroorzaker van de schade en meer dan nodig is worden afgewenteld op de getroffene en de maatschappij. Hij geeft aan dat 'dat moet veranderen' en dat hij daartoe mogelijkheden ziet voor zelfregulering door de sociale partners, met name via afspraken in cao's, al dan niet met betrokkenheid van verzekeraars. In de brief waarin hij dit standpunt verwoordt vraagt hij de SER om hierover advies te geven.[41] Mede ten behoeve van de beraadslagingen in de SER is medio 2012 een inventarisatie uitgevoerd van de sterke en zwakke punten van verschillende systemen van werknemerscompensatie in binnen- en buitenland.[42]

Verhouding tussen werknemerscompensatie en Arbeidsomstandighedenwet

Hiervoor is de relatie werknemerscompensatie en preventie vooral beschouwd vanuit het gezichtspunt van de inrichting van verschillende systemen van werknemerscompensatie. Daarbij was altijd sprake van een zekere afstemming met preventieve maatregelen vanuit de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving. In de discussies over de regulering van arbeidsomstandigheden is er echter een moment geweest waarop één vorm van werknemerscompensatie, de civielrechtelijke aansprakelijkheid, in beeld kwam als *vervanging* voor de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving.

---

[37] Ibid p. 23.

[38] Het Nederlands Instituut voor Claimbeoordeling van Arbeidsongevallen en Beroepsziekten (NICAB).

[39] Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2003). *Extra Garantieregeling Beroepsrisico's*. Den Haag, Ministerie van SZW. Concept 30 oktober 2003. p. 11.

[40] Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving) (2006). *Najaarsrapportage CAO- afspraken 2005*. Den Haag, Ministerie van SZW. p. 19 e.v.
Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met Arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag: Ministerie van SZW.

[41] Brief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer (30 maart 2012), nr. G&VW/VW/2012/1623.

[42] Knegt, R., W.A. Eshuis, J.M. Gaarthuis, A. Lunenborg, P. Mauser, J.R. Popma, M. Stekelenburg (2012). *Verhaal van werkgerelateerde schade.* HSI, Amsterdam. Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW.

In de jaren ’90 ontstaan twijfels over de effectiviteit van de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving, over het draagvlak ervan, en over de vraag of de wetgeving nog wel in overeenstemming is met de economische ontwikkelingen. Een in het kader van de zogenaamde operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) ingestelde commissie Kortmann bracht daarover in 1994 een advies uit. In dat advies (‘Van Keurslijf naar Keurmerk’) bekritiseert ze de publiekrechtelijke regulering van arbeidsomstandigheden, zoals neergelegd in de Arbowet en de daaraan gekoppelde uitvoeringsbesluiten. Deze zou een te knellend keurslijf vormen en niet effectief zijn. De meer dan 1.200 normen in de arbeidsomstandighedenwetgeving zouden de toets van de eenvoud, duidelijkheid en toegankelijkheid niet kunnen doorstaan en zouden bovendien in de praktijk moeilijk uit te voeren en te handhaven zijn.

In plaats daarvan stelt de commissie voor een hoofdzakelijk op privaatrechtelijke leest geschoeid systeem in te voeren. Een dergelijk systeem zou moeten bestaan uit privaatrechtelijke risicoaansprakelijkheid in combinatie met privaatrechtelijke certificatie van bedrijven. De werkgever heeft in dat geval een zorgplicht, is verantwoordelijk voor goede arbeidsomstandigheden en heeft de verplichting zich tegen aansprakelijkheid te verzekeren. De verzekeraar moet in staat worden gesteld om de door hem vergoede schade, voor zover de werkgever daarvoor aansprakelijk geacht kan worden, op de werkgever te verhalen. Hierdoor worden de lasten niet afgewenteld op het collectief maar op de vervuiler, die door deze financiële prikkel tot meer preventie wordt aangezet. De certificatie middels een Arbokeurmerk zou ook financiële gevolgen moeten hebben, bijvoorbeeld in de vorm van reductie van premie ten behoeve van de af te sluiten verzekeringen en matiging van de schadevergoedingsplicht bij civielrechtelijke aansprakelijkheid.[43]

Hiermee neemt de commissie niet alleen afstand van de filosofie van het gezamenlijk te dragen sociale risico, maar introduceert ze ook weer de gedachte dat werknemerscompensatie, in dit geval via de civielrechtelijke aansprakelijkheid, van centrale betekenis is voor preventie. De publiekrechtelijke wetgeving zou kunnen worden vervangen door de privaatrechtelijke aansprakelijkheid, omdat de vrees voor steeds hoger wordende letselschadeclaims de werkgevers aanzet tot een preventief beleid. De voorstellen van deze commissie zijn uiteindelijk niet overgenomen door de centrale MDW-werkgroep, omdat ze betwijfelde of de preventieve effecten van die claimcultuur wel optreden. Wel herhaalde de MDW-werkgroep in haar eindrapport dat de publiekrechtelijke regelgeving te weinig mogelijkheden biedt om aan de verantwoordelijkheid van de werkgever voor goede arbeidsomstandigheden een eigen inhoud te geven, die aansluit bij de specifieke omstandigheden van het bedrijf.[44]

[43] Zie o.a.: Wilthagen, Ton, Tonny Willenborg (1995). Vormt het privaatrecht dé oplossing voor slachtoffers van beroepsziekten? In: Rechtshulp 1995-4, Alphen aan den rijn, Samsom/Tjeenk Willink. p. 8-16; Jong P. de, R. Schwitters, P. van Seters, T. Wilthagen (1995). *Arbeid, recht en risico: beweging in de regulering van arbeidsomstandigheden*. Siswo, Amsterdam. p. 13. Bal, R., C. Stolker (1997). *Dereguleren in Arbo-land: een heroriëntatie op de Arbeidsomstandighedenwet.* In: NJB, 30 mei 1997. Afl.22. p. 969-975.

[44] Popma, J.R. (red.) (2008). *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid.* Nieuwerkerk aan den IJssel, Gelling Publishing. p. 92.

2. Aanleiding tot het onderzoek en vraagstelling

Het historisch overzicht laat zien dat in Nederland de afgelopen 100 jaar verschillende systemen van werknemerscompensatie hebben bestaan of nog steeds een functie vervullen. Het gaat met name om de Ongevallenwet, de civielrechtelijke aansprakelijkheid, het Silicosefonds, het Instituut voor Asbestslachtoffers, en compensatieregelingen in cao's. Begin van deze eeuw is de EGB voorgesteld, een wettelijk verplichte directe verzekering tegen beroepsrisico's.

Een aantal van deze systemen van werknemerscompensatie werd expliciet preventieve functies toegedicht, dan wel voorzien van preventie-instrumenten, in de vorm van financiële prikkels, expertise of samenwerking en communicatie tussen betrokken actoren. Daarbij was meestal ook sprake van een zekere afstemming met de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving.

Het historisch overzicht geeft aanleiding tot nader onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties. Enerzijds is die aanleiding van wetenschappelijke aard. Er bestaan allerlei veronderstellingen over de preventieve functie van verschillende systemen van werknemerscompensatie. In Nederland is echter nauwelijks empirisch wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Empirisch onderzoek is nodig om inzicht te krijgen in de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Onderzoeksvraag 1 (inclusief de vier daarbij behorende deelvragen; zie hiervoor kader 2) heeft betrekking op de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Anderzijds is er een aanleiding van maatschappelijke aard, die betrekking heeft op de mogelijkheden en beperkingen om via werknemerscompensatiesystemen preventie in arbeidsorganisaties te verbeteren. Daarop heeft onderzoeksvraag 2 betrekking. De ambitie van deze studie is om een empirische basis te leggen voor een adequate besluitvorming -in Nederland- over de inrichting van een of meer werknemerscompensatiesystemen. Het onderzoek is primair gericht op het Nederlands perspectief: wat is de Nederlandse praktijk van compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, en in welke richting moet die praktijk zich ontwikkelen? Het onderzoek naar de Belgische situatie geldt als referentiekader voor die Nederlandse situatie.

Kader 2: Onderzoeksvragen

1. Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    a. Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?
    b. Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    c. Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    d. Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

2. Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

Wetenschappelijke aanleiding

Er bestaan allerlei veronderstellingen over de preventieve functie van verschillende systemen van werknemerscompensatie en over de werkzame bestanddelen ervan. Of werknemerscompensatie in werkelijkheid ook preventie in arbeidsorganisaties met zich brengt, is echter nooit onderwerp geweest van empirisch wetenschappelijk onderzoek. Het is zelfs onbekend in welke mate op dit moment een beroep wordt gedaan op de bestaande systemen van werknemerscompensatie. Ook is onduidelijk of verschillen bestaan tussen de preventieve

effecten van verschillende te onderscheiden systemen van werknemerscompensatie, hoe het preventieve effect van werknemerscompensatie zich verhoudt tot dat van de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving, hoe de aansluiting is tussen werknemerscompensatie en de arbeidsorganisatie, en welke actoren betrokken zijn bij de uitvoering van compensatie en preventie.

Dit geeft aanleiding tot de eerste onderzoeksvraag: Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? Deze vraag is vooral relevant vanuit wetenschappelijk oogpunt. Binnen deze vraag zijn vier deelvragen onderscheiden:

- De eerste deelvraag heeft een inventariserend karakter. Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er; wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen? Tot deze inventarisatie hoort eveneens inzicht in het gebruik van systemen van werknemerscompensatiesystemen die in Nederland voorkomen.
- De tweede en de derde deelvraag zijn een uiting van de behoefte inzicht te krijgen in de samenhang tussen systemen van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Het gaat hier om een antwoord op de vraag of het ene werknemerscompensatiesysteem meer of minder preventie met zich meebrengt dan het andere. Het spreekt vanzelf dat het antwoord op deze vragen ook maatschappelijk relevant kan zijn, mocht uit het onderzoek blijken dat sommige compensatiesystemen vanuit preventief oogpunt de voorkeur verdienen boven andere.
- De laatste deelvraag benadrukt dat het onderzoek niet alleen gericht is op het preventieve effect van een compensatiesysteem, maar dat ook rekening wordt gehouden met invloed van andere factoren op preventie, zoals de arbeidsomstandigheden-wetgeving en de sociale zekerheid.

Maatschappelijke aanleiding

In Nederland lopen jaarlijks meer dan 200.000 werknemers letsel en verzuim op door een arbeidsongeval en krijgen naar schatting 25.000 werknemers per jaar een beroepsziekte. De aantallen werknemers met letsel door een beroepsrisico zijn over de afgelopen jaren min of meer van het hetzelfde niveau, de statistieken vertonen weinig schommelingen.[45] Deze beroepsrisico's brengen bedrijfseconomische schade met zich mee, hebben negatieve effecten op de arbeidsmarkt, verhogen de kosten van de gezondheidszorg en leiden tot veel persoonlijk leed. Reductie van schade door deze beroepsrisico's is daarmee van algemeen belang.

In Nederland doet een onbekend aantal werknemers met letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte een beroep op een vorm van werknemerscompensatie. Schattingen hierover variëren sterk: de schatting van het aantal afgeronde arbeidsongevallenclaims varieert van 4.000 [46] tot ongeveer 34.000[47] en de schatting van het aantal afgeronde beroepsziekteclaims per jaar varieert van 1.500[48] tot maximaal 2.800 per jaar.[49] Het is van belang exacter inzicht te krijgen in de omvang van de letselschade door arbeidsongevallen en beroepsziekten en het aantal werknemers dat (al dan niet met succes) een beroep heeft gedaan op werknemerscompensatie, omdat dan de behoefte aan werknemerscompensatie duidelijk wordt en de maatschappelijke kosten hiervan in beeld komen.

Nu Nederland mogelijk in de nabije toekomst overgaat tot de herintroductie van een nieuwe publieke en/of private regeling van werknemerscompensatie is tevens de vraag relevant of ook

[45] Zie hoofdstuk 5.1.
[46] Gorissen, A., C. Schröer (1995). *Omvang beroepsziekten en arbeidsongevallen in Nederland. Een schatting op basis van Belgische en Duitse gegevens*. In: Faure, M., T. Hartlief (red). Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast. Deventer, Kluwer. p. 115 e.v.
[47] Weterings, W. (1999). *Vergoeding letselschade en transactiekosten.* Tilburg, Tilburg Universiteits Pers.
[48] Gorissen, A., C. Schröer (1995). *Omvang beroepsziekten en arbeidsongevallen in Nederland. Een schatting op basis van Belgische en Duitse gegevens*. In: Faure, M. en T. Hartlief (red). Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast. Deventer, Kluwer. p. 115 e.v.
[49] Ewijk M. van, M. Engelen, C. van der Werf (2001). *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten.* Doetinchem, Elsevier Bedrijfsinformatie.

preventieve ingrediënten aan een dergelijk werknemerscompensatiesysteem moeten worden toegevoegd. Indien die laatste vraag bevestigend wordt beantwoord, dan is de vraag hoe een dergelijk systeem zodanig kan worden ingericht dat het leidt tot vermindering van het aantal beroepsziekten en arbeidsongevallen, en daardoor ook weer tot vermindering van de aanspraak op die werknemerscompensatie. Met andere woorden: moet de werknemerscompensatie in de steigers worden gezet ten behoeve van een (betere) preventieve werking, en zo ja, welke renovatiewerkzaamheden moeten dan worden verricht? Dit is de aanleiding tot de tweede centrale onderzoeksvraag: Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

3. Theoretische en methodologische uitgangspunten

Dit onderzoek kent een aantal theoretische en methodologische uitgangspunten. Deze uitgangspunten worden hier nader toegelicht.

Exploratief onderzoek
Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een exploratieve onderzoeksbenadering. Een dergelijke aanpak past het best bij de beperkte wetenschappelijke kennis over het vraagstuk van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties en bij het gebrek aan ervaring met de methodologische aspecten van onderzoek naar dit onderwerp. Een exploratief onderzoek is geschikt als het gericht is op het beantwoorden van één of meer open 'samenhang' en/of 'verschil' onderzoeksvragen en als het nog te vroeg is om een nieuwe theorie of een bestaande theorie toe te passen. De werkwijze wordt niet helemaal van te voren vastgelegd. Het is een proces van vallen en opstaan. Verschillende mogelijke verbanden worden nagegaan en veronderstellingen worden aangepast aan de resultaten. Onderdeel van dit exploratief onderzoek is de zoektocht (in hoofdstukken 1 tot en met 3) naar de voor dit onderzoek geschikte onderzoeksmethoden.[50] De definitieve onderzoeksaanpak die gebaseerd is op die zoektocht, wordt gepresenteerd in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 8 besteedt aandacht aan de evaluatie van de gekozen onderzoeksmethodologie.

Werknemerscompensatie als sociaal juridisch systeem
In dit onderzoek wordt werknemerscompensatie beschouwd als een sociaal juridisch systeem. Een dergelijk systeem valt te karakteriseren in termen van functie, structuur, actoren en regels. Een compensatiesysteem heeft twee hoofdfuncties, namelijk een compensatiefunctie en een preventiefunctie. Elk werknemerscompensatiesysteem kent een bepaalde structuur. Die structuur, of bepaalde elementen van die structuur, kunnen bijdragen aan de realisatie van die functies. Tot een dergelijk systeem behoren ook actoren die bijdragen aan de realisatie van die functies. Met andere woorden: zowel structuurelementen als actoren kunnen mede vormgeven aan bijvoorbeeld de preventiefunctie. Het werknemerscompensatiesysteem wordt in deze studie beschouwd als een min of meer open systeem, dat in meer of mindere mate in verbinding staat of kan staan met de omgeving, waartoe ook de arbeidsorganisatie en de getroffen werknemer gerekend worden.[51] Hoofdstuk 1 gaat na welke verschillende systemen van werknemerscompensatie te onderscheiden zijn, welke specifieke kenmerken ze hebben en welke actoren een rol spelen.

Arbeidsorganisatie
Vaak kiest men in (sociologisch) onderzoek naar arbeidsorganisaties tussen twee opvattingen over de organisatie, namelijk de actorenbenadering en de benadering waarin de arbeidsorganisatie als een sociaal-cultureel systeem wordt gezien.[52]

In de actorenbenadering staat het handelen van het individu, en ook de handelingsvrijheid van dat individu of groepen individuen, centraal. Sommige aanhangers van deze benadering, ook wel het partijenmodel genoemd, beschouwen een organisatie niet zozeer als een verzameling vrij handelende individuen maar als een arena van partijen, deelgroeperingen die op hun eigen belangen zijn gericht en hun belangen proberen te realiseren via dwang- en lokmiddelen. Tussen die partijen bestaat een labiel verband, een wankel evenwicht, bestaande uit tijdelijke coalities tussen de onderscheiden groepen. In de actorenbenadering gaat men uit van het 'conflictmodel' en heeft men vooral aandacht voor aspecten van 'macht', 'conflict' en 'onderhandeling'.

[50] Zie hiervoor o.a. Baarda, D.B., M.P.M. de Goede (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff; Swanborn, P.G. (1996). *Case-study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom; Hutjes, J.M., J.A.van Buuren, (1992). *De gevalsstudie*. Meppel/Amsterdam/Heerlen, Boom/ Open Universiteit.
[51] Doorn, van J.A.A. & C.J. Lammers (1984). *Moderne sociologie*. Utrecht / Antwerpen, Het Spectrum. p. 265.
[52] Krogt, W.P.M.van der, C.W. Vroom (1991). *Organisatie is beweging.* Utrecht, Lemma. p.33. ; Lammers, C.J. (1987). *Organisaties vergelijkenderwijs*. Utrecht, Aula/Het Spectrum. p. 369 e.v.; Boonstra, J.J. (1994). *Integrale organisatieontwikkeling*. Utrecht, Lemma. p. 27-41.

De andere benadering is die waarin een arbeidsorganisatie wordt beschouwd als een sociaal cultureel systeem. In deze benadering, ook wel het systeemmodel genoemd, bestudeert men de organisatie als een geheel. Hierin staat de studie van het overkoepelende systeem en de consequenties daarvan voor de actoren, of groepen van actoren centraal. Het accent ligt hier op de organisatie als een stabiel verband met een saamhorigheidsbesef en min of meer gezamenlijke normen die invloed hebben op de individuele actoren. De organisatie wordt als samenwerkingsverband beschouwd. In de benadering van de arbeidsorganisatie als sociaal cultureel systeem gaat men meer uit van het 'harmoniemodel' en heeft men vooral aandacht voor aspecten van 'doeleinden en waarden', 'gezag', 'overleg en samenwerking', 'norm en saamhorigheidsbesef' en 'groepsvorming'.

Verschillende auteurs[53] wijzen erop dat bij de bestudering van arbeidsorganisaties het voor de hand ligt om van beide opvattingen uit te gaan. Men kan de systeemkant van een organisatie niet miskennen en evenmin de actorkant. In deze studie wordt ook uitgegaan van het dubbelkarakter van organisaties. Er wordt geen keuze gemaakt tussen het systeemmodel en het partijenmodel. Deze open benadering sluit ook aan bij het exploratieve karakter van dit onderzoek. In deze 'speurtocht' naar werknemerscompensatie en preventie in de arbeidsorganisatie wordt daarom zowel gelet op organisatieverschijnselen als concurrentie, conflict, macht en deelbelang, als op de systeemaspecten als doeleinden, gezag, consensus, overleg en samenwerking.

Een arbeidsorganisatie heeft daarnaast nog een specifieke juridische kenmerk, dat voor dit onderzoek van belang is. In een arbeidsorganisatie is sprake van een contractuele gezagsverhouding. Met het tekenen van een arbeidscontract onderwerpt de werknemer zich aan het gezag van de werkgever en krijgt de werkgever het recht om bevelen te geven.[54] In de praktijk betekent dit dat de werkgever het werk organiseert, mensen toelaat en verdeelt over werkplekken en toezicht houdt op de geleverde arbeidsprestaties. Met het tekenen van het contract neemt de werknemer de plicht op zich om aan de bevelen gehoor te geven. De werkgever is daarmee ook verantwoordelijk voor de preventie in de arbeidsorganisatie. Het gezag van de werkgever kan gelimiteerd zijn of aan grenzen worden gebonden door bijvoorbeeld onderhandelings- of medezeggenschapsrechten van werknemers en hun organisaties. Ook kan het gezag van de werkgever worden gedelegeerd naar lager leidinggevenden.[55]

Letselschadeproces als uitgangspunt

Omdat het exploratief onderzoek tot doel heeft na te gaan wat in concrete arbeidssituaties gebeurt aan preventie in verband met compensatie van schade is ervoor gekozen het letselschadeproces als kader te nemen voor de uitvoering van het empirisch onderzoek. De uit de rechtssociologische literatuur bekende opeenvolging van zes stappen (naming, blaming, claiming, dispuut, inschakeling rechter, afgeronde schadeclaim) die naar een succesvol afgeronde juridische claim kunnen leiden, biedt een structuur die de aandacht vestigt op de gang van zaken tijdens de schadeclaimprocedure.[56] Op deze manier kan zicht worden verkregen op preventieve veranderingen die tijdens een schadeclaimprocedure kunnen optreden. Tevens kan op die manier inzicht worden verkregen in de invloed van het betreffende compensatiesysteem. Ten behoeve van dit onderzoek is deze fasering uitgebreid met de fase die voorafgaat aan het letselschadeproces en de post-claim fase, de situatie na een afgeronde schadeclaim. Het ideale design voor empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie bestaat uit een meting van de preventie in alle zeven

[53] Krogt, van der, W.P.M., C.W. Vroom (1991). *Organisatie is beweging.* Utrecht, Lemma; Lammers, C.J. (1987). *Organisaties vergelijkenderwijs*. Utrecht, Aula/Het Spectrum.

[54] Zie art. 7: 660 BW: De werknemer is verplicht zich te houden aan de voorschriften omtrent het verrichten van de arbeid alsmede aan die welke strekken ter bevordering van de goede orde in de onderneming van de werkgever, door of namens de werkgever binnen de grenzen van algemeen verbindende voorschriften, of overeenkomst aan hem, al dan niet tegelijk met andere werknemers, gegeven.

[55] Christis, Jac (1998). *Arbeid, organisatie en stress.* Amsterdam, Het Spinhuis.

[56] Felstiner, W.L.F., R.L. Abel, A. Sarat (1980). *The emergence and transformation of disputes: naming, blaming, claiming.* Law & Society Review 15 (1980), nr. 3/4, p. 631-654.

fasen, aangezien het niet uitgesloten is dat in elk van de zeven fasen de relatie compensatie en preventie anders is.

4. Opzet van het boek

Dit boek bestaat uit acht hoofdstukken. In de eerste drie hoofdstukken wordt nagegaan wat in de wetenschap bekend is over werknemerscompensatie, preventie en de relatie daartussen. In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksmethodologie toegelicht. In de hoofdstukken 5 tot en met 7 wordt verslag gedaan van het empirisch onderzoek. In hoofdstuk 8 staat de beantwoording van de onderzoeksvragen centraal.

In het onderzoek ligt de nadruk op vier werknemerscompensatiesystemen. Daarnaast is de aandacht gericht op één sector (de bouw) voor wat betreft arbeidsongevallen. Bij beroepsziekten is geen speciale aandacht uitgegaan naar een sector maar naar twee beroepsziekten, RSI en OPS. De motieven voor deze keuzen zullen hierna worden toegelicht. Daarna komt de opzet van elk hoofdstuk afzonderlijk aan bod.

Vier systemen van werknemerscompensatie nader onderzocht
In het empirisch gedeelte van dit onderzoek worden vier systemen van werknemerscompensatie onderzocht. Twee daarvan zijn in Nederland bestaande werknemerscompensatiesystemen, de zogenaamde Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (in dit onderzoek afgekort met AVB NL) en de op een regeling in de cao Bouw gebaseerde collectieve ongevallenverzekering (in dit onderzoek afgekort met COV NL).

De andere twee zijn afkomstig uit België. Voor België zijn, net als in de meerderheid van de Europese landen, al meer dan 100 jaar verschillende publieke- en private systemen van werknemerscompensatie in gebruik. Het is niet uitgesloten dat in een dergelijk systeem de samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie andere trekken vertoont. Daarvan valt dus mogelijk te leren. Bovendien bestaat de kans dat een nieuwe publieke en/of private regeling van werknemerscompensatie in Nederland gebaseerd is op, dan wel kenmerken vertoont van, de systemen van onze zuiderburen. Werknemerscompensatie in België wordt gedomineerd door een systeem voor compensatie van schade door beroepsziekten via het Fonds voor de Beroepsziekten (in dit onderzoek afgekort met FBZ BE) en de compensatie van schade door arbeidsongevallen via de arbeidsongevallenverzekering (in dit onderzoek afgekort met AOV BE).

De 'pure' werkgeversaansprakelijkheid is niet empirisch onderzocht. Van empirisch onderzoek naar de samenhang tussen werkgeversaansprakelijkheid en preventie is afgezien omdat letselschadezaken waarin uitsluitend op basis van werkgeversaansprakelijkheid tot schadecompensatie is overgegaan, niet zijn aangetroffen. Dat valt te verklaren uit het feit dat 90% van de Nederlandse werkgevers een AVB heeft afgesloten en dus niet zelf de schade draagt.[57]

Twee beroepsziekten (OPS en RSI); arbeidsongevallen in de sector bouw
Zowel compensatie van schade door beroepsziekten als door arbeidsongevallen wordt onderzocht. Bij arbeidsongevallen is gekozen voor de bouwsector omdat deze sector een hoge incidentie van arbeidsongevallen kent en preventie ervan al lange tijd in de belangstelling staat. Bij beroepsziekten ligt het accent op de beroepsziekten RSI en OPS, waarbij *geen* accent is gelegd op een specifieke sector. De keuze voor RSI en OPS is gebaseerd op het feit dat ze nogal van elkaar verschillen in termen van ontstaan, prevalentie en preventie. RSI is een van de meest voorkomende beroepsziekten in Nederland en komt in allerlei lagen van de bevolking voor, bij zowel mannen als vrouwen. RSI ontstaat door blootstelling aan fysieke belasting, met name repetitieve arbeid in combinatie met werkdruk. Voor OPS is gekozen vanwege het specifieke karakter. OPS ontstaat door blootstelling aan chemische stoffen en komt in veel beperktere mate voor. Het is een beroepsziekte die voornamelijk voorkomt bij mannen,

[57] Ewijk, M. van, M. Engelen, C. van der Werf (2001). *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten.* Doetinchem, Elsevier Bedrijfsinformatie.

meestal vakmensen, van middelbare leeftijd. OPS heeft doorgaans ernstigere consequenties voor persoon en omgeving dan RSI. In het onderzoek zijn dodelijke arbeidsongevallen buiten beschouwing gebleven, in verband met te verwachten complicaties in de uitvoering van een onderzoek onder nabestaanden en ex-collega's.

Hoofdstuk 1: Werknemerscompensatie
Hoofdstuk 1 verkent het terrein van de werknemerscompensatie en geeft een definitie van het begrip werknemerscompensatie. Het hoofdstuk onderscheidt vijf typen werknemers-compensatie. Die vijf typen zijn:

- werkgeversaansprakelijkheid,
- verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid,
- directe verzekering,
- schadefonds,
- contractuele compensatie.

De aanduiding 'type' is een theoretische constructie waarin bepaalde aspecten, in dit geval van juridische aard, worden geaccentueerd, en niet een systeem met een concrete structuur en concrete actoren. Een systeem is een meer waarheidsgetrouwe aanduiding van de werkelijkheid, een concreet bestaand verschijnsel. Er is sprake van een systeem als concrete actoren, elementen en structuur zijn ingevuld. Hoofdstuk 1 beschrijft negen elementen die voor die invulling van belang zijn. De wereld van werknemerscompensatie blijkt in werkelijkheid te bestaan uit een lappendeken van verschillende systemen van werknemerscompensatie, die naast elkaar kunnen bestaan en die in de werkelijkheid op veel verschillende wijzen zijn vormgegeven in concrete compensatiesystemen. Tot een type werknemerscompensatie kunnen dus verschillende werknemerscompensatiesystemen behoren. Zoals tabel 1 laat zien behoren de vier compensatiesystemen die in het empirisch onderzoek centraal staan (AVB NL, AOV BE, FBZ BE, COV NL) tot een verschillend type werknemerscompensatie.

Tabel 1: Werknemerscompensatie

Vijf typen werknemerscompensatie	Negen elementen	Compensatiesystemen
1. Werkgeversaansprakelijkheid	1. Kring verzekerden 2. Verzekerd risico 3. Claimbeoordeling 4. Voorzieningen 5. Administratieve uitvoering 6. Toezicht 7. Financiering 8. Preventie-instrumenten 9. Positie ten opzichte van sociale zekerheid	Civielrechtelijke werkgeversaansprakelijkheid
2. Verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid		AVB NL
3. Directe verzekering		AOV BE
4. Compensatiefonds		FBZ BE
5. Contractuele compensatie		COV NL

Hoofdstuk 2: Preventie
In hoofdstuk 2 staat preventie centraal. Allereerst wordt nagegaan wat onder preventie wordt verstaan.

In de gezondheidswetenschappen is de dominante opvatting dat preventie een rationeel wetenschappelijk proces is dat bestaat uit een mix van doelen, inzet van middelen en interventies door actoren. Die interventies worden vooral verbonden met het handelen van experts, professionals, die geacht worden zoveel mogelijk te handelen op basis van wetenschappelijke inzichten, de stand van wetenschap en techniek en de mores in de eigen beroepsgroep. Gezondheidsexperts onderscheiden drie vormen van preventie, namelijk:

- primaire preventie (beïnvloeding van risicofactoren),
- secundaire preventie (vroegtijdig onderkennen van gezondheidsproblemen),
- tertiaire preventie (voorkomen van verergering van ziekte en letsel).

Hoofdstuk 3 voegt hieraan een vierde vorm van preventie toe, namelijk quartaire preventie (beheersing van de schadelast).

Hoofdstuk 2 geeft weer op welke wijze preventie in de arbeidsomstandighedenwetgeving in Nederland en België vorm krijgt. De arbeidsomstandighedenwetgeving is mede op dit rationeel wetenschappelijk preventieparadigma gebaseerd. Dat is onder andere zichtbaar in de uitwerking van die wet via beleid en evaluatie (het vaststellen en evalueren van doelen, middelen en interventies), waarbij de werkgever zich moet laten bijstaan door deskundigen. In aanvulling daarop kent die wetgeving een beschermingsfilosofie (de werkgever dient de werknemer te beschermen tegen de gevaren van het werk) en een samenwerkingsgedachte (ten behoeve van de uitvoering van het beleid moeten werknemers en werkgevers samenwerken). Tenslotte besteedt hoofdstuk 2 aandacht aan preventie van RSI, OPS en arbeidsongevallen.

Hoofdstuk 3: De wetenschap over werknemerscompensatie en preventie
Dit hoofdstuk behandelt de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. De volgende twee vragen staan centraal:

- Wat is in de wetenschap theoretisch en empirisch bekend over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
- Hoe wordt wetenschappelijk onderzoek naar compensatie en preventie in arbeidsorganisaties vormgegeven, en wat is daarvan te leren voor de opzet van dit onderzoek?

Paragraaf 3.1 biedt een overzicht van de relevante theoretische inzichten over de relatie werknemerscompensatie en preventie. In de paragrafen 2, 3 en 4 komt de preventieve werking van de vijf afzonderlijke typen werknemerscompensatie aan bod. In paragraaf 3.2 staat de preventieve werking van het eerste type werknemerscompensatie, het aansprakelijkheidsrecht, centraal. In paragraaf 3.3 komen de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering aan bod. Deze twee typen worden voor een deel gezamenlijk behandeld aangezien ze in het verzekeringskarakter een gemeenschappelijk kenmerk hebben. In paragraaf 3.4 komen de opvattingen over de preventieve werking van een compensatiefonds en de contractuele compensatie aan bod.

In deze paragrafen is zowel aandacht voor de theoretische inzichten als voor de resultaten van empirisch onderzoek. Dat empirisch onderzoek beperkt zich voornamelijk tot de Angelsaksische landen. Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van de verschillende systemen van werknemerscompensatie in België en Nederland is niet beschikbaar.

Het hoofdstuk sluit in paragraaf 5 af met een samenvatting en een nabeschouwing over de stand van het wetenschappelijk onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie en over de bruikbaarheid van de theoretische en empirische inzichten voor het empirisch vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksopzet en onderzoeksmethodologie
Dit hoofdstuk zet uiteen op welke wijze in dit proefschrift het empirisch onderzoek is vormgegeven naar de preventieve werking van twee werknemerscompensatiesystemen in Nederland (AVB NL en COV NL) en van twee compensatiesystemen in België (AOV BE en FBZ BE).

Het empirisch onderzoek kent twee hoofddoelstellingen: ten eerste inzicht verschaffen in de relatie tussen compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties en ten tweede aanknopingspunten bieden voor de toekomstige vormgeving van werknemerscompensatie en preventie.

Er is gekozen voor drie deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek bestaat uit een analyse van de kenmerken van de vier compensatiesystemen. Het tweede deelonderzoek is een vragenlijst-onderzoek onder werkgevers en werknemers in Nederland en België. Het derde deelonderzoek bestaat uit zeven casestudies. Hoofdstuk 4 geeft de methodologische overwegingen weer, die ten grondslag liggen aan deze drie deelonderzoeken. In hoofdstuk 5, 6 en 7 wordt verslag

gedaan van de uitkomsten van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen compensatie en preventie. In deze hoofdstukken wordt tevens gereflecteerd op de methodologische aspecten van het betreffende deelonderzoek.

Hoofdstuk 5: Kenmerken van vier werknemerscompensatiesystemen
Dit hoofdstuk geeft een antwoord op onderzoeksvraag 1.a: Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de te onderscheiden kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik van de compensatiesystemen? In de beschrijving van de vier compensatiesystemen ligt de nadruk op de inventarisatie van de preventie-instrumenten, conform de verwachting dat deze preventie-instrumenten invloed hebben op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties.

Allereerst komen de twee Nederlandse compensatiesystemen aan bod, in paragraaf 5.2 de Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (AVB NL) en in paragraaf 5.3 de collectieve ongevallenverzekering (COV NL). Voorafgaand aan die twee paragrafen geeft paragraaf 5.1 een beschrijving van werknemerscompensatie in Nederland. Daarin wordt aandacht besteed aan de omvang van de werknemerscompensatie in Nederland en de plaats ervan ten opzichte van de sociale zekerheid.

Dan volgt een beschrijving van de twee Belgische compensatiesystemen. In paragraaf 5.5 komt de Arbeidsongevallenverzekering (AOV BE) aan bod en in paragraaf 5.6 het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE). Ook deze twee paragrafen worden voorafgegaan door een paragraaf (5.4) over de omvang van de werknemerscompensatie in België en de positie ervan ten opzichte van de sociale zekerheid.

Hoofdstuk 5 wordt afgesloten met een samenvatting en een vooruitblik op de twee andere deelonderzoeken.

Hoofdstuk 6: De samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie
In hoofdstuk 6 staat de presentatie van de resultaten van het vragenlijstonderzoek centraal.

Het hoofdstuk geeft in paragraaf 6.1 een beschrijving van het onderzoeksproces. Deze beschrijving is niet alleen relevant met het oog op de interpretatie van de onderzoeksresultaten, maar ook met het oog op de vraag op welke wijze wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties kan worden opgezet.

Paragraaf 6.2 brengt op basis van het vragenlijstonderzoek de verschillen in preventieve effecten van de vier compensatiesystemen in beeld.

In paragraaf 6.3 komt de aard van de preventieve veranderingen aan de orde. Paragraaf 6.4 geeft een samenvatting van de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. Dezelfde paragraaf plaatst een aantal kanttekeningen bij de validiteit en de betrouwbaarheid van het vragenlijst-onderzoek.

Hoofdstuk 7: Welke factoren hebben invloed op preventie na compensatie?
Dit hoofdstuk geeft aan de hand van het casestudie-onderzoek inzicht in de preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Ook biedt het inzicht in de factoren die invloed hebben op deze preventieve veranderingen. Dit hoofdstuk heeft de volgende opzet.

Allereerst komt in paragraaf 7.1 het onderzoeksproces aan bod. Een beschrijving daarvan is niet alleen relevant met het oog op de interpretatie van de onderzoeksresultaten maar ook met het oog op de achterliggende methodologische vragen.

Paragraaf 7.2 geeft een beschrijving van de zeven casestudies.[58] Die beschrijvingen besteden aandacht aan het ontstaan van het letsel en de vergoeding ervan, de preventieve veranderingen die zijn opgetreden tijdens en na afronding van de schadeclaim en aan de vraag welke factoren van invloed zijn op de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie.

Daarna wordt in paragraaf 7.3 besproken welke factoren een rol spelen in de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Paragraaf 7.4 is een samenvatting van dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 8: Werknemerscompensatie (en preventie) in de steigers
Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvragen.

Paragraaf 8.1 biedt een beschouwing over de methodologische aspecten van het empirisch onderzoek. In paragraaf 8.2 staan de antwoorden op de eerste hoofdvraag, de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie, centraal. Het antwoord op deze onderzoeksvraag is gebaseerd op de drie deelonderzoeken.

Paragraaf 8.3 geeft antwoord op de tweede hoofdvraag van dit onderzoek, hoe werknemers-compensatie zodanig kan worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Paragraaf 8.4 gaat in op de rol van wetenschappelijk onderzoek bij de toekomstige vormgeving van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in Nederland.

Dit boek heeft drie bijlagen.

Bijlage 1 geeft inzicht in de opzet van de vragenlijsten die gebruikt zijn ten behoeve van tweede deelonderzoek: het vragenlijstonderzoek onder werkgevers en werknemers in Nederland en België. Tevens geeft de bijlage een overzicht van de personen die geraadpleegd zijn ten behoeve van de ontwikkeling van de vragenlijsten.

Bijlage 2 geeft een beschrijving van de opzet van het eerste deelonderzoek , een inventarisatie van de kenmerken van de vier compensatiesystemen die centraal staan in het empirisch onderzoek.

Bijlage 3 doet uitgebreid verslag van het derde deelonderzoek: zeven casestudies over werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties die ten behoeve van dit onderzoek zijn uitgevoerd.

[58] Voor een uitgebreide beschrijving van de cases wordt verwezen naar bijlage 3 van dit boek.



Hoofdstuk 1

Werknemerscompensatie

Introductie

Dit hoofdstuk bevat een verkenning van het terrein van werknemerscompensatie. Een dergelijke verkenning is niet eenvoudig. Er bestaat geen 'handboek werknemerscompensatie' waarin dit verschijnsel systematisch beschreven is. De kennis over werknemerscompensatie is gefragmenteerd. Bovendien wordt werknemerscompensatie in bestaande literatuur voornamelijk vanuit juridisch oogpunt beschreven en becommentarieerd. Een analyse en beschrijving van werknemerscompensatie als sociaal systeem is niet aangetroffen.

Het belangrijkste doel van dit hoofdstuk is een verkenning van werknemerscompensatie als sociaal-juridisch systeem, dat wil zeggen een systeem in termen van sociaal-juridische functie, structuur, actoren en regels. De uitkomst van die verkenning biedt de basis voor de analyse, in hoofdstuk 5, van de vier werknemerscompensatiesystemen in Nederland en België. Die analyse is op haar beurt weer van belang om in het tweede en derde deel van het empirisch onderzoek, waarvan in hoofdstuk 6, 7 en 8 verslag wordt gedaan, na te gaan welke actoren actief zijn binnen het compensatiesysteem, welke preventie-instrumenten die actoren tot hun beschikking hebben en wat de invloed is van die actoren en preventie-instrumenten op de preventie in de arbeidsorganisatie.

De verkenning kent drie onderdelen:

- Paragraaf 1.1 beschrijft wat onder werknemerscompensatie wordt verstaan. De definiëring van werknemerscompensatie sluit aan bij de juridisch getinte definitie van Engelhard. Engelhard benadrukt dat het bij werknemerscompensatie gaat om een formele wijze van compensatie.
- Paragraaf 1.2 beschrijft vijf typen van werknemerscompensatie. In de juridische literatuur worden verschillende indelingen in typen van werknemerscompensatie beschreven. Die indelingen hebben echter hun beperkingen. Ze zijn niet sluitend en bovendien zijn ze niet geschikt voor het bestuderen van de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties en de actoren die daarbij betrokken zijn. Daarom wordt in deze paragraaf een indeling voorgesteld op basis van de verhouding tussen de werkgever, de werknemer en de (eventuele) verzekeraar.
- Paragraaf 1.3 gaat na welke andere elementen van invloed zijn op werknemerscompensatie. Daarbij is zowel gekeken naar (overige) juridische elementen die van invloed zijn op werknemerscompensatie als naar elementen waarmee werknemerscompensatie als sociaal systeem kan worden beschreven.

Het hoofdstuk sluit in de paragraaf 1.4 af met de presentatie van een samenhangende indeling van werknemerscompensatie in vijf typen van werknemerscompensatie, negen constituerende elementen en verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen.

1.1 Definiëring van werknemerscompensatie

Dit onderzoek hanteert de term werknemerscompensatie. Deze term is een vertaling van het begrip 'workers compensation'. Dit begrip wordt in de Angelsaksische landen uitsluitend gebruikt voor verzekeringen die schade bij werknemers door arbeidsongeval en beroepsziekte compenseren.[59]

In Nederland is de term werknemerscompensatie geïntroduceerd door Vinke.[60] Een expliciete definitie geeft Vinke echter niet. Gezien de aard van het onderzoek -Vinke doet onderzoek naar de normen die beslissend zijn in de regelgeving en in de schaderegelingspraktijk van particuliere verzekeringen, civiele aansprakelijkheidsrecht en sociale verzekeringen- kan echter worden aangenomen dat Vinke tot werknemerscompensatie niet alleen specifieke directe verzekeringen, maar ook algemene sociale verzekeringen rekent. Vinke gebruikt dus een zeer ruime omschrijving van de term werknemerscompensatie en rekent daartoe alle regelingen die ook schade vergoeden bij een arbeidsongeval of beroepsziekte.

In plaats van de beperkte reikwijdte van het Angelsaksische begrip en de ruime interpretatie van Vinke maakt dit onderzoek gebruik van de definitie van Engelhard[61]: *"Any preempted way of compensating damages of employees (or his relatives) caused by workplace accidents or occupational diseases."* Dit onderzoek verstaat onder werknemerscompensatie:

> "Elke specifieke formele wijze van compensatie van schade bij werknemers (of nabestaanden) die ontstaan is ten gevolge van een beroepsziekte of arbeidsongeval."

Zoals hierna zal blijken, valt onder deze definitie meer dan alleen de (directe) verzekeringen die in de Angelsaksische definitie van werknemerscompensatie centraal staan. Onder de definitie vallen ook compensatiesystemen zoals schadefondsen, werkgeversaansprakelijkheid en contractuele compensatie, die geen verzekeringskarakter hebben maar op een andere basis compensatie verzorgen van schade bij werknemers door blootstelling aan beroepsrisico's. Anderzijds wordt afstand genomen van de (impliciete) definitie van Vinke die tot werknemerscompensatie ook algemene regelingen rekent die, naast compensatie van arbeidsgerelateerd letsel, voorzien in compensatie van letsel, ziekte en arbeidsongeschiktheid die niet arbeidsgerelateerd is. Bij werknemerscompensatie gaat het dus om compensatie van enkel beroepsgebonden schade. Met andere woorden, dit onderzoek bestudeert regelingen op basis van het zogenaamde 'risque professionel'. Compensatie op basis van het 'risque social' blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.[62] Verzekeringen tegen arbeidsongeschiktheid, ziekte en ongevallen vallen dus niet onder de definitie, aangezien zij niet specifiek gericht zijn op beroepsrisico's. Daarnaast gaat het om formele regelingen. Informele vormen van compensatie via onderlinge hulp door familie, beroepsgenoten, vakbond, bezitsvorming of liefdadigheid vallen evenmin onder het begrip werknemerscompensatie.[63]

---

[59] Zie o.a.: Ladou, J. (2006). *Occupational and Environmental Medicine in the United States: A proposal to abolish Workers' compensation and reestablish the public health model.* International Journal of Occupational Environment and Health 12. p.154-168. Schirmeister, F. C. (1996). *Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht? : de vergoeding van letselschade in de Verenigde Staten*. Lelystad, Koninklijke Vermande.

[60] Vinke, H. (1997). *Werknemerscompensatie bij beroepsgebonden schade*. Den Haag, SDU.

[61] Engelhard, E.F.D. (2007). *Shifts of Work-Related Injury Compensation. Background Analysis: The Concurrence of compensation Schemes.* p. 11. In: Klosse, Saskia, Ton Hartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases. Tort and Insurance Law, vol. 20. Wien, Springer Verlag.

[62] Vinke, H. (1997). *Werknemerscompensatie bij beroepsgebonden schade*. Den Haag, SDU. Vinke beschrijft 'risque social' als de opvatting dat de gemeenschap de financiële lasten zou moeten dragen. Hiertegenover plaatst ze de 'risque professionel gedachte', waarbij arbeid wordt beschouwd als een dienst aan de private belangen van de werkgever en waarbij niet alleen de lusten maar ook de lasten door de werkgever moeten worden gedragen. Zie ook p.14.

[63] Deze vormen worden onder andere genoemd in: Noordam, F. M. (1996). *Inleiding socialezekerheidsrecht.* Deventer, Kluwer. p. 27.

1.2 Vijf typen werknemerscompensatie

Introductie
De juridische literatuur kent verschillende indelingen in typen van werknemerscompensatie. De twee meest voorkomende indelingen zijn die in private en publieke typen van werknemerscompensatie en indelingen op basis van werkgeversaansprakelijkheid versus sociale verzekeringen. Deze indelingen worden hierna uitgebreider beschreven. De indelingen worden bekritiseerd omdat ze bepaalde typen werknemerscompensatie uitsluiten. Bovendien bieden beide indelingen vooral structuur voor de bestudering van macrovraagstukken. Ze bieden echter onvoldoende houvast voor het bestuderen van de relatie tussen werknemers-compensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Daarom geeft paragraaf 1.2.3 een nieuwe indeling in typen werknemerscompensatie. Als basis daarvoor geldt de juridische verhouding tussen de werkgever, de werknemer en de eventuele verzekeraar. Dat criterium leidt tot een onderscheid in vijf typen werknemerscompensatie.Die vijf typen komen aan bod in paragraaf 1.2.4 tot en met 1.2.8.

1.2.1 Publiek en privaat

In verschillende publicaties maakt men een onderscheid in publieke en private typen werknemerscompensatie. De International Social Security Association (ISSA) rekent sociale werknemersverzekeringen tot het eerste type en private verzekeringen tot het tweede type.[64] Er bestaat een aantal wezenlijke verschillen tussen de uitgangspunten van private verzekeringen en van sociale werknemersverzekeringen.

Private verzekeringen
Bij private verzekeringen is sprake van vrije toetreding van verzekerden, worden de polis-voorwaarden door private organisaties vastgesteld, vindt de financiering plaats op basis van premies en is de uitvoering ook in handen van private organisaties. Voor deze verzekeringen geldt een aantal verzekeringstechnische wetmatigheden. Een daarvan is dat er een kans moet bestaan op schade. Voor partijen mag geen zekerheid bestaan over het intreden van schade. Schade is een onzekere gebeurtenis die nog niet mag zijn ingetreden. Dit impliceert ook dat de verzekerde niet het intreden van deze gebeurtenis zelf mag kunnen beïnvloeden. Bij private verzekeringen is ook sprake van risico-overdracht: de verzekeraar neemt in ruil voor betaling van premie het risico over van de verzekerde. Risicospreiding over een verzekerings-gemeenschap van enige omvang zorgt ervoor dat die risico-overneming op een verantwoorde wijze kan plaatsvinden. Daarvoor is wel van belang dat de verzekeraar betrouwbare informatie heeft over de factoren die het intreden van de te verzekeren onzekere gebeurtenis kunnen beïnvloeden, zodat op basis daarvan de schadekans en de premiehoogte kunnen worden vastgesteld. De private verzekering is gebaseerd op het equivalentiebeginsel. Bij de toepassing van een dergelijk beginsel is er een nauwe relatie tussen risico, premie en prestatie. Dat betekent dat een uitkering alleen plaatsvindt bij het optreden van specifieke, precies omschreven risico´s (de relatie tussen risico en uitkering), dat de hoogte van de premie afhankelijk is van de hoogte van het risico, gedifferentieerd wordt naar de hoogte van de -individuele- schadekans (relatie risico/premie) en dat betaling van premie vereist is voor het recht op uitkering.

Publieke verzekeringen
Sociale verzekeringen zijn van oudsher publiek van karakter. Hierbij is sprake van verplichte deelname, worden de polisvoorwaarden door de overheid vastgesteld, is de financiering geregeld door overheidsbijdragen die doorgaans via (belasting)heffing wordt verkregen, en is de uitvoering in handen van overheidsorganisaties. De sociale verzekering is gebaseerd op het solidariteitsbeginsel, dat gemeenschappelijke belangen gemeenschappelijk gedragen moeten worden. Het doel is om te voorzien in de behoefte aan een bepaald bestaansniveau. Het recht op uitkering is van overheidswege vastgelegd en hangt niet af van de premiebetaling. Er is

[64] Zie o.a.: International Social Security Association (ISSA) (2010). *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010*. Geneva, ISSA. p.11. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2000). *Workers' Compensation, Analysis of private and public systems.* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.

sprake van een zwakke equivalentie, dat wil zeggen de band tussen risico, premie en prestatie is zwak.

De bruikbaarheid van de indeling private verzekeringen en sociale verzekeringen is beperkt. Het is geen sluitende indeling aangezien systemen van werknemerscompensatie die (ook) in Nederland worden aangetroffen, en die hiervoor in de inleiding zijn beschreven (de werkgeversaansprakelijkheid, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, het IAS, de contractuele compensatie) niet worden meegenomen. Volgens International Social Security Association (ISSA) bestaat dan ook in Nederland geen enkel type werknemerscompensatie.[65] Een ander kritiekpunt op de ISSA indeling is dat de grens tussen publiek en privaat niet gemakkelijk te bepalen is. Dat blijkt ook uit het feit dat volgens ISSA de beide Belgische systemen, FBZ BE en AOV BE, tot sociale verzekeringen kunnen worden gerekend, terwijl, zoals ook in hoofdstuk 2 zal blijken, met name de AOV BE allerlei kenmerken heeft van een privaat systeem. Ook Fluit merkt op dat een en ander valt in te brengen tegen het onderscheid publiek en privaat. Volgens hem bevatten publieke sociale verzekeringen onderdelen die privaat of publiek kunnen zijn. Per verzekering kan de mix van private en publieke elementen variëren. Hij wijst op de graduele verschillen. In hoeverre een sociale verzekering privaat dan wel publiek is, is afhankelijk van vier aspecten: of deelname verplicht is of niet, wie de polis-voorwaarden vaststelt, wie gehouden is het te financieren, en wie de uitvoering ter hand neemt.[66]

1.2.2 Werkgeversaansprakelijkheid en sociale verzekeringen

Klosse, Hartlief en Hoop beschouwen werkgeversaansprakelijkheid (*'Civil Law'*) en sociale verzekeringen (*'Public Funding'*) als de centrale paradigma´s van werknemerscompensatie.[67]

Volgens Hoop is dit onderscheid gebaseerd op het verschil in rechtvaardiging tussen beide. De werkgeversaansprakelijkheid, waartoe ook de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid wordt gerekend, is verbonden met de opkomst van de industrie en de daarmee samenhangende risico's op arbeidsongevallen en beroepsziekten. Daar waar die industrialisatie zich voltrok, werd de werknemer de mogelijkheid geboden om schade door deze beroepsrisico's te verhalen op de werkgever op basis van het civiele recht. Het uitgangspunt bij de werkgeversaansprakelijkheid is dat het als onrechtvaardig wordt beschouwd dat iemand verlies moet lijden dat door iemand anders veroorzaakt is. De compensatie is in dit geval van correctieve aard en heeft ten doel om de eiser in de positie te brengen van voor de gebeurtenis.

Sociale verzekeringen vormen het tweede paradigma. Bij sociale verzekeringen is het uitgangspunt dat de overheid een bepaalde standaard van bescherming dient te garanderen, gebaseerd op de overtuiging dat bepaalde schade eerder een maatschappelijk dan een individueel risico vertegenwoordigt. De compensatie is meer toekomstgericht. Het kijkt niet terug naar het verleden maar is gericht op het verbeteren van het toekomstig leven van mensen. Sociale verzekeringen kwamen in de meeste industrielanden in de loop van de 19e eeuw tot stand, op grondslag van onderlinge solidariteit van werknemers (via onderlinge verzekeringsfondsen van werklieden of verzekeringskassen verbonden aan een vakvereniging) of via fondsen die werden opgericht door een onderneming. Eind 19e eeuw richten particuliere verzekeringsmaatschappijen zich ook op werknemerscompensatie.[68] Zowel werkgevers als individuele werknemers konden zich vanaf dat moment verzekeren tegen schade door arbeidsongevallen.[69] Later ondersteunde de overheid deze initiatieven en verplichtte zij

[65] International Social Security Association (ISSA) (2010). *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010*. Geneva, ISSA. p. 225.
[66] Fluit, P.S. (2001). *Verzekeringen van solidariteit.* Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam. p. 23.
[67] Klosse, S., T. Hartlief, (eds.) (2007). *Shifts in compensating work-related injuries and diseases.* Wien, New York, Springer. p. 1.
[68] De Eerste Nederlandsche verzekeringsmaatschappij op het leven tegen invaliditeit en ongelukken biedt vanaf 1883 fabrikanten de mogelijkheid het personeel te verzekeren tegen de inkomensrisico´s verbonden aan arbeidsongevallen en invaliditeit. Zie hiervoor: Schwitters, R.J.S.(1991). *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspectief.* Groningen, Wolters-Noordhoff. p. 204.
[69] Fluit, P.S. (2001). *Verzekeringen van solidariteit.* Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam. p. 2.

werkgevers en werknemers tot deelname aan zogenaamde arbeidsongevallenverzekeringen. In Duitsland werd, onder impuls van Bismarck, in 1884 de eerste arbeidsongevallenverzekering van Europa ingevoerd.[70] Andere Europese landen waaronder België (in 1903) en Nederland (Ongevallenwet 1901) volgden later. Deze arbeidsongevallenverzekeringen werden daarna uitgebreid met verzekeringen tegen beroepsziekten.

De indeling van werknemerscompensatie in werkgeversaansprakelijkheid en sociale verzekeringen is evenmin sluitend. Hoewel deze indeling, in tegenstelling tot de ISSA classificatie, wel ruimte laat voor werkgeversaansprakelijkheid en verzekeringen in verband werkgeversaansprakelijkheid, houdt ze geen rekening met contractuele werknemers-compensatie. Bovendien worden in deze indeling sociale verzekeringen uitsluitend geassocieerd met publieke verzekeringen, daarmee sociale verzekeringen met een meer privaat karakter of private elementen buiten sluitend.

1.2.3 Verhouding werkgever, werknemer en verzekeraar

De indelingen op basis van het onderscheid publiek en privaat en op basis van het onderscheid sociale verzekering en aansprakelijkheid bieden onvoldoende houvast voor de bestudering van de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties. Beide indelingen laten bepaalde typen werknemerscompensatie buiten beschouwing. Bovendien zijn deze indelingen vooral zinvol om macrovraagstukken (wel of geen privatisering, de positie van de werkgeversaansprakelijkheid, de ontwikkeling van de publieke en private sociale zekerheid) te bestuderen en te becommentariëren. Het biedt echter onvoldoende houvast voor het bestuderen van de microvraagstukken binnen een arbeidsorganisatie, zoals de vraag naar de samenhang van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties en de actoren die daarbij betrokken zijn. Ten behoeve van dit onderzoek is gekozen voor een indeling op basis van het criterium van de (juridische) verhouding tussen werkgever, werknemer en de 'verzekeraar'. Werknemerscompensatie creëert een extra juridische verhouding tussen die actoren. Typen werknemerscompensatie zijn van elkaar te onderscheiden vanwege de verschillen in die juridische verhouding. Op basis van dit criterium kunnen vijf typen van werknemerscompensatie worden geduid.

Vijf typen werknemerscompensatie

Bij het eerste type werknemerscompensatie, de werkgeversaansprakelijkheid, is er een directe relatie tussen werknemer en de werkgever aangezien de werknemer de werkgever aansprakelijk stelt. Bij het tweede type, de aansprakelijkheidsverzekering, stelt de werknemer weliswaar de werkgever aansprakelijk maar raakt die relatie op de achtergrond door de tussenkomst van de verzekeraar. In het derde type werknemerscompensatie, de directe verzekering, heeft de werknemer een directe aanspraak op de verzekering en bestaat er in dit opzicht geen directe band tussen werknemer en werkgever. Wel bestaat er een band tussen de werkgever (die doorgaans een risico gerelateerde premie betaalt) en de verzekering. In het vierde type, de fondsvorming, is er een directe relatie tussen werknemer en het fonds en is de werkgever nagenoeg buiten beeld, aangezien de werkgever een generieke heffing betaalt en niet zelf direct afdraagt aan het fonds. In het laatste type, de contractuele werknemerscompensatie, is er net als in het eerste type een directe relatie tussen werknemer en werkgever, zij het dat die relatie niet wordt bepaald door de inhoud van het aansprakelijkheidsrecht, maar door de afspraken in het arbeidscontract. In het kader van een contractuele compensatie kunnen werkgever en werknemer eventueel besluiten risico's geheel of gedeeltelijk te verzekeren. Paragrafen 1.2.4 tot en met 1.2.8 beschrijven deze vijf typen van werknemerscompensatie.

1.2.4 Compensatie op basis van werkgeversaansprakelijkheid

De werknemer heeft op basis van het aansprakelijkheidsrecht een directe aanspraak op de werkgever als hij schade heeft opgelopen als gevolg van onveilige en ongezonde arbeidsomstandigheden. De schade blijft doorgaans voor rekening van het slachtoffer, indien

[70] De eerste ongevallenwet, tot stand gekomen in Nieuw Zeeland, dateert van 1882.

ze voortvloeit uit eigen schuld, opzet of bewuste roekeloosheid. De aansprakelijkheid doet zich voor bij de aanwezigheid van een causaal verband tussen letselschade van de werknemer door het werk in combinatie met de vaststelling dat de werkgever daaraan schuld heeft omdat hij niet heeft voldaan aan de zorgplicht. De werknemer wordt beschouwd als gelaedeerde (benadeelde of slachtoffer) en de werkgever als laedens (dader of veroorzaker). Het aansprakelijkheidsrecht gaat uit van volledige vergoeding van vermogensschade (vooral gederfd inkomen en verlies van verdienvermogen) en immateriële schade.[71] Als in het desbetreffende land vergoedingen voortvloeien uit publieke sociale zekerheid, dan dekt het aansprakelijkheidsrecht het deel van de schade dat niet door de sociale zekerheid wordt gedekt, de zogenaamde excedentschade.[72]

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen schuldaansprakelijkheid en risicoaansprakelijkheid.[73] In het eerste geval moet voor aansprakelijkheid de schuld van de dader vaststaan. Daarvan is sprake als de werkgever is tekortgeschoten in de naleving van de veiligheidsverplichtingen en daardoor letselschade is ontstaan. Daaraan gekoppeld is een (zware) bewijslast van de werknemer. Werkgeversaansprakelijkheid op basis van schuld ('fault') komt nogal eens voor in landen waar een directe verzekering of een fonds voorziet in compensatie. In dat geval biedt deze vorm de mogelijkheid om toch schade te verhalen in gevallen waarin door een directe verzekering of een schadefonds vergoeding niet is voorzien. Dat is onder andere het geval in Australië, België, Denemarken, Finland, Nederland en de meeste staten binnen de Verenigde Staten.

Werkgeversaansprakelijkheid kan ook de rol hebben om in aanvulling op (of in plaats van) de directe verzekering, schade te verhalen op derden. In de Australische staat New South Wales kan men bijvoorbeeld naast een uitkering krachtens de wettelijk verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten een beroep doen op het aansprakelijkheidsrecht voor vergoeding van 'economic losses' en smartengeld als de schuld van de werkgever kan worden aangetoond.

Risicoaansprakelijkheid gaat gepaard met een verregaande objectivering van de zorgvuldigheidsnormen waaraan een werkgever moet voldoen en met een vermindering van de invloed van eigen schuld van de werknemer. In het geval van risicoaansprakelijkheid staat de schuldvraag buiten beschouwing. Daarom wordt risicoaansprakelijkheid ook wel 'no fault' aansprakelijkheid genoemd, in tegenstelling tot de eerder genoemde schuld ('fault') aansprakelijkheid. Overigens moet bij risicoaansprakelijkheid nog wel het causale verband (tussen letselschade en werk) worden vastgesteld en geldt nog steeds dat de werkgever onzorgvuldig moet hebben gehandeld. Is dat niet het geval, dan is de werkgever ook niet aansprakelijk.[74] Het onderscheid tussen risicoaansprakelijkheid en schuldaansprakelijkheid is meestal van graduele aard. Daarnaast is veelal sprake van ontwikkeling van de ene vorm naar de andere. In verschillende landen, waaronder Nederland, constateert men een ontwikkeling van schuldaansprakelijkheid naar risicoaansprakelijkheid voor beroepsrisico's.[75]

1.2.5 Compensatie op basis van verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid

Een verzekering inzake aansprakelijkheid, in Nederland de Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (AVB NL), bestaat uit verschillende rubrieken. Een ervan is de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid. Elke Nederlandse werkgever kan zich vrijwillig hiertegen verzekeren.

---

[71] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2002). *Occupational Diseases: How are they covered under workers' compensation systems?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 8.
[72] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 5 en p. 18.
[73] Zie o.a. Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 19.
[74] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 20.
[75] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 36/37.

Ook zijn er situaties waarin die verzekering een meer verplichtend karakter heeft. In de Amerikaanse staat Texas moeten werkgevers een keuze maken tussen het afsluiten van een wettelijk verplichte directe verzekering of een wettelijke verplichte aansprakelijkheids-verzekering.[76] In het Verenigd Koninkrijk[77] rust via de Employers Liability Act (ELA) op werkgevers de wettelijke verplichting zich te verzekeren tegen werkgeversaansprakelijkheid. Volgens Waterman gaat het hierbij om schuldaansprakelijkheid.[78] De zorgplicht van de werkgever is in het Verenigd Koninkrijk in een aantal opzichten, zoals ten aanzien van veiligheidsmaatregelen, beperkter dan in Nederland. Deze verplichte verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid fungeert naast de publieke directe verzekering, het 'Industrial Injury Scheme', dat onder het derde type werknemerscompensatie, de directe verzekering, aan bod komt.

Een dergelijke verzekering wordt ook wel een 'third party' verzekering genoemd: bij een aansprakelijkheidsverzekering is de werkgever verzekerd tegen het risico dat hij aan een derde partij (het slachtoffer) vergoeding zal moeten betalen op basis van aansprakelijkheid. De veroorzaker is in dit geval zowel de verzekeringnemer als de verzekerde. Bij dit type compensatie stelt de werknemer weliswaar de werkgever aansprakelijk maar raakt die relatie op de achtergrond door de tussenkomst van de verzekeraar.

De bepaling van de causaliteit en de aansprakelijkheid is gebaseerd op het heersende aansprakelijkheidsrecht. Door middel van een aansprakelijkheidsverzekering is de werkgever dus verzekerd tegen aansprakelijkheidsclaims in verband met schade door blootstelling van de werknemer aan beroepsrisico's. Een dergelijke verzekering kent drie soorten polisdekkingen, te weten de 'act committed' dekking, de 'loss occurence' dekking en de 'claims made' dekking. Bij een 'act committed' dekking is de schade gedekt wanneer de oorzaak binnen de contracttermijn ligt. Een 'loss occurence' dekking geldt voor schade ontstaan binnen de contracttermijn. Bij een 'claims made' dekking gaat het erom dat de melding van de schade binnen de contracttermijn valt. Deze momenten kunnen nagenoeg samenvallen, maar het komt ook vaak voor dat er een zekere tijd verstrijkt tussen het moment van de onrechtmatige daad of wanprestatie en het ontstaan van het letsel of de beschadiging. Soms kunnen hier zelfs vele jaren tussen liggen. Ook tussen het manifest worden van de schade en het indienen van een claim kan geruime tijd verstrijken. Men noemt dit verschijnsel het 'long tail' effect, dat onder andere voorkomt bij beroepsziekten. Dit verschil in tijd is van belang voor de dekking, voor de vraag in hoeverre de verzekeraar bij het aangaan van de verzekering de nog niet ingetreden en/of gemelde gevolgen van reeds door de verzekerde gemaakte fouten voor zijn rekening wil nemen (het zogenaamde voorrisico of inlooprisico), of in hoeverre hij bereid is bij het einde van de verzekering nog risico's te lopen voor fouten die tijdens de looptijd van de verzekering zijn gemaakt, maar waarbij de gevolgen van die fouten nog niet zijn ingetreden respectievelijk zijn gemeld (na-risico of uitlooprisico).

Sinds de jaren 90 van de vorige eeuw zijn de meeste polissen gebaseerd op het 'claims made' systeem. Bepalend voor de dekking is het moment waarop de schade wordt geclaimd. Volgens dit systeem is geen uitloop gedekt en wordt de zogenoemde 'tail' afgesneden op het moment dat de polis wordt geroyeerd. Deze dekking voorkomt dat een verzekeraar jaren nadat een polis uit de boeken is verdwenen nog met grote schades wordt geconfronteerd waartegenover geen premieontvangsten meer staan. De 'claims-made' dekking wordt in verschillende varianten aangeboden; bijvoorbeeld met en zonder inloopdekking. Ook ziet men wel polissen met de mogelijkheid om gedurende een beperkte termijn na royement schades te melden.

[76] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2006). *Covering just simple risks? residual markets and unisured risks in workers'compensation systems*. München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 8.
[77] Waterman, Y. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.* Rotterdam, Boom juridische uitgevers.
[78] Waterman, Y. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.* Rotterdam, Boom juridische uitgevers. p. 411.

1.2.6 Directe verzekering

Bij een directe verzekering dekt de verzekeraar de schade die de verzekerde benadeelde werknemer lijdt. Het verschil met een aansprakelijkheidsverzekering is dat de werkgever zich niet verzekert voor het risico dat hij door zijn werknemers aansprakelijk zal worden gesteld, maar voor het risico dat deze werknemers in hun beroepsuitoefening schade lijden. Het is een risicoverzekering. Het recht op vergoeding ontstaat zodra het risico zich realiseert. In een dergelijke verzekering wordt het risico gedefinieerd en niet de fout van de aansprakelijkheid.[79] Directe verzekeringen worden aangemerkt als 'no fault' verzekeringen,[80]aangezien de schuldvraag niet ter zake doet: als duidelijk is dat er een verband is tussen schade en de werkzaamheden dan vindt er compensatie plaats.

Een directe verzekering wordt beschouwd als een 'first party' verzekering. Een dergelijke verzekering wordt ook wel een zuivere first party verzekering genoemd als een eerste partij schadeverzekering de schade vergoedt krachtens een overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde. Dat is onder andere het geval bij een werknemer die zichzelf verzekert zonder tussenkomst van zijn werkgever.[81]

In een groot aantal landen heeft die directe verzekering ten behoeve van werknemerscompensatie echter niet een zuiver first party gehalte, aangezien de werkgever een verzekering neemt ten behoeve van zijn werknemers, die vervolgens rechtstreeks op de polis kunnen claimen.[82] Een dergelijke directe verzekering wordt ook wel aangeduid met de term 'Workers Compensation Insurance'. De uitvoering ervan varieert. Er zijn wettelijk verplichte directe verzekeringen van publieke aard. Die komen onder andere voor in sommige staten van Australië (Workers Compensation Insurance op basis van de Workers Compensation Act), in Duitsland (wettelijk verplichte 'Arbeitsunfallversicherung' die tevens het risico van het ontstaan van beroepsziekten dekt en door publieke 'Berufsgenossenschaften' wordt uitgevoerd), en in het Verenigd Koninkrijk (via het Industrial Injury Scheme). In andere landen is de directe verzekering weliswaar wettelijk verplicht maar privaat van aard. Dat is het geval in België, Finland en Noorwegen, waar de wettelijk verplichte arbeidsongevallenverzekering wordt uitgevoerd door private verzekeraars. In andere landen is sprake van een mix van privaat en publiek (in Denemarken wordt de arbeidsongevallenverzekering uitgevoerd door private verzekeraars, echter de claimbeoordeling is publiek via het National board of industrial injuries). De VS bieden een rijk geschakeerd beeld van private, publieke en gemengd privaat publieke uitvoering van 'workers compensation' op basis van directe verzekering. Er bestaat geen federale regelgeving op dit punt. Desondanks kennen de meeste staten een of andere vorm van workers compensation. De uitvoering is per staat verschillend.

Volledige schadevergoeding is niet het uitgangspunt van werknemerscompensatie op basis van een directe verzekering tegen beroepsrisico's. Immateriële schade is doorgaans uitgesloten van vergoeding. Daartegenover staat dat de voorwaarden voor toekenning van een compensatie ruimer zijn dan in de vorige twee typen werknemerscompensatie.[83]

---

[79] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p.58; Faure, M. , T. Hartlief (2001). *Directe schadeverzekering bij beroepsziekten*. In: Faure, M. , Hartlief, T. (red.). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 77 ; Hermans, P. C. (1993). *Causaliteit en arbeidsongeschiktheid : verslag van een studiedag over het 'risque professionel' in Nederland*. Zoetermeer, Sociale Verzekeringsraad. p. 32; Faure, Michael, Ton Hartlief Nieuwe risico's en vragen van aansprakelijkheid en verzekering. Deventer, Kluwer. p. 258.

[80] Faure, M., T. Hartlief (2001). *Directe schadeverzekering bij beroepsziekten*. In: Faure, M. , T. Hartlief, (red.). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 86. Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2002). *Occupational Diseases: How are they covered under workers' compensation systems?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 8.

[81] Faure, M., T. Hartlief (2001). *Directe schadeverzekering bij beroepsziekten*. In: Faure, M., T. Hartlief (red.). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 86.

[82] Ibid.

[83] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 11.

Een verplichte directe verzekering dient vaak ter vervanging van het aansprakelijkheidsrecht. In dat laatste geval worden werkgevers meestal van aansprakelijkheid uitgesloten. Die uitsluiting, ook wel civielrechtelijke immuniteit genoemd, is nooit geheel 'waterdicht', zoals reeds bij de duiding van het eerste type werknemerscompensatie is vermeld. Vaak blijft in de betreffende landen werkgeversaansprakelijkheid, in de gedaante van schuldaansprakelijkheid, op de achtergrond aanwezig.

1.2.7 Compensatiefonds

Fondsvorming wordt ook gebruikt als middel ter compensatie van schade door beroepsrisico's. Barentsen maakt een onderscheid tussen twee typen fondsen: schadefondsen en aanvullende fondsen.[84]

Schadefondsen

Een schadefonds is een fonds waarin door een of meer financieringsbronnen wordt gestort ten behoeve van slachtoffers van een gebeurtenis. Slachtoffers kunnen een beroep doen op het fonds en voor (gedeeltelijke) vergoeding van schade in aanmerking komen indien zij aan de gestelde criteria voldoen.[85] Een schadefonds kan om uiteenlopende redenen worden ingesteld, zoals het vervangen van bestaande typen werknemerscompensatie of uiting geven aan een bepaald gevoel van solidariteit ten opzichte van slachtoffers. De financiering ervan kan op verschillende wijzen gestalte krijgen: via overheidsfinanciering (al of niet op basis van een heffing onder bedrijven) of door financiële inbreng van de schadeveroorzakers. Een schadefonds is niet gebaseerd op verzekeringsprincipes als gedifferentieerde premie-inning of risicoselectie. Bij een fonds is vermogen afgezonderd waaruit schadeloosstellingen worden betaald. Schadefondsen kunnen zowel incidenteel als structureel van aard zijn. Vergoeding vanuit een schadefonds heeft doorgaans de vorm van een tegemoetkoming, die niet de volledige schade dekt.[86] Een schadefonds kan werknemers compenseren zonder dat van aansprakelijkheid van de werkgever sprake hoeft te zijn.[87] De belangrijkste voorwaarde voor compensatie is dat de werknemer een bepaald soort schade heeft. Ook hoeft de werkgever niet meer te bestaan om voor een uitkering in aanmerking te komen. Daarnaast is het niet relevant of een of meer van de (voormalige) werkgevers zich wel of niet verzekerd hebben. Evenmin is het, in tegenstelling tot een directe verzekering, relevant welke verzekeraar de kosten draagt, bijvoorbeeld als niet duidelijk is bij welke werkgever een beroepsziekte is ontstaan. Het fonds is in feite de enige verzekeraar. Een dergelijk schadefonds werkt buiten het aansprakelijkheidsrecht om en is een integrale vervanging ervan. Werknemers hebben een directe aanspraak op het fonds, ongeacht de juridische of economische positie van de werkgever. De in de inleiding genoemde 'regeling eenmalige silicosevergoeding oud-mijnwerkers', een compensatiefonds voor silicoseslachtoffers, is een Nederlands voorbeeld van een dergelijk schadefonds. Ook in andere landen komen fondsen voor: het Fonds voor de Beroepsziekten in België; het 'Labour market occupational disease fund' in Denemarken.

Aanvullende fondsen

Aanvullende fondsen hebben ten doel compensatie via het aansprakelijkheidsrecht of via een directe verzekering soepeler te laten verlopen. Deze fondsen bestaan in allerlei varianten. Een onderzoek van herverzekeringsmaatschappij Münich Re naar de vraag welke risico's private verzekeraars van directe verzekeringen wel en niet verzekeren, maakt duidelijk dat negen van de dertien private verzekeraars geheel of gedeeltelijk risico's kunnen uitsluiten.[88] In een aantal gevallen worden die risico's in fondsen ondergebracht. De fondsen vervullen dan de functie

[84] Ibid p. 54 e.v.
[85] Barendrecht, J. M. (2004). *Schadeclaims: kan het goedkoper en minder belastend? : opties om de transactiekosten van het aansprakelijkheidsrecht te verlagen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 120 e.v.
[86] Hartlief, T., S. Klosse (2003). *Einde van het aansprakelijkheidsrecht?* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 115 e.v.
[87] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer. p. 55.
[88] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2006). *Covering just simple risks? residual markets and unisured risks in workers'compensation systems*. München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 4.

van 'residual market mechanism'.[89] Dergelijke fondsen zijn soms privaat van karakter, doordat een collectief van private verzekeraars de uitgesloten risico's samen draagt via een verplicht privaat fonds, 'Pool' genoemd (dit is bijvoorbeeld het geval in Finland), en in andere gevallen publiek van aard, zoals in Californië en Denemarken. Sommige publieke fondsen hebben (eveneens) de functie van waarborgfonds. Dit is onder ander het geval in Denemarken, Californië en België. In België gebeurt dat via het publieke Fonds Arbeidsongevallen. Dit fonds zorgt voor de compensatie van benadeelden waarvan de werkgever niet verzekerd is. Vervolgens verhaalt dit fonds haar kosten op de betreffende werkgever.

Ook worden fondsen ingesteld voor werknemers die geen schadevergoeding kunnen krijgen omdat schadeveroorzaker of diens verzekeraar niet meer kunnen betalen, bijvoorbeeld vanwege insolventie of onvindbaarheid.[90] Onder andere in een aantal staten in de US zijn specifieke fondsen te vinden voor speciale beroepsziekten ('black lung disease' bij mijnwerkers) of speciale groepen werknemers, zoals een 'second injury fund' voor arbeidsgehandicapten. Een dergelijk fonds is door een aantal staten ingesteld om werkgevers te stimuleren arbeidsgehandicapte werknemers aan te nemen. Als dan de betrokken werknemer geheel uitvalt door een beroepsziekte, hoeft de betrokken werkgever of zijn verzekeraar slechts in te staan voor het beroepsgerelateerde deel van de arbeidsongeschiktheid. Via het fonds wordt dan de rest van de arbeidsongeschiktheid gecompenseerd.[91]

Dat het onderscheid tussen schadefondsen en aanvullende fondsen niet altijd even helder is, valt te illustreren met de zogenaamde regeling Tegemoetkoming Asbestslachtoffers (TAS) in Nederland. Deze regeling voorziet in een eenmalige uitkering van ongeveer € 16.000 voor werknemers die de beroepsziekte mesothelioom hebben opgelopen, en deze schade op grond van insolvabiliteit of verjaring niet op de werkgever kunnen verhalen. De regeling is strikt genomen geen schadefonds. Zij heeft vooral een aanvullende functie ten opzichte van het aansprakelijkheidsrecht. Anderzijds heeft de regeling kenmerken van een schadefonds: alle werknemers met mesothelioom kunnen er een beroep op doen, ook zij die wel een solvabele en aansprakelijke werkgever hebben. Ook het instituut dat deze regeling uitvoert, Instituut Asbestslachtoffers (IAS), is een vreemde eend in de bijt: het functioneert enerzijds als (voorschot) schadefonds. Iedere werknemer die mesothelioom heeft en de hulp inroept van het IAS ontvangt een voorschot. Anderzijds valt het te plaatsen onder het aansprakelijkheidsrecht, daar het IAS de cliënten bijstaat in de afhandeling van de aansprakelijkheidsstelling.

1.2.8 Contractuele compensatie

Bij contractuele compensatie staan de verplichtingen vanwege de contractuele verhouding tussen werkgever en werknemer centraal. Werkgever en werknemer hebben in dat geval contractuele afspraken gemaakt over compensatie van schade door een arbeidsongeval of beroepsziekte. In het kader van een contractuele compensatie kunnen werkgever en werknemer eventueel besluiten risico's geheel of gedeeltelijk te verzekeren.

Nederland

In Nederland komt deze vorm van compensatie vooral voor in collectieve arbeidsovereenkomsten (cao's). Het ministerie van SZW rapporteerde in 2005, op basis van een steekproef onder 125 cao's, dat in negen cao's (die de arbeidsvoorwaarden regelen van 11% van alle werkenden in Nederland) werknemers een recht hebben op aanvulling van het ziekengeld in geval van een beroepsziekte of arbeidsongeval. Daarnaast kenden drie cao's (8% van de werkenden) een geheel of gedeeltelijke vergoeding van persoonlijke schade bij bedrijfsongevallen of beroepsziekten. Ook werden in sommige gevallen medische kosten

[89] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2005). *Economic incentives, a reflection on worker's compensation systems.* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 9.
[90] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2002). *Occupational Diseases: How are they covered under workers' compensation systems?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 13.
[91] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2004). *Occupational diseases, are they insurable?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft. p. 34.

vergoed.[92] Het is onbekend of ook in individuele contracten afspraken zijn opgenomen over schadevergoeding bij letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte.

Buitenland
In het buitenland zijn een aantal voorbeelden van collectieve contractuele compensatie. In Zweden worden in cao's afspraken gemaakt over compensatie van schade door beroepsrisico's. Deze afspraken worden uitgevoerd door AFA, een verzekeringsmaatschappij van de cao-partijen, uitgevoerd. Hierdoor ontvangen werknemers met een arbeidsongeval of beroepsziekte een uitkering, die hoger is dan waarin de wet voorziet, en compensatie van immateriële schade tot een niveau dat vergelijkbaar is met compensatie via werkgeversaansprakelijkheid. Ten behoeve van medewerkers (ambtenaren, tijdelijke functionarissen en arbeidscontractanten) van de Europese Gemeenschap (EG) geldt een gemeenschappelijke regeling[93] voor de verzekering van ambtenaren van de EG tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten. Deze regeling, hierna EG-compensatieregeling genoemd, is onderdeel van het statuut van de ambtenaren van de Europese gemeenschappen en van regeling ten behoeve van andere personeelsleden van de Gemeenschappen.

[92] Ministerie SZW, Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving (2006). *Najaarsrapportage cao-afspraken 2005*. Den Haag, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. p. 20.
[93] Gemeenschappelijke regeling voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen ongevallen en beroepsziekten. *SEC/2004/0414 def.*/. Zie http://eurlex.europa.eu/

1.3 Negen elementen die de vormgeving van systemen van werknemerscompensatie beïnvloeden

In verband met het doel van dit hoofdstuk, het exploreren van werknemerscompensatie als sociaal-juridisch systeem, is in de vorige paragraaf een indeling gepresenteerd met vijf verschillende typen werknemerscompensatie. Die indeling is gebaseerd op de juridische verhouding tussen werknemer, werkgever en verzekeraar bij schadevergoeding in verband met een arbeidsongeval of beroepsziekte.

In het kader van de terreinverkenning is nagegaan of er nog andere elementen zijn die invloed hebben op werknemerscompensatie. Daarbij is zowel gekeken naar (overige) juridische elementen die van invloed zijn op werknemerscompensatie als naar elementen waarmee werknemerscompensatie als sociaal systeem kan worden beschreven. Ten behoeve hiervan is gebruik gemaakt van de bestaande literatuur (zie opgave) en op de inhoud van ILO-verdrag 121 ('Employment Injury Benefits Convention'). Dit verdrag beschrijft niet alleen minimumprestaties op het gebied van schadecompensatie inzake beroepsrisico's, maar beschrijft ook op welke wijze die kan worden vormgegeven. Het verdrag is weliswaar vooral geënt op de uitwerking van compensatiesystemen die behoren tot twee van de vijf typen werknemerscompensatie (de directe verzekering en het schadefonds) maar biedt ook, zoals hierna duidelijk zal worden, houvast voor de beschrijving van compensatiesystemen die tot de drie andere typen werknemerscompensatie gerekend worden.

Dit deel van de terreinverkenning levert negen elementen op waarmee de beschrijving van werknemerscompensatie als sociaal juridisch systeem gecompleteerd kan worden. Die negen elementen worden hierna afzonderlijk benoemd en besproken.

1.3.1 Kring van verzekerden

In de bepalingen van ILO-verdrag 121 wordt uitgegaan van schadecompensatie bij arbeidsongevallen en beroepsziekten voor alle loontrekkenden (met inbegrip van stagiaires), werkzaam in het bedrijfsleven en in de overheidssector. Niet ingezetenen moeten gelijk worden behandeld aan ingezetenen (art. 27). Het verdrag staat uitsluitingen toe van bepaalde groepen van werknemers, mits de omvang van deze groepen niet uitgaat boven 10% van het totale werknemersbestand. Verder mogen worden uitgesloten (art. 22) werknemers die niet, of niet meer, in het desbetreffende land woonachtig zijn, werknemers die frauderen, zij die zichzelf vrijwillig hebben geïntoxiceerd, of crimineel gedrag hebben vertoond.

In sommige arbeidsongevallenverzekeringen is de kring van verzekerden ruimer dan de ILO voorschrijft. In Duitsland bijvoorbeeld vallen niet alleen werknemers, maar ook mantelzorgers, bloeddonoren, studenten en scholieren verplicht onder de regeling. Zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers) behoren in sommige landen automatisch tot de kring van verzekerden (Denemarken), terwijl ze zich in andere landen vrijwillig kunnen verzekeren. In de meeste landen zijn aparte regelingen voor werknemers en ambtenaren in de publieke sectoren, en voor militairen. In het voor de USA dominante type werknemerscompensatie, de directe verzekering die per staat wordt vormgegeven, behoren doorgaans werknemers en ambtenaren wel, maar bijvoorbeeld werkers in de landbouw, huishoudelijk personeel en medewerkers van kleine bedrijven, vaak niet onder deze verzekering.

De kring van werknemers (van verzekerden is bij werkgeversaansprakelijkheid geen sprake), die in beginsel aanspraak kunnen maken op werkgeversaansprakelijkheid, een type werknemerscompensatie waarnaar het ILO-verdrag niet verwijst, kan variëren per land. In sommige landen, bijvoorbeeld bij werkgeversaansprakelijkheid in Nederland, kunnen in theorie alle werknemers aanspraak maken op een schadevergoeding. Bij dezelfde werkgeversaansprakelijkheid in bijvoorbeeld Duitsland kunnen alleen die werknemers met een arbeidsongeval de werkgever aansprakelijk stellen, wier schade niet door de arbeidsongevallenverzekering wordt gedekt.

Bij contractuele aansprakelijkheid is de kring beperkt tot die groepen werknemers die onder het arbeidscontract vallen. In de EU-compensatieregeling zijn dat de ambtenaar, de tijdelijke functionaris en de arbeidscontractant.

1.3.2 Verzekerd risico

ILO-verdrag 121 schrijft ook voor (art. 6) welke risico's moeten worden gedekt. Het gaat in dat geval om kosten in verband met ziekte, loonderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid en het verlies van middelen van bestaan door het overlijden van de kostwinner. Het verdrag schrijft bovendien voor dat ieder land het begrip 'industrial accident' (arbeidsongeval) definieert en dat ieder land omschrijft onder welke voorwaarden woon-werkverkeer hiertoe behoort (art. 7). Het verdrag bevat verder bepalingen ten aanzien van een lijst van beroepsziekten. Een nationale beroepsziektenlijst moet minimaal overeenkomen met de ILO-lijst.[94]

ILO-definitie arbeidsongeval

In de meeste landen van Europa hanteert men de ILO-definitie van een arbeidsongeval, waaronder ook begrepen zijn arbeidsongevallen in werktijd op de openbare weg en in het woon-werkverkeer. Een uitzondering daarop vormen Noorwegen, waar alleen compensatie wordt geboden bij werkverkeer, en Italië, waar alleen compensatie wordt verstrekt als het transportmiddel waarmee men een ongeval krijgt door de werkgever is verschaft. In de landen die zich baseren op het Engelse recht hanteert men de omschrijving van een arbeidsongeval als: *'accidental injuries arising out of, and in course of employement'*. Deze omschrijving impliceert dat het ongeval (of de beroepsziekte) onder werktijd, op de werkplek gebeurd moet zijn.

Beroepsziekten

Ten behoeve van de omschrijving van beroepsziekten kiest men doorgaans niet voor een sluitende allesomvattende definitie, maar voor een globale omschrijving en een verwijzing naar een lijst met beroepsziekten.

Het ILO-verdrag bevat een dergelijke lijst, die is herzien in 2010.[95] Ook de EU beschikt over een lijst met beroepsziekten. Deze lijst is in 2003 herzien.[96] Zowel structuur als inhoud van de lijsten verschillen. De EU-lijst kent een indeling in vijf categorieën: beroepsziekten door chemische agentia, huidziekten, beroepsziekten met betrekking tot ademhaling en kanker, infectieuze en parasitaire ziekten, en beroepsziekten door fysische agentia. De EU- lijst besteedt in tegenstelling tot de ILO-lijst geen aandacht aan psychische aandoeningen en heeft minder plaats ingeruimd voor RSI-aandoeningen. De ILO- lijst is gerangschikt naar blootstelling aan agentia (chemische, fysische en biologische inwerking), naar de lichaamsfunctie die is aangetast (ademhaling, huid, houding en beweging, mentaal), beroepskankers, en overige beroepsziekten.

Ook de nationale lijsten verschillen van elkaar. Als oorzaken van de verschillen in de samenstelling van de beroepsziektenlijst worden genoemd: de historie van sociale bescherming in 'hoge-risicosectoren', verschillen in erkennings -en toetsingscriteria, alsmede de invloed van belangengroeperingen of de vigerende medische onderzoekstradities. Bakkum en Prins stellen vast dat Denemarken 45 aandoeningen op de lijst heeft, terwijl Finland 200 aandoeningen telt.[97] Overigens zegt dit niet alles: een groot aantal aandoeningen kan ook duiden op uitsplitsing van diagnoses binnen één groep. Men gaat zeer verschillend om met zogenaamde moderne arbeidsrisico's: RSI-aandoeningen worden in Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Finland op ruimere schaal erkend dan in bijvoorbeeld Duitsland. OPS is wel

[94] Deze lijst is opgenomen in de bijlage van het ILO verdrag.
[95] http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/safework/documents/meetingdocument/wcms_125137.pdf.
[96] Zie www.beroepsziekten.nl
[97] Bakkum, J. P. A., R. Prins (2004). *Beroepsziektelijsten: een onmisbaar instrument in omringende landen.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV), 12 (1). Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum. p. 12-15.

opgenomen in de lijst van België en Duitsland, maar niet in die van Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Psychische aandoeningen worden in de meeste EU-15 landen niet erkend als beroepsziekte. België, Denemarken, Frankrijk, Italië, Portugal en Zweden vormen hierop een uitzondering.[98]

De beroepsziektenlijsten worden aangepast aan de ontwikkelingen in de arbeid. Aanpassing van de beroepsziektenlijsten is soms de verantwoordelijkheid van de overheid waarbij het advies van medische experts een belangrijke rol speelt (België en Duitsland), in andere gevallen heeft het parlement een taak, zoals in Oostenrijk, terwijl soms sociale partners een cruciale rol spelen (Denemarken).[99]

Veel landen hanteren naast de limitatieve lijst een open lijstsysteem. Ook de EU hanteert voor haar 'verzekerden' een open lijst. Op basis daarvan kunnen werknemers een claim indienen met betrekking tot een aandoening die niet op de lijst voorkomt. Wil een werknemer in dat geval in aanmerking komen voor compensatie dan rust op hem doorgaans de bewijslast, waardoor hij zal moeten aantonen dat er sprake is van een causaal verband tussen aandoening en beroep. In geval van werkgeversaansprakelijkheid en verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid is de aanwezigheid van een beroepsziektelijst niet doorslaggevend voor de bepaling van de causaliteit en de schending van de zorgplicht. [100]

Sommige landen (onder andere Duitsland, Finland, USA, Verenigd Koninkrijk) kennen een uniforme regeling voor arbeidsongevallen en beroepsziekten, terwijl in andere landen (onder andere België, Denemarken) de compensatie van beroepsziekten in een afzonderlijk fonds is ondergebracht. De keuze voor een beroepsziekenfonds wordt ingegeven door de overweging dat het ontstaan van beroepsziekten minder voorspelbaar is. Het risico is voor een verzekeraar moeilijk te calculeren. Daarom acht men dit risico meer geschikt voor fondsvorming.[101] Vooral de verzekering van complexe multicausale beroepsziekten met een lange latentietijd wordt problematisch gevonden.

Bij werkgeversaansprakelijkheid is in principe sprake van volledige schadevergoeding.[102] Bij een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid kan de verzekeringspolis allerlei uitsluitingen en grenzen bevatten waardoor in de praktijk van 'volledige' schadevergoeding geen sprake is. Ook in individuele en collectieve contracten kunnen grenzen zijn ingebouwd.

1.3.3 Claimbeoordeling

ILO-verdrag 121 benoemt claimbeoordeling niet expliciet als een afzonderlijk element. Niettemin spreekt het voor zich dat, mede in het licht van de eisen van het ILO-verdrag, een beoordeling moet plaatsvinden van de aanspraak die een werknemer maakt op compensatie. Het gaat in dat geval onder andere om de vraag of betrokkene inderdaad een arbeidsongeval of beroepsziekte heeft opgelopen, of er sprake is van medische arbeidsongeschiktheid of fysieke invaliditeit (te ziek om te werken), al of niet in combinatie met economische arbeidsongeschiktheid (vermindering verdiencapaciteit; onvoldoende vermogen om te werken).[103] De basis van die claimbeoordeling kan nogal verschillen.

In het Verenigd Koninkrijk geldt als criterium voor de claimbeoordeling de mate van lichamelijke invaliditeit. De gezondheidsklachten worden in een invaliditeitspercentage

[98] Eurogip (2004). *Work-related mental disorders: what recognition in Europe?* Paris, Eurogip.
[99] Overigens melden Bakkum en Prins dat de opname van een nieuwe beroepsziekte op de lijst traag verloopt. Beperkte onderzoeksbudgetten, complexiteit van multicausale beroepsziekten en moeizame besluitvorming tussen betrokkenen (overheid, werkgevers, werknemers, wetenschap) zijn daar de oorzaken van.
[100] Over de rol van beroepsziektelijsten bij contractuele aansprakelijkheid bestaat geen informatie.
[101] Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2004). *Occupational diseases, are they insurable?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft p. 11.
[102] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid : aansprakelijkheid, bescherming en compensatie*. Deventer, Kluwer. p. 15.
[103] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid : aansprakelijkheid, bescherming en compensatie*. Deventer, Kluwer. p. 9.

vertaald, waarbij in principe alleen de mate van medische invaliditeit relevant is. Voor een aantal specifieke letsels is in de wet zelfs een bijbehorend invaliditeitspercentage vastgelegd.[104] Hierbij spelen individuele omstandigheden (beroep, opleiding) geen rol, afgezien van enkele objectieve factoren, zoals leeftijd en geslacht van betrokkene.

In de USA is de basis voor claimbeoordeling de ongeschiktheid voor eigen arbeid. Het recht op tijdelijke uitkering duurt in beginsel voort totdat de werknemer de zogenaamde *maximum medical improvement* heeft bereikt.[105]

Hoewel in Duitsland vermindering van de verdiencapaciteit (economische invaliditeit) de grondslag voor de uitkering vormt, wordt bij de schatting de fysieke invaliditeit vaak als uitgangspunt genomen. Net als in veel andere ongevallenverzekeringen fungeert een schema waarin bepaalde invaliditeitspercentages aan specifieke letsels worden toegekend, daarbij als uitgangspunt.[106]

In de gemeenschappelijke regeling voor de verzekering van ambtenaren van de EG is de mate van invaliditeit het uitgangspunt. Die invaliditeit wordt vastgesteld met behulp van de zogenaamde Europese schaal voor de beoordeling van aantastingen van de fysieke en psychische integriteit. In deze schaal zijn aan een groot aantal aandoeningen vaste percentages invaliditeit gekoppeld.

De uitvoering van de claimbeoordeling is in sommige landen in handen gelegd van een onafhankelijk publieke organisatie, zoals in het Verenigd Koninkrijk waar een zogenaamde *adjudification officer* op basis van schriftelijke stukken, en doorgaans zonder afzonderlijk feitenonderzoek of medisch onderzoek, een beslissing neemt. Elders is de claimbeoordeling in handen van een private verzekeraar, die op haar beurt door een onafhankelijke derde, zoals in België het Fonds Arbeidsongevallen, gecontroleerd wordt. In de EU-compensatieregeling is de claimbeoordeling in handen van de administratie en de door die administratie ingeschakelde medici.

In geval van werkgeversaansprakelijkheid en de verzekering daartegen moet in principe per letselschade de toedracht van het arbeidsongeval of beroepsziekte worden vastgesteld, de ernst van het letsel, de causaliteit tussen letsel en voorval, de schending van de zorgplicht door de werkgever en de omvang van de schade. Indien werkgever en/of verzekeraar, en werknemer hierover niet tot overeenstemming kunnen komen ligt de gang naar de rechter voor de hand. De rechter kan in zulke gevallen een of meer experts verzoeken een deskundigenadvies op te stellen over aard en omvang van de schade.[107]

1.3.4 Voorzieningen

ILO-verdrag 121 koppelt aan het verzekerd risico de verplichting tot het verlenen van verstrekkingen, dat wil zeggen het verlenen van medische zorg en/of de betaling van periodieke uitkeringen. (art.9; art.10). Wat betreft de periodieke uitkering, maakt het verdrag een onderscheid tussen volledige arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (art.14). In geval van volledige arbeidsongeschiktheid (zowel tijdelijk als permanent) moet een periodieke uitkering worden verstrekt. Bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid mag ook een bedrag ineens worden uitgekeerd. In geval van overlijden moet de uitkering voor de weduwe met kinderen tenminste 50% van het loon bedragen (bijlage 2). De uitkeringen moeten worden geïndexeerd, dat wil zeggen aangepast aan aanmerkelijke wijziging van het algemene inkomensniveau (art. 21). Andere, niet in ILO-verdrag 121 vermelde uitkeringen hebben betrekking op huishoudelijke hulp, vergoeding van materiële schade en vergoeding van psychische schade.

[104] Ibid. p.131.
[105] Ibid. p.133.
[106] Ibid. p.126.
[107] Groot, G. de (2008). *Het deskundigenadvies in de civiele procedure.* Deventer, Kluwer.

In werkelijkheid is er een sterke variatie in hoogte van uitkeringen. Dat geldt zowel voor het maximum dat uitgekeerd kan worden als voor de drempels die zijn ingebouwd en waar beneden geen compensatie wordt verleend. In veel gevallen wordt de uitkering berekend als een percentage van het verdiende loon. In dat geval schrijft het verdrag een drempel voor van 60%. Ook worden wel vaste bedragen gehanteerd, zoals in het Verenigd Koninkrijk waar de hoogte van de uitkeringen tussen (omgerekend) € 30 per week (20% functieverlies) en € 157 per week (100% functieverlies) bedraagt. Bij compensatie via werkgeversaansprakelijkheid is volledige schadevergoeding het uitgangspunt.

1.3.5 Administratieve uitvoering

Het uitgangspunt van ILO-verdrag 121 is dat een werknemerscompensatiesysteem door een publiek instituut of een ministerie wordt uitgevoerd. Is dat niet het geval dan moet de betrokkenheid van werknemersorganisaties geregeld zijn (art. 24). Werknemers hebben tevens een recht van beroep en een klachtrecht (art. 23).

In werkelijkheid bestaat een rijke schakering aan uitvoeringsvarianten, zowel privaat door particuliere verzekeraars (bijvoorbeeld. België), publiek (bijvoorbeeld Verenigd Koninkrijk: Departement Work and Pensions) als een mix van publiek en privaat, zoals in Denemarken waar de compensatie van beroepsziekten wordt uitgevoerd door het Labour market occupational disease fund waarin werkgevers- en werknemersorganisaties participeren naast nationale en regionale overheden. In Zweden wordt de van overheidswege gereguleerde compensatie regionaal uitgevoerd. In combinatie met een vrij open systeem van claimbeoordeling leidt dat in de praktijk tot een aanmerkelijke variatie in uitkomsten. Duitsland kent door zijn sterk sectorale opzet en uitvoering van werknemerscompensatie het probleem dat 'Berufsgenossenschaften' in sectoren met afnemende economische activiteit in combinatie met een zware schadelast uit het verleden financieel onder druk komen te staan.

1.3.6 Toezicht

ILO-verdrag 121 kent geen expliciete bepalingen over het toezicht. Impliciet zijn de opvattingen hierover verweven met de bepalingen omtrent administratieve uitvoering waarin prioriteit wordt gegeven aan publieke uitvoering of een rol van werknemersorganisaties als de uitvoering anderszins is vormgegeven. In vrijwel alle EU-landen hebben werkgevers- en werknemersorganisaties in meer of mindere mate een functie bij regelgeving, beheer, advisering of uitvoering van de directe verzekering en van schadefondsen.

In de meeste landen, ook in die waar de overheid voor de uitvoering zorgdraagt, is er doorgaans publiek toezicht op de financiering en herverzekering van betrokken verzekeringsmaatschappijen. In de meeste Europese landen gebeurt dat door het Ministerie van Sociale Zaken. In de USA heeft vrijwel elke staat een workers compensation bureau dat toeziet op de naleving van de verzekeringsplicht en de rechtmatigheid van de uitkeringsbeslissingen. Tevens beoordeelt ze geschillen.

Er zijn ook uitzonderingen zoals in Finland waar het toezicht op de (particuliere) verzekeraars wordt uitgeoefend door de 'Federation of accident insurance institutions'. Hierbij zijn alle verzekeraars verplicht aangesloten. Het bestuur bestaat uit verzekeraars, werkgevers en werknemersorganisaties. Het toezicht vindt onder andere plaats via verordeningen. Het toezicht heeft betrekking op de beginselen van premiestelling, de claimbeoordeling en het beheer. Tevens fungeert de 'Federation' als waarborgfonds. Bij ontwikkeling van nieuwe wetgeving en uitvoeringsrichtlijnen wordt samengewerkt met de overheid. Het Ministerie van Sociale zaken en Volksgezondheid houdt samen met de 'Insurance Supervision Authority' toezicht op de compensatie en de acceptatieplicht.

In geval van werkgeversaansprakelijkheid en individuele contractuele compensatie is er geen sprake van toezicht. Bij geschillen kan de rechter worden ingeschakeld. Bij collectieve arbeidsovereenkomsten kan in sommige gevallen een cao beroepscommissie worden ingeschakeld. In de EU-compensatieregeling is hierin voorzien door een mogelijkheid om een

klacht in te dienen bij het bevoegd gezag en een beroepsmogelijkheid bij het Hof van Justitie van de EU.

1.3.7 Financiering

De verschillende werknemerscompensatiesystemen kennen verschillende vormen van financiering: financiering door middel van premieheffing, belastingheffing, inkomsten uit regres op derden of directe betaling door de werkgever.

Doorgaans wordt werknemerscompensatie via directe verzekeringen gefinancierd uit werkgeverspremies.[108] De rechtvaardiging hiervoor ligt hierin dat de beroepsrisico's tot de invloedssfeer van de werkgever wordt gerekend. Doorgaans wordt gefinancierd op basis van een omslagstelsel, waarin de uitkeringen worden betaald uit de lopende premieontvangsten. In sommige landen draagt de overheid ook bij. Dat is het geval in Finland en in Duitsland, waar de staat bijdraagt voor zzp-ers in de landbouw. In Noorwegen dragen werkgevers slechts voor een derde bij aan het publieke stelsel (de rest is afkomstig uit een sociale zekerheidspremie). Echter, de werkgevers betalen wel de totale kosten van de private verzekering tegen schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het Verenigd Koninkrijk heeft gekozen voor een overheidsvoorziening, gefinancierd uit belasting.[109] Daarnaast is het in sommige landen, zoals in sommige staten van de USA, toegestaan om geheel of gedeeltelijk het eigen risico te dragen. In dergelijke gevallen dient de werkgever wel aan bepaalde solvabiliteitseisen te voldoen.

Premieheffing kan zowel plaatsvinden op basis van een voor iedereen gelijke nominale premie als op basis van premiedifferentiatie. Volgens herverzekeraar Münich Re wordt de laatste jaren steeds meer gebruik gemaakt van premiedifferentiatie, vooral bij de verzekering van arbeidsongevallen. De wijze van premiedifferentiatie is verschillend. In Finland stelt iedere verzekeraar zijn eigen premie vast. Voor grotere bedrijven is het claimgedrag van de afgelopen jaren uitgangspunt voor de premiehoogte. Kleine bedrijven betalen een vast bedrag op basis van een indeling in risicoklasse. Daarnaast mag iedere verzekeraar een vast percentage kosten in rekening brengen voor administratie, indexering en preventie.

In Duitsland hanteert men ook een systeem van premiedifferentiatie op bedrijfstakniveau. In Duitsland onderscheidt men 600 risicogroepen. De premie die een individuele werkgever betaalt, is afhankelijk van het ongevalsrisico in de bedrijfstak. Het individuele risico van een onderneming heeft op de hoogte van de door haar te betalen premie in beginsel geen rechtstreekse invloed. Aan werkgevers kan premiekorting worden toegekend wanneer zij in vergelijking met hun bedrijfsgenoten een zeer laag risico vertegenwoordigen, maar de 'Berufsgenossenschaften' maken weinig gebruik van deze mogelijkheid. De omgekeerde situatie, premieopslag voor een hoog risico, is ook mogelijk, maar wordt weinig toegepast.[110]

In geval van verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid is doorgaans ook sprake van premiedifferentiatie. Bij werkgeversaansprakelijkheid rust de volledige financiering op de schouders van de werkgever. Bij collectieve contractuele compensatie kunnen nadere afspraken zijn gemaakt over de te dragen kosten door het collectief en door de individuele werkgever.

1.3.8 Preventie-instrumenten

ILO-verdrag 121 bevat een afzonderlijk artikel over preventie van beroepsziekten en bedrijfsongevallen (art. 26). Iedere lidstaat moet maatregelen treffen om arbeidsongevallen en beroepsziekten te voorkomen. Ook dient men te voorzien in tertiaire preventie, door middel van rehabilitatieactiviteiten ten behoeve van werkhervatting in bestaand of ander werk, re-

[108] In bijvoorbeeld Ierland en Griekenland betaalt de werknemer ook een deel van de premie; bron: International Social Security Association (ISSA) (2010). *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010*. Geneva, ISSA. p. 124 en p. 148.
[109] Bakkum, J. P. A., R. Prins (2004). *Beroepsziektelijsten: een onmisbaar instrument in omringende landen.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV) 12 (1). Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum. p. 12-15.
[110] Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie*. Deventer, Kluwer. p. 127.

integratie van gehandicapten, en rapportage van frequentie en ernst van arbeidsongevallen. Eveneens wordt de preventieve functie van een beroepsziektelijst benadrukt.

In sommige landen, waaronder Duitsland, is preventie het primaire doel van het compensatiesysteem. In andere landen is preventie niet expliciet verbonden met werknemerscompensatie, maar is het als taakstelling in de arbeidsomstandighedenwetgeving opgenomen. In Denemarken is bijvoorbeeld de rol van de (private) arbeidsongevallen-verzekeraars en het publieke beroepsziektenfonds beperkt tot een aantal kerntaken. Preventie behoort daar niet toe.

Preventie van beroepsrisico's is in een aantal andere landen wel als expliciet doel van de werknemerscompensatie geformuleerd. De wijze waarop dit vorm wordt gegeven is verschillend. Twee typen preventie-instrumenten zijn te onderscheiden: de inzet van financiële preventie-instrumenten en de inzet van expertise.

Voorbeelden van financiële instrumenten zijn onder andere aanwezig in België, waar in het kader van de arbeidsongevallenverzekering premiedifferentiatie is ingevoerd. In Italië hanteert men een bonussysteem: een onderneming kan in drie gevallen een bonus ontvangen: als ze zich houdt aan de basiseisen van de regelgeving inzake arbeidsomstandigheden, als ze concrete preventieactiviteiten ontplooit en als ze gedurende een aantal jaren een daling in het aantal claims laat zien. In Finland dienen verzekeraars een vast percentage van de premie te reserveren voor preventie.

In Duitsland is in verband met de directe verzekering voor arbeidsongevallen en beroepsziekten, naast premiedifferentiatie, expertise ingezet om preventie te bevorderen. In Duitsland ontwerpen de 'Berufsgenossenschaften' voorschriften ter preventie van ongevallen (Unfallsverhütungsvorschriften: UVV) die door het 'Bundesministerium für Arbeit und Soziales' (het Duitse Ministerie voor Arbeid en Sociale Zaken) moeten worden goedgekeurd. De controle van de naleving van deze UVV's gebeurt door Diensten voor Technisch Toezicht van de betreffende 'Berufsgenossenschaft', die verder ook als taak hebben om advies te verlenen aan zowel de ondernemers als de werknemers.[111]

Soms is er een relatie tot secundaire- en tertiaire preventie als de uitvoerders van werknemerscompensatie rehabilitatie en re-integratie van de getroffen werknemer tot hun taak rekenen. Dat is onder andere het geval in Duitsland. Als uitgangspunt bij werknemerscompensatie geldt daar 'rehabilitatie boven uitkering'.[112]

1.3.9 Positie ten opzichte van sociale zekerheid

De verschillende typen werknemerscompensatie kunnen een verschillende positie hebben ten opzichte van het stelsel van sociale zekerheid. Globaal zijn de volgende posities te onderscheiden:

- Een werknemerscompensatiesysteem is een afzonderlijk onderdeel van sociale zekerheid en staat naast een of meer universele voorzieningen in geval van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Dit is bijvoorbeeld het geval in landen als Duitsland en België.
- Werknemerscompensatie vormt een extra aanvulling op een uitkering vanwege de sociale zekerheid. Dat is bijvoorbeeld het geval in Noorwegen waar binnen het sociale zekerheidsstelsel, dat voor iedere ingezetene geldt, compensatie wordt verleend bij arbeidsongeschiktheid en ziekte. In dit land vormt de eventuele uitkering krachtens de directe verzekering, die door particuliere verzekeraars wordt uitgevoerd, een aanvulling op het basisstelsel van sociale zekerheid.

[111] Broeck, Veronique de, Carine Meeuws, Marthe Verjans, Lieven Eeckelaert (2006). *Onderzoek arbo-informatiestructuur in westerse landen*. Brussel, Prevent. Zie: http://docs.minszw.nl/pdf/92/2007/92_2007_1_18361.pdf.

[112] Walters, David (2007). *An International Comparison of Occupational Disease and Injury Compensation Schemes.* Cardiff, Cardiff Work Environment Research Centre, Cardiff University.

In sommige landen bestaan verschillende typen werknemerscompensatie naast elkaar. Zoals ook in de inleiding reeds geschetst is komen in Nederland alle vijf typen van werknemerscompensatie voor. Een uitkering op basis van een of meer van deze werknemerscompensatiesystemen betekent in alle gevallen een aanvulling op het basisstelsel van sociale zekerheid.

1.4 Samenvatting

Dit hoofdstuk biedt een verkenning van het terrein van werknemerscompensatie. In het kader van die verkenning is gezocht naar structuren, elementen en actoren waarmee werknemerscompensatie als sociaal juridisch systeem kan worden beschreven.

Die verkenning begon in paragraaf 1 met de (juridische) definiëring van het begrip werknemerscompensatie. Werknemerscompensatie wordt beschouwd als een formele wijze waarop de compensatie van schade bij arbeidsongevallen en beroepsziekten geregeld is.

In paragraaf 2 is de verkenning voortgezet met het zoeken van een voor dit onderzoek adequate indeling van werknemerscompensatie. Ten behoeve van dit onderzoek is gekozen voor een indeling op basis van het criterium van de juridische verhouding tussen de werkgever, de werknemer en de 'verzekeraar'. Werknemerscompensatie creëert een extra juridische verhouding tussen die actoren. Typen werknemerscompensatie zijn van elkaar te onderscheiden vanwege de verschillen in die juridische verhouding. Op basis van dit criterium kunnen vijf typen van werknemerscompensatie worden geduid. Elk type werknemerscompensatie kent een andere juridische verhouding tussen die partijen.

In het kader van de terreinverkenning is vervolgens nagegaan of er nog andere elementen zijn die invloed hebben op werknemerscompensatie. Daarbij is zowel gekeken naar (overige) juridische elementen die van invloed zijn op werknemerscompensatie als naar elementen waarmee werknemerscompensatie als sociaal systeem kan worden beschreven. In paragraaf 1.3 zijn negen elementen beschreven die voor de uiteindelijke vormgeving van een concreet werknemerscompensatiesysteem van belang worden geacht. De beschrijving van de negen elementen biedt onder andere inzicht in de actoren die actief kunnen zijn in de uitvoering van een compensatiesysteem. Naast de werknemer en actoren namens de werkgever of de werkgever zelf, zijn dat actoren namens de verzekeraar zoals claimbeoordelaars (o.a. medische experts, arbeidshygiënische experts, schadedeskundigen, juridische adviseurs), actoren die betrokken zijn bij de administratieve uitvoering en bij de uitvoering van preventie in verband met het compensatiesysteem. Ook kunnen actoren betrokken zijn namens de 'toezichthouders', waartoe niet alleen private actoren maar ook publieke actoren en actoren namens de rechtelijke macht kunnen worden gerekend.

Op basis van de terreinverkenning kan een samenhangende indeling worden gepresenteerd van werknemerscompensatie in typen van werknemerscompensatie en verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen. Zie hiervoor ook tabel 1.1

Tabel 1.1: Indeling van werknemerscompensatie naar typen en systemen

Vijf typen werknemerscompensatie	Negen elementen	Compensatiesystemen
1. Werkgeversaansprakelijkheid	1. Kring verzekerden 2. Verzekerd risico 3. Claimbeoordeling	- Werkgeversaansprakelijkheid op basis van risico (NL) - Werkgeversaansprakelijkheid op basis van schuldaansprakelijkheid inzake schade bij derden (BE, D)
2. Verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid	4. Voorzieningen	- AVB (NL) - AVB (BE) - ELA (VK)
3. Directe verzekering	5. Administratieve uitvoering 6. Toezicht	- Arbeidsongevallenverzekering (BE, D) - Industrial Injury Scheme (VK) - Workers compensation insurance (USA, AUS)
4. Compensatiefonds	7. Financiering 8. Preventie-instrumenten	- FBZ (BE) - IAS (NL) - Black lung disease fund (USA) - Labour market occupational disease fund (DK)
5. Contractuele compensatie	9. Positie ten opzichte van sociale zekerheid	- COV (NL) - AFA (SWE) - EG- compensatieregeling (EG)

Tabel 1.1 biedt een overzicht van de vijf typen werknemerscompensatie, de (negen) elementen, en, ingedeeld naar type werknemerscompensatie, concreet bestaande werknemerscompensatiesystemen. De tabel maakt zichtbaar dat tot een type werknemerscompensatie verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen behoren. Concrete compensatiesystemen die tot één type werknemerscompensatie behoren, kunnen van elkaar verschillen in de wijze waarop de negen onderscheiden elementen inhoud krijgen. De wereld van werknemerscompensatie blijkt in werkelijkheid te bestaan uit een lappendeken van verschillende concrete systemen van werknemerscompensatie, die zelfs binnen één land naast elkaar kunnen bestaan en die in de werkelijkheid op veel verschillende wijzen zijn vormgegeven:

1. Tot het type werkgeversaansprakelijkheid behoort onder andere het systeem van werkgeversaansprakelijkheid in Nederland en de werkgeversaansprakelijkheid in België, die voorziet in aansprakelijkheid van een onderneming ten opzichte van een derde partij.[113]
2. Tot het tweede type, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, behoort onder andere de vrijwillige verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid in Nederland (AVB NL) en de wettelijk verplichte verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid in het Verenigd Koninkrijk (ELA: de Employment Liability Act).
3. Tot het type directe verzekering behoort onder andere de Arbeidsongevallenverzekering in België, de directe verzekering tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten in Duitsland via de Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), de verschillende systemen van Workers Insurance Compensation in de USA, en in het Verenigd Koninkrijk (VK) het Industrial Injury Scheme.
4. Tot het type compensatiefonds behoort onder ander het Belgische Fonds voor de Beroepsziekten en het Nederlandse Instituut voor Asbestslachtoffers (IAS) dat gedeeltelijk de kenmerken van een fonds bezit.
5. Tot het type contractuele compensatie kunnen allerlei compensatieregelingen in de Nederlandse cao's worden gerekend, evenals bijvoorbeeld de compensatieregeling voor ambtenaren van de EU en de compensatie in Zweden via AFA Insurance. AFA Insurance is een verzekeringsmaatschappij van sociale partners die de verzekering van cao-afspraken regelt. Tot die afspraken behoort onder andere schadeverhaal bij arbeidsongevallen en beroepsziekten.

[113] In België, evenals in Duitsland, is sprake van uitsluiting van werkgeversaansprakelijkheid in verband met de aanwezigheid van een wettelijk verplichte directe verzekering. Wel bestaat er aansprakelijkheid van een onderneming jegens een derde partij.



Hoofdstuk 2

Preventie

Introductie

In dit hoofdstuk staat de preventie van arbeidsongevallen en de beroepsziekten OPS en RSI centraal. De volgende deelvragen komen daarbij aan bod:

1. Hoe wordt het begrip preventie omschreven en gedefinieerd in de wetenschap en in de arbeidsomstandighedenwetgeving?
2. Welke actoren worden geacht een rol te spelen in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
3. Wat is de stand van de wetenschappelijke kennis over preventie van arbeidsongevallen, RSI en OPS in arbeidsorganisaties? Wat verstaat men onder effectieve preventie?
4. Hoe wordt wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties vormgegeven?

De antwoorden op de eerste drie deelvragen worden gebruikt voor de opzet van het empirisch onderzoek. Hiertoe behoort onder andere de operationalisatie van het preventiebegrip en de selectie van de respondenten. Het antwoord op de derde deelvraag wordt ook gebruikt bij de bespreking van de resultaten uit het vragenlijstonderzoek (hoofdstuk 6) en het casestudie-onderzoek (hoofdstuk 7). Daar wordt nagegaan hoe de preventiemaatregelen in de onderzochte arbeidsorganisaties zich verhouden tot de wetenschappelijke kennis over effectieve preventiemaatregelen en de eisen van de arbeidsomstandighedenwetgeving. Het is immers niet alleen van belang vast te stellen óf er maatregelen worden getroffen, maar ook de effectiviteit van die maatregelen na te gaan. Het antwoord op de vierde deelvraag sluit aan bij het exploratieve karakter van deze studie, dat als nevendoel heeft te bezien op welke wijze de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie empirisch onderzocht kan worden.

In paragraaf 1 komt de (gezondheids)wetenschappelijke definitie van het begrip preventie aan bod. Preventie wordt in de wetenschap doorgaans omschreven als een samenhangend geheel van doelen, middelen, actoren en interventies. Deze omschrijving past bij de rationeel wetenschappelijke benadering van het vraagstuk van preventie, waarbij experts worden geacht op basis van kennis van de risicofactoren en gedragsdeterminanten zoveel mogelijk 'evidence based' interventies te plegen. In de gezondheidswetenschap onderscheidt men drie vormen van preventie:

- primaire preventie (voorkomen van ziekte en ongeval door de oorzaken ervan weg te nemen),
- secundaire preventie (vroegtijdig opsporen en behandelen van beginnende ziekte of letsel),
- tertiaire preventie (voorkomen van verergering van reeds bestaande ziekte en letsel).

In paragraaf 2 staat de uitwerking van het preventiebegrip in de wetgeving centraal. Met andere woorden: welke doelen, middelen, actoren en interventies kennen de Europese en Belgische respectievelijk Nederlandse arbeidsomstandighedenwetgeving? De werkgever wordt in die wetgeving beschouwd als de centrale actor. De wetgeving is gebaseerd op een aantal uitgangspunten. Naast de nadruk op het rationeel wetenschappelijk handelen (de werkgever moet zich op de hoogte stellen van de stand van de wetenschap en de techniek en zich laten bijstaan door experts), gaat men in de wetgeving uit van het beschermingsparadigma (de werkgever wordt geacht de werknemer te beschermen) en van het uitgangspunt van de geconditioneerde zelfregulering. Dit laatste impliceert dat werkgever en werknemer zoveel mogelijk samen (met hulp van interne- en externe experts) via beleid, organisatie en communicatie vorm moeten geven aan optimalisering van de arbeidsomstandigheden.

In paragraaf 3, 4 en 5 volgt een overzicht van wetenschappelijk onderzoek, met name in Nederland en België, naar preventie van de twee beroepsziekten (RSI en OPS) en van arbeidsongevallen. In dat verband komt ook aan bod wat wetenschappelijk gezien onder effectieve preventie wordt verstaan. Voor dit overzicht wordt gebruik gemaakt van inzichten

uit de gezondheidskunde (in het bijzonder de sociale geneeskunde en de arbeidsgezondheidszorg), de psychologie, de sociologie en de veiligheidskunde.

Tenslotte gaat paragraaf 6 (samenvatting en nabeschouwing) in op de vormgeving van onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties en wat daarvan geleerd kan worden voor de opzet van het empirisch onderzoek naar compensatie en preventie.

2.1 Wat is preventie?

Voor de omschrijving van het preventiebegrip is voornamelijk Nederlandstalige literatuur bestudeerd. Die literatuur levert geen eenduidige definitie van het begrip preventie op. Dit neemt niet weg dat de verschillende definities wel enige gelijkenissen met elkaar vertonen. De volgende drie definities geven een goed beeld van de verschillen en overeenkomsten in definitie van preventie.

1. Het Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) definieert preventie als volgt:

> "Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door enerzijds de gezondheid te bevorderen en anderzijds de gezondheid te beschermen. Ook heeft preventie als doel ziekten en aandoeningen te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Onder preventie valt ook het voorkomen van complicaties van ziekten."[114]

In deze definitie spelen de volgende -normatieve- doelstellingen een dominante rol: vermijden van ziekte, bevorderen en beschermen van de gezondheid, complicaties voorkomen. Hoe preventie vorm moet worden gegeven, wordt echter uit de definitie niet duidelijk. Daarover zijn de volgende twee definities explicieter.

2. De Nederlandse organisatie voor zorgonderzoek (ZonMw) definieert preventie als:

> "Het uitvoeren van interventies teneinde gezondheid te bevorderen en ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen en zodoende gezondheidswinst te bereiken."[115]

In deze definitie wordt preventie opgevat als een mix van doelen (in de definitie worden er vier genoemd), middelen en interventies om die doelen te bereiken.

3. De vorige definitie komt voor een deel overeen met die in een Belgische studie over het preventiebegrip in welzijn en gezondheid.[116] Hierin omschrijft men preventie als:

> "Initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen."

Ook in deze definitie is sprake van een doel-middelrelatie, zij het dat hier één doel wordt geformuleerd (probleem voorkomen) en het begrip interventie wordt omschreven in termen van doelbewuste en systematische initiatieven. Het begrip 'interventie' veronderstelt de aanwezigheid van actoren die deze interventies uitvoeren. Interventies zijn dus verbonden met handelingen van een of meerdere actoren die gericht zijn op preventie.

Op basis van deze definities kan worden vastgesteld dat preventie bestaat uit (weliswaar verschillende) doelen en (verschillende) middelen. En dat (verschillende) actoren, (verschillende) interventies uitvoeren, daarbij gebruik maken van die middelen om die doelen te bereiken, tot handelen overgaan en een bepaalde intentie hebben bij dat handelen.

Preventie is dus een complex en veelvormig begrip. Dat blijkt ook uit een Nederlandse achtergrondstudie over preventiebeleid.[117] In die studie worden zes verschillende, soms complementaire, indelingen van het begrip preventie onderscheiden, namelijk naar soort beleid (algemeen of specifiek), het type interventie (bijvoorbeeld gezondheidsbescherming of

[114] RIVM (2010). *Nationaal kompas volksgezondheid*. Zie: http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/. Geraadpleegd 31 augustus 2010.
[115] ZonMw (2006). *Programma preventie 2008-2011*. Zie: http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/preventie/documenten/PP3_definitief_Programmatekst_23_mei_2006.pdf.
[116] Goris, Peter, D. Burssens, B. Mielis, N. Vettenburg (2007). *Wenselijke preventie stap voor stap?* Antwerpen-Apeldoorn, Garant.
[117] Torenvlied, René, Agnes Akkerman (2005). *Preventiebeleid: een verkennende achtergrondstudie*. Den Haag, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Werkdocument 7. p. 46 e.v.

gezondheidsbevordering), de doelgroep (gehele populatie of een deelgroep), ziektecategorie (bijvoorbeeld kanker), de context (gezin, arbeidsplaats) of het proces van ziekte, op basis waarvan men een onderscheid maakt tussen primaire preventie (oorzaken ziekte wegnemen), secundaire preventie (opsporen van potentiële ziekte) en tertiaire preventie (voorkomen dat ziekte verergert).

Drie vormen van preventie
Voor dit onderzoek, waar preventie van letsel en ziekte door een arbeidsongeval of beroepsziekte centraal staat, is het onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire vormen van preventie relevant. Het relateert preventie aan het proces van ziekte en letselschade: mensen staan bloot aan specifieke risicofactoren, kunnen daardoor ziek worden of een ongeval krijgen, en daardoor letsel oplopen of overlijden. Primaire preventie heeft betrekking op de periode vóórdat sprake is van ziekte, terwijl secundaire en tertiaire preventie betrekking hebben op de periode waarin ziekte is opgetreden. Deze indeling heeft tevens een prioritair karakter. Primaire preventie heeft de voorkeur boven het opsporen en verhelpen van gezondheidsproblemen. Deze indeling in drie vormen van preventie is zowel gangbaar in de Nederlandstalige literatuur[118], als gebaseerd op het preventiebegrip van de World Health Organization (WHO).[119] Aan elk van deze drie vormen zijn verschillende doelstellingen en middelen, interventies en actoren of groepen van actoren, verbonden.

Primaire preventie
Bij primaire preventie gaat het om de situatie waarin nog geen gezondheidsproblemen zijn ontstaan bij nog niet zieke individuen of groepen mensen. Om te voorkomen dat deze zullen ontstaan, is het noodzakelijk dat één of meerdere risicofactoren van een gezondheidsprobleem bekend en beïnvloedbaar zijn. Door deze risicofactoren te beïnvloeden, kunnen ziekten en aandoeningen worden voorkomen.[120] Primaire preventie is dus verbonden met het reduceren of wegnemen van specifieke causale factoren die ten grondslag liggen aan de incidentie[121] van een bepaalde ziekte, zoals cholesterol in relatie tot hartproblemen, het niet dragen van een veiligheidsharnas ter voorkoming van vallen van hoogte, of het elimineren van gevaarlijke stoffen ten behoeve van preventie van beroepsastma. Deze vorm van preventie kan zowel collectief van aard zijn, gericht op de gehele populatie of specifieke groepen, als op het individu gericht. Primaire preventie is op gezond gedrag gericht en houdt zich bezig met het afwegen van risico's teneinde slechte of gevaarlijke risico's te vermijden en aldus de bestaande toestand te verbeteren.[122]

Secundaire preventie
Secundaire preventie richt zich op het opsporen van ziekte om erger te voorkomen. Bij deze vorm van preventie gaat het erom in een vroeg stadium risicofactoren of ziekte op te sporen en te behandelen, voordat deze tot symptomen of klachten leiden. Doelstelling van secundaire preventie is om de meest ernstige gevolgen van een ziekte te voorkomen of te verminderen door vroege diagnose en behandeling. Deze vorm van preventie is alleen zinvol voor ziekten die in een vroeg stadium kunnen worden vastgesteld en behandeld, waardoor progressie kan worden gestopt. Vroegtijdige opsporing van een ziekte door middel van een preventief medisch onderzoek (PMO) is een voorbeeld van secundaire preventie.

---

[118] Zie o.a. Kuiper, Chris, Y. Heerkens, M. Balm, H. J. Bieleman, N. Nauta (2005). *Arbeid en gezondheid, preventie, behandeling en reïntegratie, een handboek voor paramedici.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum; Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.) (2007). De psychologie van arbeid en gezondheid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
[119] Bonita, R., R. Beaglehole, T. Kjellström (2006). *Basic Epidemiology*. Geneva, WHO. p. 99 e.v. Overigens onderscheidt de WHO ook nog algemene preventie, de beïnvloeding van algemene sociaal-economische en milieu omstandigheden (via o.a. verbetering drinkwater en voedselveiligheid) ter bescherming van de gehele bevolking. Algemene preventie wordt hier buiten beschouwing gelaten.
[120] Boot, J., M. Knapen (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. p 78.
[121] De incidentie is gedefinieerd als het aantal *nieuwe* gevallen van een ziekte per tijdseenheid, per aantal van de bevolking.
[122] Van Steenberge, J., S. Klosse, J.M. de Leede (ed). (1994). *Preventie: een solide basis voor sociale zekerheid?* Antwerpen/Apeldoorn, Maklu. p. 54.

Tertiaire preventie
Tertiaire preventie richt zich op reeds bestaande ziekte en letsel, met de intentie het voorkomen van verergering en van complicaties, in de vorm van bijvoorbeeld handicaps en invaliditeit, alsmede het voorkomen van blijvende arbeidsongeschiktheid. Dat kan onder andere door behandeling en het verschaffen van voorzieningen. Adequate en snelle diagnostiek van letsel en behandeling van slachtoffers van bijvoorbeeld een bedrijfsongeval kan ook tot tertiaire preventie worden gerekend. Arbeidsre-integratie (activiteiten gericht op herplaatsen van een persoon met een ziekte of beperking die uitgevallen is) is eveneens een onderdeel van tertiaire preventie. Hiertoe behoort ook de bevordering van het aanpassingsvermogen van de patiënt en het vermogen deel te nemen aan het dagelijkse leven en aan werk. Tertiaire preventie is niet alleen individu gericht, maar heeft ook collectieve kenmerken. Men beschouwt re-integratie als een belangrijke vorm van 'disability management'. Deze benadering, volgens sommigen in de belangstelling gekomen doordat werkgevers steeds meer worden geconfronteerd met de kosten van arbeidsverzuim, richt zich op de vergroting van de inzetbaarheid van ziek en gezond personeel. [123] Disability management wordt beschouwd als proactief, structureel en systematisch gecoördineerd beleid binnen een organisatie.[124]

Verwetenschappelijking en professionalisering van preventie
Volgens Horstman en Houtepen[125] is tijdens de vorige eeuw de stijl van preventie veranderd. In eerste instantie had preventie een sterk moralistisch karakter. De opkomst van preventieve gezondheidszorg maakte deel uit van een beschavingsoffensief. De doelstelling om de gezondheid van mensen te verbeteren was vaak naadloos verbonden met het idee dat paupers, fabrieksarbeiders en werklozen opgevoed moesten worden tot 'beschaafde' burgers. Professionals wisten hoe het moest. Zij ontwikkelden een paternalistische opvoedende stijl.

In de loop van de twintigste eeuw werd afscheid genomen van het expliciete moralisme en paternalisme en begonnen met de verwetenschappelijking van preventie. Niet de fatsoensnormen, maar de wetenschap werd basis voor preventie. Ook de positie van preventiewerkers, zoals artsen en psychologen, veranderde daardoor. Van goedbedoelende moraalridders werden zij professionals die interventies plegen op basis van door wetenschap verkregen inzichten over risicofactoren. De trend tot verwetenschappelijking van preventie in de gezondheidszorg heeft geresulteerd in een zeer specifieke uitwerking van het idee van sturing van gedrag. Het complexe web van menselijke handelingsmotieven wordt teruggebracht tot 'netjes geordende rijtjes van gedragsdeterminanten'. Mensen worden beschouwd als machines: een welgemikte stimulus zet het informatieverwerkingssysteem en het gedrag in een welbepaalde richting in beweging. Het centrale denkmodel is dat van professionals die, al dan niet met succes, erin slagen hun kennis van determinanten om te zetten in effectieve interventies bij de doelgroep. De maatschappelijke context is weliswaar belangrijk, maar preventie blijft gaan over 'interventies', sturende ingrepen van buitenaf.

In grote lijnen zijn die determinanten te onderscheiden naar omgeving, leefstijl, het gedrag van mensen, zoals gebruik van alcohol en drugs, en persoonsgebonden factoren, zoals bloeddruk en cholesterolgehalte in het bloed.[126] Tot de omgeving rekent men milieu, bijvoorbeeld de invloed van luchtverontreiniging, de leefsituatie en sociale omgevingskenmerken zoals sociale steun en sociale cohesie.[127] Ook arbeid rekent men tot de omgeving. Arbeid betreft zowel sociale als fysieke omgevingsfactoren op de werkvloer. In het zogenaamde 'Lalonde- model'

[123] Kuiper, Chris, Yvonne Heerkens (2005). *Paramedisch handelen op het terrein van arbeid en gezondheid*. In: Kuiper, Chris, Y. Heerkens, M. Balm, H. J. Bieleman, N. Nauta. Arbeid en gezondheid, preventie, behandeling en reïntegratie, een handboek voor paramedici. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. p. 56.
[124] Nijhuis, Frans, Brigitte van Lierop (2007). *Arbeidsreïntegratie en arbeidsrehabilitatie*. In: Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.). De psychologie van arbeid en gezondheid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. p. 170.
[125] Horstman, Klasien, Rob Houtepen (2005). *Worstelen met gezondheid, ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten.* Amsterdam, Het Spinhuis.
[126] RIVM (2010). *Nationaal kompas volksgezondheid*. Zie http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/ geraadpleegd 31 augustus 2010.
[127] Sociale steun bestaat uit interacties (wisselwerkingen) tussen mensen die tegemoet komen aan sociale basisbehoeften (zoals affectie, goedkeuring, erbij horen en veiligheid) van de ontvanger. Kort gezegd verwijst sociale cohesie naar de mate van verbondenheid en solidariteit binnen groepen en gemeenschappen.

is ook de gezondheidszorg zelf een belangrijke determinant van gezondheid en ziekte. Het gaat in dat geval onder andere om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg.[128] Deze determinanten zijn door de wetenschap 'ontdekt'. Het is vervolgens de bedoeling dat ze worden omgezet in interventies. Die interventies zijn doorgaans een kwestie van eenrichtingsverkeer: de expert geeft voorlichting, advies en training, doet een medische ingreep, of voert een medische test uit bij de cliënt of patiënt.

Preventie wordt dus verbonden met interventies van experts[129] die, op basis van hun kennis van de determinanten van gezondheid en ziekte, interventies plegen bij de cliënt, de werknemer, de patiënt of de werkgever.[130] Interventies kunnen zowel van collectieve als van individuele aard zijn. [131] In Nederland en België beschouwt men als belangrijkste gezondheidsexperts voor arbeidsgerelateerde problemen de bedrijfsarts of arbeidsgeneesheer (gespecialiseerd in de lichamelijke en geestelijke gezondheid in relatie tot werk), de arbeidshygiënist (meten en beoordelen van chemische, biologische en fysische arbeids-omstandigheden), de arbeidsorganisatiedeskundige (gespecialiseerd in psychische belasting door werk), de veiligheidskundige, de preventieadviseur, de huisarts, of de paramedicus zoals fysiotherapeut of kinesist.[132]

Evidence based preventie

De opkomst van de zogenaamde evidence based preventie, preventie die is gebaseerd op bewijs uit wetenschappelijk onderzoek, past in tendens tot rationalisering en verwetenschappelijking. Het vertrouwen in de professional als persoon, die expertise heeft gebouwd op basis van opleiding, ervaring en specifieke persoonsgebonden eigenschappen, en op basis daarvan handelt, maakt steeds meer plaats voor vertrouwen in de methoden, instrumenten en standaarden. Via evidence based preventie probeert men inzicht te krijgen in de effectiviteit van die preventieve maatregelen.

Bij voorkeur moet dat wetenschappelijk onderzoek een Randomized Controlled Trial (RCT) zijn. De RCT is een vorm van wetenschappelijk onderzoek waarbij getracht wordt de vraag te beantwoorden of een bepaalde behandeling (interventie) werkzaam of zinvol is. Hiervoor wordt een bepaalde methode gebruikt: de te testen behandeling wordt uitgevoerd bij een testgroep en vergeleken met een controlegroep, een vergelijkbare groep patiënten of proefdieren met dezelfde klacht of hetzelfde probleem, maar die geen of een andere interventie ondergaan. RCT's worden beschouwd als de beste onderzoeksmethode om een hypothese over de effectiviteit van een interventie te testen. Daarom wordt intensivering van dergelijk onderzoek wenselijk geacht.[133]

In het verlengde daarvan moet de ontwikkeling van richtlijnen voor (medische) experts worden gezien. Onder invloed van de beweging van de evidence based medicine wordt steeds meer de nadruk gelegd op systematisch literatuuronderzoek en explicitering van het wetenschappelijke bewijs van effectiviteit:

> "Preventie is alleen preventie als er 'bewezen effectief' op staat."[134]

---

[128] Post, D., J.W. Groothoff (2003). *Sociale Geneeskunde of Public Health, toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied.* Houten/Mechelen, Bohn Stafleu van Loghum.

[129] Dat neemt niet weg dat (ook) medici vaststellen dat gezondheidspreventie voor een (groot) deel buiten de gezondheidszorg door niet medici en met niet-medische middelen wordt uitgevoerd. Zie o.a. KNMG (2007). *Volksgezondheid en preventie, de visie van de KNMG*. Utrecht, KNMG.

[130] Zie o.a.: Saan, H., W. de Haes (2005). *Gezond effect bevorderen*. Woerden, Nigz; Post, D., J.W. Groothoff (2003). *Sociale Geneeskunde of Public Health, toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied.* Houten/Mechelen, Bohn Stafleu van Loghum; Schaufeli, Wilmar, Bakker, Arnold, red. (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum; Kuiper, Chris. et al (2005). *Arbeid en gezondheid, preventie, behandeling en reïntegratie, een handboek voor paramedici.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

[131] Post, D., J.W. Groothoff (2003). *Sociale Geneeskunde of Public Health, toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied.* Houten/Mechelen, Bohn Stafleu van Loghum. p. XII.

[132] Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.) (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum. p. 15.

[133] Raad voor Gezondheidsonderzoek (2003). *Advies Kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennistoepassing.* Den Haag, RGO. p. 45-46.

[134] KNMG (2007). *Volksgezondheid en preventie, de visie van de KNMG*. Utrecht, KNMG.

Deze richtlijnontwikkeling kwam eerst van de grond bij de beroepsorganisaties van medisch specialisten en huisartsen, op de voet gevolgd door allerlei andere beroepsverenigingen, zoals de paramedische beroepsgroepen en later ook de bedrijfsartsen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundige en verzorgende beroepen.[135]

Vraagtekens
Bij deze rationalistische preventiebenadering kunnen vraagtekens worden geplaatst. Horstman en Houtepen bekritiseren onder andere het (impliciete) mensbeeld dat ten grondslag ligt aan het rationalistisch model. Mensen zijn volgens hen geen 'stimulus respons machines' die via de input van evidence based kennis de juiste output, het verondersteld gedrag, produceren, maar autonome burgers die zich niet laten voorschrijven hoe ze moeten leven. Bovendien handelen die burgers in een kader van afhankelijkheidsrelaties met anderen. Ze zijn mensen van vlees en bloed met een geschiedenis, een sociaal leven, eigen inzichten, normen en idealen, en met de capaciteit om zelf te denken en te handelen. Een tweede kritiekpunt van Horstman en Houtepen, dat bij het vorige aansluit, heeft betrekking op het gegeven dat de wetenschappelijke kennis over gezondheid en gezond gedrag als uitgangspunt wordt genomen voor het handelen van professionals. De wetenschap zou de 'objectieve feiten' over gezondheid vertegenwoordigen, terwijl de doelgroepen die gezond moeten worden gemaakt slechts 'foute emoties' en 'subjectieve meningen' zouden representeren.[136]

Pragmatisch perspectief
Als alternatief voor het rationalistische perspectief presenteren Horstman en Houtepen het pragmatisch perspectief. Dat perspectief is volgens hen niet gebaseerd op interveniëren, sturen en controleren, en gaat niet uit van onwrikbare uitgangspunten of zekerheden, maar is gebaseerd op de gedachte dat preventie mensenwerk is. Zij pleiten daarom voor het bevorderen van preventie via open, experimentele leerprocessen waaraan alle actoren kunnen deelnemen. Via dergelijke leerprocessen kunnen maatregelen door middel van 'trial and error' geëvalueerd worden op praktische bruikbaarheid, zowel in technische zin als in normatieve zin.[137]

In hoofdstuk 8 wordt nagegaan of op basis van de uitkomsten uit het empirisch onderzoek uitspraken kunnen worden gedaan over de mogelijkheden en beperkingen van de evidence based aanpak en de pragmatische benadering in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

[135] Burgers, J.S. , J.J.E. van Everdingen (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling in Nederland: het EBRO-platform*. In: Ned Tijdschr Geneeskd. 2004. Zie ook: http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200859.pdf en: http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061003.pdf;http://congres.nigz.nl/page.
[136] Horstman, Klasien, Rob Houtepen (2005). *Worstelen met gezondheid, ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam, Het Spinhuis. p. 20.
[137] Ibid. p. 205.

2.2 Preventie in de arbeidsomstandighedenwetgeving

Deze paragraaf geeft een overzicht van vormgeving van preventie in de arbeidsomstandighedenwetgeving in Nederland en België en geeft een overzicht van de doelen, middelen, interventies en actoren die een rol spelen in deze wetgeving. Omdat sinds eind jaren '70 Europese richtlijnen steeds meer invloed hebben op de nationale regelgeving begint deze paragraaf met een schets van de belangrijkste Europese regelgeving inzake arbeidsomstandigheden. Daarna komt de specifieke situatie in Nederland en België aan bod.

2.2.1 Arbeidsomstandighedenwetgeving in Europa

In de 19e eeuw ontstond in Europa het bewustzijn dat wettelijke maatregelen dienden te worden getroffen om een halt toe te roepen aan de erbarmelijke arbeidsomstandigheden. De eerste maatregel bestond uit wetgeving tegen kinderarbeid. Aanvankelijk was dat een nationale zaak. Engeland kende de vroegste wetgeving (1802), gevolgd door Duitsland (1839) en België (1842). Nederland kwam pas in 1874 met de Kinderwet Van Houten. De overheid kreeg vanaf dat moment ook een rol in de rechtsbescherming van de arbeiders.[138] Daarmee is het begin gemarkeerd van de verankering van preventie in de wetgeving. De preventie was van primaire aard en gericht op gezondheidsbescherming door middel van het stellen van gedetailleerde normen ten aanzien van veiligheid en gezondheid, die verplicht moesten worden toegepast door de werkgever, in combinatie met toezicht door de arbeidsinspectie.[139]

Iedere werknemer heeft tegenwoordig 'recht op bescherming van zijn veiligheid, gezondheid en waardigheid tijdens de arbeid'.[140] Dit is als grondrecht onder andere neergelegd in het Europees Sociaal Handvest (ESH,1961), de ILO-verklaring omtrent fundamentele rechten tijdens het werk (1998) en het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (2000).[141] Vanaf de totstandkoming van het EG-verdrag (1957) is op Europees niveau aandacht voor arbeidsomstandigheden van werknemers, alhoewel pas in 1974 een eerste actieprogramma tot stand komt. De eerste richtlijnen verschijnen eind jaren '70. Sinds midden jaren '80 van de vorige eeuw is de invloed van Europa op de nationale arbeidsomstandighedenwetgeving toegenomen. In 1986 treedt een stroomversnelling op in het Europees beleid als een nieuw artikel 118A wordt opgenomen in het EG-verdrag. Door dit artikel wordt meerderheidsbesluitvorming mogelijk op het gebied van het communautaire sociaal beleid, waartoe ook arbeidsomstandighedenbeleid behoort.[142]

Kaderrichtlijn en het paradigma van het reflexief recht

De kaderrichtlijn 'betreffende de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en gezondheid van de werknemers op het werk' (richtlijn 89/391/EEG) is de eerste richtlijn die op basis van meerderheidsbesluitvorming tot stand is gekomen en die door alle lidstaten geïmplementeerd is.

De kaderrichtlijn is gebaseerd op een nieuw reguleringsparadigma, het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende zelfregulering van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.[143] De zelfregulering is niet volledig maar een geconditioneerde

[138] Popma, J. R. (red.) (2008). *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid: arbeidsbescherming tussen publiek recht en privaatrecht*. Nieuwerkerk aan den IJssel, Gelling Publishing. p. 39-41.
[139] In Nederland is in 2011 de arbeidsinspectie samengevoegd met twee andere inspectiediensten tot de Inspectie SZW. In dit boek wordt met de aanduiding arbeidsinspectie ook deze inspectiedienst bedoeld.
[140] Ibid. p. 5.
[141] De kern van de ILO verklaring bestaat uit bescherming tegen slavernij en dwangarbeid, kinderarbeid en uitbuiting. Het Europees Sociaal Handvest (1961) vermeldt dat werknemers recht hebben op veilige en hygiënische arbeidsomstandigheden. Artikel 31 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie bevat de bepaling dat iedere werknemer recht heeft op gezonde, veilige en waardige omstandigheden en op gezonde, veilige en waardige arbeidsomstandigheden.
[142] Popma, Jan (2003). *Het arbo-effect van medezeggenschap*. Alphen aan den Rijn, Kluwer. p. 86: inmiddels is 90 procent van de Nederlandse regels afkomstig van de uitvoeringsbesluiten uit Brussel en van ILO verdragen.
[143] Zie voor een beschrijving hiervan onder andere paragraaf 2.2. Zie verder: Huls, Nick (2009). *Actie en reactie, een inleiding in de rechtssociologie*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 74.

zelfregulering: zelfregulering binnen een kader van door de overheid opgestelde spelregels.[144] Aandacht voor zelfregulering ontstaat in de jaren zeventig van de afgelopen eeuw als overheidsregulering onder druk komt te staan. Sindsdien zijn internationaal en nationaal diverse initiatieven genomen om zelfregulering te stimuleren en in wetgeving te incorporeren.[145] Dat concept van zelfregulering sluit aan op de ideeën van Teubner over reflexief recht. Reflexief recht staat tegenover interveniërend recht, dat de pretentie heeft dat het de maatschappij kan sturen. Het paradigma van het reflexief recht sluit aan bij de zelf-regulerende capaciteiten van de samenleving.[146] Overigens zijn aanhangers van dit paradigma van mening dat overheidsregulering en handhaving nodig blijven omdat de samenleving niet alleen kan vertrouwen op die zelfregulering.[147] Zoals hierna zal blijken is de arbeids-omstandighedenwetgeving in Nederland en België primair gebaseerd op zelfsturing, maar bevat het daarnaast elementen van externe overheidsregulering en handhaving.

Zelfregulering

In het rapport van de Britse Commissie Robens (1972) is deze zelfregulering uitgewerkt voor het vraagstuk van veiligheid en gezondheid in arbeidsorganisaties. Kern van dat rapport is dat de overheid zich moet beperken tot het vastleggen van een algemeen kader, waarbinnen bedrijven hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen. Hierdoor ligt de verantwoordelijkheid voor veiligheid en gezondheid minder bij de overheid en meer bij degenen die het risico creëren en bij degenen die met deze risico's moeten werken. De commissie was van mening dat werkgevers en werknemers zich beiden zullen inspannen voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden als zij daartoe de gelegenheid krijgen, omdat zij gezamenlijke belangen hebben bij optimale arbeidsomstandigheden. De commissie beschouwt een arbeidsorganisatie dus niet zozeer vanuit een actorbenadering, als een arena van conflicterende partijen, maar als een sociaal cultureel systeem, waarbij de organisatie een samenwerkingsverband is tussen actoren. Naast bescherming van de werknemer door de werkgever krijgt vanaf dat moment ook samenwerking tussen werknemer en werkgever een plaats in de wetgeving. Deze verandering werd mede ingegeven door de vaststelling dat de naleving van de wetgeving te wensen overliet en de regelgeving zélf achterliep bij de technische en economische ontwikkelingen.[148]

Hoofddoelstellingen

Aan de kaderrichtlijn kunnen de volgende vier hoofddoelstellingen van arbeids-omstandighedenbeleid worden ontleend:

1. bescherming van de veiligheid en gezondheid van werknemers,
2. verminderen of voorkomen van het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten,
3. verbetering van het arbeidsmilieu,
4. humanisering van de arbeid.

De eerste twee doelen zijn gebaseerd op reeds bestaande wetgeving in de verschillende Europese landen. Met de kaderrichtlijn worden ook twee nieuwe preventiedoelstellingen geïntroduceerd, namelijk verbetering van het arbeidsmilieu en humanisering van de arbeid en de daarmee verbonden subdoelstellingen als evenwichtige deelneming van werknemers en aandacht voor kwetsbare risicogroepen.

---

[144] Popma, J. R. (2008). *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid: arbeidsbescherming tussen publiek recht en privaatrecht*. Nieuwerkerk aan den IJssel, Gelling Publishing. p. 45.

[145] Dorbeck-Jung, Bärbel, Mirjan Oude Vrielink-van Heffen (2006). *Inleiding op het themanummer op weg naar bruikbare regulering*. In: Recht der werkelijkheid. Den Haag, Reed Business Information. p. 5.

[146] Zie hiervoor o.a. Dorbeck-Jung, Bärbel, Mirjan Oude Vrielink-van Heffen (2006). *Het programma bruikbare rechtsorde.* In: Recht der werkelijkheid. Den Haag, Reed Business Information. p. 18; Huls, Nick (2009). *Actie en ractie, een inleiding in de rechtssociologie.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 74; Rogowski, Ralf, Ton Wilthagen (1994). *Reflexive labour law, an introduction*. In: Rogowski, Ralf, Ton Wilthagen (eds). Reflexive labour law. Deventer, Boston, Kluwer Law and Taxatation Pubishers. p. 1-19.

[147] Wilthagen, Ton (1994). *Reflexive rationality in the regulation of occupational safety and health*. In: Rogowski, Ralf, Ton Wilthagen (eds). Reflexive labour law. Deventer, Boston, Kluwer Law and Taxatation Pubishers. p. 376.

[148] Popma, J. R. (2008). *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid: arbeidsbescherming tussen publiek recht en privaatrecht*. Nieuwerkerk aan den IJssel, Gelling Publishing. p. 37.

Aan de introductie van humanisering van de arbeid en medezeggenschap ging een periode van maatschappelijke discussies vooraf. Het eerste Sociale Actieprogramma van de Europese Gemeenschap is daarvan een weerslag. Hierin stonden humanisering van de arbeid en medezeggenschap hoog op de prioriteitenlijst (1974).[149] Humanisering van de arbeid wordt in dat programma omschreven in termen van zelfontplooiing, verantwoordelijkheid, autonomie en zeggenschap. Het wordt beschouwd als antwoord op de vervreemding van de werknemer in zijn werk. Met humanisering van de arbeid is het streven naar een permanente verbetering van de kwaliteit van de arbeid verbonden.

2.2.2 Arbowet in Nederland en Welzijnswet in België

In België is de kaderrichtlijn omgezet in nationale wetgeving via de Wet Welzijn op het werk, hierna ook aangeduid als Welzijnswet.[150] Deze wet vervangt de wet van 1952 betreffende de veiligheid en gezondheid van werknemers. Nadere reglementering van de Welzijnswet heeft plaatsgevonden via de zogenaamde Codex over het welzijn op het werk, en het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming (ARAB). De Codex bevat alle nieuwe uitvoeringsbesluiten vanaf 1993. Het ARAB is een bundeling van uitvoeringsbesluiten die tussen 1947 en 1993 tot stand zijn gekomen. Het is de bedoeling dat op den duur alle bepalingen van het ARAB worden overgezet in de Codex.[151]

Nederland

In Nederland was de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) van 1980 reeds gedeeltelijk gebaseerd op de opvattingen van de commissie Robens. In artikel 3 van de Arbowet 1980 komt humanisering van de arbeid tot uitdrukking in het begrip welzijn bij de arbeid. Dat begrip werd in de wet geconcretiseerd in de volgende termen: vermijden van herhalende arbeid, arbeid aanpassen aan de persoonlijke eigenschappen, arbeid draagt bij aan de zelfontplooiing. Tevens kende de wet bepalingen ten aanzien van overleg en samenwerking tussen de werkgever en de werknemer en ten aanzien van betrokkenheid van de ondernemingsraad bij het arbeidsomstandighedenbeleid.[152] Daarmee voldeed deze wet al gedeeltelijk aan de eisen van de kaderrichtlijn. De Arbowet 1980 is sindsdien herzien in 1994, 1998, 2005 en 2007.

Wetswijzigingen

Volgens Popma was de invoering van artikel 7 van de kaderrichtlijn de meest ingrijpende wijziging van de Arbowet anno 1994.[153] Kenmerkend voor de Nederlandse overzetting in 1994 van artikel 7 was de verplichte inschakeling door de werkgever van een arbodienst bij een drietal taken: meewerken aan de Risico inventarisatie-en evaluatie (RIE) door het- geheel of gedeeltelijk- opstellen van de RIE dan wel door er advies over te geven, bijstand bij de begeleiding van zieke werknemers en het uitvoeren van arbeidsgezondheidskundig onderzoek, waartoe behoren het (vrijwillig) periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), het arbeidsomstandighedenspreekuur en, in sommige gevallen, de aanstellingskeuring. Een arbodienst diende gecertificeerde deskundigheid te hebben op tenminste vier terreinen: bedrijfsgeneeskunde, veiligheidskunde, arbeidshygiëne, en arbeid- en organisatiekunde. De wetgever wilde op die manier aansluiten bij de al bestaande infrastructuur van bedrijfsgezondheidsdiensten. Mede door de hoge certificeringseisen bleken interne diensten, met daarin een prominente rol voor de deskundige werknemer, nagenoeg onhaalbaar. De volledige implementatie in Nederland van de kaderrichtlijn kwam daardoor niet tot stand. In de Arbowet 2007 is dit hersteld door in artikel 13 van de Arbowet te bepalen dat de werkgever

[149] Popma, Jan (2003). *Het arbo-effect van medezeggenschap.* Alphen aan den Rijn, Kluwer. p. 75.
[150] Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk. In de Belgische Welzijnswet van 1996 wordt welzijn ruimer omschreven dan in de kaderrichtlijn. Men onderscheidt acht domeinen: arbeidsveiligheid, bescherming gezondheid, psychosociale belasting, ergonomie, arbeidsveiligheid, arbeidshygiëne, verfraaiing van arbeidsplaatsen, het leefmilieu en bescherming tegen geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk.
[151] FOD WASO (2004). *De wet en codex over het welzijn op het werk*. Brussel, Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. p.4.
[152] Tegelijkertijd werd in Nederland verder vorm gegeven aan medezeggenschap van werknemers via aanpassing in 1971 en 1979 in de Wet op de Ondernemingsraden.
[153] Popma, Jan (2003). *Het arbo-effect van medezeggenschap,* Alphen aan den Rijn, Kluwer. p.89.

met meer dan 25 werknemers zich mede moet laten bijstaan door een of meer deskundige werknemers, ook wel preventiemedewerkers genoemd. In de Arbowet is opgenomen dat elke werkgever tenminste één werknemer moet aanwijzen als preventiemedewerker. De preventiemedewerker die wordt aangesteld moet over voldoende deskundigheid en ervaring beschikken om de preventietaken goed uit te kunnen voeren. Ook moet hij voldoende tijd krijgen om zijn taken uitvoering te geven. De preventiemedewerker heeft drie wettelijke taken: het (mede) opstellen en uitvoeren van de RIE, het adviseren en nauw samenwerken met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging over te nemen te maatregelen voor een goed arbeidsomstandighedenbeleid en het (mede) uitvoeren van die maatregelen. De preventiemedewerker moet de gelegenheid krijgen om zijn taken zelfstandig en onafhankelijk uit te voeren. Overigens heeft de Nederlandse wetgever de rol van de preventiemedewerker beperkt. Als de mogelijkheden binnen de eigen organisatie onvoldoende zijn, moet de bijstand verleend worden door een combinatie van interne- en externe deskundigheid.[154]

De wijzigingen die de Arbowet de laatste jaren heeft ondergaan, kwamen niet alleen voort uit de implementatie van de kaderrichtlijn. Ook ontwikkelingen op nationaal niveau hadden hierop invloed. Hiertoe behoren de beleidsmaatregelen om greep te krijgen op de het grote aantal arbeidsongeschikten in Nederland. In 1994 kwam in de Arbowet expliciet aandacht voor terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén van de meest in het oog springende maatregelen was de introductie van financiële prikkels. Het idee achter deze financiële prikkels is dat, door het toegenomen financiële belang van ziektepreventie, werkgevers eerder bereid zijn te investeren in verbetering van de arbeidsomstandigheden. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op de introductie van dit zogenaamde incentive paradigma.

Deregulering

Vanaf 1978 is in het Nederlands overheidsbeleid aandacht voor deregulering van wetgeving. Een belangrijke stap in die beleidsontwikkeling is de nota "Zicht op wetgeving" waarin ideeën over reflexief recht nader worden uitgewerkt.[155] Door die nota komt vanaf midden jaren '90 ook aandacht voor deregulering van de Arbowet. De overheid zou zich moeten terugtrekken op haar kerntaken, waarbij de overheidsbemoeienis zich zou moeten beperken tot het garanderen van een basisniveau in de bescherming van werknemers tegen de zogenaamde ernstige veiligheidsrisico's. Voor alles wat boven het basisniveau uitstijgt, is niet de overheid primair verantwoordelijk, maar de sociale partners, zo was de leidende gedachte. [156] Deze dereguleringspolitiek heeft een wijziging met zich meegebracht in de opvattingen over effectieve beleidsuitvoering. De uitvoering van de wet wordt minder gebaseerd op gedetailleerde wettelijke normstelling en toezicht op de naleving daarvan door de arbeidsinspectie (AI). In plaats daarvan is de uitvoering meer gebaseerd op de eerder genoemde financiële prikkels, op principes van marktwerking en op een toenemende verantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid voor werkgevers en werknemers op bedrijfstak-, sector- of brancheniveau.[157] Verschillende vormen van zelfregulering sinds de jaren '90 zijn: Arbo-convenanten, afspraken over de arbeidsomstandigheden op bedrijfstakniveau, ontwikkeling van concrete normen door sociale partners middels cao-afspraken en meer recentelijk zogenaamde arbocatalogi (afspraken tussen sociale partners op brancheniveau over de invulling van wettelijke doelvoorschriften). Vooralsnog leidt deze aanpak overigens niet tot een vermindering van het basisniveau, gezien het feit dat een door het de AI getoetste arbocatalogus, het uitgangspunt vormen voor het toezicht en de handhaving door de AI. In gevallen waarvoor geen concrete normen of grenswaarden in de Arboregelgeving staan, en er tevens geen arbocatalogus is, kan de AI voorzieningen of maatregelen verlangen volgens de stand van de wetenschap of de professionele dienstverlening.[158]

---

[154] Popma, J.R. (2010). *ArboPocket Wet- en regelgeving 2010.* Alphen aan den Rijn, Kluwer. p.25.
[155] Dorbeck-Jung, Bärbel, Mirjan Oude Vrielink-van Heffen (2006). *Het programma bruikbare rechtsorde.* In: Recht der werkelijkheid. Den Haag, Reed Business Information. p.18.
[156] Popma, Jan (2003). *Het arbo-effect van medezeggenschap,* Alphen aan den Rijn, Kluwer. p.83.
[157] Coenen, Lot, Lennart de Ruig, Mirjam Engelen (2010). *Reconstructie beleidstheorie Arbeidsomstandighedenwet*. Zoetermeer, Research voor Beleid.
[158] Inspectie SZW (2010). *Handhavingsbeleid Arbowet, interne instructie voor inspecteurs bij handhaving van de wet.* Zie: http://www.inspectieszw.nl/images/handhavingsbeleid_tcm335-312459.pdf

Tabel 2.1: Overzicht van preventiemiddelen in Arbowet en Welzijnswet

Preventiemiddelen	Arbowet (Nederland)	Welzijnswet (België)
1.Beleid en Organisatie	- RIE - Plan van Aanpak - Werkgever zorgt voor verdeling taken, bevoegdheden & verantwoordelijkheden - Werkgever verzorgt voorlichting en onderricht	- Dynamisch risicobeheerssysteem - Risico analyse per organisatie, afdeling en individu - Werkgever zorgt voor verdeling taken, bevoegdheden & verantwoordelijkheden - Werkgever vervaardigt vormingsprogramma
2.Expertise	- Stand van wetenschap en professionele dienstverlening; ervaringsleren -Werkgever, deskundige werknemer/preventiemedewerker, bedrijfshulpverlener, bedrijfsarts, overige deskundigen	- Opgedane ervaring en ontwikkeling werkmethoden en arbeidsomstandigheden -Werkgever, interne preventiedienst /preventieadviseur, Commissie PBW, externe preventiedienst
3.Actoren	Werkgever, werknemer, ondernemingsraad/personeelsvertegenwoordiging/ betrokken werknemers, aangewezen werknemer/preventie-medewerker, bedrijfsarts, overige deskundigen, externe werkgevers, zelfstandigen, vakbond, externe hulpverleningsinstanties.	Werkgever, toezichthouder, werknemer, comité PBW/vakbondsafgevaardigde, staf- en lijnfunctionarissen, interne preventiedienst (preventieadviseur), externe preventiedienst (arbeidsgeneesheer, overige deskundigen), externe werkgevers, zelfstandigen, vertrouwenspersoon.
4.Normen	Globale normen uit de Arbowet zijn uitgewerkt in verboden, voorschriften en grenswaarden in het Arbobesluit, de Arboregeling, en arbocatalogi.	Globale normen uit de Welzijnswet zijn uitgewerkt in verboden, voorschriften en grenswaarden in de Codex Welzijn en het ARAB.
5.Zelfredzaamheid	Passende maatregelen kunnen nemen om gevaar te voorkomen; zorgdragen voor eigen veiligheid en die van anderen; door middel van periodiek onderzoek inzicht in risico's; werkonderbreking	Passende maatregelen kunnen nemen om gevaar te voorkomen; zorgdragen voor eigen veiligheid en die van anderen; door middel van periodiek onderzoek inzicht in risico's; werkonderbreking; rechten bij het indienen en afhandelen van een klacht inzake geweld, pesterijen en ongewenst gedrag.
6.Toezicht, handhaving en sancties	-Arbeidsinspectie -Strafrechtelijke aanpak -Bestuursrechtelijke boete	-Arbeidsinspectie -Strafrechtelijke aanpak

Doelstellingen Arbowet en Welzijnswet

De doelstellingen in de Arbowet 2007 en de Welzijnswet van 1996 komen grotendeels overeen met de vier hoofddoelstellingen van de kaderrichtlijn.[159] Opvallend is het ontbreken van een expliciete doelstelling in beide wetten om beroepsziekten te voorkomen. Ook ontbreekt in de Belgische Welzijnswet[160], in tegenstelling tot de Nederlandse Arbowet, een definitie van de begrippen arbeidsongeval en beroepsziekte.[161] Daarnaast is het voorkomen van doorsnee arbeidsongevallen geen expliciete doelstelling in België en Nederland.[162] In de wetgeving besteedt men wel aandacht aan de risico's die ten grondslag liggen aan ongevallen en beroepsziekten. Tevens kent men in Nederland en België een wettelijke plicht tot melding en registratie van (bepaalde) arbeidsongevallen en beroepsziekten. De doelstelling 'humanisering van de arbeid' is in beide wetten geherformuleerd in termen van aanpassing van het werk aan persoonlijke eigenschappen van werknemers, vermijden of beperken van monotone en tempo

[159] De Arbowet kent nog 2 aanvullende doelstellingen, namelijk informatie aan het publiek (artikel 7) en voorkomen van gevaar voor derden (artikel 10). Deze doelstellingen hebben niet direct betrekking op het onderwerp van dit onderzoek en blijven daarom buiten beschouwing.

[159] Binnen deze normen wordt weer verwezen naar andere -private- normen zoals ISO normen en NEN normen.

[160] Op http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=644, de website van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg treft men de volgende definitie aan: Als arbeidsongeval wordt beschouwd elk ongeval dat een werknemer tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst overkomt, en dat een letsel veroorzaakt. Het ongeval dat zich voordoet op de weg van en naar het werk (= het normale traject van en naar de plaats van het werk) wordt eveneens als een arbeidsongeval beschouwd.

[161] In Nederland zijn de definities als volgt; arbeidsongeval: een aan een werknemer in verband met het verrichten van de arbeid overkomen ongewilde, plotselinge gebeurtenis, die schade aan de gezondheid tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad en heeft geleid tot ziekteverzuim, of de dood tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad (art.1. lid 3 i); Definitie beroepsziekten: Een beroepsziekte kan worden gedefinieerd als "een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden" (art. 1.1 Arboregeling).

[162] De Arbowet en de Welzijnswet kennen wel een doelstelling ten aanzien van het voorkomen en beperken van zware ongevallen, waarbij gevaarlijke stoffen zijn betrokken, De zogenaamde Seveso richtlijn.

gebonden arbeid en van psychosociale arbeidsbelasting, waartoe ook werkdruk, seksuele intimidatie, agressie, en geweld wordt gerekend.

Middelen Arbowet en Welzijnswet
Met de kaderrichtlijn zijn niet alleen nieuwe preventiedoelen geïntroduceerd, maar ook een aantal nieuwe middelen. Aan de twee reeds bestaande middelen (normering, toezicht en handhaving en sancties) die gebaseerd zijn op de beschermingsgedachte, zijn vier nieuwe middelen toegevoegd die hun basis vinden in de idee van zelfregulering. Die middelen zijn de ontwikkeling van beleid en organisatie, de inzet van expertise, het benoemen van de sleutelactoren en zelfredzaamheid. In tabel 2.1 zijn deze middelen en de uitwerking daarvan in Nederland en België op een rij gezet. Hierna zullen deze zes middelen toegelicht worden. Daarbij zal tevens aandacht zijn voor een aantal verschillen tussen Nederland en België.

1. Beleid en organisatie
De Arbowet verplicht de werkgever tot het voeren van beleid en het opzetten van een organisatie. Het beleid moet een uitwerking zijn van alle doelstellingen die met de wet verbonden zijn. De inhoud van het beleid is mede gebaseerd op een door de werkgever gemaakte RIE. De RIE bevat een plan van aanpak en wordt gewijzigd op basis van ervaring, wijziging in werkmethoden of omstandigheden, de stand van wetenschap en professionele dienstverlening. Het uitgangspunt bij de opstelling van het plan van aanpak is de primaire preventie, in casu toepassing van de principes de arbeidshygiënische strategie (risico's vermijden, risico's bij de bron bestrijden en aanpassen van het werk aan de werknemer). Het beleid moet een dynamisch karakter hebben: het moet termijnen bevatten en de werkgever moet het beleid respectievelijk de RIE, regelmatig toetsen en aanpassen aan de ervaringen die ermee zijn opgedaan en aan nieuwe (wetenschappelijke) inzichten en ontwikkelingen. De Arbowet verplicht de werkgever ook tot het opzetten van een organisatorisch kader om het beleid te doen uitvoeren. Dat kader bestaat uit een goede verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen bij de werkgever werkzame personen.

De eisen die de Welzijnswet stelt aan beleid en organisatie verschillen niet wezenlijk van de eisen uit de Arbowet, zij het dat de Welzijnswet enigszins concretere eisen stelt, zoals een dynamisch risicobeheerssysteem[163], en een risicoanalyse op zowel het niveau van de arbeids-organisatie als op het niveau van een afdeling en op individueel niveau.

2. Expertise
De kaderrichtlijn schrijft voor dat het handelen van de werkgever gebaseerd moet zijn op expertise. De werkgever moet zich op de hoogte stellen van de technische vooruitgang en van de wetenschappelijke kennis op het gebied van ontwerpen van werkplekken. In de Arbowet is deze eis omgezet in een artikel[164] waarin expliciet staat vermeld dat de werkgever in zijn beleid rekening moet houden met de stand van de wetenschap en de professionele dienstverlening. In de Belgische Welzijnswet wordt volstaan met de passage: "De werkgever past zijn welzijnsbeleid aan in het licht van de opgedane ervaring, de ontwikkeling van de werkmethoden of de arbeidsomstandigheden."[165]

RIE
De Arbowet gaat er expliciet vanuit dat de werkgever leert van zijn en andermans ervaringen en van de ontwikkelingen in wetenschap en techniek, getuige art. 3 lid 4 ("De werkgever toetst het beleid regelmatig aan de opgedane ervaringen en past eventueel maatregelen aan") en de tekst van art. 5 lid 4 (" De RIE wordt aangepast zo dikwijls als de daarmee opgedane ervaring, gewijzigde werkmethoden of werkomstandigheden of de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening daartoe aanleiding geven.") De inzet van de expertinstrumenten PAGO en ongevallenregistratie dragen ook bij aan de opbouw van expertise. De melding van

[163] Een dergelijk systeem omvat de uitwerking van het beleid, de programmatie, de uitvoering beleid, de beleidsevaluatie en de aanpassing van het systeem aan de omstandigheden (Codex, hoofdstuk III, afdeling 2).
[164] Art. 3 lid 1.
[165] Codex hoofdstuk 1, art 5 par.2.

beroepsziekten door de bedrijfsarts[166] wordt niet expliciet genoemd als middel om expertise op te bouwen.

De Arbowet gaat niet uit van een gezamenlijk leerproces van alle actoren die betrokken zijn bij de preventie, maar van een individueel leerproces van de werkgever dat gericht is op het bijsturen van beleid en het realiseren van verbeterplannen. Individuele werknemers dienen de werkgever en de preventie-experts wel bij te staan bij de uitvoering van het arbeidsomstandighedenbeleid, maar maken niet direct deel uit van het leerproces. De ondernemingsraad (OR) of personeelsvertegenwoordiging (PVT) heeft een rol via instemmingsrecht ten aanzien van voorgenomen besluiten tot wijziging van het arbeidsomstandighedenbeleid.[167] Er bestaat geen verbinding met de systemen van werknemers-compensatie.[168]

Dynamisch risicobeheerssysteem
In België wordt expertise op soortgelijke wijze uitgewerkt via de risicoanalyse en het dynamisch risicobeheerssysteem. Bij de evaluatie houdt men rekening met de jaarverslagen van de preventiediensten, adviezen van de commissie Preventie en Bescherming op het Werk (Commissie PBW), de toezichthoudende ambtenaar, de gewijzigde omstandigheden, ongevallen, incidenten, en feiten van geweld, pesterijen en ongewenst sexueel gedrag.[169] De melding van beroepsziekten door de arbeidsgeneesheer wordt niet expliciet genoemd als factor die moet worden meegewogen in de evaluatie.[170] Ook in België bestaat geen verbinding tussen de Welzijnswet en de twee werknemerscompensatiesystemen.

In beide landen mag de werkgever niet alleen varen op zijn eigen expertise maar moet hij ook gebruikmaken van de expertise van anderen. De vormgeving van de expertise is in beide landen enigszins verschillend. Hiervoor is uiteengezet op welke wijze in Nederland de werkgever zich moet laten bijstaan experts. De preventiemedewerker en de arbodienst hebben een centrale rol in die expertondersteuning. Individuele werknemers worden niet als experts beschouwd. Pas nadat ze zijn voorgelicht door of namens de werkgever, worden ze geacht arbeidsmiddelen, gevaarlijke stoffen en persoonlijke beschermingsmiddelen op de juiste wijze te gebruiken. Ook de ondernemingsraad, verplicht bij 50 of meer werknemers, de personeelsvertegenwoordiging, bij 10 tot 50 werknemers of de personeelsvergadering (tot tien werknemers) maken geen onderdeel uit van het wettelijke ontworpen expertsysteem. Dit geldt ook voor de door de ondernemingsraad ingestelde commissies, zoals de commissie veiligheid, gezondheid, welzijn en milieu (VGWM).

PBW
In België moet elke werkgever over een interne dienst voor preventie en bescherming op het werk beschikken. Een dergelijke dienst bestaat uit minimaal één preventieadviseur. Bij minder dan 50 werknemers (20 werknemers bij mijnen en graverijen) kan de directeur deze functie zelf vervullen. Als de interne dienst niet alle opdrachten zelf kan uitvoeren, dan moet de werkgever aanvullend een beroep doen op een erkende externe dienst. Een dergelijke dienst kent een afdeling medisch toezicht en een afdeling risicobeheersing, die net als in Nederland, multidisciplinair van aard is.[171] Daarbinnen verricht de arbeidsgeneesheer een aantal taken zoals preventief medisch toezicht, onderzoek naar arbeidsgeschiktheid bij werkhervatting en re-integratie, opsporen en melden van beroepsziekten.[172] De Commissie PBW wordt in de Welzijnswet als onderdeel van het expertsysteem vermeld. Dat komt onder andere tot

[166] De verplichting tot melden van een beroepsziekten rust conform art. 9 op de bedrijfsarts. Deze moet de beroepsziekten melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).
[167] Zie hiervoor: Arbo-informatieblad 1 (2007). *Arbo-en verzuimbeleid*. SDU uitgevers, Den Haag. p. 52-53.
[168] Tot 2007 was de ongevallenregistratie een verplicht onderdeel van de RIE.
[169] Codex hoofdstuk 1, art.14.
[170] Codex hoofdstuk 4 art.94.
[171] In België is de arbeidsgeneeskunde strikt gescheiden van de controlegeneeskunde (de medische activiteit die door een arts wordt verricht in opdracht van een werkgever om de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval van een werknemer te controleren).
[172] Zie ook http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=5104.

uitdrukking in de samenstelling: tot de commissie behoren niet alleen gekozen werknemers, maar ook de directeur en de preventieadviseur, als adviserend lid. Het blijkt ook uit het takenpakket dat in algemene zin wordt omschreven als 'alle middelen opsporen en voor te stellen en actief bijdragen aan welzijn op het werk'. De commissie mag, onder voorwaarden, deskundigen inschakelen.

PDCA-cyclus
Deze opvatting over risicobeheersing en risico-evaluatie en -beheersing wordt geschraagd door een beleidstheorie, die ervan uitgaat dat de arbeidsomstandigheden kunnen worden verbeterd door planmatige systematische verbetering. Hierbij wordt een verbetercyclus gehanteerd met vier stappen: planning, uitvoering, controle, correctie. Deze cyclus is gericht op een continue verbetering. In dit verband verwijst men ook wel naar de Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA). Die cyclus bestaat uit opeenvolgende fasen in een proces dat is gericht op het steeds effectiever en efficiënter realiseren van gestelde doelen. Ze is te onderscheiden in het plannen van activiteiten, het uitvoeren van die plannen, uit het evalueren van de acties en het bijstellen van de plannen. Dit kan bijdragen aan het leervermogen van degenen die betrokken zijn in die cyclus. In de arbowetgeving is voorgeschreven dat de werkgever, de experts en het vertegenwoordigend overleg onderdeel moeten zijn van dit leerproces. De uitvoerende werknemers zijn hier niet expliciet bij betrokken. Wel worden werknemers geacht signalen over onder andere onveilig werk door te geven aan de werkgever, en worden ze geacht voorlichting te ontvangen en werkinstructie uit te voeren. In zekere zin kent de arbeidsomstandighedenwetgeving een leemte aangezien individuele werknemers niet zelfstandig, maar alleen via het vertegenwoordigend overleg, mogen deelnemen aan het organisationele leerproces.

SOBANE strategie
In België is in deze leemte enigszins voorzien doordat in de zogenaamde SOBANE strategie werknemers wél een prominentere rol hebben in de beleidscyclus. De Belgische overheid ziet toepassing van de SOBANE strategie als een adequate methode om risicobeheersing, inzet van expertise, en weknemersparticipatie met elkaar te verbinden.[173] Toepassing van deze methode is echter niet verankerd in de Welzijnswet.[174] De SOBANE methode heeft ten doel risicopreventie snel en kosteneffectief uit te voeren. Ze bevat vier niveaus, namelijk:

- opsporing van risicofactoren vooral door de direct betrokkenen op de werkvloer en zo mogelijk direct verhelpen van knelpunten;
- observatie: in detail bestuderen van problemen door de interne staf in samenwerking met de werknemers;
- analyse door middel van noodzakelijke metingen om op basis daarvan specifieke oplossingen te ontwikkelen;
- expertise, waarbij de hulp van een deskundige wordt ingeroepen om een bepaald probleem op te lossen.

Activiteiten op het gebied van observatie, analyse en expertise worden pas ondernomen indien men tijdens het opsporingsniveau geen passende oplossing kan vinden. Het uitgangspunt van de strategie is dat de direct betrokkenen (werknemers, staf en leiding) zoveel mogelijk zelf de problemen oplossen. Deze strategie is nader uitgewerkt naar veertien risicodomeinen, waaronder veiligheid, beeldschermwerk, RSI en gevaarlijke chemische producten. Het is niet bekend in hoeveel bedrijven deze methode wordt toegepast.

3. Actoren
In zowel de Arbowet als de Welzijnswet staat vermeld welke actoren een rol spelen en op welke wijze de betrokken actoren met elkaar moeten communiceren. Het rijtje actoren komt grotendeels met elkaar overeen. In deze wetgeving is de werkgever de centrale communicator,

[173] http://www.werk.belgie.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=19256&LangType=2067.
[174] De SOBANE strategie is ontwikkeld door Prof. J. Malchaire (Université catholique de Louvain). De verschillende gidsen voor de observatie en analyse fase zijn in samenwerking met externe preventiediensten tot stand gekomen.

al dan niet in combinatie met de door hem aangestelde preventieadviseur. Zowel de Arbowet als de Welzijnswet verplicht de werkgever tot communicatie met een groot aantal actoren, waaronder de toezichthouder, de werknemers, de werknemersvertegenwoordiging, deskundigen en overige werkgevers. Overleg en samenwerking zijn de dominante vormen van communicatie. Daarnaast heeft de werkgever bepaalde informatieverplichtingen. Ook moet de werkgever toezicht houden op de naleving van instructies en voorschriften.

De Arbowet kent de vakbond geen rol toe in het interne communicatieproces. Direct contact van de vakbond met de werkgever of andere actoren binnen de onderneming wordt niet verondersteld. Wel kan de vakbond, evenals de werknemersvertegenwoordiging, de toezichthouder verzoeken een onderzoek in te stellen naar de arbeidsomstandigheden. De Welzijnswet reserveert wel een meer prominente rol voor de vakbond. In arbeidsorganisaties waar geen Commissie PBW bestaat, kan een vakbondsafvaardiging de taken van de commissie uitvoeren. Zij heeft in dat geval dezelfde taken en bevoegdheden. Indien er geen commissie is en ook geen vakbondsafvaardiging, kunnen de werknemers zelf participeren.

4. Normen
In zowel Nederland als België staan globale arbeidsomstandighedennormen vermeld in de Arbeidsomstandighedenwet en de Welzijnswet. In Nederland zijn deze globale normen nader uitgewerkt in het Arbobesluit, de Arboregeling en sectorspecifieke arbocatalogi. In België zijn alle nieuwe uitvoeringsbesluiten vanaf 1993 opgenomen in de zogenaamde Codex. Het ARAB bevat de uitvoeringsbesluiten van voor die tijd.

5. Zelfredzaamheid
Voor de zelfredzaamheid van de werknemer is in beide wetten weinig aandacht. De werknemer is voor zijn veiligheid en gezondheid vooral afhankelijk van het handelen van derden. De arbowetgeving biedt de werknemer als individu slechts enkele (juridische) mogelijkheden om de eigen arbeidssituatie zodanig vorm te geven dat hij gezond en veilig werkt: de werknemer moet passende maatregelen kunnen nemen om ernstig gevaar te voorkomen; de werknemer moet zorgdragen voor de eigen veiligheid en die van anderen; de werkgever stelt de werknemers in de gelegenheid tot periodiek onderzoek dat erop gericht is de risico's bij de arbeid te voorkomen of te beperken. Ook heeft de werknemer klachtrecht. Hij kan een klacht indienen bij de arbeidsinspectie als het vermoeden bestaat dat een bedrijf de wettelijk voorschriften niet naleeft, en het niet mogelijk blijkt de problemen binnen het bedrijf, in overleg met de werkgever, op te lossen. Tenslotte hebben werknemers het recht kennis te nemen van de RIE. De werkgever is vrij in de wijze waarop hij dit regelt. De werknemer heeft geen wettelijk recht op een afschrift van de RIE. De RIE is evenmin openbaar. Wel heeft de werknemer een inzagerecht.[175]

6. Toezicht, handhaving en sancties
In beide landen heeft de arbeidsinspectie een centrale rol in het toezicht op en de handhaving van normen. Ze heeft in beide landen geen rol in onderzoek naar beroepsziekten, maar wel een rol in onderzoek naar ernstige ongevallen. De Belgische arbeidsinspectie kan in dat verband een expert aanstellen die het ongeval onderzoekt en die aanbevelingen formuleert om herhaling van een gelijkaardig ongeval te voorkomen. [176] In beide landen kunnen strafrechtelijke sancties aan werknemers en werkgevers worden opgelegd bij ernstige overtredingen van de wet. In Nederland kunnen bovendien bestuursrechtelijke boetes worden opgelegd aan zowel werkgever als werknemer.[177]

[175] Het recht op inzage in de RIE is in Nederland in 2007 geschrapt en per 1 juli 2011 terug opgenomen in de Arbowet.
[176] Het honorarium van deze deskundige wordt betaald door de arbeidsongevallenverzekeraar, die dat weer kan verhalen op de werkgever.
[177] De maximale hoogte van de boete varieert van € 9.000 tot € 22.500 (art. 34, Arbowet).

Naleving Arbowet

Nederland en België beschikken over een degelijke arbeidsomstandighedenwetgeving. De naleving van die wetgeving laat echter te wensen over. Dat is op te maken uit de monitor naar de arbeidsomstandigheden die jaarlijks door de Nederlandse arbeidsinspectie wordt uitgevoerd.[178] In 2008 blijken de verplichting tot het opstellen van een RIE in slechts 46% van de arbeidsorganisaties nageleefd te worden. 79% van de arbeidsorganisaties heeft een contract met een arbodienst. 73% van de arbeidsorganisaties heeft een ziekteverzuimbeleid.

[178] Saleh. F, T. Poot, J. Hoeben, R. Spijkerman (2010). *Arbo in bedrijf 2009*. Den Haag, arbeidsinspectie, Ministerie van SZW.

2.3 Preventie van RSI

In deze paragraaf staat de beroepsziekte Repetitive Strain Injury (RSI) centraal. De paragraaf begint met een beschrijving van het ziektebeeld RSI, gevolgd door een beschrijving van de prevalentie van RSI en de risicofactoren voor RSI. De paragraaf eindigt met een beschrijving van de pogingen om een effectieve, 'evidence based' preventie van RSI te ontwikkelen.

Wat is RSI?
Onder de RSI symptomen vallen pijn, stijfheid, tintelingen, coördinatieverlies en krachtverlies. Deze klachten kunnen zowel op het werk als thuis ontstaan.[179] Het begrip stamt volgens Bongers uit Australië, waar het in de tachtiger jaren werd geïntroduceerd.[180] In het midden van de 19e eeuw werden de symptomen reeds gesignaleerd bij kantoorwerkers en telegrafisten, die kramp ontwikkelden door 500 vingerbewegingen per minuut. RSI komt ook voor in de industrie en de uitoefening van ambachtswerk.

WABBE
Sinds de jaren '90 is er discussie over het gebruik van het begrip RSI in de wetenschappelijke literatuur. Die discussie kent verschillende facetten. RSI zou niet zozeer een diagnose zijn, maar een verzamelnaam van verschillende soorten aandoeningen aan arm, nek schouders en polsen. Het begrip schept verwarring omdat het veelal niet gaat om een 'injury' (verwonding of letsel); bovendien kan niet alleen 'repetitive strain' maar ook statische belasting de klachten veroorzaken. Voor patiënten heeft RSI een negatieve lading. En het leidt tot spraakverwarring onder zowel behandelaars als patiënten. Deze discussie vormde de aanleiding tot het Saltsa rapport (2000), een initiatief om een meer uniforme wijze van collectie, registratie, en rapportage van informatie over de werkgerelateerdheid van RSI aandoeningen in Europa te faciliteren.[181] In het rapport introduceert men het begrip (W)ABBE: (Werkgebonden) Aandoeningen aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremiteit. Hiertoe worden twaalf verschillende soorten werkgebonden aandoeningen gerekend.[182]

KANS
Een vergelijkbaar initiatief is de introductie, in 2004, van het begrip KANS: Klachten aan de Arm, Nek en/of Schouder, als vervanger voor de termen RSI en (W)ABBE. Het KANS model maakt evenals het Saltsa model een indeling naar specifieke en a-specifieke klachten.[183] Een aandoening is specifiek als deze te diagnosticeren is. Dit betekent dat op basis van onderscheidende kenmerken de diagnose reproduceerbaar gesteld kan worden, en dat een eenduidige diagnose op basis van lichamelijke afwijkingen mogelijk is. 23 aandoeningen worden sindsdien als specifieke KANS benoemd.[184] Als een aandoening niet in het rijtje van de 23 als specifieke KANS voorkomt, wordt gesproken van a-specifieke KANS. De pogingen van de ontwikkelaars van (W)ABBE en KANS hebben niet geleid tot de gewenste Europese of internationale uniformiteit. In Europa hanteert men naast de begrippen RSI, WABBE en

---

179 Blatter, B.M., P.M. Bongers, J.H. van Dieën, P.M. van Kempen, H. de Kraker, H. Miedema, C.N. Reijneveld, H.C.W. de Vet (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en re-integratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
180 Bongers, P. (2003) *Maak werk van RSI* (oratie). Amsterdam, Vrije Universiteit. p.15
181 Sluiter, J. K., M. Rest, M. Frings-Dresen (2000). *Het Saltsa rapport: Richtlijnen voor de vaststelling van de arbeidsrelatie van Aandoeningen aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremiteit (ABBE's).* Amsterdam, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum.
182 De in het Saltsa rapport ontwikkelde methodiek wordt in Nederland toegepast in het kader van registratie van beroepsziekten. Zie: www.beroepsziekten.nl.
183 In het Engels taalgebied gebruikt men de term CANS: Complaints Arm, Neck and/or Shoulder.
184 De 23 specifieke aandoeningen zijn: 01 Bicepspees tendinose, 02 Bursitiden rond de elleboog, 03 Carpaal tunnelsyndroom, 04 Cervicale hernia, 05 Cubitaal tunnelsyndroom, 06 M. Dupuytren, 07 Epicondylitis lateralis cubiti, 08 Epicondylitis medialis cubiti, 09 Frozen shoulder, 10 Guyon kanaalsyndroom, 11 Instabiliteit van de schouder, 12 Instabiliteit van de elleboog, 13 Scheur in het labrum glenoidale, 14 Lokale artritis (geen RA) in een gewricht van de bovenste extremiteit, 15 Oarsman's wrist, 16 Radiaal tunnelsyndroom, 17 Raynaud's fenomeen, 18 Rotator cuff scheuren, 19 Subacromiaal impingementsyndroom (rotator cuff syndroom, tendinosen en bursitiden rond de schouder), 20 Sudeckse dystrofie, 21 Suprascapulaire compressie, 22 Triggerfinger, 23 Ziekte van De Quervain.

KANS ook wel het begrip Musculo Skeletal Disorders (MSD).[185] MSD omvat echter niet alleen de aandoeningen die tot KANS worden gerekend, maar alle aandoeningen aan het houding- en bewegingsapparaat, waaronder ook lage rugklachten en knieklachten. In België hanteert men vooral de term MSD, alhoewel de term RSI ook wel wordt gebruikt.
In dit onderzoek wordt het in Nederland ingeburgerde begrip RSI gebruikt, waarbij de inhoud van RSI gelijk wordt gesteld aan KANS. Voor de definitie van RSI wordt die van de Nederlandse Gezondheidsraad (2000) als uitgangspunt genomen:

> "RSI is een tot beperkingen of participatieproblemen leidend multifactorieel bepaald klachtensyndroom aan nek, bovenrug, schouder, boven- of onderarm, elleboog, pols of hand of een combinatie hiervan, gekenmerkt door een verstoring van de balans tussen belasting en belastbaarheid, voorafgegaan door activiteiten met herhaalde bewegingen of een statische houding van één of meer van de genoemde lichaamsdelen als één van de veronderstelde etiologische factoren."[186]

Hierna zal blijken dat de wetenschap het niet alleen moeilijk heeft met het begrip RSI. Er bestaat evenmin eenduidigheid over het ontstaan ervan. Ook bestaat er nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor effectieve preventie van RSI in arbeidsorganisaties. Een in 2000 geuite verzuchting van een groep wetenschappers lijkt tien jaar later nog steeds op te gaan:

> "Terwijl een enorme hoeveelheid onderzoeken naar de werk-gerelateerde ABBE's[187] uitgevoerd is, heerst er een aanzienlijke onzekerheid en zelfs controverse over de mate en etiologie van deze problemen, de bijdrage van factoren in en buiten het werk in het ontstaan, de ontwikkeling, en oplossing ervan, diagnostische criteria die geschikt zouden zijn, de juiste behandelmethode, alsmede de juiste strategie voor interventie en preventie."[188]

Prevalentie van RSI[189]
Actuele vergelijkbare gegevens over de prevalentie van werkgebonden RSI-klachten in Europa, België en Nederland zijn op beperkte schaal beschikbaar. In 2000 had gemiddeld ongeveer 35% van de werknemers in de Europese Unie RSI-klachten, in België 29% van de werknemers en in Nederland 32% van de werknemers.[190] Over de prevalentie van RSI-klachten in België zijn verder weinig data beschikbaar. Het onderzoek naar RSI is beperkt.[191]

In Nederland vindt beduidend meer onderzoek plaats naar gezondheidsklachten in relatie tot RSI dan in België. De jaarlijkse verzuimprevalentie door werkgerelateerde RSI wordt geschat op 2% tot 4% van de werknemers, terwijl langdurig verzuim door werkgerelateerde RSI (langer dan dertien weken) 0,06% tot 0,5% (in 2004) bedraagt. Daarnaast wordt het aandeel van verzuim door werkgerelateerde RSI in het totale verzuim geschat op 3,8% tot 6,2%. Dit aandeel neemt toe naarmate het verzuim langer duurt. Het aandeel van de WAO uitkeringen dat door werkgerelateerde RSI wordt veroorzaakt, wordt geschat op ruim 2%. De WAO-duur

185 European Foundation for the improvement of Living and working conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Zie: www.eurofoundeuropa.eu.
186 Gezondheidsraad (2000). *RSI*. Den Haag, Gezondheidsraad (Publicatienummer 2000/22).
187 Afkorting van: Aandoeningen aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremiteit.
188 Sluiter, J. K., M. Rest, M. Frings-Dresen (2000). *Het Saltsa rapport: Richtlijnen voor de vaststelling van de arbeidsrelatie van Aandoeningen aan het Bewegingsapparaat in de Bovenste Extremiteit (ABBE's)*. Amsterdam, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum. p.3.
189 Voor dit RSI overzicht is voornamelijk gebruik gemaakt van de volgende twee studies: Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Bongers, P. (2003). *Maak werk van RSI*. Amsterdam, Vrije Universiteit.
190 European Agency for Safety and Health at work (2010). *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU, Facts and figures*.
191 Blatter, Birgitte, Paulien Bongers, Hans de Witte (1999). *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Belgian population*. Hoofddorp, TNO. Blatter, Birgitte, Paulien Bongers (1999). *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Dutch population*. Hoofddorp, TNO; European Working conditions Observatory (EWCO)/ Guy Van Gyes (2007). *Managing musculoskeletal disorders, Belgium.*

is in het algemeen gemiddeld 3 à 4 jaar. RSI kan dus relatief langdurige gezondheidsschade tot gevolg hebben. [192] In de periode 2003-2008 meldden bedrijfsartsen jaarlijks gemiddeld ongeveer 1.300 gevallen van de beroepsziekte RSI, iets meer dan 20 % van het totaal aantal beroepsziektemeldingen.[193] De totale jaarlijkse kosten door RSI worden geschat op 2,1 miljard euro. Een relatief grote kostenpost naast de verzuimkosten voor werkgevers (962 miljoen euro) zijn de kosten van verminderde arbeidsproductiviteit als gevolg van het doorwerken met RSI-klachten zonder te verzuimen (808 miljoen euro).

Uitzonderlijk hoge prevalenties van RSI-klachten worden aangetroffen in delen van de industrie. Voor RSI aandoeningen als Carpaal Tunnel Syndroom (CTS), Epicondylitis (tenniselleboog), schouderklachten en Tensie-Nek Syndroom (TNS) worden onder industriële werknemers (zoals slachters, assemblagewerkers, kassawerkers en kledingproductie-medewerkers) prevalenties gevonden van 33 % tot wel 91%.[194]

Risicofactoren voor RSI
Vanuit verschillende wetenschapsdisciplines, met name de gezondheidswetenschap, de arbeidspsychologie en de arbeidssociologie, is men op zoek naar risicofactoren voor RSI en naar mogelijkheden ter preventie van RSI. Daarbij maakt men vooral gebruik van kwantitatief beschrijvend en verklarend onderzoek. Hierna volgt een globaal overzicht van de stand van de wetenschap. Men onderscheidt doorgaans ontstaan en preventie van RSI in industrie en ambacht en RSI bij computergebruik.

Industrie en ambacht
Bij RSI in industrie en ambacht is er sterk bewijs, gebaseerd op een aantal studies die aan strenge wetenschappelijke criteria voldoen, voor het feit dat eenzijdige, statische houding, telkens terugkerende bewegingen en verhoogde spierspanning als fysieke risicofactoren kunnen worden aangemerkt. Hoogfrequent bewegen van de arm, zeker met krachtuitoefening, verhoogt het risico op RSI aanzienlijk. Ook langdurig achtereen volgehouden belasting verhoogt het risico op RSI-klachten.[195] Er is met andere woorden een causaal verband tussen bepaalde soorten industriële- en ambachtelijke arbeid en RSI. In een review van de Amerikaanse National Academy of Sciences uit 2001 wordt dit bevestigd. Als men deze klachten wil voorkomen moet de belasting in de arbeid verminderen.[196]

Beeldschermwerk
Voor de relatie tussen beeldschermwerk en RSI is minder overtuigend bewijs beschikbaar. Er zijn wel *aanwijzingen* dat er een relatie bestaat tussen beeldschermwerk en RSI-klachten, en aanwijzingen dat het risico toeneemt met het aantal uren op een dag dat beeldschermwerk wordt verricht.[197] Ook ongunstige houdingen van de pols en nek zouden de kans op problemen

---

[192] Blatter, Birgitte, Irene Houtman, Seth van den Bossche, Karolus Kraan, Swenneke van den Heuvel (2005). *Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale belasting in Nederland.* Hoofddorp, TNO.
[193] Zie www.beroepsziekten.nl. Geraadpleegd 31 augustus 2010.
[194] Beek, A.J. van der, H.C.W. de Vet, M.H.W. Frings-Dresen, J.K. Sluiter (2002). *Het bewegingsapparaat*. In: van der Laan, G, et al (2002), Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier. Tenniselleboogen werden frequent aangetroffen bij inpakkers van blikgroenten (33 %), vrouwen die vlees verwerken (55 %) en verwerkers van keramische tegels (53%). Schouderklachten komen veelvuldig voor (prevalenties tot 65%) bij werk boven schouderhoogte in beroepen waar arm-arbeid dominant is, zoals in de kledingindustrie, de vleesverwerkende industrie en bij lassers en cassières. Hoge prevalenties van het tensie-neksyndroom (TNS) werden gevonden bij mensen werkzaam in de fabricage van lampen (91%), data-entry operators (47%) en inpakkers aan de lopende band (38%).
[195] Bongers, P. (2003). *Maak werk van RSI*. Amsterdam, Vrije Universiteit. De studies hadden betrekking op het carpaal tunnelsyndroom, peesontsteking en volgens een standaardprotocol vastgestelde a-specifieke klachten p. 21; Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. p. 37.
[196] Bongers, P. (2003). *Maak werk van RSI*. Amsterdam, Vrije Universiteit. p. 22.
[197] Ibid. De studies hadden betrekking op het carpaal tunnelsyndroom, peesontsteking en volgens een standaardprotocol vastgestelde aspecifieke klachten p. 22 en 23.

verhogen.[198] Tot voor kort ging men er vanuit dat het risico op RSI toeneemt bij langdurig computerwerk.[199] Sinds 2008 worden vraagtekens gesteld bij deze bevindingen.[200] In 2012 constateert de Gezondheidsraad dat het op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk is om aan te geven hoelang achter een beeldscherm kan worden gewerkt zonder dat er gezondheidsklachten ontstaan.[201] Uit één longitudinale studie, die aan strenge criteria voldoet, blijkt dat ergonomische houding slechts in beperkte mate ertoe doet.[202] Deze studie levert geen onderbouwing op voor de 'algemeen geaccepteerde opvatting over de juiste instelling van stoel en tafel bij computerwerk'.

Stress

RSI wordt ook wel in verband gebracht met stress, hoge werkdruk en persoonlijkheidsfactoren. De bewijsvoering voor de eerste twee factoren is vrij stevig[203]: hoge werkdruk en stress leiden tot een twee keer zo hoog risico op RSI-klachten. Stress is niet de oorzaak maar kan wel op verschillende manieren bijdragen aan een verhoogd risico op RSI-klachten: werkdruk leidt tot langdurige blootstelling; ervaren stress kan de spieractiviteit verhogen; chronische stress vertraagt het herstel van allerlei fysiologische processen; ervaren stress kan van invloed zijn op de pijnwaarneming. Persoonlijkheidsfactoren kunnen in bepaalde gevallen als risicofactor worden aangemerkt. Dat vrouwen een verhoogd risico op RSI hebben (1,5 tot 2 keer zo hoog risico als mannen) wordt in verband gebracht met het type werk dat vrouwen verrichten.

Multifactorieel

Er bestaat consensus over de conclusie dat RSI multifactorieel is. Een combinatie van meerdere risicofactoren is verantwoordelijk voor het optreden van de klachten. Het gaat om fysieke factoren (duur waarin een werknemer in een bepaalde houding moet werken, de duur van een beweging en/of de duur van een krachtsinspanning) in combinatie met de werk-rustverhouding, de pauzetijden, en de mate van psychologische belasting en de mate van sociale ondersteuning zowel in het werk als daarbuiten.[204] Toch is er ook kritiek op deze benadering. Onder andere de arbeidssociologen Marx en van Hootegem wijzen er op dat weinig onderzoek beschikbaar is naar de invloed van contextuele risicofactoren binnen een arbeidsorganisatie (zoals taakverdeling, werkorganisatie, specialisatie) op het ontstaan van RSI. Volgens hen verklaren biochemische, persoonlijke en psychosociale factoren slechts een deel van de variantie. Marx en Van Hootegem zijn van mening dat in RSI onderzoek meer nadruk moet komen te liggen op de relatie tussen organisatie van het werk en RSI.[205]

Effectieve primaire preventie?

Het rapport "RSI-maatregelen: preventie, behandeling en re-integratie" biedt een uitvoerig overzicht van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van verschillende

---

[198] Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

[199] Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

200 IJmker, Stefan (2008). *Risk factors for arm-wrist-hand and neck-shoulder symptoms among office workers, a longitudinal perspective.* Amsterdam, Vrije Universiteit. IJmker komt zowel op basis van een systematisch literatuuroverzicht van longitudinale studies als op basis van zijn eigen longitudinale studie onder 1951 kantoormedewerkers tot de vaststelling dat het verband tussen geregistreerde duur van computer- en muisgebruik en KANS klachten zwak of afwezig is. Er blijkt wel een verband te bestaan tussen zelfgerapporteerde duur van computergebruik en KANS-klachten.

[201] Gezondheidsraad (2012). *Beeldschermwerken*. Den Haag, Gezondheidsraad. p. 10.

[202] Dit onderzoek (Marcus en Gerr) staat vermeld in: Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. p. 26.

[203] Bongers, P. (2003). *Maak werk van RSI*. Amsterdam, Vrije Universiteit. p. 28.

[204] European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Work related musculoskeletal disorders: back to work report*. Luxemburg.

[205] Marx, Axel, Geert van Hootegem (2005). *The organisational antecedents of repetitive strain injuries*. Paper 23th International Labour Process Conference Glasgow.

maatregelen.[206] De auteurs zijn niet positief gestemd over de kwaliteit van het onderzoek.[207] In het rapport maakt men een onderscheid tussen ergonomische maatregelen, ingrepen in de organisatie van de arbeid, veranderingen in werk- en rusttijden, training en voorlichting of een combinatie van deze interventies. Er is maar een beperkt aantal interventies als evidence based aan te merken. Ter preventie van RSI bij beeldschermwerk is beperkt bewijs voor de effectiviteit van een joystick muis, van een (niet instelbaar) split toetsenbord, en van een combinatie van tafels en stoelen met armondersteuning. Bij metselaars is beperkt bewijs gevonden dat metseltafels een gunstig effect hebben op verzuim.

Lopende band
Er is beperkt bewijs voor de effectiviteit van multidisciplinaire interventies bij lopende bandmedewerkers.[208] Deze uitkomsten worden onderschreven door het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk:

> *"In conclusion, there are indications that some technical or mechanical interventions at the workplace might be effective, but the scientific evidence is limited."*[209]

In een van de schaarse Belgische studies naar preventie van RSI wordt gepleit voor de inzet van video opnamen op de werkplek.[210] Uit een evaluatie van een dergelijke aanpak blijkt dat aan de hand daarvan werknemers op een effectieve wijze kunnen worden geïnstrueerd over (on)gunstige handelingen, houdingen en inspanningen. Overigens maakt men in deze studie ook melding van werknemers die zich, ondanks fysieke werkbelastingen, verzetten tegen deze gezondheidsproblemen en door blijven werken in dezelfde situatie.

Sociotechnisch onderzoek
De zoektocht naar evidence based interventies bij RSI levert tot nu toe weinig resultaat op. Als alternatief voor dit evidence based onderzoek naar effectieve methoden en maatregelen pleiten Marx en Van Hootegem voor meer sociotechnisch onderzoek, onderzoek dat gericht is op het verbeteren van het functioneren van mens en organisatie door aanpassing of herontwerp van werkprocessen, organisatie, techniek en van de menselijke arbeidstaken. Dat wetenschappelijk onderzoek moet dan vooral bestaan uit het meten en vaststellen van de invloed van organisatorische kenmerken op RSI en het implementeren van dergelijke wetenschappelijke resultaten. Volgens hen betekent dit wel dat er afscheid moet worden genomen van het zoeken naar waarschijnlijkheidsverklaringen bij een groot aantal cases. Wetenschappelijk onderzoek moet zich volgens hen richten op verklaringen bij een beperkt aantal cases. Op die manier moeten conclusies worden getrokken omtrent sleutelkenmerken van de arbeidsorganisatie en van sleutelmechanismen in de organisatie die RSI produceren. Dit kleinschalige onderzoek dient volgens hen zo te worden opgezet dat het ruimte biedt voor dan wel aanzet tot experimenten in organisatieontwikkeling. Deze resultaten moeten managers in staat stellen de organisatiekenmerken te veranderen en de ergonomische effecten van die veranderingen te

---

[206] Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
[207] Zie pagina 41: "Hoewel de situatie duidelijk verbeterd is ten opzichte van het Gezondheidsraad-rapport (1) zijn er nog steeds zeer weinig gerandomiseerde (RCT) of niet gerandomiseerde (CT) gecontroleerde trials uitgevoerd naar de effectiviteit van preventieve interventies voor RSI. Om deze reden zijn ook enkele resultaten van voor-na vergelijkingen opgenomen in het overzicht. De conclusies over effectiviteit hebben we echter getrokken op basis van de RCT's en CT's. Opgemerkt moet worden dat deze conclusies vaak getrokken zijn op basis van één studie."
[208] Desondanks bepleit Bongers ter preventie van RSI in industrie en ambacht voor het verminderen van werken onder tijdsdruk en voorkomen van werkstress. Met name het invoeren van pauzes en herstelmogelijkheden in de arbeid worden door haar als effectief aangemerkt. Over hulpmiddelen om RSI bij beeldschermwerkers te voorkomen is volgens haar minder wetenschappelijke helderheid. Deze hulpmiddelen worden op grote schaal geïntroduceerd, maar niet getest op hun gezondheidseffect. Over bedrijfsbewegingsprogramma's is Bongers positiever: uit een review blijkt dat deze kunnen bijdragen aan preventie van onder andere nek -en schouderklachten.
[209] European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Work related musculoskeletal disorders: back to work report*. Luxemburg. p. 26.
[210] Malchaire, J. (2004). *Organisatorische en psychosociale factoren en de ontwikkeling van musculo-skeletale aandoeningen aan de bovenste ledematen.* Eindrapport. Université Catholique de Louvain.

meten.[211] Op deze wijze combineren Marx en van Hootegem op het niveau van één arbeidsorganisatie een rationeel wetenschappelijke aanpak met een 'trial and error' benadering. Als voorbeeld van een dergelijke aanpak kunnen de (twaalf) organisatieveranderingsprojecten worden aangehaald, die zijn gefinancierd door het Europees Sociaal Fonds. In deze projecten zijn veranderingen in de organisatie van de arbeid op gang gebracht, via de ontwikkeling van zelfsturende teams, met als doel verbetering van de kwaliteit van de arbeid te verbinden met de eisen die aan de flexibiliteit van arbeidsorganisaties wordt gesteld.[212]

In België is in het kader van de SOBANE methode ook een procesmatige aanpak van RSI ontwikkeld. Ten behoeve van RSI is een observatielijst samengesteld. Via deze lijst kan de arbeidssituatie worden geanalyseerd. Tevens bevat de lijst maatregelen ter preventie van RSI. De observatielijst kent achttien onderwerpen, waaronder beeldschermwerk, lichaamshouding, trillingen, repetitief werk, organisatie van het werk en organisatie van de tijd en meer dan 100 deelitems die zowel dienen als controle van belastende omstandigheden als preventieoplossingen bieden. Er is een breed spectrum aan oplossingen beschikbaar. In de observatielijst wordt onder andere aandacht besteed aan ergonomische oplossingen, frequentie van handelingen, houding, bewegingsruimte, organisatie van de arbeid en pauzes.

Effectieve secundaire en tertiaire preventie?
Het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk concludeert in 2007 dat er onvoldoende onderbouwing bestaat voor de effectiviteit van secundaire en tertiaire preventie van RSI: er is onvoldoende bewijs voor psychosociale interventies, beperkt bewijs voor effectiviteit van oefentherapie, beperkt bewijs voor multidisciplinaire behandeling. Volgens Blatter et al. zijn er weinig goede studies uitgevoerd naar de prognostische factoren, factoren die het beloop van een aandoening (on)gunstig beïnvloeden. Er bestaan slechts (zwakke) aanwijzingen dat de factoren die de prognose van RSI beïnvloeden zowel ergonomisch, psychosociaal als persoonlijk (stijl van omgaan met pijn) van aard zijn.[213]

Voor werknemers die reeds RSI-klachten hebben, zijn allerlei verschillende soorten interventies *mogelijk* effectief. Verwezen wordt naar maatregelen op de werkplek (zoals ergonomische instructies, ergonomische aanpassingen en pauzes) en behandelingen. Voor behandelingen (zoals fysiotherapie of oefentherapie) bestaat doorgaans beperkt bewijs van effectiviteit.

(Nederlandse) bedrijfsartsen worden geacht bedrijfsgeneeskundige interventies te plegen die 'effectief zijn, toetsbaar en gebaseerd op wetenschap en ervaring'.[214] Daarom is in 2003 onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) de richtlijn KANS ontwikkeld.[215] Deze richtlijn heeft ten doel de bedrijfsarts te ondersteunen bij het nemen van beslissingen bij de begeleiding van werknemers die zich op het spreekuur presenteren met klachten aan arm, schouder en nek. Deze richtlijnontwikkeling past binnen de aandacht voor evidence based interventies. De richtlijn is geschreven voor zowel secundaire als tertiaire preventie van RSI.[216] Men stelt in de richtlijn een stapsgewijze

[211] Marx, Axel, Geert van Hootegem (2005). *The organisational antecedents of repetitive strain injuries*. Paper 23th International Labour Process Conference Glasgow.
[212] Zie voor een beschrijving van deze projecten: Beek, Gert van, Geert van Hootegem (eds.) (2008). *Woorden wekken, voorbeelden strekken*. Leuven/Voorburg, Acco.
[213] Blatter, Birgitte et al. (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en reïntegratie.* Den Haag, programmeringsstudie in opdracht van de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
[214] Verbeek, J. et al. (2003). *Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij klachten aan arm, schouder of nek.* Utrecht, NVAB kwaliteitsbureau. p. 5.
[215] Verbeek, J. et al. (2003). *Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij klachten aan arm, schouder of nek.* Utrecht, NVAB kwaliteitsbureau.
[216] Opmerkelijk is dat in deze richtlijn geen aandacht is voor vroegtijdige onderkenning (VTO). Het uitgangspunt is dat van een afwachtende bedrijfsarts die pas handelend optreedt op het moment dat de werknemer bij de bedrijfsarts komt. Het doel van de begeleiding is niet verbetering van arbeidsomstandigheden, gezondheidsherstel of het wegnemen van klachten, maar onnodig verzuim of arbeidsongeschiktheid voorkomen en daardoor de arbeidsparticipatie zoveel mogelijk in stand houden.

aanpak voor, die bestaat uit een diagnose op basis van klachten en lichamelijk onderzoek, melding van de beroepsziekte en behandeling. Die behandeling kan uit een combinatie van de volgende onderdelen bestaan: advies over omgang met klachten, behandelingsadvies, doorverwijzing, advies aanpak een advies aanpak persoonsgebonden problemen en werkhervattingsadvies.

De richtlijn doet ook uitspraken over de effectiviteit van de interventies door de bedrijfsarts.[217] Slechts bij een beperkt aantal aandoeningen is een effectieve behandeling beschikbaar: operaties of injecties bij tenosynovitis, peritendinitis, schouderpijn, epicondylitis en CTS. Bij de meeste andere aandoeningen is men aangewezen op een tamelijk aspecifieke benadering waarbij oefeningen om spieren te versterken of mobiliteit van gewrichten te vergroten een belangrijke rol spelen.[218] Ten behoeve van de secundaire en tertiaire preventie van RSI zijn in België geen specifieke richtlijnen beschikbaar.

[217] Men gaat uit van verschillende soorten bewijskracht: **A1** is sterk bewijs uit meta-analyse of systematische review van tenminste enkele onderzoeken van A2 niveau, waarbij de resultaten van afzonderlijke studies eenduidig zijn; **A2**: sterk bewijs uit een gerandomiseerde klinische trial van goede kwaliteit en omvang; **B**: matig bewijs uit een gerandomiseerde klinische trial van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek of een systematische review over dergelijk onderzoek; **C**: beperkt bewijs uit niet-vergelijkend onderzoek, of analogie bij andere aandoeningen; **D**: mening van deskundigen of consensus in de projectgroep.

[218] Slechts bij een beperkt aantal aandoeningen is een effectieve behandeling beschikbaar, namelijk: operaties of injecties bij tenosynovitis, peritendinitis, schouderpijn, epicondylitis en CTS.

2.4 Preventie van OPS

In deze paragraaf staat de beroepsziekte Organisch Psychosyndroom (OPS) centraal. De paragraaf begint met een beschrijving van het ziektebeeld OPS, gevolgd door een beschrijving van de diagnostiek van OPS, de risicofactoren voor OPS en de prevalentie ervan. De paragraaf eindigt met een beschrijving van de preventie van OPS. Empirisch onderzoek naar effectieve preventie van OPS in arbeidsorganisaties is niet beschikbaar. Wel worden in de literatuur allerlei suggesties gedaan voor de preventie van OPS.

Wat is OPS?
OPS is in Nederland de gebruikelijke term voor een aandoening die ontstaat door toxische effecten van vluchtige organische stoffen (VOS) op het centrale zenuwstelsel.[219] OPS wordt gekenmerkt door geheugenstoornissen, verminderd concentratievermogen, vermoeidheidsverschijnselen, emotionele instabiliteit, depressiviteit en prikkelbaarheid, die wordt veroorzaakt door blootstelling aan bepaalde neurotoxische stoffen. De term OPS is afkomstig uit de psychiatrie. Het bijvoeglijk naamwoord 'organisch' wijst op het organisch karakter van het ziektebeeld, omdat de afwijkingen hun oorsprong vinden in pathologische veranderingen (van structuur en/of functie) ter hoogte van de hersencellen. In het spraakgebruik wordt de term OPS uitsluitend geassocieerd met de beroepsmatige blootstelling aan VOS. OPS als gevolg van andere oorzaken blijft hier buiten beschouwing.[220]

Risicofactoren van OPS
OPS ontstaat door langdurige blootstelling aan VOS, zoals tolueen, trichloorethyleen, styreen en n-hexaan, in verven, lijmen en drukinkten.[221] In een rapport van de Gezondheidsraad wordt erop gewezen dat ook kortdurende hoge blootstelling, piekblootstelling, een belangrijke factor kan zijn voor het ontstaan van OPS. Tegelijkertijd stelt de Gezondheidsraad dat het biologisch mechanisme dat de relatie tussen blootstelling aan oplosmiddelen en het ontstaan van OPS kan verklaren, niet is opgehelderd. Een dosis-respons-relatie voor OPS en oplosmiddelen is niet aangetoond. Er is geen duidelijke stofspecificiteit binnen de groep VOS.[222] Blootstelling kan via drie routes plaatsvinden: door inademing, door huidcontact en door de mond. Er bestaan aanwijzingen voor een verschil in individuele gevoeligheid op enzymniveau: de één kan neurotoxische stoffen sneller metaboliseren dan de ander.[223] Het is onduidelijk waarom slechts een gering percentage van de werknemers die regelmatig werken met VOS chronisch toxische effecten ondervindt. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat naast risicofactoren als werksituatie, hoogte en duur van de blootstelling en de toxiciteit van de gebruikte

[219] Zie voor uitgebreidere beschrijving van het ziektebeeld en de diagnostiek:
http://www.beroepsziekten.nl/datafiles/H002.pdf: *Registratierichtlijn Organisch Psychosyndroom (H002)*;
Sorgdrager, B. (2002). *OPS, wat betekent dat voor de patiënt?* In: TVP (2002). p. 82-84;
Hageman, G., M. Hout, M. Verberk (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. van der, T.M. Pal (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg. p. 97-109;
Gezondheidsraad (1999): *Piekblootstelling aan organische oplosmiddelen.* Den Haag, Gezondheidsraad. Zie: http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/99@12N.PDF.

[220] Het ontstaan van OPS is ook beschreven in relatie tot andere stoffen, bijvoorbeeld voor excessief alcoholgebruik en voor blootstelling aan bepaalde bestrijdingsmiddelen, metalen en metaalverbindingen. Ook zijn er niet-toxische oorzaken van OPS, bijvoorbeeld hersentrauma of psychische problemen. Een gezwel in de hersenen of een hersenkneuzing kan eveneens klachten geven die passen bij OPS. Daarom wordt in wetenschappelijke kring het begrip CTE (chronische toxische encefalopathie) gehanteerd omdat daarmee het verband tussen blootstelling aan toxische agentia en het optreden van de aandoening in kwestie beter wordt getypeerd. Ook het Solvent Team gebruikt de term Chronische Toxische Encefalopathie (CTE), omdat die term specifieker verwijst naar een aandoening in de hersenen (encefalopathie) met een toxische oorsprong. De internationaal gehanteerde term is CSE: Chronic Solvent induced Encephalopathy. Zie hiervoor: Laan, G. van der (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Door het Fonds voor de Beroepsziekten wordt de term OPS gebruikt. Zie ook: Fonds voor de Beroepsziekten (1999). *Criteria inzake preventie en schadeloosstelling van het organisch psychosyndroom veroorzaakt door solventen.* Brussel, FBZ. Zie : http://www.fmp-fbz.fgov.be/Pdfdocs/MedicalN/N199905.pdf

[221] Overigens kan blootstelling aan VOS ook andere ernstige en minder ernstige gezondheidsgevolgen hebben zoals irritatie van huid en slijmvliezen, aantasting organen, verschillende soorten kankers en effecten op de voortplanting.

[222] Gezondheidsraad (1999). *Piekbelasting aan organische oplosmiddelen*. Den Haag.

[223] Hageman, G., M. Hout, M. Verberk (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. van der, T.M. Pal (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg. p. 97-109.

oplosmiddelen, ook genetische predispositie (individueel verhoogde gevoeligheid) van belang is.[224] Sommigen trekken hieruit de conclusie dat OPS voor arbeidstoxicologen een lastige ziekte is, omdat over de precieze oorzaken en ziektemechanismen te weinig bekend is en een verklarend biologisch mechanisme voor deze relatie ontbreekt.[225]

Sinds begin 20e eeuw is er internationaal wetenschappelijke aandacht voor OPS, als bij drie werknemers, die hebben bloot gestaan aan gasolie (twee werknemers) en thinner (een werknemer) chronische encefalopathie wordt vastgesteld.[226] In 1961 verschijnt in Nederland het eerste wetenschappelijke artikel over OPS.[227] In 1985 heeft de Wereldgezondheids-organisatie (WHO) OPS onderverdeeld in drie stadia: neurastheen syndroom, matig ernstig en ernstig OPS. Zie hiervoor tabel 2.2.

Tabel 2.2: Drie stadia OPS

Ziektebeeld	Duur	Symptomen	Restverschijnselen
neurastheen syndroom	dagen tot weken	depressie, prikkelbaarheid, moeheid, concentratiestoornissen	geen(wel mogelijk na meerdere episodes)
matig ernstig OPS	maanden tot jaren	*Emotionele componenten:* stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, vermoeidheid, ontremde agressieregulatie, motivatiestoornissen. *Cognitieve componenten.* Stoornissen in intelligentie, geheugen, leervermogen en concentratie, psychomotorische stoornissen, stoornissen en tekortkomingen in andere neuropsychologische functies.	na staken van de blootstelling kan verbetering optreden, maar er kunnen cognitieve stoornissen blijven bestaan
ernstig OPS	jaren	dementieel ziektebeeld met een progressieve en globale aantasting van de intelligentie en ernstige geheugenstoornissen	irreversibel

Diagnostiek van OPS

In 1995 is in Nederland een protocol ontwikkeld voor een systematische beoordeling van OPS.[228] Dit protocol heeft ook gediend als basis voor de beoordeling van OPS door het Belgische Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ).[229] Het protocol voorziet in een anamnese (waaronder een beroepsanamnese), neurologisch onderzoek, neuropsychologisch onderzoek en aanvullend laboratoriumonderzoek. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team bestaande uit een bedrijfsarts (of arbeidsgeneesheer), neuroloog, neuropsycholoog en arbeidshygiënist. In Nederland is in ongeveer de helft van de gevallen de huisarts de verwijzer. De bedrijfsarts neemt 34% van de verwijzingen voor zijn rekening.

Over de Belgische situatie zijn geen nadere gegevens bekend. Sinds enige jaren wordt geëxperimenteerd met andere diagnostische instrumenten. Uit een oriënterend onderzoek blijken beeldvormende technieken als MRI en SPECT bepaalde afwijkingen te kunnen

[224] Hageman, G., M. Hout, M. Verberk (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. van der, T.M. Pal (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg. p. 97-109.
[225] Vos, Rein (2004). *Gezondheidsrisico's en rechtvaardigheid op de werkplek.* In: Genetica van laboratorium naar samenleving. De Vries, Gerard en Klasien Horstman (red.). Amsterdam, Aksant. p. 160-161.
[226] Overbeek, Jaap (1993). *Oplosmiddelrisico's in historisch perspectief.* Chemiewinkel, Amsterdam.
[227] Overbeek, Jaap (1993). *Oplosmiddelrisico's in historisch perspectief.* Amsterdam, Chemiewinkel.
[228] Laan, van der, G. et al. (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.
[229] FBZ (1999). *Criteria inzake preventie en schadeloosstelling van het organisch psychosyndroom veroorzaaakt door solventen.* Brussel, Fonds voor de Beroepsziekten. Zie http://www.fmp-fbz.fgov.be/Pdfdocs/MedicalN/N199905.pdf.

aantonen in de hersenen van patiënten met OPS.[230] Voor de vaststelling van OPS gelden volgens het eerder genoemde protocol de volgende diagnostische criteria:

- een langdurige en/of intensieve blootstelling aan organische oplosmiddelen;
- klachten zoals aandachtstoornissen, hoofdpijn of moeheid;
- gedragsveranderingen;
- gevoelsstoornissen (labiliteit, depressie);
- geheugenstoornissen.

Er moet een duidelijke samenhang in de tijd zijn tussen blootstelling en ontstaan en verloop van klachten, specifieke afwijkingen zijn vastgesteld bij neuropsychologisch onderzoek en geen andere duidelijke verklaring voor de klachten zijn. Het protocol bevat ook exclusiecriteria in de vorm van andere aandoeningen zoals depressieve ziektebeelden, obstructief apneu syndroom, diabetus mellitus, hersentrauma, bepaalde neurologische ziekten, gevolgen van langdurig alcoholmisbruik, en vroegtijdige dementie.

Prevalentie van OPS

Uit een onderzoek van de Nederlandse arbeidsinspectie in 2006 blijkt dat in 32% van de onderzochte arbeidsorganisaties (N = 1997) werknemers worden blootgesteld aan gevaarlijke stoffen die daarbij een eventueel arbeidsrisico vormen. In 7% van deze bedrijven worden medewerkers blootgesteld aan VOS, wat overeenkomt met ongeveer 2% (140.000) van alle werknemers.[231] De emissie van VOS naar de buitenlucht is de afgelopen decennia sterk gedaald (1990: 459 miljoen kilo VOS, 2007: 165 miljoen kilo VOS). Het is echter niet duidelijk of ook de blootstelling van werknemers gedaald is. Er is een breed scala aan branches en beroepen waarin men bloot kan worden gesteld aan VOS. Genoemd worden de woonbranche (vloeren- en tapijtleggers), de leer/lederwaren- en schoenindustrie, de autoreparatie, de verfindustrie, de scheepsbouw, de metaalbewerking, de staalconservering, de schoonmaak en industriële reiniging, de polyesterverwerkende industrie, (onderhouds) schilderwerk, de hout-, meubel- en timmerindustrie, de grafische industrie en de agrarische sector. De meeste uitval door OPS is bekend bij schilders/spuiters en drukkers. In 1999 werd het aantal 'patiënten' met OPS op 2.500 geschat met een jaarincidentie van 200.[232] Volgens opgave van het Solvent Team werden in de periode 1997-2007 ruim 2.500 werknemers met een vermoeden van OPS verwezen. Bij iets meer dan de helft werd geen vervolgonderzoek uitgevoerd. Van de overige ruim 1.100 werknemers bleek ongeveer 30% (396) aan de criteria van OPS te voldoen.[233] Per 1 januari 2009 wordt het totaal aantal (ex) werknemers in Nederland met een OPS diagnose geschat op 470. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het stellen van de diagnose bedraagt 50 jaar.[234] Over de Belgische situatie zijn weinig gegevens beschikbaar. Volgens een schatting van FBZ is er een incidentie van 20 tot 200 nieuwe OPS patiënten per jaar. Sinds 2000 kan via het FBZ schadecompensatie voor OPS worden verkregen.

Effectieve preventie van OPS?

Empirisch onderzoek naar effectieve preventie van OPS in arbeidsorganisaties is niet

[230] Laan, G. van der, et al. (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. p. 27.

[231] Bos, Maarten, Farouk Saleh, Ozcan Erdem, John Samadhan (2007): *Arbo in bedrijf 2006, een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2006.* Den Haag, arbeidsinspectie, Ministerie SZW. Dit onderzoek is uitgevoerd door de arbeidsinspectie. Inspecteurs hebben daartoe 1997 bedrijven (vestigingen) bezocht. Deze bedrijven zijn geselecteerd op basis van een steekproef onder 333.000 bedrijven met één of meer werknemers. Om representatieve cijfers te verkrijgen heeft men met behulp van wegingsfactoren een correctie uitgevoerd op de steekproefresultaten. Nederland telde in 2006 ongeveer 7 miljoen werknemers.

[232] Hageman G, M. Hout, M. Verberk (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. v. d., T.M. Pal (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg. p .97-109.

[233] Laan, G. van der, et al. (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. p. 17.

[234] Eshuis. W.A. (2010). *Financiële schade door OPS? Onderzoek naar de financiële situatie van slachtoffers van OPS*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm.

beschikbaar. Ook is niet bekend hoeveel mensen van OPS herstellen, geheel of gedeeltelijk, en hoeveel mensen met OPS betaald werk verrichten. In Nederland is er sinds enige tijd sprake van een daling van het aantal slachtoffers van OPS. Gesuggereerd wordt dat dit te maken heeft met de wettelijke eis dat producten met VOS niet meer gebruikt mogen worden.[235] Deze suggestie is echter niet gebaseerd op empirisch onderzoek. Op basis van de beschikbare literatuur kan wel een indruk worden gegeven van wat doorgaans als primaire, secundaire en tertiaire preventie van OPS wordt voorgesteld en wat daarvan in de praktijk terecht komt.

Primaire preventie van OPS
Primaire preventie kan op verschillende manieren worden vormgegeven: via bronmaatregelen (eliminatie of reductie van blootstelling dan wel isolatie van bronnen), maatregelen in de overdrachtsweg (via ventilatie of het vermijden van blootstelling) en maatregelen bij de ontvanger (persoonlijke bescherming). Die maatregelen kunnen zowel collectief als individueel van aard zijn. De belangrijkste bronmaatregel is vervanging van producten met oplosmiddelen door producten zonder of een beperktere hoeveelheid oplosmiddelen. In Nederland zijn sinds 2000 producten met grote hoeveelheden VOS wettelijk verboden in de schildersbranche, de woninginrichting, de grafische industrie en de autoschadeherstel-bedrijven en (sinds 2003) in de bouw en in de timmerindustrie. Zo mogen bijvoorbeeld in Nederland bij lak, schilder- en lijmwerkzaamheden in binnenruimten alleen watergedragen producten worden toegepast. Daarnaast staan in een tiental arboconvenanten specifieke afspraken over de aanpak van oplosmiddelen. In vier arbocatalogi is aandacht voor VOS.[236]
België kent dergelijke specifieke wet- en regelgeving niet.

Over de naleving van de bepaling in de arboregeling bestaan slechts enkele indicaties. Uit een onderzoek onder 1200 schilders bleek dat in 2005 58% van de 1200 ondervraagde schilders in werktijd VOS-houdende verf te hebben toegepast, terwijl 94% van de schilders bekend is met de gezondheidsrisico's van die verf. Een kwart van de schilders was door de werkgever onder druk gezet om verboden verf te gebruiken. 30% van de schilders bleek bereid ook uit eigen beweging het oplosmiddelverbod te negeren.[237] De Nederlandse arbeidsinspectie stelt in 2006 vast dat in 7% van de bedrijven VOS een arbeidsrisico vormt. 78% van die bedrijven, waar de producten met VOS aanwezig zijn, beschikt over een RIE.[238]

Naast vervanging behoren organisatorische maatregelen en technische maatregelen tot primaire preventie. Organisatorische maatregelen, kunnen worden ingezet om de blootstellingsduur te verkorten: werken in (korte) ploegendiensten, een goede planning van onderhoud en reiniging, duidelijke werkprocedures, training en instructie en 'good housekeeping'. Technische maatregelen die worden gesuggereerd zijn ventilatie en afzuiging, automatisering, mobiele afzuigwanden en handspuitcabines. Bij persoonlijke bescherming wordt met name gedacht aan ademhalingsbescherming en beschermende kleding. De effectiviteit van Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM) hangt af van de juiste selectie, de gebruiksvriendelijkheid, en de bereidheid van werknemers om ze toe te passen. Uit gegevens van de arbeidsinspectie[239] naar het gebruik van beheersmaatregelen bij gevaarlijke stoffen (waaronder VOS) blijkt dat toepassing van PBM de meest gebruikte beheersmaatregel is, gevolgd door ventilatie/afzuiging, voorlichting en instructie. Vervanging door minder schadelijke alternatieven staat op de vierde plaats. De beheersmaatregelen die in de wettelijk

[235] Laan, G. van der, et al. (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. p. 17.
[236] Scheffers, Theo, Jaap Maas, Helger Siegert, Peter Wielaard.(2009). *Dossier vluchtige organische stoffen.* www.arbokennisnet.nl. p. 22.
[237] Weijenberg, Johan (2006). *Schilder veilig……, een noodzaak!.* Groningen, Hanzehogeschool.
[238] Bos, Maarten, Farouk Sakeh, Ozcan Erdem, John Samadhan (2007). *Arbo in bedrijf 2006, een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2006.* Den Haag, arbeidsinspectie, Ministerie SZW.
[239] Bos, Maarten, Farouk Sakeh, Ozcan Erdem, John Samadhan (2007). *Arbo in bedrijf 2006, een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2006.* Den Haag, arbeidsinspectie, Ministerie SZW.

voorgeschreven hiërarchie, op basis van de arbeidshygiënische strategie, bovenaan staan worden dus in de praktijk veel minder gebruikt.

Naar de situatie in België is geen onderzoek gedaan. Evenmin is in het kader van de SOBANE methode een afzonderlijke observatielijst samengesteld. Wel bestaat er een observatielijst chemische stoffen, waarbij de nadruk ligt op stationaire arbeidssituaties. Via deze lijst kan de arbeidssituatie worden geanalyseerd op gevaren van chemische stoffen. Tevens bevat de lijst maatregelen ter preventie van blootstelling aan chemische stoffen, waaronder etikettering, verwijdering en vervanging van gevaarlijke producten, afzuiging en ventilatie, vermindering blootstelling, gebruik van PBM, en opleiding en training.

Secundaire preventie van OPS
Ten behoeve van secundaire preventie (vroege diagnose en behandeling) zijn twee screeningsinstrumenten ontwikkeld, de NSC60-vragenlijst (een schriftelijke vragenlijst) en de NES-test, een computerprogramma met verschillende testen die wordt gebruikt om mensen op te sporen die neurasthene klachten vertonen. Daarnaast kunnen contacten met de bedrijfsarts of de arbeidsgeneesheer en een PAGO een dergelijke functie hebben. Bedrijfsartsen die werkzaam zijn in risicobedrijven of risicobranches die niet geconfronteerd zijn met aan blootstelling gerelateerde klachten krijgen het advies zelf op zoek te gaan naar werknemers met (beginnende) klachten.[240] Voor secundaire preventie van OPS zijn in tegenstelling tot preventie van RSI geen richtlijnen ontwikkeld door de beroepsorganisatie van bedrijfsartsen in Nederland. De Stichting Arbouw, een paritaire stichting van werknemers en werkgevers in de bouwsector, heeft wel een zogenaamde richtlijn neurotoxicologische klachten ontwikkeld .[241] De richtlijn bevat een aantal maatregelen (anamnese, functieonderzoek, vragenlijstonderzoek, behandeling en begeleiding en preventie van OPS waaraan de door Arbouw gecontracteerde arbodiensten zich moeten houden. De richtlijn adviseert de blootstelling te staken als OPS, ook in een beginstadium, is gesignaleerd. Het criteriadocument van FBZ inzake OPS adviseert tijdelijke verwijdering en zo nodig, indien het gebruik van VOS wordt gecontinueerd, blijvende verwijdering uit het beroepsrisico.[242]

Tertiaire preventie van OPS
Na een diagnose OPS volgen vaak nieuwe problemen voor de betrokkene en zijn omgeving. Genoemd worden: werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, financiële achteruitgang, spanningen in het gezin, echtscheiding, beperkte sociale activiteiten.[243] Er bestaat in Nederland en België in beperkte mate georganiseerde ondersteuning van OPS' ers en hun gezinnen bij dit soort vraagstukken. Dit gebeurt door de vakbonden, door de Nederlandse Vereniging OPS en de Belgische patiëntenvereniging OPS. Behandeling komt voor in de vorm van ontspanningsoefeningen, farmacologische therapie tegen depressie, angst of hoofdpijnklachten, psychotherapeutische interventies bij stemmingsstoornissen, gedragstherapeutische technieken, cognitieve strategietraining en psychologische begeleiding gericht op verwerking van en aanpassing aan de aandoening. Er is één studie beschikbaar naar het effect van psychologische behandeling voor OPS patiënten, een psychosociale groepstherapie om beter te leren omgaan met de klachten en een cognitieve strategietraining voor de geheugen- en aandachtsproblemen. Na de therapie bleek dat de groep vooruit was gegaan op de geheugentaken en ook op de klachtenlijst specifiek voor OPS. Echter na drie

[240] Scheffers, Theo, Jaap Maas, Helger Siegert, Peter Wielaard (2009). *Dossier vluchtige organische stoffen.* www.arbokennisnet.nl. p. 26.
[241] Arbouw (2006). *Richtlijn neurotoxicologische klachten*. Amsterdam, Arbouw.
[242] Fonds voor de Beroepsziekten (1999). *Criteria inzake preventie en schadeloosstelling van het organisch psychosyndroom veroorzaakt door solventen.* Brussel, FBZ. p. 23.
[243] Zie: Hageman, G. et al. (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. van der, T.M. Pal (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg. p. 107; Eshuis. W.A. (2010). *Financiële schade door OPS? Onderzoek naar de financiële situatie van slachtoffers van OPS*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm.

maanden waren deze positieve resultaten niet meer aanwezig. De behandelde patiënten en hun partners rapporteerden wel vooruitgang in hun psychosociaal en cognitief functioneren.[244]

[244] Hout, M. van (2004). *Psychological diagnosis and treatment of Chronic Toxic Encephalopathy*. Groningen, Rijksuniversiteit.

2.5 Preventie van arbeidsongevallen

België en Nederland kennen evenals andere Europese landen jaarlijks een groot aantal arbeidsongevallen. Over de periode 2003-2008 telde België gemiddeld per jaar 195.000 arbeidsongevallen en Nederland 222.000.[245] Via de arbeidsomstandighedenwetgeving is voorzien in preventie en nazorg van arbeidsongevallen via bepalingen over het opstellen van een RIE, de inschakeling van deskundigen, de bedrijfshulpverlening, melding van ernstige arbeidsongevallen aan de arbeidsinspectie en ongevalsonderzoek. Daarnaast kent deze wetgeving specifieke eisen over de veiligheid van installaties en machines, werken op hoogte, explosieve situaties en vluchtwegen.

Bouwnijverheid
Vanwege het relatief grote aantal arbeidsongevallen in de bouwnijverheid en de specifieke veiligheidsproblemen die in die sector gelden, is aanvullende Europese regelgeving ontwikkeld in de vorm van het zogenaamde besluit Tijdelijke en Mobiele Bouwplaatsen (TMB). Deze regelgeving is ook omgezet in Nederlandse[246] en Belgische wetgeving.[247] Uitgangspunt voor TMB is dat in alle fasen van een bouwproject aandacht moet zijn voor veiligheid en gezondheid. In concreto betekent dit dat zowel de opdrachtgever, de ontwerper als de uitvoerende bouwbedrijven een zelfstandige rol hebben bij de aandacht voor de veiligheid en gezondheid bij het ontwerpen en bouwen van een bouwwerk. Zowel de opdrachtgever als de ontwerpende partij moet in de ontwerpfase rekening houden met de arbeidsomstandigheden zoals die zullen ontstaan tijdens de uitvoeringsfase. Opdrachtgever, ontwerper en aannemer(s) zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het veiligheids- en gezondheidsplan en voor de aanstelling van een veiligheids-en gezondheidscoördinator. Tevens moet de ontwerpende partij een dossier (laten) samen tellen dat bestemd is voor degene die (later) beslist over de uitvoering van latere werkzaamheden aan het bouwwerk.

De veiligheidskunde maakt studie van vraagstukken van ontstaan en preventie van arbeidsongevallen. Ze maakt daarbij onderscheid tussen drie hoofdelementen: menselijk gedrag, het technisch systeem en de arbeidsorganisatie. Deze drie domeinen kunnen zowel afzonderlijk als tegelijkertijd in meerdere of mindere mate van invloed zijn op het ontstaan en de preventie van arbeidsongevallen. In deze paragraaf wordt een overzicht geboden van verklaringen die binnen de veiligheidskunde leven over het ontstaan van arbeidsongevallen en de opvattingen over de preventie ervan.

Ontstaan van een arbeidsongeval
Binnen de veiligheidskunde zijn in de afgelopen eeuw verschillende verklaringsmodellen ontwikkeld voor het ontstaan van arbeidsongevallen. In de eerste voorwetenschappelijke opvattingen over het ontstaan van een arbeidsongeval werd een ongeval toegeschreven aan een ´act of God´: het ongeval ´hoort erbij´of wordt als ´risico van het vak´ beschouwd. In de afgelopen eeuw zijn allerlei modellen ontwikkeld over het ontstaan van arbeidsongevallen.

Menselijk gedrag
In de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw lag de nadruk op het zoeken naar gedragsgebonden oorzaken. De zogenaamde 'brokkenmakerstheorie' is daar dé exponent van.[248] Volgens deze theorie hebben bepaalde mensen (´brokkenmakers´) een meer dan gemiddelde ongevalsgeneigheid, voortkomend uit hun persoonlijkheid, waardoor zij relatief vaak slachtoffer zijn van een arbeidsongeval. Moderne varianten van deze theorie schenken aandacht aan menselijke fouten, door menselijk gedrag te beschouwen als resultante van

[245] Belgische gegevens ontleend aan: http://www.faofat.fgov.be/site_nl/stats_etudes/tableaux_stats/tableaux-2008/evolution-1985-2008/evolution-1985-2008.html. Nederlandse gegevens ontleend aan: TNO (2003, e.v.). *Monitor Arbeidsongevallen in Nederland 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008*. Hoofddorp, TNO.
[246] Arbobesluit, afdeling 5: Bouwproces, art.2.23- 2.39.
[247] Welzijnswet Hoofdstuk V Bijzondere bepalingen betreffende tijdelijke of mobiele bouwplaatsen.
[248] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers.

motivatie, attitude of informatieverwerking. De oorzaak van ongevallen wordt daarbij soms ook gezocht in overtreding van de wet of van bedrijfsregels. Volgens deze zienswijze zijn ongevallen en fouten te voorkomen door gedrag te beïnvloeden.

Multicausaal
Vanaf de jaren '30 en '40 van de vorige eeuw zijn multicausale modellen dominant. In die modellen worden ongevallen beschouwd als het resultaat van diverse technische, organisatorische en gedragsgebonden factoren die in een specifieke context tot schade kunnen leiden. Veel multicausale modellen zijn gebaseerd op het beeld van de vijf omvallende dominostenen van Heinrich: letsel is het gevolg van een ongeval, dat op zijn beurt door een onveilige handeling van een persoon of door een technisch-fysisch gevaarlijke omstandigheid is ontstaan. Die handeling of gebeurtenis is te herleiden tot de fout van een persoon. Aan de basis van die persoonlijke fout staan de eigenschappen van een persoon. Op basis van deze theorie is lange tijd de 80-20 regel een ingeburgerd begrip geweest: 80% van alle arbeidsongevallen hangt samen met menselijk gedrag als directe factor en 20% heeft een technische oorzaak. In andere multicausale modellen staat de interactie tussen mens en machine centraal. Met behulp van de ergonomie richt men zich op het ontwerp van machines en taken die zodanig rekening houden met de fysieke en mentale kenmerken van de gebruikers dat arbeidsongevallen kunnen worden voorkomen. Indien desondanks een arbeidsongeval ontstaat dan wordt gezocht naar knelpunten in de mens- machine interactie.

Systeem
In de jaren '70 van de vorige eeuw doet de systeemleer zijn intrede in de veiligheidskunde. Oorzaken van arbeidsongevallen worden dan gezocht in het totale systeem van een arbeidsorganisatie. Een combinatie van factoren kan een rol spelen bij het ontstaan van arbeidsongevallen: gedragsfactoren, technische factoren, interactie tussen mens en machine, organisatorische factoren en managementfactoren, zoals de taakverdeling en het veiligheidsmanagement.

Organisatie
Aan het eind van de jaren '80 van de vorige eeuw wordt veiligheid vooral beschouwd als een kwestie van organisatie. Arbeidsongevallen zijn dan het teken van een onvolmaakte organisatie. In dat verband komt er aandacht voor de cultuur, de sociale factoren en het beleid van de arbeidsorganisatie. De preventie van arbeidsongevallen wordt ook gerelateerd aan maatregelen op organisatorisch vlak.

Preventie van arbeidsongevallen
Preventie van arbeidsongevallen kan dus bestaan uit interventies op technisch gebied, gedragsniveau en/of organisatorisch gebied. Volgens Hale staat in het veiligheidsdenken gedurende midden jaren '80 van de vorige eeuw de organisatie centraal via het begrip veiligheidsmanagement.[249] Hale noemt dat het derde grote tijdperk van de ontwikkeling van veiligheidsdenken na het tijdperk van de technologie en het tijdperk van de menselijke factor. Veiligheidsmanagement, ook wel risicomanagement genoemd, richt zich onder andere op de ex ante preventie van arbeidsongevallen. Veiligheidsmanagement wordt beschouwd als een integraal onderdeel van het beleid van een organisatie, een systematische aanpak die is gericht op vroegtijdig opsporen van potentiële veiligheidsproblemen en het treffen van maatregelen om deze problemen te beheersen.[250] Het managen van de preventieve technische, organisatorisch en gedragsgebonden voorzieningen en barrières die zijn aangebracht om het ontstaan van risicovolle situaties en ongevallen te voorkomen staat centraal. Het bedrijfsleven maakt tegenwoordig gebruik van zogenaamde zorgsystemen of managementsystemen, waardoor risico´s structureel en systematisch kunnen worden beheerst, en waardoor preventie

[249] Hale, A. (2005). *Veiligheidsmanagement: wat weten we zeker?* In: NVVK info 6, 2005. Eindhoven, NVVK.
[250] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers. p. 18.

wordt gerealiseerd.[251] In een dergelijk systeem zijn zaken geregeld als taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, evenals overleg en communicatie.

Zo´n systematiek is doorgaans gebaseerd op een continue verbetering van veiligheid in de vorm van een PDCA (plan-do-check-act) cyclus[252], zoals ook in een RIE of een dynamisch risicobeheerssysteem gewoon is. De risico´s worden systematisch en voortdurend geïdentificeerd en beoordeeld, vervolgens wordt een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd om de risico´s te verkleinen en weg te nemen. Periodiek wordt de voortgang geëvalueerd en het plan zo nodig bijgesteld. Andere elementen van een veiligheidsmanagementsysteem zijn: duidelijk vastgelegde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, medewerkers die zich bewust zijn van de veiligheidsrisico´s, voldoende overleg, informatie en communicatie tussen betrokkenen, regelmatige audit en beoordeling van het systeem. Ook moet het systeem voldoende gedocumenteerd zijn, onder andere via verslagen van audits en inspecties, en ongewenste gebeurtenissen en situaties moeten worden gesignaleerd en onderzocht.

VCA

Een in de Nederlandse en Belgische bouwnijverheid veel gebruikte vorm van veiligheidsmanagement is de Veiligheidschecklist Aannemers (VCA- checklist). Hiermee kunnen aannemers zich certificeren.[253] De VCA-checklist is in Nederland en België de standaard geworden voor de beoordeling door de opdrachtgevers van het veiligheidszorgsysteem van aannemers die werkzaamheden uitvoeren met 'verhoogd risico' in fabrieken, installaties en werkplaatsen. Ook aannemers verlangen steeds vaker van onderaannemers dat ze in het bezit zijn van een dergelijk certificaat. Voordat een bedrijf het VCA-certificaat mag voeren, moet het aan een aantal minimumvoorwaarden voldoen. Hieronder vallen eisen ten aanzien van ongevallenfrequentie.[254] Indien men aan die minimumvoorwaarden voldoet, moet een eigen VGWM-beheersysteem worden ontwikkeld dat voldoet aan de VCA eisen. Die eisen zijn veelal een uitwerking van wettelijke eisen afkomstig uit de Arbowet of de Welzijnswet, zoals een risico- inventarisatie. In sommige gevallen gaat het verder dan de wettelijke eisen, zoals een interne melding en registratie van ongevallen. De toetsing wordt uitgevoerd door een auditor van een, door het bedrijf zelf gekozen, geaccrediteerde certificatie-instelling (CI) en bestaat uit twee delen: het beoordelen van het VGWM- beheersysteem 'op papier' en een toetsing van de feitelijke toepassing in de praktijk op het hoofdkantoor en de werklocaties van de aannemer. Het VCA-certificaat is in beginsel geldig voor een periode van drie jaar. Een in het oog springend onderdeel van VCA is het landelijk veiligheidspaspoort (‘Personal Safety Logbook’), een persoonlijk document waarin alle relevante (veiligheids) opleidingen en werkervaring van de houder zijn vastgelegd. Hierin staat geregistreerd over welke diploma's en certificaten de houder beschikt en welke medische keuringen hij heeft ondergaan. Het paspoort stelt de opdrachtgever in staat om de gegevens aan de poort of op het werkterrein te controleren. Een ander bekend onderdeel van VCA, die ondertussen ook in andere situaties wordt toegepast, is de ‘toolboxmeeting’. In een toolboxmeeting worden werknemers, ook van onderaannemers en inleenkrachten, gedurende korte tijd geïnstrueerd over de aspecten van hun werk die te maken hebben met veiligheid, gezondheid en milieu. Van belang daarbij is de gedragsbeïnvloeding ten aanzien van zaken die wel of niet gedaan moeten respectievelijk mogen worden.[255]

Hearts and Minds

Ondertussen lijkt zich een opvolger van de managementsysteembenadering aan te kondigen in de vorm van de ‘Hearts and Minds’ benadering. Deze benadering is evenals de Tripod

[251] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers.
[252] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers.
[253] De norm wordt in Nederland beheert door de Stichting Samenwerken voor Veiligheid en in België door BeSaCC.
[254] Geen ongeval met verzuim van meer dan 1 dag in de afgelopen 3 jaar of een ongevallenfrequentieindex ((Injury Frequency, IF) die niet groter is dan >40 en (in België) onder het gemiddelde van de sector ligt.
[255] De tekst over VCA is ontleend aan www.vca.nl en http://www.besacc.be.

methode ontwikkeld in samenwerking tussen Shell en de universiteiten van Leiden, Manchester en Aberdeen. Deze methode richt zich op de kwaliteit van de veiligheidscultuur, die ze beschouwt als een noodzakelijke voorwaarde voor het goed doen functioneren van een managementsysteem. In de 'Hearts and Minds' benadering probeert men een cultuur te creëren waarin iedere betrokkene uit zichzelf doet wat hij moet doen om zonder ongelukken te werken, niet omdat de persoon dat wordt opgedragen of het systeem dat vereist, maar omdat betrokkene dat zelf nastreeft. De benadering start met een gezamenlijke analyse van de bestaande cultuur, waarna met behulp van een gereedschapskist (negen brochures) een route kan worden uitgestippeld naar een betere veiligheidscultuur.[256]

Ongevalsanalyse
Naast de ex ante preventie besteedt men in de veiligheidskunde veel aandacht aan ex post preventie, met name door middel van ongevalsanalyse. De betekenis van de ongevalsanalyse is afhankelijk van het doel dat men nastreeft. Van Alphen et al. (2008) maken een onderscheid tussen de traditionele aanpak, waarbij men veelal zo dicht mogelijk bij het ongeval de schuldige aanwijst en ongevalsanalyse als middel tot organisatorisch leren waarbij het risicomanagementsysteem zodanig kan worden aangepast dat dergelijke fouten niet meer kunnen ontstaan. Men beschouwt dit als een integraal onderdeel van risicomanagement. Er is een groot aantal methoden beschikbaar.[257] Deze methoden zijn gebaseerd op één of meerdere paradigma´s. Dit leidt ertoe dat verschillende methoden ook verschillende uitkomsten met zich meebrengen. Dit blijkt uit een overzichtsstudie van methoden van ongevallenanalyse, waarin verschillende analysemethoden zijn toegepast op één casus.[258] De keuze voor een methode is niet alleen gebaseerd op rationele gronden. Ze is onder andere afhankelijk van het doel, de mate van nauwkeurigheid die men wenst, de beschikbare tijd, de hoeveelheid geld en de mate van deskundigheid om een methode te gebruiken. Vaak wordt een methode toegepast omdat een medewerker de methode kent of men er al jaren mee werkt. Voor een goed resultaat wordt het werken in een multidisciplinair team van deskundigen en medewerkers van het bedrijf als randvoorwaarde genoemd. Vooraf moet duidelijkheid zijn over het doel van het ongevallenonderzoek. Het moet vooral helder zijn of het gaat om waarheidsvinding of om beantwoording van de schuldvraag.

Werknemersparticipatie
Van verschillende kanten wordt gewezen op het belang van werknemersparticipatie in relatie tot veiligheid. Zo wijst Frijters op het nadeel van de meeste methoden dat ze alleen geschikt zijn voor experts en daardoor niet bijdragen aan het veiligheidsbewustzijn van het uitvoerend personeel. Volgens hem zijn methoden die daaraan wel bijdragen wel noodzakelijk omdat werknemers zich maar in geringe mate bewust zijn van het gevaar dat hen op de bouwplaats omringt. Slechts 14 % van het bouwplaatspersoneel herkent onveiligheid. Op basis van een literatuuronderzoek komt hij tot de conclusie dat er slechts vijf methoden zijn waarvoor weinig voorkennis nodig is, die makkelijk te gebruiken zijn, stimuleren tot het nemen van maatregelen en waarmee zowel uitvoerend personeel, middenkader als hoger kader kan werken. Een van deze methoden, de TR-methode[259], is door Frijters omgevormd tot een Veiligheidsindex. Op basis van een pilotstudie blijkt dat toepassing van de Veiligheidsindex inzicht geeft in het niveau van veiligheid en de verbeterpunten, tot kennisvermeerdering leidt en veiligheid tot een gespreksonderwerp maakt.[260] Ook Popma heeft een methode ontworpen van werknemers-participatie, de participatieve RIE. Met die methode kan een ondernemingsraad of VGWM

[256] Graaf, Gerard van der (2007). *Hearts and Minds, 15 jaar gedragsonderzoek operationeel gemaakt.* Paper ten behoeve van het NVVK jubileumcongres, 25-26 april 2007. Zie: www.veiligheidskunde.nl.
[257] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers. In dit boek staan 83 methoden van ongevalsanalyse vermeld.
[258] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers. p. 34.
[259] Deze methode beperkt zich tot het signaleren van effectieve en ineffectieve fysieke beheersmaatregelen en tot het signaleren van (on) gewenst gedrag.
[260] Frijters, Adri (2009). *Het meten van veiligheid op de bouwplaats: de veiligheidsindex*. In: NVVK congres 18-19 maart 2009.

commissie in samenwerking met de werknemers knelpunten inventariseren en op basis daarvan maatregelen voorstellen.[261]

De in België ontwikkelde SOBANE strategie, die is uitgewerkt voor de preventie van arbeidsongevallen, heeft ook participatieve kenmerken. Voor de preventie van arbeidsongevallen is in het kader van de SOBANE methode een observatielijst veiligheid samengesteld. Via deze lijst kan de arbeidssituatie worden geanalyseerd. Tevens bevat de lijst maatregelen ter preventie van arbeidsongevallen. De observatielijst kent zes onderwerpen[262] met in totaal 50 items. Die items dienen als controle van onveilige omstandigheden en bieden preventieoplossingen. Er is vooral aandacht voor technische knelpunten en oplossingen en (periodiek) toezicht op de goede staat van de arbeidsplaats. Het is niet duidelijk in welke mate van deze twee participatieve methoden gebruik gemaakt wordt en wat het daadwerkelijke effect ervan is in de praktijk.

Tripod
Een veel gebruikte en wetenschappelijk gevalideerde analysemethode is de Tripod-analyse.[263] Een Tripod-analyse moet betekenisvolle informatie opleveren voor het management. Bij Tripod maakt men een onderscheid tussen directe oorzaken, de context waarin mensen hun werk verrichten (de werkomgeving) en achterliggende oorzaken, structurele onvolkomenheden in de organisatie, die op een bepaalde manier het gevolg zijn van managementbeslissingen. De achterliggende oorzaken kunnen in elf Basis Risico Factoren (BRF's) worden ingedeeld.[264] De Tripod-benadering gaat uit van de veronderstelling dat ongevallen via oorzaak-gevolgketens (scenario's) zijn te herleiden tot de 11 BRF's. De methode kan zowel proactief worden gebruikt, om een organisatie door te lichten (naar aanleiding van in het verleden ontstane ongevallen), als reactief om een ongeval te onderzoeken. Ook wordt Tripod wel gebruikt om achterliggende factoren te identificeren van het proces dat plaatsvindt na een ongeval. De methode vraagt om deskundige begeleiding en uitvoering in een onderzoeksteam, bestaande uit de lijnverantwoordelijken en experts. Via de Tripod-methode wordt een boomstructuur opgebouwd die steeds bestaat uit een driepoot van de drie elementen te weten:

- energie (gevaar) dat de potentie heeft om het object te beïnvloeden;
- gebeurtenis, iets dat zomaar gebeurt dan wel een actief handelen; is het een resultaat van de vrijgekomen energie;
- object, het element dat is beschadigd of beïnvloed.

Bij de Tripod-methode onderzoekt men hoe gebeurtenissen konden plaatsvinden en waarom bepaalde barrières, die hadden kunnen voorkomen dat de energie en het object samen kwamen, zijn doorbroken of niet aanwezig waren. Deze barrières zijn er in twee soorten, namelijk beheersmaatregelen (barrières die de energie onder controle houden) en beschermingsmaatregelen, barrières die het object (deels) beschermen. Deze barrières dienen geïdentificeerd te worden. Het falen van de barrières wordt vervolgens teruggevoerd op een falen binnen een organisatie.

Beperkingen veiligheidsmanagement
In een overzichtsartikel over de wetenschappelijke opbrengst van het tijdperk van veiligheidsmanagement, waartoe onder andere VCA en Tripod behoren, stelt Hale[265] dat er zekere kennis is over noodzaak en inhoud van de structuur van een goed veiligheids-managementsysteem. Hij noemt negen elementen die geregeld moeten zijn om in alle levensfasen van een bedrijf (van exploitatie tot en met sloop) risico's goed te beheersen, zoals risico-identificatie en barriéreselectie, keuze en inspectie van hardware, management van

[261] Langenhuysen, K.(2009). *Praktijkboek Arbeidsomstandigheden*. Alphen aan den Rijn. Kluwer. p. 117.
[262] De 6 onderwerpen zijn: de staat van de vloeren (1), rijwegen (2), uitgangen, verlichting en nooduitgangen (3), arbeidsplaatsen, trappen (4), vallen van personen of objecten (5), het gebruik van ladders (6).
[263] Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers.
[264] Organisatie, strijdige doelstellingen, communicatie, procedures, training en opleiding, ontwerp, materieel en middelen, onderhoud, orde en netheid, omgevingsfactoren, beschermingsmiddelen.
[265] Hale, A. (2005). *Veiligheidsmanagement: wat weten we zeker?* In: NVVK info 6 2005. Eindhoven, NVVK.

procedures, monitoring en communicatie. Tegelijkertijd wijst hij echter op enkele beperkingen van deze benadering. De wetenschappelijke evaluatie van de effectiviteit van verschillende managementaanpakken is volgens hem mager. Tevens wijst hij erop dat de kennis van veiligheidsmodellen doorgaans is gebaseerd op grote, vaak bureaucratisch ingerichte major hazard bedrijven. Die kennis wordt volgens hem op een onverantwoorde wijze veralgemeniseerd naar het Midden- en Kleinbedrijf (MKB) dat doorgaans niet op die wijze is georganiseerd.[266]

Ook benadrukt Hale dat de benadering vanuit het oogpunt van veiligheidsmanagement een beperkte visie op de werkelijkheid van de organisatie biedt. Men heeft wel aandacht voor de structuurzijde van de organisatie, dat wil zeggen de organisatie van het ontwerp, de relatie tussen doelen en structuur van een organisatie, de formele rollen en relaties, de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, maar niet op andere benaderingen van organisatie en management. Hale noemt drie benaderingen die onvoldoende aan bod komen. De eerste benadering is de human resource benadering, die organisaties beschouwt als verzamelingen van mensen, elk met eigen doelstellingen en competenties, die zij, soms met maar soms ook tegen de doelstellingen van het bedrijf, zelf proberen te bewerkstelligen. Hieronder vallen aspecten als groepsdynamiek, leiderschap, motivatie. De tweede benadering, de culturele, is die welke organisaties beschouwt als gemeenschappen met veel ambiguïteiten die begrepen moeten worden, met ongeschreven regels, symbolen, helden en waarden. Ten derde wijst hij op de benadering van de organisatie als politiek construct, de organisatie als 'arena' voor het uitvechten van tegenstrijdige belangen tussen groepen of individuen, die met onderhandeling, machtsvertoon en conflict sturing hun zin proberen te krijgen en de sturing van het bedrijf (sonderdeel) te kapen. Hale wijst in dat verband op de verhouding tussen productie en veiligheid. Volgens hem is er een onontkoombaar conflict tussen die twee. Ontkennen van een dergelijk conflict, zoals volgens hem in de benadering van veiligheidsmanagement gebeurt, werkt volgens hem contraproductief. Door het conflict te negeren gaat het ondergronds. Hij suggereert te accepteren dat een conflict niet te vermijden is. Expliciet managen ervan lijkt hem een betere oplossing.

Effectieve interventies?

In 2007 is een review verschenen over wetenschappelijk onderzoek naar interventies ter preventie van letsel in de bouwnijverheid.[267] Voor dit review is een inventarisatie gemaakt van drie typen onderzoek naar interventies ter preventie van dodelijke en niet dodelijke ongevallen: random control studies, 'controlled before-after studies'[268] en 'interrupted time series'.[269] De interventies konden gericht zijn op de werknemer of zijn team, de arbeidsplaats, materialen, gereedschappen en organisaties. Het resultaat is mager. Van de 7.522 geraadpleegde studies bleken slechts vijf 'interrupted time series' te voldoen aan de inclusiecriteria. Vier daarvan waren afkomstig uit de USA en één uit Denemarken. Drie studies hadden betrekking op de effectiviteit van regulering, waarvan twee betrekking hadden op het effect van regels voor het werken op hoogte op dodelijke ongevallen, en één op de evaluatie van een richtlijn over het werken in sleuven en gaten. Alle drie studies toonden geen significant, tijdelijk of duurzaam effect aan van die regulering. Eén studie betrof de effectiviteit van een veiligheidscampagne en één had betrekking op de bevordering van een drugs vrije werkplek. De veiligheidscampagne was gericht op het promoten van een positieve veiligheidsattitude en op veilig gedrag tijdens het werk en bestond onder andere uit informatievoorziening, veiligheidsinspecties, training en financiële beloning van werknemers op de veiligste bouwplaatsen. Het onderzoek toonde een

[266] Termen ontleend aan: Mintzberg, H. (1983). *Structures in five: designing effective organisations*. Englewood Cliffs, NJ, USA , Simon & Schuster.

[267] Molen, H. van der, M.M .Lehtola, J. Lappalainen, P. Hoonakker, H. Hsiao, R. Haslam, A. Hale, J. Verbeek (2007). *Interventions for preventing injuries in the construction industry* (Review). In: Cochrane Library 2007, Issue 4, John Wiley & Sons, Ltd.

[268] Een type onderzoek waarin observaties gemaakt zijn voor en na de implementatie van een interventie in zowel een groep die de interventie ontvangt als in een controlegroep die de interventie niet ontvangt. Zie: http://ccg.cochrane.org/non-randomised-controlled-study-nrs-designs.

[269] Een type onderzoek die gebruik makat van observaties op verschillende tijdstippen voor en na de interventie. Zie http://ccg.cochrane.org/non-randomised-controlled-study-nrs-designs.

beperkt bewijs aan voor de effectiviteit van deze aanpak in relatie tot niet- dodelijke ongevallen. De activiteiten ten behoeve van een drugsvrije werkplek bestonden onder andere uit een reglement, tests op druggebruik, behandeling van verslaafde werknemers, een voorlichtingsprogramma en training. Voor dit programma werd eveneens beperkt bewijs gevonden voor de effectiviteit van deze aanpak in relatie tot niet-dodelijke ongevallen. Opvallend is tenslotte de constatering van de reviewers dat tussen de 7.522 geraadpleegde studies geen enkele studie gevonden is die een evaluatie betrof van de doorsnee technische, gedragsmatige en organisationele interventies, zoals die standaard worden aanbevolen. Met andere woorden, de effectiviteit van veelvoorkomende verschijnselen als risicoanalyse, ongevalsrapportage, inspectie, training, verbetering van werkmethoden, toolbox meetings, audits en veiliger ontwerp is niet onderzocht en dus niet aangetoond.

2.6 Samenvatting en nabeschouwing

Dit hoofdstuk geeft antwoord op drie vragen:

1. Hoe wordt het begrip preventie omschreven en gedefinieerd in de wetenschap en in de arbeidsomstandighedenwetgeving?
2. Welke actoren worden geacht een rol te spelen in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
3. Wat is de stand van de wetenschappelijke kennis over preventie van arbeidsongevallen, RSI en OPS in arbeidsorganisaties? Wat verstaat men onder effectieve preventie?
4. Hoe wordt wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties vormgegeven?

1. Het preventiebegrip

Het preventiebegrip is verbonden met het handelen van (verschillende) actoren, die (verschillende) preventieve interventies kunnen uitvoeren en daarbij gebruik maken van verschillende middelen om de preventiedoelen te bereiken. Het zijn actoren die wel of niet tot handelen overgaan en een bepaalde intentie hebben bij dat handelen. Preventie en handelen van verschillende actoren zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden.

In de gezondheidswetenschap domineert de rationeel wetenschappelijke benadering van het vraagstuk van preventie, waarbij experts worden geacht op basis van kennis van de risicofactoren en gedragsdeterminanten zoveel mogelijk 'evidence based' interventies te plegen. De gezondheidswetenschap onderscheidt drie dimensies van preventie, namelijk primaire preventie (voorkomen van ziekte of ongeval door de oorzaken ervan weg te nemen), secundaire preventie (vroegtijdig opsporen en behandelen van beginnende ziekte of letsel) en tertiaire preventie (voorkomen van verergering van reeds bestaande ziekte en letsel).

Drie paradigma's

De arbeidsomstandighedenwetgeving is gebaseerd op een aantal paradigma's. Naast het rationeel wetenschappelijk paradigma (de werkgever moet zich op de hoogte stellen van de stand van de wetenschap en de techniek en zich laten bijstaan door experts), gaat men in de wetgeving uit van het beschermingsparadigma (de werkgever wordt geacht de werknemer te beschermen) en van het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende zelfregulering van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.[270] Dit laatste impliceert dat werkgever en werknemer zoveel mogelijk samen (met hulp van interne en externe experts) via beleid, organisatie en communicatie vorm moeten geven aan optimalisering van de arbeidsomstandigheden. Daarbinnen is de individuele handelingsruimte voor werknemers om zelf hun arbeidsomstandigheden te beïnvloeden beperkt. In de arbeidsomstandighedenwetgeving gaat men (impliciet) uit van de arbeidsorganisatie als een sociaal cultureel systeem en niet van een arbeidsorganisatie als een arena van partijen die hun eigen belang nastreven. Een grote mate van harmonie tussen de actoren is het uitgangspunt van deze wetgeving.

Aan de arbeidsomstandighedenwetgeving ligt ook een bepaalde opvatting over beleid en leren ten grondslag. Beleid komt tot stand en evolueert via een cyclus van plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen. Dit kan bijdragen aan het leervermogen van de betrokkenen, vooral de werkgever (als centrale actor), de ingeschakelde experts en het vertegenwoordigend overleg. De uitvoerende werknemers spelen een bijrol in dit leerproces. In de wetgeving ligt de nadruk op primaire preventie. Aan secundaire preventie en tertiaire preventie wordt minder aandacht besteed.

[270] Zie voor een beschrijving hiervan onder andere paragraaf 2.2. Zie verder: Huls, Nick (2009). *Actie en reactie, een inleiding in de rechtssociologie*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 74.

2. Actoren

De actoren die de Nederlandse Arbowet vermeld zijn te onderscheiden in interne actoren (werkgever, werknemer, ondernemingsraad (of personeelsvertegenwoordiging respectievelijk de betrokken werknemers, of de aangewezen werknemer/preventiemedewerker) en externe experts (bedrijfsarts, overige deskundigen arbodienst, arbeidsinspectie, externe hulpverleningsinstanties) en overige externe actoren (externe werkgevers, zelfstandigen, vakbond). De Belgische Welzijnswet kent een verplichting tot het instellen van een Commissie PBW waarin werkgever, werknemer en preventieadviseur met elkaar overleggen over de arbeidsomstandigheden. Daarnaast kent de Welzijnswet aan de vakbond een prominentere rol toe dan in Nederland. In de Welzijnswet is geregeld dat daar waar geen commissie PBW is de vakbond die taken mag uitvoeren.

3. Effectieve preventie

Voor de beantwoording van de vraag naar de wetenschappelijke basis voor effectieve preventie van de twee beroepsziekten en arbeidsongevallen, is voornamelijk geput uit onderzoek dat afkomstig is uit Nederland en België. Het wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties blijkt in de kinderschoenen te staan. Het is uit het beschreven onderzoek amper op te maken wat onder effectieve preventie van OPS, RSI en arbeidsongevallen moet worden verstaan.

OPS

Wetenschappelijk onderzoek naar preventie van OPS binnen arbeidsorganisaties is niet beschikbaar. Wel is op beperkte schaal wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van behandelingen bij OPS'ers. In Nederland geldt sinds 2000 een vervangingsplicht voor oplosmiddelen. Sinds die tijd loopt ook het aantal slachtoffers van OPS terug. Het is echter onduidelijk of en op welke wijze deze twee ontwikkelingen met elkaar in verband staan. Ook is onduidelijk welke, mogelijk verschillende, gevolgen de vervangingsplicht heeft (gehad) op de (verschillende) actoren binnen een arbeidsorganisatie.

RSI

Onderzoek naar preventie van RSI is iets ruimer voorradig, vooral in Nederland.
Dat onderzoek spitst zich echter vooral toe op de medische diagnostiek en op het detecteren van biomechanische, persoonlijke en psychosociale *risicofactoren* die van invloed zijn op het ontstaan van RSI en op de preventie ervan. Over die risicofactoren bestaat in beperkte mate helderheid.

Er is relatief veel onderzoek beschikbaar naar secundaire en tertiaire preventie van RSI. In het onderzoek naar de effectiviteit van preventiemaatregelen in verband met RSI overheerst het streven naar evidence based onderzoek. Het betreft dan vooral het effect van verschillende soorten behandelingen van (ex)werknemers met RSI. Ook zijn enkele factoren bekend die mogelijk het beloop van een RSI aandoening (on)gunstig beïnvloeden. Onderzoek naar (effectieve) primaire preventie van RSI binnen arbeidsorganisaties is in veel beperktere mate beschikbaar. Daarbij komt dat dit onderzoek vrij eenzijdig is. Het bestaat vooral uit onderzoek naar het effect van afzonderlijke interventies. Evenals bij het onderzoek naar het effect van behandelingen bij RSI heeft men geprobeerd RCT studies op te zetten. Er is tot nu toe slechts een beperkt aantal marginale interventies gevonden, zoals een joystick muis, die als evidence based aan te merken zijn. En voor zover er evidence based interventies zijn aangetroffen, is het maar de vraag of die interventies onder alle omstandigheden overdraagbaar zijn naar andere arbeidsorganisaties dan die waarin het betreffende onderzoek heeft plaatsgevonden.

De sociologen Marx en Van Hootegem plaatsen kanttekeningen bij die eenzijdigheid van het RSI onderzoek. Er is volgens hen in dat onderzoek slechts in beperkte mate aandacht voor de relatie tussen arbeidsorganisatie en RSI. Zij pleiten voor meer zogenaamd socio-technisch onderzoek waarin wel aandacht is voor die organisatiecontext. Tegelijkertijd pleiten zij ervoor dat dit onderzoek bijdraagt aan het tot stand brengen van veranderingen in die arbeidsorganisatie. Dit kleinschalig socio-technisch onderzoek biedt volgens hen

handelingsperspectieven aan leidinggevenden in arbeidsorganisaties. Van Hootegem en Marx geven echter evenals de andere onderzoekers geen antwoord op de vraag wat het handelingsperspectief is van de andere actoren dan leidinggevenden binnen een arbeidsorganisatie om preventie van RSI te realiseren. Hoe binnen arbeidsorganisaties wordt omgegaan met (non-) preventie van RSI, met werknemers die reeds RSI hebben opgelopen, hoe betrokken actoren met elkaar hierover communiceren, en welke effecten deze communicatieve verhoudingen hebben blijft onduidelijk.

Arbeidsongevallen
Het onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen in arbeidsorganisaties is van een andere orde dan dat naar preventie van beroepsziekten. Alhoewel er wel 'zekere' kennis is over noodzaak en inhoud van de structuur van een goed veiligheidsmanagementsysteem, is in het veiligheidsonderzoek, in tegenstelling tot het onderzoek naar preventie van beroepsziekten, het leveren van evidence based aanpak niet het voornaamste doel. In de veiligheidskunde zijn verschillende variabelen (techniek, organisatie en gedrag) onderwerp van onderzoek. In dat onderzoek is aandacht voor primaire preventie. Binnen de veiligheidskunde is geen aandacht voor secundaire en tertiaire preventie. Het slachtoffer is in de veiligheidskunde buiten beeld. Het ex post perspectief, via analyse van ongevallen, is sterk vertegenwoordigd. In die ongevalsanalyse wordt de nadruk gelegd op de leereffecten voor de organisatie. De analyse draagt vooral bij aan de ontwikkeling van het veiligheidsmanagement. De veiligheidskunde is daardoor meer handelingsgericht dan de gezondheidskunde, zij het dat vooral aandacht bestaat voor het handelen van de experts en het management. Het perspectief van de werknemer en zijn handelingsmogelijkheden blijft grotendeels buiten beeld.

4. Wetenschappelijk onderzoek

Het bestaande wetenschappelijk onderzoek naar effectieve preventie van beroepsziekten, en in mindere mate van arbeidsongevallen, is vooral gericht op evidence based onderzoek. In dergelijk onderzoek probeert men na te gaan of een bepaalde specifieke interventie effect heeft . Dat onderzoek heeft nog weinig tastbare resultaten opgeleverd. Bovendien heeft het weinig oog voor de context van de arbeidsorganisatie. Uit het wetenschappelijk onderzoek kunnen we nauwelijks opmaken onder welke organisatieomstandigheden en onderlinge verhoudingen succesvolle preventieve interventies in arbeidsorganisaties plaatsvinden. De arbeidsorganisatie blijft een 'blackbox'. Wat in de arbeidsorganisatie gebeurt blijft onduidelijk.

Het pleidooi van Marx en van Hootegem voor een kleinschaligere manier van onderzoek via de case benadering sluit daarentegen meer aan bij het doel van deze studie naar werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Dat geldt ook voor de nadruk binnen de veiligheidskunde op het ex post leren van ongevallen. Met andere woorden: om zicht te krijgen op de invloed van werknemerscompensatie op preventie in arbeidsorganisaties is ex post onderzoek binnen specifieke arbeidsorganisaties een interessante optie. In dit pleidooi voor een andere wetenschappelijke benadering leggen Marx en Van Hootegem de nadruk op het handelen van experts of managers. Of er verschillen in perspectief zijn tussen experts, managers, lager kader en uitvoerende werknemers wordt niet duidelijk. Daarmee gaat men impliciet uit van een arbeidsorganisatie als een min of meer harmonieus sociaal cultureel systeem. Of dit in overeenstemming is met de werkelijkheid is een vraag die in het empirisch gedeelte van dit onderzoek (ook) aandacht verdient.



Hoofdstuk 3

De wetenschap over werknemerscompensatie en preventie

Introductie

In de voorgaande twee hoofdstukken is uitgebreid stilgestaan bij de begrippen werknemers-compensatie en preventie.

Hoofdstuk 1 verkent het terrein van werknemerscompensatie. Deze verkenning leverde onder andere een (juridische) definiëring van het begrip werknemerscompensatie op en een indeling in vijf typen werknemerscompensatie: de werkgeversaansprakelijkheid, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, de directe verzekering, het compensatiefonds en de contractuele compensatie. Tot een type werknemerscompensatie kunnen verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen behoren. Deze compensatiesystemen onderscheiden zich van elkaar door de verschillen in vormgeving van negen elementen waartoe onder andere behoren kring van verzekerden, claimbeoordeling, financiering en preventie-instrumenten.

Hoofdstuk 2 beschrijft het preventiebegrip. Drie vormen van preventie zijn daar onderscheiden (primair, secundair, tertiair). Het hoofdstuk beschrijft op welke wijze preventie vorm krijgt in de arbeidsomstandighedenwetgeving en sluit af met een overzicht van de stand van de wetenschap op het gebied van preventie van arbeidsongevallen en de twee beroepsziekten OPS en RSI.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de huidige stand van de wetenschap over onderzoeksvraag 1: "Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?" Naast wat vanuit de wetenschappelijke theorie te melden valt biedt dit hoofdstuk ook een overzicht van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeids-ongevallen en beroepsziekten.

In dit hoofdstuk komen ook wetenschappelijke inzichten aan bod over onderzoeksvraag 2: "Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat het gepaard gaat met optimale preventie van arbeidsongevallen en preventie in arbeidsorganisaties?" Blijkt uit (empirisch) wetenschappelijk onderzoek dat, zoals wel eens verondersteld wordt, een preventieve werking uitgaat van werknemerscompensatie? Indien dat het geval is, welke ingrediënten zijn daarvoor verantwoordelijk?: financiële prikkels, inbreng van deskundigheid, samenwerking tussen actoren? En: bestaan er verschillen in preventieve effecten van verschillende typen werknemerscompensatie respectievelijk van verschillende werknemers-compensatiesystemen?

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. Paragraaf 1 biedt een overzicht van de relevante theoretische inzichten over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Dit is voornamelijk een onderwerp van studie binnen de rechtseconomie. Sinds het eind van de jaren vijftig van de vorige eeuw houdt de rechtseconomie zich bezig met de studie van het aansprakelijkheidsrecht en verzekeringen, met name door onderzoek naar het effect van verschillende soorten aansprakelijkheid (risicoaansprakelijkheid en schuldaansprakelijkheid) en verschillende soorten verzekeringen op het gedrag van actoren.[271]

In de paragrafen 2, 3 en 4 komt de preventieve werking van de vijf afzonderlijke typen werknemerscompensatie aan bod. In paragraaf 2 staat de preventieve werking van het eerste type werknemerscompensatie, de werkgeversaansprakelijkheid, centraal. In paragraaf 3 komen de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering aan bod. Deze twee typen worden voor een deel gezamenlijk behandeld aangezien ze als gemeenschappelijke kenmerk hebben dat het verzekeringen tegen werknemerscompensatie zijn. Paragraaf 4 geeft een overzicht van de opvattingen over de preventieve werking van het compensatiefonds en de contractuele compensatie. In de paragrafen 2, 3 en 4 is zowel aandacht voor de theoretische

[271] Dam, M. van (2001). *Verkeersongevallen: een rechtseconomisch, empirisch en positiefrechtelijk onderzoek naar de werking van aansprakelijkheid, verzekering en veiligheidsregulering in het verkeer.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 139.

inzichten als voor de resultaten van empirisch onderzoek. In Nederland en België is geen empirisch onderzoek gedaan naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.[272] Voor de weergave van de stand van zaken van het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van drie studies die een overzicht bieden van internationaal empirisch onderzoek naar compensatie en preventie.[273]

Paragraaf 5 geeft conclusies weer over de stand van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie.

Paragraaf 6 maakt de balans op van de huidige stand van de wetenschap. Op welke inzichten kan in dit onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie worden voortgebouwd? Ook wordt een methodologische balans opgemaakt. Op welke wijze is tot nu toe empirisch onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie vormgegeven, en wat kan daarvan geleerd worden voor de opzet van dit empirisch onderzoek naar de relatie tussen de vier compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen, en de twee beroepsziekten RSI en OPS?

[272] Wel is in een aantal studies beperkte aandacht voor het ex ante affect van schadeclaims. Dat effect is zeer beperkt, zoals uit deze studies blijkt: Meeuwsen, Jan Michiel, Tanja de Jong,Jan Harmen Kwantes, Kristin ten Have (2008). *De RI&E in kleine bedrijven*. Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Hoofddorp TNO Arbeid. p. 97: voor 1% van de bedrijven is het voorkomen van schadeclaims een motief om een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren; Bos, C., M. Engelen (2009). *Werkgeversmonitor arbeidsomstandigheden: tweede meting*. Leiden, Research voor Beleid. p. 43.

[273] Tompa, E., S. Trevithick, C. McLeod (2007). *Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. In: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health (Scand. J. Work Environ Health) 33 (2). p. 85–95; Philipsen, N.J. (2007) *Prevention and compensation of work injury in the United States, an overview of existing empirical evidence*. In: Klosse, S.,T. Hartlief (eds.) Shifts in compensating work-related injuries and diseases. Tort and,Insurance Law Vol 20. Wien/New York, Springer; Wright, M., S. Marsden (2002). *Changing business behaviour- would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?* Norwich, HSE contract research report 436/2002.

3.1 Rechtseconomie: doel, uitgangspunten en methodologie

Rechtseconomie, in het Engelse taalgebied ook wel aangeduid met 'Law and Economics' of 'Economic Analysis of Law', is het resultaat van een vervlechting van twee wetenschappelijke disciplines, recht en economie. Binnen de rechtseconomie maakt men gebruik van termen, begrippen en methoden uit de economische wetenschap bij het analyseren van het recht en zijn werking. Men bestudeert daarmee de invloed van het recht op het gedrag van individuen, op de individuele welvaart, het efficiënt handelen en op de maatschappelijke welvaart.[274]

Recht als instrument voor gedragsbeïnvloeding
De rechtseconomie heeft een zogenaamde doelrationele benadering van het (aansprakelijkheids)recht, waarmee de maatschappelijke functie van het recht en de instrumentele waarde van het recht wordt benadrukt.[275] In de rechtseconomie worden rechtsregels niet, zoals in de traditionele juridische opvatting, gezien als een instrument om (ex post) gerezen conflicten tussen mensen uit de wereld te helpen, maar beschouwd als instrumenten om gedrag te beïnvloeden. Recht wordt gezien als een verzameling van prikkels die het gedrag van individuen sturen naar maatschappelijk gewenst gedrag. Die prikkels beïnvloeden het nut dat individuen kunnen ontlenen aan verschillende keuzemogelijkheden, en daarmee aan hun gedrag. Het recht is op deze manier een instrument van verschillende actoren, zoals de overheid (die het recht dienstbaar tracht te maken aan sociale doeleinden) of verzekeraars die de commerciële mogelijkheden van het aansprakelijkheidsrecht trachten te exploiteren.

De rechtseconomie biedt volgens Weterings een algemeen, objectief, neutraal, normatief en systematisch kader, waarbinnen efficiëntie en maatschappelijke welvaart centraal staan:

> "De neutraliteit en objectiviteit van economische beginselen en criteria zoals efficiëntie brengt mee dat er minder ruimte is voor subjectiviteit, zoals bijvoorbeeld politieke argumenten. Dit bevordert een methodologische en consistente besluitvorming".[276]

Men maakt een onderscheid tussen de positieve rechtseconomie en de normatieve analyse van het recht.[277] De (verklarende) positieve rechtseconomie beoogt - economische - antwoorden te geven op vragen naar het ontstaan en de inhoud van rechtsregels en rechtsinstituties. Tevens tracht men de gedragseffecten van rechtsregels te voorspellen of te evalueren. Daarbij wordt geprobeerd om (globaal) vast te stellen of die rechtsregels meer of minder efficiënt zijn en wat de te verwachten gevolgen van die rechtsregels zijn op de maatschappelijke welvaart. Ook onderzoekt men de vraag of, in specifieke situaties, overheidsingrijpen door middel van regelgeving eigenlijk wel nodig is om efficiënte situaties te kunnen bereiken.

Op basis van de normatieve rechtseconomie wordt, aan de hand van het efficiëntiecriterium, aangegeven welke rechtsregel gehanteerd zou moeten worden. Een positieve economische analyse waaruit naar voren komt dat bestaande rechtsregels al of niet voldoende efficiënt zijn, kan de basis vormen voor een normatieve economische analyse. Er wordt dan een normatieve uitspraak gedaan en aangegeven welke veranderingen in het recht tot betere resultaten kunnen leiden vanuit het oogpunt van efficiëntie.

---

[274] Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007). *Recht en efficiëntie, een inleiding in de economische analyse van het recht.* Deventer, Kluwer. p. 2.
[275] Schwitters, Rob (2011). *Wat zijn de maatschappelijke gevolgen van een instrumenteel aansprakelijkheidsrecht?* In: Hertogh, Marc, Heleen Weyers (eds.) (2011). Recht van Onderop, antwoorden uit de rechtssociologie. Nijmegen, Ars Aequi. p. 327-349.
[276] Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 13.
[277] Bergh, R.J. van den, H. Kerkmeester (1999). *Rechtseconomie, een stand van zaken*. In: ESB, 84e jaargang, nr. 4203. p. 344, 7 mei 1999.

De rationeel handelende mens vormt de basis voor de rechtseconomische analyse. Rationeel handelen wordt daarbij gelijk gesteld aan economisch handelen. De mens wordt beschouwd als een 'Homo Economicus', die streeft naar nutsmaximilisatie. [278] Individuen worden verondersteld in staat te zijn eigen preferenties op een consistente manier te ordenen, zich bewust te zijn van de beperkingen van de eigen keuzes en in staat te zijn het voor hen voordeligste alternatief te kiezen. In de rechtseconomie gaat men ervan uit dat een individu de maatschappelijke kosten van zijn eigen handelen in beginsel niet meeneemt bij zijn beslissing om een bepaalde activiteit al dan niet te ondernemen. Hij kijkt alleen naar zijn private kosten. Als er verschillende keuzes zijn, kiezen individuen altijd het alternatief dat hun individuele welvaart maximaliseert. Men kiest meer welvaart boven minder welvaart.[279]

Efficiëntie en maatschappelijke welvaart
In de economische benadering van het recht wordt dus bestudeerd hoe efficiënt, doelmatig, rechtsregels zijn en in hoeverre rechtsregels kunnen bijdragen aan een verhoging van de maatschappelijke welvaart, zijnde de welvaart van alle individuen gezamenlijk.[280] Het begrip efficiëntie is daarmee gerelateerd aan maatschappelijke welvaart en heeft betrekking op de totale kosten en baten van een situatie voor alle partijen gezamenlijk.

Criteria
Ten behoeve van de bepaling van de efficiency van een rechtsregel is een aantal criteria beschikbaar. Eén van de criteria is de Pareto-efficiëntie. Bij toepassing van dit criterium is sprake van efficiënte rechtsregel als ten gevolge van die rechtsregel de welvaart van één of meer personen toeneemt en niemand erop achteruit gaat. Er zijn geen verliezers, zo is de gedachte achter de toepassing van dit criterium. Als een rechtsregel Pareto-efficiënt (of optimaal) is gemaakt dan is het niet meer mogelijk om de positie van één individu te verbeteren, zonder nadeel toe te brengen aan een ander individu. Omdat sprake is van een win-win situatie dient altijd naar deze Pareto-efficiënte situatie te worden gestreefd. Dit criterium is echter dikwijls niet bruikbaar omdat een rechtsregel, of een aanpassing cq. verandering daarvan, doorgaans zowel winnaars als verliezers oplevert.[281]

Daarom wordt ook wel het Kaldor-Hicks efficiëntie criterium toegepast. Dit criterium gaat uit van de verhouding tussen de totale baten en de totale kosten. Er is bij dit criterium sprake van een verbetering als bij een bepaalde rechtsregel sommigen er meer in welvaart op vooruit gaan dan anderen erop achteruit gaan. Dit criterium heeft dus betrekking op de grootte van de koek, en niet op de verdeling ervan. Een verandering waardoor de grootte van de koek toeneemt is op grond van dit criterium als een verbetering aan te merken. In theorie biedt dan een rechtsregel de winnaars genoeg winst op om de verliezers te kunnen compenseren en dan nog beter af te zijn.[282]

Negatieve externe effecten
Maximale maatschappelijke welvaart, afgemeten aan de hiervoor genoemde criteria, kan worden geremd door het optreden van negatieve externe effecten. Negatieve externe effecten, ook wel derde-partij-effecten genoemd, zijn activiteiten waarbij schade aan derden wordt toegebracht, waardoor de maatschappelijke kosten van die activiteiten hoger zijn dan de private kosten voor de persoon die de schade toebrengt. Omdat een individu alleen naar zijn private kosten kijkt en de maatschappelijke kosten van zijn eigen handelen in beginsel niet

[278] Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007). *Recht en efficiëntie, een inleiding in de economische analyse van het recht*. Deventer, Kluwer. p. 59.
[279] Weterings, W.C.T. (red) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 7 e.v.
[280] Ibid. p. 5.
[281] Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 9; Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007*). Recht en efficiëntie, een inleiding in de economische analyse van het recht*. Deventer, Kluwer. p. 60.
[282] Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007). *Recht en efficiëntie, Een inleiding in de economische analyse van het recht*. Deventer, Kluwer. p. 23- 25.

meeneemt bij zijn beslissing, dienen, volgens de rechtseconomische opvatting, die negatieve externe effecten te worden geïnternaliseerd.

Binnen de rechtseconomie zijn twee theorema's ontwikkeld die nader inzicht bieden in de werking en oplossing van negatieve externaliteiten. Ze geven een (theoretisch) antwoord op de vraag in hoeverre en onder welke voorwaarden de markt of de overheid negatieve externe effecten moet reguleren. Het Coase-theorema I laat zien dat als er geen transactiekosten [283] zouden bestaan, de oplossing van negatieve externe effecten via de markt kan worden gerealiseerd. Door middel van kosteloze onderhandelingen tussen partijen zullen alle mogelijke welvaartsverbeteringen kunnen worden gerealiseerd en gaat een goed naar de partij met de hoogste waardering voor het goed. In dat geval is geen tussenkomst van de overheid nodig om de optimale maatschappelijk efficiënte situatie te bereiken. Het Coase-theorema II gaat over de situatie waarin wel transactiekosten zijn. In die situaties is ingrijpen van de overheid, via regelgeving, wel nodig om het probleem van negatieve externe effecten op te lossen. Zonder de prikkels volgend uit regelgeving zal in een dergelijke situatie niet altijd de meest efficiënte oplossing tot stand komen. De overheid kan door middel van verschillende rechtsregels gewenst gedrag en de efficiënte maatschappelijke oplossing in de hand werken.

Onderzoeksmethodologie[284]
In de rechtseconomische theorie van de rationele keuze wordt het methodologisch individualisme gehanteerd: het individu is het uitgangspunt van de analyse. Bij de kennisverwerving maakt men gebruik van inzichten uit de micro-economie en de welvaartstheorie. De micro-economische theorie beoogt het economisch gedrag van de individuele beslissers (individuen en ondernemingen) in kaart te brengen en te analyseren. De welvaartstheorie houdt zich onder andere bezig met het bestuderen van de voorwaarden waaronder economische beleidsmaatregelen de welvaart verhogen. Men spreekt van economisch gedrag omdat het gaat om keuzes die gemaakt worden in het gebruik van schaarse middelen, zoals de keuze hoeveel voorzorgsmaatregelen worden genomen om schade te voorkomen. In dat verband legt men de inhoud van rechtsregels naast de efficiëntiecriteria en de Coase theorema's.

Volgens Visscher ligt de aantrekkingskracht van de rechtseconomie in het systematisch analysekader dat is ontwikkeld.[285] Collectieve fenomenen worden verklaard in termen van beslissingen van individuen. De micro-economische theorie wordt niet beschouwd als een middel om keuzeprocessen volledig te verklaren, maar als een hulpmiddel om inzicht te verkrijgen in bepaalde aspecten van die keuzes. Daarbij vereenvoudigt men de werkelijkheid door een aantal vooronderstellingen te hanteren, zoals de aanname dat individuen zich gedragen conform de hypothese van maximalisering van nut. Tevens veronderstelt men dat de preferenties van individuen betrekkelijk stabiel zijn. In het rechtseconomisch onderzoek wordt eerst het ideaal gepostuleerd van de perfecte markt, nutsmaximalisatie en de rationele mens, om vervolgens op basis daarvan te begrijpen welke problemen de realisatie ervan in werkelijkheid met zich mee zal brengen. Op basis hiervan acht de rechtseconomie zich in staat generaliserende voorspellingen te doen over de vraag in welke richting mensen, gemiddeld genomen, zullen reageren. Men abstraheert op deze manier van de werkelijkheid. Bepaalde voor de verklaringen van de werkelijkheid van belang zijnde factoren worden buiten beschouwing gelaten of als constant verondersteld.

Zoals ook hierna zal blijken, vindt slechts op beperkte schaal empirisch rechtseconomisch onderzoek plaats. Mogelijk heeft dat te maken met de opvatting, zoals verwoord door

[283] Transactiekosten zijn alle kosten die met het tot stand brengen en uitvoeren van een transactie gemoeid zijn, zoals de kosten van onderhandelingen, expertkosten en kosten van vastleggen van overeenkomsten.
[284] Dit onderdeel is gebaseerd op: Visscher, L.T.(2006). *Een rechtseconomische analyse van het Nederlandse onrechtmatigheidsrecht*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 1-10 en Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 1-17.
[285] Visscher, L.T.(2006). *Een rechtseconomische analyse van het Nederlandse onrechtmatigheidsrecht*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 7.

Weterings[286], dat de mate van welvaart van individuen niet direct te meten is. Volgens hem is het niet mogelijk om alle gevolgen van een rechtsregel op de individuele en maatschappelijke welvaart empirisch in kaart te brengen. Het is daarom (doorgaans) ook onmogelijk om proefondervindelijk (met onderzoek in de praktijk) te bewijzen welke rechtsregel het meeste en in welke mate bijdraagt aan de maatschappelijke welvaart. Dit probleem wordt in de rechtseconomie ondervangen door uit te gaan van de hiervoor beschreven gedragsveronderstellingen. Aan de hand van de theoretische veronderstelling dat mensen rationeel handelen en trachten hun individuele welvaart te maximaliseren, is het volgens de rechtseconomen mogelijk om de effecten van rechtsregels op de maatschappelijke welvaart globaal te voorspellen en de voorkeur voor een bepaalde rechtsregel aan te geven. Ook zou op die manier de reactie van mensen op (de prikkels afkomstig van) rechtsregels kunnen worden voorspeld.

[286] Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 7.

3.2 De preventieve werking van aansprakelijkheidsrecht

3.2.1 Theoretische uitgangspunten

Voor de rechtseconomie is de belangrijkste economische doelstelling van het aansprakelijkheidsrecht de minimalisering van de maatschappelijke ongevalskosten, overeenkomstig het efficiëntiecriterium. Men spreekt van efficiënte zorg, waardoor een minimalisering van de maatschappelijke kosten van ongevallen kan worden bereikt. In dat verband verwijst men onder andere naar de opvattingen van Calabresi, die als uitgangspunt van het aansprakelijkheidsrecht ziet: de minimalisering van de som van de ongevalskosten (verwachte schade) en de kosten om ongevallen te voorkomen. Faure formuleert dit als volgt:

> "In de rechtseconomie wordt het aansprakelijkheidsrecht gezien als een geheel van regels die tot doel hebben de totale maatschappelijke kosten van ongevallen te minimaliseren."[287]

De overkoepelende doelstelling van het aansprakelijkheidsrecht is het minimaliseren van drie soorten ongevalskosten, namelijk de primaire ongevalskosten (kosten van vermindering van het aantal en de ernst van ongevallen), de secundaire ongevalskosten (de kosten die voortkomen uit een optimale schadecompensatie aan slachtoffers die ten gevolge van het ongeval is ontstaan) en de tertiaire kosten, de transactiekosten[288] De blik van de rechts-economie is vooruit gericht (ex ante): hoe kan schade worden vermeden dan wel optimaal worden gespreid? Dit staat tegenover de traditionele juridische visie die achteruit kijkt door de vraag te beantwoorden is: wie moet de schade die is ontstaan dragen?[289]

Aansprakelijkheidsrecht als middel tot preventie van schade

Binnen de rechtseconomie beschouwt men dus het aansprakelijkheidsrecht vooral als een middel tot preventie van schade en niet zozeer als een middel tot compensatie van schade. Als degene die in potentie gevaar creëert alleen zijn eigen kosten en baten in het oog moet houden, en in potentie niet hoeft op te draaien voor de eventuele schade van anderen, dan is sprake van een negatief extern effect. Het aansprakelijkheidsrecht draagt ertoe bij om die negatieve externe effecten te voorkomen. Doordat in het aansprakelijkheidsrecht de (potentiële) veroorzaker moet opdraaien voor de veroorzaakte schade wordt het extern effect geïnternaliseerd en houdt hij wel rekening met het totaal aan (maatschappelijke) kosten. Daardoor zal de betrokken dader/veroorzaker maatregelen nemen. De gedachte is dat het vooruitzicht schade te moeten dragen een prikkel geeft om schade te voorkomen, bijvoorbeeld door meer uit te geven aan voorzorgsmaatregelen. Dit geldt in de eerste plaats voor degene die schade veroorzaakt aan anderen en tot schadevergoeding hiervan kan worden veroordeeld. Actoren houden volgens de rechtseconomische theorie rekening met het geldend recht en de kosten die bij schade uit een ongeval zullen kunnen ontstaan. Het aansprakelijkheidsrecht heeft daardoor een preventieve werking ex ante zonder dat het daadwerkelijk tot een claim hoeft te komen. De preventieve werking van het aansprakelijkheidsrecht is er altijd en werkt ex ante, ook zonder dat er ongevallen zijn.[290] Onderstaand citaat illustreert deze benadering:

---

[287] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p. 285.

[288] Het onderscheid in drie typen kosten is afkomstig van Calabresi. Zie hiervoor o.a. Visscher, L.T. (2009). *Onrechtmatigedaadsrecht*. in : Weterings, W.C.T. (red.) (2007). De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 73.

[289] Visscher, L.T. (2006). *Een rechtseconomische analyse van het Nederlandse onrechtmatigheidsrecht*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 26.

[290] Faure, M. en T. Hartlief (2001). *Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's*. Achtergrondstudie, geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer, RVZ. p. V. zie: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Verzekerbaarheid_van_nieuwe_gezondheidsrisico%E2%80%99s.pdf p. V.

> "Aldus werd de centrale doelstelling van het ongevallenrecht gegeven: het moeten aansporen de ongevalskosten te minimaliseren. (..) De eerste doelstelling van het ongevallenrecht is het minimaliseren van de primaire kosten bij ongeval: het reduceren van preventieve kosten en van de te verwachten schade: Vanuit een sociaal gezichtspunt veroorzaken ongevallen inderdaad niet alleen kosten vanaf het moment dat er een ongeluk gebeurt en er schade geleden wordt; potentiële partijen, zowel schadeveroorzakers als slachtoffers, investeren ook in zorg om een ongeval te voorkomen. Ook die preventiekosten dienen te worden geminimaliseerd."[291]

In de rechtseconomie gaat men niet uit van maximale preventie, maar van optimale preventie. Het streven naar preventie is niet absoluut in het opzicht dat schadetoebrengend handelen steeds zou moeten worden voorkomen. De bestrijding van onwenselijk geachte verschijnselen gaat slechts zolang door als de kosten van bestrijding lager zijn dan de baten. Zodra de extra kosten niet meer opwegen tegen de extra baten spreekt men van maatschappelijk optimaal handelen. Dit wordt ook wel de Hand-formule genoemd, naar de uitspraak van de Amerikaanse rechter Learned Hand.[292]

Deze optimale preventieve werking van het aansprakelijkheidsrecht geldt ook voor aansprakelijkheid bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Als de werkgever voor de kosten van schade door een beroepsrisico dient op te draaien, zal hij er alles aan doen om dat beroepsrisico te voorkomen, zo luidt de stelling van de rechtseconomen:

> "De potentiële dader zal een prikkel hebben om de in het recht vereiste betamelijke zorg na te leven, want als hij dat niet doet, moet hij voor de totale schade van het slachtoffer opdraaien."[293]

De potentiële dader investeert in preventie van ongevallen en beroepsziekten teneinde aansprakelijkheid te vermijden.

De preventieve werking van risicoaansprakelijkheid en schuldaansprakelijkheid.
Met behulp van het rechtseconomisch begrippenkader wordt ook de preventieve werking van twee basissystemen in aansprakelijkheid (risico- en schuldaansprakelijkheid) [294] geanalyseerd. Deze twee basissystemen komen in de wetgeving van verschillende landen voor in allerlei varianten, zoals al of niet met eigen schuld bij slachtoffer die tot verminderde schadevergoeding leidt, dan wel schulduitsluiting.

In grote lijnen is men binnen de rechtseconomie van mening dat zowel schuld-aansprakelijkheid als risicoaansprakelijkheid tot preventie (efficiënte zorg) kunnen leiden. Schuldaansprakelijkheid zal prikkels geven om de efficiënte zorg na te leven zolang de in het recht vereiste betamelijke zorg gelijk is aan de efficiënte zorg. De potentiële dader heeft een prikkel om die zorgplicht na te leven, want als hij dat niet doet, moet hij voor de totale schade opdraaien.

---

[291] Faure, Michael, Aimée Verhulsdonck (2001). *Optimale preventie en vergoeding van medische fouten vanuit economisch perspectief.* In: J.C.J. Dute, M.G. Faure, H. Koziol. No Fault compensatiesystemen. Den Haag, Zonmw. p. 15.

[292] Hand maakt in een aansprakelijkheidszaak expliciet de volgende afweging in de vorm van een wiskundige formule B< pL: Als, de 'burden of adequate precautions' (B) lager is dan de verwachte schade, die bestaat uit de 'probability of an accident'(p) vermenigvuldigd met de 'resulting losses' (L) en de laedens heeft de betreffende voorzorgsmaatregel toch niet getroffen, dan is hij onzorgvuldig geweest. Zie hiervoor: Visscher, L.T. (2009). *Onrechtmatigedaadsrecht*. In: Weterings, W.C.T. (red.) (2007). De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 79.

[293] Faure, M.G.,T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten*. Kluwer, Deventer. p. 286.

[294] Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007). *Recht en efficiëntie, een inleiding in de economische analyse van het recht.* Deventer, Kluwer. p. 169.

Risicoaansprakelijkheid zal ook leiden tot optimale zorg omdat de totale kosten op de schouders van de potentiële dader worden gelegd, waardoor deze een prikkel zal hebben om efficiënte zorg aan te wenden. Tussen beide systemen bestaat dan in feite alleen een inkomensverschil, want bij schuldaansprakelijkheid krijgt het slachtoffer in beginsel geen vergoeding en bij risicoaansprakelijkheid wel.[295] Of schuld- dan wel risico- aansprakelijkheid daadwerkelijk tot die optimale zorg leidt, is afhankelijk van een aantal factoren, namelijk de mate van informatie, de elementen van zorg, (in) solventie, de spreiding van schade, de systeemkosten, het activiteitenniveau en het type schadegeval. De precieze configuratie van deze factoren bepaalt uiteindelijk de mate en aard van de preventie die uitgaat van een bepaalde aansprakelijkheidsregel.[296]

3.2.2 Resultaten empirisch onderzoek naar preventieve werking van aansprakelijkheidsrecht voor de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten

Naar het effect van aansprakelijkheidsrecht op preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten is een beperkt aantal empirische studies verricht. Philipsen maakt melding van twee Amerikaanse studies.[297]

In de eerste studie concludeert Chellius op basis van gegevens over dodelijke ongevallen bij machines over de periode 1900-1940 dat de incidentie ervan minder afnam in staten waar werkgeversaansprakelijkheid als compensatiesysteem gehandhaafd bleef, dan in staten waar een directe verzekering was geïntroduceerd. Bij deze uitkomsten is wel een aantal kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste heeft Chellius een aantal schattingen moeten maken van het totaal aantal dodelijke ongevallen in verband met het ontbreken van directe data. Daarnaast gebruikt Chellius machineongevallen als maat voor alle arbeidsongevallen. De door hem gebruikte maat van machineongevallen vertegenwoordigt echter slechts 16% van de industriële ongevallen. Ook is in de studie geen rekening gehouden met de verschillende vormgeving van directe verzekering in de afzonderlijke Amerikaanse staten. Daarnaast gaat Chellius in zijn studie slechts uit van één interveniërende variabele, namelijk de aanwezigheid van een veiligheidsregulering.[298]

De tweede studie waarnaar Philipsen verwijst, is die waarin Fishback[299] op basis van een analyse van data van dodelijke arbeidsongevallen in kolenmijnen over de periode 1903-1930, nagaat wat het effect is van de afschaffing van het aansprakelijkheidsrecht. In die periode is werknemerscompensatie op basis van schuldaansprakelijkheid omgezet in werknemerscompensatie op basis van directe verzekering. De data zijn afkomstig van het U.S. Bureau of Mines. Met de vervanging van het aansprakelijkheidsrecht door drie verschillende systemen van directe verzekering[300] hangt een significante stijging van het aantal dodelijke ongevallen samen. Het compensatiesysteem, waarin geen overheidsinvloed op werknemerscompensatie aanwezig is, vertoont een dergelijke significante stijging niet. In zijn statistische analyse houdt Fishback rekening met 11 verschillende variabelen. Eveneens van invloed op de incidentie van dodelijke ongevallen zijn het gebruik van bepaalde machines,

---

[295] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast : een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten*. Kluwer, Deventer. p. 287.

[296] Visscher, L.T. (2006). *Een rechtseconomische analyse van het Nederlandse onrechtmatigheidsrecht.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 142 e.v.

[297] Philipsen, N.J. (2007) *Prevention and compensation of work injury in the United States, an overview of existing empirical evidence*. In: Klosse, S., T. Hartlief (eds.) Shifts in compensating work-related injuries and diseases. Tort and Insurance Law Vol. 20. Wien/New York, Springer.

[298] Chellius, J.R. (1976). *Liability for Industrial Accidents: A Comparison of Neglicence and Strict Liability Systems.* Journal of Legal studies, Vol. 5, 1976. p 293-309.

[299] Fishback, P.V. (1987). *Liability Rules and Accident Prevention in the Workplace: empirical Evidence from the Early Twentieth Century*. Journal of Legal studies, Vol. 16, 1987. p. 305-328.

[300] De drie systemen zijn: een verplichte directe verzekering die door de staat is gereguleerd; een gemengd model: mogelijkheid tot deelname aan een directe staatsverzekering naast de mogelijkheid tot eigen risicodragerschap en een model waarin de staat geen directe verzekering aanbiedt en werkgevers aangewezen zijn op een particuliere verzekeraar of op eigen risicodragerschap.

stijging van de prijs van steenkool, stijging van het aantal werkdagen en het aantal stakingen. De overige variabelen, aanwezigheid van een vakbond, budgetten voor inspectie, en omvang van de onderneming blijken geen significante invloed te hebben.

De resultaten van deze twee studies corresponderen niet met elkaar. Overtuigend empirisch bewijs voor de preventieve werking van het aansprakelijkheidsrecht ontbreekt. De studies bieden wel een indicatie dat de overgang van aansprakelijkheid naar directe verzekeringen mogelijk tot, positieve dan wel negatieve, veranderingen in het aantal dodelijke ongevallen leidt. Ze bieden geen verklaring voor die veranderingen. Ze geven evenmin inzicht in de werking van het aansprakelijkheidsrecht binnen de arbeidsorganisatie en binnen de instituties die betrokken zijn bij de uitvoering van deze vorm van werknemerscompensatie. Het is met andere woorden niet duidelijk hoe verschillende actoren reageren op (het ontbreken van) de prikkels die afkomstig zijn van het compensatiesysteem.

3.3 De preventieve werking van aansprakelijkheidsverzekeringen en directe verzekeringen

In het kader van werknemerscompensatie zijn in hoofdstuk 2, naast de werkgevers-aansprakelijkheid, vier typen werknemerscompensatie onderscheiden. Twee ervan, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering, worden hier in één paragraaf behandeld, aangezien ze in het verzekeringskarakter een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk hebben. In paragraaf 3.3.1 komen de rechtseconomische opvattingen over de preventieve werking van deze twee typen werknemerscompensatie aan bod. Paragraaf 3.3.2 doet verslag van het empirisch onderzoek naar de preventieve werking van het tweede type werknemerscompensatie, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid. Paragraaf 3.3.3 volgt met een overzicht van empirisch onderzoek naar de preventieve werking van directe verzekeringen.

3.3.1 De rechtseconomische opvattingen over de preventieve werking van de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering

Volgens de rechtseconomische benadering ontstaat een vraag naar verzekering omdat de meeste mensen niet risiconeutraal zijn, maar juist een afkeer hebben van risico. [301] Verzekeringen spelen daarmee een rol in de spreiding van schade. Een verzekering wordt wel gedefinieerd als 'een regeling waarbij de verzekerden een premie betalen aan de verzekeraar in ruil voor de door de verzekeringspolis gespecificeerde schadeloosstelling in geval van schade'.[302] Door een verzekering kan, als gevolg van risicospreiding of risicoverschuiving, de welvaart toenemen, zo is de gedachte binnen de rechtseconomie. Omdat risico tot een vermindering van nut van een persoon leidt, brengt een verschuiving van het risico, van risicomijdende personen naar risico-neutrale personen, een verhoging van de maatschappelijke welvaart teweeg. Een individu dat zijn verwacht nut wil maximaliseren zal liever € 1.000 met zekerheid afstaan dan een risico lopen van 10% om € 10.000 te verliezen. De overdracht van het risico aan een verzekeraar als risico-neutrale partij geldt als een Pareto-optimale verandering. [303] Die situatie doet zich met name voor in een economisch optimale verzekeringsmarkt. Een dergelijke markt is concurrentieel, biedt volledige dekking tegen een premie die gelijk is aan de verwachte ongevalskosten, en verschaft de verzekeraar volledige informatie over het gedekte risico. Tevens is er sprake van een situatie waarbij de verzekerden het optreden van schade niet kunnen beïnvloeden.[304] Verzekeraars zijn in staat om preventie te realiseren in verband met deze verzekeringen.[305]

Er zijn echter twee problemen die de efficiëntie en de optimale zorg van verzekeringen in de weg kunnen staan: het probleem van het moreel risico en het probleem van de anti-selectie.

Moreel risico

Moreel risico is het fenomeen dat verzekerden zelf het ontstaan van het risico gaan beïnvloeden door minder zorg te betrachten. Het voorhanden zijn van verzekeringsdekking verhoogt de kans op het zich voordoen van de verzekerde risico's of gebeurtenissen. Ook

[301] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p.95; Holzhauer, R.W., R. Teijl. (1995). *Inleiding rechtseconomie*. Gouda, Quint. p.153-163; Klosse, Saskia. *Meerwaarde van alternatieve (vergoedings) systemen*. In : Hartlief, Ton, Saskia Klosse (red.) (2003). Einde van het aansprakelijkheidsrecht?. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 77- 87.

[302] Holzhauer, R.W., R. Teijl (1995). *Inleiding rechtseconomie.* Gouda, Quint. p. 153.

[303] Faure, M.G. (2009). *Verzekeringen*. In: Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 111.

[304] Faure, M.G. (2009). *Verzekeringen*. In: Weterings, W.C.T.(red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 113.

[305] Faure, M.G.,T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p. 290.

onder deze omstandigheden is overigens sprake van rationeel gedrag. De term moreel risico moet dus niet worden uitgelegd in termen van moraliteit of ethiek.[306] Die verminderde zorg kan zich op twee manieren openbaren. Ten eerste kunnen verzekerden zich onzorgvuldiger of roekelozer gaan gedragen, de zogenaamde *risk- bearing moral hazard*. Ten tweede kunnen verzekerden vaker voorzieningen gaan claimen dan zij anders hadden gedaan, ook wel *claims-reporting moral hazard* genoemd. In beide situaties is dus de prikkel tot zorgvuldig gedrag afgenomen.

De rechtseconomie noemt een aantal verschillende polistechnische oplossingen om moreel risico tegen te gaan. Eén van die oplossingen is de verzekeringspremie aanpassen aan het verhoogde risico dat de verzekeraar loopt of de verzekeringspremie aanpassen aan het door verzekerde uitgeoefende niveau van zorg. Deze oplossing is echter volgens de rechtseconomie alleen mogelijk als de verzekeraar in staat is het uitgeoefende niveau van zorg te observeren of te controleren. De verzekeraar heeft echter vaak een informatieprobleem. Dit probleem bestaat eruit dat ze van te voren niet weet welke individuen in welke mate zich anders zullen gedragen doordat zij volledig verzekerd zijn. Evenmin is de verzekeraar in staat het gedrag van de verzekerden nauwlettend te observeren. Het ontbreekt de verzekeraar aan geïndividualiseerde informatie over de verzekerden. Dat betekent dat de verzekerden de mogelijkheid hebben om de door hen uitgeoefende zorg te verlagen tot het door de verzekeraar te controleren niveau. Hierdoor kunnen negatieve effecten optreden omdat de gevolgen van moreel risico afgewenteld worden op de medeverzekerden. Dit negatieve effect kan in beperkte mate worden geïnternaliseerd door de verzekerde korting te geven op premies indien deze bepaalde voorzorgsmaatregelen treft. In dat geval moet sprake zijn van controle ex ante. Ook de uitkering na een schadegeval kan afhankelijk worden gesteld van de uitgeoefende zorg. In dat geval is sprake van controle ex post.

Een andere mogelijkheid is de verzekerde blootstellen aan het risico. Dat kan onder andere door het opnemen van een eigen risico, respectievelijk door de schadevergoeding of de verzekeringsuitkering te binden aan een maximum, waardoor de verzekerde het risico van de restschade draagt. Er geldt wel een limiet aan de mogelijkheid om via het eigen risico invloed uit te oefenen op de preventie. Onbeperkte aansprakelijkheid leidt niet noodzakelijk tot optimale preventie: als de totale schadeomvang hoger is dan het eigen vermogen, en de vereiste preventie om dit ongeval te vermijden dat ook is, dan zal een te geringe preventieve inspanning worden geleverd omdat de kosten dan de baten gaan overstijgen.[307]

Anti-selectie
Het probleem van de anti-selectie wordt omschreven als het voorkomen dat goede risico´s weglopen en de verzekeraar met de slechte risico´s overblijft. De oorzaak van anti-selectie is de volgende: als een verzekeraar een risicogroep te groot maakt kan het probleem ontstaan dat de gemiddelde premie voor een goed risico relatief te hoog kan worden, waardoor het de groep verlaat. De verzekeraar houdt in dat geval de slechte risico's over. In de oorzaak van het probleem van anti-selectie, geen of een gebrekkige risicodifferentiatie, schuilt tegelijkertijd de oplossing. Die oplossing bestaat uit de introductie van risicodifferentiatie en daarop gebaseerde premiedifferentiatie, die goede risico's beloont door aangepaste gunstige polisvoorwaarden en die slechte risico's dienovereenkomstig bestraft door een hogere premie te laten betalen.

Volgens Faure en Hartlief is de meest ideale aanpak van anti-selectie de individualisering van de polisvoorwaarden, dat wil zeggen: de premie aanpassen aan het individuele risico. Dat levert optimale prikkels voor risicoreductie.[308] Individuele tarifering zal in veel gevallen geen

[306] Holzhauer, R.W., R. Teijl (1995). *Inleiding rechtseconomie.* Gouda, Quint. p. 156-157.
[307] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p. 307.
[308] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en*

haalbare kaart zijn, omdat de kosten voor het vaststellen van een dergelijk tarief inefficiënt hoog kunnen zijn. Op basis van (accurate) informatie over het individuele risico dat zijn verzekerde vormt, zal de verzekeraar op basis van die informatie zijn verzekerde kunnen belonen voor preventieve inspanningen. Risicodifferentiatie en de daarop gebaseerde premiedifferentiatie wordt dan ook beschouwd als de meest aangewezen reactie op de nieuwe uitdagingen van het aansprakelijkheidsrecht. Ook bij een directe verzekering is een dergelijke differentiatie het aangewezen middel om anti-selectie te voorkomen.[309]

De mate van preventie van verzekeringen is dus volgens de rechtseconomie afhankelijk van het antwoord op de vraag of en op welke wijze moreel risico en anti-selectie zijn opgelost via één of meerdere van de hiervoor genoemde polistechnieken. Volgens Faure vindt in de praktijk vaak een combinatie van deze twee sturingssystemen plaats. Eén en ander hangt ook samen met de kosten die de toepassing ervan met zich meebrengt en de waarde van de polis. Het inwinnen van gedetailleerde informatie over specifieke risico´s kost tijd en geld. Hoe hoger de waarde van de polis, hoe meer mogelijkheden de verzekeraar heeft om informatie in te winnen. Andersom geredeneerd: voor een eenvoudige consumentenverzekering zal men vaak met het confectiepak van de standaardpolis genoegen moeten nemen. In dat geval is er dus een grotere kans op morele risico´s.[310]

Verschillen in preventieve werking aansprakelijkheidsverzekering en directe verzekering
Faure en Hartlief zijn van mening dat moreel risico en anti-selectie doorgaans beter zijn op te lossen bij first party verzekeringen, zoals sommige directe verzekeringen, dan bij aansprakelijkheidsverzekeringen, een zogenaamde third party verzekering.[311]

Een aansprakelijkheidsverzekering is een third party verzekering waarbij de verzekeraar het risico dekt dat de verzekerde (de werkgever in het geval van werkgeversaansprakelijkheid) compensatie moet betalen aan een derde partij, de werknemer. Bij een dergelijke aansprakelijkheidsverzekering geldt dat het ongevalsrisico van de verzekerde dader mede afhankelijk is van het gedrag van het slachtoffer die zijn schade van de aansprakelijkheidsverzekeraar krijgt vergoed. Een aansprakelijkheidsverzekeraar zal veelal geen informatie hebben omtrent het gedrag van het slachtoffer. Daarnaast is bij een aansprakelijkheidsverzekering sprake van schade-uitkeringen aan niet bij de verzekering aangesloten individuen, waardoor controle van het morele risico van de verzekerde zelf wordt bemoeilijkt.[312]

In een first party directe verzekering verzekert de verzekeraar alleen het risico dat zijn eigen verzekerde (het slachtoffer) loopt. Een dergelijke verzekering is een schadeverzekering en geen aansprakelijkheidsverzekering. Het anti-selectieprobleem kan bij de first party verzekering eenvoudig opgelost worden via de toepassing van een risicodifferentiatie naar gelang de karakteristieken van de verzekerden (leeftijd, gezondheid). [313] Voor de rechtseconoom zijn de preventiemogelijkheden van een first party verzekering het grootst: de verzekeraar loopt een beperkt risico, namelijk alleen het risico dat zijn eigen verzekerde loopt en niet het risico van aansprakelijkheid. Via een dergelijke verzekering is de schadelast goed in

---

de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten. Kluwer, Deventer. p. 317.

[309] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p. 316-319.

[310] Faure, M.G. (2007). *Verzekeringen*. In: Weterings, W.C.T. (red.). De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 115

[311] Faure, M., T. Hartlief (2002). *Nieuwe risico's en vragen van aansprakelijkheid en verzekering*. Deventer, Kluwer. p. 257.

[312] Dam, M. van (2001). *Verkeersongevallen: een rechtseconomisch, empirisch en positiefrechtelijk onderzoek naar de werking van aansprakelijkheid, verzekering en veiligheidsregulering in het verkeer.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 238.

[313] Overigens is risicodifferentiatie ook mogelijk binnen een aansprakelijkheidsverzekering, zij het dat de verzekeraar slechts indirect invloed kan uitoefenen op het gedrag van het slachtoffer.

de hand te houden. Dit geldt bijvoorbeeld bij een ziektekostenverzekering: "Dit heeft het grote voordeel dat in de polis vrij gemakkelijk een risicodifferentiatie kan worden toegepast naargelang de karakteristieken van de verzekerden (leeftijd, gezondheid, veiligheidsmaatregelen). Een premiedifferentiatie is dan ook mogelijk naargelang het gewenste niveau van verzekeringsdekking."[314]

Ook een directe verzekering die geen zuiver first party gehalte heeft, kan een preventieve werking hebben. In dat verband verwijzen Faure en Hartlief naar de Belgische Arbeidsongevallenverzekering (waarbij de werkgever voor de werknemer een verzekering afsluit). Deze verzekering wordt een preventieve werking toegekend, omdat de premie die de verzekerde werkgever betaalt risicogerelateerd is.[315] In een systeem van directe verzekering wordt premiedifferentiatie noodzakelijk geacht teneinde de preventie van arbeidsongevallen te realiseren. Zonder premiedifferentiatie zal de schadelast niet in de hand kunnen worden gehouden. Via een dergelijk systeem van directe verzekering met risicodifferentiatie kan ook compensatie en preventie van beroepsziekten worden gerealiseerd.[316]

3.3.2 Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van verzekeringen tegen werkgeversaansprakelijkheid

In zijn overzichtsstudie maakt Wright, in tegenstelling tot Tompa en Philipsen, wél melding van een aantal empirische studies in het Verenigd Koninkrijk (VK) naar de effecten van de wettelijk verplichte werkgevers-aansprakelijkheidsverzekering, de 'Employers Liability Insurance' (ELI).[317] Deze vier studies, die hierna kort beschreven worden, blijken nauwelijks aanwijzingen op te leveren voor de preventieve werking van deze verzekering.

Eén van die studies is in 1987 uitgevoerd door Leopold en Leonard.[318] Het betreft een vragenlijstonderzoek naar de kosten van de verzekeringspremie van 2100 bouwbedrijven waar zich een ongeval had voorgedaan. Deze firma's betaalden (in 1987) gemiddeld 721 Engelse ponden aan verzekeringspremie voor de aansprakelijkheidsverzekering. Dit wordt door de onderzoekers beschouwd als een te laag bedrag om bij te dragen aan de verbetering van het veiligheids- en gezondheidsbeleid. De onderzoekers zijn overigens niet in de betrokken arbeidsorganisaties nagegaan of deze opvatting klopt.

Ook Monnery komt in 1999 tot deze conclusie op basis van een berekening van de kosten van ongevallen en ziekte in een administratief bedrijf met 1000 werknemers. In dat bedrijf waren de kosten van de premie 0,03% van de totale loonsom. Deze kosten spelen geen rol in de verbetering van de arbeidsomstandigheden, zo concludeert Monnery.[319] Ook in dit geval heeft geen nader onderzoek binnen de arbeidsorganisatie plaatsgevonden.

Een derde studie van Barbazon et al. (2000) is uitgevoerd in de bouwsector in het VK.[320] Op basis van interviews en vragenlijstonderzoek met 89 respondenten komen de onderzoekers tot de conclusie dat er geen verband bestaat tussen verzekeringspremie van de

[314] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast: een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Kluwer, Deventer. p. 302.
[315] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (2001). *Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. P. 102.
[316] Faure, M.G. (2006). *Compensation for occupational diseases and the importance for prevention: a law and economics perspective.* Maastricht, Metro/Universiteit van Maastricht. p. 26.
[317] Wright, M., S. Marsden (2002) *Changing business behaviour- would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?* Norwich, HSE contract research report 436/2002.
[318] Leopold, E., S. Leonard (1987). *Costs of Construction Accidents to Employers.* Journal of Occupational Accidents Vol. 8. p. 273-294.
[319] Monnery, N. (1999). *The costs of accidents and work-related ill-health to a cheque clearing department of a financial services organization*. Safety Science Vol. 31. p. 59-69.
[320] Brabazon, Philip, Alison Tipping, James Jones (2000). *Construction health and safety for the new millennium*. CRR 313/2000, HSE Books.

aansprakelijkheidsverzekering (die gemiddeld 0,23% van de loonsom bedraagt) en veiligheidsmanagement en veiligheidsprestaties.

In een vierde empirische studie, uitgevoerd door Wright et al. zijn 1800 werkgevers door middel van een vragenlijstonderzoek bevraagd naar hun opvatting over de effecten van verschillende prikkels op verbetering van de arbeidsomstandigheden, waaronder het effect van de ELI.[321] Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van een evaluatie van een arbeidsomstandighedencampagne in het VK. De campagne blijk volgens 28% van de respondenten invloed te hebben op verbetering van de arbeidsomstandigheden. 5% van de respondenten trof verbeteringen aan in de arbeidsomstandigheden als gevolg van een aansprakelijkheidsclaim. Uit aanvullende interviews komt naar voren dat een beperkt aantal werkgevers (15%) van opvatting is dat een verhoging van de premie voor de ELI voor hen een stimulans kan zijn om een beter arbeidsomstandighedenbeleid te voeren. In aanvulling op het vragenlijstonderzoek hebben de auteurs interviews gehouden met 120 werkgevers. Uit die interviews komt naar voren dat slechts iets meer dan 10% van de werkgevers van mening is dat de ELI een stimulans is voor de vormgeving van betere arbeidsomstandigheden.

3.3.3 Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van directe verzekeringen

In het empirisch onderzoek naar directe verzekeringen en preventie staat het verband tussen risicodifferentiatie en preventie centraal. In 1986 verzucht Ison[322] het volgende over de (zwakke) empirische basis voor Experience Rating (afkorting ER)[323], de Noord-Amerikaanse term voor risicodifferentiatie:

> "In the contemporary context of workers' compensation in Canada, there is probably nothing that is so fervently supported or so little understood as experience rating. Proposals for the widespread expansion of experience rating have been made adopted, yet with no analysis of the consequences and with no reasons being given that could withstand serious reflection. No experience rating program has ever been introduced in Canada (or elsewhere to my knowledge) in conjunction with any research that would even attempt any measure of its significance."

Twintig jaar later is deze situatie enigszins veranderd, getuige het empirisch onderzoek dat in de drie overzichtsstudies van Wright, Philipsen en Tompa zijn opgenomen. Overigens zijn de uitkomsten van deze studies niet eenduidig:
I. Zes studies uit Canada en de USA geven aanwijzingen dat de introductie van risico-differentiatie gepaard gaat met daling in de frequentie van arbeidsongevallen. Echter uit sommige van die studies blijkt dat de introductie van ER een stijging van de ernst van arbeidsongevallen met zich mee kan brengen. Dit wordt ook wel verklaard uit de neiging van bedrijven om daar waar een eigen risico per gebeurtenis bestaat ongevallen met licht letsel zelf af te handelen en niet te melden.
II. Twee studies uit Canada laten gemengde resultaten zien voor wat betreft de invloed van de introductie van risicodifferentiatie op claims management en veiligheid en gezondheid in arbeidsorganisaties.
III. Vijf studies (drie uit de USA, een uit Canada en een uit Duitsland) laten zien dat variatie in risicodifferentiatie (lees verhoging van het eigen risico) zowel positieve als negatieve invloed kan hebben op preventie van arbeidsongevallen.

Deze studies worden hierna kort besproken.

---

[321] Wright, Michael, Rebecca Lancaster, Catherine Jacobson-Maher, Medha Talwalkar and Tony Woolmignton (2000). *Evaluation of the Good Health is Good Business Campaign*. CRR 272/2000, HSE Books.
[322] Geciteerd in: Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49: 41 –61. p. 42.
[323] Experience Rating wordt ook wel aangeduid met Experience Modification Rating. In beide gevallen betreft het premiedifferentiatie op basis van de ongevalsincidentie.

I. Het effect van introductie van *risicodifferentiatie* in directe verzekering *op frequentie en ernst van arbeidsongevallen*

De drie overzichtsstudies beschrijven zes empirische studies waarin het effect van de risicodifferentiatie op frequentie dan wel ernst van letsel is nagegaan. Hierna worden de resultaten van vijf van die studies kort besproken.[324]

Bruce en Atkins hebben onderzoek gedaan naar het effect van de introductie van een verdergaande vorm van risicodifferentiatie in de provincie Ontario door middel van een voor- en nameting van de jaarlijkse dodelijke ongevallen in bosbouw en bouw in de periode 1951-1989.[325] Op basis daarvan constateren zij een afname van het aantal dodelijke ongevallen als gevolg van de introductie van risicodifferentiatie.[326]

Hyatt & Thomason doen in 1998 een statistisch onderzoek in een databestand van 4293 ondernemingen met 5 of meer personeelsleden bij wie risicodifferentiatie wordt toegepast in de periode 1983-1992.[327] Zij komen tot de volgende conclusies:

- risicodifferentiatie leidt tot een reductie van het aantal nieuwe gevallen ('total first paid'), van het aantal gevallen waarvoor medische kosten wordt betaald en van de incidentie van kortdurende arbeidsongeschiktheid. Echter de gemiddelde kosten per geval nemen toe, met name bij kleine ondernemingen. Kleine ondernemingen richten zich vooral op reductie van de frequentie van claims die relatief weinig kosten met zich meebrengen, terwijl grote ondernemingen zich vooral richten op reductie van claims die veel kosten met zich meebrengen.[328]
- risicodifferentiatie leidt tot een toename van aantal langdurende arbeidsongeschiktheidsclaims. Echter de gemiddelde kosten per claim nemen af. Dat wordt verklaard uit de specifieke vormgeving van ER.[329]

Kralj rapporteert in 1995 over zijn onderzoek naar het effect van de invoering van ER op de duur van een claim.[330] In dat onderzoek maakt hij een vergelijking van claimduur voor en na de invoering van ER in de bouwsector in één staat (Ontario). Hij gebruikt daarbij gegevens van ruim 45.000 bedrijven met ruim 200.000 werknemers. Hij constateert dat na de invoering van ER de gemiddelde duur van de claims met 6 % toeneemt. Hij geeft hiervoor drie verklaringen:

- claims die niet tot verlies van werktijd lijden hoeven in het ER regime, in tegenstelling tot vroeger, niet gemeld te worden.
- werkgevers zijn doorgaans beter in staat preventieve maatregelen te treffen ter voorkoming van eenvoudig letsel.
- werkgevers hebben de neiging om de kosten van eenvoudig letsel zelf te financieren en niet te melden, waardoor relatief ernstiger letsel met lange duur, relatief vaker voorkomt.

[324] De studie van Deland (1995) is onvindbaar. Zie ook https://dspace.ucalgary.ca/handle/1880/29806

[325] Volgens Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49: 41 –61 bestond reeds sinds 1953 een vorm van premiedifferentiatie (p.45)

[326] Bruce, C.J , F.J. Atkins (1993). *Efficiency effects of premium setting regimes under workers' compensation: Canada and the United States*. Journal of Labor Economics 11: S38-82.

[327] Hyatt, D. , T. Thomason. (1998). *Evidence on the effiacy of experience rating in British Columbia*. Report to the Royal Commission on workers' compensation in British Columbia.

[328] Volgens Hyatt en Thomason (1998) komt dat resultaat overeen met de opzet van het premiedifferentiatie systeem in British Columbia, waarin kleine ondernemingen minder sterk beloond en gestraft worden dan grotere. Zie : Hyatt, D. , T. Thomason. (1998). *Evidence on the effiacy of experience rating in British Columbia.* Report to the Royal Commission on workers' compensation in British Columbia. p. 68.

[329] Ook dit wordt gerelateerd aan de systematiek van het betreffende ER systeem, omdat uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid langer dan 30 maanden, buiten de berekening voor de ER vallen. Ibid. p. 68.

[330] Kralj B. (1995).*Experience rating of workers' compensation insurance premiums and the duration of workplace injuries.* In: Thomason, T. , R.P. Chaykowski (editors). Research in Canadian workers' compensation. Kingston (Ontario): Industrial Relations Press; 1995. p 106–22.

Cheadle et al. (1994) doen verslag van een onderzoek naar de factoren die invloed hebben op de duur van werkgerelateerde arbeidsongeschiktheid.[331] De studie is gebaseerd op een retrospectieve cohortstudie onder 28.472 werknemerscompensatieclaims in de staat Washington (USA) over de jaren 1987-1989. De belangrijkste factoren die men vindt zijn leeftijd boven de 45 jaar, vrouwelijk geslacht, een diagnose carpaal tunnel syndroom en pijn aan nek of rug. Bij bedrijven die onder ER vallen is de ziekteduur, gedefinieerd als de ernst van de ziekte, korter dan bij bedrijven die niet onder ER vallen. Voor een deel verklaren de onderzoekers dit uit de bedrijfsgrootte. Grotere bedrijven worden beter in staat geacht speciale voorzieningen te treffen voor de re-integratie van langdurig zieken.

Chellius en Smith[332] hebben een analyse gemaakt van bestaand cijfermateriaal over ongevalsincidentie in de staat Washington ten opzichte van andere Amerikaanse staten gedurende de periode 1979-1981. Zij constateren geen verschil in ongevalsincidentie tussen een werknemerscompensatie-verzekering in de staat Washington, waar kleine bedrijven (minder dan 10 werknemers) een premiereductie kunnen krijgen als ze gedurende drie jaar geen arbeidsongevallen met verzuim hebben, en kleine bedrijven in staten waar de kleine bedrijven een vaste premie betalen. De onderzoekers suggereren dat dit te maken heeft met vier factoren, namelijk de lange periode tussen verbeteringen en de doorgevoerde premiereductie, de complexiteit van berekening van risicodifferentiatie, de relatieve beperkte kosten van 'workers compensation' en het feit dat verzekeringsmaatschappijen risico-differentiatie eerder zien als een methode voor premievaststelling dan als een instrument voor verbetering van de arbeidsomstandigheden.

II. De invloed van de introductie van *risicodifferentiatie* op *claims management en veiligheid en gezondheid* in arbeidsorganisaties

Twee Canadese studies, die vermeld worden in het overzicht van Wright et al., laten gemengde resultaten zien voor wat betreft de invloed van de introductie van risicodifferentiatie op claims management, veiligheid en gezondheid in arbeidsorganisaties. Beide studies, het empirisch onderzoek van Thomasson en Pozzebon en de empirische studie van Kralj (1994), worden hierna besproken.

Het doel van het empirisch onderzoek van Thomasson en Pozzebon was na te gaan wat de invloed is van risicodifferentiatie op de preventieactiviteiten op het werk en op de praktijk van claims-management in bedrijven.[333] Daartoe voerden zij een vragenlijstonderzoek uit onder 1.350 industriële bedrijven in de provincie Québec. Beide afhankelijke variabelen werden geoperationaliseerd in zes activiteiten en samengevat in een veiligheidsindex en een claims management index.[334] De veiligheidsindex bestond uit elementen van veiligheidsinfrastructuur en de aanwezigheid van expertise en bevatte geen technische- of arbeidsorganisatorische maatregelen. Ook is het handelen van werknemers buiten beeld gebleven. Uiteindelijk namen 476 contactpersonen, verantwoordelijk voor het arbeidsomstandighedenbeleid van evenzovele firma's, deel aan het survey.

---

[331] Cheadle, Ag. C. Franklin, J. Wolfhagen P. Savarino, P. Yliu, C. Salley, M. Waever (1994). *Factors influencing the duration of work related disability: A population based study of Washington state workers' compensation*. American journal of public health 84, p. 190- 96.

[332] Chelius, J., R. Smith (1993). *The impact of experience rating on employer behaviour: The case of Washington state*. In: Workers' compensation insurance: claim costs, prices and regulation. Ed D.Durbin and P. Borba. Kluwer Academic Publishers. p. 293-306.

[333] Thomason,T., S. Pozzebon (2002). *Determinants of firm workplace health and safety and claims management practices*. Industrial and Labor Relations Review, volume 55, no 2.

[334] De onderdelen van de veiligheidsindex zijn: aanwezigheid veiligheidscomité, veiligheidstraining, aanwezigheid medisch personeel, veiligheidsvoorlichting, veiligheidspersoneel in dienst, gebruik van extern expert.
De onderdelen van het claims management zijn: regelmatige evaluatie van kosten claims, onderzoek naar werkgebondenheid van claims, monitoring van de medische aspecten van claims, doorverwijzing van werknemers naar expert, inschakelen van externe consultant voor uitvoeren claims management, eigen personeel met taken op het gebied van claims management.

De studie van Kralj (1994) betreft een onderzoek onder 500 werkgevers die deelnamen aan het 'Neer' experiment (New Experimental Experience Rating).[335] Bij deze werkgevers werd een telefonisch vragenlijstonderzoek uitgevoerd in combinatie met case studies. In het telefonisch vragenlijstonderzoek werd navraag gedaan naar kennis en begrip van de werkgever van het 'Neer' experiment en de veranderingen in de veiligheidspraktijk van de werkgever. Daarnaast werden bij 35 grote werkgevers gedetailleerde cases studies verricht. Het casestudie onderzoek bestond uit het vergaren van achtergrondinformatie en interviews met werknemers op alle niveaus van de onderneming. Op basis van de case studies maakte de betrokken onderzoeker een eigen beoordeling van de aanvullende invloed (*incremental impact*) van risicodifferentiatie, dat wil zeggen die aspecten van werkgeversgedrag die ontstaan zijn als gevolg van deelname in het Experience rating programma. Daarbij had de onderzoeker oog voor de invloed van risicodifferentiatie op (ex ante) ongevalspreventie en (post injury) activiteiten, te weten activiteiten gericht op reductie van de ernst van het letsel (zoals leveren van tijdelijk aangepast werk) en op claims management (dat wil zeggen activiteiten gericht op vermindering van aantal gemelde claims, en op het minimaliseren van duur en kosten van het aantal claims).

De belangrijkste conclusies uit het telefonisch vragenlijstonderzoek waren:
1. Een beperkt aantal werkgevers (24% van de middelgrote, 30% van de kleine en 39% van de grote werkgevers) begreep de inhoud van het programma.
2. Ongeveer de helft van de deelnemers ontving een premiereductie of moest een toeslag betalen. Van deze groep veranderde 18% (kleine ondernemingen) tot 41% (grote ondernemingen) haar veiligheidspraktijk. Dit verschil hangt volgens Kralj onder meer samen met de aanstelling van full time veiligheids- en gezondheidsexperts. Als die experts aangesteld zijn, is er een grotere kans op verbeteringen.

Het casestudie-onderzoek laat zien dat de introductie van ER vooral leidt tot een beter claim management (96% van de respondenten zegt zich te richten op kostenbeheersing) en tot activiteiten gericht op tertiaire preventie, reductie van de ernst van het letsel (70% neemt bijvoorbeeld maatregelen voor aangepast werk). Activiteiten gericht op primaire preventie waren veel minder in trek: 43% van de werkgevers is gericht op veiligheidstraining, de hoogste score in deze categorie. Kralj constateert dat in het kader van het claims management werkgevers de neiging hebben om claims van beperkte duur en aard niet te melden, omdat de opbrengsten niet opwegen tegen de kosten van een mogelijke verhoging van de verzekering.

III. De invloed van *variatie* in risicodifferentiatie op frequentie en ernst van arbeidsongevallen

Tompa et al. refereert in zijn review aan vijf studies die betrekking hebben op het effect van variatie in de premie op de letselfrequentie en de ernst van het letsel. Deze studies laten zien dat *variatie* in risicodifferentiatie (lees verhoging van het eigen risico) zowel positieve als negatieve invloed kan hebben op preventie van arbeidsongevallen. Deze vijf studies (Kotz en Schafer, Lanoie en Stréliski, drie studies van Ruser) komen hierna aan bod.

Kotz en Schafer verrichtten onderzoek in de Duitse suikerindustrie over de periode 1955 – 1980 onder 80 bedrijven met 12.498 werknemers op basis van gegevens van de Berufsgenossenschaft (BG) Zucker.[336] In de periode 1970-1974 is in de betreffende industrie een verfijning van de methode van risicodifferentiatie aangebracht. Zij komen in grote lijnen tot de volgende resultaten.

- Elke verhoging van 50.000 DM aan bonus en malus leidde tot een vermindering van 1 gerapporteerd arbeidsongeval.

[335] Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49. p. 41 –61.
[336] Kotz, H., H-B. Schafer (1993). *Economic incentives to accident prevention: an empirical study of the German sugar industry.* International Review of Law and Economics 13. p. 19-33.

- Elke aanscherping van de methode van risicodifferentiatie die in de Duitse suikerindustrie is geïntroduceerd, leidde tot een vermindering van gerapporteerde arbeidsongevallen.
- Elke 10.000 DM die Zucker-BG in die periode had gespendeerd aan preventie via inspectie, advies en voorlichting, leidde tot een reductie van 0,61% in het aantal gerapporteerde arbeidsongevallen.
- De introductie en verfijning van het systeem van risicodifferentiatie blijkt geen effect te hebben gehad op de gemiddelde kosten per ongeval. Die kosten blijken te zijn gestegen. Als verklaring voor die stijging wordt een aantal mogelijke verklaringen gegeven, zoals een stijging van de gemiddelde welvaart, de beperkte mogelijkheden voor werkgevers om ernstige ongevallen te beperken, en de wijze van risicodifferentiatie door Zucker- BG.

Lanoie en Stréliski verrichtten statistisch onderzoek naar het effect van de hoogte van de schadecompensatie, de risicodifferentiatie en preventieactiviteiten (zoals inspecties, boetes en de aanwezigheid van preventieprogramma's) op frequentie en ernst van arbeidsongevallen en arbeidsongeschiktheid in 28 verschillende sectoren (waaronder 15 meest risicovolle sectoren) over een periode van 8 jaar (1983-1990).[337] De belangrijkste resultaten zijn:

1. Het systeem van risicodifferentiatie heeft, evenals een verandering in de omvang van de uitkeringen, een significante invloed op de ongevalsfrequentie en ernst van ongeval.
2. Inspecties hebben meer invloed op risicobeheersing in de meer risicovolle sectoren dan in de minder risicovolle.
3. Geen enkele interventie heeft een wezenlijke invloed op de arbeidsongevallen die leiden tot permanente arbeidsongeschiktheid.
4. Het systeem van risicodifferentiatie en doelgerichte inspecties zijn nuttige instrumenten ten behoeve van reductie van incidentie van arbeidsongevallen.

Tompa vermeldt tenslotte drie studies van Ruser (1985, 1991, 1993). Hierin test Ruser de zogenaamde Experience Rate hypothese, dat is de hypothese dat risicodifferentiatie leidt tot een reductie van letsel. De aanname daarbij is dat grote bedrijven risicodifferentiatie hebben (en kleine niet) en dat risicodifferentiatie leidt tot een prikkel tot preventie waardoor er minder uitkeringen nodig zijn en de duur van de uitkeringen eveneens korter is. Bovendien gaat men er in deze hypothese vanuit dat er een positieve relatie is tussen uitkeringen op basis van de verzekering, maar dat die relatie bij grotere ondernemingen (met ER) zwakker is dan bij kleinere ondernemingen (zonder ER).[338]

In de studie van 1985 maakt Ruser gebruik van gegevens van het (Federale) Bureau voor Arbeidsstatistiek, van 25 industriesectoren uit 41 staten over de jaren 1972-1979.[339] In zijn statistisch onderzoek toont Ruser aan dat er een verband bestaat tussen hogere uitkering en de frequentie van alle soorten letsel en de frequentie van Lost Work Injury (LWI). De ER hypothese kon ook worden bevestigd voor de frequentie van alle letsel en gedeeltelijk voor de frequentie van LWI.

In publicaties uit 1991 en 1993 maakt Ruser gebruik van data van 2.788 respectievelijk 2.798 industriële bedrijven. In de publicatie van 1991 is uitsluitend aandacht voor de invloed van ER op LWI. Hogere uitkeringen hangen samen met een toename van LWI. Echter dit effect is beperkter in grotere ondernemingen met ER dan in kleinere ondernemingen.

---

[337] Lanoie P., D. Stréliski (1996). *L'impact de la réglementation en matière de santé et sécurité du travail sur le risque d'accident au Québec: de nouveaux résultats [The impact of workplace health and safety policies on accident risk in Québec: new results]*. Industrial Relations 1996, 51 (4). p. 778–801.

[338] Zie ook: Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49. p 47.

[339] Ruser, J.W. (1985). *Workers' compensation insurance, experience-rating, and occupational injuries.* Journal of Labor Economics, 16 (4). p. 487–503.

De publicatie uit 1993 doet verslag van het effect van veranderingen in uitkeringen op de incidentie van LWI en ziekte. De resultaten van deze studie bevestigen dat hogere uitkeringen samenhangen met een toename van letselfrequentie en met reductie van de frequentie van dodelijke ongevallen. Ook doen hogere uitkeringen de kans toenemen dat een bepaald letsel tot LWI leidt, terwijl ze de kans verkleinen dat het een dodelijk ongeval is of een beperkt letsel. Deze effecten zijn beperkter in grotere ondernemingen met ER.

Tabel 3.1: Beknopt overzicht studies naar effecten werknemerscompensatie op preventie[340]

Auteurs	Onderzoeksgegevens	Uitkomst
Effecten aansprakelijkheidsrecht op preventie		
Chellius (1976)	Schatting van het aantal dodelijke machineongevallen op basis van gegevens volkstellingen (1900-1940)	Incidentie van dodelijke ongevallen neemt minder af in staten met werkgeversaansprakelijkheid dan in staten met directe verzekering
Fishback (1987)	Gegevens dodelijke ongevallen in kolenmijnen 1903-1930 afkomstig van U.S. Bureau of Mines	Met de overgang van schuldaansprakelijkheid naar werknemerscompensatie op basis van direct verzekering of risicoaansprakelijkheid hangt een stijging van het aantal dodelijke ongevallen samen
Effecten aansprakelijkheidsverzekering (VK) op preventie		
Leopold & Leonard (1987)	Vragenlijstonderzoek onder 2.100 bouwbedrijven naar kosten verzekeringspremie	Kosten premie zijn te laag om preventief effect te kunnen hebben
Monnery (1999)	Berekening van de kosten van ongevallen en ziekte in een administratief bedrijf met 1000 werknemers	Totale kosten van premie zijn niet substantieel en spelen geen sleutelrol in verbetering arbeidsomstandigheden
Barbazon et al. (2000)	Vragenlijstonderzoek onder 89 (werkgevers) respondenten in de bouwsector	Geen verband tussen premie aansprakelijkheidsverzekering en veiligheid
Wright et al. (2000)	Vragenlijstonderzoek onder 1800 werkgevers	- 5% van de respondenten heeft verbeteringen in de arbeidsomstandigheden aangebracht als gevolg van een claim -3% van de respondenten is van mening dat een premiestijging tot verbetering van de arbeidsomstandigheden leidt
	Interviews onder 120 werkgevers	15 van de 120 werkgevers zijn van mening dat verandering in de aansprakelijkheidsverzekering een stimulans is voor betere arbeidsomstandigheden
Effecten directe verzekering op preventie		
I. Effecten introductie ER op frequentie en ernst ongevallen		
Bruce & Atkins (1993)	Gegevens van dodelijke ongevallen per industriële sector in Canada per provincie (waaronder provincie Ontario) 1951-1989	Introductie ER (in Ontario 1984) reduceert frequentie van dodelijke ongevallen: 40% in de bosbouw en 20% in de bouw.
Hyatt & Thomasson (1998)	Gegevens verkregen via basis van een vragenlijstonderzoek onder 4.293 werkgevers over de periode 1983-1992 in de Canadese staat Columbia.	Introductie van ER in de staat Columbia (1986) reduceert de frequentie van alle typen letsel. ER leidt echter wel tot toename van de ernst van het letsel
Deland (1994)	Gegevens over doden per industriële sector Canadese staat Alberta periode 1951-1992	Introductie van ER gaat gepaard met reductie van hoeveelheid dodelijke ongevallen
Kralj (1995)	Vergelijking van claimduur voor en na de invoering van ER in de bouwsector (Ontario). Gegevens van ruim 45.000 bedrijven met ruim 200.000 werknemers	Toename duur van de claims; Ernst van de claims neemt toe met de introductie van ER; de ernst van de meest ernstige claims neemt af
Cheadle et al. (1994)	Ingediende claims (28.473) in de Amerikaanse staat Washington in 1987-1989.	Bij bedrijven die onder ER is de ziekteduur, gedefinieerd als de ernst van de ziekte, korter dan bij bedrijven die niet onder ER vallen.
Chellius & Smith (1993)	Gegevens ongevallenincidenties staat Washngton en gegevens andere Amerikaanse staten	Geen verschil in ongevalsincidentie tussen staat Washington, waar kleine bedrijven een premiereductie kunnen krijgen en in staten waar kleine bedrijven een vaste premie betalen.
II. Effecten introductie ER op beleid ten aanzien van veiligheid en gezondheid en claims management		
Thomasson & Pozzebon (2002)	Vragenlijstonderzoek onder 476 industriële bedrijven in Québec.	Introductie ER heeft directe invloed op veiligheids- en gezondheidsinspanningen en op claimsmanagement
Kralj (1994)	Vragenlijstonderzoek onder 500 werkgevers die deelnamen aan experiment introductie ER	24% tot 39% van de werkgevers had kennis van de inhoud van de ER; financiële gevolgen ER leiden in 18% tot 41% van de gevallen tot andere veiligheidspraktijk.
	35 casestudies in alle niveaus van de arbeidsorganisatie	Introductie ER leidt vooral tot beter claimmanagement en tertiaire preventie; neiging om claims van korte duur niet te melden
III. Effecten variatie in ER op frequentie en ernst ongevallen		
Kotz & Schafer (1993)	Gegevens Berufsgenossenschaft Zucker BG over gemelde arbeidsongevallen 1955-1980	Toename van graad van ER leidt tot afname van frequentie en ernst letsel
Lanoie & Stréliski (1996)	Data van de overheid van Québec over 1983-1990	Toename van graad ER leidt tot afname frequentie van letsel in laag risico bedrijven en vermindert ernst van het letsel in hoog risico bedrijven
Ruser (1985)	Gegevens Federaal Bureau voor arbeidsstatistiek 1972-1979	Toename van graad ER leidt tot daling frequentie van alle letsel en van 'Lost Workday Injury' (LWI (aantal verloren werkdagen door letsel)
Ruser (1991)	Gegevens Federaal Bureau voor arbeidsstatistiek 1979-1984	Toename van graad ER leidt tot stijging van LWI
Ruser (1993)	Gegevens Federaal Bureau voor arbeidsstatistiek 1979-1984	Toename van graad ER leidt tot daling dodelijke ongevallen en tot stijging van andere soorten letselfrequentie

[340] Bronnen: Tompa E.,S. Trevithick, C. McLeod (2007). *Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. Scand. J. Work Environ Health; 33 (2): 85–95; Philipsen, N.J. (2007) *Prevention and compensation of work injury in the United States, an overview of existing empirical evidence*. In: Klosse, S.,T. Hartlief (eds.) Shifts in compensating work-related injuries and diseases, Tort, and Insurance Law Vol 20. Wien/New York, Springer; Wright, M., S. Marsden (2002) *Changing business behaviour- would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?* Norwich, HSE contract research report 436/2002.

3.4 De preventieve werking van het compensatiefonds en de contractuele werknemerscompensatie

In paragraaf 3.2 en 3.3 zijn de theoretisch opvattingen over de preventieve werking van de werkgeversaansprakelijkheid, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid en de directe verzekering aan bod gekomen. Ook is verslag gedaan van het empirisch onderzoek naar de preventieve werking van deze drie typen. In deze paragraaf komen de theoretische opvattingen over de preventieve werking van de laatste twee typen werknemerscompensatie, het compensatiefonds en de contractuele compensatie, aan bod. Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van deze twee typen is niet beschikbaar.

Compensatiefonds
Een argument vóór de invoering van een compensatiefonds is dat het risico's kan compenseren waarvoor binnen de private verzekeringsmarkt geen of zeer moeilijk dekking kan worden verkregen, omdat verzekeraars bijvoorbeeld de noodzakelijke informatie ontberen om een juiste risicocalculatie uit te voeren. Een compensatiefonds kent mede daardoor het gevaar van moreel risico en anti-selectie. Volgens Van Dam is de preventieve werking van een compensatiefonds alleen mogelijk als de principes van risicodifferentiatie worden toegepast, waardoor slechte risico's meer bijdragen dan goede risico's, en als de verwachte ongevalskosten zoveel mogelijk worden gelegd bij degenen die het risico ook kan beïnvloeden.[341] Doorgaans wordt bij een fonds echter een standaard bijdrage geheven. In dat geval treedt subsidiëring op van goede risico's aan slechte risico's. Voor rechtseconomen is fondsvorming dan ook niet aanvaardbaar, tenzij het betrekking heeft op situaties waar geen alternatieven zijn, bijvoorbeeld bij schade uit een ver verleden, zoals bij de beroepsziekte mesothelioom, waar een dergelijke voorziening alleen een redistributieve functie heeft en preventie niet meer relevant is.[342] Het Fonds voor de Beroepsziekten in België wordt als problematisch beoordeeld wat betreft het bieden van prikkels tot preventie van beroepsziekten vooral omdat de bijdrage aan het fonds voor iedere werkgever gelijk is.[343] Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van compensatiefondsen is echter niet beschikbaar.

Contractuele compensatie
Over de preventieve werking van het vijfde type werknemerscompensatie, de contractuele compensatie van schade door beroepsrisico's, is geen onderzoeksliteratuur aangetroffen. Ook hier geldt waarschijnlijk dat de preventieve werking afhankelijk zal zijn van de afspraken over de voorwaarden waaronder de werkgever de schade vergoedt. Het is voorstelbaar dat vanuit rechtseconomisch standpunt de preventieve werking optimaal is als de werkgever van te voren afspreekt de ontstane schade te dragen bij unilaterale arbeidsongevallen en beroepsziekten en een verdeelsleutel afspreekt bij bilaterale situaties. Vanuit rechtseconomisch standpunt zijn contractuele afspraken over schadecompensatie mogelijk interessant omdat betrokken individuele werkgevers de invloed van andere factoren (zoals het niveau van vereiste zorg en preventie en het oorzakelijk verband tussen beroepsrisico en schadefrequentie van activiteitenniveau) die van invloed kunnen zijn op de preventie, zelf heel goed kunnen overzien en over de andere factoren (solventie, spreiding van schade, systeemkosten) ex ante afspraken kunnen maken zodat de werkgever niet voor verrassingen komt te staan. Als een werkgever, bijvoorbeeld in het kader van een collectieve arbeidsovereenkomst, samen met andere werkgevers het risico draagt, of het risico geheel of gedeeltelijk overdraagt aan een verzekeraar, ontstaat een situatie die geheel of gedeeltelijk vergelijkbaar is met een directe verzekering of een compensatiefonds.

---

[341] Dam, M. van (2001). *Verkeersongevallen: een rechtseconomisch, empirisch en positiefrechtelijk onderzoek naar de werking van aansprakelijkheid, verzekering en veiligheidsregulering in het verkeer.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 257-259.
[342] Faure, M.G. (2006). *Compensation for occupational diseases and the importance for prevention: a law and economics perspective.* Maastricht, Metro/Universiteit van Maastricht. p. 22.
[343] Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (2001). *Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p.102.

3.5 Conclusies over de stand van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie

De conclusie die op basis van de drie overzichtsstudies van Wright, Philipsen en Tompa kan worden getrokken, is dat er weinig empirische ondersteuning is voor de relatie werknemerscompensatie en preventie:

- De resultaten van de studies naar de relatie tussen werkgeversaansprakelijkheid en preventie bieden niet bepaald overtuigend empirisch bewijs voor de preventieve werking van het aansprakelijkheidsrecht. De studies bieden wel een indicatie dat de overgang van aansprakelijkheid naar directe verzekeringen tot positieve dan wel negatieve veranderingen in het aantal dodelijke ongevallen kan leiden.
- De studies naar de verzekeringen tegen werkgeversaansprakelijkheid blijken nauwelijks aanwijzingen op te leveren voor de preventieve werking ervan.
- Een aantal studies levert aanwijzingen op voor een relatie tussen directe verzekeringen, respectievelijk bepaalde financiële prikkels in die verzekeringen en bepaalde vormen van preventie. Die studies leveren de volgende resultaten op:
    - Op basis van zes studies in Canada en de VS zijn er aanwijzingen dat de introductie van risicodifferentiatie gepaard gaat met daling in de frequentie van arbeidsongevallen. Echter uit sommige van die studies blijkt dat de introductie van ER een stijging van de *ernst van arbeidsongevallen* met zich mee kan brengen.
    - Twee studies in Canada laten zien gemengde resultaten zien voor wat betreft de invloed van de introductie van risicodifferentiatie op claims management en veiligheid en gezondheid in arbeidsorganisaties.
    - Vijf studies afkomstig uit drie verschillende landen laten zien dat *variatie* in risicodifferentiatie (lees verhoging van het eigen risico) zowel positieve als negatieve invloed kan hebben op preventie van arbeidsongevallen.
- Empirisch onderzoek naar de preventieve werking van compensatiefondsen en contractuele compensatie is niet aanwezig.

Er is dus een beperkt aantal empirische aanwijzingen voor de relatie werknemerscompensatie en preventie. Ook zijn er aanwijzingen voor een verband tussen financiële prikkels en preventie. Maar die aanwijzingen gaan niet allemaal in dezelfde richting. Daarmee kan de constatering van Philipsen, dat sprake is van 'mixed and contradicting results', worden onderschreven.[344] Tegenover studies die wel een verband aantonen tussen een bepaalde vorm van werknemerscompensatie en een bepaalde vorm van preventie staan ook studies die dat niet doen. Bovendien is amper studie verricht naar werknemerscompensatie en preventie van beroepsziekten. Er bestaat dus geen overtuigend bewijs voor de causale relaties.

Theoretische en methodologische kanttekeningen

De opbrengst van de empirische studies is niet alleen inhoudelijk mager, maar kan ook voorzien worden van een aantal methodologische kanttekeningen.

Context

Eén van die kanttekeningen is dat het merendeel van het empirisch onderzoek is verricht in andere contexten dan die van Noord-West Europa. Het is niet uitgesloten dat die verschillende context, waaronder het hogere niveau van sociale zekerheidsuitkeringen en medische voorzieningen in België en Nederland in vergelijking met de onderzochte landen, invloed heeft op de relatie werknemerscompensatie en preventie. Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven, heeft elk reëel bestaand systeem van werknemerscompensatie een eigen specifieke plaats binnen het totale stelsel van sociale zekerheid. Voor een precieze bepaling van de preventieve werking van een dergelijk systeem is het van belang die specifieke plaats van een compensatiesysteem

[344] Philipsen, N.J. (2007). *Prevention and compensation of work injury in the United States, an overview of existing empirical evidence*. In: Klosse, S., T. Hartlief (eds.) Shifts in compensating work-related injuries and diseases, Tort and Insurance Law, Vol 20. Wien/New York, Springer. p. 217.

te beschrijven. Indien men tracht de empirische resultaten te generaliseren naar andere compensatiesystemen in andere situaties, dient men eerst goed na te gaan welke de (essentiële) verschillen en overeenkomsten zijn tussen die situaties. Een dergelijke nuancering is in de gepresenteerde studies echter niet aangetroffen. Dat zelfs de generaliseerbaarheid binnen een land of staat beperkt kan zijn en voorzichtigheid geboden is met interpretatie van resultaten van onderzoek wordt onder andere door Boden en Ruser benadrukt.[345] Zo wijzen zij erop dat in de jaren '90 van de vorige eeuw in de VS wetgeving tot stand is gekomen ter beperking van de groei van uitgaven voor de directe verzekering, die vanaf de jaren '80 gaande was. Deze wetgeving, die verschilde per staat, bestond uit beperking van de keuze van de werknemer van zijn medische hulp (of overname van de keuze door de werkgever) en uit wettelijke beperkingen aan het type letsel dat wordt vergoed. Boden en Ruser verwijzen in dat verband onder andere naar wetgeving die alleen arbeidsongeschiktheid accepteert die via 'objectief medisch bewijs' kan worden vastgesteld, waarmee de toestroom van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat wordt belemmerd.

Preventie
Een andere kanttekening heeft betrekking op het begrip preventie. Preventie wordt in de aangehaalde studies doorgaans vrij eng gedefinieerd in termen van dodelijke ongevallen, hoogte van de premie, frequentie van ongevallen of letsel, ernst van ongevallen of letsel. In het empirisch onderzoek tracht men een relatie te ontdekken tussen financiële prikkels en deze uitkomstmaten. In twee studies wordt een bredere preventiebenadering gekozen, te weten de studie van Kralj (1998) en Thomasson & Pozzebon (2002), waarin ook aandacht is voor primaire preventie. Aan de effecten van werknemerscompensatie op secundaire en tertiaire preventie wordt in geen enkele studie aandacht besteed.

Onderzoeksdata
In het licht van het belang dat in de rechtseconomie gehecht wordt aan de verdeling van de schadelast voor de preventie, valt op dat geen empirisch onderzoek beschikbaar is over de effecten van de verdeling van kosten en baten van schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten op de preventie ervan.

In het overzicht van empirische studies kan een methodologische oorzaak hiervoor aangetroffen worden. Onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie is niet eenvoudig, omdat de onderzoekers vaak gebruik (moeten) maken van beperkte en soms onvolledige data. Tompa wijst daar in zijn review ook op[346], zonder overigens daarvoor een sluitende verklaring te geven: was er geen beter datamateriaal, hadden de onderzoekers er geen toegang toe, hadden de onderzoekers te weinig tijd?

Tompa wijst wel op de nadelige gevolgen van het gebruik van die data. Volgens hem kunnen de administratieve gegevens waarvan men vaak gebruik maakt onderhevig zijn aan onderrapportage. Een dergelijke onderrapportage zou kunnen optreden in situaties waarin een claim invloed kan hebben op de premiehoogte of de kans op inspectie verhoogt. Ook kan onderrapportage optreden bij bepaald letsel, met name beroepsziekten die een lange latentietijd hebben of multifactorieel van aard zijn. Om dit probleem te omzeilen richten sommige onderzoekers zich op bepaalde typen letsel, zoals dodelijke letsels en acuut trauma letsel, die minder vatbaar zijn voor deze rapportage-bias. Dit verklaart het grotendeels ontbreken van onderzoek naar de relatie tussen risicodifferentiatie en beroepsziekten. Daarnaast wijst Tompa erop dat in veel studies geen informatie beschikbaar is over de mate van risicodifferentiatie op bedrijfsniveau, onder andere in verband met gegevensbescherming die verzekeraars erop na houden. Daarom baseren veel onderzoekers zich op schattingen van die risicodifferentiatie door de bedrijfsgrootte als uitgangspunt te nemen: omdat grote bedrijven doorgaans wel en

[345] Boden, Leslie, John Ruser (2003). *Workers'compensation "reforms". Choice of medical care provider, and reported workplace injuries*. In: The review of Economics and Statistics, November 2003, 85(4). p. 923-929.
[346] Tompa, E., S. Trevithick, C. McLeod (2007). *Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. Scand. J. Work Environ Health; 33 (2). p. 91.

kleine bedrijven doorgaans geen risicodifferentiatie kennen. Volgens Tompa zijn dat ruwe schattingen van de mate van risicodifferentiatie.[347]

Twee onderzoeksbenaderingen

Twee onderzoeksbenaderingen zijn dominant:

- In situaties waarin een nieuw werknemerscompensatiesysteem is geïntroduceerd, of wanneer een verandering binnen een bestaand systeem is opgetreden (bijvoorbeeld de introductie van premiedifferentiatie), maakt men een vergelijking van de output (met name dodelijke ongevallen, incidentie van ernstig letsel, duur van het letsel) voor en na de nieuwe situatie. Deze aanpak kent twee bezwaren. Een daarvan is de vraag in hoeverre een de outputmaat een adequate weergave is van de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Daarnaast blijkt, zoals hiervoor is toegelicht, het statistisch materiaal waarop men zich baseert niet altijd even correct.
- Een tweede benadering bestaat uit de inventarisatie van opvattingen van de bedrijfsleiding over het verband tussen werknemerscompensatie, of bepaalde financiële prikkels die daarmee verbonden zijn, en preventieve veranderingen. Het is echter de vraag of de verwachtingen van de bedrijfsleiding helderheid schept over wat werkelijk gebeurt in arbeidsorganisaties.

Arbeidsorganisatie als black box

In de meeste studies is dus geen aandacht voor preventieve veranderingen ín de arbeidsorganisatie. De arbeidsorganisatie is en blijft in de meeste studies een black box. Welke actoren op de hoogte zijn van werknemerscompensatie, of van een compensatieclaim, blijft doorgaans onduidelijk. Evenmin is bekend welke actoren wel of niet preventief handelen voor, na of tijdens een schadeclaim. Evenmin bieden de studies zicht op de vraag hoe binnen arbeidsorganisaties wordt omgegaan met werknemerscompensatie en preventie, hoe betrokken actoren (wel of niet) met elkaar hierover communiceren, en welke effecten deze communicatieve verhoudingen hebben. Evenmin wordt duidelijk of er mogelijk verschillen tussen arbeidsorganisaties bestaan.

De eerder gememoreerde studie van Kralj[348] vormt hierop de uitzondering. Kralj hanteert niet alleen een breder preventiebegrip, maar raadpleegt zowel werkgevers als werknemers en biedt inzicht in de informatie die verschillende actoren hebben, en de ex post veranderingen die optreden na introductie van een eigenrisico. Bovendien combineert hij twee onderzoeks-methoden, vragenlijstonderzoek en casestudies. Deze casestudies stellen hem in staat om inzicht te krijgen in gevolgen van premiedifferentiatie in de arbeidsorganisatie.

[347] Zie ook: Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49. p 47: In deze Amerikaanse studies gaat men ervan uit dat het uitkeringsniveau het effect van ER vertegenwoordigt. Deze studies zijn niet gebaseerd op directe metingen van de graad van ER die is opgelegd door verzekeraars.

[348] Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49: 41 –61.

3.6 Samenvatting en nabeschouwing

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de huidige wetenschappelijke kennis over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Het hoofdstuk bevat een beschrijving van de stand van de rechtseconomische theorie over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Ook presenteert het hoofdstuk een overzicht van het empirisch onderzoek naar die relatie.

Hierna zal die rechtseconomische opvatting kernachtig samengevat worden. In het rechtseconomisch onderzoek ligt de nadruk op de relatie tussen financiële prikkels en preventie. De rechtseconomie introduceert het incentiveparadigma in het denken over preventie. Daarmee introduceert de rechtseconomie een nieuwe vorm van preventie. Naast primaire-, secundaire- en tertiaire preventie legt zij de nadruk op de beheersing en de verdeling van de schadelast. Dit laatste wordt in dit boek aangeduid als quartaire preventie.

Deze paragraaf vervolgt met een beoordeling van de waarde van het empirisch onderzoek. De empirische basis wordt als zwak gekwalificeerd. De paragraaf besluit met een beoordeling van de betekenis van het rechtseconomisch onderzoek voor de opzet van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen de vier Nederlands-Belgische systemen van werknemerscompensatie en preventie.

3.6.1 De kern van de rechtseconomische opvatting over compensatie en preventie

Financiële prikkels
De rechtseconomie besteedt aandacht aan de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Volgens de rechtseconomische benadering kan werknemerscompensatie ex ante aanzetten tot preventie. De verdeling van schadelast moet dan wel zodanig zijn dat het betrokkenen aanzet tot zorgvuldig gedrag en tot vermijding van schade. Op haar beurt draagt die preventie bij aan maximalisering van de welvaart. Daarbij hoeft die preventie niet maximaal te zijn, maar optimaal. Slechts die preventiemaatregelen zijn nodig die minder kosten dan de besparing die zij opleveren van de door schade teweeggebrachte kosten. Tot de kosten rekent men overigens niet alleen de directe kosten van schadecompensatie, en investeringen in preventie (zoals de aanschaf van beschermende middelen) maar ook indirecte kosten, zoals transactiekosten. Men waarschuwt voor negatieve externe effecten, activiteiten waarbij schade aan derden wordt toegebracht, waardoor de maatschappelijke kosten van die activiteiten hoger zijn dan de private kosten voor de persoon die de schade toebrengt. Met behulp van financiële prikkels kan die schadelast in de gewenste richting gestuurd worden.

Verzekeringen bieden de schadeveroorzakers de kans de kosten van aansprakelijkheid af te wentelen op een (verzekerings)collectief. Verzekeringen zijn niet per definitie bevorderlijk voor preventie. Willen verzekeringen een preventieve werking hebben dan moeten allerlei maatregelen worden getroffen. Dat kan onder andere door risico's te verdisconteren in hogere premies, via de invoering van eigen risico, of door allerlei vormen van premiedifferentiatie. Ook beloning van verzekerden die preventieve maatregelen treffen behoort hiertoe. Rechtseconomen hechten sterk aan het effect van financiële prikkels voor preventie. Degene die invloed heeft op de schade moet via (met name) financiële prikkels worden aangezet tot optimale afweging van preventieve maatregelen en kosten.

Incentive paradigma
De rechtseconomie beschouwt werknemerscompensatiesystemen vooral als een verzameling prikkelsystemen die (mogelijk) aanzetten tot preventie. Ze introduceert op die manier een ander paradigma dan het in de gezondheidswetenschap dominante rationeel wetenschappelijke paradigma. In dit laatste paradigma ligt de nadruk op het ontdekken en beïnvloeden van risicofactoren die verantwoordelijk zijn voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. De op deze manier opgebouwde expertise is behulpzaam in de bevordering van primaire-, secundaire-, en tertiaire preventie. De rechtseconomie introduceert het incentive paradigma in het

preventiedenken. Door de toediening van incentives (financiële prikkels) probeert de ene partij (de verzekeraar, de overheid) gewenst gedrag te realiseren bij de andere partijen (werkgever, werknemer).[349] Men gaat ervan uit dat actoren doelrationeel (kunnen) handelen en zich laten leiden door financiële prikkels.

Quartaire preventie
De rechtseconomische benadering definieert preventie in termen van schadelastbeheersing en kostenbeheersing. Deze benadering werpt een ander licht op het preventiebegrip dan gebruikelijk is in de veiligheids-en gezondheidswetenschap. Deze vorm van preventie wordt in dit boek aangeduid met het begrip quartaire preventie. Quartaire preventie is gericht op beheersing van de schadelast en de ongevalskosten en op een efficiënte schadelastverdeling. In de rechtseconomie gaat men ervan uit dat financiële prikkels in compensatiesystemen een zodanige invloed kunnen hebben op de schadelast van betrokken actoren dat daling of stijging van arbeidsongevallen ontstaat en de arbeidsomstandigheden verbeteren. Quartaire preventie wordt in dit boek opgevat als doel (beheersing van de kosten en de zorg voor een efficiënte schadelastverdeling) en als middel om andere vormen van preventie tot stand te brengen. In dit boek wordt quartaire preventie als vierde vorm van preventie beschouwd naast de drie in het vorige hoofdstuk geïntroduceerde gezondheidskundige vormen van preventie (primair, secundair, tertiair).

3.6.2 De waarde van het rechtseconomisch onderzoek

Zwakke empirische basis
Paragrafen 3.2 tot en met 3.5 laten zien dat de rechtseconomische benadering van het vraagstuk van compensatie en preventie slechts in beperkte mate gesteund wordt door empirische onderzoeksresultaten. Er zijn wel enige aanwijzingen voor de preventieve werking van die financiële prikkels, maar die aanwijzingen gaan niet in dezelfde richting. Dat wil niet zeggen dat de stellingen die de rechtseconomie betrekt per definitie onjuist zijn, echter het tegendeel kan op basis van het empirisch wetenschappelijke onderzoek evenmin worden beweerd.

De rechtseconomie is vooral geïnteresseerd in de werking van verschillende compensatie-systemen en de financiële prikkels binnen die systemen op bepaalde outputmaten. De rechts-economie heeft geen visie of analyse van wat er in arbeidsorganisaties gebeurt met financiële prikkels. De arbeidsorganisaties zijn 'black boxes'. Onduidelijk is wat financiële prikkels teweeg brengen in die arbeidsorganisaties. Of leiden ze automatisch tot de gewenste output?

De rechtseconomische benadering lijkt dus om meerdere redenen niet dé oplossing te hebben voor het vraagstuk van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Anderzijds kan niet worden uitgesloten dat de rechtseconomische benadering een deel van de puzzel kan oplossen. Het is niet uitgesloten dat financiële prikkels in compensatiesystemen invloed kunnen hebben op preventie in arbeidsorganisaties.

Combinatie van onderzoeksmethoden
Wat kan uit de rechtseconomische theorie en praktijk worden geleerd voor de opzet van het empirisch onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? Het empirisch onderzoek naar deze relatie biedt nauwelijks aanknopingspunten voor de opzet van dit onderzoek naar compensatie en preventie ín arbeidsorganisaties, aangezien het uitsluitend gericht is op het effect van een specifiek soort preventie-instrumenten (financiële prikkels) op outputmaten als aantal, frequentie en duur van arbeidsongevallen en letsel door arbeidsongevallen. De meeste studies bieden geen inzicht in wat er binnen arbeidsorganisaties gebeurt en wat het handelen van actoren wel en niet bijdraagt aan preventie. Ook bieden de studies geen inzicht in welke risicofactoren van

[349] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 3 e.v.

beroepsziekten en arbeidsongevallen wel en niet door de financiële prikkels beïnvloed worden. Bovendien zijn geen studies beschikbaar naar de relatie met preventie van beroepsziekten.

Voor het doel van dit empirisch onderzoek, het onderzoeken van de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties, biedt alleen de studie van Kralj (1994) handvatten. Kralj is in staat gebleken door een combinatie van vragenlijstonderzoek en casestudies bij zowel werknemers als werkgevers (enig) inzicht te geven in de gevolgen van een bepaald systeem van werknemerscompensatie (een directe verzekering met risicodifferentiatie) op een beperkt aantal aspecten van preventie in arbeidsorganisaties. In hoofdstuk 4 zal nader worden beargumenteerd waarom in dit empirisch onderzoek ook gebruik wordt gemaakt van de combinatie vragenlijstonderzoek en casestudies.



Hoofdstuk 4

Onderzoeksopzet en onderzoeksmethodologie

Introductie

Dit hoofdstuk zet de doelstelling en de vormgeving van het empirisch onderzoek naar de preventieve werking van vier bestaande compensatiesystemen uiteen. De vier compensatiesystemen zijn:

- twee systemen van werknemerscompensatie in Nederland :
    - de collectieve ongevallenverzekering in de cao bouw (COV NL);
    - de Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven in Nederland (AVB NL).
- twee systemen van werknemerscompensatie in België:
    - arbeidsongevallenverzekering (AOV BE);
    - fonds voor de beroepsziekten (FBZ BE).

Het hoofddoel van dit empirisch onderzoek is inzicht verschaffen in de relatie tussen compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Wat gebeurt in werkelijkheid in de 'black box' van de arbeidsorganisatie? Dit wordt onderzocht door na te gaan welke veranderingsprocessen in een arbeidsorganisatie optreden als een schadeclaim wordt ingediend, afgehandeld en uitgekeerd. Welke veranderingen in preventie treden dan op? Wat is daarop de invloed van het betreffende compensatiesysteem? Welke invloed gaat van de arbeidsorganisaties uit? Onder invloed van welke andere factoren treden die veranderingen op? Welke actoren zijn actief? Dit zijn de kwesties waarop onderzoeksvraag 1 (en vier daarbij behorende deelvragen 1.a t/m 1.d) betrekking heeft.

Bovendien heeft dit empirisch onderzoek ten doel aanwijzingen te vinden voor de verbetering van de preventieve werking van werknemerscompensatie. Hoe kan een werknemerscompensatiesysteem zodanig worden vormgegeven dat de preventieve opbrengst ervan optimaal is? Hiernaar verwijst onderzoeksvraag 2. De onderzoeksvragen zijn hier nogmaals weergegeven.

Onderzoeksvragen:

1. Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    a. Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?
    b. Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    c. Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemers-compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    d. Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

2. Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeids-organisaties?

Ten behoeve van de beantwoording van deze onderzoeksvragen zijn drie deelonderzoeken uitgevoerd. Deelonderzoek 1 bestaat uit een analyse van de kenmerken van de vier onderscheiden compensatiesystemen, zie hoofdstuk 5. Deelonderzoek 2 is een vragenlijst-onderzoek onder werknemers die een schadevergoeding hebben ontvangen (en de betrokken werkgevers), naar de preventieve veranderingen na een dergelijke uitkering van de vergoeding, zie hoofdstuk 6. Deelonderzoek 3 bestaat uit zeven casestudies naar de preventiesituatie vóór indiening van een schadeclaim en de preventieve veranderingen in die arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van die claim, zie hoofdstuk 7. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de onderzoeksvragen en de deelonderzoeken.

Triangulatie
In dit onderzoek is gebruik gemaakt van data-triangulatie (gebruik van meerdere databronnen) en methoden-triangulatie (gebruik van meerdere onderzoeksmethoden). De data waarvan gebruik is gemaakt zijn schriftelijke bronnen, diepte-interviews en statistische gegevens. De onderzoeksmethoden die zijn toegepast zijn kwalitatief casestudie-onderzoek, kwantitatief vragenlijstonderzoek en analyse van de compensatiesystemen. Deze vormen van triangulatie dragen bij aan de verhoging van de validiteit en betrouwbaarheid.[350]

Tabel 4.1: Deelonderzoeken en onderzoeksvragen

	Deelonderzoek 1 (systeemanalyse)	Deelonderzoek 2 (vragenlijstonderzoek)	Deelonderzoek 3 (casestudies)
Onderzoeksvraag 1a : kenmerken systemen			
Onderzoeksvraag 1b : samenhang tussen compensatie en preventie			
Onderzoeksvraag 1c : verschil in samenhang tussen compensatie en preventie			
Onderzoeksvraag 1d : invloedsfactoren			
Onderzoeksvraag 2: optimale vormgeving			

Opzet hoofdstuk
Dit hoofdstuk kent 3 paragrafen. Paragraaf 4.1 besteedt aandacht aan de positie van dit empirisch onderzoek ten opzichte van het bestaande onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, zoals uiteengezet in hoofdstuk 2, en het bestaande onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie, zoals dat beschreven is in hoofdstuk 3. In deze paragraaf wordt onderbouwd waarom gekozen is voor een exploratief onderzoek.

Paragraaf 4.2 zet de opzet van de drie deelonderzoeken uiteen. Paragraaf 4.3 bestaat uit een samenvatting van dit hoofdstuk.

[350] Zie hiervoor o.a.: Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse, Swets & Zeitlinger. p. 292-296; Braster, J.F.A. (2000). *De kern van casestudy's*. Assen, van Gorcum. p. 64-65.

4.1. Plaatsbepaling van het empirisch onderzoek

De inleiding van dit boek zet de theoretische uitgangspunten van dit onderzoek uiteen. Werknemerscompensatie wordt beschouwd als een sociaal juridisch systeem. Tot een dergelijk systeem behoren zowel structuurelementen als actoren die dragers zijn van dat systeem. Ook de arbeidsorganisatie wordt beschouwd als een sociaal juridisch systeem. Binnen een arbeidsorganisatie kunnen actoren zowel vanuit het eigen belang handelen als vanuit het gezamenlijke organisatiebelang. Een arbeidsorganisatie kent verschillende juridische kenmerken, waarvan voor het onderwerp van deze studie de contractuele gezagsverhouding de belangrijkste is.

De hoofdstukken 1 t/m 3 bestaan uit een verkenning van de theoretische opvattingen over werknemerscompensatie, preventie in arbeidsorganisaties en de relatie daartussen. Tevens bieden deze hoofdstukken een overzicht van de resultaten van empirisch onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten en naar de relatie tussen werknemers-compensatie en preventie, en van de wijze waarop dat onderzoek is vormgegeven. Die verkenning is niet alleen uitgevoerd om de kennis over het vraagstuk van compensatie en preventie te bundelen, maar ook om suggesties te krijgen voor de wijze waarop empirisch onderzoek naar deze relatie opgezet kan worden. De verkenning leverde de volgende resultaten op:

1.Werknemerscompensatie is in hoofdstuk 1 gedefinieerd als elke specifieke formele wijze van compensatie van schade bij werknemers (of nabestaanden) die ontstaan is ten gevolge van een beroepsziekte of een arbeidsongeval. Vijf verschillende typen werknemerscompensatie zijn onderscheiden: werkgeversaansprakelijkheid, verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, directe verzekering, compensatiefonds en contractuele compensatie. Als indelingscriterium is gekozen de veranderingen in de formele verhouding tussen werkgever, werknemer en de eventuele verzekeraar. In hoofdstuk 1 zijn vervolgens negen elementen beschreven die voor de uiteindelijke vormgeving van een concreet werknemerscompensatie*s*ysteem van belang worden geacht. Die negen elementen zijn: kring van verzekerden, verzekerd risico, claimbeoordeling, voorzieningen, administratieve uitvoering, toezicht, financiering, preventietaken en preventie-instrumenten en de plaats van het compensatiesysteem ten opzichte van de sociale zekerheid.

De beschrijving van de negen elementen biedt ook inzicht in de (soorten) actoren die actief kunnen zijn rond de uitvoering van een compensatiesysteem. Naast de werknemer en actoren namens de werkgever of de werkgever zelf, zijn dat claimbeoordelaars (o.a. medische experts, arbeidshygiënische experts, schadedeskundigen, juridische adviseurs), actoren die betrokken zijn bij de administratieve uitvoering en bij de uitvoering van preventie in verband met het compensatiesysteem, en 'toezichthouders', waartoe niet alleen private actoren maar ook publieke actoren en actoren namens de rechtelijke macht kunnen worden gerekend.

De wereld van werknemerscompensatie blijkt een lappendeken van verschillende concrete compensatiesystemen, die naast elkaar kunnen bestaan en die in de werkelijkheid op veel verschillende wijzen worden vormgegeven. Voor de bestudering van de relatie tussen specifieke systemen van werknemerscompensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties is het van belang de inhoud van die specifieke systemen werknemerscompensatie te kennen en te beschrijven. Ook is het van belang inzicht te krijgen in de preventie-instrumenten waarover een compensatiesysteem beschikt. Een werknemerscompensatiesysteem kan bovendien niet worden losgezien van de sociaal economische context. Werknemerscompensatiesystemen zijn dus geen eenvoudige standaardsystemen, maar complexe systemen die een specifieke functie hebben in een specifieke context.

Wil men zicht krijgen op de preventieve werking van een compensatiesysteem dan is het dus nodig dat een precieze analyse wordt gemaakt van de inhoud van dat compensatiesystemen,

van de preventie-instrumenten waarover dat systeem beschikt en van de context waarbinnen het systeem functioneert.

2. In hoofdstuk 2 en 3 is nagegaan wat onder preventie moet worden verstaan. Naar aanleiding van die verkenning worden in dit empirisch onderzoek vier vormen van preventie onderscheiden. Drie vormen zijn afkomstig uit de gezondheidswetenschap, namelijk primaire preventie (voorkomen van ziekte of ongeval door de oorzaken ervan weg te nemen), secundaire preventie (vroegtijdig opsporen en behandelen van beginnende ziekte of letsel) en tertiaire preventie (voorkomen van verergering van reeds bestaande ziekte en letsel). De vierde vorm van preventie, quartaire preventie (beheersing kosten en schadelast) is ontleend aan de rechtseconomie en weerspiegelt de aandacht voor de kosten-baten aspecten van preventie.

3. Hoofdstuk 2 bevat een inventarisatie van het gezondheidskundig- en veiligheidskundig onderzoek naar de preventie van arbeidsongevallen en de twee beroepsziekten. In dat onderzoek ligt het accent op de evidence based benadering. Om verschillende redenen is een dergelijke aanpak in dit onderzoek weinig zinvol. In deze benadering is vooral aandacht voor onderzoek naar de effectiviteit van instrumenten, technieken en methoden die ingezet kunnen worden. Er is in dat onderzoek weinig oog voor de context van de arbeidsorganisatie, waarbinnen die instrumenten worden ingezet. Een dergelijke benadering biedt geen inzicht in de processen die zich binnen de arbeidsorganisatie voordoen. Evenmin is helder in hoeverre het preventiesysteem en het compensatiesysteem gezamenlijk of apart, positieve of negatieve invloed hebben op preventie binnen arbeidsorganisaties. Uit het wetenschappelijk onderzoek kunnen we amper opmaken onder welke voorwaarden succesvolle preventieve interventies in arbeidsorganisaties plaatsvinden. Tenslotte blijkt dat de opbrengst van het onderzoek naar evidence based oplossingen voor de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten vooralsnog te wensen overlaat.

4. In hoofdstuk 3 is de wetenschappelijke kennis over de relatie werknemerscompensatie en preventie geïnventariseerd. Het onderzoek is sterk juridisch-economisch gekleurd en heeft geen oog voor de complexiteit van zowel het compensatiesysteem als de arbeidsorganisatie. In het empirisch onderzoek maakt men voor een deel gebruik van ruwe schattingen, omdat de juiste gegevens vaak niet beschikbaar blijken te zijn. Daarnaast wordt het preventieve effect van een systeem van werknemerscompensatie, op een enkele uitzondering na, afgemeten aan de incidentie van ernstig letsel, de duur van letsel of aan het aantal dodelijke ongevallen. De relatie met de andere activiteiten die behoren tot de drie vormen van gezondheidspreventie blijft grotendeels buiten beeld. In dit onderzoek wordt bovendien de invloed van werknemerscompensatie gereduceerd tot de werking van de financiële prikkels van een compensatiesysteem, waardoor voorbij wordt gegaan aan de invloed van andere elementen van een compensatiesysteem. Andere factoren die mogelijk van invloed zijn op de relatie compensatie en preventie, de arbeidsorganisatie (en de actoren daarbinnen), het externe preventiesysteem (preventie-experts), het individu en het sociale-zekerheidssysteem, ontbreken. Empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en andere vormen van preventie ontbreekt eveneens. Het bestaande empirisch onderzoek bestaat met andere woorden vooral uit (economische) input- en output variabelen, maar laat de 'throughput', het handelen van actoren zowel in het kader van de uitvoering van het compensatiesysteem als binnen de arbeidsorganisatie grotendeels buiten beschouwing. Het bestaande onderzoek biedt daarmee slechts een beperkt en weinig betekenisvol antwoord op één van de twee hoofdvragen van dit onderzoek, namelijk wat de invloed is van verschillende systemen van werknemerscompensatie (al of niet in combinatie met invloed van andere factoren) op preventie in arbeidsorganisaties.

5. De zoektocht naar een onderzoeksmethodologie die geschikt is voor het onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties heeft dus weinig resultaat opgeleverd. De verschillende typen onderzoek die de revue zijn gepasseerd, te weten het evidence based onderzoek, dat vooral populair is in het gezondheidskundig- en veiligheidskundig onderzoek en het hypothese-toetsend onderzoek, dat vooral bij de empirisch georiënteerde rechtseconomische wetenschap in zwang is, kent niet alleen magere resultaten,

maar biedt ook geen zicht op wat er ín de arbeidsorganisatie gebeurt. De terreinverkenning naar een geschikte methodologie heeft slechts twee aanknopingspunten opgeleverd. In hoofdstuk 2 wordt verwezen naar Marx en Van Hootegem die, in verband met het onderzoek naar de relatie tussen arbeidsorganisatie en RSI, pleiten voor kleinschalig socio-technisch casestudie-onderzoek dat ook bijdraagt aan het tot stand brengen van veranderingen in arbeidsorganisaties.[351] En in hoofdstuk drie is de studie van Kralj beschreven.[352] Dat onderzoek, bestaande uit vragenlijstonderzoek onder 500 werkgevers die deelnamen aan het 'Neer' experiment ('New Experimental Experience Rating'), gecombineerd met casestudies bij 35 grote werkgevers met werknemers van allerlei niveaus, leverde wel waardevolle informatie op over de preventieve veranderingen die optreden als wijzigingen worden aangebracht in de inhoud van werknemerscompensatie. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een combinatie van vragenlijstonderzoek en casestudies onder verschillende soorten actoren in de arbeidsorganisatie de realisatie van het doel van dit onderzoek dichterbij kan brengen.

[351] Marx, Axel, Geert van Hootegem (2005). *The organisational antecedents of repetitive strain injuries*. Paper 23th International Labour Process Conference Glasgow.
[352] Kralj, B. (1994). *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49. p. 41 –61.

4.2 Exploratief onderzoek via drie deelonderzoeken

Uit de vorige paragraaf blijkt dat het vraagstuk van compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties grotendeels onontgonnen terrein is. In een dergelijke situatie wordt wel exploratief empirisch onderzoek voorgesteld.[353] Voor een dergelijke onderzoeksbenadering wordt ook hier gekozen. Via een exploratief onderzoek wordt geprobeerd inzicht te verkrijgen in de realiteit van compensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties, in de relatie tussen verschillende andere factoren die mogelijk van invloed zijn op die preventie, zoals het externe preventiesysteem, de sociale zekerheid, het individu en de actoren in de arbeidsorganisatie zelf. Een dergelijk onderzoek levert mogelijk ook inzichten op over de mogelijkheden en beperkingen om preventie binnen arbeidsorganisaties al dan niet door middel van werknemerscompensatie te verbeteren.

Drie deelonderzoeken
Hierna zal de opzet van het exploratief onderzoek uit de doeken worden gedaan. Dit onderzoek kent drie deelonderzoeken.

Het eerste deelonderzoek betreft een analyse van de vier onderscheiden werknemers-compensatiesystemen. Uitgangspunt voor die analyse zijn de negen elementen, die nader omschreven zijn in hoofdstuk 1, die van invloed zijn op de vormgeving van werknemerscompensatiesystemen. In de analyse van de vier onderscheiden systemen, die in hoofdstuk 5 wordt gepresenteerd, zal extra nadruk worden gelegd op de verschillende preventie-instrumenten die elk systeem bevat, in de verwachting dat met name in het casestudie-onderzoek kan worden achterhaald welke instrumenten wel en niet verantwoordelijk zijn voor het optreden van preventieve effecten in arbeidsorganisaties.

Het tweede deelonderzoek is een vragenlijstonderzoek onder werknemers en werkgevers. Dit vragenlijstonderzoek heeft als voornaamste doel na te gaan of er een, mogelijk verschillend, verband is tussen de vier (verschillende) systemen van werknemerscompensatie en preventie. Daarnaast heeft het ten doel een inventarisatie te maken van een aantal relevante variabelen, zoals de actoren die betrokken zijn bij compensatie en preventie.

Het derde deelonderzoek bestaat uit casestudie-onderzoek met als doel het in detail analyseren van preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Tevens hebben de casestudies als doel leerervaringen op te doen over de wijze waarop werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Met deze onderzoeksopzet wordt extensief onderzoek, dat wil zeggen een breed overzicht van de mate waarin preventieve veranderingen optreden in verband met werknemerscompensatie, gecombineerd met intensief onderzoek, dat wil zeggen dieper inzicht in de precieze kenmerken van werknemerscompensatiesystemen en de wijze waarop ze invloed hebben op de preventie in arbeidsorganisaties. Hierna worden de doelstellingen en de opzet van deze drie deelonderzoeken nader toegelicht.

Hoofdstukken 5-7, waar de resultaten van de drie onderzoeken worden gepresenteerd, besteden eveneens aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de ideeën over doelstellingen en opzet van het onderzoek zijn gerealiseerd. Uit die methodologische verantwoording achteraf zal blijken dat de oorspronkelijke methodologische opzet niet helemaal is gerealiseerd.

[353] Zie hiervoor o.a. Baarda, D.B., M.P.M. de Goede (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff; Swanborn, P.G. (1996). *Case- study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom; Hutjes, J.M., J.A. van Buuren, J.A. (1992). *De gevalsstudie*. Meppel/Amsterdam/Heerlen, Boom/ Open Universiteit.

Letselschadeproces
Omdat het exploratief onderzoek als doel heeft na te gaan wat in concrete arbeidssituaties gebeurt nadat een schadeclaim is ingediend en afgerond, is ervoor gekozen de verschillende fasen van het letselschadeproces als kader te nemen voor de uitvoering van het empirisch onderzoek. In dat proces kunnen zeven verschillende fasen worden onderscheiden. Die zeven fasen zijn:

1. de pre-claim fase, de situatie van de getroffen werknemer en van de arbeidsorganisatie voorafgaand aan een claim;
2. de fase van naming, waarin het letsel ontstaat;
3. de fase van blaming, waarin de getroffen werknemer de oorzaak van letsel toeschrijft aan de arbeidsorganisatie of actoren daarbinnen;
4. de claimfase, waarin de arbeidsorganisatie (en/of diens verzekeraar) wordt geconfronteerd met een schadeclaim;
5. de dispuutfase, waarin werknemer, werkgever, verzekeraar en/of juridisch belangenbehartigers overleggen, onderhandelen of strijden over de rechtmatigheid van de claim en de hoogte ervan;
6. de afhandeling van een claim;
7. de post-claim fase, de situatie na een afgeronde schadeclaim.

Fase 7 gaat vervolgens weer over in fase 1, de pre-claimfase. Het ideale design voor empirisch onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie bestaat uit een meting van de preventie in alle zeven fasen, aangezien het niet uitgesloten is dat in elk van de zeven fasen de relatie tussen compensatie en preventie anders is. Dit ideaal is geprobeerd te benaderen door zowel in het vragenlijstonderzoek als in het casestudie-onderzoek in fase 7 verschillende respondenten te bevragen over de veranderingen na fase twee. In het casestudie-onderzoek is bovendien een analyse gemaakt van de pre-claimfase.

4.2.1 Deelonderzoek 1: analyse van de kenmerken van vier compensatiesystemen

Het primaire doel van dit eerste deelonderzoek is het vinden van een antwoord op onderzoeksvraag 1.a: Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik van de compensatiesystemen? Daarnaast draagt de uitkomst van dit deelonderzoek bij aan het antwoord op onderzoeksvraag 1.d (welke factoren hebben invloed?) en onderzoeksvraag 2 (toekomstige vormgeving van werknemerscompensatie).

Ten behoeve van de beantwoording van onderzoeksvraag 1.a is nagegaan welke de specifieke kenmerken zijn van de vier verschillende compensatiesystemen. Dat is conform de opvatting uit hoofdstuk 1 (werknemerscompensatie) dat elk reëel bestaand compensatiesysteem een specifieke configuratie is van de negen onderscheiden elementen. Ten behoeve van de beschrijving van de vier specifieke compensatiesystemen is voornamelijk gebruik gemaakt van literatuurstudie, interviews en studie van vier letselschadedossiers in Nederland en België (één dossier per compensatiesysteem).

In dit onderzoek is extra aandacht besteed aan de inventarisatie van preventie-instrumenten: welke typen instrumenten zijn beschikbaar, wat is het gebruik ervan door de verzekeraars? Omdat over de preventie-instrumenten van de twee Nederlandse compensatiesystemen weinig openbare informatie beschikbaar was, is daarvan een inventarisatie uitgevoerd in samenwerking met een zestal sleutelfiguren in de Nederlandse verzekeringswereld. [354] Betrokkenen zijn geïnterviewd aan de hand van een gestructureerde checklist.[355] Ten behoeve van de inventarisatie van het gebruik van de AVB NL zijn de uitkomsten van twee andere onderzoeken betrokken: een vragenlijstonderzoek naar de financiële situatie van slachtoffers van OPS[356], en een onderzoek naar werkgeverskosten bij arbeidsgerelateerde schade[357]

[354] Het contact met deze sleutelfiguren is tot stand gekomen na bemiddeling door het Verbond van Verzekeraars.
[355] Zie verder paragraaf 5.1.
[356] Eshuis, W.A. (2010). *Financiële schade door OPS?* Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.

waarin onder andere een schatting is gemaakt van het aantal schadeclaims in Nederland. Ten behoeve van het gebruik van de contractuele compensatie in Nederland is eveneens van dit laatste onderzoek gebruik gemaakt.

Over de Belgische compensatiesystemen bestaat meer literatuur en andere vormen van schriftelijke documentatie, zodat een inventarisatie niet nodig werd geacht. Wel zijn aanvullende interviews gehouden met verzekeraars, werknemers en werkgevers. De inventarisatie van het gebruik van de compensatiesystemen in België is gebaseerd op de statistische gegevens van de betrokken verzekeraar, het Fonds voor de Arbeidsongevallen en het Fonds voor de Beroepsziekten.

4.2.2 Deelonderzoek 2: vragenlijstonderzoek

Het tweede deelonderzoek is een vragenlijstonderzoek onder werknemers en werkgevers. Dit vragenlijstonderzoek had oorspronkelijk ten doel om, samen met de casestudies, via een representatief onderzoek bij te dragen aan een antwoord op onderzoeksvragen 1 b. en 1 c. betreffende de, mogelijk verschillende, samenhang tussen (verschillende) systemen van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Ook zou het mede antwoord moeten geven op onderzoeksvraag 1 d. (factoren die van invloed zijn op dat verband). Tenslotte had dit deelonderzoek ten doel een inventarisatie te maken van een aantal relevante achtergrondvariabelen zoals de actoren die betrokken zijn bij compensatie en preventie. In deze paragraaf wordt kort uiteengezet welke de positie is van het vragenlijstonderzoek en welke intenties ten grondslag lagen aan het ontwerp ervan. In hoofdstuk 6. 2 wordt verslag gedaan van het uiteindelijke onderzoeksproces en worden methodologische kanttekeningen geplaatst bij dat onderzoeksproces en de resultaten van het onderzoek. Daar zal blijken dat de oorspronkelijke doelstellingen niet volledig zijn gerealiseerd.

Vragenlijsten

Ten behoeve van het vragenlijstonderzoek zijn twaalf vragenlijsten[358] ontwikkeld. Deze vragenlijsten hebben grotendeels dezelfde inhoud. De vragenlijsten zijn tot stand gekomen na een vooronderzoek dat bestond uit de volgende elementen:

- raadpleging van ongevallen- en beroepsziektenstatistieken in Nederland en België;
- raadplegen van literatuur over sociale zekerheid, werknemerscompensatie en preventie;
- gesprekken met experts op onderhavig gebied in Nederland en België;
- gesprekken met zes werknemers (drie uit België, drie uit Nederland) met letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte. Aan betrokken werknemers is tevens een concept vragenlijst ter commentaar voorgelegd;
- gesprekken met drie Belgische preventieadviseurs. Aan betrokken adviseurs is ook een concept vragenlijst ter commentaar voorgelegd;
- gesprekken met acht medewerkers van drie Belgische arbeidsongevallenverzekeraars, drie medewerkers van het Fonds voor Arbeidsongevallen en vier medewerkers van het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) over inhoud en vorm van de vragenlijst;
- gesprekken met vier Nederlandse arbo-coördinatoren. Aan betrokken coördinatoren is eveneens een concept vragenlijst ter commentaar voorgelegd.

---

[357] Eshuis, W.A., J.M. Gaarthuis, R. Knegt, M.H. Schaapman (2011). *Werkgeverskosten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW.

[358] 1. vragenlijst arbeidsongevallen België werknemer; 2. vragenlijst arbeidsongevallen België werkgever; 3. vragenlijst arbeidsongevallen Nederland werknemer; 4. vragenlijst arbeidsongevallen Nederland werkgever; 5. vragenlijst OPS België werkgever; 6. vragenlijst OPS België werknemer; 7. vragenlijst RSI België werkgever ; 8. vragenlijst RSI België werknemer; 9. vragenlijst OPS Nederland werkgever; 10. vragenlijst OPS Nederland werknemer; 11. vragenlijst RSI Nederland werkgever; 12. vragenlijst RSI Nederland werknemer. Voor de globale inhoud van deze vragenlijsten wordt verwezen naar tabel 4.2. In bijlage 1 is een van de vragenlijsten, de vragenlijst arbeidsongevallen werknemer België, opgenomen als voorbeeld van de opzet en inhoud van de vragenlijsten.

Het vooronderzoek leverde commentaar op over de lengte van de oorspronkelijke vragenlijst, de items, de antwoordcategorieën en het taalgebruik. Dit commentaar is verwerkt in de verschillende versies van de vragenlijst. In het vooronderzoek werd door verschillende geïnterviewden gewezen op de kansen op een lage respons als gevolg van negatieve ervaringen met het letselschadeproces en als gevolg van angst van werknemers voor de negatieve gevolgen van deelname aan onderzoek voor de eigen arbeidspositie. Ook wezen ze erop dat een lange en ingewikkelde vragenlijst zou kunnen leiden tot een lagere respons.
Zowel werknemers als preventieadviseurs en arbo-coördinatoren wezen op het belang van anonimiteit als middel om de respons te vergroten. Op basis van dat vooronderzoek zijn de volgende besluiten genomen:

- Gezien de samenstelling van de onderzoekspopulatie (de individuele slachtoffers zijn doorgaans oudere laaggeschoolden die in meerdere of mindere mate gezondheidsproblemen kennen), is gekozen voor vragen met voorgestructureerde antwoorden, in de hoop dat dit de respons zou vergroten.
- Ook is vastgesteld aan wie de werkgeversvragenlijst moest worden geadresseerd. Op advies van de informanten is in Nederland gekozen voor de directie/arbo-coördinator en in België voor de directie/preventieadviseur. De andere alternatieven (uitsluitend directie, personeelszaken, administratieve afdeling, verzekeringsafdeling, uitsluitend preventieadviseur, uitsluitend arbo-coördinator) vielen daarmee af.
- In de begeleidende brief aan zowel werkgevers als werknemers is benadrukt dat de informatie uit de vragenlijsten alleen ter inzage was aan de onderzoeker en zou worden geanonimiseerd.

Inhoud vragenlijst
De vragenlijsten bestonden in de definitieve versie uit 47 items bij de werknemers in Nederland en België, 46 items voor werkgevers in Nederland en 54 items voor werkgevers in België. Niet alle vragen zijn identiek. Dat heeft te maken met de verschillen in de compensatieregelingen, de verschillen in de publieke sociale zekerheid, en het verschil in inhoud van het arbeidsomstandighedenbeleid in Nederland en België. Daarnaast zijn aan werkgevers en werknemers niet altijd dezelfde vragen gesteld, omdat uit het vooronderzoek bleek dat werkgevers en werknemers niet over dezelfde informatiebronnen beschikken.

De opbouw van de vragenlijsten is wel uniform. Elke vragenlijst bevat vragen die betrekking hebben op het meten van het veranderingen in preventie binnen de arbeidsorganisatie (hier verder preventie-indicatoren genoemd) en vragen die betrekking hebben op een aantal gegevens van de respondent en de oorzaak van de beroepsziekte of het ongeval (hier achtergrondvariabelen genoemd). Bovendien is in de vragenlijsten nagegaan welke actoren betrokken waren bij preventieve veranderingen. De twaalf vragenlijsten zijn voor een belangrijk deel vergelijkbaar voor wat betreft de preventie-indicatoren (zie hiervoor tabel 4.2), de achtergrondfactoren en de inventarisatie van de actoren. Een van de vragenlijsten, de vragenlijst arbeidsongevallen werknemer België, is ter illustratie opgenomen in bijlage 1. In dezelfde bijlage is tevens opgenomen met welke personen contact is geweest ten behoeve van de ontwikkeling van deze vragenlijsten.

Meting preventieve effecten: preventie-indicatoren en meetmoment
Voor de inhoud van de vragenlijst is relevant op welke wijze preventieve effecten gemeten worden en op welk moment gemeten wordt. Voor de meting van preventie in het vragenlijstonderzoek zijn acht preventie-indicatoren (zie tabel 4.2) ontwikkeld. Deze (acht) indicatoren zijn zowel gebruikt in de werknemersvragenlijst als in de werkgeversvragenlijst.

De volgende vijf indicatoren zijn van toepassing op primaire preventie: herhaling arbeidsongeval of beroepsziekte, maatregelen, houding werknemer, houding collega's, arbeidsomstandigheden. Twee indicatoren hebben betrekking op tertiaire preventie: de werksituatie na afronding van de claim, en het herstel van het letsel. De 8^{e} indicator is de preventiestructuur. Deze indicator heeft betrekking op de veranderingen in de preventiestructuur na de afhandeling van de claim ten opzichte van de situatie voor de claim.

Tabel 4.2: Omschrijving acht indicatoren

Indicator 1: herhaling
Deze indicator moet antwoord geven of er sprake is van herhaling van een soortgelijk arbeidsongeval of deze beroepsziekte.
Vraagstelling werknemers - en werkgeversvragenlijst:
-heeft zich na dit ongeval nog één of meerdere keren een soortgelijk ongeval voorgedaan in het bedrijf?;
-heeft deze beroepsziekte zich nog één of meerdere keren voorgedaan in het bedrijf?
Antwoordmogelijkheden: a. ja, b. nee, c. weet niet.[359]

Indicator 2: maatregelen
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of er maatregelen zijn genomen na het ongeval of de beroepsziekte.
Vraagstelling werknemers - en werkgeversvragenlijst:
-zijn binnen het bedrijf maatregelen genomen om te voorkomen dat hetzelfde ongeval weer kan plaatsvinden?
-zijn binnen het bedrijf maatregelen genomen om te voorkomen dat deze beroepsziekte weer kan optreden?
Antwoordmogelijkheden: a. ja, b. nee, c. weet niet.

Indicator 3: houding collega's
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of collega's veiliger of gezonder zijn gaan werken.
Vraagstelling werknemers - en werkgeversvragenlijst:
-zijn uw (werkgevers: de) collega's veiliger gaan werken nadat u een ongeval hebt opgelopen?
-letten uw (werkgevers: de) collega's beter op hun eigen gezondheid sinds zij weten dat u (respectievelijk de werknemer-s) een beroepsziekte hebt?
Antwoordmogelijkheden: a. ja, b. nee, c. weet niet.

Indicator 4: houding werknemer
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of de werknemer zèlf veiliger of gezonder is gaan werken.
Vraagstelling werknemersvragenlijst:
-bent u zelf veiliger gaan werken nadat u een ongeval hebt opgelopen?
-bent u zelf gezonder gaan werken na de vaststelling van de beroepsziekte?
Vraagstelling werkgeversvragenlijst:
-is de werknemer veiliger gaan werken na het ongeval?
-is de werknemer gezonder gaan werken na de beroepsziekte?
Antwoordmogelijkheden: a. ja, b. nee, c. weet niet.

Indicator 5: herstel
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of sprake is van volledig herstel van de werknemer?
Vraagstelling werknemersvragenlijst:
-hoe omschrijft u uw huidige gezondheid?
Antwoordmogelijkheden: a. ik ben geheel hersteld, b. ik heb nog steeds gezondheidsklachten als gevolg van het ongeval/de beroepsziekte, c. ik heb nieuwe gezondheidsklachten
Vraagstelling werkgeversvragenlijst:
-hoe omschrijft u de gezondheid van de werknemer?
Antwoordmogelijkheden: a.de werknemer is geheel hersteld, b.de werknemer heeft nog steeds gezondheidsklachten als gevolg van het ongeval/de beroepsziekte, c. de werknemer heeft nieuwe gezondheidsklachten.

Indicator 6: werk
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of de werknemer werk heeft of werkloos is.
Vraagstelling werknemersvragenlijst:
-wat is uw huidige (werk) situatie?
Antwoordmogelijkheden : a. ik werk bij dezelfde werkgever, b. ik werk bij een andere werkgever, c. ik heb een arbeidsongeschiktheidsuitkering, d. ik heb een werkloosheidsuitkering, e. ik heb pensioen of vervroegd pensioen
Vraagstelling werkgeversvragenlijst:
-wat is de huidige (werk) situatie van de betrokken werknemer?
Antwoordmogelijkheden: a. de werknemer is nog steeds in ons bedrijf werkzaam, b. de werknemer is werkzaam bij een ander bedrijf, c.de werknemer heeft een arbeidsongeschiktheidsuitkering, d. de werknemer heeft een werkloosheidsuitkering, e. de werknemer heeft pensioen of vervroegd pensioen, f. weet niet.

Indicator 7: arbeidsomstandigheden
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of de arbeidsomstandigheden zijn verbeterd, verslechterd of gelijk zijn gebleven.
Vraagstelling werknemers - en werkgevers vragenlijst:
-Bent u van mening dat de arbeidsomstandigheden in het bedrijf na afhandeling van de aangifte (nl: schadeclaim) zijn verbeterd of verslechterd?
Antwoordmogelijkheden: a. de arbeidsomstandigheden zijn verbeterd, b. de arbeidsomstandigheden zijn verslechterd, c. de arbeidsomstandigheden zijn niet veranderd, d. weet niet, geen mening.

Indicator 8: preventiestructuur.
Deze indicator moet antwoord geven op de vraag of er veranderingen zijn opgetreden in de preventiestructuur.
Daartoe is de respondenten (werkgevers en werknemers) gevraagd om de preventiestructuur (dwz: aanwezigheid van preventieadviseur/arbo-coördinator, commissie PBW/VGWM commissie, ondernemingsraad, betrokkenheid vakbond, bedrijfsarts/arbeidsgeneesheer) weer te geven voor de beroepsziekte/arbeidsongeval en na afronding van de schadeclaim.

[359] In de verkorte werkgeversvragenlijst is omwille van de vragenlijstopbouw een enigszins andere vraagstelling gehanteerd: zie hiervoor hoofdstuk 6.

Als meetmoment is fase 7 (de post-claim fase) van het letselschadeproces gekozen. Aan deze keuze liggen de volgende verwachtingen ten grondslag.

- De eerste verwachting is dat na afronding van de claim de (meeste) actoren consensus hebben over de causaliteit, de ernst van het letsel en de schade.
- Daarnaast bestaat de verwachting dat in deze fase, vaak mede op basis van onderzoek in het kader van de claimbeoordeling, informatie beschikbaar is over de mogelijkheden tot preventie van het ongeval of de beroepsziekte.
- Ook bestaat de verwachting dat aan het eind van het letselschadeproces de kans het grootst is op een beeld van de duurzame, lange-termijn, preventieve veranderingen naar aanleiding van het ongeval of de beroepsziekte.
- Tenslotte is de verwachting dat door de keuze van dit meetmoment het onderzoek geen invloed heeft op het claimbeoordeling-en onderhandelingsproces en op het preventief handelen van actoren. De inschatting is dat daardoor de betrokken actoren eerder bereid zijn tot deelname aan het onderzoek.

Achtergrondvariabelen: kenmerken arbeidsorganisatie en individu
Een aantal vragen heeft betrekking op:

- kenmerken van de getroffen werknemer die een letsel heeft opgelopen (geboortedatum, geslacht, burgerlijke staat, laatste beroep, type arbeidscontract, duur laatste dienstverband);
- kenmerken van de arbeidsorganisatie waar het letsel is opgetreden (aantal werknemers, sector);
- kenmerken van de respondent die namens de arbeidsorganisatie de vragenlijst heeft ingevuld (functie binnen het bedrijf, duur dienstverband, geboortedatum, geslacht).

Tevens is in alle vragenlijsten de vraag gesteld of betrokkenen aan vervolgonderzoek zouden willen deelnemen. Paragraaf 6.1 doet verslag van het uiteindelijke onderzoeksproces en plaatst kanttekeningen bij de gekozen methodologie en bij de resultaten van het onderzoek.

4.2.3 Deelonderzoek 3: casestudie-onderzoek

Het casestudie-onderzoek draagt bij aan de beantwoording van vier onderzoeksvragen. Het geeft een antwoord op onderzoeksvraag 1.d (Welke factoren zijn van invloed op de-mogelijk verschillende- samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?). Daarnaast draagt het samen met het vragenlijstonderzoek bij aan de beantwoording van onderzoeksvragen 1.b en 1.c, die betrekking hebben op de -verschillende- samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie. Tevens geven de casestudies een antwoord op onderzoeksvraag twee, die betrekking heeft op de wijze waarop werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Deze paragraaf zet kort uiteen wat welke doelstellingen dit casestudie-onderzoek heeft, welke de basis is van de caseselectie en wat gemeten is via het casestudie-onderzoek. Paragraaf 7. 1 doet verslag van het uiteindelijke onderzoeksproces en plaatst methodologische kanttekeningen bij het onderzoeksproces en de resultaten van het onderzoek.

Doelstellingen casestudies
Casestudies kunnen verschillende doelstellingen hebben: een gedetailleerde beschrijving van een sociaal verschijnsel, verschillende interpretaties van een fenomeen door diverse participanten in een sociaal systeem, het verklaren van sociale processen, de evaluatie van beleidsmaatregelen of ontwerpproblemen in organisaties.[360]

Dit casestudie-onderzoek sluit aan bij de eerste twee doelen. De bedoeling is om een zo waarheidsgetrouw mogelijk beeld te schetsen van (het eventueel brede en veelkleurige pallet

[360] Braster, J.F.A.(2004). *De kern van case study's*. Assen, van Gorcum. p. 47.

van) de verschillende preventieve veranderingen, de factoren die invloed hebben op die preventieve veranderingen en de (mogelijk verschillende) waardering van die veranderingen. Via dit casestudie- onderzoek wordt gepoogd de verschillende sleutelpersonen (stakeholders) aan het woord te laten en na te gaan welke overeenkomsten en verschillen van mening men heeft. Op deze wijze kan zicht worden gekregen op de (mogelijk verschillende) perspectieven van de verschillende actoren.

Deze benadering sluit aan bij opvattingen van Yin[361], die stelt dat een casestudie een goede onderzoekaanpak is voor de volgende situaties:

- de onderzoeker kan de gebeurtenissen niet controleren;
- de focus ligt op een hedendaags verschijnsel binnen een 'real life context';
- de onderzoeker wil de contextuele voorwaarden onderzoeken omdat hij het vermoeden heeft dat die relevant zijn voor het onderwerp van onderzoek. Op die manier kan dus worden nagegaan welke eigenschappen van die context van belang zijn;
- er zijn meerdere variabelen in beeld.

De keuze voor casestudie als onderzoeksmethode sluit grotendeels aan bij de opvatting zoals die onder andere door Swanborn (1996)[362] is geformuleerd. Hij beschouwt een casestudie als de bestudering van een sociaal verschijnsel in de natuurlijke omgeving bij een of enkele dragers van dat verschijnsel, waarbij de onderzoeker gericht is op gedetailleerde beschrijving van stabiliteit en verandering van tal van variabelen. Swanborn ziet casestudie-onderzoek ook als middel om verklaringen van de onderzochte processen op het spoor te komen. In onderhavig onderzoek staat echter niet zozeer het verklaren van verschijnselen voorop als wel de verkenning van de sociale werkelijkheid in arbeidsorganisaties.

Praktijk- en theoriegericht

Dit casestudie-onderzoek is zowel praktijkgericht als theoriegericht. Met de praktijkgerichte dimensie wil het onderzoek nieuwe inzichten, ervaringen en aanwijzingen opdoen die kunnen bijdragen aan de verbetering van de preventie door, onder andere, verbetering van compensatiesystemen zelf of verbetering van de inbedding van die systemen.

In theoriegericht onderzoek[363] dient de verzamelde kennis primair om wetenschappelijke theorieën te ontwikkelen, te illustreren of te toetsen. Conform de opvattingen van onder andere Yin[364] moet theorieontwikkeling een onderdeel zijn van de ontwerpfase van case studies. De in de voorgaande hoofdstukken verzamelde inzichten vormen die theoretische basis voor de opzet van de casestudies. Tijdens het onderzoeksproces is geprobeerd een maximale openheid voor onbekende verschijnselen ('serendipity')[365] te betrachten, zodat ook ruimte blijft voor eventuele andere verschijnselen. Dit casestudie-onderzoek is daarmee voornamelijk inductief van karakter, dat wil zeggen dat het vooral bedoeld is om zoveel mogelijk nieuwe empirische kennis over dit vraagstuk te verkrijgen. Dit neemt overigens niet weg dat met behulp van die empirische kennis nieuwe (theoretische) inzichten kunnen worden opgedaan.

Selectie van cases

Volgens Swanborn zijn drie hoofdvragen relevant in verband met selectie van cases:

- hoe gaan we praktisch te werk bij het selecteren,
- hoeveel cases moeten gekozen worden,
- op basis van welke criteria wordt geselecteerd?

De tweede en de derde vraag worden in deze paragraaf beantwoord.

---

[361] Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods.* London, Sage Publications. p. 1 -11.
[362] Swanborn, P.G. (1996). *Case- study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom. p. 22.
[363] Swanborn, P.G. (1996). *Case- study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom. p. 32-33.
[364] Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods.* London, Sage Publications. p. 28.
[365] http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2005/wp472.pdf

Drie criteria
In dit onderzoek is het belangrijkste criterium voor selectie de heterogeniteit op de onafhankelijke variabele, het compensatiesysteem. Immers, het casestudie-onderzoek moet niet alleen bijdragen aan een antwoord op onderzoeksvraag 1.b, die betrekking heeft op de samenhang tussen de werknemerscompensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties, maar ook op onderzoeksvraag 1.c, die betrekking heeft op de vraag of er een verschillende samenhang bestaat tussen de afzonderlijke compensatiesystemen en preventie, en onderzoeksvraag 1.d over de factoren die invloed hebben op die samenhang. Voor een antwoord op de tweede vraag van dit onderzoek ("Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat het gepaard gaat met optimale preventie in arbeidsorganisaties?") is heterogeniteit op de onafhankelijke variabele eveneens zinvol.

Voor het antwoord op onderzoeksvraag 1.d, de vraag welke factoren van invloed zijn op de samenhang tussen compensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties, is het zinvol na te gaan of de omvang van arbeidsorganisatie ertoe doet. Daarom is dat ook als selectiecriterium gehanteerd. Uitgangspunt was om in beide landen casestudie-onderzoek te doen in zowel grote, kleine als middelgrote arbeidsorganisaties.

Gezien de verschillen in aard van het letsel dat gepaard gaat met een arbeidsongeval, respectievelijk de beroepsziekten OPS en RSI, en de daarmee samenhangende preventieactiviteiten, ligt het ook voor de hand dit als selectiecriterium te hanteren.

Idealiter zou de toepassing van deze drie criteria (vier compensatiesystemen, drie verschillende dimensies van omvang van arbeidsorganisaties, drie verschillende typen letsel: OPS, RSI en letsel in verband met een arbeidsongeval) leiden tot een selectie van 36 cases.

Praktische motieven
Praktische motieven, waarvan de beperkte tijd van de onderzoeker de belangrijkste is, geven echter aanleiding tot het stellen van een ondergrens aan het aantal cases. Ten behoeve daarvan is als criterium gehanteerd dat elk van de vier compensatiesystemen aan bod moet komen en dat daarnaast minimaal elk verschillend letsel en elke grootteklasse arbeidsorganisatie in minstens één case studie onderzocht moet worden. Dit is weergegeven in tabel 4.3. Op basis van deze pragmatisch criteria is een ondergrens vastgesteld van minimaal zes cases:

- ten behoeve van AVB NL één case studie naar OPS en één naar RSI;
- ten behoeve van COV NL één case studie;
- ten behoeve van AOV BE één case studie;
- ten behoeve van FBZ BE één case studie naar OPS en één naar RSI.

Tabel 4.3: Overzicht van criteria voor selectie zes case studies

Kenmerken	Compensatie systeem	Arbeids ongeval	Beroeps ziekte RSI	Beroeps ziekte OPS		arbeidsorgani satie, >100 (zeer groot)	arbeidsorgani satie, 25-100 (middelgroot)	arbeidsorgani satie, 0-24 (klein)
Case 1	AVB NL		X			X		
Case 2	AVB NL			X			X	
Case 3	COV NL	X						X
Case 4	AOV BE	X				X		
Case 5	FBZ BE		X				X	
Case 6	FBZ BE			X				X

Hoofdstuk 7 doet verslag van de definitieve selectie en de wijze waarop die selectie tot stand is gekomen.

Checklijst preventieve veranderingen
Ten behoeve van het vragenlijstonderzoek zijn acht preventie-indicatoren ontwikkeld die veranderingen in de primaire en tertiaire preventie meten. Om in de casestudies een analyse te

kunnen maken van de preventieve veranderingen naar aanleiding van een schadeclaim is een checklijst preventieve veranderingen ontworpen.

Zoals ook in kader 1 t/m 4 is weergegeven maakt deze checklijst onderscheid in veranderingen in de primaire-, secundaire-, tertiaire- en quartaire preventie. De checklijst gaat uit van actoren als dragers van deze vier vormen van preventie. Die actoren handelen al of niet preventief, dat wil zeggen ze hebben bepaalde intenties, plegen interventies (dat wil zeggen ze stellen doelen, zetten middelen in om die doelen te bereiken en te realiseren), en hebben een bepaald effect met hun handelen. Dat effect (of output) kan onder andere bestaan uit maatregelen, handelen van actoren, incidentie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, en kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Deze veranderingen kunnen optreden binnen de arbeidsorganisatie, respectievelijk de actoren binnen die arbeidsorganisatie. Tot die actoren binnen de arbeidsorganisatie behoort ook het betreffende individu dat een schadeclaim heeft ingediend en een schadevergoeding heeft ontvangen.

Veranderingen op het vlak van primaire preventie zijn verbonden met het reduceren of wegnemen van specifieke risicofactoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van een bepaalde beroepsziekte of een arbeidsongeval. De veranderingen in primaire preventie kunnen ook bestaan uit veranderingen in gezond en veilig gedrag van individuele actoren en uit het afwegen van risico's teneinde slechte of gevaarlijke risico's te vermijden en aldus de bestaande toestand te verbeteren. In kader 4.1 is het begrip veranderingen in primaire preventie geoperationaliseerd.

Kader 4.1: Checklijst veranderingen in de primaire preventie

Veranderingen in primaire preventie individueel - zijn activiteiten ondernomen om een of meerdere risicofactoren in de werksituatie van de betreffende werknemer te kennen of te beïnvloeden, dan wel de werknemer ertegen te beschermen? - is de werknemer gezonder of veiliger gaan werken? - heeft de werknemer te maken gehad met herhaling van arbeidsongeval? - heeft werknemer opnieuw een andere beroepsziekte opgelopen?
Veranderingen in primaire preventie arbeidsorganisatie - zijn in de arbeidsorganisatie activiteiten ondernomen om een of meerdere risicofactoren in de arbeid te kennen of te beïnvloeden? Of heeft men activiteiten ondernomen om werknemers tegen die risicofactoren te beschermen? - heeft neemt specifieke risicofactoren weggenomen? Heeft men de bescherming ertegen verbeterd? - is sprake van verbetering/verandering van arbeidsplaatsen? - is sprake van herhaling van het arbeidsongeval of de beroepsziekte? - zijn maatregelen genomen na het arbeidsongeval of de beroepsziekte om hetzelfde ongeval of beroepsziekte te voorkomen of heeft men plannen daarvoor? - zijn overige werknemers (collega's) veiliger en/of gezonder gaan werken? - zijn de overige arbeidsomstandigheden veranderd?

Kader 4.2 vermeldt de aandachtspunten die betrekking hebben op veranderingen in de secundaire preventie. Bij veranderingen op het gebied van secundaire preventie gaat het om (nieuwe) activiteiten om in een vroeg stadium beginnende klachten, potentiële veiligheids- en gezondheidsproblemen op te sporen en te behandelen, voordat deze tot ernstige gezondheidsproblemen leiden. Er kunnen ook veranderingen optreden in de secundaire preventie ten behoeve van het betreffend individu. Denk aan het extra monitoren van een werknemer die met RSI is uitgevallen en, geheel of gedeeltelijk hersteld, het werk hervat. In verband met arbeidsongevallen kan secundaire preventie worden gerelateerd aan registratie van bijna-ongevallen en van communicatie daarover. Bij dit onderdeel van preventie wordt er ook vanuit gegaan dat de betreffende werknemer bij kan dragen aan preventie door bijvoorbeeld zelf vroegtijdig klachten te signaleren.

Kader 4.2: Checklijst veranderingen in de secundaire preventie

Veranderingen in secundaire preventie individueel - wordt het betreffende individu, dat werk hervat, extra gemonitord? - is het individu zelf meer alert op ontstaan en voorkomen van werkgerelateerde klachten of beroepsziekten? - is het individu alert op bijna ongevallen en communiceert hij daarover?
Veranderingen in secundaire preventie arbeidsorganisatie - zijn (nieuwe) activiteiten ondernomen om binnen de arbeidsorganisatie in een vroegtijdig stadium beginnende, latente klachten op te sporen en te behandelen en daardoor een en ander te voorkomen bij de betreffende werknemers? - zijn activiteiten ondernomen om vroegtijdige onderkenning te verbeteren en/of bijna ongevallen op te sporen of heeft men plannen daarvoor? - zorgt men voor adequate en snelle diagnostiek of heeft men de intentie daartoe? - heeft men in de arbeidsorganisatie een preventiestructuur (gecreëerd of gewijzigd) waarmee vorm gegeven wordt aan die secundaire preventie?

Kader 4.3 benoemt de aandachtspunten die betrekking hebben op veranderingen in de tertiaire preventie. Bij veranderingen in deze vorm van preventie gaat het om de vraag of er ten behoeve van het betreffende individu activiteiten zijn ondernomen met de intentie het voorkomen van verergering en complicaties in de vorm van bijvoorbeeld handicaps en invaliditeit, en voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Dat kan door behandeling, verschaffen van voorzieningen, adequate en snelle diagnostiek van letsel en behandeling. Ook kunnen veranderingen in tertiaire preventie betrekking hebben op de re-integratie (activiteiten gericht op herplaatsen van een persoon met een ziekte of beperking die uitgevallen is). Hiertoe behoort ook de bevordering van het aanpassingsvermogen van de patiënt en het vermogen deel te nemen aan het dagelijkse leven en aan werk. De preventieve veranderingen kunnen ook betrekking hebben op het beleid in de arbeidsorganisatie.

Kader 4.3: Checklijst veranderingen in de tertiaire preventie

Veranderingen in tertiaire preventie individueel - is verergering en complicaties van ziekte en letsel voorkomen (of zijn activiteiten ondernomen, heeft men de intentie daartoe)? - is arbeidsongeschiktheid voorkomen? - is adequate en snelle diagnostiek en behandeling uitgevoerd? - zijn activiteiten uitgevoerd gericht op herplaatsen van het individu? - zijn activiteiten ontwikkeld gericht op bevordering van het aanpassingsvermogen? - is er wel of niet sprake van (volledig) herstel van de werknemer? - is de werknemer weer volledig aan het werk? - is betrokkene mentaal, fysiek of anderszins sterker of zwakker dan voor het indienen van de claim, of de aangifte?
Veranderingen in tertiaire preventie arbeidsorganisatie - is het beleid ten aanzien van inzetbaarheid van ziek personeel (bestaande uit o.a. diagnostiek, behandeling, herplaatsing) veranderd? - of heeft men de intentie dat beleid te veranderen, of heeft men plannen in die richting?

Kader 4.4 zet de aandachtspunten voor de veranderingen in de quartaire preventie op een rij. Bij quartaire preventie staat beheersing van schadelast en kosten centraal. De casestudies besteden zowel aandacht aan de veranderingen in de financiële situatie van het individu als van de arbeidsorganisatie. Niet alleen het resultaat van de veranderingen is een aandachtspunt, dat wil zeggen de kosten en de schadelast van het individu en de arbeidsorganisatie, maar ook de activiteiten die worden ondernomen door betrokkenen (met name getroffene en werkgever) met betrekking tot de financiële lusten en lasten.

Kader 4.4: Checklijst veranderingen in de quartaire preventie.

Veranderingen in quartaire preventie individueel: - wat is de schadelast van het individu? - zijn interventies ondernomen (zo ja door wie?) gericht op beheersing van de kosten en de schadelast van het individu? - heeft het individu een betere of slechtere financiële situatie na de afwikkeling dan ervoor?
Veranderingen in quartaire preventie arbeidsorganisatie: - wat is de schadelast van de arbeidsorganisatie? - zijn interventies ondernomen (zo ja door wie?) gericht op beheersing van de kosten en de schadelast van de arbeidsorganisatie? - zijn de kosten en de schadelast daadwerkelijk beheerst? - zijn veranderingen in kosten en schadelast van de arbeidsorganisatie opgetreden?

4.3. Samenvatting

In dit hoofdstuk is de vormgeving uiteengezet van het empirisch onderzoek naar de preventieve werking van de vier compensatiesystemen. Twee van die compensatiesystemen zijn afkomstig uit Nederland (COV NL en AVB NL) en twee uit België (AOV BE en FBZ BE).

Omdat het vraagstuk van compensatie en preventie in arbeidsorganisaties empirisch grotendeels een onontgonnen terrein blijkt te zijn, is gekozen voor exploratief empirisch onderzoek. Dit onderzoek heeft als doel de relatie tussen compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties inzichtelijk te maken. Wat gebeurt er in werkelijkheid in de black box van de arbeidsorganisatie als een schadeclaim wordt ingediend, afgehandeld en uitgekeerd? Welke preventieve veranderingen treden op? Wat is daarop de invloed van compensatiesystemen? Welke invloed gaat van de arbeidsorganisaties uit? Onder invloed van welke andere factoren treden die veranderingen op? Welke actoren zijn actief? Hoe kan de preventieve werking van compensatiesystemen geoptimaliseerd worden?

In het kader van het exploratief onderzoek zijn drie deelonderzoeken voorzien, waarin verschillende onderzoeksmethoden worden toegepast. In dit onderzoek is niet alleen gebruik gemaakt van methoden-triangulatie maar ook van data-triangulatie (gebruik van meerdere databronnen). Het eerste deelonderzoek betreft een analyse van de kenmerken van de vier onderscheiden werknemerscompensatiesystemen. Het tweede deelonderzoek is een vragenlijstonderzoek onder werknemers en werkgevers. Het derde deelonderzoek bestaat uit casestudie-onderzoek met als doel het in detail analyseren van preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Tevens hebben de casestudies als doel leerervaringen op te doen over de wijze waarop werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Hierna zullen de resultaten van de drie deelonderzoeken worden gepresenteerd, te beginnen in hoofdstuk 5 met de analyse van de vier compensatiesystemen. Hoofdstuk 6 volgt met een overzicht van de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. Hoofdstuk 7 doet verslag van het casestudie-onderzoek.



Hoofdstuk 5

De kenmerken van de vier werknemerscompensatiesystemen

Introductie

In dit hoofdstuk staat onderzoeksvraag 1.a centraal: "Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen, welke preventie-instrumenten kennen ze en wat is het gebruik van de compensatiesystemen?"

Dit hoofdstuk borduurt voort op hoofdstuk 1. In dat hoofdstuk zijn vijf typen werknemerscompensatie onderscheiden: de werkgeversaansprakelijkheid, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, de directe verzekering, het compensatiefonds en de contractuele compensatie. Tot een type kunnen verschillende systemen van werknemerscompensatie behoren. Er is sprake van een systeem als de concrete actoren, de afzonderlijke elementen en de structuur zijn ingevuld. In paragraaf 1.3 zijn negen elementen beschreven die voor die invulling verantwoordelijk zijn. In hoofdstuk 1 is ook vastgesteld dat compensatiesystemen inhoudelijk van elkaar verschillen. Voor de bestudering van de relatie tussen specifieke systemen van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties is het daarom van belang de inhoud van die specifieke systemen werknemerscompensatie te kennen en te beschrijven.

Dit hoofdstuk geeft een dergelijke beschrijving van de vier werknemerscompensatiesystemen die in het empirisch onderzoek centraal staan: de Nederlandse Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (AVB NL), de Arbeidsongevallenverzekering België (AOV BE), het Belgische Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE) en de collectieve ongevallenverzekering op basis van de Nederlandse cao bouw (COV NL).[366] Die beschrijving gebeurt aan de hand van de volgende negen elementen: kring verzekerden, verzekerd risico, claimbeoordeling, voorzieningen, administratieve uitvoering, toezicht, financiering, preventie-instrumenten, positie ten opzichte van de sociale zekerheid.

Ten behoeve van de beschrijving van de vier specifieke compensatiesystemen is gebruik gemaakt van literatuurstudie, interviews en studie van vier letselschadedossiers in Nederland en België, één dossier per compensatiesysteem. Ten behoeve van de inventarisatie van de omvang van het gebruik van de AVB NL zijn de uitkomsten van twee onderzoeken betrokken: een vragenlijstonderzoek naar de financiële situatie van slachtoffers van OPS[367], en een onderzoek naar werkgeverskosten naar arbeidsgerelateerde schade[368] waarin onder andere een schatting is gemaakt van het aantal schadeclaims in Nederland. Ten behoeve van het gebruik van de contractuele compensatie in Nederland is eveneens van dit laatste onderzoek gebruik gemaakt. De inventarisatie van het gebruik van de compensatiesystemen in België is gebaseerd op de statistische gegevens van het Fonds voor de Arbeidsongevallen en het Fonds voor de Beroepsziekten. Deze inventarisatie is beperkt tot de private sector. Regelingen in de publieke sector zijn niet in het overzicht meegenomen.

Allereerst komen de twee Nederlandse compensatiesystemen aan bod, in paragraaf 5.2 de AVB NL en in paragraaf 5.3 de COV NL. Daarvoor geeft paragraaf 5.1 een beschrijving van werknemerscompensatie in Nederland. Daarin wordt ook aandacht besteed aan de omvang van de werknemerscompensatie in Nederland en de plaats ervan ten opzichte van de sociale zekerheid.

Daarna volgt een beschrijving van de twee Belgische compensatiesystemen. In paragraaf 5.5 komt de AOV BE aan bod en in paragraaf 5.6 het FBZ BE. Ook deze twee paragrafen worden

[366] Van empirisch onderzoek naar de samenhang tussen werkgeversaansprakelijkheid en preventie is afgezien. Het is niet gelukt om werkgevers te vinden waartegen een claim is ingediend en die niet verzekerd zijn. Naar schatting 90% van de werkgevers in Nederland heeft een AVB verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid. Zie ook paragraaf 5.2.
[367] Eshuis, W.A. (2010). *Financiële schade door OPS?* Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.
[368] Eshuis, W.A., J.M. Gaarthuis, R. Knegt, M.H. Schaapman (2011). *Werkgeverskosten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW.

voorafgegaan door een paragraaf (5.4) over de omvang van de werknemerscompensatie in België en de positie ervan ten opzichte van de sociale zekerheid.

In de beschrijving van de vier compensatiesystemen ligt de nadruk op de inventarisatie van de preventie-instrumenten, conform de verwachting dat deze preventie-instrumenten invloed hebben op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Aan het eind van de beschrijving van elk afzonderlijk compensatiesysteem volgt een overzicht van die preventie-instrumenten. Omdat over de preventie-instrumenten van de twee Nederlandse compensatiesystemen nauwelijks schriftelijke informatie beschikbaar was, is een inventarisatie uitgevoerd van preventie-instrumenten en het gebruik ervan door middel van raadpleging van medewerkers van zes verzekeringsmaatschappijen.[369] De uitkomst van de inventarisatie is verwerkt in de beschrijving van de preventie-instrumenten en het gebruik van die instrumenten bij de AVB NL (paragraaf 5.2 en tabel 5.3) en de COV NL (paragraaf 5.3 en tabel 5.4). Bijlage 2 geeft een uitgebreider overzicht van de aanpak van deze inventarisatie. De vertegenwoordigers van de verzekeringsmaatschappijen waren bereid mee te werken aan de inventarisatie op voorwaarde dat hun namen en die van hun verzekeringsmaatschappij niet vermeld zouden worden.

Over de preventie-instrumenten van de twee Belgische compensatiesystemen bestaat meer literatuur (zie hiervoor de literatuuropgave) en andere vormen van schriftelijke documentatie. Daarom kon in de Belgische situatie worden volstaan met een aantal aanvullende interviews. Die interviews zijn gehouden met medewerkers van drie arbeidsongevallenverzekeraars , met medewerkers van het Fonds Arbeidsongevallen en met medewerkers van het Fonds voor de Beroepsziekten. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de geïnterviewden. Ook in België bleken de vertegenwoordigers van de verzekeringsmaatschappijen uitsluitend bereid mee te werken aan de inventarisatie op voorwaarde dat hun namen en die van hun verzekeringsmaatschappij niet vermeld zouden worden.

Tijdens de inventarisatie van die preventie-instrumenten bleek dat de vier compensatiesystemen niet alleen instrumenten van financiële aard bevatten, maar ook preventie-instrumenten die zijn gebaseerd op expertise (waartoe ook het verzamelen en uitwisselen van informatie is begrepen). De inventarisatie liet zien dat deze preventie-instrumenten op drie momenten een rol kunnen spelen: bij het afsluiten van een polis, bij de vaststelling en afhandeling van een schade, en na de afhandeling van een schade. Met die kennis is rekening gehouden bij de beschrijving van de preventie-instrumenten per compensatiesysteem. Zie hiervoor tabel 5.3 tot en met 5.6.

[369] Het contact met deze sleutelfiguren is tot stand gekomen door bemiddeling van het Verbond van Verzekeraars.

5.1 Werknemerscompensatie in Nederland

In Nederland komen alle vijf typen van werknemerscompensatie voor:

- werknemers met arbeidsgerelateerde letselschade kunnen een beroep doen op het aansprakelijkheidsrecht;
- een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid treft men aan in de vorm van de Aansprakelijkheidsverzekering voor Bedrijven (AVB NL);
- allerlei soorten ongevallenverzekeringen, zoals bedrijfsongevallenverzekeringen, zijn een voorbeeld van de directe verzekering;
- slachtoffers van mesothelioom kunnen een beroep doen op een compensatiefonds via de Regeling Tegemoetkoming Asbestslachtoffers (TAS). Zij ontvangen via dit fonds een voorschot op een eventuele van de werkgever te ontvangen schadevergoeding. Als verhaal op de werkgever niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de (ex-) werkgever niet meer bestaat, onvindbaar is of failliet is, behoudt de werknemer het voorschot;
- contractuele compensatie treft men in Nederland aan in collectieve arbeidsovereenkomsten, waarin werkgevers en werknemers op verschillende manieren (contractuele) afspraken hebben gemaakt over schadevergoeding bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. De collectieve ongevallenverzekering bouw (COV NL) is daarvan een exponent.

Hierna volgt een schets van de positie van werknemerscompensatie in Nederland. Daarin ligt het accent op de positie van AVB NL en COV NL. Paragraaf 5.1.1 en 5.1.2 beschrijven recente ontwikkelingen in de sociale zekerheid die invloed hebben op werknemers-compensatie. Paragraaf 5.1.3 beschrijft ontwikkelingen in de jurisprudentie die relevant zijn voor de positie van werknemerscompensatie. Paragraaf 5.1.4 geeft een overzicht van de omvang van de werknemerscompensatie en het aandeel daarin van de AVB NL en de COV NL.

5.1.1 De positie van werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid

De compensatie die op basis van de COV NL wordt verkregen, staat geheel los van de hoogte van arbeidsongeschiktheidsuitkering krachtens de sociale zekerheid. Tussen de schadevergoeding via een AVB NL en de sociale zekerheid bestaat wel enig verband. Daar waar een sociale zekerheidsuitkering geen (volledige) compensatie biedt voor schade bij arbeidsongevallen en beroepsziekten zal die financiële schade via de AVB NL verhaald kunnen worden. Deze financiële schade kan onder andere in de volgende situaties ontstaan:

1. De werknemer ontvangt gedurende de wettelijke loondoorbetalingstermijn van 104 weken uitsluitend het wettelijke voorgeschreven minimum van 140%.[370]
2. De werknemer moet een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.[371] Maximaal bedraagt deze uitkering 75% van het oorspronkelijke loon.[372]
3. Met de introductie van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) in 2005 kunnen werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, geen beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsregeling. Indien deze werknemer (in dat geval) aangewezen is op een uitkering krachtens de WW ontstaat ook schade daar de WW uitkering nooit hoger is dan 75% van het laatstverdiende loon en gedurende maximaal 38 maanden een uitkering biedt.

[370] Art. 7: 629 BW bepaalde dat de werkgever aan zijn zieke werknemer gedurende 52 weken minimaal 70% van het oorspronkelijke loon moet doorbetalen. Deze bepaling gold sinds 1 maart 1996. Met ingang van 1 januari 2004 is die periode uitgebreid tot 104 weken. In die periode moet de werkgever minimaal 140% doorbetalen. In een groot aantal individuele en collectieve arbeidscontracten is overigens opgenomen dat de werknemer, soms onder bepaalde voorwaarden, zoals actief meewerken aan re-integratie, of in geval van chronische ziekte, 200% krijgt doorbetaald.
[371] De WIA geldt voor mensen die op of na 1 januari 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden. Degenen die voor die datum al arbeidsongeschikt waren, blijven onder de WAO vallen.
[372] Bovendien is dat loon gemaximeerd.

4. De werknemer heeft (extra) medische kosten in verband met arbeidsgerelateerd letsel, als gevolg van een eigen risico of een eigen bijdrage.

5.1.2 De opkomst van het incentive paradigma binnen de sociale zekerheid

De paragrafen 5.2 en 5.3 brengen de preventie-instrumenten van twee Nederlandse systemen van werknemerscompensatie in kaart. Die preventie-instrumenten staan niet op zichzelf. Ook in de sociale zekerheid zijn sinds begin jaren '90 van de vorige eeuw, allerlei preventie-instrumenten ingebouwd. Men noemt dit ook wel de opkomst van het incentive paradigma: door prikkels (incentives) probeert de ene partij (de overheid) gewenst gedrag te realiseren bij de andere partijen (de werkgever en de werknemer). In het geval van de sociale zekerheid probeert de overheid meer grip te krijgen op het handelen van de betrokken actoren met als doel de private en publieke opbrengsten (en kosten) van hun handelen meer met elkaar in overeenstemming te brengen.[373] Voor dit onderzoek zijn de volgende prikkels relevant:

- De verplichting voor de werkgever tot minimaal 70% loondoorbetaling bij ziekte van de werknemer (1996: 1 jaar loondoorbetaling; 2004: 2 jaar loondoorbetaling). Overigens kan de werkgever dit risico verzekeren bij een particuliere verzekeraar.
- Introductie (in 1998) van de premiedifferentiatie in de WAO, waardoor een werkgever meer premie betaalt naarmate meer van zijn werknemers instromen in de WAO.[374]
- Sinds 2002 is de werkgever in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) samen met de werknemer verantwoordelijk voor re-integratie van de zieke werknemer. Andere onderdelen van de WVP zijn de grotere rol voor de arbodienst (onder andere door het aanstellen van een casemanager, een verplicht werkhervattingsadvies en een verplichting tot het opstellen van een re-integratieverslag).
- De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)[375] voorziet in een uitkering voor de periode na de wettelijke loondoorbetalingstermijn van 104 weken. De WIA onderscheidt drie typen arbeidsongeschiktheid:
    - Minder dan 35% arbeidsongeschikt. De desbetreffende werknemer krijgt geen WIA-uitkering. Hij blijft in principe in dienst van de werkgever.
    - Minstens 35% maar minder dan 80% arbeidsongeschikt, òf minstens 80% -maar niet duurzaam- arbeidsongeschikt. In dat geval komt de desbetreffende werknemer in aanmerking voor de Werkhervattings-regeling Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA). De WGA bestaat uit twee periodes: een periode met een loongerelateerde uitkering, gevolgd door een periode met een loonaanvullingsuitkering of de vervolguitkering.
    - Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt. In dit geval ontvangen werknemers op basis van de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) een uitkering van 75% van het laatstverdiende loon.
- De WIA kent voor werkgevers en werknemers prikkels die moeten leiden tot beperking van de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid. Dat gebeurt onder andere door het inkomen van de werknemer te laten toenemen, als hij meer gaat werken, en door de werkgever een gedifferentieerde WGA-premie te laten betalen. Van de mogelijkheid tot eigen risicodragerschap voor de WGA wordt eveneens een prikkelwerking verwacht.

Twee studies bieden inzicht in de werking van deze incentives. Uit de studie van van den Hauten naar de effecten van de loondoorbetaling bij ziekte van de Wet uitvoering

[373] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 3 e.v.
[374] Dit is in 2003 gewijzigd voor zogenaamde kleine werkgevers. Zie: Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 60.
[375] De WIA geldt voor mensen die op of na 1 januari 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden. Degenen die voor die datum al arbeidsongeschikt waren, blijven onder de WAO vallen.

loondoorbetaling bij ziekte (Wulbz) in de jaren 1998-2001 blijkt dat de introductie van de desbetreffende wet een gematigd succes is:[376]

- een groot aantal werkgevers heeft een minimumcontract afgesloten bij een arbodienst, maar doet verder weinig aan preventie;
- beïnvloeding van het ziekteverzuim blijft beperkt tot het beïnvloeden van meldgedrag van werknemers door het aanscherpen van procedures en controles;
- geen enkele werkgever probeert het ziekteverzuim te beperken door verbeteringen in de primaire preventie.[377]

Bovendien is het effect van de Wulbz op preventie vertraagd door een combinatie van factoren binnen en buiten de onderneming. Als externe factoren noemt van den Hauten de massale herverzekering van het risico en de beperkte druk van verzekeraars op bedrijven om maatregelen tegen ziekteverzuim te nemen. Als interne factoren noemt hij onder andere de vertraagde doorwerking van de Wulbz in de organisatie omdat de formulering en de effectuering van ziekteverzuimbeleid tijd in beslag neemt. In een later stadium wordt iets meer vorm gegeven aan beperking van het ziekteverzuim omdat de externe druk van de verzekeraars toeneemt en een deel van de bedrijven intern het ziekteverzuimbeleid wat meer op orde heeft.

De tweede studie naar de effecten van de twee verschillende vormen van verzekering van het WGA-risico (eigen risico dragen versus publieke verzekering via UWV) toont aan dat beide vormen dezelfde prestaties met zich brengen wat betreft langdurig verzuim en werkhervatting.[378]

In beide studies gaat men niet na wat het effect is van de incentives op de preventie van het arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het is niet duidelijk of deze incentives invloed hebben op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, preventie van letsel en letselschade door een beroepsziekte of een arbeidsongeval, dan wel een positieve of negatieve invloed hebben op de werking van de preventie-instrumenten die tot de werknemerscompensatie-systemen behoren.

5.1.3 Werkgeversaansprakelijkheid in Nederland

Art.7:658 BW is de belangrijkste grondslag voor de afwenteling van schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het artikel kan worden beschouwd als een uitwerking van hetgeen van een goed werkgever mag worden verwacht. De werkgever is krachtens art. 7:658 BW verplicht te voorkomen dat de werknemer letselschade lijdt tijdens zijn werkzaamheden. Indien de werknemer als gevolg van onvoldoende zorg van de werkgever letselschade lijdt, dan heeft de werknemer recht op volledige vergoeding van alle door hem als gevolg van het tekortschieten van de werkgever geleden schade.[379] De werkgever is dus aansprakelijk voor de geleden letselschade indien hij niet de vereiste zorg voor de veiligheid van zijn werknemers in acht neemt. (Zie kader 5.1 voor de tekst van art. 7:658 BW). Een belangrijke steun voor de concretisering van deze zorgplicht ligt in de publiekrechtelijke Arbeidsomstandighedenwet.[380]

Lindenbergh stelt dat de ratio voor de verregaande zorgplicht van de werkgever is dat de werknemer doorgaans in een afhankelijke positie verkeert, mede omdat de werkgever over het algemeen beslissende invloed heeft op de arbeidsomstandigheden. Het feit dat het om bescherming tegen schade aan de gezondheid gaat, rechtvaardigt een hoge mate van zorg.[381]

---

[376] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 287.
[377] Van den Hauten meldt weliswaar in zijn conclusies dat preventie gericht op belasting en belastbaarheid bij minder werknemers toenam. Echter uit de beschrijving van de 6 casestudies blijkt dat in slechts 1 case hiervan sprake is: in een schoonmaakbedrijf zijn in de onderzoeksperiode door het management veiligheidsvoorschriften ontwikkeld en is tot de aanschaf van wringers en veiligheidsbrillen overgegaan.
[378] Cuelenaere, Boukje et al. (2009). *Effecten hybride financiering WGA*. Rotterdam, Ecorys/Astri.
[379] Lindenbergh, S.D. (2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer. p. 10.
[380] Lindenbergh, S.D. (2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer. p. 49 e.v.
[381] Lindenbergh S.D. (2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer. p. 42-43.

Hij verwijst in dit verband naar de overweging van de Hoge Raad, dat de verregaande bescherming niet slechts voortvloeit uit de sociaal-economische positie van de werkgever ten opzichte van zijn werknemer, maar ook nauw verband houdt met zijn zeggenschap over de werkplek en zijn bevoegdheid de werknemer aanwijzingen te geven ter zake van de (wijze van) uitoefening van diens werkzaamheden. In art.7:658 BW is sprake van dwingend recht waarvan niet ten nadele van de werknemers kan worden afgeweken. Dit brengt bijvoorbeeld met zich mee dat het ondertekenen van 'gevarenbriefjes' en dergelijke, waarmee de werkgever de aansprakelijkheid tracht over te dragen aan de werknemer, niets afdoet aan de aansprakelijkheid van de werkgever wegens schending van zijn zorgplicht.

Kader 5.1: Tekst art. 7: 658 BW

1. De werkgever is verplicht de lokalen, werktuigen en gereedschappen, waarin of waarmee hij de arbeid doet verrichten, op zodanige wijze in te richten en te onderhouden alsmede voor het verrichten van de arbeid zodanige maatregelen te treffen en aanwijzingen te verstrekken als redelijkerwijs nodig is om te voorkomen dat de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt.
2. De werkgever is jegens de werknemer aansprakelijk voor de schade die de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt, tenzij hij aantoont dat hij de in lid 1 genoemde verplichtingen is nagekomen of dat de schade in belangrijke mate het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.
3. Van de leden 1 en 2 en van hetgeen titel 3 van Boek 6, bepaalt over de aansprakelijkheid van de werkgever kan niet ten nadele van de werknemer worden afgeweken.
4. Hij die in de uitoefening van zijn beroep of bedrijf arbeid laat verrichten door een persoon met wie hij geen arbeidsovereenkomst heeft, is overeenkomstig de leden 1 tot en met 3 aansprakelijk voor de schade die deze persoon in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt. De kantonrechter is bevoegd kennis te nemen van vorderingen op grond van de eerste zin van dit lid.

Art. 7:611 BW kan een aanvullende bescherming bieden, naast hetgeen reeds door art. 7: 658 BW wordt geboden.[382] In de rechtspraak wordt dit artikel aangewend om compensatie van schade van werknemers mogelijk te maken in bepaalde gevallen waarin de werkgever niet aansprakelijk is op grond van art. 7: 658 BW. Er zijn twee situaties denkbaar: de schade is niet in de uitoefening van het werk ontstaan, maar wel in verband daarmee ontstaan als gevolg van enig tekortschieten van de werkgever ten aanzien van de veiligheid van de werknemer; de schade is het gevolg van een werkgerelateerd verkeersongeval waarvan de werkgever geen verwijt is te maken.[383]

Uit recente jurisprudentie blijkt dat een werkgever, op grond van art. 7: 611 BW, ook aansprakelijk kan zijn voor schade die voorkomt uit vervoer van en naar de werkplek, bedrijfsuitjes, bedrijfssporten, overnachtingen en verblijf op locatie in het kader van werkgerelateerde activiteiten. Ingevolge een arrest van de Hoge Raad[384] van 12 december 2008 werd een werkgever op grond van art. 7:611 BW verplicht een verzekering af te sluiten (met het oog op letsel dat zijn werknemers kunnen oplopen tijdens die activiteiten), dan wel verplicht de schade te vergoeden tot de hoogte van de naar verwachting in geval van verzekering tot uitkering genomen schadevergoeding.[385] In een arrest van het Gerechtshof

[382] Artikel 7:611 BW: De werkgever en de werknemer zijn verplicht zich als een goed werkgever en een goed werknemer te gedragen.
[383] Lindenbergh, S.D.(2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer. p. 94.
[384] HR 12 december 2008, LJN BD3129, JAR 2009/15 (Maatzorg/Van der Graaf).
[385] Vegter, M.S.A. (2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten: aansprakelijkheid en/of verzekeringsplicht.* TRA 2009-6/7. Deze uitspraak leidt volgens Vegter tot rechtsongelijkheid tussen degenen die door een beroepsrisico letsel oplopen (voor deze groep geldt voor de werkgever immers geen verzekeringsplicht, zij kan alleen aanspraak maken op schadevergoeding als vast is komen te staan dat de werkgever is tekortgeschoten in zijn zorgplicht) en de werknemers die schade hebben door andere werkgebonden activiteiten (zij hoeven slechts aan te tonen dat zij schade hebben geleden in een situatie die binnen het bereik van de verzekeringsplicht valt).

's- Hertogenbosch [386] werd die verzekeringsplicht ook uitgebreid naar situaties waarin werknemers (letsel)schade hebben opgelopen door geweldsdelicten.[387] De Hoge Raad heeft echter, in de zogenoemde '11- november arresten' een halt toegeroepen aan de uitbreiding van de verzekeringsplicht van de werkgever. De Hoge Raad ziet geen ruimte voor de rechter om de verzekeringsplicht tot andere zogeheten bijzondere risico's uit te breiden, zoals schade als gevolg van geweld en agressie. De Hoge Raad heeft wel een uit goed werkgeverschap voortvloeiende verzekeringsverplichting van de werkgever aanvaard voor schade die werknemers lijden in de uitoefening van hun werkzaamheden als deelnemer aan het wegverkeer, indien zij:
(a) als bestuurder van een motorvoertuig betrokken raken bij een verkeersongeval,
(b) als fietser of voetganger schade lijden als gevolg van een ongeval waarbij een of meer voertuigen zijn betrokken, of
(c) als fietser schade lijden als gevolg van een eenzijdig fietsongeval.

De uit goed werkgeverschap voortvloeiende verzekeringsverplichting dient bij de huidige stand van de wetgeving tot de genoemde gevallen (a) tot en met (c) beperkt te blijven en de rechtspraak hoeft niet op overeenkomstige wijze te gelden voor eenzijdig voetgangersongevallen. [388]

Naast art.7:658 BW en art.7:611 BW kunnen ook een aantal andere bepalingen uit het aansprakelijkheidsrecht als grondslag dienen voor aansprakelijkheid van de werkgever ten opzichte van een werknemer. Het gaat hier met name om bepalingen die betrekking hebben op situaties waarin de werkgever als bezitter of als bedrijfsmatige gebruiker aansprakelijk is voor gebrekkige roerend zaken (art. 6: 173 BW), gebrekkige opstallen (art. 6: 174 BW), gevaarlijke stoffen (art. 6: 175 BW), dieren (art. 6: 179 BW) en gebrekkige producten (art. 6: 185 BW).

Jurisprudentie werkgeversaansprakelijkheid art. 7: 658 BW
Verschillende auteurs gebruiken de uitdrukking 'uitdijende werkgeversaansprakelijkheid', om waarmee een aantal ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht te karakteriseren.[389] Een ervan is de ontwikkeling van schuld- naar risicoaansprakelijkheid. In dat verband wordt gewezen op jurisprudentie ten aanzien van art. 7:658 BW over de zorgplicht van de werkgever voor de veiligheid en gezondheid van de werknemer. Hoewel het artikel formeel gezien uitgaat van schuldaansprakelijkheid, blijkt dat de eisen die aan de werkgever worden gesteld (zoals een plicht tot toezicht op en instructie aan de werknemer, onderzoek naar de arbeidsomstandigheden, zich houden aan de normen in de wetgeving, in cao's, en convenanten) zover gaan dat in de praktijk (bijna) kan worden gesproken van

[386] Hof 's-Hertogenbosch 6 juli 2010, LJN BN0734: Sociotherapeut in loondienst is in de uitoefening van zijn werkzaamheden door een TBS-patiënt meermalen met kracht geslagen en vervolgens volledig arbeidsongeschikt. Met de kantonrechter is het hof van oordeel dat de stichting geen zorgplicht heeft geschonden. De vorderingen gebaseerd op artikel 7: 658 BW worden derhalve afgewezen. Wat het betoog betreft van werknemer dat de stichting verplicht was ten behoeve van haar personeel een verzekering (schade of sommenverzekering) af te sluiten, verwijst het hof naar HR 1 februari 2008, LJN BB6175 en HR 1 februari 2008, LJN BB4767 (verzekeringsplicht werkgever voor bestuurder motorvoertuig). Ook met betrekking tot risico's van ongevallen die geen verband houden met het gemotoriseerd verkeer, is de werkgever gehouden zorg te dragen voor een behoorlijke verzekering van werknemers wier werkzaamheden ertoe kunnen leiden dat zij bij bedrijfsongevallen betrokken raken, mits kan worden vastgesteld dat deze risico's goed verzekerbaar waren tegen betaalbare premies.
[387] Deze uitspraak sluit aan bij de conclusie van A-G Spier naar aanleiding van het arrest van de Hoge Raad tot invoering van een verzekeringsplicht voor alle arbeidsongevallen, r.o. 7.15.2.
[388] Zie verder:
JAR 2011/315 Hoge Raad 's-Gravenhage, 11-11-2011, 10/04571, LJN BR5223. De werknemer bij een TBS-instelling loopt letsel op door een patiënt: wel werkgeversaansprakelijkheid wegens schending van de zorgplicht; niet op grond van goed werkgeverschap; geen verzekeringsplicht.
JAR 2011/316 Hoge Raad 's-Gravenhage, 11-11-2011, 10/04875, LJN BR5215 Werkgeversaansprakelijkheid. De op goed werkgeverschap gebaseerde verzekeringsplicht geldt niet voor een eenzijdig voetgangersongeval.
[389] Zie o.a. Waterman, Y. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers; Hartlief, T. (2009). *Van aalmoes naar aanspraak, weg met het personenschaderecht?* In: Hartlief,T., S.D. Lindenbergh (red.). Tien pennenstreken over personenschade, Den Haag, SDU uitgevers.

risicoaansprakelijkheid. Met andere woorden: schending van de norm brengt al snel aansprakelijkheid met zich mee. Het tekortschieten van de werkgever wordt snel aangenomen.

Daarnaast wordt 'uitdijing' in verband gebracht met de omkering van de bewijslast. Het causale verband tussen letsel en normschending is gegeven, wanneer sprake is van normschending en een in beginsel daarbij passend ongeval. Het is aan de overtreder van de norm om anders te bewijzen. Dit laat onverlet dat het slachtoffer wel een initiële stelplicht heeft. Hij moet voldoende aannemelijk maken dat hij schade heeft geleden in de uitoefening van zijn werkzaamheden. Pas wanneer de werkgever dat gemotiveerd betwist, draagt de werknemer de volle bewijslast.[390]

'Uitdijing' wordt ook gerelateerd aan de hoogte van de schadevergoeding. In het aansprakelijkheidsrecht geldt volgens Hartlief het uitgangspunt van de volledige vergoeding. In tegenstelling tot andere vergoedingensystemen, zoals de publiekrechtelijk geregelde sociale zekerheid, geeft het aansprakelijkheidsrecht volgens hem een vermogensgarantie: "Worden in het aansprakelijkheidsrecht gesanctioneerde verplichtingen geschonden en ontstaat daardoor schade dan heeft de getroffene recht op herstel in de oude toestand. Dat kan het beste door volledige vergoeding worden gerealiseerd." [391] Ook vergoeding van immateriële schade behoort hiertoe. Ondertussen wordt door de Hoge Raad aan dat begrip immateriële schade een ruime uitleg gegeven. Niet alleen immateriële schade als gevolg van fysieke schade wordt hiertoe gerekend, maar ook 'zuiver' psychisch arbeidsgerelateerd letsel van een werknemer.

5.1.4 Omvang van werknemerscompensatie in Nederland

Naar de omvang van het aantal letselschadeclaims in verband met arbeidsongevallen en beroepsziekten is in de afgelopen twee decennia een aantal onderzoeken uitgevoerd. De resultaten van deze studies zijn zeer wisselend. Gorissen en Schröer komen in 1995, op basis van cijfers uit de ons omringende landen, tot een schatting van 1.500 tot 2.000 toegekende beroepsziekteclaims en op 4.000 tot 5.000 toekenningen van een uitkering op grond van een arbeidsongeval.[392] Weterings komt in 1999 op basis van interviews onder praktijkdeskundigen tot een schatting van 30.000 tot 52.500 arbeidsongevallenclaims.[393] Terwijl Van Ewijk et al. op basis van een vragenlijstonderzoek onder werkgevers schatten dat 700 werkgevers per jaar een of meerdere keren aansprakelijk zijn gesteld ten gevolge van een beroepsziekte.[394]

Claimgedrag

Mede ten behoeve van dit onderzoek zijn twee studies uitgevoerd die een nauwkeuriger beeld geven van de letselschade door arbeidsongevallen en beroepsziekten en de mate waarin die schade verhaald wordt door de werknemer. De eerste studie geeft inzicht in het claimgedrag van een kleine specifieke groep slachtoffers van de beroepsziekte OPS.[395]
De tweede studie biedt onder andere een inventarisatie van beroepsziekte- en arbeidsongevallenclaims over de periode 2003-2008.[396] Voor de inventarisatie van de claims is niet alleen gekeken naar de aansprakelijkheidsclaims van de werkgever. Ook is het gebruik

[390] Waterman, Y. (2010). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.* Den Haag, Boom juridische uitgevers. Waterman wijst erop dat het bewijsrecht bij beroepsziekten minder uitgekristalliseerd is dan bij arbeidsongevallen, vanwege enkele 'specifieke bewijsrechtelijke haken en ogen'. p. 130 e.v.
[391] Hartlief, T. (2009). *Van aalmoes naar aanspraak, weg met het personenschaderecht?*. In: T. Hartlief, S.D. Lindenbergh (red.). Tien pennenstreken over personenschade. Den Haag, SDU uitgevers. p. 3.
[392] Gorissen, A.A , C.A.P. Schröer (1995). *Omvang beroepsziekten en arbeidsongevallen in Nederland. Een schatting op basis van Belgische en Duitse gegevens*. In: Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast*. Deventer, Kluwer.
[393] Weterings, W. (1999). *Vergoeding letselschade en transactiekosten*. Tilburg, Universiteits Pers.
[394] Ewijk, M.van, M. Engelen en C. Van der Werf (2001). *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten*. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
[395] Eshuis, W.A. (2010). *Financiële schade door OPS?* Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.. Zie: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm
[396] Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW. Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/08/22/werkgeverskosten-in verband-met-arbeidsgerelateerde-schade-bestuurlijke-boetes-en-civielrechtelijke-aansprakelijkheid.html

van werknemerscompensatie via cao-regelingen in beeld gebracht. 256 cao's blijken een dergelijke werknemerscompensatieregeling bevatten. Deze cao's regelen de arbeidsvoorwaarden van ruim 3 miljoen werknemers. Het betreft ongeveer 30% van het totaal aantal cao's (748) en iets meer dan de helft van het totaal aantal werknemers dat onder een cao valt (totaal aantal werknemers onder een cao bedroeg in 2010: 6.1 miljoen). De 256 cao's kennen allemaal een compensatie in verband met een arbeidsongeval. Die compensatie kan bestaan uit een uitkering krachtens een arbeidsongevallenverzekering, een aanvulling op het inkomen tijdens de eerste twee jaar ziekte, een aanvulling op de uitkeringen krachtens de WIA dan wel een combinatie van deze aanspraken. Sommige cao's voorzien in een vergoeding van de medische kosten die worden gemaakt als gevolg van het arbeidsgerelateerde letsel. Negentien cao's (voor 1.2 miljoen werknemers) kennen ook een aanvullingsregeling in verband met een beroepsziekte. De inventarisatie vond plaats door middel van verzameling van nieuwe data (vragenlijstonderzoek onder ruim zesduizend ondernemingen- met 5 of meer werknemers- , inventarisatie van het gebruik van cao-regelingen, interviews met deskundigen in de letselschadebranche) en een nadere analyse van bestaande data van beroepsziekteclaims, afkomstig van Bureau Beroepsziekten FNV en het Instituut Asbestslachtoffers.

Tabel 5.2 geeft een overzicht van het geschatte aantal arbeidsongevallen, beroepsziekten en schadeclaims over de periode 2003-2008. De schattingen uit deze tabel worden hierna toegelicht.

Arbeidsongevallen
Het aantal arbeidsongevallen met letsel en verzuim bedraagt in Nederland gemiddeld 222.000 en varieert tussen 213.000 (2006) en 241.000 (2003). In de periode 2003-2008 treedt een daling op van het aantal arbeidsongevallen met letsel en verzuim langer dan een half jaar (2003: 24.000, 10% en 2008: 20.000, 9%).

Onder de werknemers die onder de bouwcao vallen, en die een beroep kunnen doen op de COV NL, is een andere tendens zichtbaar: Er is zowel absoluut als relatief een daling van het aantal arbeidsongevallen met letsel en verzuim (2003: 8.158 arbeidsongevallen met letsel en verzuim, 4,4%; 2008: 6.260 arbeidsongevallen met letsel en verzuim, 4,1%). Het aantal langdurig arbeidsongeschikten als gevolg van een ongeval daalt wel in absolute zin maar niet in relatieve zin (2003: 1482 langer dan 41 dagen, 14%; 2008: 1315 langer dan 41 dagen, 21%).

Het merendeel van de getroffen werknemers dient geen claim in. Dat betrokkenen echter wel schade hebben, kan duidelijk worden gemaakt aan de hand van het begrip potentiële schadeclaim.[397] In de tweede studie is het totaal aantal potentiële schadeclaims in verband met arbeidsongevallen geschat op 20.000. Als criterium voor een potentiële schadeclaim is genomen het aantal werknemers met arbeidsongeval, letsel en langdurig verzuim. [398] Vergelijking van de potentiële schadeclaims met de ingediende en afgeronde schadeclaims geeft inzicht in de mate waarin financiële schade bij beroepsrisico's, al dan niet met succes, verhaald wordt. Het aantal ingediende arbeidsongevallenclaims bedraagt gemiddeld 4.700, en het aantal afgeronde claims minimaal 3.700 per jaar.[399] Ruim 2.800 (76%) uitkeringen vindt

[397] Er is sprake van een potentiële schadeclaim indien: (1) een werknemer in de arbeid blijvend lichamelijk en/of geestelijk letsel oploopt, (2) dat letsel financiële schade meebrengt voor die werknemer, (3) er een gerede kans bestaat op toewijzing van een eventuele vordering tot vergoeding van (een deel van) deze schade op basis van het aansprakelijkheidsrecht, en (4) de kosten van een juridische procedure opwegen tegen de verwachte opbrengsten.
[398] Voor de schatting van de landelijke cijfers is verzuim van een ½ jaar of langer als basis genomen; voor de schatting van de potentiële schadeclaims uit werknemers vallend onder de cao bouw is 41 dagen of meer als basis genomen, aangezien geen cijfers beschikbaar zijn van verzuim van een ½ jaar of meer. De cijfers uit de bouw gelden voor werknemers uit alle ondernemingen, dus ook de vijf min bedrijven.
[399] In dit rapport staat bijvoorbeeld op pagina xi de aantallen ingediende en afgehandelde claims vermeld voor 6,2 miljoen werknemers in bedrijven met 5 of meer personeelsleden. De aantallen ingediende en afgehandelde claims die hier staan vermeld zijn gebaseerd op een omrekening van 7,2 miljoen werknemers in alle bedrijven met 1 of meer personeelsleden. Op basis van de gegevens van het CBS wordt het aantal werkzame personen in arbeidsorganisaties met 1 tot 5 werknemers geschat op 1 miljoen. Zie :
http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71545NED&D1=0&D2=0-

plaats via een cao-compensatieregeling. Bijna 900 claims worden afgerond via het aansprakelijkheidsrecht. Het totaal aantal afgeronde compensaties vertoont een licht dalende lijn (2003:3.200; 2008: 3.100). Dit kan echter ook verband houden met het aantal nog af te wikkelen schadeclaims.[400]

In de bouw is het gat tussen het aantal potentiële schadeclaims en de uitgekeerde claims kleiner dan landelijk (57% van het aantal potentiële schadeclaims in de bouw wordt ingediend, landelijk is dit 24%), zij het dat het 'compensatiegat' hier ook nog steeds aanzienlijk is. Ook in de bouw vertoont het aantal ingediende claims een dalende lijn (2003: 480 en 2008: 320) evenals het aantal gehonoreerde claims (2003: 202; 2008: maximaal 135, 83 reeds afgewikkelde claims en eventueel 52 claims die in behandeling zijn en mogelijk tot uitkering komen).[401]

Beroepsziekten

Het aantal beroepsziekten dat zich jaarlijks in Nederland voordoet, kan niet direct uit het aantal meldingen van beroepsziekten worden afgeleid. Door bedrijfsartsen worden jaarlijks gemiddeld 6.000 beroepsziekten gemeld aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).[402] Onderzoek naar onderrapportage heeft uitgewezen dat een schatting van 25.000 gevallen per jaar verantwoord is.[403] Het aantal potentiële beroepsziekteclaims is berekend op (maximaal) 4.500 per jaar, en het aantal ingediende claims op ongeveer 620. Jaarlijks wordt dus gemiddeld ongeveer 14 % van het gemiddeld aantal potentiële beroepsziekteclaims (620 ingediende claims ten opzichte van het maximaal aantal van 4.500 potentiële schadeclaims) daadwerkelijk omgezet in een claim. 12% van het aantal potentiële claims leidt tot een schadevergoeding. In tabel 5.2 is ook een overzicht opgenomen van schade en schadevergoeding bij RSI en OPS. Deze cijfers zijn schattingen. De schattingen zijn gebaseerd op drie verschillende bronnen:

- een telefonische enquête onder ruim zesduizend ondernemingen met vijf of meer werkzame personen;
- een schriftelijke inventarisatie van het gebruik van cao- werknemerscompensatie-regelingen onder uitvoerders van die regelingen;
- een inventarisatie van cijfermateriaal van beroepsziekteclaims, dat beschikbaar is gesteld door Bureau Beroepsziekten FNV en het Instituut Asbestslachtoffers.[404]

Het aantal geregistreerde beroepsziekten RSI over de jaren 2003-2008 bedraagt gemiddeld 1.320 per jaar. Op basis van het hiervoor aangehaalde onderzoek naar onderrapportage is een schatting van 5.300 verantwoord. Het aantal ingediende en afgeronde RSI-claims is gebaseerd op twee bronnen. Uit een inventarisatie van de gegevens van Bureau Beroepsziekten FNV blijkt dat dit bureau jaarlijks tot en met 2008 gemiddeld 45 RSI-claims heeft ingediend en jaarlijks 14 claims succesvol heeft afgerond.[405] Later onderzoek leert dat dit bureau naar

---

1,25,31,48,436,447,479,731,749,799,837,947,964,986,1042&D3=1-8&D4=l&HD=080918-1050&HDR=T,G3,G2&STB=G1

[400] Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW. p. 29.

[401] Bron: gegevens ter beschikking gesteld door Stichting Opleidings-en Ontwikkelingsfonds voor het bouwbedrijf.

[402] Zie: www.beroepsziekten.nl

[403] Molen, H.F. van der, P.P.F.M. Kuijer, P.B.A. Smits, A. Schop, F. Moeijes, D. Spreeuwers, M.H.W. Frings-Dresen (2012). *Annual incidence of occupational diseases in economic sectors in the Netherlands*. Amsterdam, AMC. Occupational and Environmental Medicine 69 (7). p. 519-521.

[404] Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW. p. viii.

[405] Eshuis, W.A., M.H. Schaapman, N.J. Philipsen, J.R. Popma, G. van der Laan, J.G. Bakker, A.P. Nauta, B. Sorgdrager (2009). *Leerzame Schadeclaims, leren van "worst case scenarios" als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm.

schatting de helft van het aantal claims in Nederland voor haar rekening neemt.[406] Op basis hiervan is de landelijke schatting gebaseerd.[407]

Tabel 5.2: Schatting arbeidsongevallen en beroepsziekten en letselschadeclaims (2003-2008)

	Totaal NL	**Werknemers cao bouw & cao uta**	
Aantal werknemers gemiddeld per jaar	7.259.000	162.743	
Arbeidsongevallen gemiddeld per jaar			
Arbeidsongevallen met letsel en verzuim	222.000	7.871	
Potentieel aantal schadeclaims	20.000	709	
Ingediende ongevallenclaims	4.700	407	
Uitgekeerde claims arbeidsongevallen	3.700	143[408]	
Beroepsziekten gemiddeld per jaar	**Totaal NL**	**RSI totaal NL**	**OPS totaal NL**
Totaal geregistreerd bij NCvB (geschat)	± 6.000 (±25.000)	± 1.320 (± 5.300)	± 9 (36 ?)
Potentieel aantal schadeclaims	± 700 (± 4.500)	± 120 (± 720)	± 1 (9 ?)
Ingediende beroepsziektenclaims	± 620	± 90	± 18
Uitgekeerde claims[409]beroepsziekten	± 540	± 28	± 12

Uit de registratiegegevens van het NCvB blijkt dat in de periode 2003-2008 jaarlijks gemiddeld negen werknemers met de beroepsziekte OPS zijn geregistreerd. Uitgaande van de onderrapportage door bedrijfsartsen zouden dit er maximaal 36 per jaar kunnen zijn. In het eerder genoemde onderzoek naar de financiële situatie van OPS-slachtoffers is vastgesteld dat tussen 1995 en 2008 Nederland bij 470 (ex) werknemers een officiële diagnose OPS is gesteld. De helft van hen heeft de werkgever aansprakelijk gesteld voor de schade door deze beroepsziekte. 21% van de betrokkenen heeft daarmee tot nu toe succes gehad. Zij ontvingen na een procedure van gemiddeld 4,5 jaar een schadevergoeding van gemiddeld € 46.076. Dat lijkt een fors bedrag, echter dat is het niet in vergelijking met de financiële schade van gemiddeld ruim € 100.000 per persoon. Nog eens 21% van de OPS-ers wacht ondertussen al gemiddeld zes jaar op een beslissing van de verzekeraar of de rechter over een dergelijke schadevergoeding. De overige 58% van slachtoffers van OPS heeft geen schadeclaim ingediend of heeft in eerste instantie de eis tot schadevergoeding afgewezen gezien, en vervolgens de claim niet doorgezet.

[406] Eshuis. W.A. (2010). *Financiële schade door OPS?,* Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm.
[407] Op basis hiervan moet het aantal van 45 ingediende claims en 14 afgeronde claims worden verdubbeld.
[408] Op de peildatum (eind 2009) waren in totaal 230 aanvragen (periode 2004-2008) in behandeling. Indien alle aanvragen tot uitkering leiden, dan stijgt het gemiddelde aantal uitkeringen per jaar met 46 tot 189.
[409] Onder uitgekeerde claims wordt hier verstaan claims die tot toekenning van een schadebedrag hebben geleid.

5.2. Aansprakelijkheidsverzekering voor Bedrijven en Beroepen (AVB NL)

Naar schatting 90% van de werkgevers heeft een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid in verband met letselschade door arbeidsongevallen en beroepsziekten.[410] Een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, als onderdeel van de AVB, biedt de werkgever (als 'veroorzaker' of 'dader') een afwentelingsmogelijkheid, en daarmee een bescherming van het vermogen. Ook vergroot het, in theorie, de werkelijke vergoedingskansen van het slachtoffer. Overigens betekent dit laatste niet dat het slachtoffer een vordering heeft jegens de verzekeraar of recht heeft op een integrale vergoeding van die verzekeraar. In beginsel heeft het slachtoffer een vordering jegens de veroorzaker, de werkgever. In dat opzicht is het aansprakelijkheidsrecht leidend. Dat neemt niet weg dat de verzekeraar in de praktijk de regie voert over de afhandeling van de letselschadeclaim, en dat de verplichting van de verzekeraar om schade te vergoeden uiteindelijk wordt bepaald door de inhoud van de verzekeringsovereenkomst.[411]

Het Verbond van Verzekeraars heeft in 1996 een nieuw standaard AVB-polismodel vastgesteld.[412] Aanleiding hiertoe waren volgens Oosenbrug de sterk teruglopende resultaten, stijgende schadelasten ten gevolge van onvoorziene uitloopproblemen en een toenemende slachtofferbescherming. Die wijziging had schadelastbeheersing als voornaamste doel. De (standaard) AVB-polis is sindsdien niet meer op basis van 'loss occurrence', maar op basis van 'claims made': alleen de schade wordt vergoed die tijdens de verzekeringsduur is geclaimd, ongeacht wanneer die is ontstaan. De (standaard) AVB-polis kent een maximaal verzekerd bedrag, dat als maximumvergoeding per gebeurtenis geldt voor aanspraken tegen alle verzekerden tezamen. Per gebeurtenis wordt tevens het eventueel van toepassing zijnde eigen risico in mindering gebracht. Soms wordt een 'aggregate limit' toegepast, zodat de verzekeraar niet het risico loopt het verzekerd bedrag een onbekend aantal keren per jaar te moeten vergoeden. Veelal is dat bedrag twee maal de maximum verzekerde som per aanspraak. Ook is het mogelijk een maximumbedrag per verzekerde periode overeen te komen. De (standaard) polis kent de mogelijkheid tot het opnemen van een aantal uitsluitingen. Elke AVB-polis sluit de schade uit die is veroorzaakt met of door motorrijtuigen en (lucht)vaartuigen. Deze risico's dienen op specifiek daarvoor bedoelde verzekeringen te worden gedekt.[413]

Verzekerd risico
Tot het verzekerd risico van de AVB NL behoort het zakelijke aansprakelijkheidsrisico van een ondernemer, zoals productaansprakelijkheid, milieuaansprakelijkheid of werkgeversaansprakelijkheid. De AVB NL kent een begrenzing naar verzekerd bedrag. Het verzekerd bedrag geldt per aanspraak. Daarnaast kent de AVB NL een jaarlimiet.[414] De polis van een aansprakelijkheidsverzekering dekt deze risico's binnen een zogenaamde rubriekendekking. Vier rubrieken worden onderscheiden: het risico bedrijfsaansprakelijkheid (waaronder onrechtmatige daad, contractuele aansprakelijkheid, productaansprakelijkheid), het plotselinge milieurisico, het geleidelijke milieurisico en het risico van werkgeversaansprakelijkheid.[415]

---

[410] Ewijk, M. van, M. Engelen, C. van der Werf (2001). *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten*. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
[411] Hartlief, T. , R.P.L. Tjittes (1999). *Verzekering en aansprakelijkheid*. Deventer, Kluwer. p.7. De auteurs merken op dat het slachtoffer de dupe kan worden van een eigen risico of een beperkte verzekerde som. Overigens heeft het slachtoffer in theorie wel de mogelijkheid de werkgever aansprakelijk te stellen voor de schade die buiten de verzekeringspolis valt.
[412] Zie hiervoor het december nummer 1996 van het tijdschrift Aansprakelijkheid en Verzekering (A&V) dat in zijn geheel gewijd is aan het polismodel AVB 1996. Tijdschrift voor aansprakelijkheid en verzekering (A&V) december 1996/6, Deventer, Kluwer.
[413] Oosenbrug, A. (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 215.
[414] NIBE/SVV (2004). *Schade en Levensverzekeringen*. Amsterdam, NIBE-SVV. p. 462.
[415] Oosenbrug, A. (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 209.

Het midden-en kleinbedrijf wordt veelal op de standaardcondities van de AVB-polis verzekerd. Hier is dus weinig concurrentie op condities. Verzekeraars concurreren wel op het ontwikkelen van verzekeringen voor specifieke groepen van verzekerden, zoals agrariërs en wegenbouwers. Met grotere bedrijven worden vaak maatschappij- specifieke voorwaarden afgesproken.[416] Er zijn allerlei uitsluitingen mogelijk.

Voorzieningen
De AVB vergoedt de schade die voortvloeit uit de aansprakelijkheid. Bij werkgeversaansprakelijkheid inzake arbeidsongevallen en beroepsziekten gaat het volgens Lindenbergh voornamelijk om personenschade: verlies aan arbeidsvermogen (inkomen uit arbeid, verlies aan zelfwerkzaamheid in en om huis), kosten van geneeskundige behandeling, revalidatie en re-integratie, kosten aanpassing woning of werkplek, schade door pijn, verdriet en gederfde levensvreugde.[417] Daarnaast kan zaakschade, bijvoorbeeld schade aan kleding door een arbeidsongeval, voor vergoeding in aanmerking komen. Voorts wordt op basis van deze verzekering de rechtsbijstand vergoed, evenals kosten ter voorkoming of beperking van schade, en buitengerechtelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid, zoals expertisekosten en buitengerechtelijke incassokosten.[418] [419]

Kring van verzekerden
De kring der verzekerden die onder de AVB-polis valt bestaat uit de verzekeringnemer zelf, de ondergeschikten van de verzekeringnemer, de bestuurders en commissarissen, de personeelsverenigingen en de pensioenfondsen die verbonden zijn aan het bedrijf.[420] Er is sprake van een verzekeringsovereenkomst tussen werkgever en verzekeraar. Het slachtoffer, de werknemer, staat buiten deze verzekeringsovereenkomst. De werknemer komt pas in beeld als hij de werkgever aansprakelijk stelt. Doorgaans is de werkgever verplicht een aansprakelijkstelling te melden aan de verzekeraar. De verzekeraar treedt vervolgens op in plaats van de werkgever (de dader, de laedens). Vanaf dat moment staat de werkgever min of meer buiten spel, en ontstaat er een relatie tussen werknemer (de gelaedeerde) en de verzekeraar.

Claimbeoordeling
In de meeste aansprakelijkheidspolissen is een clausule opgenomen op grond waarvan de verzekeraar het recht heeft om benadeelden rechtstreeks schadeloos te stellen en met hen schikkingen te treffen. De benadeelde kan echter de aansprakelijkheidsverzekeraar niet rechtstreeks aanspreken. De verzekerde is gebonden aan erkenning (of ontkenning) van aansprakelijkheid door zijn verzekeraar.[421] Daarmee is de claimbeoordeling bij een AVB een bevoegdheid van de verzekeraar. Het doel van de claimbeoordeling bij letsel is de vaststelling van de rechtmatigheid van een claim, wat inzicht in de causaliteit tussen letsel en gebeurtenis en de schending van de zorgplicht veronderstelt, en vaststelling en afwikkeling van de schade. De claimbeoordeling bij letsel door arbeidsongevallen en beroepsziekten bestaat doorgaans uit de volgende stappen:
1. (Arbo-)technisch onderzoek in verband met de vraag naar de toedracht, de causaliteit (zijn de omstandigheden dusdanig dat een bepaald letsel kan ontstaan?) en de schending van de zorgplicht (welke voorzorgsmaatregelen heeft de werkgevers getroffen?). Bij dit onderzoek

[416] Oosenbrug, A.(1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 207.
[417] Lindenbergh, S.D.(2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer. p.123.
[418] Zie o.a. Oosenbrug, A.(1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 218-219.
[419] Via de Letselschaderaad proberen verzekeraars, vertegenwoordigers van slachtoffers en juridisch belangenbehartigers tot afspraken te komen over een snellere en adequatere afhandeling van claims. In dat verband is onder andere de Gedragscode Behandeling Letselschade ontwikkeld. Die gedragscode 'reikt spelregels aan op het gebied van een transparante en harmonieuze schaderegeling'. De spelregels in de gedragscode zijn van toepassing op de relaties tussen slachtoffers, verzekeraars en belangenbehartigers. Daarnaast heeft de Letselschaderaad richtlijnen ontwikkeld voor de vaststelling van schade. Een aantal van die richtlijnen (huishoudelijke hulp, kilometervergoeding, vergoeding licht letsel inclusief smartengeld, zelfwerkzaamheid, studievertraging, daggeld bij opname in ziekenhuis en revalidatiecentrum) kan betrekking hebben op de afhandeling van beroepsziektezaken.
[420] Oosenbrug, A. (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 207.
[421] Oosenbrug, A. (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. p. 227.

kunnen verschillende actoren betrokken zijn zoals een letselschadespecialist, een jurist, een arbeidsdeskundige of een arbeidsomstandighedenexpert.

2. Medisch onderzoek in verband met causaliteit en validiteit.
Medisch adviseurs van de kant van het slachtoffer en de verzekeraar spelen in dit traject de hoofdrol. Zij verzamelen zoveel mogelijk adequate medische informatie, wisselen deze informatie (of een deel ervan) uit met de adviseur van de tegenpartij en geven een beoordeling van de informatie. Ansink [422] onderscheidt zeven groepen vragen waarvoor de medisch adviseur zich gesteld kan zien:

1. Is er medisch aantoonbare of aanwijsbare schade?
2. Is deze op te vatten als gevolg van het ongeval of de beroepsziekte?
3. Zijn er wellicht andere factoren mede in het spel die een bijdrage leveren aan de klachten en symptomen? Daarbij moet een medisch adviseur aandacht besteden aan het vóórkomen van predispositie, pre-existentie, simulatie, aggravatie en renteneurose? [423]
4. In hoeverre brengen de gevolgen van ongeval of beroepsziekte beperkingen met zich mee in de arbeid of het dagelijks leven?
5. Is er sprake van een eindtoestand, dan wel wat is de prognose voor de toekomst?
6. Zijn er therapeutische mogelijkheden of suggesties die nog verbetering kunnen brengen in de bestaande klachten of afwijkingen?
7. Is er sprake van blijvende functionele invaliditeit en, zo ja, voor welk percentage van de gehele mens?

Medisch adviseurs verrichten doorgaans geen eigen klinisch onderzoek. Als reden daarvoor worden onder andere genoemd de hoge kosten voor de verzekeraar en strategische overwegingen van de belangenbehartiger van het slachtoffer. Bovendien moet het slachtoffer toestemming geven tot een dergelijk onderzoek.

3. Arbeidsdeskundig onderzoek
In sommige gevallen wordt een arbeidsdeskundige ingeschakeld voor de beoordeling van de resterende arbeidscapaciteit in eigen werk of in passende arbeid en het gebruik van voorzieningen om het arbeidsvermogen te compenseren. Zo nodig vindt onderzoek plaats naar aanpassing van de werkplek

4. Schadeberekening
In verband met de schadeberekening zijn vijf mogelijke kostenposten in het geding. De doorgaans belangrijkste kostenpost, het verlies van arbeidsvermogen, wordt berekend door een prognose te maken van het hypothetisch inkomen (zonder ongeval), de looptijd van dat

[422] Ansink, B.J.J.(1998). *Causaliteit en Letselschade, de plaats van het medisch rapport*. In: SVV handboek letselschade (1998). p. 55-64.
[423] Van *predispositie* is sprake als de oorzaak van de klachten mede is gelegen in de lichamelijke of geestelijke gesteldheid van het slachtoffer of samenhangt met zijn persoonlijkheidsstructuur. Het kan dan gaan om een zwakke constitutie die voorheen geen klachten opleverde, maar die met zich meebrengt dat de gevolgen van het ongeval of beroepsziekte harder aankomen De omvang van de schade is dan groter dan normaal gesproken te verwachten zou zijn geweest vanwege de bijzondere kwetsbaarheid. Bij *preëxistentie* gaat het om de vraag of een reeds voor het ongeval of de beroepsziekte bestaande aandoening of gezondheidsklacht van invloed is op klachten na het ongeval. Bij pre-existent letsel kan worden besloten dat er geen schade is als gevolg van het ongeval. De klachten waren immers al aanwezig en zijn daarom niet aan laedens toe te rekenen. *Simulatie* is het bewuste voorwenden van niet aanwezige ziektesymptomen of bestaande toestanden erger maken of doen schijnen. *Aggravatie* is overdrijving van de bezwaren van een werkelijk aanwezige storing van de gezondheid met de bedoeling hogere uitkeringen te bemachtigen. Hier is dus (in meerdere of mindere mate) kwader trouw aanwezig. Men hanteert ook wel de term dissimulatie: de betrokkene heeft een afwijking maar doet net of dit niet het geval is. *Renteneurose* komt in de medische literatuur onder verschillende namen voor: traumatische (d.i. ongevals) neurose, begeerteneurose. Renteneurose wordt omschreven als een neurose met een chronisch verloop, na ongelukken ontstaan, die door de begeerte naar schadevergoeding in stand gehouden. Zie hiervoor: Barneveld, H. van (1984). *Inleiding tot de algemene assurantiekennis*. Deventer, Kluwer. p. 28-29; Van, A.J. (2003). *Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?* In: Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (TVP), 2003, nummer 4. p. 105-110.

hypothetisch inkomen, en de resterende verdiencapaciteit, het inkomen dat iemand nog kan verwerven.

5. Schaderegeling
Volgens Weterings wordt tussen de 95% en 99% van de zaken geschikt en wordt in 1 tot 5% van de gevallen een procedure gestart. Procederen heeft over het algemeen veel onaantrekkelijke kanten, zoals onzekerheid over de uitspraak van een rechter, kosten en duur van de procedure. Deze negatieve aspecten van de keuze voor een civiele procedure gelden, volgens Weterings, als een extra stimulans om in de minne een oplossing te zoeken.[424]

Uitvoering en toezicht
De uitvoering van de AVB NL is in handen van aansprakelijkheidsverzekeraars en door hen aangestelde medische en juridische experts. Getroffen werknemers schakelen meestal een juridisch belangenbehartiger (letselschaderegelaar, advocaat) in, die hen bijstaat in de procedure tegen de verzekeraar. De juridisch belangenbehartiger en de verzekeraar laten zich bijstaan door een medisch adviseur (ten behoeve van de medische onderbouwing) en, bij complexe arbeidsongevallen en beroepsziekten, arbeidsomstandighedenexperts. Indien betrokkenen niet tot een minnelijke regeling komen, kan de zaak voorgelegd worden aan de kantonrechter. In dit onderzoek wordt deze rechtspraak en de gevolgen daarvan voor de preventie buiten beschouwing gelaten.

Het toezicht op verzekeringen is opgedragen aan De Nederlandse Bank (DNB). De DNB ziet er onder andere op toe dat verzekeraars hun financiële verplichtingen kunnen nakomen. Tot 2005 was dit een taak van de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK). Door het Verbond van Verzekeraars is de Geschillencommissie Schadeverzekeraars (GCS) ingesteld. Deze commissie heeft tot taak, bij wijze van bindend advies, uitspraak te doen in gevallen van samenloop van verzekeringen, en verzekeraars van mening verschillen welke verzekeraar dekking behoort te geven. Geschillen tussen particulieren en verzekeraars kunnen niet door de GCS worden beslecht. Particulieren kunnen zich voor geschilbeslechting tot het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening (Kifid) wenden.

Preventie-instrumenten
Om inzicht te krijgen in de preventie-instrumenten van AVB NL en het gebruik ervan is in 2007 een inventariserend onderzoek verricht onder zes verzekeraars. De selectie van de verzekeraars vond plaats op advies van het Verbond van Verzekeraars. Volgens haar vormden deze verzekeraars een representatieve afspiegeling van de betreffende groep AVB-verzekeraars. De inventarisatie vond plaats via een interview en een vragenlijstonderzoek. In de interviews zijn de verschillende preventie-instrumenten geïnventariseerd, terwijl in het vragenlijstonderzoek is nagegaan hoe frequent men een dergelijk instrument toepast.

De AVB NL blijkt een groot aantal preventie-instrumenten te bevatten. Bij het afsluiten van de polis kan de verzekeraar via informatieverzameling, uitsluitingen of financiële afspraken al dan niet overgaan tot acceptatie van een risico, de hoogte van de polis vaststellen, of afspraken maken over eigen risico of maximaal verzekerde bedragen. Tijdens de fase van de claimbeoordeling kan geprobeerd worden de schade te beïnvloeden, en inzicht te krijgen in de oorzaken van het ongeval of de beroepsziekte. Ook kan op dat moment ingezet worden op re-integratie van betrokkene. Na afloop van de schadeafhandeling kan via evaluatie, afspraken en eventuele opzegging of wijziging van de polis invloed worden uitgeoefend op de preventie.

Tabel 5.3 biedt een overzicht van de preventie-instrumenten. De meeste instrumenten zijn van financiële aard. Daarnaast wordt expertise ingezet. Quartaire preventie, beheersing van de schadelast, is het primaire doel dat nagestreefd wordt door de verzekeraars. Het gebruik van de instrumenten is beperkt. Van de 20 instrumenten worden acht instrumenten zelden gebruikt en vijf instrumenten soms gebruikt. De geïnterviewden verklaren dit uit de marktomstandigheden.

[424] Weterings, W. (1999). *Vergoeding letselschade en transactiekosten*. Tilburg, Tilburg University Press. p. 109 e.v.

De concurrentie tussen verzekeraars leidt ertoe dat men de klanten liever niet kwijtraakt, en niet al te hoge barrières wil opwerpen tegen nieuwe klanten. Het stellen van aanvullende eisen aan die klanten kan echter wel dit effect hebben. Bovendien moet men in deze concurrentieverhoudingen op de kosten letten, waardoor preventieactiviteiten vaak buiten beeld raken.

De twee preventie-instrumenten die vaak toegepast worden, het maximaal verzekerd bedrag en het eigen risico, zijn meestal gebaseerd op een keuze van de klant, en vormen daardoor geen belemmering voor de marktpositie van de verzekeraar. Van de drie instrumenten die altijd worden toegepast zijn twee direct noodzakelijk in verband met het vaststellen van de causaliteit en de zorgplichtschending. Overigens worden de rapportages die men in dit verband vervaardigt bijna nooit ter beschikking gesteld aan het slachtoffer, de verzekerde of andere actoren binnen de arbeidsorganisatie.

De bepaling van de poliskosten is afhankelijk van de ingeschatte risico's in combinatie met de omvang van de onderneming. Het midden- en kleinbedrijf betaalt doorgaans een standaard-premie op basis van omzet en aantal personeelsleden. In het grootbedrijf gaat een verzekeraar meestal ertoe over zelf de risico's te bepalen of in te schatten en de hoogte van de polis op basis daarvan te bepalen. Over het inzetten van regres als (preventie) middel zijn de meningen sterk verdeeld. Sommige verzekeraars zijn van mening dat de kosten van regres hoger zijn dan de baten, anderen spreken van het onnodig rondpompen van geld tussen verzekeraars. Ook ziet men als bezwaar tegen regres dat de werkgever bij het proces betrokken moet worden, iets wat de verzekeraars bij voorkeur willen vermijden.

Tabel 5.3: Preventie-instrumenten bij de AVB NL[425]

Bij afsluiten polis	Bij de claimbeoordeling	Na schadeafhandeling
Maximaal verzekerd bedrag (per gebeurtenis) (2)	Maximering bereddingskosten (1)	Regres op veroorzaker beroepsrisico (1-5)
Een bepaald eigen risico (per gebeurtenis) (2)	Afspraken over beperking gevolgschade (3)	Opzegging ivm te grote risico's (4)
No-claimkorting (3)	Gebruik maken van recht op vernietigbaarheid ivm onjuiste informatie (4)	Preventief effect van claim evalueren (3)
Uitsluiting specifieke arborisico´s[426], beroepsziekten[427], arbeidsongevallen[428] (4)	Analyse van oorzaak en toedracht (1)	Afspraken maken om recidive te voorkomen (4)
Uitsluiting specifieke groepen werknemers[429](4)	Afspraken om risicoverspreiding tegen te gaan (3)	Interne evaluatie van afgehandelde beroepsrisicoclaims (3)
Poliskosten afhankelijk van ingeschatte risico's en/of omvang bedrijf (1)	Re-integratie van verzekerde (4)	
Verzamelen bedrijfsinformatie arbeid en gezondheid (o.a. actuele rie, plan van aanpak) (4)	Medische en arbeidskundige beoordeling van causaliteit en schade (1)	
Verzamelen brancheinformatie arbeid en gezondheid (4)		

[425] Tussen haakjes staat de frequentie van het gebruik vermeld: 1= altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= zelden, 5=nooit. De gearceerde vlakken betreffen preventie-instrumenten op basis van expertise. De overige vlakken zijn financiële instrumenten.
[426] Genoemd werden: sexuele misdragingen, werken met asbest, geen uitsluitingen tenzij de RIE ernstige risico´s aanwijst die het bedrijf niet wil aanpakken..
[427] Genoemd werden: RSI, asbestgerelateerde aandoeningen, eventuele beroepsziekten gerelateerd aan genetische schade en schade in relatie tot TSE.
[428] Genoemd werden: standaarduitsluitingen AVB standaardpolis, zoals atoomkernreacties en vliegtuigongevallen;
[429] Genoemd werden: werknemers die met asbest in aanraking komen. Enkele verzekeraars hebben een speciale AVB voor asbestsaneerders ontwikkeld.

5.3 Collectieve ongevallenverzekering Bouw (COV NL)[430]

De collectieve ongevallenverzekering bouw (COV NL) is een compensatiesysteem op basis van contractuele compensatie. Ze maakt deel uit van de collectieve arbeidsovereenkomst in de bouw, en vormt daarmee een onderdeel van de contractuele verplichtingen van de werkgever jegens de werknemer. Met ingang van 2006 is het contractuele karakter ervan versterkt doordat de COV NL is omgebouwd tot een collectieve ongevallenregeling, als onderdeel van de zogenaamde bedrijfstakeigen regelingen. Het risico ervan wordt gedragen door de sociale partners in de bouw. De uitvoering is in handen gegeven van een assurantiemakelaar. De beschrijving die hierna volgt, gaat uit van de situatie tot 2006, aangezien het empirisch vragenlijstonderzoek en de casestudies ook hierop zijn gebaseerd.

Deze vorm van contractuele compensatie heeft, tot 2006, ook kenmerken van een directe verzekering, in dit geval een collectieve bedrijfstakongevallenverzekering. Een dergelijke verzekering is een van de gedaanten die een ongevallenverzekering kan aannemen. Andere vormen van ongevallenverzekeringen zijn de persoonlijke ongevallenverzekering, de bedrijfsongevallenverzekering en de collectieve bedrijfstakongevallenverzekering. De ongevallenverzekering heeft zijn wettelijke basis in het Burgerlijk Wetboek (Boek 7, Titel 17). Een ongevallenverzekering heeft als basis een contract tussen een verzekeraar en een verzekeringnemer. De verzekeringnemer is de contractspartij bij de verzekerings-overeenkomst, die als zodanig op het polisblad is vermeld. Het contract voorziet in een uitkering als zich specifiek letsel voordoet door een specifieke schadegebeurtenis, zoals omschreven in de polis.

Bij een bedrijfsongevallenverzekering is doorgaans de werkgever de verzekeringnemer en is de werknemer de begunstigde en tevens de verzekerde, degene op wiens lijf de verzekering wordt gesloten, op wie de dekking van toepassing is. De begunstigde is degene die tot de uitkering gerechtigd is, gemachtigd is de uit hoofde van de polis verstrekte vergoedingen te ontvangen. De begunstigde valt veelal samen met de verzekerde. Bij een overlijdensuitkering zijn nabestaanden veelal begunstigden. Het is echter ook mogelijk een ongevallenverzekering af te sluiten waarbij zowel de werknemer als de werkgever een uitkering genieten. Deze kwaliteiten kunnen in één persoon verenigd zijn, doch dit hoeft niet. Met andere woorden: iedereen kan een ongevallenverzekering op het leven of invaliditeit van een ander afsluiten.

Kenmerkend voor een ongevallenverzekering is dat de afhandeling van de schade plaatsvindt in direct contact tussen verzekerde en verzekeraar, dan wel hun belangenbehartigers. De verzekeringnemer (in het aansprakelijkheidsrecht als 'dader' aangemerkt) wordt niet per definitie betrokken in de afhandeling. Soms is sprake van de tussenkomst door een assurantiemakelaar of een schade-expert.

In de onderhavige collectieve ongevallenverzekering (COV NL) is (tot 2006) het Sociaal Fonds Bouwnijverheid cao regelingen B.V. de verzekeringnemer, en niet de individuele werkgever. De individuele werkgever is op basis van de cao verplicht tot het betalen van een bijdrage per loondag aan het Sociaal Fonds Bouwnijverheid. Met ingang van 2006 is die situatie veranderd. Vanaf dat moment is de collectieve ongevallenverzekering omgezet in een collectieve ongevallenregeling, die uit de collectieve (cao) middelen wordt gefinancierd.

[430] De tekst van deze paragraaf is gebaseerd op de volgende literatuur: Cao voor het bouwbedrijf 2001-2005. *Algemene en bijzondere voorwaarden van de ongevallenverzekering*. Artikel 7 en Bijlage 1. Cao voor het bouwbedrijf 2006. Egmond, S.C.W.(2002). *Is verzekeren moeilijk?* Amsterdam, NIBE-SVV. NIBE/SVV (2004). *Schade en Levensverzekeringen*. Amsterdam, NIBE-SVV. Oosenbrug, A, O. Bekouw, F.K. Gregorius, F.T.E. Dooren, J. de Vries, J.C.M. Remmerswaal (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel. Roijackers, C.A.M. (2004). *Ziekte of beperking; de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en de ongevallenverzekering*. In: Letsel en Schade 2004. nr. 1. p. 5-13.

Kring van verzekerden
Tot de kring van verzekerden behoren alle werknemers werkzaam bij bouwbedrijven die vallen onder de cao voor het bouwbedrijf. De begunstigden zijn, naast de verzekerden, nabestaanden van een werknemer die is overleden als gevolg van een ongeval. De verzekerde heeft de mogelijkheid een ander als begunstigde aan te wijzen.

Verzekerd risico
Bij deze COV NL is het verzekerd risico beperkt tot lichamelijk letsel. De COV NL is primair bedoeld om een uitkering te verschaffen aan werknemers die letsel oplopen als gevolg van een ongeval of door dat ongeval komen te overlijden. In de COV NL wordt het begrip ongeval nader gedefinieerd als:

> "Een plotselinge, ongewilde, van buiten komende inwerking van geweld op het lichaam die plaatsvindt en die rechtstreeks, objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel veroorzaakt met blijvende invaliditeit of de dood als gevolg".[431]

Tevens vallen onder de verzekering 'ongevallen ten gevolge van bestaande ziekten, lichamelijke of geestelijke gebreken en afwijkingen'. De omschrijving van het ongevalsbegrip laat geen ruimte voor vergoeding van psychisch letsel. Een aantal risico's is uitgesloten van de verzekering, te weten opzettelijk veroorzaakte ongevallen, ongevallen door gevaarlijke sporten, ongevallen die zijn ontstaan door het plegen van een misdrijf (met uitzondering van een verkeersmisdrijf), ongevallen door atoomkernreacties, ongevallen door molest (onder andere gewapend conflict, burgeroorlog). Tot 2006 verzorgde de COV NL een 24-uurs dekking. Daarna is overgestapt naar een naar zogenaamde functiedekking: de dekking onder deze regeling is van kracht gedurende de tijd dat de deelnemer werkzaamheden voor zijn werkgever verricht, alsmede het rechtstreeks komen naar en gaan van huis naar de plaats waar de arbeid wordt verricht, volgens de meest gebruikelijke weg. De dekking is eveneens van kracht tijdens het bijwonen en het rechtstreeks gaan naar of komen van de plaats waar beroepsgerelateerde activiteiten worden verricht.

Vergoedingen en voorzieningen
Doorgaans wordt in een ongevallenverzekering een onderscheid gemaakt in vier rubrieken van vergoedingen en voorzieningen:

- rubriek A heeft betrekking op het overlijden van de verzekerde;
- rubriek B, de meest voorkomende vorm van schade uitkering, waaraan tegelijkertijd het grootste financieel belang is gekoppeld, heeft betrekking op blijvende of gedeeltelijke invaliditeit van de verzekerde;
- rubriek C heeft betrekking op geheel of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ongeval;
- rubriek D betreft een vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling. Deze dekking dient veelal als aanvulling op de ziektekostenverzekering. Bij samenloop van deze rubriek met de ziektekostenverzekering worden de desbetreffende kosten niet vergoed door de collectieve ongevallenverzekering.

De COV NL kent drie rubrieken. Rubriek A voorziet in een vast kapitaal van € 20.650 bij overlijden van de verzekerde en indien nodig de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot. Rubriek B voorziet in een maximum van € 41.300 in geval van, gehele of gedeeltelijke, blijvende invaliditeit (BI).[432] De invaliditeit wordt in een percentage berekend

[431] In aanvulling op deze algemene definitie bevat de COV NL een lijst met beschrijvingen van 'van buiten komende inwerkingen' (zoals zonnesteek, bevriezing, besmetting door ziektekiemen) en van lichamelijk letsel (o.a. allergische reacties na contact met allergene stoffen, verrekking en scheuring van spieren, miltvuurwhiplash) die ook onder de definitie vallen.

[432] Blijvende invaliditeit: onherstelbaar geheel of gedeeltelijk verlies, dan wel objectiveerbaar verlies van gebruiksvermogen van enig deel of orgaan van het lichaam van de deelnemer. Deze bedragen lijken relatief laag in vergelijking met gegevens die AON presenteert in een benchmark naar collectieve verzekeringen: Brenninkmeijer, Bart, Janna Hessels (2005). *Benchmark collectieve verzekeringen*. Rotterdam, AON. Uit het benchmark onderzoek van Aon blijkt dat in bijna 80% van de gevallen verzekerd wordt op basis van een factor maal het jaarsalaris. De

meestal met behulp van de zogenaamde 'Gliedertaxe'. Deze tabel vermeldt verschillende lichaamsdelen van de mens en een daarmee corresponderend percentage invaliditeit. Bij (functie) verlies van een lichaamsdeel wordt het vermelde percentage van de verzekerde som uitgekeerd.[433] Bij gedeeltelijk verlies of verlies van gebruiksvermogen van een lichaamsdeel of orgaan wordt een evenredig percentage uitgekeerd. Bij whiplashletsel zonder objectief vastgestelde afwijkingen wordt maximaal 5% BI uitgekeerd. Tenslotte vergoedt de COV NL kosten op basis van rubriek D, voor zover die kosten niet worden gedekt door de ziektekostenverzekering.

Claimbeoordeling
Bij overlijden (rubriek A) is de schadevergoeding helder, conform de polisvoorwaarden. Voor rubriek B (en C) is het noodzakelijk onderzoek te doen naar de letseloorzaak, het letsel zelf, het letselgevolg en het causaal verband daartussen. Daarvoor moet het letselgevolg worden vastgesteld in termen van al of niet blijvende functionele invaliditeit. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het beroep van de verzekerde, maar is bepalend in hoeverre de functies van het lichaam zijn beperkt.

De claimbeoordeling is door de cao-partijen uitbesteed aan een assurantiemakelaar. Deze assurantiemakelaar verzorgt tevens de administratieve afhandeling en laat de medische beoordeling uitvoeren door een medisch adviseur. Doorgaans vindt er geen ongevals-onderzoek plaats aangezien inzicht in de causaliteit, de schuldvraag en de schending van de zorgplicht niet zo relevant is voor de bepaling van de mate van BI.

De verzekeraar is verplicht uiterlijk binnen twee jaar na het ongeval de mate van BI vast te stellen. Is er na twee jaar geen medische eindtoestand, dan wordt de mate van invaliditeit vastgesteld aan de hand van de toestand waarin de deelnemer op dat moment verkeert.[434] Tussen partijen kan een langere termijn worden overeengekomen, waarbij dan wel een voorschot aan het slachtoffer dient te worden verstrekt.

De medisch adviseur stelt de mate van BI vast op basis van maatstaven die zijn ontleend aan medische richtlijnen van de American Medical Association (A.M.A.)[435], alsmede de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging. In voorkomende gevallen wordt een extern medisch deskundige aangewezen voor het vaststellen van de mate van BI. De deelnemer is verplicht zich door een dergelijke expert te laten onderzoeken. De deelnemer is ook verplicht alle verder gevraagde inlichtingen te verstrekken. Hiertoe behoort ook het verstrekken van het beschikbare medisch dossier. De begunstigde of diens juridisch belangenbehartiger heeft in formele zin geen invloed op de keuze van de expert en de vraagstelling aan de expert. In de praktijk vindt doorgaans wel overleg plaats tussen de medisch adviseur van de werknemer en de medisch adviseur van de assurantiemakelaar over een aan te stellen medisch expert. Nadat de mate van invaliditeit is vastgesteld, volgt de eventuele schadebepaling en schadeafhandeling.

De deelnemer is verplicht binnen drie maanden nadat de gevolgen van een ongeval zich openbaren aan de verzekeraar alle bijzonderheden met betrekking tot het ongeval en de gevolgen daarvan te melden. Het recht op uitkering vervalt indien de kennisgeving van een ongeval meer dan vijf jaar na de datum van het ongeval plaatsvindt.

---

factor waarmee het jaarsalaris wordt vermenigvuldigd is verschillend per onderneming. (Variatie van 1 tot 7 keer jaarsalaris).De overige 20% heeft een vast bedrag verzekerd. De vaste bedragen variëren van EUR 20.000 tot EUR 140.000 voor rubriek A en van EUR 45.000 tot EUR 140.000 voor rubriek B.

[433] Zo wordt bijvoorbeeld bij verlies van arm of hand maximaal 75% BI vastgesteld, bij gehoorverlies op één oor 30%, verlies van een nier 20%. Bij algehele ongeneeslijke verlamming wordt 100% BI gerekend evenals bij "algeheel verlies dan wel ongeneeslijke stoornis der geestvermogens mits deze rechtstreeks voortvloeit uit bij het ongeval ontstaan en geneeskundig vast te stellen hersenletsel".

[434] De verzekeraar vergoedt zodra een termijn van zes maanden na het ongeval is verstreken een rente van 6% per jaar over het uiteindelijk uit te keren bedrag.

[435] "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment".

Uitvoering en toezicht
Tot 2006 was de situatie ten aanzien van uitvoering en toezicht als volgt. De uitvoering van de COV NL was in handen van een assurantiemakelaar. Destijds behoorde het toezicht op de collectieve ongevallenverzekering tot de taak van de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK). Geschillen die voortvloeiden uit de verzekering konden voorgelegd worden aan de bevoegde rechter. Bovendien had de verzekeringsbedrijfstak een eigen klachteninstantie in het Klachteninstituut Verzekeringen. Ook bood de COV NL de mogelijkheid om geschillen over de vaststelling van de mate van invaliditeit voor te leggen aan een arbiter of bindend adviseur. Alvorens een geschil aan deze partijen voor te leggen bestond de mogelijkheid de hulp in te schakelen van de paritaire begeleidingscommissie collectieve ongevallenverzekering.

Sinds 2006 is de Stichting Opleidings- en Ontwikkelingsfonds voor de Bouwnijverheid verantwoordelijk voor de uitvoering van de collectieve ongevallenregeling. Sindsdien kunnen geschillen niet meer worden voorgelegd aan het Klachteninstituut Verzekeringen (tegenwoordig KIFID, Klachteninstituut financiële dienstverlening) maar moeten ze voorgelegd worden aan het bestuur van de Stichting Opleidings- en Ontwikkelingsfonds voor de Bouwnijverheid. Dit bestuur kan de hulp inroepen van een onafhankelijk medisch adviseur. Deze medisch adviseur kan optreden voor en namens de werknemer en met de medisch adviseur, die namens de assurantiemakelaar de claimbeoordeling heeft uitgevoerd, collegiaal overleg plegen en proberen tot een vergelijk te komen.

Preventie-instrumenten
Tabel 5.4 biedt een overzicht van de preventie-instrumenten in ongevallenverzekeringen. Het overzicht is gebaseerd op een inventarisatie onder zes verzekeraars. De keuze voor die verzekeraars is gemaakt door het Verbond van Verzekeraars. Deze zes verzekeraars waren volgens het Verbond representatief voor alle ongevallenverzekeraars in Nederland. De inventarisatie bestond uit een interview en een vragenlijstonderzoek. Via de interviews zijn de verschillende preventie-instrumenten geïnventariseerd, terwijl in het vragenlijstonderzoek is nagegaan hoe frequent een dergelijk instrument werd toegepast. Onder dezelfde verzekeraars is de inventarisatie van preventie-instrumenten binnen de AVB uitgevoerd. Tevens is het overzicht gebaseerd op een analyse van de polisvoorwaarden van de COV NL. De voor de COV NL specifieke bepalingen zijn in noten weergeven.

De uitvoering van de COV NL is overgelaten aan een assurantiemakelaar. De preventie-instrumenten zijn gericht op het beheersen van de schadelast. De assurantiemakelaar geeft te kennen alle preventie- instrumenten in principe altijd toe te passen. Een en ander gebeurt in samenspraak met de sociale partners in de bouw. Men gaat uit van een ruimhartige interpretatie van de bepalingen. Voor de verzekeraar is de schadelastbeheersing van groot belang. Daarnaast besteedt de verzekeraar enige aandacht aan tertiaire preventie ten behoeve van het individu, indien betrokkene daar prijs op stelt. Andere vormen van preventie worden niet nagestreefd. De COV NL vormt een onderdeel van de cao voor het bouwbedrijf. Deze cao kent een groot aantal bepalingen inzake preventie. De cao-bepalingen hebben betrekking op primaire preventie (onder andere gericht op veiligheid, fysieke belasting, gevaarlijke stoffen), secundaire preventie (waaronder arbodienstverlening, verzuimbeleid, begeleiding bij dreigende uitval door werkdruk) en tertiaire preventie (eisen aan re-integratie binnen de onderneming). Er is echter geen enkele relatie tussen de COV NL en deze preventiebepalingen. Er bestaat evenmin contact tussen de assurantiemakelaar en Arbouw, de paritaire instantie voor arbeids-omstandigheden in de bouwsector.

De ongevallenverzekeringen bevatten minder preventie-instrumenten dan de AVB NL. Quartaire preventie, beperking van de schadelast van de verzekeraar, is een belangrijk uitgangspunt. Daarnaast richt men zich op beperking van de gevolgschade. Dit heeft zowel (positieve) gevolgen voor de beheersing van de schadelast als van bevordering van tertiaire preventie. De ongevallenverzekeraars geven echter nauwelijks aandacht aan re-integratie van de verzekerde. Binnen de groep ongevallenverzekeringen bevat de COV NL nog minder preventie-instrumenten (9) dan de andere ongevallenverzekeringen.

Ook in de ongevallenverzekering zijn twee typen instrumenten te onderscheiden: financiële instrumenten, en inzet van expertise. De financiële instrumenten, zoals maximaal verzekerd bedrag, zijn duidelijk in de minderheid. Expertise wordt vooral ingezet ter bepaling van de mate van invaliditeit. De werkgever is geen partij in het gehele proces van claimbeoordeling. Beperking van de schadelast wordt binnen de ongevallenverzekering vooral gerealiseerd door een aantal polisvoorwaarden, zoals beperkingen in de definitie van het begrip ongeval en de beperking van het begrip schade tot mate van invaliditeit volgens een vaste schaal. Daarnaast kent de verzekering een aantal uitsluitingen.

Het gebruik van de instrumenten door de ongevallenverzekeraars is beperkt.[436] Van de 15 instrumenten worden vijf zelden gebruikt en drie soms gebruikt. De verzekeraars hebben niet de intentie via de ongevallenverzekering bij te dragen aan primaire of secundaire preventie. De meeste verzekeraars beschouwen dit als te kostbaar en niet efficiënt. De veroorzaker van de schade en de getroffene worden niet aangesproken de werkomstandigheden te verbeteren. Sommige verzekeraars maken gebruik van het regresrecht. De geïnterviewden sluiten niet uit dat regres een positieve uitwerking kan hebben op zowel de schadelastbeheersing als de verbetering van arbeidsomstandigheden.

Een aantal geïnterviewden oppert dat deze verzekering, in tegenstelling tot de afwikkeling via het aansprakelijkheidsrecht, wel in positieve zin bij kan dragen aan de re-integratie van de getroffene. Immers het slachtoffer krijgt relatief snel en eenvoudig een uitkering en duidelijkheid over de toekomst. Daar komt bij dat de afwikkeling van deze verzekering in een relatief harmonieuze sfeer plaatsvindt. Dit kan bevorderend werken voor het herstel van het individu.

De ongevallenverzekeringen hebben voor de verzekeraars een beperkt belang. Ze vormen slechts een beperkt deel van de omzet van de verzekeraar. Het wordt door sommige verzekeraars ook wel een accessoir product genoemd omdat de ongevallenverzekering (soms gratis) gratis wordt bijgeleverd als accessoire. Andere verzekeringsproducten zijn belangrijker, zoals bijvoorbeeld vermogensbeheer, of arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Preventie van schadelast is in dit verband wel belangrijk maar moet geen afbreuk doen aan de positie in andere, belangrijkere portefeuilles. Verzekeraars beschouwen de ongevallenverzekering als een low-risk product. Men loopt weinig risico doordat er relatief weinig op geclaimd wordt.

[436] Tussen haakjes staat de frequentie van het gebruik vermeld: 1= altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= zelden, 5= nooit. De gearceerde vlakken betreffen preventie-instrumenten op basis van expertise. De overige vlakken zijn financiële instrumenten.

Tabel 5.4 : Overzicht preventie-instrumenten in COV NL (+ overige ongevallenverzekeringen)[437]

Bij afsluiten polis	Bij claimbeoordeling	Na schadeafhandeling
COV en overige ongevallenverzekeringen		
Beperking duur dekking[438] (2)	(beperkte) Analyse van oorzaak en toedracht[439](1)	
Maximaal verzekerd bedrag (per gebeurtenis)[440] (1)	Vaststelling mate van BI obv normen AMA en/of richtlijnen medische specialisten[441](1)	Regres[442] (1-5)
Bij specifieke ongevalsgevolgen wordt een beperkt bedrag uitgekeerd[443](3)	Afspraken over beperking gevolgschade[444] (2)	
Uitsluiting specifieke risico´s[445] (1)	Verval van recht op uitkering bij niet nakomen verplichtingen of opzettelijk onjuiste informatie verstrekken (4)	
	Verval recht op uitkering als na 5 jaar ongeval wordt aangemeld (1)[446]	
Overige ongevallenverzekeringen		
Opvragen bedrijfsinformatie[447](4)	Re-integratieverzekerde[448] (4)	Afspraken om recidive te voorkomen (4)
Één contract voor verschillende diensten[449] (3)		Interne evaluatie van afgehandelde beroepsrisicoclaims[450] (3)
Uitsluiting specifieke groepen werknemers[451] (2)		Opzegging ivm te grote arbo risico's (4)

[437] Score betreft frequentie van gebruik in andere ongevallenverzekeringen dan COV: 1= altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= zelden, 5= nooit.

[438] Een dergelijke beperking gold nog niet voor de periode waarin het vragenlijstonderzoek is uitgevoerd (zie:6.1). Tot 2006 kent de COV NL een zogenaamde 24 uurs dekking waardoor ook letsel in de privé situatie voor vergoeding in aanmerking kwam. Per 1 januari 2006 is dit veranderd in een functiedekking, waardoor de verzekerde periode is beperkt tot de werktijd en het woon-werkverkeer.

[439] De verzekeraar wil altijd enige indruk van oorzaak en toedracht. Soms is er uitgebreider onderzoek met name ingeval van vermoeden van pre-existentie.

[440] € 41.300 in geval van algehele blijvende invaliditeit (afk. BI).

[441] In de COV NL: Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Nederlandse Orthopaedische Vereniging

[442] In bepaalde situaties (tandheelkundige kosten, kosten plastische chirurgie, repatriëring) biedt de COV zogenaamde secundaire dekking. In dat geval is er geen recht op vergoeding omdat een andere verzekering de schade dekt. Indien de uitkering krachtens een dergelijke verzekering problemen oplevert, verschaft de COV een voorschot, dat later op de andere verzekering wordt verhaald. In andere ongevallenverzekeringen is de toepassing van regres zeer wisselend: er zijn verzekeraars die het nemen van regres beschouwen als het rondpompen van geld in de verzekeringsbranche, terwijl anderen trots melden dat men jaarlijks miljoenen aan inkomsten hierdoor genereert.

[443] In de COV geldt dit voor whiplash. In andere ongevallenverzekeringen worden onder andere vermeld: hernia, psychische aandoeningen.

[444] In de COV staat hierover: de deelnemer is verplicht: zich direct onder geneeskundige behandeling te stellen en daaronder te blijven, indien dit redelijkerwijs is geboden; zich herstelbevorderend te gedragen en tenminste de voorschriften van de behandelende arts op te volgen; het fonds op de hoogte te houden van het verloop van het herstel.

[445] In de COV geldt dit voor opzet, gevaarlijke sporten, misdrijven, atoomkernreacties. Ook molest behoort tot uitsluitingen, zij het dat onder bepaalde voorwaarden dit risico en de gevolgen daarvan wel aanvaard worden. Gegeven de definitie van ongeval zijn ook ongevallen met uitsluitend psychisch letsel uitgesloten van vergoeding. In andere ongevallenverzekeringen zijn onder andere de volgende uitsluitingen aangetroffen: roekeloos gedrag, ongevallen ten gevolge van bestaande ziekten, lichamelijke of geestelijke gebreken en afwijkingen, ongevallen door drugsgebruik of alcohol. Letsel als gevolg van electromagnetische straling wordt in alle ongevallenverzekeringen uitgesloten.

[446] In sommige polissen wordt een andere duur vermeld, of wordt bepaald dat de melding van een ongeval binnen 3 maanden moet plaatsvinden. Indien die termijn overschreden wordt, rust op de begunstigde een zwaardere bewijslast.

[447] Bij contracten met grote en/of risicovolle bedrijven vraagt men wel eens extra informatie over de arborisico's.

[448] Bij re-integratie binnen de onderneming geven sommige verzekeraars wel eens adviezen. Middelen om iemand buiten de onderneming te re-integreren zijn niet beschikbaar in het kader van ongevallenverzekeringen.

[449] Sommige verzekeraars bieden de mogelijkheid tot het afsluiten van één contract waarin verschillende diensten worden aangeboden waaronder een AVB, verzekering loondoorbetaling, verzekering WIA/WGA, arbodienstverlening, re-integratie, ziektekostenverzekering. Historisch gezien zijn dit echter andere markten en andere afdelingen binnen een verzekeringsconcern. Dit heeft overigens geen invloed op de claimbeoordeling, aangezien die voor elke verzekering apart wordt uitgevoerd.

[450] De meeste verzekeraars beschikken over een intern informatiesysteem. Op basis van periodieke rapportage vindt evaluatie van de schadelast en schadeontwikkeling plaats. Afzonderlijke ongevallen worden niet geëvalueerd.

[451] Hiervan is in de COV geen sprake: alle werknemers die onder de cao bouw vallen zijn begunstigde. Dit geldt ook voor stagiairs. In andere ongevallenverzekeringen zijn de volgende uitgesloten groepen werknemers gevonden:

5.4. Werknemerscompensatie in België

Deze paragraaf schetst de positie van twee systemen van werknemerscompensatie in België: de Arbeidsongevallenverzekering (AOV BE), een wettelijk verplichte directe verzekering, en het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE), een publiek fonds voor preventie en schadeloosstelling van beroepsziekten.

Daarnaast kent België nog twee andere systemen van werknemerscompensatie, te weten de werkgeversaansprakelijkheid en de Aansprakelijkheidsverzekering voor bedrijven en beroepen (AVB). Van deze twee systemen wordt slechts sporadisch gebruik gemaakt, aangezien in België sprake is van burgerrechtelijke immuniteit van de werkgever. Dit houdt in dat degene die aanspraak kan maken op de vergoedingen van de Arbeidsongevallen-verzekering of het Fonds voor de Beroepsziekten, niet meer de mogelijkheid heeft tegen zijn werkgever een civielrechtelijke aansprakelijkheidsvordering in te stellen. Er kan wel een beroep worden gedaan op de civielrechtelijke werkgeversaansprakelijkheid als een derde aansprakelijk is voor de letselschade. [452] Deze werkgeversaansprakelijkheid en de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid blijft hier verder buiten beschouwing.

Allereerst komt de positie van beide Belgische systemen van werknemerscompensatie (AOV BE en FBZ BE) ten opzichte van de sociale zekerheid aan bod. Daarna volgt een korte schets van de verschillen en overeenkomsten tussen FBZ BE en AOV BE, gevolgd door een globaal overzicht van de omvang van de werknemerscompensatie in België. In paragraaf 5.5. en 5.6. wordt gedetailleerder ingegaan op de verschillende kenmerken van beide systemen.

5.4.1 De plaats van werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid

Beide compensatiesystemen vormen een integraal onderdeel van de sociale zekerheid. België kent een uitgebreid stelsel van sociale zekerheid voor alle werknemers met een arbeidsovereenkomst.[453] Onderdeel van dat stelsel zijn onder andere de verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging, pensioenen, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en beroepsrisico's.

Deze twee systemen van werknemerscompensatie zijn op verschillende manieren verbonden met andere onderdelen van de sociale zekerheid. België kent een verplichte (volks-) verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze verzekering, die uitgevoerd wordt door ziekenfondsen, vergoedt de medische kosten doorgaans gedeeltelijk. Het deel dat men zelf moet betalen noemt men het remgeld. Indien men medische kosten heeft door een arbeidsongeval of beroepsziekte betaalt de verzekeraar dit remgeld. In sommige gevallen gaat tegemoetkoming van de verzekeraar verder dan die van het ziekenfonds. Orthopedische voorzieningen en prothesen worden bijvoorbeeld ruimer terugbetaald dan bij het ziekenfonds. Een en ander betekent overigens niet dat een verzekeraar alle kosten voor zijn rekening neemt. Een werknemer heeft daardoor bijna altijd ook zelf financiële schade door een arbeidsongeval of beroepsziekte. Daarnaast bestaat het recht van regres van de ziekenfondsen op de verzekeraar. Alle uitgaven die het ziekenfonds doet voor de medische verzorging van het letsel door arbeidsongeval of beroepsziekte kan ze terugvorderen op de verzekeraar. Ook blijkt de verknoping met de overige onderdelen van sociale zekerheid uit de, zij het beperkte, mogelijkheden tot het cumuleren van de vergoeding vanwege de AOV BE of de FBZ BE met andere onderdelen van de sociale zekerheid*:* de vergoeding mag gedeeltelijk worden

---

acrobaten, antennebouwers, bedieners van hoogwerktuigen, beroepsduikers, brandweerlieden, classificeerders, dierentemmers, gevelreinigers, glazenwassers in hoogbouw, koeriers, mijnwerkers, militairen, paardenafrichters, politieagenten, personeel op een (lucht)vaartuig of een booreiland.

[452] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p 118.

[453] Overigens zijn er wel inhoudelijke verschillen tussen het sociale zekerheidsstelsel van werknemers in de privé sector, het overheidspersoneel en allerlei bijzondere groepen. Zie hiervoor: Langendonck, Jef van (2011). *Handboek Socialezekerheidsrecht.* Antwerpen-Oxford, Intersentia p. 90.

gecumuleerd met een rust- of overlevingspensioen.[454] Tevens hebben getroffen werknemers met een blijvende arbeidsongeschiktheid recht op een werkloosheidsuitkering, op voorwaarde dat betrokkene arbeidsgeschikt bevonden wordt in de zin van de ziekteverzekering, dat wil zeggen met een verdienvermogen dat niet lager is dan 33%.[455] Bovendien kan de werknemer die geheel of gedeeltelijk blijvend arbeidsongeschikt is door een arbeidsongeval (of beroepsziekte) relatief eenvoudig ontslagen worden door de werkgever.[456] Tenslotte vormt het brugpensioen voor 56-jarigen respectievelijk 58-jarigen een mogelijkheid om afscheid te nemen van de arbeidsongeschikte werknemer.[457]

De AOV BE neemt binnen de sociale zekerheid een speciale plaats in. Enerzijds heeft ze de kenmerken van een echte verzekering: de werkgever sluit een contract met een privéverzekeraar, betaalt een premie die is vastgesteld in een overeenkomst tussen hem en de verzekeraar, de premie is gedifferentieerd naar gelang de aard en ernst van het risico, en er is geen tussenkomst van een 'socialezekerheidsorganisme'. [458] Anderzijds begint de arbeidsongevallenwetgeving de sociale zekerheid te naderen door de invoering van de verzekeringsplicht, die sinds 1971 bestaat. De arbeidsongevallenwet is daarmee een tak van de sociale zekerheid waarvan de verzekering en het beheer zijn toevertrouwd aan de particuliere sector: de uitkering valt niet meer ten laste van de werkgever, maar van een verzekerings-instelling en de werknemers hebben uitsluitend een vordering tegen die instelling.

5.4.2 Verschillen tussen FBZ BE en AOV BE

De eerste Belgische Beroepsziektenwet dateert van 1927. Dat deze wet bijna 25 jaar na de Arbeidsongevallenwet (1903) tot stand kwam, wordt toegeschreven aan de medische onzekerheid omtrent wat als een beroepsziekte moest worden beschouwd. De wetenschap had destijds nog niet voldoende inzicht in de etiologie van beroepsziekten. [459] De Beroepsziektenwet verschilt grondig van de Arbeidsongevallenwet, omdat ze volledig geïntegreerd is in de sociale zekerheid.[460] Dat ervoor is gekozen beroepsziekten niet te verzekeren via een uitbreiding van de publiek/private arbeidsongevallenverzekering, maar via een aparte sociale verzekering, heeft te maken met de complexiteit van het begrip beroepsziekte in vergelijking met het begrip arbeidsongeval. Het causale verband tussen beroepziekte en arbeid is vaak moeilijker aan te tonen dan tussen letsel en arbeidsongeval. In dat verband wordt gewezen op de mogelijke invloeden van ongezond (privé-) gedrag en van

[454] De getroffene ontvangt vanaf het ogenblik dat hij pensioengerechtigd is een gewaarborgde minimumvergoeding. Als hij een derde van de rente in kapitaal heeft gekregen, wordt het gewaarborgd minimum verhoudingsgewijs verminderd. Voorbeeld: blijvende ongeschiktheid: 50 % , basisloon: € 22.310,42 ; jaarlijkse vergoeding: € 22.310,42 x 50 % = € 11.155,21. Bij pensionering wordt de vergoeding beperkt tot het gewaarborgd minimum: € 6.574,77 (bedrag op 1/10/2006).

[455] Verdeyen, Vanessa, Katrien Deweerdt (2007). *Arbeidsongevallen*. In: Johan Put (2007). Praktijkboek sociale zekerheid. Wolters Kluwer, België.

[456] De opzegtermijn voor een werkgever die zijn werknemer wil ontslaan is 28 dagen bij werknemers die minder dan 20 jaar in dienst zijn en 56 dagen voor werknemers die 20 of meer jaar in dienst zijn. In cao nr. 75 (1999) zijn afspraken gemaakt over uitbreiding van de opzegtermijn. Zo is bijvoorbeeld de opzegtermijn voor een werknemer die 6 maanden tot 5 jaar in dienst is geweest 35 kalenderdagen. Cao 75 geldt voor ondernemingen en bedrijfstakken die geen eigen regeling hebben voor opzegtermijnen. Gedurende de opzeggingstermijn is de werkgever loon verschuldigd.

[457] Een volledig brugpensioen is mogelijk op 58-jarige leeftijd voor werknemers die minstens 25 jaar in loondienst hebben gewerkt. In sommige sectoren bestaan ook brugpensioenstelsels die eerder ingaan. Voor arbeidsongeschikte werknemers in de bouw is bijvoorbeeld brugpensioen mogelijk vanaf 56 jaar, en na een loopbaan van 40 jaar. Een brugpensioen bestaat uit 2 delen: een werkloosheidsvergoeding en een aanvullende vergoeding brugpensioen (varieert van 152 tot 362 per maand afhankelijk van functie en burgerlijke staat). Een halftijds brugpensioen is (in de bouwnijverheid) onder bepaalde voorwaarden mogelijk vanaf 57 jaar. Zie: Cao gids bouw 2007-2008 Brussel, ACV.

[458] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 127-128.

[459] Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p. 119. Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 99.

[460] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's.* Antwerpen-Oxford, Intersentia. p.567.

privé omstandigheden, de invloed van de individuele toestand van de werknemer (waaronder predispositie), en de vaak lange incubatietijd[461] van beroepsziekten. De juiste diagnose, behandeling en prognose van een beroepsziekte zijn zelden onmiddellijk evident of eenduidig.[462] Bovendien vormt de blootstelling bij meerdere werkgevers een probleem: de verantwoordelijkheid voor de beroepsziekte kan daardoor vaak moeilijk aan één werkgever worden toegewezen. Andere inhoudelijke verschillen tussen FBZ BE en AOV BE zijn:

- Anders dan bij de verzekering voor arbeidsongevallen via de AOV BE zijn de werkgevers verplicht verzekerd bij het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE). FBZ BE heeft een verzekeringsmonopolie, en is bureaucratisch van opzet.[463]
- Werkgevers betalen mee aan FBZ BE via een globale bijdrage aan de sociale zekerheid. Onderdeel daarvan is de bijdrage aan FBZ BE ten bedrage van 1,1% van het loon van werknemers. Het betreft hier een solidariteitsbijdrage, omdat de last niet alleen gedragen wordt door ondernemingen waar daadwerkelijk een beroepsrisico ontstaat.[464]
- In verband met de claimbeoordeling van beroepsziekten kent men een zogenaamd gemengd systeem om vast te stellen wat een beroepsziekte is. Voor beroepsziekten die voorkomen op de Belgische lijst van beroepsziekten is de bewijslast beperkter dan voor beroepsziekten die niet op de lijst staan.
- Bij de AOV BE is de werkgever de verzekeringnemer en verzekerde tegelijkertijd. De verzekeraar beschouwt de werkgever dan ook als haar primaire klant. Bij FBZ BE is geen verzekeringsrelatie met de werkgever. In beide gevallen is de werknemer de begunstigde.

5.4.3 Overeenkomsten tussen FBZ BE en AOV BE

De twee systemen van werknemerscompensatie via FBZ BE en via de AOV BE kennen echter ook een groot aantal overeenkomsten. Ze zijn gebaseerd op dezelfde drie pijlers:[465]

1. Professioneel risico: de grondslag voor vergoeding is het professioneel risico dat onlosmakelijk met de arbeid in ondergeschikt verband is verbonden[466], en niet de fout (van de werkgever). Schade door een arbeidsongeval is een ondernemingsrisico, op basis van het feit dat het arbeidsongeval een gevolg is van de economische activiteit. Omdat de werkgever voordeel haalt uit die activiteit, moet hij ook opdraaien voor de schadeloosstelling.[467]

2. Een forfaitaire vergoeding van het slachtoffer. Daarmee bedoelt men dat bepaalde schadeposten niet voor vergoeding in aanmerking komen (bijvoorbeeld schade aan goederen) en dat de wel vergoedbare posten nauwkeurig omschreven zijn en beperkt van aard zijn. De gedeeltelijke vergoeding is volgens Vervliet gebaseerd op de idee van de gedeelde verantwoordelijkheid tussen werkgever en werknemer: de gedeeltelijke vergoeding is immers gebaseerd op de gedachte dat "de werkgever door de rechtbank niet aansprakelijk zou worden gesteld voor ongevallen met onbekende oorzaak, en dat onder ongevallen met bekende oorzaak, het merendeel aan een fout van de werknemer te wijten is."[468]

---

[461] Tijdsverloop tussen blootstelling aan het risico en de manifestatie van de ziekte.

[462] Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red) (2001). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers p. 119. Waterman, Y.R.K. (2009) . De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 209.

[463] Rauws, Wilfried (2001): *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red) (2001). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgever. p. 119.

[464] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 569.

[465] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 123.

[466] Deze definitie van professioneel risico ('risque professionel') is ontleend aan: Federatie overheidsdienst Sociale Zekerheid (2010): *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België* p. 545.

[467] Overigens was de afdeling wetgeving van de Raad van State in zijn advies bij de voorbereiding van de Arbeidsongevallenwet (1971) van mening dat bij arbeidsongeschiktheid steeds dezelfde bescherming zou moeten worden geboden, ongeacht het veroorzakend risico.

[468] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 120: volgens Vervliet heeft de wetgever hiermee geen zuivere toepassing gemaakt van het

3. Een burgerrechtelijke immuniteit van de werkgever. Dit houdt in dat degene die aanspraak kan maken op de vergoedingen van de Arbeidsongevallenwet en FBZ, niet meer de mogelijkheid heeft een aansprakelijkheidsvordering in te stellen tegen de persoon die aansprakelijk is. Het beschermt de werkgever, zijn 'lasthebbers en aangestelden' en de collega-werknemers.[469] De immuniteit garandeert dat het slachtoffer niet via het aansprakelijkheids-recht een volledige schadevergoeding opeist en de sociale vrede bedreigt.[470]

Ook in de uitwerking vertonen beide wetten een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Dat geldt voor de polisvoorwaarden (de kring van verzekerden[471], de voorzieningen[472]) en de doelstelling van de claimbeoordeling.

Claimbeoordeling

Het primaire doel van de claimbeoordeling[473] is de vaststelling van de mate en duur van de arbeidsongeschiktheid. Het begrip (blijvende) arbeidsongeschiktheid wordt nergens in de wetgeving gedefinieerd. Vanuit de rechtspraak blijkt echter dat er aan twee voorwaarden moet worden voldaan wil er sprake zijn van arbeidsongeschiktheid. Er moet een aantasting zijn van de fysieke en/of psychische integriteit van betrokkene, en deze aantasting moet een economische weerslag hebben op de arbeidsmarkt.[474] Deze economische weerslag wordt uitgedrukt in percentages (tussen 0 en 100%). Dat percentage moet een weergave zijn van de verhouding tussen de nog resterende arbeidscapaciteit van de betrokkene en zijn oorspronkelijk, onaangetast arbeidsvermogen. De beperking van het economisch potentieel voor de toekomst wordt vergoed, niet een feitelijk loonverlies in het heden. De vergoedingen kunnen dan ook onbeperkt gecumuleerd worden.[475]

De arbeidsovereenkomst hoeft niet noodzakelijk op schrift te staan. Wel is van belang dat arbeid wordt verricht onder het gezag van een werkgever en dat daarvoor een loon wordt betaald. Beide compensatiesystemen zijn ook van toepassing wanneer de arbeidsovereenkomst ongeldig is (bijvoorbeeld bij tewerkstelling van schoolplichtige kinderen of van vreemdelingen zonder arbeidsvergunning, bij zwartwerk).[476] Voor overige groepen bestaan vergelijkbare regelingen.[477]

---

risicoprincipe, maar een vermenging van de ideeën van fout en risico. Hierbij woog ook het belang van de internationale concurrentiepositie: men wilde de last van de Belgische werkgevers niet al te zeer verzwaren.

[469] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 165.

[470] Overigens kent die immuniteit haar grenzen. De mogelijkheden om schadevergoeding te verkrijgen op grond van het foutbeginsel nemen toe. De werkgever kan inmiddels aansprakelijk worden gesteld als er sprake is van opzet, schade aan goederen, arbeidswegongevallen, arbeidsongevallen in het verkeer en overtreding van de welzijnsreglementering. Daarnaast is een onderneming aansprakelijk voor schade tegenover derden. Zie verder: Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 1 en p. 307 e.v.

[471] Tot de kring van verzekerden behoren alle werknemers die aan sociale zekerheid zijn onderworpen, d.w.z. de werknemers die onder het gezag van een andere persoon betaalde arbeid verrichten, zoals arbeiders en bedienden, dienstboden, huisarbeiders, stagiaires, acteurs en uitzendkrachten en de zogenaamde ´onthaalouders´ (kinderoppas), seizoenarbeiders.

[472] De geboden voorzieningen kennen een aantal kleine verschillen met die van de arbeidsongevallenverzekering. De belangrijkste zijn: mogelijkheid tot vergoeding van tijdelijke of definitieve stopzetting van beroepsactiviteiten. Vergoeding van tijdelijke arbeidsongeschiktheid is alleen mogelijk vanaf 15 dagen ziekte, de betaling in kapitaal is niet mogelijk; herziening is wel steeds mogelijk, FBZ BE vergoedt alleen de medische kosten die niet door de verzekering worden gedragen of vergoed.

[473] In het vervolg staat de claimbeoordeling in verband met tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid centraal. Claimbeoordeling in verband met andere vergoedingen via FBZ BE wordt buiten beschouwing gelaten.

[474] Er bestaan twijfels over het uitgangspunt van de wet dat het mogelijk is de economische waardevermindering van een getroffene op een bepaald moment te meten en vast te stellen voor zijn hele verdere leven. Zie: Interne notitie Fonds voor Arbeidsongevallen, Technische Dienst dienstnota 98/3, 31 maart 1998. *Evaluatie van de blijvende arbeidsongeschiktheid door de raadsgeneesheren van het Fonds*.

[475] Langendonck, Jef van (2011). *Handboek Socialezekerheidsrecht.* Antwerpen-Oxford, Intersentia p. 344.

[476] Er zijn groepen in België die niet aan de sociale zekerheid zijn onderworpen en dus niet tot de personenkring behoren zoals de vrije beroepen en andere zelfstandigen.

[477] De volgende groepen vallen onder andere vergoedingsregelingen inzake arbeidsongevallen: het personeel van de openbare diensten (vastbenoemden, stagiairs, tijdelijken, hulppersoneel of personeel onder arbeidsovereenkomst) de militairen, het personeel van de NMBS, de werklozen die door het PWA (Plaatselijk Werkgelegenheidsagentschap)

Voorzieningen

Zowel de AOV BE als FBZ BE bieden de volgende voorzieningen: compensatie voor geneeskundige verzorging in verband met het ongeval of de beroepsziekte, medische kosten, compensatie voor tijdelijk arbeidsongeschiktheid die hoger is dan bij ziekte door privéoorzaken, compensatie voor blijvende arbeidsongeschiktheid [478] en compensatie aan nabestaanden van een door een arbeidsongeval overleden werknemer (zie hiervoor ook tabel 5.5.). De werknemer kan geen immateriële schade (ook wel 'morele schade' genoemd) claimen.

Tabel 5.5: Voorzieningen FBZ BE en AOV BE[479]

Medisch	Tijdelijke arbeidsongeschiktheid	Blijvende arbeidsongeschiktheid	Overlijden
1.Geneeskundige verzorging die het ongeval noodzakelijk maakt. 2.Medische kosten: -medische verzorging -geneesmiddelen -hospitalisatie -prothese. 3.Vervoerskosten 4.Hulp van derden: hulp van een derde voor gewone handelingen uit het dagelijks leven (toilet maken, eten, verplaatsen). 5. De verzekeraar past geen remgeld toe, maar hanteert wel de officiële RIZIV tarieven.[480]	*Gewaarborgd loon: van dag 1 tot 7: 100%; van dag 7 tot 30 een voorschot van de werkgever van 90% van het gemiddelde dagloon.[481] *Dagvergoeding wegens loonderving bij ´tijdelijke arbeidsongeschiktheid´, dus bij werkonderbreking tot aan de genezing of de stabilisatie van de letsels (´moment van consolidatie).	*Vergoeding wegens verlies verdienvermogen bij ´blijvende arbeidsongeschiktheid´ na consolidatie. *Na afloop van de herzieningstermijn wordt de ongeschiktheidsgraad definitief en wordt de vergoeding vastgesteld en de periode van uitbetaling : jaarlijks (bij BAO< 10%;) of maandelijks. Bij een BAO vanaf 19% kan men 1/3 van de rente in kapitaal opvragen.	*Terugbetaling kosten voor overbrenging stoffelijk overschot *Vergoeding begrafeniskosten *Rente aan weduwe-weduwnaar,[482] kinderen, soms andere familieleden

worden ingezet voor bepaalde werkzaamheden bij particulieren of verenigingen, de werklozen die een individuele beroepsopleiding in een onderneming of in een opleidingscentrum volgen. Zie ook art. 4 AOW.

[478] De compensatie wordt berekend op basis van het basisloon (waartoe wordt gerekend: eigenlijke loon inclusief vakantiegeld, overuren, betaalde feestdagen, eindejaarspremie, productiviteitspremie) en de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid. Bij tijdelijke ongeschiktheid wordt geen rekening gehouden met vakantiegeld. Voor specifieke groepen werknemers (gepensioneerd, deeltijd, minderjarigen, leerling) gelden bepaalde uitzonderingen Er geldt een maximumbasisloon (2007: € 34.411,60) en een minimumloon (2007: € 5.605, 69). Deze bedragen zijn aan de prijsindex gekoppeld. De vergoedingen en rente-uitkeringen zelf zijn niet geïndexeerd bij ongeschiktheid van 16% of meer.

[479] In dit overzicht is uitgegaan van de situatie van werknemers in de privé sector. Voor werknemers in andere situaties gelden soms enigszins andere regelingen. Sommige cao's kennen tegemoetkomingen bij langdurige arbeidsongeschiktheid wegens arbeidsongeval of beroepsziekte en tegemoetkoming bij arbeidsongeval met dodelijke afloop. Zie bijvoorbeeld: cao gids bouw 2007-2008. ACV Bouw en Industrie, Brussel. p. 218 e.v.

[480] Dit betekent dat eventuele toeslagen, persoonlijke onkosten en hogere tarieven van medici door de verzekerde zelf worden betaald.

[481] Deze daguitkering wordt per kalenderdag uitgekeerd. Tevens geldt een ander belastingregime. In feite betekent dit dat een werknemer gedurende die maand recht heeft op een gewaarborgd loon. Zie hiervoor: Federatie overheidsdienst Sociale Zekerheid (2010). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België*. p. 419. De werkgever treedt in de rechten van de werknemer en kan het verschuldigde bedrag gaan opeisen bij de verzekeringsmaatschappij of het FBZ. Bij arbeidsongeschiktheid door privé oorzaken geldt het volgende uitkeringsregime: dag 1 -7: 100%, dag 8-30: 85,88%. Vanaf dag 15 betaalt het ziekenfonds (mutualiteit, ziekenkas) daarvan 60%. Na 30 dagen (tot maximaal 1 jaar) bedraagt de uitkering 60%. Er geldt een carensdag bij een arbeidsongeschiktheid van minder dan 14 dagen, echter in veel cao's is deze wachtdag vervallen. Na 1 jaar vangt de invaliditeitsperiode aan. In deze periode ontvangt men ten hoogste 65% van het oorspronkelijke inkomen. Een en ander is afhankelijk van de thuissituatie.

[482] De overlevende partner kan op elk moment verzoeken 1/3 van de waarde van de rente als kapitaal uit te betalen. Datzelfde geldt voor de getroffene wiens graad van blijvende arbeidsongeschiktheid meer dan 19% bedraagt.

Omvang werknemerscompensatie in België
Tabel 5.6 geeft een overzicht van het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten (waaronder RSI en OPS) over de periode 2003 tot en met 2008. Bij de arbeidsongevallen is een onderverdeling gemaakt tussen de private sector en de sector bouwnijverheid.

Het aantal arbeidsongevallen in België vertoont sinds 1985 een duidelijke neerwaartse trend. In de periode 1985-2007 is het absolute aantal ongevallen op de arbeidsplaats met een derde afgenomen, terwijl tegelijkertijd het aantal werknemers in die periode met een derde is toegenomen. Het aandeel van de ongevallen met blijvende arbeidsongeschiktheid is in dezelfde periode echter bijna verdubbeld (van 4,4% naar 8,0% van het totaal aantal arbeidsongevallen). Het absolute aantal arbeidsongevallen met blijvende arbeidsongeschiktheid (2003: 12.629 ; 2008 14.752) houdt bijna gelijke tred met de toename van het aantal werknemers in de private sector (2003: 2.3 mln. werknemers; 2008: 2.6 mln. werknemers).

De omvang van de werknemerscompensatie in België is in absolute zin aanmerkelijk groter dan die in Nederland. Tegenover ongeveer 3.700 afgeronde arbeidsongevallenclaims in Nederland staan ruim 165.000 afgeronde claims in België. Bij beroepsziekten is dat verschil kleiner: ongeveer 540 afgeronde claims in Nederland en 3.002 in België. Gerelateerd aan de omvang van de verzekerde beroepsbevolking, zijn de verschillen groter. In België vallen in de periode 2003 – 2008 gemiddeld ongeveer 2.5 miljoen werknemers in de privé sector onder de FBZ/AOV compensatie. Deze verzekerden lopen jaarlijks bijna 165.000 arbeidsongevallen met letsel en verzuim op, terwijl in Nederland jaarlijks 222.000 arbeidsongevallen optreden onder ruim 7 miljoen werknemers. Ook het aantal gecompenseerde beroepsziekten vertoont grote verschillen. Naar de oorzaak van deze verschillen is geen onderzoek gedaan.

Tabel 5.6: Werknemerscompensatie in België in verband met arbeidsongevallen en beroepsziekten 2003-2008 gemiddeld per jaar[483]

Gemiddeld aantal arbeidsongevallen (privé sector/bouwsector) en beroepsziekten periode 2003-2008			
Arbeidsongevallen met letsel en verzuim	Gemiddeld per jaar 2003-2008	Bouwsector	
Aantal werknemers (privé sector/bouwsector)	2.500.000	195.000	
Ingediende schadeclaims arbeidsongeval	195.000[484]	24.680[485]	
Afgeronde claims ongeval arbeidsongeval	165.105	22.123	
(waarvan blijvende ongeschiktheid)	(13.241)	(2.601)	
(waarvan tijdelijke ongeschiktheid)	(82.577)	(12.369)	
(waarvan dodelijk)	(106)	(29)	
(waarvan zonder gevolg)[486]	(69.181)	(7.214)	
Beroepsziekten	Gemiddeld per jaar	RSI	OPS
Ingediende beroepsziektenclaims	5.807	1.356	20
Afgeronde claims[487] beroepsziekten in verband met arbeidsongeschiktheid.	3.002	305	10
(waarvan blijvende ongeschiktheid)	(2.584)	(22)	(9)
(waarvan tijdelijke ongeschiktheid)	(454)	(283)	(1)

[483] Gegevens ontleend aan FAO (zie: http://www.faofat.fgov.be/site_nl) aan FBZ BE (zie: http://www.fmp-fbz.fgov.be)
[484] Exclusief arbeidsongevallen woon-werk verkeer. Jaarlijks gemiddeld ongeveer 20.000.
[485] Cijfer is inclusief de aangegeven arbeidswegongevallen en arbeidsplaats
[486] Elk ongeval zonder arbeidsongeschiktheid waarvoor de vergoeding uitsluitend bestaat uit medische kosten en/of de betaling van het loonverlies voor de dag van het ongeval.
[487] Onder afgeronde claims wordt hier verstaan claims die tot toekenning van een schadebedrag hebben geleid

5.5 Arbeidsongevallenverzekering België (AOV BE)

De schadeloosstelling van letsel door arbeidsongevallen via de arbeidsongevallenverzekering is geregeld in de Arbeidsongevallenwet (1971).[488] In paragraaf 5.4 is reeds een aantal gelijke kenmerken van de AOV BE en FBZ BE aan de orde gekomen, zoals de verbinding met de sociale zekerheid, een aantal polisvoorwaarden (kring verzekerden, voorzieningen) en het doel van de claimbeoordeling. In deze paragraaf komt een aantal andere specifieke kenmerken van de AOV BE aan bod, te weten het verzekerd risico, de uitvoering van de claimbeoordeling, het toezicht en de preventie-instrumenten.

Verzekerd risico
Het in art. 7 lid 1 van de Arbeidsongevallenwet omschreven begrip arbeidsongeval ("elk ongeval dat een werknemer tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst overkomt en dat een letsel veroorzaakt") is volgens Waterman in de jurisprudentie een nadere en ruimere invulling gegeven:

> "Een plotselinge gebeurtenis die een lichamelijk of mentaal letsel veroorzaakt of mede veroorzaakt met als gevolg de dood of arbeidsongeschiktheid of ten minste medische kosten, die voorvalt tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst".[489]

De gevolgen van een arbeidsongeval zijn verzekerd wanneer aan de volgende voorwaarden wordt voldaan: het gaat om een plotselinge gebeurtenis,[490] de plotselinge gebeurtenis heeft het letsel veroorzaakt,[491] het ongeval is ontstaan tijdens de uitvoering van de arbeids-overeenkomst,[492] en het ongeval is gebeurd door de uitvoering van de arbeidsovereenkomst.[493] Deze voorwaarden worden doorgaans in de jurisprudentie ruim geïnterpreteerd.[494] Letsel kan van zowel fysieke- als psychische aard zijn. Zelfs een kapotte bril kan als letsel gelden.[495] Ook het begrip 'uitvoering van de arbeidsovereenkomst' is, volgens Waterman, in de jurisprudentie ondertussen ruim opgevat. Hierbij wordt aangetekend dat die gezagsverhouding in beginsel zolang duurt als de werknemer ten gevolge van zijn arbeid in zijn persoonlijke vrijheid wordt beperkt. De Belgische rechter is eveneens ruimhartig in het aanvaarden van het gezag van de werkgever.[496] De Arbeidsongevallenwet kent tevens een brede definiëring van het begrip

[488] Zie voor de tekst hiervan: www.belgiëlex.be
[489] Waterman, Y.R.K. (2009) . *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p.174.
[490] Dat onderscheidt, in België, een arbeidsongeval van een beroepsziekte. Een ongeval doet zich in een korte tijdsspanne voor in tegenstelling tot de beroepsziekte, die het resultaat is van een evoluerend proces, namelijk een geleidelijke verslechtering van het organisme van de werknemer.
[491] de AOW dekt lichamelijk en mentaal letsel. Het letsel kan zich ook manifesteren in de vorm van een ziekte die zich als gevolg van een plotselinge gebeurtenis is gaan ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld hepatitis die is ontstaan ingevolge een prikincident. Het letsel hoeft niet noodzakelijk een werkonderbreking of de dood tot gevolg te hebben. Het is voldoende dat het aanleiding geeft tot medische verzorging. Gevallen waarbij alleen de prothesen worden beschadigd, komen eveneens in aanmerking. Zo wordt de breuk van een bril vergoed, ook al veroorzaakt dat geen werkonderbreking.
[492] Bepalend is het ogenblik dat de werkgever zijn gezag kan uitoefenen. De uitvoering van de arbeidsovereenkomst blijft dus niet alleen tot de werkuren beperkt. Zo worden bepaalde ongevallen die zich tijdens pauzes of bedrijfsfeesten voordoen als arbeidsongevallen erkend.
[493] De wet is tevens van toepassing wanneer het ongeval aan een zware fout van de werknemer te wijten is (bijvoorbeeld bij overtreding van de veiligheidsvoorschriften). Ongevallen die opzettelijk door de werknemer zijn veroorzaakt worden niet vergoed. Ook ongevallen die niet zijn ontstaan door de uitvoering van de werkzaamheden worden niet vergoed. Zo wordt er geen causaal verband gezien tussen de uitvoering van de werkzaamheden door een arbeider in een textielfabriek en een wespensteek. Overmachtssituaties en natuurkrachten worden in beginsel niet geacht bedrijfsrisico's te zijn. Zie: Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.* Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 191.
[494] Zie voor een overzicht van de jurisprudentie de website van het Fonds voor de Arbeidsongevallen: www.faofat.fgov.be
[495] Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 177.
[496] Ibid p. 179-181.

arbeidsplaats.[497] De schade die is ontstaan door het ongeval dat zich op de weg naar en van het werk voordoet, het arbeidswegongeval, behoort ook tot het verzekerd risico.[498]

De claimbeoordeling
Hiervoor is reeds gememoreerd dat bij de AOV BE, evenals bij FBZ BE, het primaire doel van de claimbeoordeling[499] de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid is. In dat verband heeft de getroffene de bewijsopdracht: hij moet bewijzen dat hij een arbeidsongeval heeft opgelopen. Hiertoe moet hij het arbeidsongeval kunnen aantonen en het behoorlijk kunnen omschrijven naar tijd en locatie. Eveneens moet de werknemer bewijzen dat zijn schade is ontstaan 'in de loop van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst'. De wetgever heeft de bewijslast van de werknemer overigens verlicht door middel van twee wettelijke vermoedens: indien het ongeval zich inderdaad heeft voorgedaan tijdens de uitvoering van de arbeidsovereenkomst, wordt deze geacht tijdens en door het feit van die arbeidsovereenkomst voorgevallen te zijn; als plotselinge gebeurtenis en letsel kunnen worden aangetoond, wordt vermoed dat het letsel uit een ongeval komt.[500] De verzekeraar mag echter trachten te bewijzen dat het letsel niet door de plotselinge gebeurtenis werd veroorzaakt en dat het ongeval zich niet door de uitvoering van de arbeidsovereenkomst heeft voorgedaan. De verzekeraar kan het causaal verband tussen de plotselinge gebeurtenis en het letsel weerleggen door aan te tonen dat het letsel van de werknemer niet het gevolg is van het ongeval.[501]

De arbeidsongeschiktheid moet per geval worden vastgesteld. De graad van arbeidsongeschiktheid wordt door de raadsgeneesheer (de medisch adviseur van de verzekeraar) vastgesteld. Deze houdt bij die vaststelling niet alleen rekening met het letsel, maar ook met leeftijd, kwalificatie, aanpassingsvermogen en herscholingsmogelijkheden. Op deze wijze raamt hij het verlies aan ´concurrentievermogen´ op de algemene arbeidsmarkt. Er is geen eenduidige standaard beschikbaar voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Wel gebruiken veel raadsgeneesheren de OBSI als uitgangspunt.[502] De claimbeoordeling kent de volgende stappen:[503]

1. Melding
De getroffene meldt het ongeval aan de werkgever en stelt zich onder medische behandeling van een huisarts of medisch specialist. Het medisch getuigschrift hiervan moet hij aan de verzekeraar ter beschikking stellen. Op deze wijze voldoet hij aan zijn bewijsopdracht. De werkgever is verplicht aangifte te doen van het arbeidsongeval.[504]

---

[497] Als arbeidsplaats wordt eveneens beschouwd: de plaats waar een werknemer, een opdracht als vakbondsafgevaardigde of vertegenwoordiger van de werknemers vervult, zelfs buiten de arbeidsuren; de plaats waar een werknemer een vergadering van de ondernemingsraad of van het veiligheidscomité bijwoont; de plaats waar een werknemer vormingslessen volgt tijdens de normale arbeidsuren; de plaats waar een werknemer zich aanmeldt bij de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer voor een bezoek vóór de werkhervatting.
[498] Tot 'weg naar en van het werk' wordt eveneens gerekend: het traject dat de werknemer aflegt: van de plaats waar hij werkt naar de plaats waar hij zijn maaltijd neemt en omgekeerd; van de plaats waar hij werkt naar de plaats waar hij lessen voor beroepsopleiding volgt en van daar naar zijn verblijfplaats; van de plaats waar hij werkt of woont naar de plaats waar syndicale vormingslessen worden gegeven en omgekeerd; van de arbeidsplaats bij de ene werkgever naar de arbeidsplaats bij een andere werkgever; van de plaats waar hij werkt naar de plaats waar het loon wordt betaald; om door de sociale wetgeving voorgeschreven documenten, klederen, werkgerief, enz. te gaan afhalen na het beëindigen van de arbeidsovereenkomst.
[499] In het vervolg staat de claimbeoordeling in verband met tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid centraal. Claimbeoordeling in verband met andere aspecten ongevallenverzekering wordt buiten beschouwing gelaten.
[500] Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 191.
[501] Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 179.
[502] Lahaye is van mening dat het zinloos is de OBSI te gebruiken voor de bepaling van de arbeidsongeschiktheid, daar met de OBSI de vermindering van de lichamelijke integriteit wordt geschat los van de situationele factoren. Zie: Lahaye, D. (1995). *De Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit (OBSI)*. In: Medi-ius, jaargang 1995- 3-4. p. 33
[503] Zie verder: Arbeidsongevallenwet afdeling 3: art. 62-75.
[504] Aangifte moet binnen 10 dagen plaatsvinden (digitaal of analoog) door middel van invullen van het formulier ´aangifte van arbeidsongeval' en met opgave loon werknemer. Doet de werkgever geen aangifte, dan kan de werknemer zelf aangifte doen. In dat geval geldt de termijn van 10 werkdagen niet. Het formulier wordt

2. Loondoorbetaling
De werknemer heeft ondertussen recht op loondoorbetaling. Op de dag van het ongeval heeft de werknemer recht op vergoeding van het loonverlies. De werkgever verzorgt daarna het zogenaamde gewaarborgd loon gedurende 30 dagen en ontvangt van de verzekeraar de vergoeding hiervoor. De werkgever heeft het recht om getroffene te laten controleren door een controlearts. De werkgever kan ook afspreken dat de verzekeraar die taak overneemt.

3. Onderzoek
De verzekeraar stelt ondertussen een onderzoek in naar arbeidsongeval en letsel, bestaande uit een administratieve controle (wie is verzekerd, welke documenten zijn ingestuurd?) en een onderzoek door de eigen raadsgeneesheer. Dat onderzoek kan zowel plaatsvinden op basis van het dossier als op basis van eigen klinisch onderzoek. De verzekeraar neemt binnen 30 dagen een beslissing over aanvaarding, betwijfeling of weigering van de claim.

In het geval van aanvaarding vergoedt de verzekeraar eerst de tijdelijke ongeschiktheid. Op het moment van consolidatie[505] beoordeelt de raadsgeneesheer of het vermogen van de verzekerde om door arbeid inkomen te verwerven geheel of gedeeltelijk verloren is gegaan. Als de raadsgeneesheer van oordeel is dat er geen vergoedbare restletsels zijn, dan verklaart hij de getroffene genezen zonder blijvende ongeschiktheid.[506] Bij blijvende ongeschiktheid [507] doet de verzekeraar een voorstel tot regeling van de schade door het ongeval. Dat voorstel vermeldt een beschrijving van de letsels, de graad van blijvende ongeschiktheid, de consolidatiedatum en het basisloon, eventueel vergoeding voor hulp van derden[508], vergoeding geneeskundige kosten, vergoeding prothesekosten en de datum van de consolidatie.

Bij twijfel kan de verzekeraar een aanvullend medisch onderzoek eisen. De verzekeraar kan ook weigeren een arbeidsongeval te erkennen. In beide gevallen moet de verzekeraar het ziekenfonds en het Fonds voor Arbeidsongevallen binnen 30 dagen na ontvangst van de aangifte op de hoogte brengen. In dat geval vergoedt het ziekenfonds de tijdelijke ongeschiktheid. Indien de verzekeraar het ongeval naderhand toch voor zijn rekening neemt, betaalt hij het ziekenfonds terug en keert hij aan de getroffene het eventuele verschil tussen de arbeidsongevallenvergoedingen en de ziekenfondsvergoedingen uit. De werkgever blijft buiten deze discussie.

4. Werkhervatting
Werkhervatting volgt als de raadsgeneesheer, de werknemer en de werkgever van mening zijn dat de werknemer het werk kan hervatten. Heeft de werknemer hiertegen bezwaar, dan heeft hij het recht de hulp inschakelen van een (behandelend) geneesheer en een arbeidsgeneesheer. Indien één van die artsen van mening is dat de werknemer het werk nog niet kan hervatten, dan blijft de arbeidsongeschiktheid (tijdelijk) gehandhaafd.

De werkgever heeft overigens het recht de werknemer tijdens de ziekteperiode te ontslaan. Hij dient dan wel de gebruikelijke opzeggingsvergoeding te betalen. Definitieve arbeidsongeschiktheid kan ook als reden gelden om de arbeidsovereenkomst met

---

ondertekend door werkgever, preventieadviseur. Als de werkgever geen aangifte doet kan de werknemer die taak op zich nemen. Indien de werknemer ernstige redenen heeft om aan te nemen dat de werkgever niet tegen arbeidsongevallen verzekerd is of indien de werkgever weigert een ongeval aan te geven, dan kan de werknemer onmiddellijk het Fonds voor Arbeidsongevallen, opdat het een onderzoek zou kunnen instellen. De volgende arbeidsongevallen dienen eveneens aangegeven te worden bij de arbeidsinspectie: alle arbeidsongevallen in de bouw, bij uitzendkrachten, bij leerlingen. alle dodelijke en ernstige arbeidsongevallen.

[505] Het moment van consolidatie is het moment waarop de letsels gestabiliseerd zijn en niet meer evolueren.

[506] Als de arbeidsongeschiktheid langer dan 30 dagen heeft geduurd, dan moet de genezing worden bevestigd door een medisch attest.

[507] "Er is sprake van volledige blijvende arbeidsongeschiktheid wanneer het slachtoffer niet in staat is om zich door middel van arbeid nog regelmatige inkomsten te verschaffen, ook al vertoont de betrokkene nog een zekere lichamelijk geschiktheid". VandeWeerdt, M. (1995). *De Arbeidsongevallenverzekering*. In: Medi-ius, jaargang 1994- 1. p. 2.

[508] Als een getroffene hulp van een derde nodig heeft voor gewone handelingen uit het dagelijks leven (toilet maken, eten, verplaatsen) dan ontvangt hij een aanvullende vergoeding voor hulp van derden.

onmiddellijke ingang te beëindigen wegens overmacht, zonder dat daarbij een opzeggingstermijn gehanteerd moet worden of een opzeggingsvergoeding moet worden betaald.[509] De werknemer kan de werkgever vragen om een procedure voor re-integratie wanneer de behandelend geneesheer hem definitief ongeschikt verklaart voor verdere uitvoering van zijn werk. Ten behoeve daarvan wordt de arbeidsgeneesheer om advies gevraagd. Indien de arbeidsgeneesheer meent dat de werknemer zijn werk kan uitvoeren, bijvoorbeeld met aanpassingen, of een andere functie kan uitoefenen en de werkgever geeft daar geen gevolg aan dan volgt er overleg tussen beiden. Na dat overleg kan de werkgever desondanks beslissen tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens overmacht.

5. Bekrachtiging door Fonds Arbeidsongevallen (FAO)
Als getroffen werknemer (en de geneesheer van zijn keuze) het voorstel van de verzekeraar voor een vergoeding inzake arbeidsongeschiktheid aanvaardt, stuurt de verzekeraar het dossier door naar het FAO voor een bekrachtigingsprocedure. Dat gebeurt binnen een termijn van 3 maanden, met een schorsingsmogelijkheid van 2 maanden. Bekrachtiging kan geweigerd worden.[510] De FAO weigert ongeveer 6% van de voorstellen.

6. Beroep arbeidsrechtbank
Zowel werknemer, verzekeraar als FAO kan in beroep gaan tegen de beslissing van de verzekeraar.[511] De arbeidsrechtbank zal, eventueel na een medische expertise, het ongeval bij vonnis regelen. Daarna kan men nog in hoger beroep bij het arbeidshof. Dat hof velt een arrest waarbij het vonnis van de arbeidsrechtbank wordt bevestigd of gewijzigd. De kosten van de procedure (deurwaarder, griffie, expertise) vallen ten laste van de verzekeraar. Honoraria van de raadslieden van de verzekerde zelf (advocaat, geneesheer) moeten door verzekerde worden betaald. Tot slot kunnen zowel verzekeraar als verzekerde de FAO inschakelen voor nader advies en onderzoek. De FAO kan ook zelf besluiten een onderzoek in te stellen.

7. Herziening
Er blijft een rechtsvordering bestaan tot het einde van de herzieningstermijn. De herzieningstermijn is de periode van drie jaar die volgt op een definitieve regeling van het arbeidsongeval. Tot herziening kan worden overgegaan als de lichamelijke toestand is veranderd. Na het verstrijken van de herzieningstermijn is de ongeschiktheidgraad definitief. De werknemer is verplicht de verzekeraar te informeren over eventuele veranderingen in de gezondheidstoestand en gevolgen daarvan voor de uitkering. Via een medisch attest kunnen eventuele verslechteringen in de gezondheid worden aangetoond. Indien zich in de medische toestand een blijvende verandering voordoet, dan kan het percentage blijvende arbeidsongeschiktheid herzien worden.

8. Verjaring.
De rechtsvordering tot betaling van de vergoedingen verjaart na drie jaar, tenzij de verjaring is gestuit of geschorst.

---

[509] Een beroep op een dergelijke overmachtssituatie mag enkel maar mag worden beoordeeld op grond van de overeengekomen arbeid. Met andere woorden: het moet de werknemer definitief onmogelijk zijn om het overeengekomen werk uit te voeren. Het gaat dus niet om het niet kunnen uitvoeren van een nieuwe taak die aan de werknemer werd toevertrouwd omwille van zijn ziekte. De werkgever moet kunnen aantonen dat de werknemer inderdaad definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk nog verder uit te voeren. Daartoe moet de werkgever een drietal procedures doorlopen (een re-integratieprocedure, een overlegprocedure en een beroepsprocedure) voordat de werkgever eenzijdig het einde van de arbeidsovereenkomst vaststelt op basis van overmacht.

[510] De getroffene kan dan de zaak voor de arbeidsrechtbank brengen.

[511] Waterman noemt een groot aantal onderwerpen die aanleiding kunnen geven tot een gang naar de arbeidsrechtbank. Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 203. Volgens Rauws zijn over de meeste onderwerpen weinig procedures. Er is wel relatief veel discussies over het percentage arbeidsongeschiktheid. Zie hiervoor: Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael, Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p.115.

Uitvoering en Toezicht
De uitvoering van de wettelijk verplichte arbeidsongevallenverzekering is in handen van particuliere arbeidsongevallenverzekeraars. Een aantal van hen zijn naamloze vennootschappen met winstoogmerk. Daarnaast bestaan de gemeenschappelijke kassen, onderlinge verzekeringskassen met een privaat karakter waarbij de werkgevers als leden de winsten uitgekeerd krijgen in de vorm van restorno's.[512] Dit gebeurt in verhouding tot de betaalde premie en de schadestatistieken.

Het FAO heeft een aantal taken in het toezicht op de uitvoering van de Arbeidsongevallenwet. Dat zijn de bekrachtiging van de overeenkomst tussen verzekeraar en getroffene met een blijvende arbeidsongeschiktheid, controle op de verrichtingen van de particuliere arbeidsongevallenverzekeraars, zowel technisch als medisch en controle op werkgevers ten aanzien van naleving van de wettelijke verzekeringsplicht en de aangifte.[513]

Het FAO heeft ook een taak in de preventie. Ze moet de preventie van arbeidsongevallen organiseren, stimuleren en coördineren. In het kader van haar preventierol maakt het fonds jaarlijks een samenvattend verslag over de werking van de preventiediensten van de verschillende verzekeraars. Dat rapport wordt aan het Technisch Comité voor de Preventie voorgelegd. Dit comité adviseert het beheerscomité over de preventie van arbeidsongevallen, de samenwerking tussen de preventiediensten, het stimuleren van het onderzoek en het toekennen van een financiële tussenkomst.

Overigens heeft het FAO ook een taak in de uitvoering van de Arbeidsongevallenwet. Ze treedt zelf op als verzekeraar voor zeelieden. Daarnaast betaalt FAO vergoedingen en renten uit voor ongevallen met een blijvende arbeidsongeschiktheid tot en met 19%. De verzekeringsondernemingen maken hiervoor de reservering, die zij voorzien hebben om de kosten van deze arbeidsongeschiktheden te dragen, over aan het FAO. Ook treedt FAO op als waarborgfonds voor de werknemers van niet verzekerde werkgevers.

Tot slot heeft het FAO ook een taak bij de afhandeling van klachten over schade.[514] De financiering van het FAO vindt plaats door middel van een loonheffing op de brutoloonsom van elke onderneming.[515] Het FAO wordt bestuurd door een beheercomité bestaande uit vertegenwoordiger van de rijksoverheid en de organisaties van werkgevers en werknemers.

De Commissie voor Bank-, Financiën- en Assurantiewezen (CBFA)[516] draagt zorg voor toezicht op de financiële huishouding van de particuliere verzekeraars, met name de solvabiliteit en de aanleg van financiële reserves. CBFA zetelt met een raadgevende stem in het beheerscomité van het Fonds.

Preventie-instrumenten
In de beschouwingen van Rauws en Vervliet over de Arbeidsongevallenverzekering overheerst de tevredenheid over het functioneren van dit compensatiesysteem. In beginsel wordt de schade van alle arbeidsongevallen vergoed, is de premie laag, bevordert de wet de juridische en sociale vrede in het bedrijf, en is het aantal juridische procedures gering.[517] Vervliet wijst op

[512] Van de 84 maatschappijen en gemeenschappelijke kassen die in 1971 gemachtigd waren, zijn er in 2002 22 over, waarvan 18 actief. Het Fonds heeft daarnaast een toezichthoudende taak. Het totale bedrag van geïnde premies bedraagt jaarlijks tussen 800 miljoen en 1 miljard euro.
[513] AOW afdeling 2, art. 57-61.
[514] Bij klachten over de arbeidsongevallenverzekering of de uitvoering ervan, kan men zich ook in eerste instantie richten tot de afdeling klachtenbeheer van de betrokken verzekeringsmaatschappij. Als het geschil op die manier niet opgelost raakt, kan men een beroep doen op de Ombudsman van de Verzekeringen. Sinds 2007 behoren de klachten in arbeidsongevallen over de schade echter niet meer tot de bevoegdheid van de Ombudsman. Alleen het Fonds voor Arbeidsongevallen is bevoegd voor dergelijke klachten.
[515] Federale overheidsdienst sociale zekerheid (2006). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.* Zie ook www.socialsecurity.fgov.be. p. 33. De bijdrage van werkgevers bedroeg in 2004 0.3% van de bruto loonsom.
[516] Zie (http://www.cbfa.be).
[517] Volgens Rauws zijn die kosten laag vanwege de wettelijke verplichting dat de verzekeraars de gerechtskosten betalen, waardoor zij belang hebben bij schikkingen. Zie: Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade*

de soepelheid om de verzekeringspremie per instelling te differentiëren volgens de aard en ernst van het risico, waardoor volgens haar ook de preventie in de hand wordt gewerkt.[518] Daarnaast hebben werkgevers het gevoel dat ze door de wijze van uitvoering, via private verzekeraars of onderlinge verzekeringsfondsen, meer invloed hebben dan bij een publieke uitvoering. Volgens Rauws ondersteunen de Belgische vakbonden de Arbeidsongevallenwet vooral omdat het arbeidsongeschiktheid, veroorzaakt door werkgerelateerde oorzaken, beter vergoedt dan arbeidsongeschiktheid door privé oorzaken.[519] Bovendien kampt het systeem niet met een tekort aan financiële middelen.[520]

Kritiek

Toch is er ook kritiek op de Arbeidsongevallenverzekering. Rauws noemt de hoge uitvoeringskosten, de afbakeningsprocedures (waarbij de rechter moet uitzoeken of er al dan niet sprake is van een arbeidsongeval) en de beperkte winstgevendheid van de verzekering.[521] Volgens van Langendonck tonen de verzekeraars zich zeer lankmoedig voor de kleine schadegevallen, die de grote meerderheid uitmaken, en waarbij een serieuze controle van de schadeclaim veel zou kosten in vergelijking met de uit te keren vergoeding. Volgens hem hebben de verzekeraars bij ernstigere schadegevallen een zeer nauwgezette controle en zijn zij geneigd tot doorgedreven gerechtelijke procedures, waardoor de verzekerde snel in financiële ademnood komt.[522] De verzekeringsondernemingen zijn van mening dat dit zeker niet systematisch gebeurt en dat zij, zoals elke verzekeraar, steeds een kosten-baten analyse maken van de procedure, en de mogelijke haalbaarheid ervan nauwgezet afwegen tegen de kosten – met een eventuele medische expertise en betaling bij de inwilliging van de eisen van het slachtoffer als bijkomende kosten.[523] Het Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV) wijst erop dat verzekeraars de wetgeving verschillend uitvoeren en om verschillende, vaak niet legitieme, redenen aangiftes weigeren. Ook wijst men erop dat de daling van het aantal arbeidsongevallen te wijten is aan een daling van het aantal aangiften van lichte arbeidsongevallen, volgens ACV veroorzaakt door de keuze van individuele werkgevers om deze zelf te regelen. ACV baseert zich daarbij op een onderzoek van het FAO waaruit naar voren komt dat slechts 32% van de ongevallen geregistreerd wordt. De ACV komt op basis van een eigen berekening tot de conclusie dat het aantal ernstige arbeidsongevallen (dodelijke ongevallen en ongevallen met blijvende arbeidsongeschiktheid) een stijgende lijn vertoont. In 1980 werden per 1000 werknemers 4,75 ernstige arbeidsongevallen aangegeven en in 2011 5,02. In een rapport dringt ACV aan op een beter toezicht op het handelen van verzekeraars en op maatregelen om de preventie van arbeidsongevallen te verbeteren.[524]

De Belgische overheid is van mening dat de preventieve prestaties van de arbeidsongevallen-verzekering moeten worden geoptimaliseerd getuige het Federaal Actieplan ter Reductie van Arbeidsongevallen (FARAO). Dat heeft geleid tot een aantal aanpassingen, zoals het

---

veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld? In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p. 117.

[518] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 129-130.

[519] Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p. 112.

[520] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 130.

[521] Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p. 118.

[522] Langendonck, Jef van (2008). *Het Belgisch model van sociale zekerheid*. Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid, 1e trimester 2008. Zie: http://socialsecurity.fgov.be/docs/nl/publicaties/btsz/2008/btsz_01_2008_nl.pdf

[523] Fobé, Ellen, Koen Verhoest (2009). *Participatieve analyse van de governance in de tak arbeidsongevallen*. Deelverslag van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid" Leuven, K.U. Leuven, Instituut voor de Overheid. p. 64.

[524] ACV (2011). *Dossier arbeidsongevallen: de Belgische cijfers en verzekeraars doorgelicht*. Zie: http://www.acv-online.be/Images/Vakbeweging_738_tcm9-246047.pdf

zogenaamd verzwaard risico en een bonus-malus regeling. Deze wijzigingen zijn per 1 januari 2009 ingevoerd.[525]

In de afweging van de voor- en nadelen van de Arbeidsongevallenverzekering speelt de preventie een belangrijke rol. Hierbij is vooral aandacht voor de premiedifferentiatie als een instrument waarmee de verzekeraar en verzekerde (werkgever) invloed kan uitoefenen op zijn (quartaire) preventie, de schadelast. Alhoewel de verzekeraar autonoom beslist over zijn tarieven, zijn de premies doorgaans gebaseerd op de omvang en de ernst van de arbeidsongevallen in de voorafgaande drie jaar.[526] De premiedifferentiatie is ook afhankelijk van de omvang van de onderneming.[527] In de afgelopen jaren bedroeg de gemiddelde premie voor de arbeidsongevallenverzekering ongeveer 2,5% van de brutoloonsom. Als gevolg van de premiedifferentiatie kan de premie in werkelijkheid variëren van 0,6% tot 12%. Daarnaast dragen werkgevers bij aan de financiering van het Fonds Arbeidsongevallen.[528]

Uit de verschillende gesprekken en de geraadpleegde literatuur blijkt echter dat ook andere instrumenten, en andere actoren dan de verzekeraar, een rol (kunnen) spelen in de preventie vanwege de arbeidsongevallenverzekering. Deze instrumenten, een mengeling van verschillende (mogelijk) positieve en negatieve preventie-instrumenten van zowel financiële aard als gebaseerd zijn op expertise, komen hierna aan bod.

Preventie-instrumenten bij het afsluiten van de AOV BE

De reeds gememoreerde premiedifferentiatie is aan de orde bij afsluiten van een contract. De premiehoogte hoeft niet alleen afhankelijk te zijn van de omvang van de onderneming, de frequentiegraad en ernstgraad, maar is ook wel eens afhankelijk van een door de betrokken onderneming opgesteld en uitgevoerd preventieplan.[529] Met name in contracten met grotere en risicovollere bedrijven besluiten verzekeraars wel tot een uitvoerig onderzoek naar de veiligheidsrisico's, het preventiebeleid en de te nemen maatregelen. Deze benadering, die meer stoelt op een expertbeoordeling van de preventie in een onderneming, kan in bepaalde gevallen leiden tot het opleggen van preventie inspanningen aan de ondernemer, die alle vormen van preventie kunnen omvatten. Overigens kunnen in de onderhandelingen tussen verzekeraar en werkgever van een onderneming met 10 of meer werknemers ook andere overwegingen een rol spelen zoals commerciële overwegingen, de duur van het contract, de omvang van de

[525] Op basis van het Federaal Actieplan ter Reductie van Arbeids Ongevallen (Farao) dat in 2004 is ontwikkeld, zijn op 1 januari 2009 twee preventie-instrumenten toegevoegd aan de AOV. Het eerste instrument is het verzwaard risico. Het verzwaard risico heeft tot doel de frequentie en de ernst van de arbeidsongevallen te verminderen door extra bijdragen te vragen aan de ondernemingen die het niet te nauw nemen met preventie. Ondernemingen, waarvoor de frequentie van de ongevallen een verzwaard risico vormt in vergelijking met het aantal ongevallen binnen hun sector, zullen hierdoor aan de verzekeraar een forfaitair bedrag moeten betalen dat gebruikt wordt voor de ongevallenpreventie. Daarnaast moeten verzekeringsondernemingen bovenop een vrij basistarief een verplichte bonus-malus regeling toepassen. Een slechte schadestatistiek zal kunnen leiden tot een verhoging van de premie met 30%, een goede tot een verlaging met 15% voor de kleinste ondernemingen. De formule houdt rekening met de grootte van de onderneming.

[526] Daarbij kijkt men naar de frequentiegraad (aantal ongevallen per miljoen blootgestelde uren) en de ernstgraad (aantal verloren kalenderdagen per 1.000 blootgestelde uren). In 2006 was de frequentiegraad voor de bouw gemiddeld 51,26, de ernstgraad 1,44 , het aantal verloren dagen 421.364.

[527] Bij kleine bedrijven (tot 10 personen) wordt doorgaans een standaard polis afgesloten, waarbij de werkgever een standaard bedrag per werknemer betaalt. De hoogte van die premie is afhankelijk van het risico in de desbetreffende sector. Bij de overige bedrijven wordt een maatwerk polis opgesteld. In dat geval berekent de verzekeraar de premiehoogte (voornamelijk) op basis van de frequentiegraad en ernstgraad van de afgelopen drie jaren. Ten behoeve van de premievaststelling zijn zowel de verzekeraar als de arbeidsorganisatie verplicht de frequentiegraad en ernstgraad van arbeidsongevallen te registreren. Bij eventuele overgang naar andere verzekeraar stelt de verzekeraar die informatie beschikbaar. Het FAO beschikt eveneens over deze gegevens. De gegevens per onderneming zijn niet openbaar.

[528] Federale overheidsdienst sociale zekerheid (2006). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.* Zie ook www.socialsecurity.fgov.be. p.33. De bijdrage van werkgevers bedroeg in 2004 0.3% van de bruto loonsom.

[529] Werkgevers uiten overigens kritiek op de gebrekkige transparantie van de berekening van de premie. Het is niet altijd duidelijk welke elementen in aanmerking worden genomen voor de berekening van een premie. Ze ontvangen geen gedetailleerd afschrift hiervan. Zie: Fobé, Elen, Koen Verhoest (2009). *Participatieve analyse van de governance in de tak arbeidsongevallen*. Deelverslag van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid". Leuven, K.U.Leuven, Instituut voor de Overheid. p. 73.

onderneming en het aanzien van de onderneming. Deze overwegingen kunnen het beoogde preventieve effect van premiedifferentiatie weer reduceren.

Ook de onderneming heeft bij het afsluiten van een polis preventie-instrumenten ter beschikking. De onderneming heeft contractvrijheid. Ze is vrij in haar keuze van de wettelijk toegestane arbeidsongevallenverzekeraars. Bovendien is een (grotere) onderneming gerechtigd verschillende arbeidsongevallenverzekeringen af te sluiten voor verschillende typen personeel, zoals arbeiders, bedienden en medewerkers van verschillende vestigingen. Beide elementen bieden de onderneming een kans om de premiekosten te drukken. Algemeen wordt verondersteld dat door concurrentie tussen de verzekeringsmaatschappijen een beter product tot stand komt en dat concurrentie een positieve invloed heeft op de preventie. Maar ook dit standpunt kan niet worden geschraagd door wetenschappelijk onderzoek. De werknemers, dan wel hun vertegenwoordigers in CPBW of ondernemingsraad, hebben geen invloed op het afsluiten van een verzekeringscontract.

Preventie-instrumenten bij de beoordeling en afhandeling van een schadeclaim
Bij de beoordeling en afhandeling van een schadeclaim kan de verzekeraar door het inzetten van expertise invloed uitoefenen op met name de quartaire preventie (schadelastbeheersing) en de tertiaire preventie (bevorderen van herstel en van spoedige werkhervatting). De verzekeraar mag, met argumenten, de claim zelf betwisten respectievelijk de hoogte van de claim nuanceren. Dit is voor de verzekeraar één van de mogelijkheden om de schadelast te beheersen. Primair is de claimbeoordeling een medische kwestie. In een beperkt aantal gevallen doet de verzekeraar zelf onderzoek naar de toedracht van een arbeidsongeval. Zeer incidenteel zet men een fraude-expert aan het werk als men het sterke vermoeden heeft van fraude. Tenslotte hebben de verzekeraars in deze fase belang bij een reële controle van de arbeidsongeschiktheid van de werknemers, wat kunstmatige arbeidsongeschiktheid tegen zou kunnen gaan.

In het kader van vergoeding van een arbeidsongeval bestaan verschillende regresmogelijkheden. Reeds aan de orde kwam de mogelijkheden tot regres van het ziekenfonds. In geval van buitencontractuele aansprakelijkheid heeft de private arbeidsongevallenverzekeraar een verhaalsvordering op de voor het arbeidsongeval aansprakelijke derde.[530]

Financiële prikkels werkgever
De werkgever wordt bij het optreden van letsel door een arbeidsongeval met een aantal financiële prikkels geconfronteerd. Naast directe kosten (betaling loon eerste dag arbeidsongeval, doorbetaling van de sociale lasten gedurende de eerste 30 dagen[531]) zijn dat vooral indirecte kosten zoals productieverlies en vervanging van personeel. Deze prikkels kunnen een preventieve werking hebben op kortverzuim door een arbeidsongeval. Overigens kan het voor een werkgever ook financieel voordelig zijn kleine ongevallen met kortdurend letsel niet te melden. Niet melden drukt de premie voor de arbeidsongevallenverzekering, terwijl de kosten die de werkgever maakt (doorbetaling loon en eventuele kosten remgeld) voor de belastingen aftrekbaar zijn als bedrijfskosten.[532] Evenals de verzekeraar heeft de

[530] Overigens is er discussie over de vraag of de arbeidsongevallenverzekering kan worden beschouwd als een personenverzekering, of een schadeverzekering (zie Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 481-485; Vervliet is trouwens van mening dat het een personenverzekering is daar het aspect van schade ondergeschikt blijft).
[531] De arbeidsongevallenverzekeraar vergoedt achteraf wel de netto kosten van het gewaarborgd loon tot dag 30. Na 30 dagen neemt de arbeidsongevallenverzekeraar deze kosten voor zijn rekening.
[532] Overigens controleert FAO de naleving van de verplichting om de ongevallen aan te geven. Ze constateert dat soms een loopje wordt genomen met het fenomeen van het "aangepast werk", zelf voor iets zwaardere letsels. Hierbij worden werknemers na een ongeval bijvoorbeeld verplicht aanwezig te blijven op het werk, ook al doet men die dag niets. De aangifte van het ongeval gebeurt dan niet helemaal correct omdat de term "aangepast werk" wordt gebruikt voor iets wat helemaal geen aangepast werk is. Zie: Fobé, Ellen, Koen Verhoest (2009). *Participatieve analyse van de governance in de tak arbeidsongevallen*. Deelverslag van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid" Leuven, K.U. Leuven - Instituut voor de Overheid. p. 33.

werkgever een verhaalsvordering op de voor het arbeidsongeval aansprakelijke derde. Ook indirect kan niet melden van een arbeidsongeval een financieel voordeel opleveren. Een deel van de verzekeraars, de zogenaamde gemeenschappelijke kassen, verdeelt een deel van de winst onder de aangesloten bedrijven in de vorm van restorno's. De hoogte van de restorno is meestal deels afhankelijk van de kosten van schadegevallen in het betreffende jaar.

Financiële prikkels werknemer
De arbeidsongevallenverzekering kent ook financiële impulsen voor de werknemer. De werknemer krijgt immers niet alle schade die samenhangt met het arbeidsongeval vergoed. Medische kosten die de standaard bijdrage overschrijden, dient de werknemer zelf te betalen. Het dagloon is gemaximeerd en bevat bovendien niet alle componenten die het werkelijke loon bevat. Als de werknemer gedeeltelijk arbeidsongeschikt is, ontvangt hij slechts een gedeeltelijke uitkering indien hij gedeeltelijke werkhervatting weigert. Gaat hij wel akkoord met de gedeeltelijke werkhervatting dan ontvangt hij zijn oorspronkelijke loon.[533]

In vergelijking met de regeling voor arbeidsongeschiktheid door privé oorzaken kent de AOV BE ook financiële voordelen. De door een arbeidsongeval ongeschikte werknemer heeft geen 'carens' dag, krijgt een hogere uitkering dan een andere arbeidsongeschikte, en heeft recht op meer (medische) voorzieningen. Bovendien bieden bepaalde cao's een aantal extra vergoedingen voor getroffenen van een arbeidsongeval of beroepsziekte. Op grond van de cao bouw, bijvoorbeeld, heeft de getroffene die langdurige arbeidsongeschikt is vanwege een arbeidsongeval of beroepsziekte recht op een aanvulling tot de 337e kalenderdag[534] en de getroffenen met blijvende arbeidsongeschiktheid van 66% of meer hebben recht op een eenmalige vergoeding.[535] In sommige gevallen is cumulatie, geheel dan wel gedeeltelijk, van de AOV vergoeding met andere uitkeringen (brugpensioen, werkloosheidsuitkering) mogelijk, waardoor de getroffen werknemer een financieel voordeel heeft.

In de claimbeoordeling is expertise een factor die invloed kán hebben op preventie. In het standaard aangifteformulier arbeidsongevallen is een rubriek gereserveerd ten behoeve van preventie. Bij ongevallen van meer dan vier dagen moet de werkgever een zogenaamd arbeidsongevallensteekkaart maken en bij ernstige (en dodelijke) ongevallen een omstandig verslag. Deze verslagen bevatten ook aparte preventieonderdelen.[536] Adequaat handelen van experts tijdens de claimbeoordeling (adequate diagnostiek en herstel-bevorderende interventies) kan een positieve invloed hebben op de quartaire preventie (de schadelast) en de tertiaire preventie, dat wil zeggen herstel en werkhervatting.

De raadsgeneesheer kan de werkgever verzoeken in de periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid de werknemer passend werk aan te bieden. De verzekeraar heeft echter geen zeggenschap over de re-integratie van de arbeidsongeschikte werknemer. Die zeggenschap ligt bij de werkgever. De meeste verzekeraars hebben personeel in dienst voor de begeleiding van getroffene met ernstig letsel en voor nabestaanden.[537] (Sommige) verzekeraars brengen hun eigen preventieadviseurs op de hoogte van de ernstige arbeidsongevallen. Dit is bij grotere ondernemingen doorgaans aanleiding tot nader contact met de preventieadviseur of leiding van de betrokken onderneming. Het moment waarop dat contact plaatsvindt varieert. Soms is dat direct na het arbeidsongeval, andere keren na afhandeling van een schade. Of er wordt ingegrepen, hangt echter ook af van de onderlinge verhoudingen en de positie van de klant.

---

[533] De verzekeraar kan een verzoek tot vervangend werk indienen bij de werkgever. De mogelijkheden tot vervangend werk worden beoordeeld door de arbeidsgeneesheer en eventueel de behandelend geneesheer..
[534] Aanvulling via een dagelijks bedrag (€ 2,68 31e – 56e dag; € 3,67 tot 337e kalenderdag) bij langdurige arbeidsongeschiktheid. Bron: *Cao gids bouw 2007-2008*. Brussel, ACV Bouw en Industrie. p. 218 e.v.
[535] Tegemoetkoming (€ 670 plus € 535 per kind) bij blijvende arbeidsongeschiktheid van 66% of meer. Zie: ACV (2008). *Cao gids bouw 2007-2008*. Brussel, ACV Bouw en Industrie. p. 222 e.v.
[536] Bovendien moet het omstandig verslag worden toegezonden aan de arbeidsinspectie.
[537] Overigens voorziet de cao bouw in posttraumatische begeleiding in verband met een dodelijk arbeidsongeval. Zie ACV (2008). *Cao gids bouw 2007-2008*. Brussel, ACV Bouw en Industrie. p. 222 e.v.

S-P Evaluatie
De meeste verzekeraars evalueren, na de schadeafhandeling met enige regelmaat hun klantenportefeuille door de zogenaamde s-p evaluatie, de evaluatie van de schade ten opzichte van de premie. Bij die evaluatie wordt ook de betreffende preventieadviseur van de verzekeraar betrokken. Bedrijven die veel meer kosten (schade) dan opbrengen (premie) worden geselecteerd. Voor die selectie beslist men welke middelen men gaat inzetten om de prestaties te verbeteren. Mogelijke middelen zijn: verandering of beëindiging van het contract, het opstellen van een preventieplan, de inzet van de preventieadviseur namens de verzekeraar, van een externe preventiedienst of van een controlearts.

Gebruik preventie-instrumenten
Uit deze inventarisatie blijkt dat deze instrumenten gericht zijn op zowel primaire preventie, als tertiaire en quartaire preventie. In de gesprekken die ten behoeve van dit deelonderzoek zijn gevoerd, werd gesignaleerd dat verzekeraars op verschillende wijze omgaan met de verschillende preventiemogelijkheden. De verschillende marktpositie wordt als belangrijkste reden hiervoor aangevoerd. Sommige verzekeraars voeren uitsluitend de arbeidsongevallenverzekering uit. Andere verzekeraars willen zich onderscheiden met hun preventierol en geven de indruk dat ze, meer dan andere verzekeraars, expertise hebben op het terrein van preventie en er ook meer aandacht aan besteden. Dat doen ze met name door de inzet van eigen preventieadviseurs. In 2008 waren er 51 preventieadviseurs in dienst van de vijf verzekeringsmaatschappijen die zijn geïnterviewd.

Voor weer andere verzekeraars is de arbeidsongevallenverzekering een onderdeel of soms een bijproduct van een marketing mix met andere verzekeringsproducten. Op de markt van arbeidsongevallenverzekeringen voor kleine ondernemingen heerst een scherpe concurrentie. In het segment van de (middel-) grote bedrijven speelt de klantrelatie een sterke rol. Dit kan positieve effecten hebben op de preventie: de verzekeraar weet hoe hij de klant kan motiveren tot preventie. Die relatie kan echter ook negatief uitpakken op preventie, vanwege de angst de klant te verliezen als men teveel druk op de klant legt om preventieve maatregelen te nemen.

Via de arbeidsongevallenverzekering zijn verschillende actoren betrokken bij preventie van arbeidsongevallen. Naast de actoren die ook reeds een rol spelen in de uitvoering van de Welzijnswet (werkgever/preventieadviseur, werknemer, arbeidsgeneesheer) zijn dat actoren die zorgen voor het afsluiten van de polis (de zogenaamde 'underwriters') of voor de bemiddeling tussen arbeidsorganisatie en verzekeraar (assurantiebemiddelaars)en de raadsgeneesheer, die de claimbeoordeling verzorgt. Enkele verzekeraars hebben een beperkt aantal preventieadviseurs in dienst die in samenwerking met aangesloten bedrijven preventieactiviteiten opzetten.

De gesprekspartners memoreren dat er slechts een beperkte (formele) verbinding is tussen de Welzijnswet en de Arbeidsongevallenwet.[538] Er is doorgaans geen direct contact tussen de arbeidsongevallenverzekeraar en de getroffen werknemer over de mogelijkheden om dit of andere ongevallen in de toekomst te voorkomen. Er bestaat evenmin directe communicatie tussen de actoren van de arbeidsongevallenverzekeraar en de actoren van werknemerskant die binnen het bedrijf betrokken zijn bij preventie. De verzekeraar communiceert wel met de leiding van het bedrijf dan wel de preventieadviseur en/of de verzekeringsafdeling over de arbeidsongevallencijfers en de hoogte van de premie. In sommige gevallen is er contact over de uitvoering van een preventieplan. Er is nauwelijks contact met de arbeidsgeneesheer.

[538] Een van de weinige voorbeelden die gevonden is: een volledig ingevulde aangifte arbeidsongeval kan ook dienst doen als arbeidsongevallensteekkaart, een verplichting uit de Welzijnswet.

Tabel 5.7: Preventie-instrumenten AOV BE[539] [540]

Bij afsluiten polis	Bij claimbeoordeling	Na schadeafhandeling
Premiedifferentiatie (1-2)	Gebruik arbeidsongevallensteekkaart (1)	**5 Financiële prikkels werknemer (1-4):**
		-niet alle schade vergoed
		- mogelijkheid tot cumulatie met o.a. loon, brugpensioen, of andere uitkering
		-geen carensdag
		-in sommige gevallen aanvulling via de cao
		-stimulans werkhervatting bij tijdelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid: aanvulling tot 100% van het oorspronkelijke loon.
Uitvoerig onderzoek (3)	Medische beoordeling arbeidsongeschiktheid door medisch expert/ raadsgeneesheer (1)	**5 Financiële prikkels werkgever (1-4):**
		-niet melden ongeval,
		-schadeverhaal op derden
		-doorbetaling sociale premies
		-loonkosten eventuele vervanging,
		-verlies omzet
	Onderzoek door verzekeraar naar toedracht arbeidsongeval (2-3)	Terugvorderingsrecht verzekeraar bij opzet
Contractsvrijheid onderneming (1)	Getroffen werknemers heeft plicht tot overdracht verhaalsrecht (1)	Regres ziekenfonds (2)
Preventieplan (3)	Fraude-expert (4)	Regres verzekeraar op derde partij (2)
	Controle op arbeidsongeschikte werknemer (3)	Inzet preventieadviseur verzekeraar (1-4)
	Betrokkenheid verschillende experts bij re-integratie (3)	**S/P evaluatie; 3 mogelijke acties na s/p evaluatie (1-4):**
		-preventieplan
		-verandering of beëindiging contract
		-inzet preventieadviseur verzekeraar

[539] Score betreft frequentie van gebruik van deze preventie-instrumenten: 1= altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= zelden, 5= nooit, ? = niet bekend. De gearceerde vlakken betreffen preventie-instrumenten op basis van expertise. De overige vlakken zijn financiële instrumenten.

[540] De aanpassingen in het kader van het Farao plan (zie ook noot 525) zijn in dit overzicht niet vermeld, aangezien die na het vragenlijstonderzoek (1 januari 2009) zijn ingevoerd.

5.6. Fonds voor de Beroepsziekten België (FBZ BE)

De preventie en schadeloosstelling van beroepsziekten via het FBZ BE is geregeld in de 'Wetten ter preventie van beroepsziekten en de vergoeding van schade die uit die ziekten voortvloeit', hierna afgekort met Beroepsziektenwet. In dit systeem is de werknemer de verzekerde, die een directe aansprak kan maken op het fonds, zonder tussenkomst van de werkgever. De werkgever heeft een rol als degene die als onderdeel van de bijdrage aan de sociale zekerheid een heffing op de loonsom betaalt ter financiering van FBZ BE.

In paragraaf 5.4 is reeds een aantal gelijke kenmerken van de AOV BE en FBZ BE aan de orde gekomen, zoals de verbinding met de sociale zekerheid, een aantal polisvoorwaarden (kring verzekerden, voorzieningen) en het doel van de claimbeoordeling. Deze paragraaf behandelt een aantal specifieke kenmerken van het FBZ BE als compensatiesysteem: het verzekerd risico, de uitvoering van de claimbeoordeling, de uitvoering en het toezicht en de preventie-instrumenten. Het beroep op het FBZ BE is aanmerkelijk beperkter dan het beroep op de Arbeidsongevallenwet (zie hiervoor ook tabel 5.6). Er is sprake van een lichte daling van het aantal aanvragen.

Verzekerd risico
De wetgever heeft in de Beroepsziektenwet geen definitie van beroepsziekten opgenomen. Wel omschrijft de wet in artikel 32 wanneer sprake kan zijn van schadeloosstelling bij beroepsziekten:

> " Schadeloosstelling is verschuldigd wanneer de door deze ziekte getroffen persoon aan het beroepsrisico van deze ziekte blootgesteld is geweest gedurende de ganse periode of een deel van de periode (…). Er is een beroepsrisico indien de blootstelling aan de schadelijke invloed inherent is aan de beroepsuitoefening en beduidend groter is dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen, en indien deze blootstelling volgens algemeen aanvaarde medische inzichten, (in groepen van) blootgestelde personen de overwegende oorzaak van de ziekte vormt."[541]

Vandeweerdt maakt een onderscheid in beroepsgebonden aandoeningen en beroepsziekten. Tot beroepsgebonden aandoeningen rekent hij aspecifieke ziekten die gedeeltelijk worden veroorzaakt door het beroep.[542] Tot beroepsziekten rekent hij specifieke ziekten die uitsluitend voorkomen bij bepaalde groepen blootgestelde werknemers (zogenaamde monocausale beroepsziekten) en ziekten die ook bij niet blootgestelde werknemers voorkomen, zij het in veel mindere mate dan bij blootgestelde werknemers.[543] Deze twee soorten beroepsziekten komen doorgaans voor op de zogenaamde beroepsziektenlijst van FBZ BE. Voor vergoeding van schade door beroepsgebonden aandoeningen kan een beroep worden gedaan op het open systeem van vergoeding.

Claimbeoordeling
Het doel van de claimbeoordeling[544] is, evenals bij de Arbeidsongevallenwet, de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Voor de vaststelling ervan maakt het niet uit of een beroepsziekte al dan niet voorkomt op de beroepsziektenlijst van FBZ BE. De bewijsopdracht

[541] Zie: http://www.ejustice.just.fgov.be.
[542] Art. 62 bis van de Beroepsziektenwet geeft de volgende definitie: arbeidsgerelateerde ziekten zijn ziekten die in de artikel 30 en 30 bis niet bedoeld worden en die, volgens algemeen aanvaarde medische inzichten, mede veroorzaakt kunnen worden door een blootstelling aan een schadelijke invloed die inherent is aan de beroepsuitoefening en die groter is dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen, zonder dat deze blootstelling in groepen van blootgestelde personen de overwegende oorzaak van de ziekte vormt.
[543] Vandeweerdt, M. (2002). *Preventie in de beroepsziekteverzekering*. In: Arbeid in gezondheid en ziekte. Leuven, Acco. p. 475-488.
[544] In het vervolg staat de claimbeoordeling in verband met tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid centraal. Claimbeoordeling in verband met andere vergoedingen en voorzieningen van FBZ BE blijft buiten beschouwing.

van de getroffene met een beroepsziekte uit de lijst of met een beroepsziekte buiten die lijst verschilt echter wel.[545]

Lijstsysteem
In het lijstsysteem is schadeloosstelling verschuldigd wanneer de getroffene bewijst dat hij aan de volgende voorwaarden voldoet: de getroffene moet aangetast zijn door een beroepsziekte die op de lijst[546] voorkomt, en zijn blootgesteld aan het beroepsrisico van deze beroepsziekte gedurende een voor die specifieke beroepsziekte bepaalde periode. Het individueel oorzakelijk verband tussen de ziekte en de blootstelling hoeft in het lijstsysteem niet bewezen te worden, maar wordt wettelijk vermoed (het zogenaamde onweerlegbaar vermoeden).[547] Om de bewijslast van de blootstelling aan het beroepsrisico te vergemakkelijken bestaat er een overzicht van de bedrijfstakken, beroepen of categorieën van ondernemingen per beroepsziekte waarin de getroffene wordt vermoed aan dit risico te zijn blootgesteld, tenzij het tegendeel bewezen wordt.[548] Voor een dergelijk lijstsysteem is gekozen omdat het voor het slachtoffer als een zware opgave wordt gezien om het causaal verband aan te tonen tussen de eigen ziekte en de uitoefening van het beroep.[549]

Open systeem
De getroffene kan via het open systeem een vergoeding ontvangen voor schade door een ziekte die niet voorkomt op de lijst van de erkende beroepsziekten. Schadeloosstelling is dan mogelijk wanneer de getroffene het bewijs levert van de aantasting door een ziekte, dat hij aan het beroepsrisico van deze ziekte werd blootgesteld en dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de ziekte en de blootstelling aan het beroepsrisico van deze ziekte. Uit het bewijs moet blijken dat de ziekte haar determinerende en rechtstreekse oorzaak vindt in de beroepsuitoefening. In tegenstelling tot het lijstsysteem moet in het open systeem het bewijs van het oorzakelijk verband geleverd worden door de getroffene zelf.

Stappen in de claimbeoordeling
In beide gevallen kent de claimbeoordeling de volgende stappen:

1. Aanvraag
Het merendeel van de aanvragen wordt ingediend door de betrokken werknemer. Daarnaast kunnen de volgende actoren een rol spelen: de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, de

[545] Daarnaast verzorgt FBZ BE de uitvoering van het asbestfonds. Dat fonds is sinds 1 april 2007 actief. Slachtoffers van mesothelioom en asbestose kunnen schriftelijk een aanvraag indienen bij FBZ BE voor een forfaitaire uitkering. Slachtoffers van mesothelioom hebben recht op een maandelijks forfait van 1.500 euro en slachtoffers van asbestose hebben recht op een maandelijks forfait van 15 euro per procent lichamelijke ongeschiktheid. Tussen 1 april 2007 en 31 december 2010 heeft het Belgische Asbestfonds (AFA) aan 650 mesothelioom- en 518 asbestoseslachtoffers een vergoeding uitgekeerd. 393 Nabestaanden van mesothelioomslachtoffers kregen eveneens een vergoeding. Zie jaarverslag FBZ 2010.
[546] Koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling (Erratum 4 april 1969, B.S., 24 april 1969); voor het laatst gewijzigd bij koninklijk besluit van 26 mei 2002 (B.S., 15 juni 2002) en bij koninklijk besluit van 2 augustus 2002 (B.S., 7 november 2002).
[547] Wanneer blijkt dat de aanvrager is blootgesteld aan het risico van één van de volgende beroepsziekten: allergische ademhalingsstoornissen in het arbeidsmilieu veroorzaakt door de houtsoorten teak en kamballa, farinose, angioneurotische ziekten veroorzaakt door vibrerende instrumenten, dan gaat het Fonds na of de getroffene andere prestaties heeft verricht, waarbij hij eveneens aan het risico van dezelfde beroepsziekten werd blootgesteld. In dat geval wordt de beroepsziektevergoeding beperkt.
[548] Koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling (Erratum 4 april 1969, B.S., 24 april 1969). Koninklijk besluit van 11 juli 1969 tot vaststelling van de lijst van de bedrijfstakken, beroepen of categorieën waarin de door een beroepsziekte getroffene vermoed wordt aan het risico van deze ziekte blootgesteld geweest te zijn. In 2007 heeft de Belgische wetgever de werknemer nog een extra bewijsvoordeel gegund door te bepalen dat hij die werk heeft verricht in specifieke sectoren, beroepen of categorieën van ondernemingen, wordt vermoed, behoudens bewijs van het tegendeel, aan de in die omgeving voorkomende beroepsrisico's te zijn blootgesteld (KB 6 februari 2007).
[549] Waterman, Y.R.K. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Den Haag, Boom juridische uitgevers. p. 210.

arbeidsgeneesheer[550] en de behandelend geneesheer. FBZ BE stelt een aantal vormvereisten, zoals gebruik van specifieke formulieren en documenten.[551]

2. Administratief onderzoek
Alle bewijsstukken moeten aanwezig zijn voordat het onderzoek aanvangt.[552] Is dit niet het geval dan kan de aanvraag verworpen worden. Aanvullend onderzoek is mogelijk in het bedrijf en bij getroffene thuis als de administratie van FBZ BE daartoe aanleiding ziet.

3. Arbeidskundig onderzoek
Daarnaast stellen ingenieurs van het FBZ BE het risico vast. Ze gaan na of er blootstelling was aan een beroepsrisico. Dat onderzoek kan op verschillende manieren plaatsvinden: via een interview met getroffene, een interview met het bedrijf of op basis van schriftelijke documentatie.[553]

4. Geneeskundig onderzoek
Doorgaans wordt de werknemer uitgenodigd voor een geneeskundig onderzoek ten kantore van FBZ BE. Dit onderzoek heeft ten doel na te gaan of men een beroepsziekte heeft opgelopen. Tevens moet dit onderzoek duidelijkheid geven over het percentage arbeidsongeschiktheid. FBZ BE baseert haar medisch oordeel mede op de gegevens van de medisch specialist, adviserend geneesheer of huisarts. De graad van blijvende arbeidsongeschiktheid wordt, net als bij de AOV BE, geraamd op de mogelijkheden die de getroffene bezit om volledig deel te nemen aan de arbeidsmarkt. De evaluatie van de blijvende arbeidsongeschiktheid gebeurt dus enerzijds op grond van de lichamelijke ongeschiktheid van de getroffene en anderzijds op grond van de beoordeling van aantal socio-economische factoren (arbeidsmarktkansen, scholingsgraad, leeftijd).

Uitgangspunt bij de claimbeoordeling zijn de criteria zoals die zijn vastgelegd in zogenaamde criteriadocumenten. Voor alle beroepsziekten zijn dergelijke criteria beschikbaar. De criteria voor OPS zijn beschreven in een publicatie uit 1999.[554] Deze publicatie bevat een overzicht van de wetenschappelijke literatuur over het voorkomen van de beroepsziekte, blootstellingscriteria, diagnostische criteria, de diagnostische procedure , preventie en schadeloosstelling en de eisen inzake het indienen van de aanvraag bij FBZ BE. In verband met RSI zijn negen criteriadocumenten beschikbaar.[555]

---

[550] Iedere arbeidsgeneesheer is verplicht tot aangifte bij inspecteur- arbeidsgeneesheer en bij geneesheer directeur (medisch adviseur) van FBZ BE van alle ziekten die op de Europese of Belgische lijst voorkomen, alsmede van andere ziekten waarvan vaststaat dat zij hun oorsprong vinden in het beroep of waarvan een dergelijke oorsprong bevestigd of vermoed wordt. Hij moet dat ook doen als hij door een andere arts op de hoogte is gebracht. De arbeidsgeneesheer moet de werknemer meedelen of hij in aanmerking komt voor een eventueel schadeloosstelling voor die beroepsziekte en hem de nodige ´getuigschriften´ bezorgen. Naar aanleiding van de aangifte van beroepsziekte bij het FBZ BE door de arbeidsgeneesheer, stuurt FBZ BE een aanvraagformulier aan getroffene.
[551] a. Indien de ziekte voorkomt op de Belgische lijst van de erkende beroepsziekten dienen aan het FBZ BE de volgende stukken te worden overgemaakt: een medisch attest waarin de geneesheer de aard van de beroepsziekte opgeeft en zijn diagnose staaft; een lijst van de werkgevers waarbij de betrokkene heeft gewerkt (opgave volledige beroepsloopbaan, met vermelding werkgevers, tijdvakken van tewerkstelling, aard van verrichte werk); een lijst van de uitgeoefende beroepen die mogelijks de ziekte zouden kunnen hebben veroorzaakt; b. Indien de ziekte niet voorkomt op de Belgische lijst van de erkende beroepsziekten (een aanvraag volgens het open systeem) moeten de volgende bewijsstukken worden ingediend: medisch attest, lijst beroepen, tijdvakken waarin men blootgesteld was aan beroepsrisico, naam en adres van werkgever(s).
[552] Dit geldt niet voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid.
[553] Van dit blootstellingsonderzoek ontvangt alleen de preventieadviseur een exemplaar.
[554] OPS is een erkende beroepsziekte sinds 25062002. (1.711).
[555] Aandoeningen door overmatige inspanning van peesscheden, van het weefsel van peesscheden en van inplantingen van spieren en pezen bij schouwspelartiesten (1989); been-en gewrichtsziekten (1.605.01) veroorzaakt door mechanische trillingen (1974); angio neurotische aandoeningen (1.605.02) veroorzaakt door mechanischet trillingen (1974); mono-of polyradiculair syndroom; aandoeningen van de periarticulaire slijmbeurzen als gevolg van druk, onderhuidse cellulitis (1989) (1.606.11); aantasting zenuwfunctiedoor druk (1.606.51) 1991; tendinitis (1.606.21& 1.606.51; pathologie T).

5. Beslissing FBZ BE
FBZ BE kan de ziekte al dan niet erkennen. Tevens dient het de begindatum van de ongeschiktheid vast te stellen, de vergoeding(en) te berekenen en te oordelen over het eventueel nut van de toekenning van medische zorg of de toediening van vaccins.

6. Betwisting en beroep
De verzekerde kan beslissingen van FBZ BE betwisten. In dat geval kan hij, net als bij de AOV BE de zaak bij de arbeidsrechtbank aanhangig maken. De kosten van (hoger) beroep worden gedragen door FBZ BE. Zowel werknemer als FBZ BE kan in hoger beroep bij het arbeidshof. Het arbeidshof kan het vonnis van de arbeidsrechtbank bevestigen of wijzigen.

7. Herziening
In tegenstelling tot de Arbeidsongevallenwet kent de Beroepsziektenwet geen herzienings-termijn. FBZ BE doet geen ambtshalve herziening van de blijvende ongeschiktheid. De betrokkene wiens arbeidsongeschiktheid toeneemt, behoudt evenwel de mogelijkheid om zelf een herzieningsverzoek in te dienen.

Uitvoering en Toezicht
De uitvoering van de Beroepsziektenwet is in handen van FBZ BE, een openbare federale instelling, die in 1964 werd opgericht. FBZ BE heeft de centrale rol in de uitvoering van de Beroepsziektewet. Ze heeft de volgende taken:

- claimbeoordeling via medisch onderzoek;
- uitkering schadevergoeding verzorgen;
- advies verstrekken over blootstelling aan beroepsrisico's;
- opvolging en analyse van werkverwijdering van zwangere werkneemsters;
- bijdragen aan preventie van arbeidsgerelateerde ziekten.

Het beheer van FBZ BE berust bij een beheerscomité dat paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van vakbonden en werkgevers. FBZ BE heeft een Technische Raad die onder andere als opdrachten heeft:

- bestuderen van ziekten en nagaan welke van deze ziekten aanleiding kunnen geven tot schadeloosstelling. Voorstellen doen voor de inschrijving van ziekten op de Belgische lijst van de beroepsziekten;
- zoeken van de meest geschikte middelen die noodzakelijk zijn om een rationele behandeling en de voorkoming van beroepsziekten te verzekeren.

FBZ BE staat onder toezicht van het Ministerie van Sociale Zaken, Algemene directie toezicht op het welzijn op het werk.

Preventie-instrumenten
Rauws constateert dat tevredenheid heerst over de Beroepsziektenwet en het functioneren daarvan:

> "De Beroepsziektenwet is niet het voorwerp van maatschappelijke of juridische controversen."[556]

Volgens Rauws kan de nadruk op preventie als belangrijk voordeel van de wet worden gezien.[557] In dat verband verwijst hij naar drie onderdelen in de wet.

Ten eerste kunnen de kosten van preventieacties ten laste komen van het FBZ BE. Het gaat in dat verband om de volgende activiteiten:

[556] Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael, Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische Uitgevers. p.121.
[557] De Beroepsziektenwet heeft expliciet een preventieve functie. Zie hiervoor art. 1: "Het doel van deze gecoördineerde wetten is een regeling inzake schadeloosstelling voor beroepsziekten te treffen en de voorkoming voor deze ziekten te bevorderen."

- Advisering in verband met blootstelling aan beroepsziektenrisico´s. In alle arbeidsorganisaties kan FBZ BE, op verzoek van de arbeidsgeneesheer en het CPBW, [558] medische onderzoeken bij de werknemers uitvoeren op werkplaatsen, of arbeidsplaatsen onderzoeken waarin beroepsrisico´s aanwezig zijn.[559]
- Vaccinatie verzorgend personeel. FBZ BE neemt de vaccinatiekosten van bedreigde groepen voor zijn rekening zoals hepatitis B bij verplegend personeel en griep bij personen die door FBZ BE schadeloos worden gesteld voor respiratoire- of hartaandoeningen.[560]

Ten tweede wijst Rauws op de aangifteplicht van de arbeidsgeneesheer. De arbeidsgeneesheer die een beroepsziekte, al dan niet op basis van de beroepsziektenlijst vaststelt, of hiervan op de hoogte wordt gesteld door een andere geneesheer, moet hiervan aangifte doen bij FBZ BE. Ook de werkgever moet door hem op de hoogte worden gesteld. Daarna nodigt FBZ BE de werknemer uit om een aanvraag voor schadeloosstelling in te dienen.[561] De werknemer kan zelf ook zelf het initiatief nemen tot een aangifte. De preventieve werking kan individueel van aard zijn: de getroffene wordt zich bewust van zijn aandoening, waardoor erger kan worden voorkomen (secundaire preventie) of een behandeling kan worden ingezet (tertiaire preventie). Het is echter ook voorstelbaar dat de aangifte de arbeidsorganisatie kan aanzetten tot allerlei vormen van collectieve preventie. Daarnaast kan de aangifte een waarde hebben op macro niveau daar de aangifte verwerkt wordt in de statistieken. Overigens vermeldt Rauws niet dat ook op een andere wijze de aangifte van beroepsziekten gestimuleerd wordt. Het ziekenfonds ontvangt de kosten van geneeskundige verzorging van een getroffene van een beroepsziekte. Dit vormt een (financiële) stimulans voor de adviserend geneesheer van het ziekenfonds om betrokkenen te wijzen op een mogelijke beroepsziekte en zich te melden bij FBZ BE. De getroffen werknemer is verplicht zijn verhaalsrechten inzake medische kosten over te dragen op het ziekenfonds, op straffe van verlaging of intrekking van zijn ziekteuitkering.

Tenslotte wijst Rauws op de mogelijkheid die FBZ BE heeft om werknemers ertoe aan te zetten tijdelijk of permanent uit het schadelijke arbeidsmilieu verwijderd te worden. FBZ BE kan op advies van een arts aan 'ieder door een beroepsziekte getroffen of bedreigde persoon´, voorstellen zich te onthouden van iedere activiteit die hem nog aan het risico van bedoelde ziekte zou blootstellen. Als de werknemer instemt, heeft hij recht op vergoedingen in verband met tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid.[562] Er bestaat in dit geval onder bepaalde voorwaarden recht op betaling van vakherscholing. Tijdens deze scholing heeft betrokkene recht op een uitkering wegens blijvende arbeidsongeschiktheid. Indien de getroffen werknemer weigert het schadelijke milieu te verlaten, verliest hij het recht op sociale zekerheid, als blijkt dat betrokkene (later) arbeidsongeschikt raakt door beroepsziekte die veroorzaakt is vanwege blootstelling aan dat schadelijke milieu.[563]

Rauws is niet volledig in zijn opsomming van preventie-instrumenten. De Beroepsziektenwet bevat meer onderdelen die mogelijk een preventieve werking kunnen hebben. Het gaat om

[558] Er kan geen beroep worden gedaan op het FBZ BE om onderzoeken uit te voeren die aan de werkgever zijn opgelegd in het kader van ARAB reglementering en de wet betreffende welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.
[559] Ter illustratie: in 2005 zijn in dit verband 28 risicobepalingen uitgevoerd (m.n. bloostelling aan chemische stoffen, stof, mechanische trillingen) en zijn in 108 dossiers 2076 chemische analyses uitgevoerd. Bron: Jaarverslag FBZ, 2005. Zie: http://www.fbz.fgov.be/nl/jaarverslagen_nl01.htm. Cijfers betreffen uitsluitend privé ondernemingen.
[560] Ter illustratie: in 2005 zijn in dit verband 28.619 betalingen gedaan. Bron: Jaarverslag FBZ (2005). Zie: http://www.fbz.fgov.be/nl/jaarverslagen_nl01.htm.Cijfers betreffen uitsluitend privé ondernemingen.
[561] De aangifte dient ook ingezonden te worden bij de geneesheer arbeidsinspecteur van het Ministerie van TWA.
[562] Bij instemming in verband met tijdelijke stopzetting bestaat het recht op de vergoedingen van volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Bij instemming in verband met definitieve stopzetting heeft betrokkene recht op maximaal 90 dagen op een uitkering die gelijk is aan vergoeding voor volledige blijvende arbeidsongeschiktheid.
[563] Tot 2010 was FBZ BE ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling tijdelijke verwijdering uit het schadelijke arbeidsmilieu vanwege zwangerschap. Sinds 2010 wordt deze regeling uitgevoerd door RIZIV (Rijksinstituut voor Ziektekosten-en Invaliditeitsverzekering). Wel neemt FBZ BE de kosten van deze regeling op zich.

onderdelen die verbonden zijn met de indiening, beoordeling en afhandeling van aangifte van verzoeken tot schadeloosstelling.[564] Dit zijn zowel financiële instrumenten als instrumenten die gebaseerd zijn op expertise.

Aanvullend onderzoek
In het kader van de claimbeoordeling kan FBZ BE beslissen om aanvullend onderzoek naar arbeidsomstandigheden te doen om inzicht te krijgen in de blootstelling, via ondervraging van de getroffene, van andere actoren binnen het bedrijf en via metingen. Overigens ontvangt uitsluitend de preventieadviseur van de onderneming een exemplaar van het blootstellingsonderzoek van FBZ BE. Het resultaat van dit onderzoek kan voor de arbeidsorganisatie aanleiding zijn om preventiemaatregelen te nemen. Of dit ook daadwerkelijk gebeurt is tot op heden niet onderzocht. In 2005 zijn in dit kader van 1995 ondernemingen bezocht en zijn 5731 onderzoeken naar vermoeden van blootstelling uitgevoerd.[565]

Financiële prikkels
FBZ BE kent ook enkele financiële prikkels die mogelijk tot preventie leiden. Voor de werkgever brengt een beroepsziekte zowel kosten als baten met zich mee. FBZ BE vergoedt de kosten van gewaarborgd loon, waardoor de werkgever uitsluitend de sociale premies gedurende die tijd dient te betalen. Anderzijds maakt de werkgever wel kosten in verband met vervanging van de getroffene en door verlies aan omzet in verband met de afwezigheid van de werknemer.

Ook voor de werknemer brengt een succesvol beroep op FBZ BE niet alleen baten met zich, maar ook kosten. Deze financiële prikkels komen overeen met die voor werknemers met een arbeidsongeval (zie hiervoor paragraaf 5.5). Op grond hiervan kan worden betoogd dat van de Beroepsziektenwet, evenals van de Arbeidsongevallenwet, een aanzuigende werking kan uitgaan aangezien de vergoedingen hoger uitvallen dan bij de 'niet professionele' ziekte- en invaliditeitsregelingen. In hoeverre dat in werkelijkheid zo is, en of daarbij mogelijk verschillen bestaan tussen beroepsziekten en arbeidsongevallen, is niet bekend. Formeel is FBZ BE niet gerechtigd uitbetaalde vergoedingen terug te vorderen op een werkgever, tenzij er sprake is van opzet. Hiervan is tot op heden slechts één keer sprake geweest. Echter deze zaak is stopgezet door FBZ BE.[566]

Effect maatregelen
Of de genoemde preventiemaatregelen ook daadwerkelijk tot preventie leiden is niet bekend. Enig onderzoek naar het effect van deze maatregelen ontbreekt. Wel registreert FBZ BE het gebruik van deze maatregelen. Die registratie is onderdeel van het jaarverslag. FBZ BE heeft niet de bevoegdheid om in de persoonlijke situatie van getroffene te interveniëren. Voor de toepassing van deze preventiemaatregelen is FBZ BE afhankelijk van de bereidheid van de betrokken individuen om mee te werken. Ook is FBZ BE niet gerechtigd in te grijpen in de arbeidsomstandigheden van de arbeidsorganisaties waarin de ziekten zijn ontstaan. Wel zegt men gebruik te maken van informele mogelijkheden om bijvoorbeeld werkgevers te wijzen op de noodzaak tot aanpassing van de arbeidsomstandigheden.

Wat Rauws niet kon vermelden in 2001, is dat -sinds 2006- het voor FBZ BE mogelijk is bij te dragen aan de preventie van zogenaamde arbeidsgerelateerde ziekten.[567] Eén van de uitvloeiselen van deze wetswijziging is de preventie van rugaandoeningen. Deze preventieaanpak, die in 2005 startte als een proefproject onder verplegend personeel, is nu beschikbaar voor alle werknemers die als gevolg van rugklachten dreigen uit te vallen. FBZ

[564] De wet bevat (vanzelfsprekend) geen preventie-instrumenten die verbonden zijn met het afsluiten van de verzekering. Iedere werkgever betaalt dezelfde bijdrage. Die bijdrage is niet gerelateerd aan het daadwerkelijke risico in de onderneming. Zie art. 2 en art. 57 Beroepsziektenwet.
[565] Bron: Jaarverslag FBZ 2005, p.162. zie http://www.fbz.fgov.be/nl/jaarverslagen_nl01.htm.
[566] Vervliet, Valerie (2007). *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*. Antwerpen-Oxford, Intersentia. p 578.
[567] Van Langendonck, Jef (2011). *Handboek Socialezekerheidsrecht.* Antwerpen-Oxford, Intersentia. p. 379.

BE financiert voor deze groep de medische kosten van diagnose en behandeling in revalidatiecentra en de kosten van ergonomische interventies in arbeidsorganisaties. Jaarlijks wordt hiervan gebruik gemaakt door ongeveer 1.000 werknemers. Overwogen wordt een dergelijke aanpak ook te ontwikkelen voor andere arbeidsgerelateerde ziekten, zoals ziekten ontstaan door psychosociale arbeidsbelasting.

Actoren

Via FBZ BE zijn verschillende actoren betrokken bij preventie van beroepsziekten. Van de actoren die een rol hebben in de uitvoering van de Welzijnswet, lijken alleen de werknemer, en namens hem juridische en medische expert(s), enige rol van betekenis te spelen tijdens de schadeafhandeling. De werkgever staat grotendeels buiten spel en hoeft geen enkele rol te hebben: de premie wordt collectief geheven, de werknemer kan zichzelf aanmelden als hij vermoedt een beroepsziekte te hebben. De actoren die namens FBZ BE optreden (medische experts, arbeidsomstandighedenexperts) hebben samen met de actoren namens de werknemer, en eventueel zijn juridisch belangenbehartiger, de hoofdrol.

Tussen de Beroepsziektenwet en de Welzijnswet bestaan weinig formele verbindingen. Er is doorgaans geen direct contact tussen FBZ BE en de werkgever dan wel de preventieadviseur en/of de verzekeringsafdeling over de oorzaak en toedracht van de beroepsziekte, en de mogelijkheden om dit te voorkomen. Er bestaat geen directe communicatie tussen de actoren van FBZ BE en de actoren van werknemerskant die binnen het bedrijf betrokken zijn bij preventie.

Tabel 5.8: Preventie-instrumenten FBZ BE[568]

Bij aangifte en claimbeoordeling	Na schadeafhandeling	Algemeen
Aangifteplicht arbeidsgeneesheer (2)	**Drie financiële prikkels werkgever** (1):	Kosten preventieacties ten laste van FBZ BE
	- doorbetaling sociale premies	
	- kosten eventuele vervanging	
	- verlies omzet	
Regresmogelijkheid ziekenfonds stimuleert aangifte door adviserend geneesheer (2)		Tijdelijke of permanente verwijdering uit het arbeidsmilieu (2)
Getroffen werknemers heeft plicht tot overdracht verhaalsrecht (1)	**Vijf financiële prikkels werknemer** (1-3):	Advisering ivm blootstelling risico's beroepsziekte (3)
	- niet alle schade vergoed	
	- cumulatie FBZ BE uitkering met bestaand werk	
	- cumulatie FBZ BE uitkering met andere uitkering	
	- geen carensdag	
	- aanvulling cao	
Aanvullend medisch en arbeidskundig onderzoek FBZ BE in verband met claimbeoordeling (2)		Preventie rugaandoeningen (2)
	Terugvorderingsrecht FBZ BE bij opzet (4)	Vaccinatie verzorgend personeel (2)

[568] Score betreft frequentie van gebruik van deze preventie-instrumenten: 1= altijd, 2= vaak, 3= soms, 4= zelden, 5= nooit, ? = niet bekend. De gearceerde vlakken betreffen preventie-instrumenten op basis van expertise. De overige vlakken zijn financiële instrumenten.

5.7 Samenvatting en vooruitblik

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van deelonderzoek 1, de analyse van de kenmerken vier werknemerscompensatiesystemen. Voornaamste doel van dit hoofdstuk is het vinden van een antwoord op onderzoeksvraag 1.a ("Welke verschillende systemen van werknemers-compensatie zijn er, wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik van de compensatiesystemen?"). Daarnaast biedt de uitkomst van het vragenlijst-onderzoek enig zicht op een antwoord op onderzoeksvraag 1.d ("Welke factoren hebben invloed op de relatie tussen compensatie en preventie?").

Op basis van de terreinverkenning in hoofdstuk 1 kon reeds een antwoord worden gegeven op de eerste deel van de vraag. In dat hoofdstuk is een onderscheid gemaakt tussen typen werknemerscompensatie en werknemerscompensatiesystemen. Tot een type werknemers-compensatie kunnen verschillende concrete compensatiesystemen behoren. Er zijn vijf typen werknemerscompensatie onderscheiden. Die vijf typen zijn: werkgeversaansprakelijkheid, verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, directe verzekering, schadefonds en contractuele compensatie. Met de aanduiding 'type' wordt een juridisch construct bedoeld, en niet een 'levend' sociaal systeem.

In dit hoofdstuk zijn vier concrete werknemerscompensatiesystemen beschreven, die tot evenzovele typen werknemerscompensatie behoren: de Nederlandse Aansprakelijkheids-verzekering Bedrijven (AVB NL) behoort tot het type verzekering tegen werkgevers-aansprakelijkheid, de Arbeidsongevallenverzekering België (AOV BE) behoort tot het type directe verzekering, het Belgische Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE) tot het schadefonds en de collectieve ongevallenverzekering op basis van de Nederlandse cao bouw (COV NL) behoort tot het type contractuele compensatie.

Verschillende inhoud en verschillende context
De vier compensatiesystemen zijn beschreven aan de hand van de negen elementen die voor de uiteindelijke vormgeving van een concreet werknemerscompensatiesysteem van belang worden geacht. In dit hoofdstuk gaat bijzondere aandacht uit naar de beschrijving van de preventie- instrumenten per compensatiesysteem. Tabel 5.9 biedt een beknopte weergave van deze beschrijving. De vier systemen verschillen inhoudelijk op nagenoeg alle negen elementen. Alleen de twee Belgische systemen vertonen gelijkenissen op de elementen kring verzekerden, claimbeoordeling en vergoedingen/voorzieningen.

De beschrijving van de vier afzonderlijke systemen is voorafgegaan door een schets van de positie van de werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid in Nederland en België. Daaruit blijkt dat werknemerscompensatie in Nederland zich in een andere context bevindt dan die in België. In Nederland staat de werknemerscompensatie geheel los van de sociale zekerheid, terwijl in België beide systemen van werknemerscompensatie integraal onderdeel zijn van de sociale zekerheid. De verschillende positie komt onder andere tot uitdrukking in de omvang van de werknemerscompensatie. In Nederland maken jaarlijks naar schatting 4.200 werknemers gebruik van werknemerscompensatie, terwijl in België jaarlijks ruim 168.000 werknemers met een arbeidsongeval of beroepsziekte een vergoeding krachtens werknemerscompensatie ontvangen. Bovendien blijkt dat er in Nederland sprake is van een "compensatiegat" tussen het potentieel aantal schadeclaims (dat op ongeveer 25.000 per jaar wordt geschat) en het werkelijk aantal vergoedingen.

Veel preventie-instrumenten, beperkt gebruik
Alle vier compensatiesystemen beschikken over de twee soorten preventie-instrumenten namelijk instrumenten op basis van expertise (waartoe ook het verzamelen en uitwisselen van informatie is begrepen) en financiële instrumenten. Die instrumenten kunnen een rol spelen bij het afsluiten van de polis, tijdens de schadeafhandeling of na de schadeafhandeling. De

Tabel 5.9: Overzicht kenmerken vier compensatiesystemen

	AVB NL	COV NL	AOV BE	FBZ BE
Type werknemerscom-pensatie	verzekering tegen werkgevers-aansprakelijkheid	contractuele compensatie via een collectieve ongevallenverzekering op basis van de cao bouw [569]	directe verzekering	schadefonds
Kring verzekerden	werknemers (+ nabestaanden) werkzaam bij de verzekerde werkgever	werknemers (+ nabestaanden) die onder de cao bouw vallen	werknemers (+ nabestaanden) en anderen die onder sociale zekerheid vallen	werknemers (+ nabestaanden) en anderen die onder sociale zekerheid vallen
Verzekerd risico	aansprakelijkheidsrisico werkgever	lichamelijke schade als gevolg van arbeidsongeval	fysieke en psychische gevolgen van arbeidsongeval op arbeidsplaats, arbeidswegongeval en woon-werkverkeer	beroepsziekten die voorkomen op een lijst en beroepsgebonden aandoeningen waarvan causaal verband kan worden aangetoond
Claimbeoordeling	verzekeraar beoordeelt schade op basis van arbo-technisch-, medisch- en arbeidsdeskundig onderzoek	beoordeling van mate van blijvende invaliditeit (b.i.) door medisch adviseur verzekeraar	beoordeling van de mate en de aard van arbeidsongeschiktheid (in het licht van het verlies concurrentievermogen) door raadsgeneesheer verzekeraar	beoordeling van de mate en de aard van arbeidsongeschiktheid (in het licht van het verlies concurrentievermogen) door raadsgeneesheer verzekeraar
Voorzieningen - Vergoedingen	in theorie wordt alle schade wordt vergoed: verlies arbeidsvermogen, medische kosten, smartengeld, revalidatie, re-integratie, zaakschade	drie rubrieken worden vergoed: A: overlijdensuitkering B. uitkering b.i. D. geneeskundige kosten	- geneeskundige verzorging - medische kosten - arbeidsongeschiktheid - uitkering nabestaanden	- geneeskundige verzorging - medische kosten - arbeidsongeschiktheid - uitkering nabestaanden
(Administratieve) uitvoering	aansprakelijkheids-verzekeraar	assurantiemakelaar	arbeidsongevallen-verzekeraar & Fonds Arbeidsongevallen	Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ)
Toezicht en klachten	PVK & DNB Geschillencommissie/ Kifid, rechter	Tot 2006: PVK, klachteninstituut verzekeringen, paritaire begeleidingscommissie, arbiter	CBFA Fonds Arbeidsongevallen arbeidsrechtbank arbeidshof	beheercomité Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ), Ministerie Sociale Zaken, algemene directie toezicht welzijnop het werk arbeidsrechtbank arbeidshof
Financiering	gedifferentieërde premiebetaling werkgever	tot 2006: bijdrage per loondag individuele werkgever; na 2006: collectieve financiering	gedifferentieërde premiebetaling werkgever	vaste heffing loonsom
Preventie-instrumenten	20 instrumenten, waarvan 11 financieel	9 instrumenten, waarvan 6 financieel	26 instrumenten, waarvan 17 financieel	18 instrumenten waarvan 12 financieel
Positie ten opzichte van sociale zekerheid	geen onderdeel sociale zekerheid; verandering in sociale zekerheid kan wel gevolgen hebben voor aantal en omvang schadeclaims	geen onderdeel sociale zekerheid; verandering in sociale zekerheid hebben geen gevolgen voor aantal en omvang schadeclaims	integraal onderdeel van sociale zekerheid	integraal onderdeel van sociale zekerheid
Omvang	ongeveer 90% van alle werkgevers heeft AVB; per jaar gemiddeld 1.500 toegekende claims, waarvan 540 beroepsziekten	jaarlijks 3700 compensaties via de cao; in cao bouw via COV NL jaarlijks gemiddeld 143 compensaties	in de private sector gemiddeld 165.105 uitkeringen pjr . i.v.m. arbeidsongeschiktheid door arbeidsongevallen (bouw: 22.123)	in de private sector gemiddeld 3.002 uitkeringen pjr . i.v.m. arbeidsongeschiktheid door beroepsziekten
Actoren	werknemer + juridisch adviseurs + medisch adviseurs+ experts	werknemer + juridisch adviseurs + medisch adviseurs+ experts	werknemer + preventieadviseur + arbeidsgeneesheer + behandelend geneesheer + verzekering-geneeskundige	werknemer + preventieadviseur + arbeidsgeneesheer + behandelend geneesheer + verzekering-geneeskundige

[569] Met ingang van 1 januari 2006 is de verzekering omgezet in een collectieve ongevallenregeling, waarbij het risico wordt gedragen door de bedrijfstak bouw. Tegelijkertijd is de polisdekking veranderd. Tot 2006 gold een zogenaamde 24 uurs dekking, waarbij arbeidsongevallen met letsel in privé tijd ook gedekt werden. Per 1 januari 2006 is dit veranderd in een functiedekking, waardoor de verzekerde periode is beperkt tot de werktijd en het woon-werkverkeer.

.

instrumenten kunnen gericht zijn op alle vier vormen van preventie bij een variëteit aan actoren, niet alleen de werkgever, maar ook de werknemer, de verzekeraar zelf of externe actoren als de ziektekostenverzekeraar. De vier systemen vertonen onderling grote verschillen in de hoeveelheid instrumenten en de aard van die instrumenten. Compensatiesysteem AOV BE beschikt over de meeste preventie-instrumenten (26), gevolgd door AVB NL met 20 instrumenten en FBZ BE met 18 instrumenten. De COV NL beschikt over het minst aantal instrumenten (9). AOV BE beschikt ook over de meeste financiële instrumenten (17), gevolgd door FBZ BE (12), AVB NL (11) en COV NL (6).

In de Nederlandse compensatiesystemen worden de preventie-instrumenten maar beperkt ingezet. Als reden hiervoor worden marktomstandigheden aangevoerd. De concurrentie op de verzekeringsmarkt laat niet toe de klanten al te veel lastig te vallen met preventievraagstukken. Ook overwegen verzekeraars wel eens om niet in te grijpen in verband met de gevolgen die het kan hebben voor de rest van de verzekeringsportefeuille. Tenslotte noemen verzekeraars de kosten die ze moeten maken bij het inzetten van preventie-instrumenten als een reden om terughoudend te zijn.

In de gesprekken die ten behoeve van dit deelonderzoek zijn gevoerd, werd duidelijk dat private verzekeraars in België op verschillende wijze omgaan met de verschillende preventiemogelijkheden. Sommige besteden relatief veel aandacht aan preventie, voor andere is het meer bijzaak. Ook hier is de verschillende marktpositie de belangrijkste reden om al dan niet in te grijpen. FBZ BE kan een aantal preventie-instrumenten op eigen initiatief inzetten en is voor het gebruik van enkele andere preventie-instrumenten afhankelijk van de bereidheid van andere actoren (werknemer, werkgever, arbeidsgeneesheer of ziekenfonds).

Nadruk op quartaire preventie
De inventarisatie geeft ook een beeld van de vormen van preventie die nagestreefd worden. Bij AVB NL is quartaire preventie (beheersing van de schadelast van de verzekeraar) het primaire doel, alhoewel de geïnterviewden effecten van het compensatiesysteem op andere vormen van preventie ook mogelijk achten. Ook bij de COV NL is schadelastbeheersing van belang alhoewel de COV NL ook enige aandacht besteed aan tertiaire preventie. Bij de AOV BE is men gericht op quartaire preventie ten behoeve van zowel de verzekeraar als de verzekerde. Daarnaast worden vanuit het compensatiesysteem, in sommige gevallen, activiteiten ondernomen ten behoeve van herstel en re-integratie van de getroffen werknemer (tertiaire preventie). Aandacht voor primaire preventie komt ook in sommige gevallen voor. Bij FBZ BE is aandacht voor alle vormen van preventie ten behoeve van de arbeidsorganisatie, de individuele werknemer en ten behoeve van de schadelastbeperking van FBZ BE zelf. Daartoe is een breed pallet aan preventie-instrumenten beschikbaar.

Kluwen van compensatiesystemen en actoren
Dit deelonderzoek laat zien dat ook vanuit andere hoeken preventie-instrumenten beschikbaar zijn. In Nederland worden vanuit de sociale zekerheid preventie-instrumenten ingezet om ziekte en arbeidsongeschiktheid te voorkomen en de toegang tot de sociale zekerheid te reguleren. In hoofdstuk 2 is geconstateerd dat ook vanuit de arbeidsomstandighedenwetgeving allerlei, preventie-instrumenten ingezet (kunnen) worden. Een en ander maakt duidelijk dat in de Nederlandse en Belgische context de compensatiesystemen niet op zichzelf staan en dat er sprake is van een kluwen van verschillende preventie-instrumenten, waartoe ook de preventie-instrumenten van een compensatiesysteem behoren. Deze verschillende preventie-instrumenten worden gedragen door een veelheid van verschillende actoren. Hoe deze kluwen van actoren en preventie-instrumenten uitwerken op de preventie in arbeidsorganisaties is onderwerp van het vragenlijstonderzoek en de casestudies, waarover in de volgende twee hoofdstukken wordt gerapporteerd.



Hoofdstuk 6

De samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie

Introductie

In dit hoofdstuk komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

- Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? (Onderzoeksvraag 1.b).
- Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemers-compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? (Onderzoeksvraag 1.c).
- Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? (Onderzoeksvraag 1.d).

Het antwoord op deze vragen is verkregen via vragenlijstonderzoek. Dit vragenlijstonderzoek is uitgevoerd onder werknemers (n= 365) die een schadevergoeding hebben ontvangen op basis van een van de compensatiesystemen, en onder de betrokken werkgevers (n= 102). Via het vragenlijstonderzoek zijn deze respondenten bevraagd over het al dan niet optreden van de preventieve veranderingen na afhandeling van de schadeclaim. Ten behoeve van de meting van die veranderingen in preventie binnen de arbeidsorganisatie zijn acht indicatoren ontwikkeld. Deze indicatoren zijn beschreven in hoofdstuk 4. Vijf indicatoren hebben betrekking op primaire preventie, en twee indicatoren op tertiaire preventie. De achtste indicator betreft veranderingen in de preventiestructuur na de afhandeling van de claim.

Opzet van dit hoofdstuk
Paragraaf 1 beschrijft het onderzoeksproces. Een beschrijving daarvan is relevant niet alleen met het oog op de interpretatie van de onderzoeksresultaten maar ook met het oog op de vraag op welke wijze onderzoek kan plaatsvinden naar dit vraagstuk. Het doen van vragenlijst-onderzoek bleek niet eenvoudig. Het is uiteindelijk niet mogelijk gebleken een representatief onderzoek uit te voeren. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de maatschappelijke positie van de verschillende compensatiesystemen en de verhouding tussen werkgevers, werknemers en de uitvoerders van de werknemerscompensatie. Paragraaf 1 gaat hier nader op in.

Paragraaf 2 geeft antwoord op de beide onderzoeksvragen 1.b en 1.c. Er blijkt een statistisch significant verschil in samenhang te bestaan tussen de verschillende compensatiesystemen en de verschillende preventie-indicatoren. Tegelijkertijd is zichtbaar dat de preventieve opbrengst in alle vier systemen relatief beperkt is.

Paragraaf 3 geeft een beeld van de aard van de preventieve veranderingen na afronding van de schadeclaim en van de veranderingen bij de betrokken actoren. Deze paragraaf gaat in op de vaststelling dat er weliswaar een verschillende relatie bestaat tussen de vier werknemers-compensatiesystemen en preventie, maar dat tegelijkertijd het aantal preventieve veranderingen en de aard van die preventieve veranderingen in alle vier systemen relatief beperkt is.

Paragraaf 4 geeft een samenvatting van de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek. In dezelfde paragraaf wordt een aantal kanttekeningen geplaatst bij de validiteit en de betrouwbaarheid van de uitkomst van het vragenlijstonderzoek.

6.1 Beschrijving van het onderzoeksproces: representativiteit, betrouwbaarheid en validiteit

Voorafgaand aan de presentatie in paragraaf 6.2 van de resultaten van het vragenlijstonderzoek, komt op deze plaats het onderzoeksproces aan bod. (Zie bijlage 1 voor een overzicht van de standaardopzet van de vragenlijsten). Dat wil zeggen de wijze waarop het vragenlijstonderzoek is uitgevoerd en hoe de respons van 467 vragenlijsten tot stand is gekomen. Dit is niet alleen relevant in verband met de interpretatie van de onderzoeksresultaten, maar ook van belang voor de nevendoelstelling van dit exploratieve onderzoek, namelijk het vinden van antwoorden op de vraag op welke wijze in het veld van compensatie en preventie onderzoek kan worden uitgevoerd en welke onderzoeksmethode(n) daarvoor geschikt is.

Op zoek naar respondenten
Het is niet eenvoudig gebleken om een, bij voorkeur representatief, vragenlijstonderzoek uit te voeren onder werknemers en werkgevers die betrokken zijn bij een schadeloosstelling na een arbeidsongeval of beroepsziekte. Dat heeft een aantal redenen. In Nederland is de betreffende onderzoekspopulatie (afgeronde schadegevallen in verband met een arbeidsongeval of een beroepsziekte) klein in aantal en verspreid over veel verschillende verzekeraars. De in deelonderzoek 1 geraadpleegde verzekeraars hebben jaarlijks maximaal enkele tientallen arbeidsongevallenclaims en een nog beperkter aantal beroepsziektenclaims.[570] Daarbij komt dat betrokken verzekeraars niet konden beantwoorden aan de wens om zowel onder werknemers als werkgevers onderzoek te verrichten, daar zij slechts directe contacten hebben met werkgevers en niet met werknemers. Voor grotere letselschadebureaus bleek hetzelfde type probleem te bestaan, namelijk wel contact met de ene actor, de werknemer, maar niet met de andere.

Respondenten arbeidsongevallen Nederland
De speurtocht naar het realiseren van onderzoek naar compensatie en preventie van arbeidsongevallen leidde uiteindelijk naar de bedrijfstak bouw. Onder verantwoordelijkheid van sociale partners in de bouw coördineert het zogenaamd Technisch Bureau voor de Bouwnijverheid de uitvoering van een collectieve ongevallenverzekering (COV NL). De daadwerkelijke uitvoering is in handen gegeven van een assurantiemakelaar. De verzekering heeft primair de werknemer als klant. Met de werkgever kan contact zijn in verband met de aangifte van een mogelijk schadegeval. Bovendien wordt nagegaan of een werkgever onder de bouw-cao ressorteert. Betrokken partijen bleken, onder voorwaarden, bereid medewerking te verlenen aan het vragenlijstonderzoek. Die voorwaarden hadden betrekking op de bescherming van de privacy van de betrokken werkgevers en werknemers. Dit leidde ertoe dat de assurantiemakelaar eerst een verzoek stuurde naar betrokken werkgevers en werknemers met het verzoek om zich, via een formulier, aan te melden voor het onderzoek. Na vier weken volgde een reminder. Een non-responsonderzoek onder de bedrijven die niet wilden deelnemen, was niet mogelijk omdat de voor de COV verantwoordelijke partijen dat als een aantasting van de privacy van betrokkenen beschouwden. Deze aanpak leidde uiteindelijk tot een respons van respectievelijk 39% bij werknemers en 25% bij werkgevers. De meeste werknemers en werkgevers bleken niet afkomstig uit dezelfde arbeidsorganisatie, waardoor de respons naar arbeidsorganisatie 66% bedroeg. Alle werkgevers en werknemers die toegestemd hadden in deelname aan het onderzoek vulden de vragenlijst in.

Respondenten arbeidsongevallen België
Om redenen van vergelijkbaarheid is in België gezocht naar een arbeidsongevallenverzekeraar die (ook) klanten heeft in de bouwnijverheid.[571] Eén van de betrokken verzekeraars bleek bereid tot deelname aan het onderzoek. Deze verzekeraar stelde dezelfde voorwaarden als de

[570] Bij de 160 beroepsziektenclaims die in Nederland zijn onderzocht, waren bijvoorbeeld 30 verschillende verzekeraars
betrokken (die 1 tot maximaal 21 keer een schadevergoeding hebben uitgekeerd).
[571] Daarnaast is in het onderzoek ervoor gekozen om in België alleen onderzoek onder Vlaamstaligen te doen.

Nederlandse verzekeraar. Bij het onderzoek onder Vlaamstalige klanten van de Belgische arbeidsongevallenverzekeraar is daarom dezelfde procedure gevolgd als in de Nederlandse situatie. De betrokken werkgevers (209) en de betrokken werknemers (246) zijn door de verzekeraar benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit leidde tot een respons van respectievelijk 27 % bij werknemers en 15% bij werkgevers. Ook hier bleken de meeste werknemers en werkgevers niet afkomstig uit dezelfde arbeidsorganisatie waardoor de respons naar arbeidsorganisatie 40% bedroeg. Ook in dit geval retourneerden alle werkgevers en werknemers die toegestemd hadden in deelname aan het onderzoek, de vragenlijst.

Respondenten beroepsziekten Nederland

Het onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie van beroepsziekten bleek voor een deel eenvoudiger. In Nederland bleek Bureau Beroepsziekten FNV (een gespecialiseerd bureau voor letselschade in verband met beroepsziekten) bereid mee te werken aan de uitvoering van het onderzoek. Dit bureau zorgde voor de selectie van de dossiers die voldeden aan het selectiecriterium. Het betrof 160 werknemers die in de periode 2000-2007 vanwege RSI (112 werknemers uit 104 afzonderlijke arbeidsorganisaties) of OPS (48 werknemers uit 46 afzonderlijke arbeidsorganisaties) een schadeclaim hadden ingediend en wier claim was afgehandeld vóór 1 september 2007. Betrokken werknemers kregen vanuit dit bureau een brief toegezonden met daarin het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. Tegelijkertijd werd de vragenlijst meegezonden.[572] De retourenvelop was geadresseerd aan de Universiteit van Amsterdam. Na vier weken volgde een herinnering. Bij werknemers leverde dat een respons op van 49% (55 RSI vragenlijsten ingevuld door werknemers) respectievelijk 81% (39 OPS vragenlijsten ingevuld door werknemers).

Vanuit Bureau Beroepsziekten FNV zijn ook de betrokken arbeidsorganisaties[573] benaderd met een brief (met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek) en een vragenlijst.[574] Dit leverde een zeer beperkte respons op. Slechts 4 vragenlijsten OPS en 9 vragenlijsten RSI werden ingevuld teruggezonden. 44 poststukken met daarin een brief en de vragenlijst werden als onbestelbaar geretourneerd, waarvan 26 afkomstig van arbeidsorganisaties met RSI en 18 met OPS.

Tabel 6.1: Respons werkgevers Nederland naar aanleiding van verschillende acties

	RSI	OPS
Totaal aantal arbeidsorganisaties	104	46
Respons 1e keer	**9**	**4**
Adres onbekend	12	7
Reminders verstuurd	83	35
Respons 2e keer	**2**	**2**
Verkorte vragenlijst toegezonden	81	33
Respons 3e keer (korte vragenlijst)	**9**	**6**
Aantal benaderde non -responders	14	6
Respons 4e keer (korte vragenlijst)	**1**	**1**
Totaal respons werkgevers	**21**	**13**

Daaropvolgend zijn drie acties ondernomen. Allereerst zijn de adressen van betrokken arbeidsorganisaties gecontroleerd en, indien mogelijk, herzien. Van 25 arbeidsorganisaties kon een nieuw adres worden achterhaald.

[572] De vragenlijst en de brief werden verzonden in een envelop van Bureau Beroepsziekten FNV. De brief was voorzien van
het briefhoofd van Bureau Beroepsziekten FNV. De vragenlijst was voorzien van het logo van de Universiteit van Amsterdam.
[573] De geadresseerden waren directie/arbo-coördinator.
[574] Envelop, brief en vragenlijst waren voorzien van logo en adres Universiteit van Amsterdam.

Tabel 6.2: Vragen verkorte vragenlijst RSI en OPS werkgevers België en Nederland

Vraag 1: Hebben zich in de afgelopen 10 jaar (2000-2010) een (of meerdere) van de volgende beroepsziekten voorgedaan? Antwoordmogelijkheden in Nederland:
- OPS respectievelijk RSI
- Anders, namelijk
- Weet niet.

Antwoordmogelijkheden in België:
- OPS respectievelijk Carpal Tunnelsyndrom; Epicondylitis radialis ('tennisellebоog'); Epicondylitis ulnaris ('golferarm'); Schoudertendinitis
- Anders, namelijk
- Weet niet.

Het antwoord is verwerkt bij preventie-indicator 1.

Vraag 2: Hebben in de afgelopen 10 jaar (2000-2010) een of meerdere (ex) werknemers een schadevergoeding ontvangen (in België: uitkering via FBZ) in verband met OPS respectievelijk RSI (in Nederland) en OPS respectievelijk deze beroepsziekten -MSA/RSI- (in België)? Antwoordmogelijkheden:
- Nee
- Ja, een werknemer
- Ja meerdere werknemers
- weet niet.

Vraag 3: Is of zijn deze werknemers geheel of gedeeltelijk hersteld van deze beroepsziekte? Antwoordmogelijkheden:
- nee
- Ja, geheel
- Ja, gedeeltelijk
- Weet niet.

Het antwoord is verwerkt bij preventie-indicator 5.

Vraag 4: Wat is de werksituatie van de betrokken werknemer(s) die (OPS, RSI, betrokken beroepsziekte etc) heeft opgelopen? Antwoordmogelijkheden:
- Werknemer(s) is nog werkzaam in onze organisatie;
- Werknemer(s) is nog werkzaam elders;
- Werknemer is niet meer werkzaam;
- Weet niet.

Het antwoord is verwerkt bij preventie-indicator 6.

Vraag 5: Zijn er activiteiten of maatregelen ondernomen ter preventie van (OPS, RSI, betrokken beroepsziekte etc)? Antwoordmogelijkheden:
- Nee
- Ja
- weet niet.

Het antwoord is verwerkt bij preventie-indicator 2.

Vraag 6: Welke van de volgende activiteiten en maatregelen zijn ondernomen ter preventie van de beroepsziekte(n)? Antwoordmogelijkheden (meerdere antwoorden mogelijk):
- Preventiemaatregelen door de leiding of de arbo-coördinator, namelijk
- Werknemer(s) is/ zijn gezonder gaan werken;
- Collega's zijn gezonder gaan werken
- De risico-inventarisatie is aangepast.

De antwoorden zijn verwerkt bij de preventie-indicatoren 3,4,8.

Vraag 7: Zijn de arbeidsomstandigheden in uw organisatie de laatste 10 jaar gelijk gebleven, verbeterd of verslechterd? Antwoordmogelijkheden:
- De arbeidsomstandigheden zijn verbeterd
- De arbeidsomstandigheden zijn gelijk gebleven
- De arbeidsomstandigheden zijn verslechterd
- Weet niet.

De antwoorden zijn verwerkt bij preventie-indicator 7.

Vraag 8: Verwacht u dat in de komende 5 jaar in uw organisatie weer (een of meerdere) gevallen van OPS/ RSI respectievelijk deze beroepsziekten -MSA/RSI-) voordoen? Antwoordmogelijkheden:
- Nee
- Ja
- weet niet.

Vraag 9: Tot slot vragen wij u enige gegevens over uw organisatie in te vullen: naam organisatie; aard van de werkzaamheden; aantal werknemers; naam contactpersoon; functie contactpersoon.

Gegevens van 19 arbeidsorganisaties (12 RSI, 7 OPS) bleken niet meer te achterhalen. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn bedrijfsbeëindiging en fusie/overname. Daarna is aan de arbeidsorganisaties waarvan het adres bekend is en die niet eerder reageerden (83 RSI ; 35 OPS) een reminder gezonden. Ook hierop was de respons zeer beperkt (twee vragenlijsten retour uit twee RSI arbeidsorganisaties en twee vragenlijsten retour uit twee OPS arbeids-

organisaties). De ingestuurde vragenlijsten bleken bovendien zeer summier ingevuld te zijn. Op basis daarvan werd verondersteld dat de vragenlijst te uitgebreid was voor de actoren in de betrokken arbeidsorganisaties. Daarom werd besloten aan de betrokken arbeidsorganisaties (81 arbeidsorganisaties met RSI en 33 arbeidsorganisaties met OPS) een verkorte vragenlijst toe te zenden. Dit leverde uiteindelijk 15 reacties op (negen arbeidsorganisaties met RSI en zes arbeidsorganisaties met OPS).Een selectie van 20 non-responders[575] is tenslotte telefonisch benaderd. Doel van deze telefoonronde was tweeledig: de betrokkenen stimuleren om de vragenlijst alsnog in te zenden en achterhalen welke motieven betrokkenen hadden om de vragenlijst niet in te zenden. Teneinde de respons te vergroten werd ook de mogelijkheid geboden per e-mail te antwoorden. De 20 benaderde arbeidsorganisaties reageerden als volgt:

- Eén respondent heeft de vragenlijst niet ontvangen. De vragenlijst is alsnog verstuurd, echter geen reactie.
- Van twee respondenten (1 RSI, 1 OPS) is een vragenlijst ontvangen.
- Dertien respondenten waren niet aanwezig, zijn in de week daarna nogmaals gebeld, en bleken wederom afwezig. Hierna is het verzoek achtergelaten om terug te bellen. Dit leverde echter geen contact op.
- Vier respondenten (2 arbeidsorganisaties met OPS, 2 met RSI) meldden dat hen de beroepsziekte niet bekend was of dat de beroepsziekte niet bestond in de arbeidsorganisatie.

Gezien de reacties van de respondenten is verder nagelaten te achterhalen welke motieven men had om niet te responderen.

Respondenten beroepsziekten België

In België bleek het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ) bereid medewerking te verlenen aan het onderzoek onder getroffenen van RSI. FBZ beschikt echter uitsluitend over adressen van haar eigen 'klanten', de werknemers. In verband met bescherming van de privacy van betrokkenen stuurde FBZ eerst een brief naar betrokken werknemers (n= 318) met het verzoek om zich, via een formulier, aan te melden voor het onderzoek. Dit verzoek werd vier weken later herhaald. Dit leidde tot een respons van 42% (N= 130). Werkgevers konden via FBZ niet worden bereikt. Het FBZ mag krachtens de privacy-wetgeving de NAW-gegevens van de werkgever niet gebruiken (de werkgever is geen ´verzekerde klant´). Werkgevers waarvan werknemers bereid waren om de NAW gegevens aan de onderzoekers te verstrekken zijn afzonderlijk benaderd. Deze 117 arbeidsorganisaties hebben een verkorte vragenlijst ontvangen. Dit leverde in eerste instantie 12 reacties op. Na een reminder werden nog eens zeven vragenlijsten ontvangen. De respons voor werkgevers kwam daarmee op 16% (n=19).

Ook hier is een selectie van de (98) non-responders[576] telefonisch benaderd. Doel van deze telefoonronde was opnieuw tweeledig, namelijk de betrokkenen stimuleren om de vragenlijst alsnog in te zenden en om te achterhalen welke motieven betrokkenen hadden om niet in te zenden. Teneinde de respons te vergroten werd ook de mogelijkheid geboden per e-mail te antwoorden. De 19 benaderde arbeidsorganisaties reageerden als volgt:

- Vijf respondenten meenden de vragenlijst niet te hebben ontvangen. Daarop is de verkorte vragenlijst alsnog verstuurd. Dat leverde echter geen reactie op.
- Tien respondenten waren bij de eerste belronde niet aanwezig. In de week daarna zijn zij nogmaals gebeld, maar wederom bleek men afwezig. Daarna is een verzoek gedaan terug bellen, maar dat leverde geen contact op.
- Twee respondenten meldden dat de betreffende beroepsziekte niet voorkomt in de arbeidsorganisatie. Een respondent meldde dat de beroepsziekte bij hem niet bekend is.
- Eén respondent meldde dat hij niet deelneemt aan enquêtes. En één respondent meldde geen tijd te hebben voor het onderzoek.

[575] 72 non-responders RSI en 27 non-responders OPS. Elke vijfde non-responder is gekozen om telefonisch te benaderen, waardoor 14 non-responders RSI en 6 non-responders OPS benaderd zijn.
[576] 98 non-responders RSI. Elke vijfde non-responder is gekozen om telefonisch te benaderen, zodat 19 non-responders RSI zijn benaderd.

Ook in dit geval werd gezien de reacties van de respondenten besloten geen extra inspanningen te verrichten om te achterhalen welke motieven men had om niet te responderen.

Tabel 6.3: Respons werkgevers België naar aanleiding van verschillende acties

	RSI	OPS
Totaal aantal arbeidsorganisaties	< 117	35
Respons 1e keer korte vragenlijst	**12**	**-**
Reminders verstuurd	105	-
Respons 2e keer	**7**	**-**
Aantal benaderde non-responders	19	2
Respons 3e keer (belronde)	**0**	**-**
Totaal respons werkgevers	**19**	**0**

Belgische werknemers met OPS zijn niet via FBZ benaderd, maar via de Belgische patiënten-vereniging OPS. Deze route werd bewandeld omdat de verwachting bestond dat de respons zou kunnen worden verhoogd, gezien de goede onderlinge contacten binnen deze vereniging. Deze verwachting werd ingelost, getuige de respons: van de Belgische werknemers met een schadevergoeding in verband met OPS (eind 2008: 50) heeft 70% de vragenlijst ingevuld. De (35) werknemers die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek zijn benaderd met de vraag de NAW-gegevens van de werkgever in te zenden. Na vier weken is dit verzoek herhaald. Dit leverde in totaal vier reacties op waarvan twee reacties bruikbaar waren. De betrokken twee werkgevers reageerden echter niet op het verzoek deel te nemen aan het vragenlijstonderzoek.

Oorzaken non-respons

Via het non-respons onderzoek is het dus niet mogelijk gebleken een precies inzicht te krijgen in de oorzaak van niet deelname. Er bestaat echter wel een aantal indrukken over de oorzaken van de non-respons. Drie typen oorzaken zijn aan te wijzen. Het eerste type oorzaak is dat organisaties simpelweg niet meer bestaan, zijn gefuseerd of zijn verhuisd. Dit is met name in de Nederlandse populatie geconstateerd. In meer dan 10% van de situaties is daarvan sprake. Een tweede type oorzaak is dat de respondenten niet bekend zijn met de beroepsziekte of van mening zijn dat de betreffende beroepsziekte in de arbeidsorganisatie niet voorkomt. In ongeveer 10% van de situaties is daarvan sprake. Ten slotte lijkt een groot aantal respondenten niet gemotiveerd om deel te nemen aan een onderzoek op het gebied van preventie van beroepsziekten, ondanks veelvuldig aandringen van de onderzoeker om te participeren.

Representativiteit

De samenstelling van de onderzoekspopulatie is niet alleen beperkt door een aantal externe factoren maar ook door een aantal keuzes van de onderzoeker die samenhangen met de uitvoerbaarheid van het vragenlijstonderzoek:

- Het vragenlijstonderzoek in de Belgische bouw is beperkt tot Vlaamstalige werkgevers en werknemers die verzekerd zijn bij één arbeidsongevallenverzekeraar. Waalse bedrijven en werknemers blijven buiten beschouwing, evenals verzekerden bij de andere twaalf arbeidsongevallenverzekeraars.
- Dodelijke ongevallen zijn buiten beschouwing gelaten. Het vragenlijstonderzoek arbeidsongevallen is in België uitgevoerd onder arbeidsorganisaties die in 2003 en 2004 te maken hebben gehad met een arbeidsongevallenclaim en waarvan de claim voor augustus 2008 is afgerond. Claims die op dat moment (nog) niet afgehandeld waren, bleven buiten beschouwing.
- Het vragenlijstonderzoek in de Nederlandse bouw is beperkt tot werknemers die in 2004 een schadeclaim hebben ingediend en wier claim in maart 2008 is afgerond. Claims die op dat moment (nog) niet afgehandeld waren, blijven buiten beschouwing. Ook in Nederland zijn de dodelijke ongevallen buiten beschouwing gelaten.
- Het vragenlijstonderzoek naar beroepsziekten in België is beperkt tot twee beroepsziekten, RSI en OPS. Opnieuw heeft het onderzoek alleen in Vlaanderen plaatsgevonden. Waalse bedrijven en werknemers zijn buiten beschouwing gebleven. Het RSI onderzoek is beperkt tot claims die in de jaren 2004 en 2005 zijn ingediend en

die per augustus 2008 waren afgerond. Het OPS onderzoek betrof alle claims die tot augustus 2008 zijn ingediend en afgerond.

- Het vragenlijstonderzoek naar beroepsziekten in Nederland is eveneens beperkt tot twee beroepsziekten, RSI en OPS. Het onderzoek betrof alle claims die van begin 2002 tot september 2007 zijn ingediend en afgerond. Het onderzoek vond plaats onder cliënten van Bureau Beroepsziekten FNV. Zoals ook in hoofdstuk 5 is beschreven, wordt ongeveer 50% van alle beroepsziekteclaims in Nederland via dit bureau gerealiseerd. Het is niet bekend in welke mate de populatie van Bureau Beroepsziekten FNV verschillen vertoont met de totale populatie werknemers met een beroepsziekte die een schadevergoeding hebben ontvangen.

Tabel 6.4: Respons vragenlijstonderzoek

	Periode waarin claims zijn ingediend	Periode waarin claims zijn afgerond	Totale populatie afgeronde schadeclaims	Verstuurde vragenlijsten	Verwerkte vragenlijsten	Respons tov verzoeken
AOV BE					**97**	
Vragenlijst ongeval werknemer BE	2003-2004	2003-2008	246	67	**67**	27%
Vragenlijst ongeval werkgever BE	2003- 2004	2003-2008	209	30	**30**	15%
Aantal verschillende arbeidsorganisaties			209	83	83	40%
COV NL					**58**	
Vragenlijst ongeval werknemer NL	2003	2003-2008[577]	100	39	**39**	39%
Vragenlijst ongeval werkgever NL	2003	2003-2008[578]	77	19	**19**	25%
Aantal verschillende arbeidsorganisaties			77	51	51	66%
FBZ BE					**184**	
Vragenlijst RSI werknemer BE	2004-2005	2004-2008[579]	318	150	**130**	42 %
Vragenlijst RSI werkgever BE	2004-2005	2004-2008	nvt	117	**19**	16%[580]
Aantal verschillende RSI arbeidsorganisaties			onbekend	nvt	>117	>37%[581]
Vragenlijst OPS werknemer BE	2000-2008	2000-2008[582]	50	50	**35**	70 %
Vragenlijst OPS werkgever BE	2000-2008	2000-2008	nvt	2	0	0
Aantal verschillende OPS arbeidsorganisaties					34	68%
AVB NL					**128**	
Vragenlijst RSI werknemer NL	2000-2006	2002-2007[583]	112	55	**55**	49%
Vragenlijst RSI werkgever NL	2000-2006	2002-2007	104	104	**21**	20%
Aantal verschillende RSI arbeidsorganisaties			104	104	> 47	>45%[584]
Vragenlijst OPS werknemer NL	2000-2006	2002-2007	48	39	**39**	81 %
Vragenlijst OPS werkgever NL	2000-2006	2002-2007	46	46	**13**	29%
Aantal verschillende OPS arbeidsorganisaties			46	46	40	83%

Tabel 6.4 bevat een overzicht van verzoeken tot deelname (tevens de totale populatie afgeronde schadeclaims in de desbetreffende periode), het aantal verstuurde vragenlijsten, het aantal verwerkte vragenlijsten en de respons. De laatste kolom vermeldt het responspercentage ten opzichte van de totale populatie afgeronde schadeclaims. Het responspercentage is weergegeven ten opzichte van de groep werkgevers, de groep werknemers en ten opzichte van het aantal verschillende arbeidsorganisaties. De respons varieert van 0 bij werkgevers OPS België tot 83% van het aantal verschillende arbeidsorganisaties (waar de ondervraagde werknemers met OPS werkzaam waren) met OPS in Nederland. Doorgaans is de respons onder werknemers (vrij) hoog (variërend van 27% tot 81%) en die onder werkgevers laag (0- 29%).

[577] Tot 1 maart 2008.
[578] Tot 1 maart 2008.
[579] Tot 1 augustus 2008.
[580] Percentage ten opzichte van het aantal verstuurde vragenlijsten.
[581] Dit aantal (minimaal 117 vragenlijsten afkomstig van verschillende arbeidsorganisaties) is gebaseerd op het aantal ingevulde vragenlijsten waarvan op basis van de NAW gegevens de arbeidsorganisatie kon worden vastgesteld. De 117 ontvangen vragenlijsten zijn onderdeel van een populatie van maximaal 318 afzonderlijke arbeidsorganisaties. In werkelijkheid bestaat de kans dat het aantal arbeidsorganisaties dat in het geding is kleiner is dan 318, aangezien voorstelbaar is dat uit één arbeidsorganisatie meerdere slachtoffers afkomstig zijn. Op basis van dit onderzoek kan echter niet het exacte aantal arbeidsorganisaties worden vastgesteld, aangezien niet alle respondenten hun NAW gegevens hebben ingevuld.
[582] Tot 1 augustus 2008.
[583] Tot 1 september 2007.
[584] Dit aantal (minimaal 47 vragenlijsten afkomstig van verschillende arbeidsorganisaties) is gebaseerd op het aantal ingevulde vragenlijsten waarvan op basis van de NAW gegevens de arbeidsorganisatie kon worden vastgesteld. Zie ook noot 581.

De respons in relatie tot het aantal verschillende arbeidsorganisaties is met 40% tot 83% hoog te noemen. Op basis van dit laatste responspercentage zou men ervan kunnen uitgaan dat op basis van het vragenlijstonderzoek representatieve uitspraken kunnen worden gedaan over de preventiesituatie na afronding van een schadeclaim binnen een arbeidsorganisatie. Voorzichtigheid is echter geboden, gegeven de onevenwichtige verdeling tussen respons van werkgevers (102) en werknemers (365).

Ook is niet duidelijk in hoeverre een aantal inhoudelijke kenmerken van de onderzoeksgroep (zie tabel 6.5: achtergrondgegevens respondenten) representatief is voor de totale populatie. Het onderzoek naar compensatie en preventie bij arbeidsongevallen is uitgevoerd in de bouwsector. Het onderzoek bij beroepsziekten vond plaats onder slachtoffers van RSI en OPS. Het is niet duidelijk in hoeverre de resultaten representatief zijn voor de totale populatie schadecompensaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Tabel 6.5 geeft een overzicht van een aantal achtergrondgegevens van de onderzoekspopulatie, zoals omvang bedrijf, duur dienstverband, leeftijd werknemers, geslacht werknemers, functie ten tijde van het ongeval of de beroepsziekte en de huidige situatie. De volgende achtergrondgegevens vallen op:

- Het grootste deel van de werknemers behoort tot de categorie mannen met een leeftijd van 45 jaar of ouder. Het grootste deel van de werknemers verricht(te) laaggeschoolde arbeid.
- Het grootste deel van de werknemers had ten tijde van het ontstaan van de beroepsziekte of het arbeidsongeval een arbeidscontract van 5 jaar of langer.
- De meeste werknemers waren destijds werkzaam in een groot (> 100 werknemers) of middelgroot (50-100 werknemers) bedrijf. Een aanzienlijk deel van de werknemers is echter op het meetmoment (3 tot 6 jaar na de vaststelling van het letsel) niet meer in dienst van de betrokken onderneming. Met name bij de beroepsziekten is die uitstroom zeer fors, met uitzondering van RSI in België.

Tot slot bevat tabel 6.5 een overzicht van de functie van de respondent ‘werkgever’. De vragenlijsten aan de ‘werkgever’ zijn geadresseerd aan de directie en arbo-coördinator respectievelijk preventieadviseur. De vragenlijsten blijken echter ook door andere functionarissen te zijn ingevuld, zoals administratief personeel en medewerkers van de afdeling Personeel en Organisatie (ook wel: personeelszaken). In een aantal gevallen (FBZ RSI) heeft de arbeidsgeneesheer de vragenlijst ingevuld.

Tabel 6.5: Achtergrondgegevens respondenten (in %)

		AOV BE	COV NL	FBZ BE		AVB NL	
				OPS	RSI	OPS	RSI
Omvang bedrijf	1-10	21	9	20	10	24	8
	11-50	45	20	23	24	44	24
	51-100	11	16	17	12	22	5
	> 100	23	55	40	54	10	63
Duur dienstverband werknemers tot eerste ziektedag/vaststelling beroepsziekte [585]	Tot 1 jr	15	0	0	5	3	7
	1- 4	27	26	9	16	5	22
	5 jaar of langer	58	74	91	79	92	71
Leeftijd werknemers Per 1-1-2010	Tot 35	1	10	3	3	0	2
	35-44	32	5	12	20	0	13
	45-54	39	28	48	47	13	46
	55-64	19	49	37	28	63	33
	65 en ouder	9	8	0	2	24	6
Geslacht	M	100	100	86	59	100	42
	V	0	0	14	41	0	58
Functie ten tijde van ongeval/ beroepsziekte	Uitsluitend uitvoerend werk	73[586]	87[587]	100[588]	96[589]	100[590]	98[591]
	Meewerkend voorman	18	8		4		2
	(Meewerkend) Uitvoerder/chef	9	5				
		N=64	N=38	**N=34**	**N=129**	**N=35**	**N=55**
Huidige situatie werknemers	Nog werkzaam in bedrijf	51	50	3	59	0	4
	Elders werkzaam/werkloos	22	16	26	19	14	45
	(Gedeeltelijk) arbeidsongeschikt	12	13	62	27	75	58
	(Vroeg) pensioen	15	21	9	43	11	4
Functie respondent 'werkgever'	Preventieadviseur/arbo-coördinator	51	54	-	50	0	20
	Directie /bedrijfsleiding	29	12	-	20	62	20
	Administratief/verzekeringstechnisch	20	22	-	10	23	20
	P+O	0	12	-	5	15	20
	Arbeidsgeneesheer-bedrijfsarts	0	0	-	15	0	0
Duur dienstverband respondent 'werkgever'	Tot 1 jr	38	10				
	1- 4	3	15				
	5 jaar of langer	59	75				

[585] Op basis van opgave werknemers.
[586] Meest genoemde uitvoerende beroepen: (beton) timmerman (28%), metselaar (22%), chauffeur (9%), monteur (9%).
[587] Meest genoemde beroepen: timmerman (62%), metselaar (15%).
[588] 14 verschillende uitvoerende werkzaamheden. Meest genoemde beroepen: schilder (37%), drukker (23%), spuiter (6%), polyester werker (6%), laborant (6%).
[589] 40 verschillende uitvoerende werkzaamheden. 4% werkzaam als kantoormedewerker. Overige werkzaamheden zijn verricht in de sectoren bouw, industrie en detailhandel. Meest genoemde beroepen: medewerker bouw, zoals metselaar, timmerman, stukadoor (23%), (metaal) arbeider (17%), medewerker meubel en hout (7%), inpakster (6%), medewerker vleesverwerking, zoals uitbener (5%), winkelbediende (4%).
[590] 14 verschillende uitvoerende werkzaamheden. Meest genoemde beroepen: schilder (39%), drukker (16%), tapijtlegger/parketlegger (15%).
[591] 32 verschillende uitvoerende werkzaamheden. 63% bestaat uit kantoorwerkzaamheden. Meest genoemde beroepen: secretaresse/assistent manager (16%), assemblagemedewerker (14%), professional informatica (9%), medewerker call center (7%).

6. 2 Resultaten vragenlijstonderzoek: duidelijke verschillen tussen compensatiesystemen in preventie na schadeafhandeling

De resultaten uit het vragenlijstonderzoek geven een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? (Onderzoeksvraag 1.b).
- Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties? (Onderzoeksvraag 1.c).

In tabel 6.6 staan de belangrijkste uitkomsten van het vragenlijstonderzoek vermeld, namelijk de scores van de vier compensatiesystemen op zeven van de acht preventie-indicatoren.[592] Tabel 6.7 laat de scores op de achtste indicator (preventiestructuur) zien.

Tabel 6.6: Samenhang tussen compensatiesystemen en preventie-indicatoren (in %)

		Herhaling arbeids-ongeval, beroeps-ziekte?	Maatregelen na arbeids-ongeval, beroeps-ziekte ?	Houding collega's veiliger, gezonder?	Houding werknemer veiliger , gezonder?	Volledig herstel werk-nemer?	Heeft werknemer werk?[593]	Betere arbeids-omstandig heden?[594]
	Totaal	**N= 94**	**N=95**	**N= 90**	**N= 89**	**N= 95**	**N= 93**	**N= 94**
AOV (BE)	Ja	12	47	39	80	23	75	34
N= 97	Nee	70	23	13	8	77	25	28
	Weet niet	18	30	48	12	0	0	38
	Totaal	**N= 55**	**N= 54**	**N= 54**	**N= 49**	**N= 55**	**N= 56**	**N= 56**
COV (NL)	Ja	9	59	48	74	36	59	18
N= 58	Nee	62	15	9	14	64	41	46
	Weet niet	29	26	43	12	0	0	36
	Totaal	**N= 177**	**N= 179**	**N= 175**	**N= 179**	**N=182**	**N=182**	**N= 174**
FBZ (BE)	Ja	42	20	16	40	19	55	14
N=184	Nee	13	47	23	15	74	37	44
	Weet niet	45	33	61	45	7	8	42
	Totaal	**N= 124**	**N= 112**	**N= 105**	**N= 102**	**N= 120**	**N=115**	**N=100**
AVB (NL)	Ja	28	28	27	23	4	24	17
N=128	Nee	21	13	8	4	78	60	13
	Weet niet	51	59	65	73	18	16	70
Significantie		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Cramers v		.378	.301	.212	.353	.244	.272	.242

Er zijn statistisch significante verschillen in samenhang tussen de vier compensatie-systemen en preventie. De sterkte van de samenhang varieert per indicator.[595] Er bestaat een zwak verband bij *houding collega's, volledig herstel werknemer, werksituatie werknemer en betere arbeidsomstandigheden*. Er is een redelijk sterk verband bij *herhaling arbeidsongeval/beroepsziekte*, *maatregelen na arbeidsongeval/ beroepsziekte* en *houding collega's*. De verschillen tussen de compensatiesystemen op de eerste zeven indicatoren (indicator acht komt hierna afzonderlijk aan de orde) zijn als volgt:

1. Bij AOV BE en COV NL is in beperkte mate sprake van herhaling. Bij FBZ BE bij AVB NL is aanmerkelijk vaker sprake van herhaling van het arbeidsongeval of van de beroepsziekte.
2. Bij de AOV BE en COV NL zijn in ongeveer de helft van de gevallen maatregelen getroffen. Bij de andere twee compensatiesystemen is dat in ongeveer het kwart van de gevallen gebeurd.

[592] Zie hoofdstuk 4 voor een uitgebreidere omschrijving van de preventie-indicatoren.
[593] Tot de antwoordcategorie "nee " behoren tevens de volgende antwoorden: 'geen werk', 'arbeidsongeschikt', 'pensioen', 'ziek'.
[594] De antwoordcategorie "weet niet" bevat zowel de antwoorden 'weet niet' als 'geen mening'.
[595] De uitkomsten van de Cramers v test worden als volgt geïnterpreteerd: 0 – 0,10: zeer zwak/geen verband; 0,11 – 0,30: zwak verband; 0,31 – 0,50: redelijk sterk verband; 0,51 – 0,80: sterk verband; 0,81 – 0,99: zeer sterk verband; 1: perfect verband.

3. Bij de compensatiesystemen voor arbeidsongevallen wordt bij rond de 40% van de gevallen een veiligere houding van collega´s geconstateerd; bij de andere twee compensatiesystemen is dat beduidend lager.
4. Bij de compensatiesystemen voor arbeidsongevallen is in de meeste gevallen wél sprake van een veiligere houding van de betrokken werknemer. Bij de twee compensatiesystemen voor beroepsziekten is meestal geen sprake van een gezondere houding.
5. Van volledig herstel van de werknemer is in alle systemen in beperkte mate (AOV BE, COV NL) tot zeer beperkte mate (FBZ BE, AVB NL) sprake.
6. De werksituatie van de getroffenen na afronding van een schadeclaim verschilt sterk per systeem: bij AOV BE is 73% nog werkzaam, bij de COV NL is dat 59%, bij FBZ BE is 55 % werkzaam en bij het compensatiesysteem AVB NL is dat 24%.
7. Van een verbetering van de arbeidsomstandigheden na afronding van de schadeclaim is bij AOV BE het meest sprake (34%), gevolgd door de AOV NL (18%), FBZ BE (14%) en 17% bij het compensatiesysteem AVB NL.

De verschillen in samenhang tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en drie van de vijf indicatoren voor primaire preventie (herhaling, maatregelen, houding werknemer) zijn enigszins sterker dan die tussen de vier systemen en de indicatoren die staan voor tertiaire preventie (volledig herstel werknemer en werksituatie).

Indicator 8: preventiestructuur

In tabel 6.6 is de score op indicator 8 (preventiestructuur) niet meegenomen. Dat heeft een aantal redenen. De eerste reden is de hoeveelheid ruimte die deze vraag in zou nemen. Daardoor is van deze indicator alleen een beeld van de werknemersscore beschikbaar. Dat deze uitkomst ook niet is meegenomen in het overzicht van de resultaten van de werknemers komt niet alleen doordat er geen significante verschillen zijn aangetroffen tussen de vier compensatiesystemen op deze indicator, maar ook omdat de gegeven antwoorden daartoe aanleiding geven. Opvallend is namelijk de hoge score 'weet niet' die werknemers hebben op de vraag naar de aanwezigheid van verschillende vormen van preventiestructuur binnen de arbeidsorganisatie. Werknemers antwoorden in nagenoeg alle compensatiesystemen op (bijna) alle van de vijf onderdelen van de preventiestructuur voor meer dan 50% dat het betreffende onderdeel niet aanwezig is, dan wel dat zij van het bestaan ervan niet op de hoogte zijn. Daarbij komt de risico-inventarisatie (RIE) er het meest bekaaid af. In 79% tot 100 % van de gevallen antwoorden werknemers nee of weet niet op de vraag naar de aanwezigheid van een RIE.

Tabel 6.7: Percentage werknemers dat nee (of weet niet) antwoordt op aanwezigheid van een vorm van preventiestructuur[596]

Aanwezigheid van…	Arbo-coördinator/ preventieadviseur	Arbocommissie/ CPBW	vakbond	Ondernemings-raad	Risico-inventarisatie
Compensatiesysteem					
AOV (BE)	**78 (54)**	**83 (61)**	**74** (37)	**79** (45)	**83 (64)**
COV (NL)	45 (28)	**67** (45)	**77 (51)**	33 (8)	**79 (64)**
FBZ (BE) RSI	**68** (41)	**52** (32)	37 (10)	41 (16)	**85 (64)**
FBZ (BE) OPS	**78** (48)	**75 (50)**	**50** (18)	**67** (41)	**96 (74)**
AVB (NL) RSI	**82 (78)**	**89 (87)**	**89 (85)**	**59 (57)**	**85 (85)**
AVB (NL) OPS	**94 (82)**	**100(82)**	**100 (88)**	**91 (73)**	**100 (94)**

Tabel 6.7 biedt een overzicht van het percentage werknemers dat 'nee' of 'weet niet' antwoordt (eerste cijfer is de totale score nee en weet niet; tweede cijfer tussen haakjes is 'weet niet' score). Vooral de hoge 'weet niet' score (64% of meer) op risico-inventarisatie is opmerkelijk, gezien de centrale plaats die de RIE inneemt in de arbeidsomstandigheden-

[596] (weet niet) score apart tussen ( ) vermeld; scores boven 50% vet gearceerd.

wetgeving. Ook de hoge 'weet niet/ nee' score op de aanwezigheid van een arbeidsomstandighedencommissie respectievelijk CPBW en die op de aanwezigheid van de vakbond valt op. Tussen de compensatiesystemen zijn verschillen. AOV BE en AVB NL (RSI en OPS) scoren boven de 50% 'nee' of 'weet niet' op alle onderdelen. Werknemers die gecompenseerd zijn door de COV NL zijn het minst slecht op de hoogte van de preventiestructuur, dan wel werken in een arbeidsorganisatie waar een dergelijke structuur aanwezig is en waarover de werknemer is geïnformeerd.

Deze uitkomsten duiden erop dat werknemers nauwelijks op de hoogte zijn van de preventiestructuur. Het is niet uitgesloten dat de uitkomst ook duidt op de afwezigheid in veel arbeidsorganisaties van een of meerdere onderdelen van de preventiestructuur.[597]

Geen verband preventie-instrumenten en preventieve veranderingen
In hoofdstuk 5 zijn voor elk van de vier compensatiesystemen de preventie-instrumenten geïnventariseerd. De inventarisatie laat zien dat AOV BE de meeste instrumenten heeft (26, waarvan 17 financieel), gevolgd door AVB NL (19 instrumenten waarvan 11 financieel), FBZ BE (18 instrumenten, waarvan 13 financieel) en COV NL (9 instrumenten, waarvan 6 financieel). Op basis van de systeemanalyse in hoofdstuk 5, de rechtseconomische opvattingen over de preventieve werking van financiële prikkels en de gedachte dat expertise bijdraagt aan verbetering van preventie zou mogen worden verwacht dat AOV BE de meeste preventieve veranderingen met zich mee brengt, gevolgd door AVB NL, FBZ BE en tenslotte de COV NL.

Het resultaat van het vragenlijstonderzoek biedt geen empirische steun voor deze veronderstelling. Speciaal de relatief goede score van COV NL (weinig preventie-instrumenten) en de slechte score van AVB NL (veel preventie-instrumenten) vallen op. Op basis van het vragenlijstonderzoek kan dus wel worden geconcludeerd dat er significante verschillen in samenhang bestaan tussen de vier compensatiesystemen en preventie. Maar de rangorde is anders dan op basis van de (rechts)economische opvattingen kan worden aangenomen. Er bestaan geen aanwijzingen voor een verband tussen de beschikbare hoeveelheid (financiële) preventie-instrumenten en preventieve veranderingen.

In hoofdstuk 5 is vastgesteld dat de meeste compensatiesystemen quartaire preventie als doelstelling hebben. Bij AOV BE kan daarnaast ook aandacht zijn voor tertiaire en primaire preventie, zij het niet in alle situaties. Alleen vanuit het compensatiesysteem FBZ BE is aandacht voor alle vormen van preventie.[598] De resultaten van het vragenlijstonderzoek kunnen echter ook niet in verband gebracht worden met de preventiedoelstellingen van de compensatiesystemen. COV NL en AOV BE enerzijds en FBZ BE en AVB NL anderzijds vertonen min of meer dezelfde resultaten op de preventie-indicatoren terwijl ze verschillende preventiedoelstellingen hebben.

Verschillen tussen werkgever en werknemers
Tabel 6.8 bevat een vergelijking van de vier werknemerscompensatiesystemen op basis van de scores van de groep werknemers, gevolgd door een vergelijking van de respondentengroep werkgevers en werknemers.

Dat de score van werknemers in grote lijnen hetzelfde beeld geeft als de totaalscore (zie tabel 6.6) is niet verwonderlijk gezien de oververtegenwoordiging van werknemers in de respons.

[597] Ter vergelijking: in 2007 (het moment waarop het vragenlijstonderzoek werd gestart) had 51% van de arbeidsorganisaties in Nederland de beschikking over een RIE. In industriële arbeidsorganisaties met repeterend werk had 38% een RIE. In arbeidsorganisaties waarin blootstelling kan voorkomen door VOS had 20 tot 40% de beschikking over een RIE. Bron: Eshuis, W.A., M.H. Schaapman, N.J. Philipsen, J.R. Popma, G. van der Laan, J.G. Bakker, A.P. Nauta, B. Sorgdrager (2009). *Leerzame Schadeclaims, leren van "worst case scenarios" als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. p. 34. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm.

[598] Overigens dient wel opgemerkt te worden dat in het vragenlijstonderzoek geen onderzoek gedaan is naar de effecten van alle preventieve instrumenten van FBZ BE, maar dat slechts geëvalueerd is welke preventieve veranderingen optreden na afronding van een schadeclaim.

De verschillen in samenhang tussen de vier compensatiesystemen en preventie zijn op vijf van de zeven indicatoren groter dan bij de gezamenlijke scores van werkgevers en werknemers. Op één indicator (houding collega's) is de samenhang zwakker. Opvallend is ook hier weer de hoge weet niet score.

Tabel 6.8: Afzonderlijke scores (in %) van werkgevers en werknemers

		Herhaling arbeids-ongeval, beroeps-ziekte?	Maatregelen na arbeids-ongeval, beroeps-ziekte ?	Houding collega's veiliger gezonder?	Houding werknemer veiliger gezonder?	Volledig herstel werk nemer?	Heeft werknemer werk na de claim?[599]	Betere arbeidsom-standig heden[600]
Samenhang vier compensatiesystemen en 7 preventie-indicatoren, werknemers								
AOV (BE) **N= 67**	**Totaal**	**N= 64**	**N= 65**	**N= 62**	**N= 61**	**N= 67**	**N= 64**	**N= 65**
	Ja	9	42	37	90	5	72	28
	Nee	66	24	11	8	95	28	26
	Weet niet	25	34	52	2	0	0	46
COV (NL). **N= 39**	**Totaal**	**N= 37**	**N= 36**	**N= 36**	**N= 32**	**N=38**	**N= 38**	**N= 38**
	Ja	3	44	39	91	29	61	16
	Nee	57	17	11	9	71	39	42
	Weet niet	41	39	50	0	0	0	42
FBZ (BE) **N=165**	**Totaal**	**N= 158**	**N= 160**	**N= 156**	**N= 160**	**N=163**	**N=163**	**N= 155**
	Ja	44	15	16	44	20	58	7
	Nee	7	49	26	17	80	42	46
	Weet niet	49	36	58	39	0	0	47
AVB (NL) **N=94**	**Totaal**	**N = 90**	**N= 90**	**N= 89**	**N= 91**	**N= 93**	**N=92**	**N=87**
	Ja	32	15	21	23	1	23	7
	Nee	2	15	9	3	99	77	13
	Weet niet	66	70	70	74	0	0	80
significantie		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Cramers v		.460	.309	.199	.414	.292	.318	.240
Samenhang Werkgevers en werknemers en 7 preventie-indicatoren								
Werkgevers **N= 102**	**Totaal**	**N=101**	**N= 89**	**N= 81**	**N= 75**	**N= 91**	**N= 91**	**N= 82**
	Ja	21	71	45	36	38	46	54
	Nee	70	17	7	9	26	18	30
	Weet niet	9	12	48	55	36	36	16
Werknemers **N= 365**	**Totaal**	**N= 349**	**N= 351**	**N= 343**	**N= 344**	**N= 361**	**N= 355**	**N= 345**
	Ja	30	23	24	51	13	52	11
	Nee	22	32	17	11	87	48	34
	Weet niet	48	45	59	38	0	0	55
significantie		.000	.000	.000	.028	.000	.000	.000
Cramers v		.443	.415	.193	.130	.649	.570	.436
Totaal score werkgevers en werknemers								
Totaal **N= 467**	**Totaal**	**N= 450**	**N= 440**	**N= 424**	**N= 419**	**N= 452**	**N= 446**	**N= 424**
	Ja	28	33	28	48	18	51	20
	Nee	33	29	15	11	75	42	33
	Weet niet	39	38	57	41	7	7	47

Tabel 6.8 bevat eveneens een vergelijking van de afzonderlijke scores van werkgevers en werknemers. Hieruit blijkt dat een verband bestaat tussen het type respondent en de score op preventie. Dat verband varieert van zwak (houding collega's en houding werknemer), redelijk (herhaling; maatregelen; betere arbeidsomstandigheden) tot sterk (volledig herstel werknemer; werksituatie werknemer). Met uitzondering van houding werknemer zijn de verschillen statistisch significant. Werkgevers zijn over het algemeen positiever over de preventieve situatie na afronding van de schadeclaim dan werknemers. Werkgevers scoren aanmerkelijk positiever op de indicatoren herhaling, maatregelen, betere houding collega's, volledig herstel werknemer en betere arbeidsomstandigheden.

Voor de verschillende scores van werkgevers en werknemers en de hoge score op weet niet zijn drie mogelijke verklaringen beschikbaar:

- Mogelijk scoren de respondenten anders op het vragenlijstonderzoek omdat ze zich daadwerkelijk in een andere arbeidssituatie bevinden of bevonden.
- Werkgevers en werknemers beoordelen dezelfde situatie mogelijk anders.
- Werknemers die niet meer werkzaam zijn bij de betreffende werkgever zijn mogelijk vaker niet meer op de hoogte van de preventiesituatie in het bedrijf, dan werknemers

[599] Tot de antwoordcategorie "nee " behoren tevens de volgende antwoorden: 'geen werk', 'arbeidsongeschikt', 'pensioen', 'ziek'.
[600] De antwoordcategorie "weet niet" bevat zowel de antwoorden 'weet niet' als 'geen mening'.

die nog wel werkzaam zijn in het bedrijf waar ze het ongeval of de beroepsziekte hebben opgelopen.

Verschillende scores in dezelfde arbeidsorganisatie

Wel kan meer zicht worden gekregen op de tweede verklaring, dat werkgevers en werknemers, afkomstig van dezelfde arbeidsorganisatie, die situatie anders beoordelen. De houdbaarheid van deze verklaring is nagegaan door de antwoorden van werkgevers en werknemers uit dezelfde arbeidsorganisatie met elkaar te vergelijken. Tabel 6.9 geeft hiervan een overzicht. In de eerste kolom is voor elk van de compensatiesystemen het aantal dubbele vragenlijsten vermeld. Daarna is vermeld in hoeveel situaties werkgevers en werknemers tot verschillende scores komen. In slechts één arbeidsorganisatie (organisatie met arbeidsongeval België) scoren werkgevers en werknemer geheel hetzelfde. In alle andere (35) arbeidsorganisaties geven werkgevers en werknemers één of meerdere verschillende antwoorden.

Opvallend is het grote aantal verschillende antwoorden van de respondenten bij beide beroepsziekten in beide landen. Tot de onderzoekspopulatie bij de schadeafwikkeling in verband met OPS via de AVB NL behoren vijf arbeidsorganisaties met dubbele vragenlijsten. Acht van de dertien werkgevers zeggen dat in de periode 2000-2010 geen sprake is geweest van de beroepsziekte OPS. [601] Tien van de dertienwerkgevers melden dat er geen schadevergoeding is uitgekeerd of vullen het antwoord op de vraag niet in (één keer).[602] Tot de onderzoekspopulatie bij de schadeafwikkeling in verband met RSI via AVB NL behoren vier arbeidsorganisaties met negen vragenlijsten (waarvan één organisatie met drie vragenlijsten). Dit biedt min of meer hetzelfde beeld als bij OPS. Er zijn grote verschillen tussen de antwoorden van werkgever en werknemers. Bovendien vullen twaalf van eenentwintig werkgevers in dat in de periode 2000-2010 geen RSI is opgetreden. Tenslotte melden zestien van de eenentwintig werkgevers dat er geen schadevergoeding is uitgekeerd in verband met RSI en twee werkgevers geven aan dat ze niet weten of er een schadevergoeding is uitgekeerd.

Tabel 6.9: Aantal verschillende scores op vragenlijsten van werkgever/werknemer uit dezelfde arbeidsorganisatie

Aantal arbeidsorganisaties per verschillende score op de 7 preventie-indicatoren	0	1	2	3	4	5	6	7
AOV BE (7 arbeidsorganisaties, 14 vragenlijsten)	1		4	2				
COV NL (4 arbeidsorganisaties, 8 vragenlijsten)			1		1	1	1	
FBZ BE RSI (16 arbeidsorganisaties, 36 vragenlijsten)		1		1	3	5	5	1
FBZ BE OPS	?	?	?	?	?	?	?	?
AVB NL RSI (4 arbeidsorganisaties, 9 vragenlijsten)						2	2	
AVB NL OPS (5 arbeidsorganisaties, 10 vragenlijsten)					1	1	2	1
Totaal aantal arbeidsorganisaties	1	1	5	3	5	9	10	2

Bij compensatie van RSI via FBZ BE bestaan de grootste verschillen in antwoorden tussen werkgevers en werknemers. Bovendien doet zich ook hier voor dat slechts zeven van de negentienwerkgevers die hebben deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek, bevestigend antwoorden op de vraag of de betreffende beroepsziekte zich heeft voorgedaan, terwijl vier werkgevers ontkennend antwoorden op deze vraag, en acht werkgevers weet niet antwoorden. Tenslotte melden twaalf van de negentien werkgevers dat er geen schadevergoeding is uitgekeerd in verband met RSI. Vier werkgevers antwoorden dat ze niet weten of een schadevergoeding is uitgekeerd. Slechts drie werkgevers zijn op de hoogte van de schadevergoeding.

De conclusie is dat werkgevers en werknemers binnen dezelfde arbeidsorganisatie verschillend antwoorden. Dit verschijnsel doet zich vaker voor in arbeidsorganisaties waar beroepsziekten

[601] Letterlijke vraag: hebben zich in de afgelopen tien jaar (2000-2010) in uw organisatie een (of meerdere) gevallen van RSI/OPS voorgedaan (antwoordmogelijkheden: 1 = nee, 2 = weet niet, 3 = ja, namelijk .. gevallen)
[602] Letterlijke vraag: hebben in de afgelopen tien jaar (2000-2010) een of meerdere (ex) werknemers een schadevergoeding ontvangen in verband met RSI/OPS? (antwoordmogelijkheden: 1= nee, 2 = ja, een werknemer, 3= ja, meerdere werknemers, 4 = weet niet).

optreden dan in arbeidsorganisaties waar zich arbeidsongevallen voordoen. Werkgevers en werknemers lijken in verschillende werelden te leven.

Verschillen tussen arbeidsongevallen en beroepsziekten

Tabel 6.10 bevat een overzicht van de verschillen in samenhang tussen de zeven preventie-indicatoren en een aantal andere onafhankelijke variabelen, te weten de twee landen (Nederland en België) , arbeidsongevallen en beroepsziekten, de twee compensatiesystemen voor beroepsziekten (FBZ BE en AVB NL), de compensatiesystemen voor arbeidsongevallen in België (AOV BE) en Nederland (COV NL) en de beroepsziekten OPS en RSI. Dit levert de volgende vaststellingen op:

a. Tussen de landen (Nederland en België) worden op een aantal indicatoren significante verschillen in samenhang aangetroffen, zij het dat het om zwakke verbanden gaat. In Nederland worden relatief vaker maatregelen getroffen. In België daarentegen is de houding van werknemers na de claim gezonder en/of veiliger. Ook is in België de werknemer vaker weer werkzaam na de claim. Dit kan verklaard worden uit het feit dat in België ook ongevallen en beroepsziekten met relatief licht letsel gecompenseerd worden via een van de twee werknemerscompensatiesystemen. In Nederland worden doorgaans alleen werknemers met ernstiger letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte gecompenseerd door een van de twee compensatiesystemen.
b. Tussen arbeidsongevallen en beroepsziekten bestaan op alle indicatoren significante verschillen. Er is van een zekere clustering sprake: de twee systemen die verband houden met compensatie van schade door arbeidsongevallen scoren op de meeste indicatoren positiever dan de twee systemen die verband houden met compensatie van schade door een beroepsziekte. Dit duidt er op dat de (mate van) preventie na schadeafhandeling mede afhankelijk is van de aard van het voorval. Dit kan betekenen dat preventie van arbeidsongevallen mogelijk beter wordt vormgegeven dan preventie van beroepsziekten. Het is niet uitgesloten dat dit (ook) te maken heeft met de preventiestructuur. Zoals uit tabel 6.7 blijkt is die structuur bij AVB NL en FBZ BE voor wat betreft OPS slechter dan bij de overige categorieën. Dit resultaat kan erop wijzen dat de betreffende arbeidsorganisaties beter in staat zijn tot preventie dan de arbeidsorganisaties die beroepsziekten 'produceren'.
c. Tabel 6.10 biedt ook een overzicht van de verschillen binnen de twee compensatie-systemen voor arbeidsongevallen en de twee compensatiesystemen voor beroeps-ziekten. Tussen de twee systemen voor compensatie van letsel door arbeidsongevallen zijn geen significante verschillen in samenhang met preventie.
d. De twee systemen voor beroepsziekten (FBZ BE en AVB NL) vertonen op vijf indicatoren wel een significant verschillende samenhang, zij het dat die verbanden met twee indicatoren zwak zijn (houding werknemer en volledig herstel werknemer) en op drie indicatoren redelijk sterk (maatregelen, betere arbeidsomstandigheden, werksituatie). Met andere woorden: het lijkt erop dat na een beroepsziekteclaim in Nederland vaker maatregelen worden getroffen, en de arbeidsomstandigheden vaker verbeteren, terwijl in België na de claim meer werknemers aan het werk zijn, de houding van de betreffende werknemer vaker ten positieve is veranderd en meer werknemers volledig hersteld zijn. De hoge weet niet scores op vijf van de zeven indicatoren nopen echter tot extra terughoudendheid in de beoordeling van de verschillen.
e. Tussen preventie na schadeafhandeling bij OPS en RSI bestaan voor een aantal indicatoren wel significante verschillen in samenhang. Het betreft drie indicatoren. De eerste indicator is de houding van de betrokken werknemer: bij RSI is die houding grotendeels wel ten positieve veranderd na de claimafhandeling. De verschillende

Tabel 6.10: Samenhang tussen preventie- indicatoren land, soort beroepsziekte, arbeidsongevallen en beroepsziekten, compensatiesystemen arbeidsongevallen en compensatiesystemen beroepsziekten (in %)

		Herhaling arbeids-ongeval, beroeps-ziekte?	Maatregelen na arbeids-ongeval, beroeps-ziekte ?	Houding collega's veiliger/ gezonder?	Houding werknemer veiliger/ gezonder?	Volledig herstel werk nemer?	Heeft werknemer werk na de claim?[603]	Betere arbeidsom-standig-heden?[604]
Nederland N=186	**Totaal**	**N= 167**	**N= 166**	**N= 159**	**N= 151**	**N= 175**	**N= 171**	**N= 159**
	Ja	22	38	34	39	14	35	17
	Nee	34	14	8	7	74	54	25
	Weet niet	44	48	58	54	12	11	58
België N= 281	**Totaal**	**N = 271**	**N= 274**	**N= 265**	**N= 268**	**N= 277**	**N=275**	**N=268**
	Ja	32	29	24	53	20	61	21
	Nee	32	39	20	13	76	34	38
	Weet niet	36	32	56	34	4	5	41
significantie		.069	.000	.002	.000	.005	.000	.001
Cramers v		.109	.266	.170	.194	.154	.256	.176
Arbeidson gevallen **N= 154**	**Totaal**	**N= 149**	**N= 149**	**N= 144**	**N= 138**	**N=150**	**N=149**	**N= 150**
	Ja	11	52	42	78	28	68	28
	Nee	67	20	12	10	72	32	35
	Weet niet	22	28	46	12	0	0	37
Beroeps Ziekten **N= 313**	**Totaal**	**N = 301**	**N= 291**	**N= 280**	**N= 281**	**N= 302**	**N= 297**	**N= 277**
	Ja	37	23	20	34	13	43	15
	Nee	16	34	17	11	76	46	32
	Weet niet	47	43	63	55	11	11	53
significantie		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Cramers v		.515	.293	.237	.432	.255	.273	.176
FBZ BE **N=184**	**Totaal**	**N= 177**	**N= 179**	***N= 175***	**N= 179**	**N= 182**	**N= 182**	**N= 174**
	Ja	42	20	16	40	19	55	14
	Nee	13	47	23	15	74	37	44
	Weet niet	45	33	61	45	7	8	42
AVB NL **N=128**	**Totaal**	**N = 124**	**N= 112**	**N= 105**	**N= 102**	**N= 120**	**N=115**	**N=100**
	Ja	28	28	27	23	4	24	17
	Nee	21	13	8	4	78	60	13
	Weet niet	51	59	65	73	18	16	70
significantie		.020	.000	.002	.000	.000	.000	.000
Cramers v		.161	.347	.214	.287	.256	.313	.328
AOV BE **N= 97**	**Totaal**	**N= 94**	**N= 95**	**N= 90**	**N=89**	**N= 95**	**N=93**	**N=94**
	Ja	12	47	39	80	23	73	34
	Nee	70	23	13	8	77	27	28
	Weet niet	18	30	48	12	0	0	38
COV NL **N= 58**	**Totaal**	**N = 55**	**N= 54**	**N= 54**	**N= 49**	**N= 55**	**N= 56**	**N= 56**
	Ja	9	59	48	74	36	59	18
	Nee	62	15	9	14	64	41	46
	Weet niet	29	25	43	12	0	0	36
significantie		.289	.319	.508	.485	.083	.073	.032
Cramers v		.129	.124	.097	.102	.142	.147	.215
OPS N= 87	**Totaal**	N= 79	**N= 77**	**N= 75**	**N=77**	**N= 78**	**N= 76**	**N= 69**
	Ja	19	23	25	9	0	7	13
	Nee	20	21	8	1	92	86	19
	Weet niet	61	56	67	90	8	8	68
RSI N= 225	**Totaal**	**N= 222**	**N= 214**	**N= 205**	**N= 204**	**N=224**	**N= 221**	**N= 208**
	Ja	43	22	18	43	17	55	16
	Nee	14	39	21	15	71	33	37
	Weet niet	43	39	61	42	12	12	48
significantie		.001	.010	.035	.000	.000	.000	.009
Cramers v		.218	.178	.155	.426	.245	.474	.185

uitkomst wordt sterk bepaald door het grote aantal antwoorden onder de categorie 'weet niet'. Die antwoordcategorie bevat ook de antwoorden 'niet van toepassing', aangezien nagenoeg alle OPS'ers niet meer werkzaam zijn. De tweede indicator (volledig herstel) geeft ook significante verschillen te zien. Aangenomen mag worden dat de beroepsziekte OPS een meer invaliderende werking heeft dan RSI. Ook kan deze uitslag erop duiden dat betrokkenen minder goed in staat zijn om in een zodanig

[603] Tot de antwoordcategorie "nee " behoren tevens de volgende antwoorden: 'geen werk', 'arbeidsongeschikt', 'pensioen', 'ziek'.
[604] De antwoordcategorie "weet niet" bevat zowel de antwoorden 'weet niet' als 'geen mening'.

vroegtijdig stadium OPS te herkennen dat een invaliderende werking voorkomen kan worden. Dat op de indicator 'heeft werknemer werk na de claim' significante verschillen bestaan lijkt ook verklaard te kunnen worden uit de invaliderende werking van de ziekte OPS.

Conclusie

Op basis van het vragenlijstonderzoek kan de conclusie worden getrokken dat er significante verschillen zijn in samenhang tussen de vier compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Echter die verschillen kunnen niet verklaard worden uit inhoudelijke verschillen tussen de vier compensatiesystemen, zoals de verschillen in de hoeveelheid en aard van de preventie-instrumenten per compensatiesysteem. Het ziet ernaar uit dat die verschillen vooral gerelateerd kunnen worden aan de aard van het voorval: de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van arbeidsongevallen zorgen, presteren beter dan de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van beroepsziekten zorgen. Een aantal mogelijke verklaringen hiervoor zijn:

- Bij arbeidsongevallen hebben werkgevers en werknemers minder verschil van inzicht over de aanwezigheid van het voorval, over de preventieve maatregelen die genomen zijn en over de veranderingen in de houding van de werknemer, de collega's en de werk- en gezondheidssituatie van de betrokken werknemer.
- Werkgevers hebben de neiging beroepsziekten en de daarmee gepaard gaande schade te ontkennen, waardoor preventie ook nauwelijks van de grond komt.
- De gevolgen van een beroepsziekte zijn voor de getroffen werknemer ingrijpender dan die van een arbeidsongeval, waardoor herstel langer duurt en terugkeer naar werk moeilijker is.
- Daarnaast valt het verschil in preventiestructuur op: zoals uit tabel 6.7 blijkt is die structuur bij organisaties waar beroepsziekten optreden (met uitzondering van Belgische organisaties met RSI) slechter dan bij de andere arbeidsorganisaties.

6.3 Beperkte preventieve veranderingen

Deze paragraaf geeft een beeld van de aard van de veranderingen in preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten (hierna ook wel aangeduid met 'preventieve veranderingen') in de arbeidsorganisaties na afronding van de schadeclaim. Hieraan voorafgaand wordt belicht op welke wijze actoren betrokken zijn bij de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisaties.

Betrokkenheid van actoren
Tabel 6.11 (a) en tabel 6.11 (b) tonen een overzicht van de actoren die betrokken zijn bij de preventie na het arbeidsongeval, de beroepsziekte en/of de schadeclaim. In de tabellen is een onderscheid gemaakt tussen actoren die op de hoogte zijn van het arbeidsongeval, de beroepsziekte dan wel de schadeclaim, actoren die op maatregelen hebben aangedrongen, en actoren die zelf maatregelen hebben genomen. Beide tabellen laten zien dat veel actoren op de hoogte zijn van een arbeidsongeval of beroepsziekte, maar dat slechts een gering aantal aandringt op maatregelen of zelf maatregelen neemt. De belangrijkste actoren zijn achtereenvolgens de directie, preventieadviseur/arbo-coördinator, de getroffen werknemers, de directe leiding en de collega's. Van de overige actoren spelen medezeggenschapsorganen, vakbonden, externe preventiediensten/arbodiensten een marginale rol in het aandringen op maatregelen of het nemen van maatregelen. Verzekeraars (waaronder FBZ) spelen een zeer marginale rol of hebben in het geheel geen rol (AVB verzekeraar). Het lijkt erop dat de getroffen werknemers en hun collega's meer invloed hebben op de preventie dan deze externe actoren.

Afwezigheid externe professionals
De afwezigheid van de externe professionele preventie-experts (preventiedienst/ arbodienst en arbeidsinspectie) is in het licht van de wettelijke positie die zij hebben (via expertise en controle bijdragen aan verbetering van de arbeidsomstandigheden) opvallend. Juist daar waar hun inbreng nodig is, ontbreken ze. En als ze wel aanwezig zijn, dan blijken arbeidsgeneesheer/bedrijfsarts en de arbeidsinspectie slechts gedeeltelijk op de hoogte van een arbeidsongeval, beroepsziekte dan wel schadevergoeding en dragen nauwelijks bij aan preventieve veranderingen. De arbeidsinspectie is van 42% tot 67% van de arbeidsongevallen op de hoogte en van 7 tot 11% van de beroepsziekten, terwijl de externe preventiedienst of arbodienst van 10% (AOV BE) tot meer dan 70% (FBZ BE en AVB NL) op de hoogte is. Tabel 6.11 (a) en tabel 6.11 (b) laten zien dat deze experts in slechts 2 tot 7% van de gevallen bijdragen aan preventieve veranderingen.

Voor zover aangedrongen wordt op maatregelen, of maatregelen worden genomen, zijn het vooral de getroffen werknemers, de collega's, de directe leiding, de directie of de preventieadviseur/arbo-coördinator die dit bewerkstelligen. De overige actoren spelen volgens de respondenten amper een rol. Tot die overige actoren behoren ook de betrokken verzekeraars die volgens de respondenten slechts drie keer een interveniërende rol speelden bij het aandringen op maatregelen.

Non-interventie
Deze 'non-interventie' lijkt bij beroepsziekten nog groter dan bij arbeidsongevallen. Het is echter niet uitgesloten dat dit resultaat vertekend wordt doordat bij beroepsziekten alleen de antwoorden van werknemers zijn opgenomen. Dit is gedaan omdat in de verkorte vragenlijst voor werkgevers geen ruimte was voor vragen over de aard van de preventieve veranderingen. Anderzijds bieden de antwoorden op die verkorte vragenlijsten geen aanleiding om een andere conclusie te trekken, gegeven het feit dat betrokken werkgevers niet op de hoogte zijn van de beroepsziekte (AVB NL: vijf van de dertien werkgeversrespondenten antwoorden dat een werknemer OPS heeft opgelopen in de arbeidsorganisatie en drie van de dertien antwoorden dat daarvoor een schadevergoeding is betaald. Bij RSI antwoorden negen van de eenentwintig werkgevers dat er een werknemer RSI heeft opgelopen en antwoorden vijf van de eenentwintig respondenten dat een schadevergoeding is betaald in verband met RSI. Bij FBZ BE zijn alleen de antwoorden van de werkgevers bij RSI beschikbaar: zeven van de negentien respondenten

beamen dat er sprake is geweest van werknemers met RSI. Dezelfde respondenten zijn ook op de hoogte van de schadevergoeding via FBZ BE in verband met RSI.

Tabel 6.11 (a): Overzicht van actoren betrokken bij preventie na arbeidsongevallen (in %)

In absolute aantallen	AOV BE (n= 97 werkgevers+ werknemers)				COV NL (n= 58 werkgevers + werknemers)		
	Op de hoogte	Maatregelen aangedrongen	Maatregelen genomen		Op de hoogte	Maatregelen aangedrongen	Maatregelen genomen
Getroffen werknemer	100	21	21		100	10	16
Collega's	82	10	15		79	10	14
Directe leiding	49	15	16		78	5	28
Personeelsafdeling	24	3	2		24	5	
Directie	49	23	33		55	22	36
Preventieadviseur/arbo-coördinator	23	15	15		31	31	29
CPBW/arbo commissie	10	4			47		
Ondernemingsraad	6	2			40	5	
Vakbond	9	2			19		
Externe preventiedient, arbodienst, bedrijfsarts, arbeidsgeneesheer	11	5			43	5	
Arbeidsinspectie	42	4			67	7	
Politie	11				3		
Verzekeraar	100	1			100	2	

Tabel 6.11 (b): Overzicht van actoren betrokken bij preventie na beroepsziekten (in %)

In absolute aantallen	FBZ BE (n= 165 werknemers)				AVB NL (n= 94 werknemers)		
	Op de hoogte	Maatregelen aangedrongen	Maatregelen genomen		Op de hoogte	Maatregelen aangedrongen	Maatregelen genomen
Getroffen werknemer	100	4	4		100	1	1
Collega's	51	4	1		62	4	2
Directe leiding	49	2	7		13		
Personeelsafdeling	38	1	1		37		1
Directie	46	8	4		54	4	12
Preventieadviseur/arbo-coördinator	18	11	5		10	2	1
CPBW/arbo commissie	10						
Ondernemingsraad	11	2			9	2	
Vakbond	29				57	3	
Externe preventiedienst, arbodienst, bedrijfsarts, arbeidsgeneesheer	72	2	1		71	6	
Arbeidsinspectie	7	2			11		
Huisarts	7				66		
Ziekenfonds	59					1	
FBZ/ verzekeraar	100	1			100		

Dit overzicht van de betrokken actoren en hun inspanningen versterkt de indruk (die ook is ontstaan op basis van de overige onderdelen van het vragenlijstonderzoek) dat de preventieve opbrengst na een afgeronde claim in verband met een arbeidsongeval of beroepsziekte beperkt is. Zoals tabel 6.8 laat zien, zijn na afloop van het arbeidsongeval of de beroepsziekte in slechts 33% van alle arbeidsorganisaties maatregelen getroffen; in 33% van de arbeids-organisaties is geen sprake van herhaling, in 28% van de arbeidsorganisaties hebben de collega's een veiligere of gezondere houding, in 20% van de arbeidsorganisaties zijn de arbeidsomstandigheden verbeterd. Voor de getroffen individuen is de situatie na afronding van de schadeclaim verslechterd. Het merendeel van de werknemers is (weer) aan het werk, zij het dat ze dat doen mét gezondheidsklachten. Dit geldt niet voor de werknemers die gecompenseerd zijn via het AVB NL compensatiesysteem. De meesten van hen hebben geen werk meer. Dit lijkt te wijten te zijn aan het moment van indiening van een claim. Nederlandse werknemers met schade door een beroepsziekte dienen meestal pas een claim in als het dienstverband met de aansprakelijke werkgever is verbroken.

Tabel 6.12 laat nog op een andere manier het beperkte aantal positieve preventieve veranderingen zien. De tabel biedt overzicht van het percentage vragenlijsten met 0 tot en met 7 scores op de zeven indicatoren. In slechts 38% van alle vragenlijsten worden 3 of meer positieve scores op de indicatoren gevonden, waarbij slechts in 15% van de situaties 5 of meer scores. In slechts 1 procent van alle gevallen wordt de maximale score van 7 gevonden. In 62% van alle gevallen gebeurt volgens de respondenten weinig tot niets (aantal nul tot 2 scores). In 22% van alle arbeidsorganisaties treedt geen enkele positieve verandering op. De onderlinge verschillen tussen de compensatiesystemen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn overigens groot. Beide compensatiesystemen voor arbeidsongevallen hebben in 32% (COV NL) tot 38% (AOV BE) van de gevallen een score van 5 of meer, terwijl in de beide systemen voor compensatie van beroepsziekten 5 of meer positieve scores amper voorkomen: 4 % bij FBZ BE en 3% bij AVB NL. Ook het aantal 0 scores verschilt sterk: 4 tot 9 % bij COV NL en AOV BE en 23 tot 56% bij FBZ BE en AVB NL. Dit lijkt een bevestiging van de eerdere constatering dat de arbeidsorganisaties vaker preventieve maatregelen treffen na een arbeidsongeval dan na een beroepsziekte.

In tabel 6.12 is eveneens zichtbaar dat werkgevers en werknemers anders tegen de werkelijkheid aankijken. Bij de AOV BE meldt 54 % van de werkgevers 5 of meer positieve scores tegenover 32% van de werknemers en bij COV NL is dat verschil 44% - 26%. Bij de AVB NL zijn de verschillen ook aanzienlijk, zowel tussen de antwoorden van werkgevers en werknemers bij RSI-organisaties als OPS-organisaties. Wel bestaat er tussen werkgevers en werknemers overeenstemming over dat het aantal preventie veranderingen beperkt is, gezien de zeer beperkte hoeveelheid 5-7 scores. De antwoorden van werkgevers en werknemer bij RSI organisaties in België laten opvallend genoeg een ander beeld zien. Daar zijn de verschillen in scores beperkter.

Tabel 6.12: Vragenlijsten per hoeveelheid positieve scores op de zeven indicatoren (in %)

		0-2 scores	3-4 scores	5-7 scores		0 scores
AOV (BE) N= 97	**Werkgever**	**23**	**23**	**54**		**-**
	Werknemer	34	34	32		6
	Totaal	31	31	38		4
COV (NL) N= 58	**Werkgever**	**17**	**39**	**44**		**5**
	Werknemer	41	33	26		10
	Totaal	33	35	32		9
FBZ (BE) N=184	**RSI werkgever**	**58**	32	**10**		**0**
	RSI werknemer	71	25	4		15
	OPS werknemer	94	3	3		66
	Totaal	74	22	4		23
AVB (NL) N= 94	**RSI werkgever**	**62**	**29**	**9**		**14**
	RSI werknemer	91	5	4		42
	OPS werkgever	**54**	**46**	**0**		**8**
	OPS werknemer	92	8	0		64
	Totaal	83	14	3		56
Totaal		62	23	15		22

Type preventieve veranderingen

Hiervoor is reeds geconstateerd dat de verschillen in samenhang tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en drie van de vijf indicatoren betreffende primaire preventie (herhaling, maatregelen, houding werknemer) enigszins sterker zijn dan die tussen de vier systemen en de indicatoren die staan voor tertiaire preventie (volledig herstel werknemer en werksituatie).

Via het vragenlijstonderzoek is niet alleen nagegaan of preventieve maatregelen zijn getroffen, maar ook welk type preventieve maatregelen getroffen zijn. Tabel 6.13, 6.14 en 6.15 geven een inzicht in de aard van de preventieve maatregelen die getroffen zijn na afronding van de schadeclaim bij arbeidsongevallen RSI en OPS.

Bij arbeidsongevallen, waar volgens de respondenten de meerderheid van de arbeidsorganisaties maatregelen neemt - 54 % (AOV BE) tot 70% (COV NL) van de respondenten melden dat specifieke maatregelen worden genomen- ligt de nadruk op gedragsmatige componenten (instructie, controle) gevolgd door materiële verbeteringen (veiligere machine, materieel en gereedschap en betere veiligheidsvoorzieningen) en betere arbeidsorganisatie (werkmethoden, coördinatie).

Tabel 6.13: Preventieve maatregelen arbeidsongevallen België en Nederland

	AOV BE	COV NL
Aantal arbeidsorganisaties met maatregelen	45 (54%)	35 (70%)
Aard van de maatregelen	aantal keren genoemd	aantal keren genoemd
Nieuwe veiligheidsinstructies	22	15
Veiliger machines, materieel, gereedschap	23	13
Meer veiligheidscontrole en toezicht	14	7
Werkmethoden veiliger	13	7
Betere veiligheidsvoorzieningen	9	9
PBM verschaffen	5	0
Betere coördinatie	2	0
Minder werkdruk	1	0
Van werk veranderd, werk geweigerd	1	1

Bij RSI, waar volgens de respondenten een zeer beperkt aantal arbeidsorganisaties maatregelen neemt en waar de respondenten ook een beperkte hoeveelheid specifieke maatregelen noemt, is de aandacht voor arbeidsorganisatorische maatregelen (betere organisatie van de arbeid, geen eenzijdige arbeid, afwisseling, minder werkdruk) min of meer in evenwicht met de aandacht voor ergonomische maatregelen.

Tabel 6.14: Preventieve maatregelen RSI in België en Nederland

	FBZ BE	AVB NL
Aantal arbeidsorganisaties met maatregelen	29 (20%)	19 (25%)
Aard van de maatregelen	aantal keren genoemd	aantal keren genoemd
Betere organisatie van de arbeid	8	2
Geen eenzijdige arbeid meer	6	1
Geen of minder overwerk	1	0
Afwisseling met andere arbeid	9	6
Betere ergonomie	19	16
Minder werkdruk	1	0
Betere werksfeer	1	1
Betere stijl leidinggeven	1	1
Instructie houding en beweging	5	1
Automatisering	2	2
Massage		2
Pauzesoftware		1
Aanpassing werkplek	1	

Zoals uit tabel 6.15 blijkt, wordt volgens de respondenten bij OPS slechts in 17 tot 23% van de arbeidsorganisaties maatregelen genomen. In de Nederlandse arbeidsorganisaties ligt de nadruk op het stoppen of verminderen van het gebruik van VOS, in België op vermindering van de blootstelling (via betere afzuiging, toepassing PBM en vermindering van het gebruik van VOS).

Tabel 6.15 : Preventieve maatregelen OPS in België en Nederland

	FBZ BE	**AVB NL**
Aantal arbeidsorganisaties met maatregelen	6 (17%)	12 (23%)
Aard van de maatregelen	aantal keren genoemd	aantal keren genoemd
Gebruik oplosmiddelen gestopt; werknemers niet meer in contact	0	6
Gebruik oplosmiddelen verminderd	4	6
Afzuiging verbeterd	6	3
Instructies over veilig gebruik VOS	4	1
Toezicht + controle op VOS verbeterd	1	2
Werknemers dragen (betere) PBM	3	2
Automatisering	0	1

Op basis van vragenlijstonderzoek kan een beperkt beeld worden verkregen van drie aspecten van quartaire preventie, namelijk de inkomenssituatie van de werknemer, de kosten van werkgevers die te maken hebben gehad met werknemersletsel na een arbeidsongeval en hun kostenbewustzijn.[605]

In alle werknemersvragenlijsten is een vraag opgenomen over de inkomenssituatie na afronding van de schadeclaim. Een aanzienlijk deel van de werknemers is er in inkomen op achteruit gegaan na afronding van de claim: 36% van werknemers onder AOV BE (28% is afhankelijk van een uitkering, 14% heeft een slechter inkomen door werk), 52% van de werknemers onder COV NL, 94% van de Belgische OPS' ers, 37% van de Belgische RSI'ers, 87% van de Nederlandse OPS' ers en 82% van de Nederlandse RSI' ers.

Tabel 6.16: Inkomenssituatie van werknemers na afronding claim (in %)

		AOV BE (n=67)	COV NL (n=39)	FBZ BE (n= 165)		AVB NL (n= 94)	
				OPS n= 35	RSI n= 130	OPS n= 39	RSI n=55
Inkomenssituatie werknemer	beter	14	4	-	7	3	7
	slechter	8	12	-	9	10	16
	gelijk	46	40	3	52	-	2
	uitkering[606]	28	40	94	28	77	66
	missing	4	4	3	4	10	9

Om een indruk te krijgen van hun kostenbewustzijn is aan werkgevers de vraag gesteld of ze de kosten van arbeidsongevallen registreren, ervan op de hoogte zijn of het arbeidsongeval kosten met zich mee heeft gebracht en welke die kosten zijn. Zoals tabel 6.17 laat zien blijkt het kostenbewustzijn van de betrokken ondernemers beperkt te zijn. Het lijkt erop dat het kostenbewustzijn onder Belgische werkgevers aanmerkelijk slechter is dan onder de Nederlandse werkgevers. Slechts 10% van de Belgische en 42% van de Nederlandse werkgevers registreert de kosten. Het ontbreken van een registratie betekent echter niet dat betrokken werkgevers in het geheel geen kostenbewustzijn hebben. Bijna alle werkgevers (93% van de Belgische en 84% van de Nederlandse) antwoorden dat het ongeval kosten met zich meegebracht heeft en kunnen ook een of meerdere kostenposten noemen. Die kostenposten staan eveneens vermeld in tabel 6.17.

Tabel 6.17: Kosten van werkgevers bij arbeidsongevallenclaims (in %)

		AOV BE (N=30	COV NL (N=19)
Registratie kosten	Ja	10	42
	Nee	73	53
	Weet niet/missing	7	5
Kosten door arbeidsongeval	Ja	93	84
	Nee	-	0
	Weet niet/missing	7	16
Welke kosten?	Gewaarborgd loon/ loondoorbetaling	83	84
	Vervanging	27	26
	Aanpassing arbeidsplaats	7	11
	Hogere premie	17	0
	Stilleggen werk	23	0
	Materieel	3	0
	Ziekenvervoer	3	0
	Aanvulling loon ao werknemer	-	16
	Kosten claim	0	31
	Kosten boete AI	0	37
	Re-integratie kosten	0	26
Kosten door arbeidsongeval die niet gedekt zijn door verzekering	Ja	37	68
	Nee	40	5
	Weet niet/missing	23	27
	Missing	7	13
Overstap naar andere verzekeraar	Ja	7	11
	Nee	93	63
	Weet niet/missing	0	26

[605] In de uitgebreide werkgeversvragenlijst arbeidsongevallen is een aantal vragen opgenomen die gerelateerd zijn aan quartaire preventie. In de verkorte vragenlijsten voor werkgevers in verband met beroepsziekten was geen ruimte hiervoor.

[606] Dit betreft het aantal respondenten dat volledig afhankelijk is van uitkering krachtens sociale zekerheid.

6.4 Samenvatting resultaten vragenlijstonderzoek

Het uitvoeren van een vragenlijstonderzoek onder werkgevers en werknemers die betrokken zijn bij de compensatie en preventie van een arbeidsongeval of beroepsziekte is niet eenvoudig gebleken. Hierdoor staat de representativiteit, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek onder druk.

Beperkingen aan de representativiteit, de betrouwbaarheid en de validiteit
De beperkte representativiteit heeft te maken met de positie van de verschillende compensatiesystemen en de daarmee samenhangende positie van verzekeraars, letselschadebureaus, en assurantiemakelaars. Met name in Nederland is de populatie verspreid over veel verschillende verzekeraars. Bovendien hebben de verzekeraars, met uitzondering van de verzekeraar van AOV BE, uitsluitend direct contact met werkgever òf werknemer. Daarnaast beperken privacyaspecten de mogelijkheden van de onderzoeker. Dit beïnvloedt de mogelijkheden om werkgevers en werknemers uit te nodigen om aan een vragenlijstonderzoek mee te doen. Het is niet uitgesloten dat er sprake is van een selectieve respons, zonder dat trouwens achterhaald kan worden hoe die respons kan worden getypeerd, aangezien non-responsonderzoek niet mogelijk bleek.

De betrouwbaarheid van het vragenlijstonderzoek wordt negatief beïnvloed doordat werkgevers en werknemers die in dezelfde arbeidssituatie verkeren of hebben verkeerd, verschillende antwoorden geven op de vragen naar de preventieve maatregelen. Bovendien is sprake van een oververtegenwoordiging van werknemersrespondenten. Een van de meest opvallende resultaten uit de (verkorte) werkgeversvragenlijst is daarnaast dat een aanzienlijk deel van de werkgeversrespondenten uit arbeidsorganisaties met RSI en OPS, ten onrechte, van mening is dat werknemers de desbetreffende beroepsziekte niet hebben opgelopen, dan wel geen schadevergoeding hebben ontvangen. Dit is een indicatie voor verschillen in informatie en/of perceptie van de werkelijkheid.

Ook de validiteit van het vragenlijstonderzoek is beperkt doordat werkgevers en werknemers in dezelfde situatie verschillend antwoorden. Het vragenlijstonderzoek lijkt dus vooral het perspectief van een van de actoren op de preventie te meten. De validiteit van het vragenlijstonderzoek wordt ook beïnvloed doordat het slechts een deel van de preventie meet. Het in hoofdstuk 4r gehanteerde begrip veranderingen in de preventie kent verschillende dimensies (onder andere: veranderingen individueel en in de arbeidsorganisatie, primair, secundair, tertiair en quartair). In het vragenlijstonderzoek is slechts een klein aantal van die dimensies verwerkt in de indicatoren.

Hoge scores 'weet niet'
Bij de interpretatie van het vragenlijstonderzoek moet, naast de reeds vermelde gebrekkige representativiteit en betrouwbaarheid, ook gewezen worden op de hoge score in de antwoordcategorie 'weet niet'. Deze hoge score doet zich met name voor bij de twee systemen die voorzien in compensatie van beroepsziekten. Bij FBZ BE wordt op vijf indicatoren een hoge 'weet niet' score bereikt, waarvan het bij vier indicatoren de grootste antwoordcategorie is. Bij AVB NL kennen vijf indicatoren een zeer hoge 'weet niet' score.

Op basis van het vragenlijstonderzoek kan een aantal mogelijke verklaringen gevonden worden voor dit grote aantal niet-weters. Een ervan is dat werkgevers (blijkbaar) weinig kennis hebben van de situatie waarin hun (ex) werknemers verkeren (zie de score op houding collega's, houding werknemer, herstel werknemer en werksituatie werknemer). Tegelijkertijd lijken werknemers beperkte kennis te hebben van de arbeidssituatie na afronding van de claim, getuige de hoge 'weet niet' scores van hen op de indicatoren herhaling, maatregelen, houding collega's en betere arbeidsomstandigheden. Dit kan niet verklaard worden uit het feit dat werknemers niet meer werkzaam zijn binnen de arbeidsorganisatie waar men de beroepsziekte heeft opgelopen, aangezien tussen de werkgevers- en werknemersrespondenten betreffende RSI België zich hetzelfde verschijnsel voordoet, terwijl de betrokken werknemers nog wel

werkzaam zijn in de desbetreffende arbeidsorganisatie. Mogelijk dat de duur van de claimafhandeling hierin een rol speelt.

Preventie-instrumenten en preventieve veranderingen
Uit het vragenlijstonderzoek kan de conclusie worden getrokken dat er significante verschillen bestaan in samenhang tussen de vier compensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties. Die verschillen kunnen niet verklaard worden uit inhoudelijke verschillen tussen de vier compensatiesystemen, zoals de verschillen in de hoeveelheid en aard van de preventie-instrumenten per compensatiesysteem. Op basis van de systeemanalyse in hoofdstuk 5, de (rechts-)economische opvattingen over de preventieve werking van financiële prikkels en de gedachte dat expertise bijdraagt aan verbetering van preventie, zou mogen worden verwacht dat AOV BE de meeste preventieve veranderingen met zich meebrengt, gevolgd door AVB NL, FBZ BE en tenslotte de AOV NL. Het resultaat van het vragenlijstonderzoek biedt geen empirische steun voor deze veronderstelling. Met name de relatief goede score van COV NL en de slechte score van AVB NL vallen op. Maar de rangorde is anders dan mag worden aangenomen op basis van het aantal en de aard van de preventie-instrumenten. Er bestaan geen aanwijzingen voor een verband tussen de beschikbare hoeveelheid (financiële) preventie-instrumenten en preventieve veranderingen.

Het is natuurlijk mogelijk dat het ontbreken van dit verband vooral te maken heeft met het, ook al in hoofdstuk 5 geconstateerde, beperkte gebruik van de preventie-instrumenten. Zoals uit tabel 6.11(a) en 6.11(b) blijkt, speelt de verzekeraar een zeer marginale rol in het aandringen op respectievelijk realiseren van preventieve veranderingen.

In hoeverre het ontbreken van invloed van de werknemerscompensatiesystemen te maken heeft met de preventie-instrumenten zelf, dan wel met het zeer beperkte gebruik ervan, kan op basis van dit vragenlijstonderzoek niet worden vastgesteld.

De resultaten van het vragenlijstonderzoek kunnen ook niet in verband gebracht worden met de preventiedoelstellingen van de compensatiesystemen. COV NL en AOV BE enerzijds en FBZ BE en AVB NL anderzijds vertonen min of meer dezelfde resultaten op de preventie-indicatoren terwijl ze verschillende preventiedoelstellingen hebben.

Arbeidsongevallen en beroepsziekten
Het ziet ernaar uit dat de verschillen tussen de compensatiesystemen vooral gerelateerd kunnen worden aan de aard van het voorval: de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van arbeidsongevallen zorgen, presteren beter dan de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van beroepsziekten zorgen. Een aantal mogelijke verklaringen hiervoor zijn:

- Werkgevers en werknemers lijken meer verschil van mening te hebben over de aanwezigheid en de preventie van een beroepsziekte dan die van een arbeidsongeval.
- Werkgevers hebben de neiging beroepsziekten en de daarmee gepaard gaande schade te ontkennen, waardoor preventie ook nauwelijks van de grond komt.
- De gevolgen van een beroepsziekte zijn voor de getroffen werknemer ingrijpender dan die van een arbeidsongeval, waardoor herstel langer duurt en terugkeer naar werk moeilijker is.
- Daarnaast valt het verschil in preventiestructuur op: zoals uit tabel 6.7 blijkt is die structuur bij organisaties waar beroepsziekten optreden (met uitzondering van Belgische organisaties met RSI) slechter dan bij de overige categorieën.
- Arbeidsongevallen spelen zich meer in de openbaarheid af dan beroepsziekten. Bij arbeidsongevallen zijn meer actoren op de hoogte van het voorval dan bij beroepsziekten en zijn bovendien meer actoren betrokken bij de preventie ervan dan bij beroepsziekten.

Beperkte preventieve veranderingen
Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de mate van preventie in de arbeidsorganisatie na de schadeafhandeling beperkt is. In de meeste arbeidsorganisaties verandert weinig tot niets ten goede na afloop van een schadeclaim. In 22% van de arbeidsorganisaties treedt geen enkele

positieve verandering op. In 62% van de arbeidsorganisaties zijn maximaal twee positieve veranderingen gesignaleerd. In slechts 33% van alle arbeidsorganisaties zijn na afloop van het arbeidsongeval of de beroepsziekte maatregelen getroffen; in 33% van de arbeidsorganisaties is geen sprake van herhaling, in 28% van de arbeidsorganisaties hebben de collega's een veiligere of gezondere houding, in 20% van de arbeidsorganisaties zijn de arbeidsomstandigheden verbeterd.

Op het niveau van het individu is de opbrengst ook beperkt: slechts 51% heeft werk (in de oorspronkelijke arbeidsorganisatie of elders) na afronding van de claim, 48% heeft een veiligere of gezondere houding en slechts 18% is volledig hersteld van het letsel. Met uitzondering van het compensatiesysteem AVB NL, zijn de meeste werknemers wel (weer) aan het werk, zij het dat ze dat doen mét gezondheidsklachten. Het vragenlijstonderzoek laat tenslotte zien dat de inkomenspositie van betrokken werknemers is verslechterd.

Beperkte invloed externe factoren?
Het vragenlijstonderzoek laat significante verschillen zien tussen de vier compensatiesystemen, in het bijzonder tussen de twee compensatiesystemen die schade door arbeidsongevallen compenseren en de twee compensatiesystemen die schade door beroepsziekten compenseren.

Het vragenlijstonderzoek biedt echter geen aanwijzingen dat de compensatiesystemen met veel preventie-instrumenten tot meer preventie leiden dan compensatiesystemen met minder preventie-instrumenten. Immers het compensatiesysteem met de meeste preventie-instrumenten (AOV BE) heeft geen significant andere score op de preventie-indicatoren dan het compensatiesysteem met de minste preventie-instrumenten (COV NL). En het compensatiesysteem AVB NL scoort slechter dan het qua hoeveelheid preventie-instrumenten zou moeten doen. Het vragenlijstonderzoek levert aanwijzingen op dat de verschillen tussen compensatiesystemen vooral te relateren zijn aan de aard van gebeurtenissen (arbeidsongeval of beroepsziekte), de arbeidsorganisaties (zoals de preventiestructuur, de verschillen en overeenkomsten in de perceptie van de actoren), en de afwezigheid van interventies van externe experts. Het vragenlijstonderzoek biedt tevens aanwijzingen dat ook de invloed van de arbeidsomstandighedenwetgeving en het instrumentarium dat tot die wetgeving behoort gering is. De preventiestructuur is in de meeste arbeidsorganisaties doorgaans beperkt tot directie, directe leiding en preventieadviseur/ arbo-coördinator. Het vertegenwoordigend overleg speelt nauwelijks een rol. De indruk bestaat dat de inbreng van externe actoren (preventie-experts, arbeidsinspectie, vakbond) marginaal is.

Uit het vragenlijstonderzoek is niet op te maken wat de invloed is van de sociale zekerheid in beide landen. Vooral in Nederland is die sociale zekerheid rond arbeidsongeschiktheid en ziekte de afgelopen decennia sterk hervormd. Met name via zogenaamde financiële 'incentives' probeert men in Nederland de toestroom tot de arbeidsongeschiktheidsregelingen te beperken en de werkhervatting te bevorderen. Dit vragenlijstonderzoek biedt echter geen inzicht in de positieve respectievelijk negatieve invloed van die sociale zekerheid op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Al met al roept het vragenlijstonderzoek vragen op over de invloed van de externe systemen (het werknemerscompensatiesysteem, het externe preventiesysteem en de sociale zekerheid) op de interne ontwikkelingen binnen de arbeidsorganisatie en op de betrokken actoren. Klopt de indruk die het vragenlijstonderzoek achterlaat, dat vooral interne ontwikkelingen binnen de arbeidsorganisatie bepalend zijn voor het al dan niet optreden van preventieve veranderingen? En dat daarnaast de aard van het voorval (beroepsziekte of arbeidsongeval) hierop van invloed is? Mogelijk kunnen de casestudies die in hoofdstuk 7 worden gepresenteerd hierover meer duidelijkheid verschaffen.



Hoofdstuk 7

Welke factoren hebben invloed op preventie na compensatie?

Introductie

In het vorige hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd van het vragenlijstonderzoek naar de samenhang tussen compensatiesystemen en preventie.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat dat de mate van preventie in arbeidsorganisaties na afronding van een schadeclaim beperkt is. In de meeste arbeidsorganisaties verandert er weinig tot niets in de arbeidsomstandigheden.

De resultaten van het vragenlijstonderzoek laten ook significante verschillen in samenhang zien tussen de vier compensatiesystemen en preventie. Deze verschillen zijn zichtbaar op alle indicatoren. Het vragenlijstonderzoek levert geen aanwijzingen op dat dit verschil in samenhang kan worden verklaard uit verschillen tussen de werknemerscompensatiesystemen. Compensatiesystemen met meer preventie-instrumenten brengen niet meer preventie met zich mee dan compensatiesystemen met minder preventie-instrumenten. Evenmin lijkt er een verschil te bestaan tussen compensatiesystemen die expliciet aandacht hebben voor preventie, of een bepaalde vorm van preventie, en compensatiesystemen die dat niet hebben, of in mindere mate expliciete preventiedoelstellingen hebben.

Het ziet ernaar uit dat de verschillen tussen de compensatiesystemen vooral gerelateerd kunnen worden aan de aard van het voorval: de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van arbeidsongevallen zorgen presteren beter dan de compensatiesystemen die voor schadevergoeding van beroepsziekten zorgen.

Aan het eind van hoofdstuk 6 is op basis van de interpretatie van de resultaten van het vragenlijst geopperd dat mogelijk vooral ontwikkelingen *binnen* de arbeidsorganisatie (met name het aantal actoren dat kennis heeft van het voorval, de -verschillende- perceptie van de actoren, de mate van consensus van actoren over het voorval en de te nemen maatregelen en de preventiestructuur), bepalend zijn voor het al dan niet optreden van preventieve veranderingen. Externe ontwikkelingen en externe prikkels, hetzij van financiële aard, hetzij op basis van expertise en afkomstig van het compensatiesysteem, de sociale zekerheid of vanuit het op de externe preventiesysteem, hebben minder invloed dan aangenomen wordt in de incentive benadering, die in hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.1.2 aan bod is gekomen, of in de rationeel wetenschappelijke preventiebenadering, waaraan hoofdstuk 2 aandacht besteedt.

Dit hoofdstuk biedt aan de hand van het casestudie-onderzoek zicht op de preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Aan de hand van zeven cases wordt nagegaan welke factoren invloed hebben op die preventieve veranderingen. Tevens hebben de casestudies als doel leerervaringen op te doen over de wijze waarop werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband (kunnen) worden gebracht. Dit hoofdstuk legt een bodem voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2: Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 7.1 komt het onderzoeksproces aan bod. Een beschrijving daarvan is niet alleen relevant met het oog op de interpretatie van de onderzoeksresultaten, maar ook met het oog op de achterliggende methodologische vragen.

Paragraaf 7.2 geeft een korte beschrijving van elke case. Voor de uitgebreide beschrijving van de cases wordt verwezen naar bijlage 3van dit boek. In de beschrijvingen wordt aandacht besteed aan het ontstaan van het letsel en de vergoeding ervan, de preventieve veranderingen die zijn opgetreden tijdens en na afronding van de schadeclaim en aan de vraag welke factoren van invloed zijn op de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Elke casebeschrijving wordt afgesloten met een beschouwing over de vraag wat van de betreffende

case te leren valt. In deze paragraaf is ook tabel 7.2 opgenomen. Deze tabel biedt een beknopt overzicht van de belangrijkste uitkomsten van de case studies.

Paragraaf 7.3. biedt aan de hand van de zeven cases zicht op de verschillende factoren die van invloed zijn op de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Deze paragraaf beschrijft de preventieve veranderingen die in deze zeven cases optreden en de invloed van de volgende zes factoren:

- het compensatiesysteem,
- de arbeidsorganisatie,
- de gezondheidszorg,
- de sociale zekerheid,
- het (externe) preventiesysteem,
- het individu.

Paragraaf 7.3 sluit af met een beschouwing over de situatie van de getroffen werknemers na de afhandeling van de schade (paragraaf 7.3.6), een beschouwing over de invloed van de financiële prikkels (paragraaf 7.3.7) en een methodologische nabeschouwing (in paragraaf 7.3.8) over de mogelijkheden en beperkingen van dit casestudie-onderzoek ten opzichte van andere vormen van onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie.

Paragraaf 7.4 geeft een samenvatting van de resultaten van het casestudie-onderzoek.

7.1 Het onderzoeksproces: case selectie, case analyse, betrouwbaarheid, validiteit en representativiteit.[607]

Voordat in paragraaf 7.2 de resultaten van de casestudies worden gepresenteerd komt in deze paragraaf het onderzoeksproces aan bod: de wijze waarop het casestudie-onderzoek is uitgevoerd en de manier waarop de informatie uit dat onderzoek is geanalyseerd. De beschrijving van dat proces biedt inzicht in de wijze waarop in het veld van compensatie en preventie onderzoek kan worden uitgevoerd en welke onderzoeksmethoden geschikt zijn.

Selectie cases, geen vrije keuze
In hoofdstuk 4.2.3 is gekozen voor een casestudie-onderzoek met minimaal zes cases. Drie keuzecriteria zijn daar benoemd: minimaal één case per compensatiesysteem, minimaal één case per type letsel en minimaal één case per grootteklasse arbeidsorganisatie. Zoals hierna blijkt is in dit onderzoek van een vrije keuze van cases nauwelijks sprake geweest. Eveneens bleken de mogelijkheden voor het uitvoeren van een casestudie in sommige gevallen beperkt.

De caseselectie had het karakter van een zoektocht. Die tocht leidde eerst langs twee arbo-coördinatoren van een groot Nederlands bouwbedrijf en een groot Belgisch bouwbedrijf met vestigingen in beide landen, die duidelijk maakten niet mee te willen werken aan een casestudie-onderzoek. Vervolgens waren drie bedrijven (groot Nederlands bouwbedrijf, middelgroot- en klein Belgisch bouwbedrijf) bereid tot een oriënterend gesprek over het onderzoek. Daarna lieten deze de onderzoeker weten niet mee te willen werken in verband met het tijdsbeslag dat deelname aan het onderzoek met zich zou brengen. Een arbo-coördinator van een middelgroot Nederlands bouwbedrijf toonde zich bereid tot deelname aan het onderzoek, maar meldde enige tijd later dat de getroffen werknemer opzag tegen deelname. Werknemers van drie middelgrote bouwbedrijven uit Nederland waren wel bereid te participeren, maar in hun geval zag de werkgever af van deelname.

Tijdens de zoektocht is ook geprobeerd via verzekeraars contacten te leggen met getroffen werknemers en werkgevers. Gaandeweg werd echter duidelijk dat een aantal verzekeraars niet kon meewerken aan het werven van werkgevers voor casestudie-onderzoek, omdat men geen enkele formele relatie heeft met de werkgever (FBZ BE), of slechts een rol heeft in de bemiddeling bij de schadeafwikkeling en geen directe werkrelatie heeft met de werkgever (COV NL).

Uiteindelijk zijn via verschillende kanalen zeven cases gevonden:
- Met hulp van een Belgische arbeidsongevallenverzekeraar is het contact gelegd met de preventieadviseur van Grond BE. Via hem zijn de andere respondenten benaderd.
- Via een Nederlandse letselschaderegelaar werd contact gelegd met de werknemer van Dak NL. Vervolgens hebben letselschaderegelaar en werknemer geholpen bij het benaderen van de andere respondenten.
- Via een werknemer die had deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek is de keuze voor Orkest BE tot stand gekomen. Daarna zijn de andere respondenten bereid gevonden te participeren.
- Via de coördinator van de Belgische Vereniging voor OPS kon contact worden gelegd met de werknemer van Tapijt BE. Daarna is contact gelegd met de andere respondenten.
- Uit het onderzoek 'Leerzame schadeclaims'[608] (zie kader 7.1 voor uitleg over dit onderzoek) zijn in twee cases respondenten bereid gevonden mee te werken aan een

[607] Voor dit onderdeel is gebruik gemaakt van: Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek.* Lisse, Swets & Zeitlinger.
[608] Eshuis, W.A., M.H. Schaapman, N.J. Philipsen, J.R. Popma, G. van der Laan, J.G. Bakker, A.P. Nauta, B. Sorgdrager (2009). *Leerzame Schadeclaims, leren van "worst case scenarios" als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut. Zie ook: http://www.jur.uva.nl/hsi/actueel.cfm. In dit onderzoek is samengewerkt met het Kwaliteitsbureau NVAB

Kader 7.1: Onderzoek 'Leerzame schadeclaims'

In dit onderzoek stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke factoren zijn van invloed zijn op het ontstaan van de beroepsziekten OPS en RSI?
2. Wat zijn de mogelijkheden van verschillende betrokkenen (en met name bedrijfsartsen) om deze beroepsziekten te voorkomen?
3. Welke zijn de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen?
4. Wat zijn de mogelijkheden om het indienen van claims te voorkomen?

De eerste twee vragen zijn beantwoord door middel van een analyse van 37 letselschadedossiers met betrekking tot RSI en OPS. Het antwoord op de derde vraag is gebaseerd op interviews met 16 van de 37 betrokken werknemers. Het antwoord op de vierde vraag is gebaseerd op beide bronnen.

Het ontstaan van beroepsziekten

Uit de dossieranalyse blijkt dat werknemers met OPS door mobiel werk of RSI door industrieel werk 30 jaar respectievelijk 10 jaar blootstaan aan belastende werkomstandigheden, na 17 jaar respectievelijk 3 jaar de eerste beroepsziekteklachten ontwikkelen, en daarna nog geruime tijd doorwerken (13 jaar respectievelijk 7 jaar) voordat ze uitvallen De herkenning van deze beroepsziekten door de bedrijfsarts of een andere medisch zorgverlener laat duidelijk te wensen over. De dossieranalyse laat ook zien dat beroepsziekten in de bestudeerde dossiers niet slechts te wijten zijn aan ongezond werk, maar ontstaan door een combinatie van slechte arbeidsomstandigheden, hoge werkdruk en slechte werkverhoudingen. Daarnaast bleek de kwaliteit van de arbozorg in de onderzochte bedrijven ver beneden peil. Zo was er geen aandacht voor de beroepsziekte in de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) van het bedrijf, en werd het werkgerelateerde karakter van de klachten ontkend door de bedrijfsleiding, collega's en de betrokken bedrijfsarts. Ook de sociaal-medische begeleiding in de onderzochte gevallen liet te wensen over: bedrijfsartsen werden door de bedrijfsleiding op afstand gehouden, waren weinig pro-actief of bleken niet voldoende deskundig. Meestal werden werknemers met werkgerelateerde klachten simpelweg herplaatst in dezelfde slechte arbeidsomstandigheden, waardoor de gezondheidsklachten verergerden. Ook in de behandelende sector weet men vaak geen raad met beroepsziekten: het duurt doorgaans enkele jaren voordat een medisch specialist een beroepsziekte vaststelt. De onderkenning en behandeling van werkgerelateerde klachten in Nederland staat nog in de kinderschoenen.

Voorkomen beroepsziekten

Op basis van het dossieronderzoek wordt het belang van vroegtijdige onderkenning van beroepsziekten benadrukt. Hierdoor kunnen in een vroeg stadium maatregelen getroffen worden om verergering van het ziektebeeld te voorkomen en kan de werknemer naar een passende functie worden begeleid. Dit voorkomt dat werknemers in een laat stadium vastlopen en zich niet goed bejegend voelen. Ook kunnen hierdoor bijtijds de arbeidsomstandigheden worden aangepast, waardoor collega's niet dezelfde beroepsziekte oplopen. Om die vroege signalering en aanpak van beroepsziekten te waarborgen, wordt een laagdrempelige toegang tot de bedrijfsarts voorgesteld. Een dergelijke bedrijfsarts moet voldoende expertise van beroepsziekten hebben en werkgerelateerde aandoeningen bespreekbaar maken bij de werkgever. Daarnaast wordt in het rapport voorgesteld om voor complexe werkgerelateerde problemen een laagdrempelige toegang tot gespecialiseerde tweedelijns arbozorg mogelijk te maken.

Van diagnose naar claim

Doorgaans wordt de beroepsziekte vastgesteld nadat betrokkene uit dienst is. Pas daarna gaat het AVB compensatiesysteem een rol spelen. In alle vier Nederlandse cases wordt de schade geheel of gedeeltelijk afgewikkeld via de AVB centraal. In alle vier cases neemt die afwikkeling 7 jaar in beslag. In het onderzoek "financiële schade door OPS?" wordt dit beeld voor een deel bevestigd: de groep OPS' ers wier claim was afgehandeld had daar 4,5 jaar op moeten wachten. De even grote groep OPS' ers wiens claim nog in behandeling was, wachtte daarop reeds meer dan 6 jaar.

De motieven voor het indienen van een schadeclaim

In tegenstelling tot wat de onderzoekers verwachtten, vormen financiële redenen niet het hoofdmotief om een claim in te dienen. De motieven van werknemers zijn vooral sociaal-emotioneel van aard. Te denken valt aan de verwerking van leed en pijn die zijn veroorzaakt door de beroepsziekte en door de ontkenning van de klachten door werkgever, bedrijfsarts en medisch specialisten. Werknemers voelen zich vooral slecht behandeld, zijn daarover kwaad en dienen daarom een claim in. Financiële motieven gaan vooral een rol spelen als werknemers werkloos worden of in een arbeidsongeschiktheidsregeling komen.

De mogelijkheden om schadeclaims te voorkomen

Op basis van dossieranalyse en interviews concluderen de onderzoekers dat letselschadeclaims kunnen worden voorkomen als bedrijven en bedrijfsartsen inzetten op humane en adequate preventie en bejegening van (potentiële) slachtoffers van een beroepsziekte. In de praktijk zou dit moeten betekenen: erkenning van de beroepsziekte door de (arbeids)omgeving, het serieus nemen van klachten en zorgen voor aanpassing van werkplekken en fatsoenlijke re-integratie.

(Nederlandse Vereniging voor Arbeids en Bedrijfsgeneeskunde). Het onderzoek is financieel ondersteund door Stichting Instituut Gak.

interview. Een van die cases is Tapijt NL. Voor Tapijt NL is gekozen omdat dit een van de weinige OPS cases was binnen de populatie van 'Leerzame schadeclaims' waarin de werknemer aan het werk is. Voor case Assemblage NL is gekozen, vanwege het extreme karakter ervan. Voor zover bekend zijn in Nederland nooit bij één bedrijf binnen een relatief korte periode van acht jaar zo veel RSI claims ingediend en afgerond. De overweging om voor deze case te kiezen was was dat in een degelijke case de effecten van een schadevergoeding op preventie zeer duidelijk zichtbaar zouden moeten zijn.

- De zevende en laatste case (Chemie NL) werd uitgevoerd op verzoek van de stafbedrijfsarts van Chemie NL. Deze verzocht een onderzoek uit te voeren naar alternatieven voor letselschadeclaims, die bij het bedrijf met enige regelmaat werden ingediend door personeel van onderaannemers. Alhoewel deze case niet nodig was om het totaal van zes casestudies te bereiken, is om een aantal redenen deze casestudie toch uitgevoerd. In tegenstelling tot de overige zes cases werd de onderzoeker in de gelegenheid gesteld om alle betrokken actoren te bevragen en bedrijfsdocumenten in te zien. Hierdoor kon een relatief compleet beeld van de situatie kon worden verkregen. Tenslotte sloot de onderzoeksvraag van het chemiebedrijf goed aan bij de onderzoeksvraag 2 van dit onderzoek : "Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat het gepaard gaat met optimale preventie?

Deze zeven cases verschillen in slechts één opzicht van de gewenste selectie zoals die in hoofdstuk 4 is geschetst.[609] Het is niet gelukt om in België een casestudie uit te voeren in een grote onderneming. Met de arbo-coördinator van de geselecteerde onderneming, die zowel in Nederland als België actief is, was reeds een aantal oriënterende gesprekken gevoerd, waarin ook de bereidheid tot deelname aan het casestudie-onderzoek was uitgesproken. Echter een flinke reorganisatie van het bedrijf gooide roet in het eten, aangezien de betreffende arbo-coördinator ontslagen werd en op dat moment niemand binnen het bedrijf bereid was zijn rol in het casestudie-onderzoek over te nemen. In plaats van dit bedrijf kwam, op advies van de Belgische arbeidsongevallenverzekeraar, Grond BE, een middelgrote onderneming, in beeld.

Geen vrije keuze respondenten

Het oorspronkelijke uitgangspunt om in alle cases alle relevante sleutelactoren (de werkgever of actoren namens de werkgever, één of meerdere actoren namens het compensatiesysteem, de werknemer, de bedrijfsarts/ arbeidsgeneesheer) te interviewen is losgelaten. Dit bleek niet haalbaar omdat niet alle actoren wilden meewerken. Daarom is dit criterium bijgesteld naar minimaal drie verschillende sleutelactoren en is gezocht naar afgeronde schadesituaties die (mede) aan dit criterium konden voldoen. Van een daadwerkelijke vrije keuze van respondenten was dus geen sprake.

Op basis van het vooronderzoek, het vragenlijstonderzoek en de ervaringen van de onderzoeker is de inschatting gemaakt dat het merendeel van de potentiële respondenten niet spontaan bereid zou zijn deel te nemen aan een casestudie. Daarom is bij het benaderen van respondenten omzichtig te werk gegaan.

Allereerst is gesproken met degenen die zich meteen bereid verklaarden tot een gesprek: de preventieadviseur van Grond BE, de werknemer van Dak NL, de werknemer van Orkest BE, de werknemer van Tapijt NL, de werknemers van Assemblage NL en de stafbedrijfsarts van Chemie NL. Via hen zijn vervolgens de lijnen uitgezet naar de volgende kring respondenten. Soms werd externe hulp ingeschakeld om een respondent te bewegen tot deelname aan het onderzoek. Drie potentiële respondenten besloten uiteindelijk niet deel te nemen, ook na een herhaald verzoek daartoe. De AVB verzekeraar van Tapijt NL meldde twee keer dat men het te druk had met andere werkzaamheden.

[609] Zie hiervoor paragraaf 4.2.3, tabel 4.3.

Werkgever Dak NL is tweemaal per brief benaderd. In vervolg op de eerste brief is er telefonisch contact geweest. In dat telefoongesprek liet de werkgever het bij een korte mededeling:

> "De afhandeling van het ontslag is mij niet in de kouwe kleren gaan zitten; ik voel me als een boef behandeld; geestelijk heeft me het heel veel gedaan. Ik kan u daarom niet te woord staan. Probeert u het over een half jaar nog maar weer eens. Misschien heb ik er dan wel zin in."

Een half jaar later is deze werkgever wederom per brief benaderd, met het verzoek tot deelname aan het onderzoek. De werkgever is niet op dat verzoek ingegaan.

Een van de bedrijfsartsen van Assemblage NL werd eerst benaderd door een collega bedrijfsarts die hem opriep deel te nemen aan het casestudie-onderzoek. Desondanks werd van deze bedrijfsarts een afwijzing ontvangen: ("het lijkt me niet verstandig deel te nemen aan het onderzoek"). Twee bedrijfsartsen bleken onvindbaar (één van de bedrijfsartsen van Assemblage NL en de bedrijfsarts van Tapijt NL). Nagenoeg alle respondenten zijn eerst per brief of per e-mail op de hoogte gesteld van het onderzoek en van het verzoek tot een interview.

Bereidheid tot deelname aan een interview in verband met het casestudie-onderzoek
Tijdens de gesprekken viel de openhartigheid op van de werknemersrespondenten. Deze respondenten hadden een sterke behoefte te vertellen over de vervelende ervaringen die men had gehad in verband met het ontstaan van het letsel, het afscheid van de arbeidsorganisatie, de behandeling van letsel in de reguliere gezondheidszorg, de re-integratieperiode en de afhandeling van de letselschade.

De werkgeversrespondenten reageerden wisselend: afwijzend, ondanks verschillende toenaderingspogingen en ondanks de verzekering dat de anonimiteit gewaarborgd zou worden (Dak NL); wantrouwend omtrent de bedoelingen van de onderzoeker (Assemblage NL); overrompelend door de onderzoeker te overstelpen met allerlei 'bewijzen' dat de onderneming zo goed is voor haar werknemers (Tapijt NL); en meewerkend (Chemie NL, Grond BE, Tapijt BE, Orkest BE). Er was geen verband zichtbaar met het type compensatiesysteem.

De verzekeraars reageerden eveneens verschillend: in België werd een open houding aangetroffen. Zowel de betreffende arbeidsongevallenverzekeraar als FBZ BE ondersteunden het onderzoek. In Nederland had één van de verzekeraars een afwijzende opstelling (verzekeraar Tapijt NL), twee bleken bereidwillig om mee te doen (verzekeraars van Assemblage NL en Chemie NL) en twee verzekeraars wilden wel enige telefonische informatie verschaffen, maar waren niet bereid het archief te raadplegen (Dak NL). De vier letselschaderegelaars die, in Nederland, namens de slachtoffers hadden opgetreden, werkten volledig mee.

Betrouwbaarheid (navolgbaarheid) van het casestudie-onderzoek
De (externe) betrouwbaarheid van een onderzoek is de herhaalbaarheid van een totaal, afgerond, onderzoek door andere, onafhankelijke, onderzoekers. Het is in (deze) casestudies niet mogelijk om nogmaals met alle respondenten dit casestudie-onderzoek te herhalen. Sommige respondenten zullen weigeren deel te nemen terwijl anderen mogelijk zijn gewisseld van positie of niet meer bereikbaar zijn. De herhaalbaarheid is in deze casestudies dus afwezig, aangezien voor een deel de resultaten niet tijdloos zijn, maar een tijdelijk karakter hebben. De specifieke cases zullen nooit meer dezelfde inhoud hebben aangezien veranderingen zijn opgetreden, eerder genomen maatregelen zijn uitgewerkt of respondenten niet meer werkzaam zijn. Bij casestudies wordt daarom herhaalbaarheid niet opgevat als herhaling van waarnemingen door een andere waarnemer, maar als 'in principe' herhaalbaar. Een nog adequatere term is navolgbaarheid, waarmee aangegeven zou kunnen worden dat de lezer van het onderzoeksrapport alles kan volgen en beoordelen. Die navolgbaarheid is hier nagestreefd. Daartoe is in de inleiding stilgestaan bij de theoretische uitgangspunten van dit onderzoek, in

hoofdstuk 4 bij de methodologische uitgangspunten, en in dit hoofdstuk aandacht besteed aan het zoeken en vinden van cases, de keuze van de respondenten en de bereidheid van actoren om deel te nemen aan het onderzoek. Hierna zal, in verband met de betrouwbaarheid in termen van navolgbaarheid, aandacht besteed worden aan het gehanteerde protocol en de rol van de onderzoeker. Mede ten behoeve van de externe betrouwbaarheid/ navolgbaarheid zijn de casebeschrijvingen en de beoordeling van die beschrijvingen als bijlage opgenomen.

Protocol casestudies
Yin beschouwt een casestudie-protocol als een belangrijk middel om de betrouwbaarheid van casestudies te vergroten.[610] Een dergelijk protocol dient te bestaan uit een overzicht van het project, veldprocedures (plaats, bronnen van informatie, documentatie, sleutelinformanten, deelnemende informanten), de vragen die gesteld zijn, de ontwikkeling van interviewhandleidingen en een stramien voor de rapportage van casestudies. Hierna wordt beschreven op welke wijze aan deze eisen is voldaan. Het verslag van de cases is in bijlage 3 opgenomen.

Elke case heeft dezelfde opzet. In de casebeschrijving (paragraaf 7.2) komt die opzet terug. Elke casebeschrijving bevat informatie over zes onderdelen. In tabel 7.1 staan die onderdelen op een rij. Elke casebeschrijving begint met een korte schets van de arbeidsorganisatie en het betreffende individu. Tevens wordt vermeld op welke bronnen de casebeschrijving is gebaseerd: met welke actoren is gesproken, welke overige bronnen zijn geraadpleegd? Die korte schets wordt gevolgd door een beschrijving van de preventiesituatie voorafgaand aan de schadeclaim, dat wil zeggen fase 1 van het letselschadeproces.[611] In het derde deel van de casebeschrijving volgt een schets van het ontstaan van de beroepsziekte of het arbeidsongeval en komt de behandeling en re-integratie van de betrokken werknemer aan bod. Het vierde deel van de beschrijving bevat een overzicht van de veranderingen, die zijn gesignaleerd tijdens de indiening en de afhandeling van de schadeclaim. In dit vierde deel wordt telkens aangegeven in welke fase van het schadeclaimproces (fase 2 tot en met fase 6) die veranderingen zijn opgetreden. Het vijfde deel van de casebeschrijving bevat een overzicht van de preventieve veranderingen na afronding van de schadeclaim (fase 7 letselschadeproces).

In elke casebeschrijving is (in voetnoten) vermeld in welke vorm van preventie de veranderingen zijn opgetreden: is sprake geweest van primaire-, secundaire-, tertiaire- of quartaire preventie bij het individu en in de arbeidsorganisatie? Daarnaast is weergegeven of veranderingen in de preventiestructuur zijn opgetreden. In voetnoten wordt ook een waardering aan de veranderingen gegeven. De veranderingen worden beoordeeld als positief (aangeduid met +), als negatief (aangeduid met -) of met een ? aangeduid , indien de aard van de verandering moeilijk te duiden is, bijvoorbeeld omdat de actoren daarover verschil van mening hebben of omdat een effect -nog- niet duidelijk is. Tevens wordt in elke case vermeld welke van de zes factoren van invloed zijn op de veranderingen: het compensatiesysteem, de gezondheidszorg, de sociale zekerheid, het externe preventiesysteem, de arbeidsorganisatie of het individuele slachtoffer. Tenslotte is weergegeven of de preventiesituatie na afronding van de claim is veranderd. Die beoordeling is gemaakt door de onderzoeker. In de beoordeling van de preventieve veranderingen is geprobeerd zoveel mogelijk aan te sluiten bij de feiten respectievelijk de beoordeling van de veranderingen door de respondenten. Zoals hierna in paragraaf 7.3.1 ook aan bod komt, is het vaststellen van preventieve veranderingen niet zozeer een kwestie van vaststelling van de feiten. Het vaststellen van preventieve veranderingen is een subjectieve bezigheid. Het blijkt dat verschillende respondenten vaak verschillende perspectieven hebben op de veranderingen en daaraan een verschillende waardering geven. De beoordeling wordt dus beïnvloed door de subjectiviteit van de verschillende respondenten en de subjectiviteit van de onderzoeker.

[610] Yin, R. K. 2003. *Case Study Research. Design and Methods.* London, Sage Publications. p. 67: "The protocol is a major way of increasing the reliability of case study research and is intended to guide the investigator in carrying out the data collection from a case-study".
[611] Het letselschadeproces bestaat in theorie uit 7 fasen: pre-claimfase (1), naming (2), blaming (3), claiming (4), dispuut (5), juridische afhandeling (6), postclaimfase (7). Zie voor een beschrijving hiervan de inleiding op dit boek.

Tabel 7.1: Analyse casestudies (vet gearceerd items die eveneens in het vragenlijstonderzoek aan de orde zijn gekomen)

Onderdeel casestudie		Arbeidsorganisatie			Individu		
1.Schets arbeidsorganisatie en individu		**sector**			**leeftijd**	**burgerlijke staat**	
		aard bedrijvigheid,			**geslacht**	**werk en/of uitkering**	
		omvang			**beroep**		
		land			**dienstverband**		
		soort verzekeringen			**letsel**	verhalen van individu over arbeid+ gezondheid	
		Arbeidsorganisatie			Individueel		
2.Preventiesituatie voor indiening claims (fase 1)	- primair	actoren	Effect: Maatregelen Gedrag Incidentie kosten		intenties	effect: maatregelen gedrag incidentie kosten	
	- secundair	intenties			doelstellingen		
	- tertiair	doelstellingen			middelen		
	- quartair	middelen					
	- preventiestructuur						
		Arbeidsorganisatie			Individu		
3.Schets ontstaan beroepsziekte/ arbeidsongeval	belastende factoren beroepsziekte	**opvatting over ontstaan** -feiten -verhalen van actoren over ontstaan en oorzaken			**opvatting over ontstaan** -feiten -verhalen van individu over ontstaan en oorzaken		
	oorzaken arbeidsongeval						
4.Schadeclaim, indiening en afhandeling (fase 2-6)		**ingediend**			**afgerond**		
		kenmerken compensatiesysteem			toepassing preventieve instrumenten		
		welke actoren weten van claim					
		Arbeidsorganisatie			Individueel		
5.Preventiebalans: welke preventieve veranderingen zijn opgetreden tussen fase 2 en fase 7	**- primair**	**actoren**	**veranderingen: maatregelen gedrag incidentie kosten**		intenties	**veranderingen: maatregelen gedrag incidentie kosten**	
	- secundair	intenties			doelstellingen		
	- tertiair	doelstellingen			middelen		
	- quartair	middelen					
	- preventiestructuur						
6. Tabel preventiebalans. welke factoren waren van invloed op preventie		Arbeidsorganisatie			Individueel		
		compensatie-systeem	sociale zekerheid	gezondheidszorg	extern preventiesysteem	arbeids-organisatie	individu
Positieve (+) en negatieve veranderingen (-), nog niet duidelijk veranderingen (?) in de arbeidsorganisatie in de primaire, secundaire, tertiaire en quartaire preventie.	positieve (+) en negatieve veranderingen (-), nog niet duidelijk veranderingen (?) bij het individu op primaire, secundaire, tertiaire en quartaire preventie						
Preventiestructuur: Positieve (+) en negatieve veranderingen (-); nog niet duidelijk veranderingen: (?)							

Elke casebeschrijving sluit af met twee tabellen, de tabel met de preventiebalans en de tabel met de financiële balans. De tabel preventiebalans bevat een numerieke weergave van alle preventieve veranderingen in fase 2 tot en met 7 en de factoren die daarop van invloed zijn. De numerieke weergave is een hulpmiddel om op caseniveau inzicht te krijgen in het aantal preventieve veranderingen. Bovendien kan door middel van de numerieke weergave de relatieve invloed van elk van de zes factoren worden weergegeven. De betekenis van de toegekende getallen verschilt per case. Met de numerieke weergave kunnen cases dus niet onderling worden vergeleken.

De tweede tabel, een overzicht van de financiële balans, bestaat uit een schatting van de kosten en opbrengsten van de case en aan wie die kosten en baten toevallen. Die financiële balans is tot stand gekomen met hulp van één of meerdere van de betrokken actoren. Die actoren worden vermeld bij de toelichting op die tweede tabel.
In Tabel 7.2 staan de afzonderlijke scores per casestudie op een rij. Om de navolgbaarheid van de casestudies te vergroten, zijn digitale opnames gemaakt van nagenoeg alle interviews, uitgezonderd van respondenten die hiertegen bezwaar hadden. Bovendien zijn de zeven casebeschrijvingen als bijlage in dit boek opgenomen. Deze beschrijvingen geven inzicht in de wijze waarop de beoordeling van de preventieve veranderingen per case tot stand is gekomen.

Dataverzameling heeft plaatsgevonden met behulp van verschillende databronnen: gestructureerde vragenlijsten, gestructureerde interviews, dossieronderzoeken en schriftelijke informatie. De verschillende vragenlijsten die zijn ontwikkeld voor het vragenlijstonderzoek (zie hoofdstuk 4 en 6) zijn als uitgangspunt genomen voor de inhoud en de structuur van het interview.

Validiteit van het casestudie-onderzoek[612]

Er zijn verschillende maatregelen genomen om de (interne) validiteit van dit casestudie-onderzoek, dat wil zeggen de mate waarin de gegevens een juist beeld geven van de werkelijkheid in de verschillende arbeidsorganisaties, te optimaliseren. Zo zijn in elke case minimaal drie verschillende sleutelactoren geïnterviewd. In alle casestudies is op meerdere momenten 'gemeten'. De verschillende interviews hadden een interval van enkele maanden tot twee jaar. Voor een deel was dit een gedwongen interval, omdat een volgende respondent niet direct benaderd kon worden maar via een derde moest worden benaderd, of omdat in een case veel verschillende respondenten geïnterviewd zijn. In de interviews is niet alleen de actuele situatie besproken maar zijn ook gegevens over een voorafgaande periode achterhaald. De lengte van die terugblikperiode varieerde van enkele maanden tot enkele jaren. Het vragenlijstonderzoek ging in alle gevallen een half jaar vooraf aan de interviews.[613]
Sommige methodologen suggereren om ten behoeve van de validiteit de informanten een conceptverslag van het interview toe te zenden. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd. Daarvoor is een aantal redenen:

1. Het kostte in bepaalde gevallen veel moeite om respondenten te bewegen te participeren in het onderzoek; een verzoek om de tekst van het interview te controleren zou een extra belemmering kunnen vormen om deel te nemen aan het onderzoek.
2. Niet alle respondenten beschikten over voldoende taalvaardigheid om die verslagen te controleren.
3. Soms waren gesprekken erg emotioneel, met name met de getroffen werknemers, waardoor de angst bestond dat de rapportage die emoties weer zou oproepen en vervelende ervaringen weer onnodig naar boven zouden komen.
4. In sommige gevallen gaven respondenten slechts eenmalig toestemming en wilde men niet meer tijd besteden aan het onderzoek.

Alhoewel sommige respondenten wel bereid en in staat waren tot correctie van de concept verslagen, is besloten alle verslagen van interviews met respondenten op dezelfde manier te behandelen en aan geen enkele respondent een verslag toe te zenden. Overigens heeft wel in een groot aantal gevallen een tweede interview plaatsgevonden met respondenten, om de verstrekte informatie na te trekken of om aanvullende vragen te stellen. De casestudie Chemie NL vormde een uitzondering op deze werkwijze. In die case, die opgezet is op verzoek van de leiding van Chemie NL, is in het eindrapport ten behoeve van Chemie NL een overzicht gegeven van de uitkomsten van de interviews. Niemand van de 15 respondenten heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de tekst van de interviews te amenderen. Om de validiteit verder te verhogen, is in de casestudies data-triangulatie toegepast door gebruik te maken van diverse databronnen.[614] Niet alleen is als uitgangspunt genomen dat van de vier sleutelactoren (actoren vanuit het externe preventiesysteem, vanuit de arbeidsorganisatie, de werknemer, en vanuit het compensatiesysteem) minimaal drie geïnterviewd zouden moeten worden. Ook is gebruik gemaakt van verschillend bronnenmateriaal: dossiers, jaarverslagen, ongevals-rapporten en letselschaderapporten. Deze benadering zorgt ervoor dat zo dicht mogelijk bij 'de' feiten is gebleven en een eenzijdig beeld wordt voorkomen. Hiervoor is reeds vermeld dat in de casebeschrijvingen een deel van de directe uitlatingen van de respondenten is opgenomen, teneinde zo goed mogelijk de door de verschillende actoren-gepercipieerde-werkelijkheid te laten zien.

[612] Voor dit onderdeel is gebruik gemaakt van: Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek.* Lisse, Swets & Zeitlinger.
[613] Swanborn, P.G. (1996). *Case- study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom. p.24.
[614] Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse, Swets & Zeitlinger. p.293.

Casestudie-analyse
Bij de analyse van de cases is geprobeerd om de resultaten op een zo natuurgetrouwe manier te verkrijgen en te presenteren. Daarbij is gepoogd maximale openheid voor onbekende verschijnselen te betrachten. Deze open benadering leidde tot een drietal nieuwe inzichten over de preventiebalans, de rol van de gezondheidszorg en de preventieve veranderingen bij het individu.

Preventiebalans
Tijdens de analyse is de term preventiebalans ontwikkeld. De term preventiebalans verdient enige uitleg. Deze term benoemt dat in een arbeidsorganisaties in een bepaalde periode, in dit geval de onderzoeksperiode, verschillende ontwikkelingen op het vlak van preventie zijn te onderscheiden. Er blijkt niet alleen sprake te zijn van een (beperkt aantal) positieve preventieve veranderingen, zoals in het vorige hoofdstuk op basis van het vragenlijstonderzoek werd gesignaleerd, maar ook van negatieve preventieve veranderingen. Positieve en negatieve veranderingen kunnen gelijktijdig optreden of elkaar afwisselen; die veranderingen kunnen optreden in de verschillende vormen van preventie (primair, secundair, tertiair, quartair) en ze kunnen betrekking hebben op de individuele getroffen werknemer en de arbeidsorganisatie. Daarnaast kunnen ze zijn ontstaan in verschillende fasen. Van deze ontwikkelingen is dus een preventiebalans opgemaakt, die net als een financiële balans, een tijdelijk karakter heeft. De term preventiebalans maakt niet duidelijk dat gedurende de onderzoeksperiode in de cases naast veranderingen, ook sprake is van stilstand of non-interventie. In alle cases blijven de fundamentele problemen, die ten grondslag liggen aan de arbeidsongevallen en beroepsziekten, geheel of gedeeltelijk bestaan omdat niet of niet adequaat ingegrepen is door een of meerdere van de actoren.

Gezondheidszorg
Voor de start van het casestudie-onderzoek is, op basis van de verkenning in hoofdstuk 1 – 5 de conclusie getrokken dat bij de analyse van het vraagstuk van werknemerscompensatie en preventie vijf factoren in ogenschouw genomen moesten worden: het externe preventiesysteem, de sociale zekerheid, het systeem van werknemerscompensatie, de arbeidsorganisatie en het individu zelf. Tijdens de analyse kwam het inzicht dat ook de gezondheidszorg en het handelen van actoren binnen die zorg (medisch specialisten, huisartsen) kan leiden tot preventieve veranderingen tijdens en na de schadeclaim. Dit beeld werd nog eens bevestigd in het onderzoek 'Leerzame schadeclaims' (zie box 7.1). Daarom is dit element ook opgenomen in het analysekader.

Preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie én bij het individu
Tijdens de caseanalyse werd gaandeweg duidelijk hoe de verschillende elementen met elkaar in verband staan. Zes factoren (werknemerscompensatiesysteem, gezondheidszorg, sociale zekerheidssysteem, extern preventiesysteem, de arbeidsorganisatie en het individu[615]) hebben invloed op de veranderingen in de preventie binnen arbeidsorganisaties (hierna aangeduid met 'preventieve veranderingen'). Die preventieve veranderingen blijken niet alleen op te treden in de arbeidsorganisatie, maar ook bij het getroffen individu. Daarom is ervoor gekozen de veranderingen bij het individu apart zichtbaar te maken. Op die manier kan eveneens duidelijk worden gemaakt in hoeverre veranderingen bij het individu samenhangen met veranderingen in de arbeidsorganisatie.

Rol van de onderzoeker
Tot slot van deze methodologische verantwoording verdient de rol van de onderzoeker aandacht. De onderzoeker heeft verschillende rollen: naast interviewer en verzamelaar van informatie is hij ontwerper van het analysekader en verantwoordelijk voor de beschrijving van

[615] De volgende actoren worden tot de gezondheidszorg gerekend: huisarts, medisch specialist, psycholoog, paramedicus; tot het sociale zekerheidssysteem worden de werknemers in dienst van de sociale zekerheidsorganisaties in Nederland en België gerekend. De volgende actoren behoren tot het externe preventiesysteem: de arbeidsinspectie, de vakbonden, de externe preventiedienst of arbodienst en overige externe preventie professionals.

de cases. Hierin zitten tal van subjectieve elementen die de validiteit en betrouwbaarheid van het casestudie-onderzoek beïnvloeden. Zo is de informatieverzameling en de vermelding van de zienswijze van de respondenten niet los te zien van de expertise en zienswijze van de onderzoeker zelf.

De theoretische uitgangspunten van de onderzoeker, die zich trouwens verder hebben ontwikkeld in de loop van het casestudie-onderzoek, zijn vermeld in de inleiding. De expertise van de onderzoeker is onder andere gebaseerd op ervaringen in de Nederlandse letselschadepraktijk. Op basis van die ervaringen is, ten behoeve van de informatieverzameling, ervoor gekozen om zoveel mogelijk gesprekken te voeren in de eigen omgeving van de respondenten, doorgaans de werkkamer van de respondenten binnen de arbeidsorganisatie, het preventiesysteem en het compensatiesysteem, en de keukentafel van de getroffen werknemers. In deze gesprekken is getracht het vertrouwen te winnen van de respondenten en hen de tijd te geven hun visie op de schadeclaim en de preventieve veranderingen toe te lichten. Deze aanpak kan er ook toe bijdragen dat zogenaamde reactiviteit wordt beperkt, dat is het fenomeen dat onderzochten zich onder de aanwezigheid van de onderzoeker anders kunnen gedragen.[616]

De rol van de onderzoeker is ook van belang in de analyse van de preventieve veranderingen. Die analyse bestaat niet alleen uit zogenaamde eerste orde analyse (de weergave van de directe uitlatingen van de respondenten), maar ook van tweede orde analyse (de interpretaties en indeling in zelf geconstrueerde begrippen door de onderzoeker).[617] Dit betekent dus dat naast de gedocumenteerde 'feiten' en opinies in documenten, en de - gepercipieerde- feiten en opinies van de verschillende respondenten, de onderzoeker zelf ook zijn individuele perspectief toevoegt aan de dataverzameling en -analyse. Het (subjectieve) perspectief van de onderzoeker is zoveel mogelijk getoetst aan de informatie die door de respondenten is verstrekt en aan hun perspectief op de werkelijkheid.

Slotopmerkingen over het onderzoeksproces

Op verschillende manieren is getracht een waarheidsgetrouw beeld te schetsen van het brede en veelkleurige pallet van de verschillende preventieve veranderingen, de factoren die invloed hebben op die preventieve veranderingen, en de (soms) verschillende waardering van die veranderingen door de respondenten en, in sommige gevallen, de onderzoeker. Er is getracht om een zo betrouwbaar mogelijke reconstructie van de werkelijkheid te maken. Alhoewel verschillende maatregelen zijn genomen om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen blijft dit casestudie-onderzoek een weergave van de subjectieve interpretaties van de werkelijkheid van compensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties. Een meer objectieve meting is misschien in theorie wel mogelijk, bijvoorbeeld door middel van een combinatie van een voormeting en een nameting in combinatie met metingen bij een controlegroep. Echter dit onderzoek laat zien dat dit in de praktijk onmogelijk is. Een dergelijke controlegroep die niet claimt (en eventueel wel letsel door een beroepsziekte of arbeidsongeval heeft opgelopen) is moeilijk samen te stellen, en bovendien zijn de overige variabelen niet constant te houden. Sterker nog: de verandering blijkt juist een van de belangrijkste kenmerken van de onderzochte situaties.

[616] Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse, Swets & Zeitlinger. p.283.
[617] Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research – a practical handbook.* London, Sage Publications. p.152.

7.2 Beschrijving van de zeven cases

Hierna volgt een beknopte beschrijving van de zeven cases die zijn onderzocht. Bijlage 3 biedt een uitgebreider overzicht van deze cases. De casebeschrijvingen hebben dezelfde opzet. Na een introductie van de hoofdrolspelers, het ontstaan van de beroepsziekte of het arbeidsongeval en de gerealiseerde schadevergoeding of schade-uitkering, volgt een overzicht van de preventieve veranderingen die zijn opgetreden tussen het moment van het ontstaan respectievelijk de benoeming van het letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte (fase 2 van het letselschadeproces), tot en met fase 7 van het letselschadeproces, de situatie na een afgeronde claim. Elke casebeschrijving wordt afgesloten met een beschouwing over de betreffende case. De zeven cases zijn:

- case Grond BE, de heer Bas, letsel door arbeidsongeval, uitkering via AOV BE;
- case Dak NL, de heer Patje, letsel door arbeidsongeval, uitkering via COV NL;
- case Chemie NL, de heer Ulf, letsel door arbeidsongeval, schadevergoeding AVB NL;
- case Orkest BE, mevrouw Wert, schoudertendinitis, uitkering FBZ BE;
- case Tapijt BE, de heer Cool, OPS, uitkering FBZ BE;
- case Tapijt NL, de heer Haan, OPS en rugklachten, schadevergoeding via AVB NL;
- case Assemblage NL, zes productiemedewerksters met RSI, schadevergoeding via AVB NL.

7.2.1 Case Grond BE, de heer Bas, letsel door arbeidsongeval, uitkering via AOV BE (daarnaast schadevergoeding via AVB)

- **Case geselecteerd op advies van de arbeidsongevallenverzekeraar.**
- **Totaal aantal respondenten: 5.**
- **Werknemer in dienst sinds 1998, uit dienst met ernstig letsel in 2006.**
- **Arbeidsongeval in 2004 en 2006, in beide gevallen op het terrein van een chemieconcern.**
- **Geen maatregelen door opdrachtgever of hoofdaannemer op locatie na 1e en 2e ongeval; wel maatregelen na 2e ongeval door werkgever Grond BE.**
- **Preventieve veranderingen in arbeidsorganisatie (Grond BE), vooral door actieve preventieadviseur van Grond BE onder andere in samenwerking met preventieadviseur verzekeraar en arbeidsgeneesheer. Veranderingen staan echter niet in direct verband met ongevallen van dhr. Bas.**
- **Compensatiesysteem AOV BE heeft alleen indirecte invloed op zowel positieve als negatieve veranderingen; schadevergoeding via AVB heeft geen invloed op preventie.**
- **Daling arbeidsongevallen en premie AOV BE vooral door afstoten bedrijfsonderdeel.**
- **Fouten bij medische diagnostiek en claimbeoordeling.**
- **Werknemer is volledig arbeidsongeschikt (ernstig letsel) en heeft geen werk.**
- **Kosten arbeidsongevallen (schatting € 536.000) worden niet gedragen door arbeidsorganisatie maar door de AVB verzekeraar, de arbeidsongevallenverzekeraar en de RVA (arbeidsvoorziening).**

Ontstaan en vergoeding letsel
Bas (1960) is sinds 1976 werkzaam in de bouw en sinds 1998 in dienst bij Grond BE (70 werknemers, familiebedrijf, regionaal actief in grond-, weg- en waterbouw) als metselaar/grondwerker. Hij verricht voornamelijk werkzaamheden op het terrein van een chemieconcern, dat tevens de opdrachtgever is, en het werk heeft gegund aan een hoofdaannemer bouwbedrijf. Grond BE is onderaannemer. Op dit terrein loopt Bas in korte tijd twee ongevallen met letsel op.

Het eerste ongeval treedt op in januari 2004: terwijl Bas een put metselt, valt een ladder (gebruikt bij constructiewerk door een andere firma) op zijn rug en nek. Over de directe oorzaak bestaat helderheid (ladder) over de achterliggende oorzaken bestaan verschillende opvattingen. Het letsel bestaat uit een gebroken knieschijf, een longcontusie en een gebroken halswervel. Dat laatste wordt pas 8 maanden later geconstateerd, als hij zijn werk heeft hervat en nog steeds gezondheidsklachten heeft. Bas stelt de gebruiker van de ladder met succes aansprakelijk (schadevergoeding € 80.000 van verzekeraar) en ontvangt een jaarlijkse

uitkering (€ 3961) van de arbeidsongevallenverzekeraar. Deze verzekeraar verhaalt een deel van de schade op de verzekeraar van de derde partij.

Het tweede ongeval vindt plaats in augustus 2006 (1½ jaar na werkhervatting): Bas verricht werkzaamheden in een put en raakt bedolven onder een laag aarde als de wanden instorten. Over de oorzaken en de te nemen preventiemaatregelen bestaan (achteraf) diepgaande verschillende van mening tussen de verschillende actoren (werknemer, preventieadviseurs bedrijven). Het letsel bestaat uit een wervelfractuur met nek- en rugklachten. Bas ontvangt vanwege dit letsel eveneens € 3961 per jaar. Daarnaast ontvangt hij sinds de consolidatie-datum van het letsel (mei 2007) een maandelijkse uitkering van € 1000 uit de werkloosheidskas.

Preventieve veranderingen
De meeste preventieve veranderingen hebben plaatsgevonden binnen de arbeidsorganisatie (20). Er zijn positieve veranderingen (8) geconstateerd in de *primaire preventie*. Door Grond BE zijn, onder leiding van de preventieadviseur van Grond BE en op initiatief van de preventieadviseur van de verzekeraar, in 2005 en 2008 veiligheidscampagnes uitgevoerd gericht op informatie en bewustwording van het personeel.

De preventieadviseur van de verzekeraar over de campagnes:

- Ik heb Grond BE twee keer in campagne (2005 en 2008) genomen. Het initiatief werd door ons genomen. We hadden geconstateerd dat de frequentiegraad goed was, maar de ernstgraad was slecht. De aanpak van beide campagnes was dezelfde en bestond uit de volgende stappen:
  - analyse -samen met de preventieadviseur van Grond BE- van de oorzaken van de hoge ernstgraad;
  - veiligheidsopleiding in de winter (bouwpersoneel), en in augustus (voor staf en lijnpersoneel);
  - opleiding werknemer: ondergrondse leidingen, sleuven, aanslaan lasten; opleiding staf en lijn: aansprakelijkheden, verantwoordelijkheden, kosten bij arbeidsongevallen;
  - de campagnes werden gefinancierd door de Stichting Vakopleiding Bouw, die onder andere de loonkosten vergoedde.

- Het belangrijkste doel is het veiligheidsbewustzijn verhogen. Het jaar na de campagnes heb je het meeste effect. Na enkele jaren vlakt dat effect uit.

De preventieadviseur van Grond BE is positief over de preventieondersteuning vanuit de verzekeraar :

- Op de preventieadviseur van de verzekeraar kunnen we altijd rekenen: voor een toolboxmeeting, informatie, advies, als er twijfel is, of voor iets juridisch. 8 jaar geleden was hij nog belangrijker. Een soort mentor was hij. Nu is hij meer een adviseur.

Ook is door Grond BE arbo-vriendelijk materieel en PBM aangeschaft. Voor de werknemers van Grond BE, werkzaam bij het chemieconcern, is na het tweede ongeval van Bas ook een en ander veranderd, zoals de aanstelling van een nieuwe werfleider, afspraken over de inschakeling personeel bij werkzaamheden (altijd via de hiërarchische lijn) en de organisatie van 'toolbox-meetings'. Grond BE heeft na het tweede ongeval ook besloten om niet meer met de hoofdaannemer samen te werken. Er zijn eveneens positieve veranderingen op het gebied van de *tertiaire preventie* (snellere werkhervatting bij ongevallen met beperkt letsel) en *quartaire preventie* (scherpe daling kosten arbeidsongevallen). De forse daling van het aantal arbeidsongevallen wordt vooral gerealiseerd door het afstoten van een bedrijfs-onderdeel, waar veel arbeidsongevallen zijn opgetreden, en door de aanpak van kort ziekteverzuim.

Er zijn echter ook negatieve veranderingen gesignaleerd: het tweede ongeval trad op, mede omdat na het eerste ongeval geen adequate maatregelen zijn genomen. Na beide arbeidsongevallen verschenen verschillende rapporten, van verschillende partijen die tot verschillende uitkomsten leidden. De positie van Grond BE tegenover de opdrachtgever is niet verbeterd. Ook laat de veiligheidscultuur (waaronder communicatie en participatie van het personeel) te wensen over. Het is de preventieadviseur niet gelukt daarvoor adequate interventies te ontwikkelen.

In de individuele situatie van Bas zijn voornamelijk verslechteringen opgetreden. Hij heeft (na het eerste ongeval) te maken met foute medische diagnostiek en is te snel aan het werk gezonden. En hij is door het tweede ongeval lichamelijk en psychisch dusdanig beschadigd, dat reguliere arbeid niet mogelijk is. Er zijn geen adequate initiatieven genomen om hem te ondersteunen bij het vinden van een plek in de samenleving. Ook zijn inkomen is (in beperkte mate) achteruit gegaan.

Invloedsfactoren
De preventieadviseur van Grond BE is de centrale actor bij de veranderingen binnen het bedrijf. Hij staat in direct contact met de directie. Met het personeel is veelvuldig informeel contact over veiligheidskwesties. Maar de adviseur heeft twijfels over het draagvlak onder het personeel voor veiligheidsvraagstukken, over het veiligheidsbewustzijn en over de motivatie om aan veiligheid te werken. Het bedrijf is zoekende naar een adequate overlegstructuur. Men slaagt er al jaren in de vakbond buiten de deur te houden en deelname van hen in de CPBW te voorkomen. Men is van mening dat vakbondsleden geen constructieve bijdrage leveren aan het veiligheidsbeleid. Aan het eind van de onderzoeksperiode overweegt men deze opstelling te veranderen.

Het *compensatiesysteem* heeft wel (beperkte) invloed op de primaire-, tertiaire- en quartaire preventie binnen de arbeidsorganisatie, maar geen invloed op secundaire preventie en de preventiestructuur. Echter het heeft nooit zelfstandige invloed op die preventieve veranderingen, maar altijd in combinatie met andere factoren. In deze case zijn 15 preventie-instrumenten van de AOV BE ingezet. Van de meeste instrumenten gaat geen merkbare invloed uit. Van drie instrumenten (de claimbeoordeling door de raadsgeneesheer, de premiedifferentiatie en de inbreng van expertise via de preventieadviseur van de verzekeraar) gaat wel merkbare invloed uit. De laatste twee worden (hier) niet ingezet om herhaling van concrete arbeidsongevallen te voorkomen. Ook zijn deze instrumenten niet gericht op de beïnvloeding van het handelen van de concrete 'daders', maar gericht op de beïnvloeding van de staf en het management van de arbeidsorganisatie waarmee een verzekeringscontract is afgesloten. Een deel van de veranderingen in de primaire preventie is het resultaat van een coproductie tussen de preventieadviseur van de verzekeraar en de preventieadviseur van Grond BE. De preventieadviseur van de verzekeraar is eerst coach van de preventieadviseur van Grond BE en later meer adviseur op de achtergrond. Hij is betrokken bij een aantal positieve veranderingen in de primaire preventie (campagnes, stoplichtkaartje). De preventieadviseur van de verzekeraar heeft echter ook een dempende invloed op de primaire preventie: een pleidooi van de preventieadviseur van Grond BE om de hoofdaannemer, eveneens klant van de verzekeraar, aan te sporen maatregelen te treffen vindt bij hem geen gehoor. Een leerzame onafhankelijke evaluatie van de twee ongevallen blijft uit, mede omdat de verzekeraar daar geen baat bij heeft. Daardoor wordt de oplossing van een van de hoofdproblemen in de veiligheidszorg (zwakkere positie onderaannemer ten opzichte van hoofdaannemer en opdrachtgever) niet dichterbij gebracht. De invloed van het compensatiesysteem op de daling van de verzuimkosten van de arbeidsongevallen is eveneens een coproductie, dit keer van de preventieadviseur van Grond BE en de arbeidsgeneesheer.

De (forse) kostenbesparing op de uitgaven voor de arbeidsongevallenverzekering (van € 220.000 naar € 100.000) is het resultaat van de afstoting van een risicovolle bedrijfsactiviteit (breekwerf) in combinatie met ingrepen van de preventieadviseur van Grond BE, en de ondersteuning door de preventieadviseur van de verzekeraar. De financiële prikkels[618] zijn er niet op gericht om de fundamentele oorzaken van beide arbeidsongevallen aan te pakken.

De invloed van het compensatiesysteem op het individu is beperkt tot veranderingen in de tertiaire- en quartaire preventie. De invloed op de tertiaire preventie, wederom in combinatie

[618] Voor de werkgever bestaan die vooral uit een lagere premie voor de arbeidsongevallenverzekering. Daarnaast uit een beperkte hoeveelheid kosten met betrekking tot de twee ongevallen. Daarnaast gaan er financiële prikkels uit naar andere betrokkenen, met name de AVB verzekeraar, de AOV verzekeraar, de Rijksdienst voor de Arbeidsvoorziening en de werknemer. Zie bijlage 3 voor een overzicht van die prikkels.

met andere factoren, is negatief: de raadsgeneesheer is, samen met de behandelende sector en de arbeidsgeneesheer medeverantwoordelijk voor fouten in de diagnostiek, het onvoldoende herstel en de te snelle werkhervatting. Het compensatiesysteem draagt gedeeltelijk bij aan compensatie van inkomensverlies, zij het ook hier in coproductie. Door een uitkering van de aansprakelijkheidsverzekeraar en een werkloosheidsuitkering, kan Bas zijn inkomensverlies nagenoeg geheel compenseren.

De *gezondheidszorg* heeft alleen invloed op de individuele tertiaire situatie. Deze invloed is als overwegend negatief beoordeeld als gevolg van fouten in de diagnostiek. Positief is echter wel dat Bas voor een second opinion een arts vindt die wel een juiste diagnose stelt, waardoor verergering van de klachten voorkomen wordt.

De *sociale zekerheid* heeft uitsluitend invloed op de individuele situatie. Enerzijds op de quartaire preventie (werkloosheidsuitkering) anderzijds op tertiaire preventie. De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) verzorgt de re-integratie van Bas. De interventies van VDAB helpen niet bij het gezondheidsherstel en het vinden van werk. Integendeel: de re-integratie van Bas is niet adequaat. VDAB houdt onvoldoende rekening met gebrekkige belastbaarheid van Bas en laat bovendien Bas in een onveilige situatie werken.

Het *preventiesysteem* heeft slechts beperkte invloed. De arbeidsgeneesheer heeft de aanschaf van arbeidsvriendelijk materieel en PBM gestimuleerd. Het door hem opgestelde medisch attest beperkt de financiële schade van zowel de onderneming als de werknemer. De introductie van de VCA heeft een positieve invloed op de veiligheidsprocedures. Verder leidt de bijdrage vanuit het preventiesysteem tot negatieve veranderingen: de verschillende preventieadviseurs die de ongevallen hebben geanalyseerd blijken vooral bezig te zijn met de belangen van de eigen organisatie, de arbeidsinspectie doet geen eigen onderzoek, en de arbeidsgeneesheer gaat ten onrechte akkoord met werkhervatting na het eerste ongeval.

De meeste invloed op de preventieve veranderingen in de onderzochte periode kan op het conto van de *arbeidsorganisatie* worden geschreven. De meeste preventieve veranderingen komen tot stand op initiatief van de centrale actor binnen de arbeidsorganisatie, de preventieadviseur van Grond BE, zoals de invulling van VCA procedures en de VCA praktijk (naar letter én geest) en de realisatie van de daling van het aantal arbeidsongevallen en de daarmee verbonden daling van de premie van de arbeidsongevallenverzekering. Ten aanzien van medezeggenschap scheert deze adviseur langs de grenzen van de Welzijnswet, aangezien het bedrijf geen CPBW kent. Hij levert geen bijdrage aan de tertiaire preventie.

Het *individu* heeft geen invloed op de preventie binnen de arbeidsorganisatie. Bas vraagt daar niet om en wordt ook niet uitgenodigd dit te doen. Hij heeft wel enige invloed op zijn eigen situatie. Hij probeert, zonder succes, na het eerste ongeval beter op de eigen veiligheidssituatie te letten. Hij doet, met succes, zijn best om zijn eigen herstel te bevorderen (zonder zijn interventie was hij de tweede keer gekraakt en mogelijk invalide geraakt) en het werk te hervatten. Ook blijkt hij inventief en assertief in het verhalen van de schade.

Uit de *kostenberekening* (geschatte kosten € 536.000) en de toedeling van die kosten blijkt dat in deze casus de kosten van de arbeidsongevallenverzekeraar het hoogst zijn, gevolgd door de kosten voor aansprakelijkheidsverzekeraar, de sociale zekerheid en de getroffene. De kosten van de getroffene worden genivelleerd door de eerder ontvangen schadevergoeding van de aansprakelijkheidsverzekeraar. De kosten voor de andere actoren, met name de arbeidsorganisatie, zijn nihil.

Beschouwing
In case Grond BE zijn kansen gemist om het tweede ongeval te voorkomen. Als na het eerste ongeval een breed gedragen en waarheidsgetrouw rapport was opgesteld waarvan alle actoren kennis hadden kunnen nemen en waarover een open gedachtewisseling zou hebben plaatsgevonden, dan had herhaling misschien voorkomen kunnen worden. In deze situatie had

een dergelijk rapport alleen tot stand kunnen komen door externe druk vanuit de arbeidsinspectie, al dan niet in samenwerking met de arbeidsongevallenverzekeraar. Of een andere kostenverdeling -de 'daders' van het ongeval hebben nauwelijks financieel nadeel- een bijdrage had kunnen leveren aan verhoging van die druk, kan op basis van deze case niet vastgesteld worden.

Uit de case blijkt dat een combinatie van een aantal factoren (een verzekeraar die wenst dat bij Grond BE de verhouding tussen schade en premie verbetert én een actieve preventieadviseur van Grond BE die verbetering van preventie voorstaat) die min of meer gelijktijdig aanwezig zijn, tot een aantal positieve preventieve veranderingen leidt. De (financiële) prikkel, in de vorm van een (mogelijke) verlaging van de poliskosten bij een daling van het aantal arbeidsongevallen, is voor de preventieadviseur van Grond BE een extra motivatie. Er treedt weliswaar een daling van het aantal arbeidsongevallen op, maar een fors deel van die daling is te danken aan de afstoting van een bedrijfsonderdeel met een hoge incidentie van arbeidsongevallen. Op het vlak van de tertiaire preventie valt op dat de kwaliteit van de medische diagnostiek en de bejegening door de medici van de betrokken werknemer verbetering behoeven.

7.2.2 Case Dak NL, de heer Patje, letsel door arbeidsongeval, uitkering via COV NL (daarnaast compensatie op basis van bedrijfsongevallenverzekering en AVB NL)

- **Case geselecteerd op advies van de letselschaderegelaar van dhr. Patje.**
- **Totaal aantal respondenten: 6.**
- **Werknemer in dienst sinds 1990, uit dienst in 2009.**
- **Arbeidsongeval in 2001; herhaling zelfde type arbeidsongeval in 2005.**
- **Beperkt aantal preventieve veranderingen, vooral van negatieve aard.**
- **Na het 1e arbeidsongeval treedt een verslechtering op in de arbeidsrelatie.**
- **Dhr. Patje blijft op hoogte werken ondanks evenwichtsstoornis.**
- **Het compensatiesysteem heet beperkte invloed en draagt vooral bij aan negatieve preventieve veranderingen.**
- **Kosten arbeidsongeval (schatting € 159.964) worden gedragen door veel verschillende partijen.**

Ontstaan en vergoeding letsel
Patje (1950) is als dakdekker werkzaam bij Dak NL sinds 1990. Daarvoor verrichtte hij ander laag geschoold werk. Patje heeft tijdens zijn loopbaan twee ernstige ongevallen gehad, waarvan één bedrijfsongeval en één privé-ongeval. Door het letsel als gevolg van dit laatste ongeval belandt hij in de WAO (80-100%), waarna hij in 1990 in dienst treedt van Dak NL. Dak NL is gespecialiseerd in het plaatsen van dakbedekking op agrarische gebouwen en is voornamelijk actief in Duitsland. Tot 2003 heeft het bedrijf 6 werknemers in vaste dienst (twee ploegen van drie man). Door teruglopende opdrachten moet het bedrijf in 2003 vijf van de zes werknemers ontslaan. Omdat Patje niet ontslagen mag worden in verband met zijn leeftijd is hij vanaf dat moment de enige werknemer.

Patje valt in oktober 2001, tijdens werkzaamheden aan een schuur, van acht meter hoog naar beneden. Hij loopt hierbij ernstig hersenletsel, longletsel en enkele fracturen op. Ondanks dat Patje niet geheel hersteld is, hij houdt last van evenwichtsstoornissen, wordt hij na 8 maanden door de arbodienst geacht het werk gedeeltelijk te kunnen hervatten. Begin 2003 heeft hij het werk volledig hervat.

Op advies van een familielid wordt in de periode dat Patje in een Duits ziekenhuis verblijft, aanvankelijk zonder zijn medeweten, de werkgever aansprakelijk gesteld. De werknemer blijkt niet alleen een beroep te kunnen doen op een uitkering krachtens de COV NL (2005: uitkering € 1.857), maar ook op een door de werkgever afgesloten bedrijfsongevallenverzekering (2004: € 907), en een schadevergoeding op basis van de AVB NL (2008: € 34.391).

De lange duur van de letselschadeprocedure wordt onder andere veroorzaakt door de beoordeling van de ernst van de evenwichtsstoornissen en de daaraan te verbinden consequenties. Er bestaat verschil van mening tussen de verschillende actoren over de ernst van het letsel, de invloed ervan op de veiligheidssituatie op het werk en op de noodzaak tot werkhervatting. De juridisch belangenbehartiger (letselschaderegelaar) van Patje, daarbij gesteund door de eigen medisch adviseur (en de door hem ingeschakelde medisch expert) en mevrouw Patje zijn van mening dat het niet veilig is voor Patje om op hoogte te werken. In het kader van de schaderegeling wil men tot afspraken komen over een verbod op het werken op hoogte. Ook wil men bemiddeling naar ander werk of een extra hoge schadevergoeding zodat Patje zelf ander werk kan vinden. De door de aansprakelijkheidsverzekeraar ingeschakelde medisch expert is echter van mening dat de klachten aan het evenwichtsorgaan niet dusdanig zijn dat Patje zijn werk niet kan uitoefenen. De COV verzekeraar en de bedrijfsongevallenverzekeraar volgen deze opstelling. Over de opvatting van de bedrijfsarts bestaat geen duidelijkheid. Volgens de letselschaderegelaar is de bedrijfsarts van mening dat niet op hoogte mag worden gewerkt in verband met evenwichtsstoornissen. De werknemer herinnert zich dat de bedrijfsarts adviseerde om niet op hoogte te werken. De bedrijfsarts meldt echter dat hij geen weet heeft van de aanwezigheid van evenwichtsstoornissen:

> Over evenwichtsstoornis of duizeligheid is niet gesproken. Daarvan is nooit sprake geweest in de spreekkamer. In 2006 heeft Patje een Periodiek Arbeidsgeneeskundig Onderzoek (PAGO) ondergaan, waaruit geen enkele lichamelijke belemmering werd gesignaleerd. Ook geen evenwichtsstoornissen.

Patje zelf is voortdurend in dubio over zijn loopbaan. Hij wil graag blijven werken maar hij ziet er tegenop risico's te nemen op de arbeidsmarkt. Hij schat dat zijn kansen op vervangend werk beperkt zijn, gezien zijn lichamelijke klachten en zijn leeftijd. De houding van Patje verandert als hij in 2006 wederom een valongeval met letsel heeft op het werk. Vanaf dat moment wil hij toch wel stoppen met het huidige werk, als dat financieel enigszins haalbaar is, en naar ander werk uitzien. Niemand van de betrokkenen onderneemt een poging om dit mogelijk te maken. Dat doet de letselschaderegelaar besluiten Patje voor te stellen de letselschadezaak af te ronden. Uiteindelijk ziet de werkgever zich om economische redenen genoodzaakt Patje te ontslaan. Patje ontvangt daarop, vanaf december 2009, een ontslagvergoeding en een WW-uitkering. Vanaf mei 2011 maakt hij gebruik van de regeling om zijn pensioen vervroegd uit te laten keren.

Preventieve veranderingen

De preventieve veranderingen zijn vooral van negatieve aard. Binnen de arbeidsorganisatie zijn die negatieve veranderingen uitsluitend in de *primaire preventie* gesignaleerd. In 2006, als de schadeclaim nog in behandeling is, valt Patje wederom van het dak. Maatregelen om herhaling van het arbeidsongeval te voorkomen ontbreken. Patje heet de volgende mening over de arbeidsomstandigheden:

> De veiligheid is ook niet verbeterd. Voorzieningen blijven hetzelfde. Steigers goed plaatsen, dat gebeurt praktisch door geen enkel bedrijf. Als je het helemaal veilig wilt hebben, moet je in de muur gaten boren en dan pluggen aanbrengen. Maar dat is veel te duur, dan zegt de baas: 'als we dat ook nog moeten betalen!' Dat net hangen we nog steeds op de zelfde manier op.

De verhoudingen tussen werkgever en werknemer verslechteren gedurende de jaren 2002-2009, mede als gevolg van de trage letselschadeafwikkeling. Ook de individuele situatie van Patje verslechtert. Hij verkeert in een onveilige situatie door het werken op hoogte in combinatie met zijn evenwichtsstoornis. Bovendien is hij niet volledig hersteld van zijn klachten en kan hij zijn werk amper aan. De vraag is of het niet beter zou zijn geweest Patje volledig te laten herstellen van zijn gezondheidsklachten (in plaats van te streven naar snelle werkhervatting). En was het ook niet beter geweest om inspanningen te leveren om vervangend werk te vinden dat minder risicovol is? Positieve veranderingen zijn voornamelijk beperkt tot de financiële situatie van Patje. Als gevolg van de schadevergoedingen en de ontslagvergoeding is deze situatie iets verbeterd ten opzichte van vroeger.

Invloedsfactoren

De invloed van het *compensatiesysteem* COV NL is beperkt. Behalve een (bescheiden) positieve bijdrage aan de verbetering van de financiële positie van het individu heeft het

compensatiesysteem een (beperkte) negatieve invloed op de preventie binnen de arbeidsorganisatie. De arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer verslechtert, hetzelfde arbeidsongeval herhaalt zich, mede door de trage letselschadeafhandeling en de miskenning van de evenwichtsstoornissen. Van een exclusieve invloed van het compensatiesysteem op de preventieve veranderingen is geen sprake. Onder andere omdat de COV NL nauw vervlochten is met de twee andere compensatiesystemen, de AVB NL en de bedrijfsongevallenverzekering. De verzekeraars maken gebruik van hetzelfde medisch advies, wisselen medische informatie uit en verdelen de transactiekosten.

De meeste (negatieve) invloed gaat uit van *de arbeidsorganisatie*: Patje ervaart voortdurend onbegrip ten aanzien van zijn gezondheidsklachten. Hij is van mening dat door de werkgever geen maatregelen getroffen zijn om herhaling te voorkomen, en dat de werkgever hem willens en wetens in een onveilige werksituatie laat werken. Mede daardoor verslechteren de arbeidsverhoudingen en ontstaat er een gespannen sfeer.

Ook de bijdrage van het *preventiesysteem* is negatief. De arbodienst is voornamelijk uit op snelle werkhervatting. De evenwichtsklachten signaleert ze niet. Wel adviseert ze te stoppen met werken op hoogte. De arbodienst pakt echter niet door.

De *gezondheidszorg* draagt niet bij aan de preventie in de arbeidsorganisatie. Van de *sociale zekerheid* gaan wel financiële prikkels uit naar de werkgever, maar dit heeft geen merkbaar effen op de primaire-, secundaire- en tertiaire preventie.

In feite grijpt niemand in, terwijl dat zeer noodzakelijk is, vanuit het perspectief van het individu, de werkgever en de samenleving. Pas acht jaar na het ongeval zijn individu en werkgever in staat zich van elkaar te ontworstelen via een ontslagprocedure, een ontslagvergoeding, een WW-voorziening en een naar voren gehaalde pensioenvoorziening. Ook Patje draagt financieel bij aan deze regeling.

De totale *kosten* zijn becijferd op € 159.964. COV NL draagt nauwelijks kosten van dit ongeval, evenals de bedrijfsongevallenverzekering. De werkgever heeft de grootste kostenpost (€ 38.000) gevolgd door het UWV(€ 34.000) en de aansprakelijkheidsverzekeraar. Ook Patje draagt aanvankelijk veel kosten (€ 20.000 in verband met verlies van verdienvermogen). Later verminderen die kosten als hij een ontslagvergoeding ontvangt. De ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar dragen tenslotte ongeveer bijna 10% van de kosten.

Beschouwing[619]

In deze case valt de hulpeloosheid van de betrokken actoren op. Men weet wat nodig is om het probleem van de werknemer op te lossen, namelijk ander minder belastend werk, werken bij een andere werkgever en vermijden van werken op hoogte. Echter het lukt niet om die oplossing te creëren. De letselschaderegelaar van Patje zegt daarover:

> Toch blijf ik vinden dat hij bij voorkeur ander werk zou moeten hebben. Eigenlijk zou je moeten zeggen: 'Ik ga met zo iemand de boer op en kijken welk werk je kunt vinden'. Maar op het moment dat de verzekeraar weet dat de persoon terug kan bij die baas en die baan heeft, wil hij die kosten niet maken. Niemand wil die kosten dragen. Je maakt soms wel mee dat je op voorhand ziet dat die persoon niet terug gaat komen in zijn oude positie. Dan ga je op voorhand wat doen. Dan worden de kosten wel gemaakt. Dan dreigt er een fors belang. Hier was geen financieel belang. Die prikkel is er niet bij de verzekeraar.

[619] Met de verzekeraars is schriftelijk en telefonisch contact geweest. Geen van de verzekeraars was bereid tot een interview. Als reden gaf men tijdgebrek op. Met de werkgever van Patje is telefonisch contact geweest aan het begin van 2011 (voor dit moment is gekozen op advies van Patje, die vermoedde dat de werkgever niet met de onderzoeker wilde spreken zo lang Patje nog in dienst was). In het (korte) telefoongesprek, als vervolg op een brief van de onderzoeker, maakte de werkgever kenbaar op dat moment niet over de zaak te willen spreken omdat het nog te veel spanning en emotie bij hem opriep: " De laatste jaren was dat arbeidscontract een gigantisch probleem voor mij; de afhandeling van het ontslag is mij niet in de kouwe kleren gaan zitten; ik voel me als een boef behandeld; geestelijk heeft me het heel veel gedaan." De werkgever wilde dat verder niet toelichten. Zijn advies, om het een half jaar later nog eens te proberen, omdat hij er dan misschien wel over zou kunnen spreken, werd opgevolgd; op de brief van de onderzoeker volgde echter geen reactie.

> Hij is ook niet zo lang uit zijn werk geweest. Hij is vrij vlot weer aan het werk gegaan. Na een maand of wat.

Deze oplossing (minder belastend werk) kan alleen gerealiseerd worden als de betrokken actoren niet uitgaan van de eigen belangen en procedures, maar samenwerken en de financiële middelen inzetten voor die oplossing. Bijna 10 jaar na het arbeidsongeval (en twee jaar na de afronding van de schadeclaim) lukt het de werknemer om met hulp van de vakbond, de gevaarlijke en belastende arbeid te verlaten door de gebruik te maken van de mogelijkheid om een combinatie van regelingen (WW, pensioen, ontslag) toe te passen.

7.2.3 Case Chemie NL, de heer Ulf, letsel door arbeidsongeval, schadevergoeding AVB NL

- **Stafbedrijfsarts Chemie NL vraagt om een onderzoek naar alternatieven voor letselschadeclaims.**
- **Totaal aantal respondenten: 17.**
- **Dhr. Ulf (uitzendkracht bij onderaannemer) krijgt op de 1e werkdag een arbeidsongeval (2008) op locatie Chemie NL.**
- **Veel preventieve veranderingen op locatie Chemie NL; desondanks herhaling van zelfde type arbeidsongeval (ongeval met uitzendkracht).**
- **Geen adequate arbeidsgezondheidskundige begeleiding voor dhr. Ulf.**
- **Compensatiesysteem draagt vooral bij aan negatieve preventieve veranderingen, waaronder achterhouden van informatie. Weinig responsieve houding Chemie NL draagt ook daaraan bij.**
- **Medisch experts stellen onjuiste diagnose.**
- **Trage schaderegeling belemmert herstel dhr. Ulf.**
- **Kosten (schatting € 666.700) worden vooral gedragen door Chemie NL (€ 306.000) en UWV (€ 259.200).**

Ontstaan en vergoeding letsel
Ulf (1962) is vanaf zijn 16e levensjaar werkzaam in de bouw. De laatste jaren is hij -in dienst van een uitzendbureau- werkzaam in grondwerk en bodemsanering. In 2008 wordt hij uitgeleend aan een onderaannemer (LOON) voor bodemsaneringswerkzaamheden bij een Chemiebedrijf (Chemie NL). Op de eerste werkdag loopt Ulf een arbeidsongeval op. Vast staat dat Ulf met bepaalde gevaarlijke stoffen in aanraking is gekomen. Over de precieze toedracht van het arbeidsongeval en de gevolgen daarvan bestaan verschillende lezingen. Na het ongeval loopt Ulf letsel op. De aard van het letsel kan niet precies worden vastgesteld. Medische experts twijfelen over de diagnose (een hyperventilatie-syndroom en/of irritatie van de luchtwegen) en de oorzaak (als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen al dan niet in combinatie met paniekaanval door de schrik). Een week na het arbeidsongeval schakelt Ulf een advocaat in die vier partijen aansprakelijk stelt: Chemie NL, LOON, het uitzendbureau en het bedrijf dat toezicht hield op de uitvoering van de bodemsanering.

In 2011 ontvangt Ulf een schadevergoeding van € 77.000 via de verzekeraar van onderaannemer LOON. Daarvoor, in 2009, heeft deze verzekeraar de aansprakelijkheid erkend en een voorschot uitgekeerd. De schadeafwikkeling kent enkele opvallende kenmerken. Een ervan is dat eind 2011 nog steeds niet uitgekristalliseerd is wie aansprakelijk is. De verzekeraar van LOON heeft de aansprakelijkheid weliswaar op zich genomen maar is doende regres te halen op Chemie NL. Chemie NL heeft na het arbeidsongeval een schade-expert ingeschakeld die een inschatting maakt van de mogelijke aansprakelijkheid van Chemie NL. Deze expert komt tot de conclusie dat Chemie NL mede aansprakelijk is. Echter deze informatie wordt achtergehouden voor de andere partijen. De schade-expert die namens de afdeling verzekering van Chemie NL een rapport opstelt, waarschuwt voor openbaarmaking van het ongevalsrapport:

> Onze inschatting is dat de belangenbehartiger in het geval dat aansprakelijkheid door alle partijen wordt afgewezen, een procedure zal starten tegen de firma LOON. Daarbij dient een aantal medewerkers van Chemie NL en van de toezichthouder er rekening mee te houden dat zij als getuigen zullen worden opgeroepen. De kans is groot dat de informatie die in het interne ongevalsrapport staat, bekend wordt bij belanghebbende.

Ook het door Chemie NL opgestelde veiligheidsrapport, waarin wel een compleet overzicht van de gevaarlijke stoffen is opgenomen en waarin de onvoldoende zorg van Chemie NL wordt vastgesteld, wordt achtergehouden door de verzekeringsafdeling van Chemie NL. De overige actoren zijn hiervan niet op de hoogte.

Preventieve veranderingen
Op het gebied van de *secundaire preventie* zijn geen veranderingen opgetreden. Uit de inventarisatie blijkt dat door Chemie NL kostbare maatregelen zijn genomen gericht op *primaire preventie* op korte termijn. Het betreffende saneringswerk is stilgelegd. Daarop volgde chemisch onderzoek. Daarna werd, na wekenlange vertraging, het werk voortgezet met volledige bescherming van de werknemers. Daarnaast is in het handboek arbeidsomstandigheden een andere werkwijze bij grondsanering opgenomen. Negatieve preventieve veranderingen zijn ook gesignaleerd. In de periode tijdens de afhandeling van de schadeclaim heeft zich twee keer een herhaling voorgedaan van een zelfde type arbeidsongeval (arbeidsongeval bij een inleenkracht). Opmerkelijk is ook dat de verschillende actoren een verschillende perceptie hebben van het ongeval, van het letsel, van de juridische gevolgen en van de te nemen preventiemaatregelen. Binnen Chemie NL worden geen pogingen ondernomen om dat samen te smeden tot één verhaal.

Op het vlak van de *tertiaire preventie* vallen vooral de negatieve veranderingen op: met de verantwoordelijke bedrijfsarts van het UWV heeft Ulf pas weken na het ongeval contact. De frequentie en de begeleiding is daarna onvoldoende. Ulf gaat niet in op het begeleidingsaanbod van de bedrijfsarts van Chemie, mede vanwege de afstand tussen woonplaats en werklocatie. Deze gebrekkige arbeidsgezondheidskundige begeleiding draagt ertoe bij dat de oorzaak van dat de oorzaak van het letsel niet opgehelderd wordt.

Ten aanzien van *quartaire preventie* valt op dat Ulf in het eerste half jaar na zijn arbeidsongeval in acute financiële nood verkeert, als gevolg van de lage ziekteuitkering. Dit heeft ook een negatieve weerslag op zijn herstel. De financiële balans slaat uit in het nadeel van Chemie NL in verband met de extra veiligheidskosten van de sanering.

Invloedsfactoren
Twee factoren hebben invloed de preventieve veranderingen binnen de arbeidsorganisatie zelf. Het *compensatiesysteem* heeft een beperkte invloed op de primaire preventie in de arbeidsorganisatie. Die invloed leidt vooral tot negatieve preventieve effecten: mede door de kans op aansprakelijkheid wordt informatie over het ongeval niet verspreid, waardoor er onvoldoende van geleerd kan worden. Het eigen risico van de locatie van Chemie NL speelt geen rol in het treffen van preventieve maatregelen. De directie van Chemie NL is tot het interview met de onderzoeker niet op de hoogte van de verzekeringsvoorwaarden en laat zich in zijn beslissingen er niet door leiden. Het eigen risico (per Business Unit per jaar) speelt geen rol in beslissingen op het vlak van preventie en compensatie, getuige ook dit voorval:

> De onderzoeker vraagt de locatiedirecteur van Chemie NL of hij ook een eigen risico draagt in verband met werkgeversaansprakelijkheid. De directeur, reeds meer dan tien jaar in functie, zegt dat hij dat niet weet. Vanuit zijn kamer roept hij de boekhouder en vraagt hem ernaar. Ook de boekhouder weet het niet, maar wil het wel meteen uitzoeken. Vijf minuten later meldt de boekhouder dat er een eigen risico is van 45.000 euro. 'Dat wist ik niet, maar doet er verder ook niet toe' is de reactie van de locatiedirecteur; 'Dat geld is bijzaak. En dat de sanering 300.000 euro extra heeft gekost daar zanikt ook niemand over'.

De *arbeidsorganisatie* van de opdrachtgever (Chemie NL) heeft een sterke autonomie en kent veel eigen procedures. Het heeft daardoor veel invloed op de preventieve veranderingen binnen de eigen organisatie. Soms is die invloed tot stand gekomen in combinatie met andere factoren. De invloed heeft betrekking op alle vormen van preventie, behalve de secundaire preventie. De angst voor imagoschade speelt voor Chemie NL een sterke rol om aan preventie te doen.

Kader 7.2: Onderzoek naar de mogelijkheden om schadeclaims te voorkomen

Deze casebeschrijving is een uitvloeisel van een onderzoek in opdracht van de leiding van Chemie NL naar de mogelijkheden om schadeclaims van uitzendkrachten en personeel van onderaannemers te voorkomen. De onderzoeker kreeg alle vrijheid om zijn onderzoek uit te voeren. Ten behoeve van het onderzoek zijn 17 interviews gehouden en verschillende documenten geraadpleegd. De bevindingen zijn in een rapport vastgelegd. Dat rapport bevatte eveneens vier voorstellen.

Voorstellen:

1. Verbeter de arbeidsgezondheidskundige begeleiding van extern personeel door middel van één vaste bedrijfsarts als begeleider, die meteen na het ongeval de regie over diagnostiek en re-integratie neemt.
2. Stel een schadefonds in voor het gehele industrieterrein, waaruit alle personeel dat op het terrein werkzaam is, direct een beroep kan doen in geval van financiële schade door een arbeidsongeval, zodat financiële problemen geen belemmeringen gaan vormen voor herstel.
3. Verbeter de aandacht voor veiligheid en gezondheid in de planning en uitvoering van werkzaamheden van inleenfirma's en uitzendkrachten.
4. Maak naar aanleiding van een arbeidsongeval één rapport waarin aandacht is voor alle aspecten van het arbeidsongeval (toedracht, oorzaken, te nemen maatregelen, begeleiding van het slachtoffer, schadeloosstelling); zorg ervoor dat de inhoud ervan door alle betrokkenen (ook externen) gekend is en gedeeld wordt.

Uitwerking van de voorstellen:

Eind 2009 is het rapport besproken met de staf van de Business Unit, waartoe locatie Chemie NL behoort. Oktober 2010 en oktober 2011 is bij de stafbedrijfsarts nagegaan welke voorstellen uitgevoerd zijn:

Voorstel 1 is overgenomen door de locatie. Op het moment dat de uitwerking ervan ter hand zou worden genomen raakte een van de drie betrokkenen echter zelf langdurig ziek. Uitwerking wordt mogelijk eind 2011 ter hand genomen. Voorstel 2 (schadefonds) kende voorstanders bij medewerkers van de afdeling Kwaliteit, Arbeidsomstandigheden, Milieu, Veiligheid (KAMV) en de betrokken bedrijfsartsen en P&O. Men ziet de voordelen ervan: het zorgt voor het voorkomen van claims, of voorkomt dat ze uit de hand lopen. Bovendien is een fonds goed voor het imago van Chemie NL. Uiteindelijk is het afgewezen door de locatie omdat men opzag tegen de organisatorische problemen bij de uitvoering ervan, zoals het optuigen van een besturende organisatie, en de financiering. Daarbij denkt men dat het aantal claims te beperkt is voor het optuigen van een dergelijk fonds. Bovendien had de stafjurist zijn bedenkingen: een uitkering via het schadefonds zou als erkenning van aansprakelijkheid door Chemie NL kunnen worden opgevat. Voorstel 3 is in zijn geheel overgenomen in de veiligheidsprocedures. Voorstel 4 heeft ten doel de primaire preventie te verbeteren. Door gezamenlijk te leren van het ongeval. Naar aanleiding van deze casus is vastgesteld dat de direct betrokkenen verschillende opvattingen blijken te hebben over oorzaak en toedracht van het ongeval, het soort letsel en de aansprakelijkheid. Die opvattingen zijn neergelegd in verschillende rapporten, die geheel of gedeeltelijk een verschillende inhoud hebben. Dit belet dat partijen leren van dit arbeidsongeval. Voorstel 4 stuit op bezwaren vanuit de hoek van de juristen en management. Zij zijn van mening dat inleenfirma's misbruik zullen maken van de inhoud en op grond daarvan Chemie NL aansprakelijk zullen stellen. Of in de woorden van een jurist van Chemie NL:

> "Als je onderaannemers een ongevalsrapport te lezen geeft, zeg je in feite: 'Hier is mijn portemonnee, en graaien maar'."

Ook praktisch stuit de uitwerking van dit voorstel op problemen. In de praktijk wil men zo snel mogelijk een ongevalsrapport maken. Het vervaardigen van een rapport zoals voorgesteld kost echter veel tijd. Daarom is het voorstel nog niet uitgewerkt. Men overweegt een scheiding te maken tussen een rapport waarin kort en snel de feiten zijn verzameld en een uitgebreider rapport waarin de verschillende visies aan bod komen.

Vier factoren hebben beperkte invloed op de individuele situatie. De *gezondheidszorg* heeft een negatieve invloed op het individuele herstel en biedt onvoldoende zicht op aard en oorzaak gezondheidsklachten. Dit is mede veroorzaakt door het ontbreken van de juiste informatie over de, mogelijk, vrijgekomen stoffen. De *sociale zekerheid* heeft een negatieve invloed op de tertiaire preventie, in verband met het uitblijven van adequate arbeidsgezondheidskundige begeleiding door de bedrijfsarts van het UWV. Bovendien is er een negatieve invloed op de inkomenssituatie in het 1e half jaar in verband met de lage uitkering. Het *individu* zelf heeft een negatieve invloed op zijn eigen situatie aangezien hij geen gebruik maakt van het aanbod voor ondersteuning door de bedrijfsarts van Chemie NL. Ook heeft het *preventiesysteem* een enigszins negatieve invloed: de activiteiten van de bedrijfsarts(en) dragen bijvoorbeeld niet bij aan een heldere diagnose. Tenslotte blijkt ook een negatieve invloed uit te gaan van het *compensatiesysteem* op het individuele herstel (als gevolg van de langdurige afwikkeling) en op de financiële situatie vlak na het arbeidsongeval. Een positief effect van het compensatiesysteem is de financiële compensatie.

De kosten (in totaal € 666.700) worden vooral gedragen door Chemie NL (€ 306.000) en het UWV (€ 259.200), op afstand gevolgd door de aansprakelijkheidsverzekeraar van LOON, de ziektekostenverzekeraar van ULF en de onderaannemer.

Beschouwing
In deze case wordt een collectief ongevallenfonds voorgesteld dat zowel een bijdrage kan leveren aan voorkomen van verergering van klachten als aan beperking van schadeclaims van personeel van onderaannemers en uitzendkrachten. Een dergelijk fonds op bedrijfsniveau blijkt moeilijk te realiseren omdat de betrokken arbeidsorganisatie opziet tegen de administratieve en organisatorische belasting. Bovendien verwacht men dat een uitkering uit een dergelijk fonds negatieve consequenties heeft voor de eventuele werkgevers-aansprakelijkheid. Opvallend in deze case, in vergelijking met case Grond BE, is dat hier de opdrachtgever (Chemie NL) wel direct na het arbeidsongeval preventiemaatregelen treft om recidive te voorkomen. Angst voor imagoschade speelt daarbij een sterke rol. Het eigen risico van de locatie voor schade speelt hier geen rol.

7.2.4 Case Orkest BE, mevrouw Wert, schoudertendinitis, uitkering FBZ BE

- **Mevrouw Wert nam deel aan het vragenlijstonderzoek. Zij bleek ook bereid om deel te nemen aan de case studie.**
- **Totaal aantal respondenten: 6.**
- **Mevrouw Wert loopt in 2004 schoudertendinitis op die pas in 2006 als beroepsziekte wordt opgemerkt.**
- **Veel veranderingen in primaire preventie (sterke nadruk op communicatieve verbeteringen) bij Orkest BE in de onderzoeksperiode door actoren binnen de arbeidsorganisatie en externe osteopaat; sterke nadruk op verbetering communicatie en vroegtijdige onderkenning klachten en behandeling daarvan; beperkte rol arbeidsgeneesheer.**
- **Effect van maatregelen op langere termijn is nog onzeker.**
- **Aanpak werkdruk, roostering, pauzes, speelschema nog niet fundamenteel veranderd.**
- **Onzeker toekomstperspectief voor ouder wordende musici waaronder mevrouw Wert.**
- **Invloed compensatiesysteem FBZ BE is verwaarloosbaar.**
- **De kosten (schatting € 32.000) worden vooral gedragen door FBZ BE.**

Ontstaan en vergoeding letsel
Mevrouw Wert (1964) is sinds 1998 werkzaam bij Orkest BE als altvioliste. Dit orkest heeft ongeveer 100 personeelsleden, waarvan 15% ondersteunend en leidinggevend personeel. Daarnaast heeft het de beschikking over een pool van 20 flexibele werknemers. In 2008 is een nieuwe intendant aangesteld. Het orkest heeft twee vaste dirigenten, die een aantal producties per jaar verzorgen. Die producties nemen ongeveer zes weken in beslag. Daarnaast worden bijna wekelijks nieuwe dirigenten ingeschakeld. De preventiestructuur van Orkest BE bestaat uit een interne preventieadviseur, een aantal overlegsituaties (ondernemingsraad, orkestcommissie, CPBW), een preventiejaarprogramma en een contract met een preventiedienst. De preventieactiviteiten zijn praktisch van aard (kwaliteit stoelen, eten, hygiëne toiletten, gehoorbeschermingsmaatregelen via de aanschaf van otoplastieken en de installatie van geluidsschermen). De arbeidsgeneesheer van de externe preventiedienst heeft een marginale rol. Ze houdt een jaarlijkse bedrijfsrondgang en heeft sporadisch individuele consulten.

Wert ontwikkelt door haar werk (o.a. fysieke en mentale belasting, eenzijdige repeterende bewegingen), in combinatie met overbelasting thuis, eind 2004 een schoudertendinitis. Begin 2005 wendt ze zich daarom tot de huisarts, die haar rust voorschrijft en doorverwijst naar een medisch specialist. Gedurende een ziekteperiode van vijf maanden krijgt ze vervolgens een behandeling met cortisoneninjecties. Na die periode hervat ze het werk, maar dat lukt slechts enkele maanden, waarop wederom een ziekteperiode volgt. Begin 2006 besluit ze zelf te stoppen met de injecties en laat ze zich, met succes, opereren. Ze is dan wederom langere tijd ziek thuis om te herstellen. Bij dat herstel heeft ze ondersteuning van de plaatselijke kinesist.

In maart 2006 wordt ze door de adviserende geneesheer van het ziekenfonds, die ze bezoekt in verband met de ziekteuitkering, geadviseerd aangifte te doen bij FBZ BE. Tegelijkertijd neemt het ziekenfonds regres op FBZ BE in verband met de medische kosten. In december 2006 wordt de aanvraag afgehandeld. FBZ BE keert in totaal ruim € 28.000 uit, waarvan een deel ten behoeve van Orkest BE, een deel ten behoeve van het ziekenfonds en € 6.800 voor Wert. Zij hervat eind 2006 haar werk.

Preventieve veranderingen
In de onderzochte periode (eind 2006-2010) hebben zich binnen de arbeidsorganisatie allerlei preventieve veranderingen voorgedaan. De meeste veranderingen zijn als positief beoordeeld.

Ten aanzien van *primaire preventie* valt op dat binnen de organisatie meer aandacht is gekomen voor de arbeidsbelasting van de orkestleden. Daaraan dragen vooral de intendant en de osteopaat/kinesist bij. Het gaat daarbij zowel om aspecten van het houding- en bewegingsapparaat (via voorlichtingsmateriaal over 'stretching' voor musici en training computergebruik) als om werkbelasting (in 2009 is tijdelijk een aantal maatregelen getroffen tegen de toentertijd exorbitante werkdruk) en fysische aspecten zoals licht- en lawaaibescherming. De nieuwe intendant voert vanaf zijn entree in 2008 functioneringsgesprekken met zijn personeel. Hij beschouwt dat als hét middel om een betere onderlinge communicatie te realiseren. Hij hoopt hiermee ook een middel in handen te hebben om een aantal toekomstproblemen van het orkest (minder subsidie, hogere kwaliteitseisen, vergrijzend personeelsbestand) het hoofd te kunnen bieden.

De vraag is of deze preventieve veranderingen inderdaad de risicofactoren in de arbeid zullen reduceren of elimineren. Er is in bepaalde opzichten een verschil tussen droom en daad. Wert wijst onder andere op de praktijk van het stretchen. Of er wordt gestretcht hangt af van initiatief van de musici ("en dan komt het er niet altijd van", zo vertelt ze). Ook wijst ze op de programmering, die de werkbelasting van de vaste musici juist zou vergroten. Ondanks de betere communicatieve verhoudingen is ze terughoudend in het bespreken van haar eigen beroepsgebonden klachten met haar collega's.

Er is met andere woorden niet zoveel zicht op de effectiviteit van de ingezette koers. De osteopaat/kinesist, die nauw verbonden is met het orkest, gelooft in de effectiviteit van zijn eigen toekomstplannen. Die plannen bestaan uit vergroting van het bewustzijn en de eigen verantwoordelijkheid van de musici voor de lichamelijke houding en de mentale belasting. In de afgelopen jaren is Wert zelf aandacht gaan besteden aan haar leef -en werkstijl door aanpassing van haar voedingspatroon (vermindering suikergebruik) en door eerder te rusten, voor zover mogelijk, want "de mogelijkheden om gezonder te werken zijn beperkt."

Op het vlak van de *secundaire preventie* valt vooral het contract met de osteopaat/ kinesist op. Hij heeft een eigen aanpak van de houdings- en spanningsklachten ontwikkeld. Hij heeft een werkruimte naast de oefenruimte van de musici, die bij voorrang geholpen worden op kosten van Orkest BE. Door alle betrokkenen wordt dit als de belangrijkste preventieve verandering van de laatste jaren gezien.

Op het gebied van *tertiaire preventie* zijn binnen de arbeidsorganisatie ook enige veranderingen opgetreden. De belangrijkste positieve verandering is de al eerder genoemde inzet van de osteopaat/kinesist, die ook wordt ingeschakeld in verband met behandeling van klachten. Sinds 2008 wordt een bloemetje gestuurd naar een zieke medewerker. Dit kleine gebaar is de concrete uitdrukking van pogingen van de intendant om meer inzicht in en greep te krijgen op de situatie van zieke werknemers. De intendant voelt zich overigens beperkt omdat hij met de huisarts of arbeidsgeneesheer geen contact mag hebben over individuen. Ook de arbeidsgeneesheer uit haar ongenoegen over deze situatie. Ze voelt zich te afhankelijk van vragen van de werknemer. Ze mag niet zelf de ziekteontwikkeling volgen en ingrijpen.

Wert is ondertussen weer volledig aan het werk, door een combinatie van, volgens haar eigen beoordeling, geslaagde interventies (zelf lichamelijke oefeningen doen, ondersteuning door

een kinesist, rust voorgeschreven door de huisarts, gebruik van ontstekingsremmers). Ze is nog steeds niet volledig hersteld. Ze heeft bij tijd en wijle pijn, mede door de hoge werkdruk. Ze vindt haar toekomst als altviolist onzeker door haar gezondheidsklachten. Alternatieven voor haar huidige werk ziet ze niet.
Op het gebied van de *quartaire preventie* is een aantal veranderingen zichtbaar. De intendant wil graag dat oudere musici die het werk niet meer kunnen volhouden, gebruik kunnen maken van het brugpensioen, wat in verschillende opzichten gunstig is voor het orkest (relatief duur personeel vloeit af op kosten van de sociale zekerheid, terwijl daarvoor in de plaats jonger personeel kan worden aangetrokken, waardoor ook iets wordt gedaan aan de 'scheve leeftijdsopbouw'). De schadeafwikkeling van Wert heeft Orkest BE financieel weinig nadeel bezorgd, aangezien de uitgaven voor gewaarborgd loon zijn gecompenseerd. Wert heeft ook via FBZ BE kosten vergoed gekregen. Het is haar echter niet precies duidelijk hoeveel de aangifte haar heeft opgeleverd.

Invloedsfactoren
De invloed van het *compensatiesysteem* op de preventieve veranderingen is verwaarloosbaar. Alhoewel een aantal collega altviolisten wel op de hoogte is van haar FBZ BE vergoeding twijfelt Wert of dit invloed heeft op hun werkhouding. Het compensatiesysteem heeft wel invloed op de quartaire preventie: via FBZ BE wordt zowel aan Wert als aan de arbeidsorganisatie schade vergoed. Dit heeft echter geen gevolgen voor de andere vormen van preventie. De invloed van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid is eveneens beperkt.

Zoals hiervoor beschreven is gaat er meer invloed uit van het *extern preventiesysteem* en dan met name van de osteopaat/kinesist. Voor de intrede van de osteopaat heeft de externe preventiedienst enige tijd een rol gespeeld in vraagstukken van ergonomie, geluid en licht. De rol van de arbeidsgeneesheer is verwaarloosbaar.

Van de ontwikkelingen in de *arbeidsorganisatie* zelf gaat de meeste invloed uit, waarbij vooral de rol van de intendant opvalt. Het is echter nog niet duidelijk welke de preventieve opbrengsten van zijn beleid zullen zijn. Of dat ook daadwerkelijk leidt tot minder ziekteverzuim, uitstoot van ouderen, minder (maatschappelijke) kosten, ziektekosten of minder beroepsziekten valt in het bestek van dit casestudie-onderzoek niet te verifiëren.

Wert heeft niet geprobeerd de (collectieve) arbeidsomstandigheden te verbeteren. Ze probeert wel de eigen situatie te verbeteren door aanpassing van haar leefstijl. Ze neemt eerder rust, en heeft haar eetgewoonten aangepast (o.a. minder gebruik van suiker). Ze is onzeker over de toekomst: hoe lang kan ik dit werk nog volhouden, hoe ontwikkelen de gezondheidsklachten zich?

De totale *kosten* zijn becijferd op € 32.400. De kosten vooral worden gedragen door FBZ BE, bijna € 28.000, op afstand gevolgd door de werkgever (kosten bijna € 4000) en de werknemer, (kosten € 700).

Beschouwing
Deze case laat de opkomst zien van een aantal nieuwe aspecten van preventiebeleid. Een daarvan is de verbetering van communicatieve processen binnen de organisatie. De nieuwe intendant is daar een fervent voorstander van. Communiceren over de arbeidsbelasting en het zoeken naar mogelijkheden om die belasting te voorkomen draagt zijns inziens bij aan verbetering van de arbeidsomstandigheden. De betrokken werknemer staat daar ook positief tegenover. De verbetering van die communicatie stuit echter wel op grenzen. Eén van de weeffouten in het personeelsbestand (de situatie van de ouder wordende musicus) is er vooralsnog niet mee opgelost. Ook Wert is, nog steeds, ongerust over haar toekomst. Bovendien blijft een aanzienlijk deel van de overbelasting in de arbeid in tact. Wert zegt hierover ondermeer:

> - De nieuwe intendant is zelf een muzikant, de vorige was dat niet, en dat is een voordeel; de baas weet zelf met welk beroep je bezig bent, hoe moeilijk het soms is.

- Hij zegt ook dat we te weinig communiceren, dat we meer moeten praten. Meer communiceren brengt ook meer rust in totaal.
- Je bent hier geen roepende in de woestijn: ze luisteren wel. Maar luisteren ze voldoende?
- De orkestleden zouden meer ademruimte willen hebben, meer pauze, meer hersteltijd en minder dichte programmering.

7.2.5 Case Tapijt BE, de heer Cool, OPS, uitkering FBZ BE

- **Dhr. Cool nam deel aan het vragenlijstonderzoek. Hij bleek ook bereid om deel te nemen aan de casestudie.**
- **Totaal aantal respondenten: 6.**
- **Bij Dhr. Cool wordt in 2004 OPS vastgesteld, na 18 jaar blootstelling aan VOS.**
- **Ondanks een toegekende aanvraag wegens werkverwijdering komt dhr. Cool toch weer in aanraking met VOS. Herplaatsing daarna in ander werk lukt evenmin.**
- **Na de ontdekking van OPS treedt er een beperkt aantal preventieve veranderingen op in de arbeidsorganisatie. Die veranderingen zijn vooral van negatieve aard.**
- **Er zijn negatieve en ontkennende reacties van collega's ten aanzien van OPS.**
- **De werkgever, die mogelijk ook OPS heeft, stelt zich niet erg veranderingsbereid op.**
- **De invloed van compensatiesysteem FBZ BE op preventie is verwaarloosbaar.**
- **De kosten (schatting € 338.000) worden vooral worden gedragen door FBZ BE; de kosten voor de werkgever zijn verwaarloosbaar en geringer dan die voor de werknemer.**

Ontstaan en vergoeding letsel

De heer Cool (1957) is sinds 1986 werkzaam als tapijt- en parketlegger bij een woninginrichting (zes personeelsleden: boekhouder, verkoper en vier parketleggers), een familiebedrijf dat gerund wordt door mijnheer en mevrouw Graaf. Vanaf 1986 staat Cool dagelijks bloot aan VOS-houdende producten waaronder lijmen op alcoholbasis. Bij Cool wordt eind 2004, bij een periodiek medisch onderzoek (PMO) door de arbeidsgeneesheer van de externe preventiedienst, de verschijnselen van de beroepsziekte OPS gesignaleerd. Begin 2005 wordt dit bevestigd door medisch specialist Laan. De arbeidsgeneesheer stelt daarom voor Cool te ontslaan om medische redenen. Omdat Cool en werkgever Graaf het hiermee niet eens zijn, vragen zij hem dit voorstel in te trekken. Men bereikt een akkoord door samen aan FBZ BE voor te stellen Cool uit het schadelijk milieu te verwijderen. De arbeidsgeneesheer stelt als voorwaarde dat Cool niet meer blootgesteld wordt aan een aantal VOS-houdende producten, en dat hij permanent PBM draagt (waaronder een koolstofmasker). FBZ BE stemt hierin toe. Tegelijkertijd wordt aangifte gedaan bij FBZ BE van de beroepsziekte, in verband met een mogelijke vergoeding. Na onderzoek door FBZ BE volgt eind 2005 de vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid (45%) en de daarbij behorende uitkering.

Ondertussen gaat Cool weer aan het werk. Hij voert dat werk uit met een koolstofmasker, met zoveel mogelijk vermijding van contact met VOS-houdende producten. Het duurt echter geruime tijd voordat een dergelijk koolstofmasker beschikbaar is. Cool daarover:

- Dr. Laan zei: u mag blijven werken, maar dan met een masker. Dus ik zei tegen mijn baas: ik mag blijven werken maar dan met een masker. Dus ik denk: hij koopt voor mij een masker. Maar hij zegt ik weet niet wat ik moet kopen. 14 dagen later is er nog geen masker. Ik zeg: ik mag alleen met een masker werken, en gij moet een masker kopen. Maar hij zegt: ik weet niet eens wat voor een masker ik moet kopen.
- Toen heb ik uiteindelijk zelf op internet moeten uitzoeken en een e-mail gestuurd, en die firma heeft mij gezegd die en die masker moet ge kopen, en met dat papier ben ik naar mijn baas gegaan. Ik dacht nu gaat hij het wel kopen. Daar kwam weer niks van. Ik zeg tegen hem: mag ik die papieren terug, ik ga wel een masker kopen. En hij zegt: oh hebt ge dat masker nog niet gekocht?

Cool werkt halftijds. Hij blijft echter toch blootgesteld aan VOS, mede omdat de werkgever zich niet geheel aan de afspraken houdt. Eind maart 2008 valt Cool definitief uit en wordt hij alsnog ontslagen om medische redenen. In 2009 vraagt Cool herziening van zijn arbeidsongeschiktheidspercentage, dat eind 2009 wordt bepaald op 69% (€ 24.500 bruto per jaar).

Preventieve veranderingen
De preventieve veranderingen die opgetreden zijn, hebben vooral betrekking op het *individu*. Die veranderingen zijn vooral negatief: Cool is niet hersteld van zijn OPS-klachten, hij heeft blijvende ernstige gezondheidsklachten, en hij heeft het gevoel dat zijn klachten verergeren. Ook heeft hij vijf jaar na de vaststelling van OPS, geen betaald werk meer. Dat laatste was misschien nog wel mogelijk geweest indien Cool meteen was gestopt met zijn werkzaamheden als tapijtlegger na de vaststelling van OPS. Een aantal preventieve interventies vanaf dat moment (verwijdering uit het schadelijk milieu onder voorwaarde van aanschaf en dragen van een masker; verbod op gebruik van VOS-houdende producten; Cool lette vanaf dat moment zelf beter op de arbeidsomstandigheden) bleken echter beperkt effect te hebben mede omdat ze in de praktijk onvoldoende werden nageleefd. Uiteindelijk verslechterde de gezondheid van Cool en werd hij ontslagen in verband met medische ongeschiktheid. De enige positieve verandering in de individuele situatie is het lidmaatschap van de Belgische Vereniging OPS. Hierdoor ontwikkelde Cool moed om te spreken over zijn beroepsziekte en was hij beter in staat om het leed en zijn misnoegen over wat hem is overkomen, te verwerken.

Er zijn slechts een handjevol veranderingen aangetroffen in de preventieve situatie in de *arbeidsorganisatie*. Een positieve verandering is dat de werkgever gevoeliger is geworden voor vraagstukken van arbeidsbelasting, mede omdat hij zelf vermoedt OPS-klachten te hebben. Daartegenover staat ook een negatieve verandering, namelijk negatieve reacties van de collega's op de klachten van Cool. Er kunnen vraagtekens worden geplaatst bij het gevaarlijke-stoffenbeleid van het woninginrichtingbedrijf. De verschillende geïnterviewden hebben verschillende zienswijzen op de vraag of anno 2011 nog VOS-houdende producten worden toegepast. Ook geven werknemer en werkgever verschillende informatie over de aanwezigheid van PBM. Het is eveneens niet duidelijk of herhaling van de beroepsziekte OPS is opgetreden: volgens Cool gaan collega's er in de toekomst last van krijgen, werkgever Graaf constateert bij zichzelf klachten die hij voorzichtig in verband brengt met blootstelling aan VOS.

De opbrengst op het gebied van *quartaire preventie* is zowel voor de arbeidsorganisatie als de werknemer negatief. Beiden dragen een deel van de schadelast. Dit heeft echter geen aanwijsbare invloed op de andere vormen van preventie.

Invloedsfactoren
Van het *compensatiesysteem* gaat nauwelijks een preventieve werking uit op de situatie in de arbeidsorganisatie. Er is als gevolg van het compensatiesysteem een beperkt aantal veranderingen geconstateerd in de primaire preventie, de tertiaire preventie en de quartaire preventie. Cool noemt een positieve (indirecte) invloed van FBZ BE: volgens hem heeft de werkgever geen bezwaren gemaakt tegen de aanschaf van een duur masker omdat hij zou weten dat FBZ BE 'achter Cool staat'. Voorts heeft FBZ BE verwijdering uit het schadelijke milieu gefaciliteerd. Echter vanuit het compensatiesysteem is geen controle op de naleving van deze afspraak. Ook heeft FBZ BE invloed op de quartaire preventie middels een schadeloosstelling van de werknemer en een compensatie van het door de werkgever verschafte gewaarborgd loon. Opvallend is dat de informatie van FBZ BE over de arbeidsomstandigheden (blootstellingsonderzoek, inventarisatie gevaarlijke stoffen) niet terugkoppelt naar de andere actoren, individu, organisatie, preventiesysteem.

Vanuit de *gezondheidszorg* wordt nauwelijks iets bijgedragen aan de preventie. Met medisch specialist Laan wordt besproken of Cool incidenteel in aanraking mag komen met verfluchten. Dat wordt niet als bezwaarlijk gezien. Later blijkt dat toch wel bezwaarlijk te zijn, gezien het feit dat de minimale blootstelling aan VOS één van de factoren is die ertoe leidt dat Cool gedwongen is het werk te beëindigen. De *sociale zekerheid* heeft geen invloed op de preventie.

Vanuit het *preventiesysteem* is vooral sprake van positieve invloed op de individuele primaire preventie bij het individu (de arbeidsgeneesheer eist beperking van de blootstelling aan VOS; deelname van Cool aan de vereniging OPS). Of het preventiesysteem invloed heeft op de aanpak van gevaarlijke stoffen kan niet met zekerheid worden vastgesteld. Er kunnen, achteraf

bezien, ook vraagtekens gesteld worden bij de bijdrage van het externe preventiesysteem aan de re-integratie: was het wel zo verstandig om Cool het oorspronkelijke werk te laten hervatten, gezien zijn lichamelijke situatie (vermoeidheid en uitputting) en de onmogelijkheden om in een dergelijke werksituatie geheel vrij van blootstelling aan VOS te werken? Was het niet beter geweest hem te verplichten permanent te stoppen met zijn werk als tapijtlegger, en ander parttime werk te faciliteren? De aandacht van alle betrokkenen is gericht op werkhervatting in plaats van op gezondheidsherstel en primaire preventie. Opvallend is tevens dat vanuit het preventiesysteem niemand ingrijpt. De externe preventiedienst mag zich er niet mee bemoeien. De vakbond heeft geen tijd. De arbeidsinspectie is geheel afwezig. De aandacht vanuit het preventiesysteem op het realiseren van verbeteringen in de arbeidsorganisatie is dus zeer beperkt.

Vanuit de *arbeidsorganisatie* zijn weinig positieve veranderingen in de preventie tot stand gebracht. Een positieve opbrengst is dat de werkgever ondertussen gevoeliger lijkt voor vraagstukken van arbeid en arbeidsbelasting. Het feit dat hij bij zichzelf ook verschijnselen van OPS constateert, draagt daaraan bij. De invloed van de arbeidsorganisatie is verder negatief (de klachten van Cool werden door de collega's niet serieus genomen, mede daardoor droeg men bij aan de uitstoting van Cool uit de arbeid; hij zit ondanks pogingen om wel aan het werk te blijven, zonder werk thuis). Een andere aanpak van de werkgever zou een en ander mogelijkerwijs hebben kunnen voorkomen. In dat verband zijn er vraagtekens te stellen bij de bereidheid van de werkgever om hem parttime te laten werken: was dit uit eigenbelang of echt bedoeld om Cool duurzaam aan het werk te houden?

Het *individu* tenslotte heeft zowel positieve, negatieve als twijfelachtige invloed gehad op de preventie. Positief is zijn invloed op de primaire preventie: de verandering in de eigen houding, het feit dat hij zelf PBM heeft geregeld, zijn invloed op de houding van de werkgever inzake vraagstukken van arbeidsbelasting. Ook heeft hij in positieve zin bijgedragen aan zijn eigen mentale herstel door actief lid te zijn van de OPS vereniging. Negatieve bijdragen aan preventie waren er ook: Cool droeg bij aan zijn uitstoting door contacten met collega's en werkgever te vermijden. Ook voor het individu geldt dat het de vraag is of zijn eigen opstelling inzake werkhervatting wel zo verstandig was: hij wilde zo snel mogelijk zijn oorspronkelijke werk hervatten en was bereid daaraan veel energie te besteden. Misschien was het achteraf beter geweest definitief te stoppen met het werk als parketlegger, in plaats van nog drie jaar door te werken.

De totale *kosten* zijn becijferd op € 338.000. De kosten worden vooral gedragen door FBZ BE, bijna € 310.000, gevolgd door Cool (€ 30.000). De werkgever maakte geen noemenswaardige kosten.

Beschouwing
Deze case laat de preventieve voordelen van een PMO zien. Zonder dit medisch onderzoek had het beduidend langer geduurd voordat de OPS bij de werknemer was vastgesteld. Tegelijkertijd roept het ook vragen op als: waarom is de forse blootstelling aan VOS en de kans op OPS niet eerder vastgesteld? En: waarom wordt naar aanleiding van dit OPS geval geen collectieve actie ondernomen bij woninginrichting Graaf om ook de collega's van de werknemer te onderzoeken en te beschermen? De case laat bovendien zien hoe belangrijk een actieve vakbond kan zijn en wat de positieve invloed is van een patiëntenvereniging.

In de case treffen we ook het gebruik van een preventie-instrument van FBZ BE aan, namelijk de 'verwijdering uit het schadelijk milieu'. De toepassing van het instrument is de uitkomst van onderhandelingen tussen arbeidsgeneesheer, werknemer en werkgever. Aanvankelijk werkt dit instrument positief uit voor het individu. Echter door gebrekkige naleving, door werkgever en werknemer, en gebrekkige controle op de uitvoering ervan, door FBZ BE en de arbeidsgeneesheer, verliest dit instrument haar effect.

Opvallend is dat de metingen in het kader van de claimbeoordeling niet beschikbaar zijn gesteld aan werknemer Cool of aan werkgever Graaf.[620] Cool antwoordt op de vraag of iemand van FBZ BE bij de werkgever op bezoek is geweest:

> - Zij (de baas en de bediende) zeggen van wel. Ze zijn staaltjes komen nemen van de producten die ik gebruikt heb. Ik was er niet bij hè. Ik was niet op de firma. Ik heb tijdens het bezoek aan FBZ gevraagd: hoe komt u aan die uitslagen? En het schijnt dat u op de firma bent geweest voor die stalen. En zij zegt: als ik heel eerlijk moet zijn hebben we daar niet veel aan. Ze zegt: wat doen we met die stalen? We verwarmen ze op en die dampen meten we. Die concentratie is eigenlijk te hoog, want dat doet ge niet binnen. Ik zeg: dat weet ik zo net nog niet: als ik ergens werk waar de zon binnenschijnt dan is het ook warm.
> - Dan op een gegeven moment had ik een aanvraag gedaan voor verwijdering uit het milieu en dan zijn ze testen komen doen. Dan is er een ingenieur, een vrouw, die is naar de werf gekomen. Die heeft mij en mijn collega apparatuur omgehangen. En die heeft apparatuur in de kamer gezet. En dan zijn die gaan meten of het nog schadelijk was voor mij. En dat was dus niet het geval. En dan is er een verslag gemaakt dat ik niet meer met die schadelijke producten werk en dan is de goedkeuring gekomen dat ik uit het milieu kon worden verwijderd. Voor mij is dat Chinees. Of de werkgever die uitslagen heeft gehad weet ik niet, de collega's beslist niet.

Vooraf hadden afspraken over controle en naleving van de verwijdering uit het arbeidsmilieu gemaakt moeten worden. Daarnaast laat de toepassing van dit instrument in deze arbeidsorganisatie zien dat het wel een (tijdelijk) positief effect heeft op de individuele preventie, maar niet bijdraagt aan collectieve preventie. FBZ BE zou in deze case, mogelijk in samenwerking met de externe preventiedienst, een prominentere rol kunnen spelen om preventie op gang te brengen. Naast een betere controle op de uitvoering van de individuele werkverwijdering, zou FBZ BE een bijdrage kunnen leveren aan de collectieve preventie. Dat kan onder andere door de informatie betreffende de gevaarlijke stoffen waarover ze beschikt, te bespreken met werkgever en werknemers. Ook zou FBZ BE gezondheidsmonitoring van de werknemers kunnen stimuleren.

7.2.6 Case Tapijt NL, de heer Haan, OPS, rugklachten, schadevergoeding via AVB NL

- **De heer Haan nam deel aan een deelonderzoek in het kader van het onderzoek 'Leerzame schadeclaims'.[621] Hij bleek ook bereid om deel te nemen aan de case studie.**
- **Totaal aantal respondenten: 3.**
- **Haan valt in 2000 uit met rugklachten; via een letselschadebureau komt hij in 2004 op het spoor van OPS.**
- **De werkgever reageert verbolgen op verleende schadevergoeding: er zou geen sprake zijn van blootstelling aan VOS en ontstaan van OPS.**
- **Er is een beperkt aantal preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie, sommige zijn positief (minder rugbelasting).**
- **Een deel van de arborisico's is ondertussen uitbesteed.**
- **Ten tijde van het onderzoek is de situatie van Haan gestabiliseerd, zij het dat de situatie broos is.**
- **De kosten (schatting € 261.320) worden vooral gedragen door de werknemer (€ 89.960) en UWV (€ 82.860). De kosten voor de werkgever (€ 22.700) zijn relatief beperkt.**

Ontstaan en vergoeding letsel

Deze case is afkomstig uit het bestand van het onderzoek 'Leerzame schadeclaims'.

De heer Haan (1949) is vanaf zijn vijftiende levensjaar actief op de arbeidsmarkt. Eerst twee jaar als stratenmaker, waarna hij in 1966 in dienst treedt als tapijtlegger bij Mulder woninginrichting. In 1979 verlaat hij Mulder om voor een periode van vijf maanden als postbode te gaan werken. Dit werk bevalt hem niet en hij keert terug bij Mulder. Mulder woninginrichting (gespecialiseerd in vast tapijt, parket, linoleum in woningen en kantoren) is een familiebedrijf dat ruim 100 jaar bestaat. De huidige directie wordt gevoerd door een kleinzoon van de oprichter. In de jaren '90 telde het bedrijf bijna 50 werknemers, waaronder

[620] Mededeling FBZ aan onderzoeker: de resultaten van blootstellingsonderzoeken worden door FBZ niet gecommuniceerd, noch naar betrokkene, noch naar zijn werkgever, noch naar de arbeidsgeneesheer. Slechts bij hoge uitzondering en op uitdrukkelijke vraag van de betrokkenen kan het zijn dat het FBZ inzage geeft in deze gegevens. Niets in het dossier wijst erop dat dit in dit specifieke dossier het geval is geweest.

[621] Zie hiervoor ook kader 7.1

ongeveer 35 stoffeerders. In 2011 bestaat het bedrijf uit 13 werknemers: directeur, een medewerker voor de administratie, boekhouding en personeelszaken, drie stoffeerders en een medewerker voor sloopwerkzaamheden, en een netwerk van zzp-ers en onderaannemers, die worden bevoorraad vanuit een centraal magazijn.

Haan valt begin 2000 uit met rugklachten. Na ruim drie jaar diagnostiek en behandeling in de curatieve sector komt hij bij toeval in contact met een letselschadebureau. Daar vermoedt men dat Haan naast een werkgerelateerde rugaandoening ook een OPS kan hebben. Het Solvent Team dat hij bezoekt, stelt vast dat hij OPS-klachten heeft. Haan is sinds 1 augustus 2004 op parttime basis werkzaam als chauffeur personenvervoer. In 2008 ontvangt Haan een schadevergoeding van € 25.000.

Er zijn sterke aanwijzingen dat de rugklachten zijn veroorzaakt door het langdurig zwaar tillen en sjouwen van tapijt en de gebogen houding bij het tapijtleggen. Het ontstaan van de beroepsziekte OPS is te verklaren uit de langdurige blootstelling aan VOS, afgewisseld met periodes van hoge blootstelling. De preventiesituatie vóór de indiening van de claim liet te wensen over. Pas in de loop van de negentiger jaren worden in alle situaties watergedragen lijmproducten toegepast. Daarvoor is er wel eens aandacht voor de gevaren van blootstelling aan VOS, maar de maatregelen die worden getroffen zijn suboptimaal: begin jaren '90 kreeg Haan bijvoorbeeld de beschikking over een masker, dat hij vervolgens niet gebruikte. Ook de werkgever zag niet toe op het gebruik. De indruk bestaat dat zowel werkgever als werknemer in die periode weinig belang hechtten aan gezonde werkomstandigheden. De werkgever lijkt vooral het uitbesteden van de gezondheidsrisico's, via de inschakeling van onderaannemers en zzp-ers, als preventiestrategie te hanteren, terwijl de werknemer in hoofdzaak het werk beschouwde als middel om geld te verdienen. De gezondheidsklachten nam hij op de koop toe. Als de werknemer zich met zijn gezondheidsklachten tot de werkgever wendt, wordt hij niet serieus genomen.

De gezondheidsprofessionals die hij bezoekt (huisarts vanaf 1963, bedrijfsarts vanaf 1997, fysiotherapeut vanaf 1998, neurochirurg vanaf 2000, manueel therapeut vanaf 2000) zijn niet in staat zijn gezondheidsklachten goed te duiden. Alhoewel ook een positieve ingreep is gesignaleerd (in het eerste ziektejaar wordt geïnvesteerd in de belastbaarheid van Haan), overheersen de medische missers en verkeren de experts in onzekerheid over de gewenste aanpak. Niemand van de betrokken experts signaleert OPS. Ondanks de werkgerelateerde rugproblemen is het aangepaste werk, dat in het kader van de re-integratie wordt voorgesteld door bedrijfsarts en werkgever (ophangen lamellen), rugbelastend. Na enkele maanden blijkt dit werk dan ook te zwaar. De training bij een fysiotherapeutisch centrum wordt stopgezet. Er volgt een verwijzing van de huisarts naar een neurochirurg, die manuele therapie adviseert. Die therapie blijkt echter dan juist gestopt te zijn. Tevens wordt een rugcorset aangemeten. Een operatieve fixatie van de wervels wordt gesuggereerd, maar niet uitgevoerd. De gezondheidsexperts relateren de rugproblemen wel aan de werkbelasting, echter dit leidt niet tot lichter werk in de arbeidsorganisatie, lichter vervangend werk voor Haan, of verbetering van de screening van personeel op werkgerelateerde rugklachten. De bedrijfsarts maakt geen melding van een beroepsziekte conform art. 9 van de Arbowet.

Wanneer re-integratie in eigen werk en eigen onderneming mislukt, komt Haan in aanmerking voor de WAO. In deze casus zijn de actoren binnen de sociale zekerheid: het UWV (arbeidsdeskundige, verzekeringsgeneeskundige), het re-integratiebureau en de verzekeringsmaatschappij die het eerste jaar loondoorbetaling verzekert. De actoren in de sociale zekerheid hebben geen invloed op de primaire- en secundaire preventie. De invloed is vooral aanwezig op het vlak van de tertiaire preventie. Die invloed is zowel positief, negatief als onduidelijk. Een kwalitatief goede bejegening ontbreekt:

- De verzekeringsgeneeskundige van het UWV stelt in december 2000 allerlei fysieke beperkingen vast, en geen psychische beperkingen. Dit blijkt echter onjuist gezien de diagnose OPS, die later is gesteld.

- Haan wordt in opdracht van UWV begeleid door een re-integratiebureau ('re-integratie 2e spoor'). Die begeleiding start begin 2003 en bestaat uit het volgen van een training 'op weg naar werk' en een sollicitatiecursus. Ook wordt Haan voorgespiegeld dat hij in aanmerking kan komen voor een vergoeding van een opleiding tot commercieel chauffeur goederenvervoer, waarvan hij echter moet afzien wegens zijn belastbaarheidspatroon.

De sociale zekerheid blijkt op een gegeven moment inkomensverlies, onzekerheid en cumulatie van problemen met zich mee te brengen. Haan probeert werk te vinden, maar dat lukt niet. Hij ontvangt na verloop van tijd een lage uitkering. Er is op een gegeven moment sprake van een opeenhoping van problemen. Die problemen komen enigszins tot een oplossing als Haan zelf werk vindt en, bij toeval, in contact komt met een letselschadebureau. Dat bureau staat hem niet alleen bij in het verhalen van schade, maar zorgt er ook voor dat er aandacht komt voor de OPS.

Preventieve veranderingen
De preventieve veranderingen in de onderzoeksperiode (tussen indienen claim in 2004 en afronding van de schadeclaim in 2008) zijn beperkt. Er zijn *drie positieve preventieve veranderingen* gesignaleerd. Het bedrijf heeft het werk minder rugbelastend gemaakt door een aantal maatregelen te treffen (1); Haan heeft minder gezondheidsklachten (2); door het uitgekeerde schadebedrag kan Haan zijn financiële problemen oplossen (3).

De schadevergoeding heeft ook een averechts effect. De schadevergoeding die aan Haan is uitbetaald in verband met zijn beroepsziekten (OPS en rugproblemen) leidt bij de leiding van het bedrijf tot verontwaardiging, ongeloof en ontkenning van de relatie VOS-OPS in hun bedrijf. Mevrouw Mulder heeft haar twijfels over de diagnose OPS:

- De reden van uitval is altijd de rug geweest. Nooit psychisch. We hebben betaald voor zijn rug. (Dan vertelt de onderzoeker dat bij hem een milde vorm van OPS is geconstateerd. Mevrouw Mulder zegt daarop): ja ja. Ik denk dat je ook depressief wordt in zijn situatie. Hij was nooit de eerste man. Hij was altijd een bijhangsel. En dan valt iemand weg, dat zal dan wel in de periode zijn geweest dat zijn collega langdurig ziek was. Dat werkt dan niet. Dan moest hij alleen werken en dan werkt hij niet. Dan valt hij door de mand. En dan krijgt zo iemand 'last' van zijn rug. En toen kwam opeens het OPS. Maar ja, in al die jaren dat er hier gewerkt wordt is er nooit sprake geweest van OPS. Vanaf 1996 is de productie van VOS houdende lijmproducten stilgelegd. Mag niet meer gebruikt worden. Fabrieken maken het niet meer. Ze hebben alles op waterbasis. Allemaal dispersies.
- Hij is altijd al een moeilijk persoon geweest. Misschien heeft hij altijd al last van zijn psyche gehad. En misschien hebben wij dat nooit gemerkt. En dat hij dat nu op ons afreageert.

Een aantal preventieve veranderingen is minder goed te duiden. Er is herhaling van rugklachten in het bedrijf, zij het bij een andere categorie personeel. De heer Mulder zegt nieuwe inzichten te hebben over de aanpak van rugklachten. Hij is van mening dat in dat geval zo snel mogelijk een operatieve ingreep moet plaatsvinden. Het is echter niet duidelijk of dit ook effectief is en of hij die aanpak wil invoeren in zijn bedrijf.

Of Haan een gezondere en veiligere houding ten opzichte van het werk heeft is niet met zekerheid te zeggen. Vanzelfsprekend is het antwoord positief aangezien hij niet meer is blootgesteld aan VOS. Echter er schuilt een gevaar in zijn huidige werkzaamheden als taxichauffeur: het is een zware mentale belasting voor hem, er is belasting van de rug, en hij kan -letterlijk- de weg kwijtraken. Voor Haan zijn de gezondheidsoverwegingen ook niet doorslaggevend. Veel belangrijker is dat hij inkomsten heeft door arbeid. Het werk geeft hem het gevoel nuttig te zijn.

Invloedsfactoren
Voor zover er sprake is van preventieve veranderingen na de schadevergoeding, zijn die vooral terug te voeren op invloeden vanuit de *arbeidsorganisatie* zelf. De belangrijkste preventieve maatregel die de arbeidsorganisatie heeft genomen is de uitbesteding van het tapijtleggen. Er is in dit onderzoek niet nagegaan of deze vorm van externe flexibilisering vermindering of toename van beroepsziekten bij onderaannemers en zzp-ers met zich meebrengt.

Van het *compensatiesysteem* gaat een negatieve invloed uit op de primaire preventie binnen de arbeidsorganisatie. De lange duur van de schadeafwikkeling en het ontbreken van terugkoppeling door de verzekeraar versterkt het gevoel van de werkgever dat ten onrechte sprake was van OPS. Wel gaat een positieve invloed uit van het compensatiesysteem op de secundaire preventie aangezien het letselschadebureau de beroepsziekte OPS wel signaleert bij Haan, waar anderen dat verzuimd hebben te doen.

Haan heeft bijgedragen aan verbetering van zijn individuele situatie door zelf werk te vinden en contact met VOS te vermijden. Daardoor heeft hij minder gezondheidsklachten. De vraag is echter of het werk als taxichauffeur op den duur niet te belastend is voor hem. De andere factoren hebben nauwelijks of geen invloed op de preventie.

De totale kosten van de twee beroepsziekten zijn becijferd op € 261.320. De kosten worden vooral gedragen door de werknemer (€ 89.960) en het UWV (€ 82.860). De kosten voor de AVB verzekeraar (€ 40.000), en de werkgever (€ 22.700) zijn aanmerkelijk lager.

Beschouwing
In deze case valt op dat de beroepsziekte OPS niet wordt onderkend door werkgever, bedrijfsarts of werknemer. De beroepsziekte wordt pas herkend op het moment dat de werknemer zich jaren later wendt tot het letselschadebureau, in de hoop zijn financiële problemen enigszins te verzachten.

Wat ook opvalt in deze case is dat de werkgever niet op de hoogte is van de afwikkeling van de schadeclaim. Mevrouw Mulder heeft vlak voor het bezoek van de onderzoeker (februari 2011) bij de verzekeraar geïnformeerd naar de afhandeling van de schadeclaim:

> - Wij wisten niet hoe die claim was afgehandeld. We hebben nooit bericht gehad. Is eigenlijk onze zaak ook niet. Dat letselbureau en de verzekeraar hebben het onderling geregeld. Daarom hebben we de verzekeringsmaatschappij opgebeld. Tot voor een week geleden was ons niet bekend of er geld was gegeven Ik vind het een hoop geld. Ik vind het ook raar dat je als bedrijf er niet over gehoord wordt. Alle communicatie is geëindigd na die brief. (Mevrouw duidt op de brief met de aansprakelijkstelling uit 2004).
> - De reden van de claim was de rug. We hebben betaald voor zijn rug. Niet voor het psychische, de OPS.

Vanuit het compensatiesysteem laat men kansen liggen om de preventie in de arbeidsorganisatie te bevorderen. In plaats van directe terugkoppeling van de resultaten van het beroepsziekteonderzoek naar de actoren in de arbeidsorganisatie en de bedrijfsarts, in combinatie met aanbevelingen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren, is het stil. Die stilte wordt mede veroorzaakt door de onderhandelingen over de causaliteit en de schade. Wat opvalt tijdens het interview met de bedrijfsleiding is de bittere kritiek op de werknemer. Mogelijk had vroegtijdige terugkoppeling ook een verzachtende invloed kunnen hebben op die kritiek.

7.2.7 Assemblage NL, zes productiemedewerksters met RSI, schadevergoeding via AVB NL

- **Voor case Assemblage NL is expliciet gekozen, vanwege het 'worst case' karakter.**
- **Totaal aantal respondenten: 17.**
- **Zes werknemers (vrouw) lopen in negentiger jaren RSI op, worden eind negentiger jaren ziek en dienen in 2002-2005 schadeclaim in.**
- **Ze ontvangen in 2008 een schadevergoeding van in totaal € 222.000.**
- **Er is een beperkt aantal preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie gerealiseerd (voor een deel marginale ergonomische aanpassingen, daarnaast automatisering).**
- **Management houdt fundamentele verbeteringen in de organisatie van de arbeid tegen.**
- **Invloed compensatiesysteem AVB NL is nihil.**
- **Aanvankelijke invloed vakbond op RSI vraagstuk is verdwenen.**
- **De kosten (schatting € 1.027.031) worden vooral gedragen door het UWV (€ 275.000), gevolgd door de werkgever (€ 139.800). De zes werkneemsters dragen samen bijna € 400.000 aan kosten.**

Ontstaan en vergoeding letsel
Deze case is gekozen uit het bestand van het onderzoek 'Leerzame schadeclaims'. Het leek de 'worst case' van dit bestand van 'worst cases' aangezien in dit productie- en assemblagebedrijf in een periode van vier jaar zes werknemers een schadevergoeding (totaal € 222.000) ontvangen vanwege RSI, terwijl in de andere cases doorgaans één claim is ingediend en toegekend. Het bedrijf (kerntaak: productie en assemblage van medische producten) verhuist kort na de oprichting in de jaren '80 (met overheidssubsidie) naar een sociaal-economisch onderontwikkeld gebied. Op het moment van overplaatsing kent het 100 personeelsleden. Het ontwikkelt zich van producent voor de nationale markt, naar een internationaal opererend bedrijf met meer dan 1.000 werknemers (1995). Daarna is het personeelsbestand door reorganisaties gereduceerd tot ruim 500 werknemers. Eind jaren '90 wordt het bedrijf overgenomen door een buitenlandse multinationale onderneming.

Uit een enquête van de arbodienst (2000) blijkt dat bijna 50% van het productiepersoneel, dat voornamelijk uit vrouwen bestaat, RSI-klachten heeft. RSI ontstaat in deze arbeidssituatie als gevolg van de organisatie van de arbeid (kortcyclische arbeid), de gebruikte productietechnologie (die ergonomisch vaak niet verantwoord is), mogelijk in combinatie met de werkmoraal, stijl van leidinggeven en gebrekkige arbeidsgezondheidskundige begeleiding.

De arbodienst probeert vanaf de overplaatsing van de fabriek de directie ertoe te bewegen de organisatie van de arbeid te veranderen. Deze pogingen leiden echter slechts tot kleine aanpassingen. De directie vindt fundamentelere ingrepen te kostbaar. Een bedrijfsarts hierover:

> In het begin had men medische kennis over het product, maar men had niet gedacht aan mensen en machines. De technologie kocht men en men zette mensen aan het werk. Technologie werd niet aangepast aan de mens. Er was geen preventief beleid. Dat is in de loop der tijd wel wat veranderd. Bij het inrichten van nieuwe productielijnen maakte men wel vaak een ergonomische en arbo-technische inventarisatie. Daaruit kwamen dan voorstellen voor werkplekverbetering. Maar die werden dan niet geaccepteerd omdat men het te duur vond worden. We hebben wel eens voorgesteld om een nieuwe lijn in te richten in de vorm van een werkstation, waardoor een werknemer een heel product in elkaar zet. Dat idee hadden we ontleend aan de opzet van een fabriek hier in de buurt. Het werd afgewezen omdat het te duur zou zijn.

De vakbond probeert vanaf eind jaren '90 de kwaliteit van de arbeid te verbeteren. Zij laat onderzoek doen naar ergonomie en werkdruk, en spreekt in het kader van de cao-onderhandelingen af dat een stuurgroep een plan gaat maken voor ergonomische aanpassingen per productielijn. Als de bedrijfsleiding zich echter niet aan de afspraken houdt, en dit project verzandt, besluit de vakbond werkneemsters die niet meer kunnen werken door de RSI-klachten te ondersteunen bij het indienen van een schadeclaim. Men hoopt dat die schadeclaims niet alleen de betrokken vrouwen helpen bij het verminderen van de financiële zorgen, maar ook de directie ertoe zullen aanzetten meer aan preventie van RSI te doen. In totaal melden zich 12 vrouwen bij het letselschadebureau van de vakbond. Zes ervan ontvangen na een letselschadeproces van zes jaar een schadevergoeding.

Preventieve veranderingen
In tegenstelling tot de verwachting van de vakbond zijn na afronding van de claims geen extra veranderingen in de *primaire preventie* gesignaleerd. De positieve veranderingen die op dat gebied zijn gerealiseerd (automatisering en -beperkte- ergonomische aanpassingen aan machines) vloeien voort uit reeds eerder gestarte activiteiten. De claims hebben ook niet kunnen voorkomen dat RSI-klachten zich blijven herhalen onder het productiepersoneel. De informanten verklaren dat uit het feit dat de arbeidsomstandigheden eerder gelijk zijn gebleven, of verslechterd, dan verbeterd zijn. Mevrouw Lisa, een van de zes slachtoffers, verwoordt het als volgt:

> Ik zie nog regelmatig -voor de gezelligheid- een groep ex-collega´s. En ik kom nog wel eens iemand tegen. De claim van mij en de anderen heeft geen enkele invloed gehad op de arbeidsomstandigheden. Wel zijn er nieuwe stoelen aangeschaft. Het personeel wordt gewoon verder uitgeknepen. Eigenlijk zijn de omstandigheden alleen maar verslechterd. Sinds ik een claim heb ingediend, zijn er nog meer collega´s die RSI hebben opgelopen. Ik hoor dat de werkdruk is toegenomen en de verhoudingen op het werk ook niet best zijn. Ze werken nu met gele kaarten als je iets doet wat hen niet zint, bijvoorbeeld te lang een

sigaret roken. De productieafdeling waartoe ik behoorde is opgeheven. De productie gaat naar het buitenland.

Ook de houding van de collega's lijkt niet te veranderen door de claims, mede vanwege het strakke keurslijf van de productiearbeid, dat weinig individuele speelruimte biedt.

Ook op het gebied van de *secundaire preventie* treden veranderingen op, maar die zijn eveneens voor afronding van de claims in gang gezet. Het gaat in dit geval om twee positief te duiden ontwikkelingen (de OR stelt jaarlijks voor een PAGO uit te voeren, de arbeidshygiënist van de arbodienst verricht ergonomisch onderzoek aan machines die geïnstalleerd gaan worden en doet op basis daarvan aanbevelingen voor ergonomische aanpassingen) en een negatieve (de directie wijst de voorstellen van de OR inzake de invoering van een PAGO af).

Op het vlak van de *tertiaire preventie* overheersen de negatieve veranderingen: de geïnterviewde bedrijfsartsen zijn van mening dat ze minder goed hun taak in de verzuimbegeleiding kunnen uitoefenen; de zes vrouwen zijn allen slechts ten dele hersteld, sommigen voeren lager gekwalificeerd werk uit en anderen zijn zonder werk. Van één ontwikkeling op tertiair gebied, de inschakeling van (commerciële re-integratiebureaus) kon niet worden vastgesteld welke positieve of negatieve effecten dat bracht. Een positieve verandering is dat de schadeclaim door de geïnterviewde vrouwen als een vorm van erkenning en genoegdoening wordt beschouwd.

Op het gebied van *quartaire preventie* is er vanuit het perspectief van de werknemers een positieve verandering (de schadevergoeding voor betrokken vrouwen) en een negatieve verandering vastgesteld: de schadevergoeding compenseert niet de volledige schade van de zes werkneemsters. Vanuit het perspectief van de arbeidsorganisatie is een positieve verandering de daling van het aantal ingediende schadeclaims tot nul. Dit kan niet worden verklaard uit het feit dat de arbeidsomstandigheden zijn verbeterd maar uit het gegeven dat via andere kanalen (ziekteverzuim, instroom WAO/WIA, vut, reorganisatie, ontslag) werknemers die gezondheidsklachten hebben, tijdelijk of permanent uit het bedrijf verdwijnen. Hieraan zijn voor het bedrijf ook kosten verbonden. Niemand van de geïnterviewden heeft een compleet overzicht van die kosten.

Tenslotte verandert de preventiestructuur voor een deel. Zo wordt bijvoorbeeld een aantal taken van de bedrijfsarts overgenomen door een arbeidsdeskundige. Met deze wijziging wil men het productiepersoneel na ziekte zo spoedig mogelijk het werk laten hervatten.

Invloedsfactoren
De *arbeidsorganisatie* is de meest dominante factor. De belangrijkste 'spelers' binnen de arbeidsorganisatie zijn de directie van het bedrijf, de afdeling P&O, de afdeling engineering, de leidinggevenden, de werknemers, de leden van de ondernemingsraad, de verzuimcoördinator en de arbo-coördinator.

Deze actoren communiceren met de actoren vanuit het *preventiesysteem*, te weten de vakbondsbestuurder en de medewerkers van de arbodienst (bedrijfsarts en arbeidshygiënist). Zij zijn hun externe medestanders én tegenstrevers tegelijk. De invloed van de actoren uit dit preventiesysteem is grotendeels afhankelijk van de instemming van de actoren uit de arbeidsorganisatie.

De geïnterviewden hebben allerlei suggesties over de motieven van de, steeds wisselende, staf en directie om geen primaire preventieve maatregelen te nemen en geen adequate innovatiestrategie te ontwikkelen. Ze noemen gebrek aan inzicht in de noodzaak tot het treffen van maatregelen en, afhankelijkheid van het moederconcern, de noodzaak tot korte-termijn kostenbesparingen en de verwachting dat een afdeling met een slechte lay out op korte termijn naar het buitenland wordt overgeplaatst, waardoor investeringen niet nuttig zijn. Niemand is van mening dat de ingediende claims de houding van de betrokken actoren hebben gewijzigd.

Het *compensatiesysteem* heeft nauwelijks invloed op de (marginale) preventieve veranderingen. Slechts één (negatief) effect op de primaire preventie is gesignaleerd: nadat de schadeclaims zijn ingediend, besluit de leiding van het bedrijf dat de term RSI niet meer gebruikt mag worden. Verder blijft de invloed van het compensatiesysteem beperkt tot invloed op de (individuele) tertiaire en quartaire preventie. Er is positieve invloed op tertiair gebied (een werknemer roemt het begrip dat ze krijgt van de letselschaderegelaar; de schadevergoeding wordt als een erkenning van de beroepsziekte beschouwd) en op quartaire preventie (de schadevergoeding voor de zes individuele werknemers compenseert voor een deel de schade). Het compensatiesysteem brengt ook negatieve veranderingen met zich mee op het gebied van tertiaire preventie: de lange duur van de claimbeoordeling is negatief voor het herstel van de betrokkenen. Bovendien is de schadevergoeding onvoldoende om het verlies aan inkomen te compenseren.

De invloed van de overige *factoren (het individu, de sociale zekerheid en de gezondheidszorg)* is beperkt tot een enkele verandering. De individuen dragen zelf in positieve zin bij aan hun herstel. De gezondheidszorg is medeverantwoordelijk voor het gegeven dat de betrokken vrouwen maar ten dele herstellen van hun klachten. Dat komt doordat medici aanvankelijk onjuiste diagnosen stellen. Ook de sociale zekerheid heeft een negatieve invloed op het herstel. Als gevolg van de financiële prikkels vanwege de sociale zekerheid worden de vrouwen te snel gedwongen het werk te hervatten, waardoor de gezondheidsklachten verergeren. Daarnaast blijkt de sociale zekerheid zo weinig bescherming te bieden aan deze vrouwen, dat ze in lager gekwalificeerd werk terecht komen, of zonder werk raken, een beperkte verdiencapaciteit hebben en een karig inkomen.
De totale kosten van de beroepsziekten zijn becijferd op € 1.027.031. De kosten worden vooral gedragen door het UWV (€ 275.000), gevolgd door de werkgever (€ 139.800). De kosten van de overige actoren zijn ongeveer gelijk: AVB verzekeraar A draagt € 84.574, verzekeraars B en C dragen elk €70.700 en de zes werkneemsters dragen gemiddeld € 66.000 per persoon.

Beschouwing
In de arbeidsorganisatie (Assemblage NL) is nooit een grondig debat gevoerd over de noodzaak en de mogelijkheden tot verbetering van de arbeidsorganisatie en de taakstructuur. Toepassing van socio-technische principes, in overleg met het productiepersoneel, ondernemingsraad, vakbonden en preventie-experts had een positieve invloed op de beperking van RSI kunnen hebben. Het is jammer dat ook na de afronding van deze schadeclaims een dergelijk debat niet van de grond gekomen is.

Het bedrijf kent geen innovatiestrategie waarin aandacht is voor een arbeidsvriendelijke arbeidsorganisatie. Dat wordt ook geweten aan de afdeling engineering. Collega 2:

> - We hebben een nieuwe productieafdeling, daar zijn ze nu een jaar of drie mee bezig. En daar hebben ze een matrijs, die is in bezit van het bedrijf. Ze bestellen dan een machine. Maar dan komt er een machine. En dan plaatsen ze de matrijs erin. En dan denken ze: ja maar, wacht eens even, als ik dit maak dan rolt het er daar uit en dan moeten we daar wat maken. En dan wordt er eerst een tafeltje neergezet en dan wordt er een persoon achter gezet, en dan: oh shit, die moet ook wat kwijt kunnen. En dan moeten we een bak of zo hebben. Het is allemaal knutselwerk. Er zit niet echt visie achter.
> - Ze zetten het bij ons neer en dan zijn er een paar proces-ingenieurs en die hebben de klote verstand ervan. Die zijn niet getriggerd op klachten van mensen. Maar op 'die machine moet productie draaien'.
> - Er is een inleenfirma van spuit-gietmachines. Die jongens komen af en toe assisteren. En die zeggen: 'Als ze nou eens eerst gewoon bij ons gekomen waren en gezegd hadden wat ze van plan waren, dan hadden we ze goed kunnen helpen. En dan waren ze voor relatief weinig geld klaar.

Iedere actor kiest, om verschillende redenen, voor geheimhouding. In plaats van geheimhouding hadden betrokken partijen kunnen kiezen voor openbaarheid. Dat van terugkoppeling van de schadeclaims geen sprake geweest is, is ook te relateren aan het feit dat de vakbond zich concentreerde op de afwikkeling van de sociale aspecten van verschillende reorganisaties, waardoor haar aanvankelijke belangstelling voor het onderwerp RSI verdween.

Voor case Assemblage NL is gekozen vanwege het 'worst case' karakter. Voor zover bekend is nergens in een Nederlands bedrijf een dergelijke omvangrijke beroepsziekteclaim ingediend. Vooraf bestond de verwachting dat een dergelijke megaclaim tot veel preventieve

veranderingen zou leiden. In deze situatie blijkt de invloed van het compensatiesysteem echter zeer beperkt. Wat opvalt, is dat de relatieve hoge kosten van de zes schadeclaims tot geen enkele extra prikkel leiden om aan preventie te doen. Dat heeft te maken met de bedrijfsinterne verhoudingen en informatievoorziening. Ook de beperkte assertiviteit van het personeel als gevolg van de hoge werkloosheid in de regio wordt als oorzaak genoemd. Tenslotte speelt de positie van de AVB-verzekering een rol. Eind 2006, twee jaar voor de afronding van de schadeclaims, is door de verzekeringsafdeling van het moederconcern een nieuwe masterpolis afgesloten en een nieuwe lokale polis. Assemblage NL heeft daarop geen invloed gehad. “We zijn maar een hele kleine speler binnen het concern” zegt de administrateur. De RSI-claims hebben evenmin invloed gehad op de inhoud van de lokale polis. Eigen risico en maximaal verzekerd bedrag per gebeurtenis zijn evenmin veranderd.

Kader 7.3: Evaluatie van een mislukte vakbondsstrategie bij Assemblage NL

In deze case vormde het indienen van RSI-claims een onderdeel van de strategie van de vakbond om de positie van de werknemers met RSI-klachten te verbeteren en druk uit te oefenen op verbetering van de arbeidsomstandigheden. Die strategie mislukt. Daarvoor kunnen een aantal redenen worden aangevoerd:

a. De directie laat zich in gesprekken met de vakbond en de OR nooit uit over de claims. Een vakbondsmedewerker zegt hierover:

- ik heb nooit een reactie van het bedrijf gehad op die claims, men heeft zich er niet over uit gelaten.
- van het effect van claims heb ik nooit iets gemerkt; er kwam in die tijd wel meer aandacht voor rouleren, wat ergonomische veranderingen aan stoelen en krukken, maar dat blijft een randgebeuren. Tezelfdertijd kwam er nieuw management dat het verzuim naar beneden wilde brengen. RSI vormde een onderdeel van hun plannen. Maar aandacht voor het terugdringen van grijs verzuim via controle van gedrag stond meer centraal. Dat management is een jaar of drie aan het bewind geweest. Daarna was de focus weer op de snelheid van de banden.

b. Collega's, claimanten en een nieuwe vakbondsbestuurder (2008) blijken na afronding van de schadeclaims nauwelijks op de hoogte van het aantal ingediende en afgeronde claims. Eén collega meldt dat er drie claims zijn ingediend. De rest van hen meldt één of geen claims. Een groot deel van de actoren die betrokken waren bij de beslissing van de vakbond om een claim in te dienen is van het toneel verdwenen. In de vaststellingsovereenkomst van de verzekeraar met de werknemers die een schadevergoeding hebben ontvangen, is een geheimhoudingsclausule opgenomen. In de vaststellingsovereenkomst is vastgelegd dat er geen publiciteit aan de afgeronde zaken zou worden gegeven. De volgende reacties zijn opgetekend over het effect van de claims dan wel het ontbreken van effect:

- een claimant:

- een beperkt deel van het personeel is maar op de hoogte van de claims (enkele tientallen personeelsleden). Het was geen geheim dat ik een claim had ingediend. Veel mensen wisten ervan. Maar ik liep er niet mee te koop.

- een collega:

- op de hoogte van een claim? Ik weet dat er wat uitgekeerd is. Ik weet niet hoeveel claims er ingediend zijn. Ik ken er een die 30.000 euro heeft opgeleverd. Dat is verder ook wel bekend in het bedrijf.
- een deel van de hoofdrolspelers is van het toneel verdwenen, zowel bij de verzekeraar als bij het bedrijf, de OR en de vakbond. Effect op P&O is er ook niet aangezien die afdeling steeds wisselt van leiding (zes nieuwe leidinggevenden in 11 jaar).

- een bedrijfsarts:

- ik denk wel dat de claim, als een van de vele andere ontwikkelingen, heeft bijgedragen aan het belang van arbeidsomstandigheden. Maar een claim alleen is niet voldoende. Ik ervaar het als een ondersteuning van het werk van de arbodienst. Een claim zou pas echt beslissend zijn als de kosten echt heel erg hoog zijn, als het zoveel geld kost dat het hoogste management het opmerkt.

- een collega:

- effect? Over die claim wordt heel geheimzinnig gedaan. Degenen over wie het gaat, zeggen dat ze er niet over mogen praten. En dat geloof ik ook wel. En degenen die dat binnen het bedrijf horen, zeggen: "als er voor ons iets gedaan moet worden, dan kan er niets". Ook jaloezie speelt een rol. De helft van de collega´s van het productiepersoneel heeft er wel eens wat van gehoord en weet wel dat er een claim is ingediend. En hoeveel geld is er uitgekeerd. Er zijn ook wel indianenverhalen: men denkt dat het om tonnen gaat.
- er zijn wel enkele verbeteringen t.a.v. arbeidsomstandigheden gerealiseerd, maar de claims hadden hierop geen enkel effect. Is er überhaupt wat verbeterd aan arbeidsomstandigheden?
- de theorie dat als er claims worden ingediend dat leidt tot schade en tot preventieve maatregelen, klopt absoluut niet. Men is er wel van geschrokken, dat denk ik wel. Maar het heeft vooral tot het effect gehad dat ze eerder mensen er uit sluizen, dan de arbeidssituatie veranderen.

- een collega 4 over het effect van de claims op andere collega's:

- het heeft me trouwens verbaasd dat niet meer mensen richting vakbond zijn gegaan om een claim in te dienen. Misschien steken mensen hun kop in het zand, zijn ze kopschuw, durven ze de strijd niet aan. Ze stellen het, denk ik, pas aan de orde als ze niets meer te verliezen hebben.

- een bedrijfsarts :

- ik ben niet bekend met claims, ik heb geen effect gezien bij het bedrijf. Het zal, verwacht ik, vooral een repressief effect hebben.

- een andere bedrijfsarts :

- die mevrouw (een claimant) had gelijk. ik weet dat ze een schadevergoeding heeft gekregen. Ik heb nog informatie verstrekt aan dat letselschadebureau. Het was geen onwil van het bedrijf om wat aan de arbeidsomstandigheden te doen. Die omstandigheden waren ziekmakend. Maar geld was een reden om niet in te grijpen. Misschien hoopte ik toch stilletjes dat een dergelijke claim effect zou hebben.

c. Tot slot moet gewezen worden op de opstelling van de vakbond zelf. De vakbond heeft tot de indiening van de claims veel energie gestoken in het agenderen van RSI. Op dat onderwerp heeft men echter in die periode (1998-2002) weinig resultaat behaald. De indiening van de claims sloot deze periode af. De indiening van de claims was, achteraf beschouwd, de laatste stuiptrekking van de vakbond op RSI-gebied. Daarna was de vakbond niet meer actief in de primaire-, secundaire- en tertiaire preventie van RSI. De vakbond is in de periode 2002-2008 vooral druk met onderhandelingen over reorganisaties. In dat verband probeert ze wel invloed te hebben op quartaire preventie door regelingen af te spreken voor personeel dat moet verdwijnen. Volgens de vakbond had een aanzienlijk deel van deze groep gezondheidsproblemen door RSI.

7.3 Werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties: welke factoren spelen een rol?

Introductie

Deze paragraaf geeft op basis van de zeven casestudies een antwoord op onderzoeksvraag 1.d: Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten binnen arbeidsorganisaties?

Voorafgaand aan de beantwoording van die vraag komt in paragraaf 7.3.1 en 7.3.2 de aard van de preventieve veranderingen die in de casestudies zijn aangetroffen aan bod, zodat bekend is op wélke preventieve veranderingen deze factoren invloed hebben.

Paragraaf 7.3.1 bespreekt het begrip preventiebalans. Met dit begrip kan worden uitgedrukt dat niet alleen positieve preventieve veranderingen optreden maar tegelijkertijd ook negatieve preventieve veranderingen. Ten tweede blijkt uit de analyse van de casestudies een aanzienlijk verschil te bestaan tussen de theoretische inzichten over effectieve preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten (zie hoofdstuk 2), en de praktijk die in deze cases is aangetroffen. Ook is in de cases een afstand zichtbaar tussen de praktijk en de uitgangspunten van de arbeidsomstandighedenwetgeving. Dit komt in paragraaf 7.3.2 aan de orde.

Paragraaf 7.3.3 tot en met 7.3.6 bevat een bespreking van de factoren die invloed hebben op die preventieve veranderingen. Paragraaf 7.3.3 constateert dat deze preventieve veranderingen ontstaan door een combinatie van factoren. Uit de casestudies blijkt de dominante invloed van de arbeidsorganisatie op het ontstaan van preventieve veranderingen. Dit komt in paragraaf 7.3.4 aan bod. De (marginale) invloed van werknemerscompensatie op preventie is het onderwerp van paragraaf 7.3.5. De invloed van de overige (externe) factoren, op preventie komt aan bod in paragraaf 7.3.6.

De overige paragrafen zoomen in op de situatie van de getroffen werknemer tijdens en na de afronding van de schadeclaim (paragraaf 7.3.7), op de invloed van financiële prikkels op preventie (7.3.8) en de methodologische waarde van dit casestudie-onderzoek. De slotparagraaf 7.4 bestaat uit een samenvatting van hoofdstuk 7.

7.3.1 Preventiebalans

In de cases blijkt sprake te zijn van een preventiebalans: naast positieve preventieve veranderingen treden negatieve preventieve veranderingen op. Daarnaast treden veranderingen op (nog) die niet te duiden zijn als positief of negatief. Die positieve en negatieve veranderingen kunnen optreden in de verschillende vormen van preventie (primair, secundair, tertiair, quartair). Uit de caseanalyse blijkt eveneens dat tijdens de verschillende fasen van het letselschadeproces ook preventieve veranderingen optreden bij het getroffen individu. Dit gegeven is ook van belang voor het hoofdthema van dit onderzoek (de preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties) aangezien sommige van die veranderingen op individueel niveau van invloed kunnen zijn op preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Bijvoorbeeld omdat een getroffen werknemer in een nieuwe werkkring, wijs geworden door zijn ervaringen met een arbeidsongeval of een beroepsziekte, veiliger of gezonder gaat werken of omdat werknemers door onvoldoende herstel van gezondheidsklachten beperkingen hebben in uitvoering van bestaande of nieuwe werkzaamheden.

Om deze, gedeeltelijk tegengestelde, preventieve veranderingen te duiden is de term preventiebalans gebruikt. Er blijkt sprake te zijn van een preventiebalans met zowel positieve als negatieve veranderingen op het niveau van de arbeidsorganisatie en op het niveau van het individu. Tevens duidt de term balans aan dat de hoeveelheid en de aard van die veranderingen kan verschillen per meetmoment. In ieder fase van het letselschadeproces blijkt een andere balans van preventieve veranderingen te kunnen worden opgemaakt.

In het casestudie-onderzoek is per case de preventiebalans opgemaakt van de veranderingen die zijn opgetreden na fase 2 ('naming') van het letselschadeproces. Tabel 7.2 geeft hiervan een overzicht. De uitkomsten per case vertonen een grote spreiding. Er zijn cases met relatief veel positieve veranderingen (bijvoorbeeld Grond BE, Chemie NL, Orkest BE), cases met weinig positieve veranderingen (bijvoorbeeld Tapijt BE, Tapijt NL, Assemblage NL) en één case met geen enkele positieve verandering (Dak NL). Uit de casestudies blijkt dat naast positieve preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie negatieve preventieve veranderingen optreden. Daarnaast zijn veranderingen gesignaleerd die niet, of nog niet, als positief konden worden aangemerkt. Deze veranderingen zijn met een vraagteken aangemerkt. Tenslotte is duidelijk geworden dat in de cases ook sprake is geweest van stilstand: in alle cases blijven fundamentele problemen, die ten grondslag liggen aan de arbeidsongevallen en beroepsziekten, geheel of gedeeltelijk bestaan omdat niet of niet adequaat ingegrepen wordt door een of meerdere van de actoren.

Subjectiviteit
De vaststelling en beoordeling van preventieve veranderingen blijkt geen neutraal, objectief proces, maar veel meer subjectief van aard. De geïnterviewden hebben een verschillende beoordeling van de preventieve veranderingen. Zoals hiervoor (paragraaf 7.1) is vermeld, heeft ook de subjectiviteit van de onderzoeker een rol gespeeld in de interpretatie, de beoordeling en de selectie van de preventieve veranderingen. Men spreekt in dat verband ook wel van een dubbele hermeneutiek: de verhalen van de actoren worden gekleurd door persoonlijke opvattingen en verwachtingen. Deze subjectieve verhalen worden vervolgens door de onderzoeker geïnterpreteerd, die op zijn beurt wordt beïnvloed door persoonlijke opvattingen.[622] Ten behoeve van de verifieerbaarheid van de subjectieve beoordeling door de geïnterviewden en de onderzoeker is de beschrijving van de casestudies, waaronder de beoordeling van de preventieve veranderingen door de onderzoeker, als bijlage 3 toegevoegd aan dit boek.

De grote spreiding, tussen de casestudies, in de hoeveelheid en de aard van de preventieve veranderingen komt min of meer overeen met de spreiding in het vragenlijstonderzoek. Ter herinnering: uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de mate van preventie in de arbeidsorganisatie na de schadeafhandeling beperkt is. In de meeste arbeidsorganisaties verandert weinig tot niets ten goede na afloop van een schadeclaim. In minimaal 1/3 van de arbeidsorganisaties treden helemaal geen preventieve veranderingen op. Deze conclusie is gebaseerd op vragenlijstonderzoek op één moment in fase 7 (post claimfase) van het letselschadeproces.

7.3.2 Effectieve preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten: praktijk en theorie

Op basis van de preventiepraktijk die in de casestudies is aangetroffen kunnen ook kanttekeningen geplaatst worden bij de theoretische opvattingen over effectieve preventie.In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van de theoretische, en soms empirisch gefundeerde, opvattingen in de veiligheids- en gezondheidswetenschap over effectieve preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. De wetenschappelijke inzichten betreffende risicofactoren van arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn doorgaans niet bekend bij de actoren die geïnterviewd zijn. Bovendien blijken de in de veiligheids- en gezondheidswetenschap ontwikkelde inzichten over effectieve preventie van arbeidsongevallen, OPS en RSI nauwelijks van toepassing in de onderzochte arbeidssituaties. In de praktijk blijkt preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten een taai en complex vraagstuk waarvoor geen evidence based oplossingen bestaan.

[622] Boog, Ben, Meindert Slagter, Ineke Jacobs-Moonen, Frits Meijerring (red.) (2005). *Focus op action research, de professional als handelingsonderzoeker.* Assen, Koninklijke van Gorcum. p.170.

Preventie arbeidsongevallen
Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven ligt in de veiligheidswetenschap de nadruk op preventie van arbeidsongevallen via interventies op technisch gebied, gedragsniveau en/of organisatorisch gebied. Een systematische aanpak van veiligheidsvraagstukken via veiligheidsmanagement wordt als voorwaarde beschouwd voor een succesvol preventiebeleid. Een dergelijke aanpak is doorgaans gebaseerd op een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Naast ex ante preventie besteedt men in de veiligheidskunde ook aandacht aan ex post preventie, met name door gebruikmaking van verschillende methoden van ongevalsanalyse. Van verschillende kanten wordt gewezen op het belang van werknemersparticipatie in relatie tot veiligheid.

In één case (Dak NL) is van een (systematische) aanpak van de veiligheid in het geheel geen sprake. Van een (gezamenlijke) analyse en evaluatie van het arbeidsongeval evenmin, noch door de direct betrokkenen of de (externe) preventie-experts, noch op last van de verzekeraar. Na het ongeval wordt geen enkele maatregel genomen om herhaling te voorkomen. Hier staat de theorie ver af van de praktijk. De door de veiligheidswetenschap ontwikkelde opvattingen over preventie via veiligheidsmanagement bieden geen soelaas voor dit soort arbeidssituaties waarin de onderlinge relaties slecht zijn, de werknemer gedwee uitvoert wat de werkgever verwacht en waarin preventie-experts niet ingrijpen.

In de andere twee ongevallencases zijn wel contouren zichtbaar van een systematische veiligheidsaanpak. De veiligheidszorg is echter beperkt tot de eigen arbeidsorganisatie. Externe partijen, waaraan de werkzaamheden en de daarmee gepaard gaande risico's zijn uitbesteed, worden niet betrokken in die veiligheidszorg. Het ongevalsonderzoek en de ongevalsrapportage zijn onderdeel van een belangenstrijd tussen opdrachtgever, hoofdaannemer en onderaannemer. Van een onafhankelijk rationele evaluatie is geen sprake. In alle drie cases blijven ingrijpende oplossingen achterwege terwijl ze wel noodzakelijk zijn.

Effectiviteit afhankelijk van de onderlinge verhoudingen
Uit deze cases blijkt dat de effectiviteit van interventies sterk afhankelijk is van de arbeidssituatie en de daarbinnen heersende machtsverhoudingen en niet zozeer van de gebruikte methoden. Zoals Hale benadrukt is in de veiligheidswetenschap de aandacht voor de invloed van de arbeidsorganisatie op de veiligheid echter beperkt. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2.5. Hoe veiligheidszorg op gang te brengen in minder ideaaltypische arbeidsorganisaties waarin géén consensus bestaat over nut en noodzaak van veiligheidszorg, waar werkzaamheden en daarmee gepaard gaande veiligheidsrisico's worden uitbesteed, waar verschillende (interne of externe) actoren verschillende belangen hebben, waarin sommige actoren bewust informatie achterhouden en andere vormen machtsmisbruik voorkomen, zou uitdrukkelijker onderdeel van die veiligheidswetenschap moeten zijn.

Preventie van OPS
Ten behoeve van de preventie van OPS wordt in de literatuur vervanging van VOS-houdende producten als de meest effectieve wijze van primaire preventie van OPS beschouwd, gevolgd door technische en organisatorische maatregelen om de bloostelling te reduceren.
In de twee OPS cases valt op dat de betrokken actoren vooral bezig zijn met de vraag óf OPS als beroepsziekte bestaat en in hoeverre betrokken werknemer aan deze beroepsziekte lijdt. Uit het onderzoek 'Leerzame schadeclaims' wordt duidelijk dat, in Nederland, deze beroepsziekte gemiddeld reeds 13 jaar voor de eerste ziektedag is ontstaan. De getroffen werknemers zijn zich pas na verloop van tijd enigszins bewust van hun situatie, terwijl de betrokken werkgevers en collega's het bestaan van de beroepsziekte ontkennen. Dit gebrek aan consensus vormt een voornaam struikelblok voor de preventie van OPS.

Ook hier is dus een afstand tussen de gezondheidswetenschap, die vooral bezig is met de vraag hoe OPS voorkomen kan worden, en de praktijk, die laat zien dat er niet eens een gezamenlijk probleembewustzijn bestaat. In deze cases is de vraag naar wat effectieve preventie is, dus niet zozeer afhankelijk van de keuze van de juiste methode maar van een gebrekkige communicatie

en van gebrek aan overeenstemming over de aard en de omvang van het gezondheidsvraagstuk.

Preventie van RSI
In hoofdstuk 2 is gememoreerd dat relatief veel wetenschappelijk onderzoek is uitgevoerd naar evidence based behandelingen van werknemers die reeds RSI hebben. De twee RSI-casestudies laten zien dat een dergelijke aanpak niet overal toepasbaar is. Een evidence based behandeling veronderstelt dat betrokkenen overeenstemming hebben over de aard, omvang en ernst van de aandoeningen, voordat tot behandeling ervan kan worden overgegaan. In een case (Assemblage NL) wordt het bestaan van de beroepsziekte door de werkgever echter ontkend, en oefent de werkgever druk uit op de arbodienst en de werknemers om het werk zo snel mogelijk te hervatten. In beide cases is het bewustzijn van betrokken werknemers over de arbeidsgerelateerdheid van de gezondheidsklachten beperkt. De twee cases laten bovendien zien dat de bedrijfsartsen die een rol zouden moeten spelen bij de behandeling van RSI een marginale en afhankelijke positie hebben. Toepassing van een evidence based richtlijn, zoals de richtlijn Kans (zie hoofdstuk 2.3), is in een dergelijke situatie waarin RSI wordt ontkend en de bedrijfsartsen, die een dergelijke richtlijn zouden moeten toepassen, een marginale positie hebben, onmogelijk. Voor een succesvolle behandeling van bestaande klachten is een onafhankelijke positie van de betrokken behandelaars ten opzichte van de bedrijfsleiding een minimale voorwaarde.

Een van de twee RSI cases (Orkest BE) maakt bovendien zichtbaar dat de effectiviteit van de preventie ook afhankelijk is van de houding en de expertise van de preventie-expert. De betreffende osteopaat ontwikkelt niet alleen unieke expertise over de preventiemogelijkheden doordat hij door eigen observatie kennis neemt van de werkomstandigheden en de orkestleden op de werkplek behandelt. Door zijn houding creëert hij ook een draagvlak onder personeel en management voor het treffen van preventieve maatregelen.

Afstand wetenschap en praktijk
In beide RSI cases is evenals bij de overige cases een grote afstand zichtbaar tussen de wetenschappelijke opvattingen over primaire preventie en de praktijk in arbeidssituaties. Terwijl in de wetenschap een combinatie van ergonomische en organisatorische maatregelen en aanpassing van werk- en rusttijden wordt voorgesteld, moeten de werknemers in de assemblagefabriek genoegen nemen met een nieuw werktafel en nieuwe stoel. Bovendien wordt een deel van het probleem verplaatst door uitbesteding van het ongezonde productiewerk naar het buitenland (Assemblage NL) respectievelijk het aantrekken van flexwerkers (Orkest BE).

Twijfels bij evidence based preventie
Zoals in hoofdstuk twee is beschreven is de veiligheids- en gezondheidswetenschap op zoek naar evidence based interventies. Van een rationeel wetenschappelijke benadering van preventie, waarbij experts worden geacht op basis van kennis van risicofactoren en gedragsdeterminanten zoveel mogelijk evidence based interventies te plegen, kan in deze cases echter nauwelijks sprake zijn. In deze cases ontbreken de minimale voorwaarden voor een dergelijke aanpak, zoals kennis van en overeenstemming over de risico's in de arbeid en de gezamenlijke bereidheid om interventies te plegen.

De in hoofdstuk twee geplaatste kanttekening bij die benadering (in het evidence based onderzoek houdt men geen rekening met de organisatorische voorwaarden waaronder effectieve interventies wel en niet kunnen plaatvinden) kan op basis van de casestudies onderschreven worden. In de meeste cases zijn de verhoudingen tussen werkgever en werknemer zodanig verstoord dat van effectieve interventies geen sprake kan zijn. Daarnaast bestaat in geen enkele case voldoende overeenstemming tussen de verschillende actoren over de aard van de op te lossen problemen en de noodzaak tot preventieve interventies.

Toelichting op tabel 7.2

Tabel 7.2 biedt per case een overzicht van:

- de preventieve veranderingen die zijn opgetreden in fase 2, het moment van het ontstaan van het arbeidsongeval of de beroepsziekte (dan wel benoeming van letsel of pijn door een arbeidsongeval en beroepsziekte) tot en met fase 7, de situatie na een afgeronde claim.[623]
  Hierbij zijn de vier vormen van preventie onderscheiden (primair, secundair, tertiair, quartair). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in preventieve veranderingen bij het individu en in de arbeidsorganisatie, dan wel bij actoren in die arbeidsorganisatie. Die zogenaamde preventieve veranderingen kunnen van allerlei aard zijn: intenties, interventies (dwz. doelen en middelen om die doelen te bereiken en te realiseren), effecten (of output) zoals maatregelen, gedrag, incidentie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, en kosten (en baten) van ziekte en arbeidsongeschiktheid, van preventie en van herstel van letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte. (zie voor een operationalisatie van deze vormen van preventie hoofdstuk 4 paragraaf 4.2.3).
- veranderingen in de preventiestructuur; dat wil zeggen veranderingen in de medezeggenschap (OR, CPBW), in het overleg over arbeidsomstandigheden (o.a. arbo-commissie), in de veiligheidscertificering zoals VCA, in het contract met arbodienst of de externe preventiedienst en in de positie van de RIE (bijvoorbeeld: is een RIE geïntroduceerd, of juist afgeschaft?)
- de aard van de veranderingen, dat wil zeggen zijn de veranderingen positief, negatief of moeilijk te duiden (in de tabel is elke verandering die een positief effect heeft, aangeduid met +, elke verandering met een negatief effect krijgt -, indien de aard van de verandering moeilijk te duiden is wordt een ? vermeld en indien er geen verandering is gesignaleerd wordt een 0 weergegeven).
- de invloed van de zes factoren op de preventieve veranderingen: elke keer dat de invloed van een factor is gesignaleerd krijgt die factor een *. Indien geen invloed is gesignaleerd wordt een - vermeld. De zes factoren kunnen invloed hebben op de arbeidsorganisatie, op het individu, danwel op beiden. Invloed op de arbeidsorganisatie is grijs gearceerd. Invloed op het individu is een witvlak.
- aan het eind van elke case wordt vastgesteld hoe sterk de invloed is van de betreffende factor op preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Er kan sprake zijn van geen invloed, van ‘geen invloed’(nul *), ‘beperkte invloed’ (1 tot 5 *), ‘veel invloed’ (6 tot 10 *) en ‘zeer veel invloed’(meer dan 11 *).

[623] In het schema wordt na de vermelding van de naam van de case aangegeven, de periode tussen fase 1 en begin fase 7 vermeld (bijvoorbeeld case Assemblage: 2001-2008) en de onderzoeksduur.

Tabel 7.2: Overzicht preventieve veranderingen (in de arbeidsorganisatie en bij het individu) en de invloed daarop van 6 factoren

	Preventieve veranderingen		Bijdrage factoren aan veranderingen preventie					
Casus	**individueel**	**arbeidsorganisatie**	**Compensatie systeem**	**Gezondheids zorg**	**Sociale zekerheid**	**Preventie systeem**	**Arbeids organisatie**	**Individu**
1.Grond BE (2004-2007); onderzoeksperiode 7 jaar								
Primair	+2, -1, ? 0	+8,-3, ? 3	**	-	-	* ***** **	* ***** ***** ***	** * **
Secundair	0	0	-	-	-	-	-	-
Tertiair	+2, -4, ? 2	+0, -0, ? 1	**	*****	**	**	* *	******
Quartair	+3, -0, ? 0	+ 5 -1 , ? 0	** ****	-	** *	* ***	* *****	* *
Preventie structuur	Wijziging		-	-	-	-	*	-
			Veel invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Veel invloed	Zeer veel invloed	Beperkte invloed
2.Dak NL (2001-2005); onderzoeksperiode 10 jaar								
Primair	+0, -2, ? 0	+0, -4, ? 0	* ***	-	-	* * *	** ***	** **
Secundair	0	0	-	-	-	-	-	-
Tertiair	+1 -5, ? 1	0	*	*	-	****	****	**
Quartair	+2, -0, ? 0	+0, -1, ? 0	**	-	* *	-		-
Preventie structuur								
			Beperkte invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed
3.Chemie NL (2004- 2011); onderzoeksperiode 7 jaar								
Primair	0	+5, -4, ? 0	***	-	-	-	*********	-
Secundair	0	0	-	-	-	-	-	-
Tertiair	+1, -4, ? 1	+1, 1 , ? 0	*	**	*	**	*** **	*
Quartair	+2, -1, ? 0	+1, -2 , ? 0	*** *	-	**	-	* ***	-
Preventie structuur								
			Beperkte invloed	Geen invloed	Geen invloed	Geen invloed	Zeer veel invloed	Geen invloed
4. Orkest BE (2006); onderzoeksperiode 5 jaar								
Primair	+1, -0, ? 1	+9, -1, ? 3 .	*	-	-	****	* ***** ****	* *
Secundair	+1, - 0,? 0	+1, -0, ? 0	-	*	-	*	*	-
Tertiair	+2, -2, ? 2	+1, -1 ? 0	-	*** *	*	*	** ***	***
Quartair	+1, - 2, ? 0	+2,- 1, ? 0	** *		*	-	*	*
Preventie structuur	Wijziging		-	-	-	*	*	-
			Beperkte Invloed	Beperkte invloed	Beperkte Invloed	Veel Invloed	Zeer Veel Invloed	Beperkte Invloed
5. Tapijt BE (2005-2009); onderzoeksperiode 6 jaar								
Primair	+3	+1, - 1 ? 3	**	*	-	** **	* ***	** **
Secundair	+1	0	-	-	-	*	-	-
Tertiair	+1, - 4, ? 1	0	***	*	-	*****	****	******
Quartair	+1, -1. ? 0	+0, -1, ? 0	*	-	-	-	*	-
Preventie structuur								
			Beperkte Invloed	Beperkte Invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Beperkte Invloed	Beperkte invloed
6. Tapijt NL (2004-2008); onderzoeksperiode 7 jaar								
Primair	+ 0, - 0 ?1	+2, -1, ?2	*	-	-	-	*****	*
Secundair	+1	0	*	-	-	-	-	-
Tertiair	+2, - 1, ? 0	+0 -0, ? 1	-	*	-	*	* *	**
Quartair	+2, - 1, ? 0	+0 -1, ? 0	*** *	-	*	-	-	-
Preventie structuur								
totaalbeeld			Beperkte Invloed	Geen invloed	Beperkte Invloed	Geen invloed	Veel Invloed	Geen invloed
7. Assemblage NL (2001-2008); onderzoeksperiode 10 jaar								
Primair	+0, - 0, ?1	+3, -4 ? 4	*	-	-	**	********* **	*
Secundair	+1,-0, ? 0	+2, -1, ? 0	-	*	-	*	***	-
Tertiair	+3, -4, ? 0	+0, -1 , ?1	***	**	***	** **	* **	***
Quartair	+2,- 2, ? 0	+1, -2, ?1	***	-	*	*	****	-
Preventie structuur	Wijziging		-	-	*	*	*	-
			Beperkte invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Veel invloed	Zeer Veel invloed	Geen invloed

Tenslotte wordt in een aantal cases de arbeidsomstandigheden binnen de arbeidsorganisatie verbeterd door uitbesteding van werkzaamheden. Dit is weliswaar een effectieve interventie vanuit het oogpunt van de uitbestedende arbeidsorganisatie, maar verplaatst tegelijkertijd de risico's naar een andere arbeidsorganisatie.

Op basis van de ervaringen uit de casestudies kan de vraag worden gesteld of niet een andere norm voor effectiviteit moet worden nagestreefd, waarbij effectiviteit (ook) gerelateerd wordt aan het vermogen van actoren om in de complexe arbeidssituaties (vertroebelde verhoudingen) verbeteringen in de veiligheid en gezondheid te realiseren.

Afstand wetgeving en praktijk
De cases laten ook een afstand zien tussen de uitgangspunten van de arbeidsomstandighedenwetgeving en de praktijk in deze arbeidsorganisaties. De wetgeving gaat uit van bescherming van de werknemer door de werkgever. De nadruk ligt op beleidsvorming door de werkgever, die daarbij ondersteund wordt door de preventie-experts.

In de zeven arbeidsorganisaties zijn preventieve veranderingen nodig om de kans op nog meer arbeidsongevallen en beroepsziekten te verkleinen. De arbeidsomstandighedenwetgeving schrijft in dergelijke gevallen verschillende preventieve interventies voor. Die interventies zijn in de cases echter niet gesignaleerd. In de meeste cases is geen sprake van bescherming van de werknemer door de werkgever, maar eerder van een werkgever die door onvoldoende bescherming te bieden juist bijdraagt aan het ontstaan van het arbeidsongeval of de beroepsziekte. Bovendien verschillen de betrokken actoren vaak van mening over de oorzaken die ten grondslag liggen aan de gebeurtenis, de gevolgen van het arbeidsongeval en de beroepsziekte en de te nemen maatregelen. De wetgeving voorziet niet in dergelijk conflictsituaties, maar gaat uit van meer harmonische verhoudingen binnen arbeidsorganisaties.

7.3.3 Een combinatie van factoren
Tabel 7.2 biedt een overzicht van de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie en bij het getroffen individu en de invloed daarop van zes factoren. De veranderingen in de arbeidsorganisatie en de invloed van de zes factoren op die veranderingen in de arbeidsorganisatie zijn gearceerd. Zoals ook zichtbaar is in tabel 7.2 hebben alle zes factoren in meerdere of mindere mate invloed op positieve en negatieve preventieve veranderingen tijdens de indiening en afhandeling van een claim en daarna. Een uitzondering hierop betreft het ontbreken van invloed van de factor sociale zekerheid bij Tapijt BE.

Ten aanzien van preventieve veranderingen van primaire, secundaire en tertiaire aard zijn de volgende tendensen zichtbaar:

- De arbeidsorganisatie is relatief autonoom ten opzichte van externe factoren als sociale zekerheid, preventiesysteem, gezondheidszorg, compensatiesysteem en het individu. De arbeidsorganisatie heeft niet alleen zelfstandige invloed maar ook een dominante invloed op het al dan niet optreden van preventieve veranderingen in die arbeidsorganisatie.
- Tegenover de relatief sterke invloed van de autonomie van de arbeidsorganisatie staat de -relatieve- zwakte van de andere vijf (externe) factoren. De externe factoren hebben alleen invloed op preventieve veranderingen in combinatie met (f)actoren binnen de arbeidsorganisatie.
- In tabel 7.2 is ook zichtbaar dat per case het patroon van die combinaties verschillend is. Dit wil zeggen, dat de verschillende factoren steeds met een verschillende sterkte -in combinatie met elkaar- een steeds verschillende uitkomst hebben. Dat duidt erop dat sprake is van unieke ontwikkelingen in plaats van generieke ontwikkelingen. Overigens heeft dat, naar alle waarschijnlijkheid, niets te maken met een mogelijke verschillende invloed van de compensatiesystemen, maar met verschillen tussen arbeidsorganisaties.

Deze tendensen gelden niet voor veranderingen op het gebied van quartaire preventie. Op dat gebied kunnen externe factoren, met name het compensatiesysteem en de sociale zekerheid, wel een zelfstandige invloed hebben.

De dominante invloed van de arbeidsorganisatie zal hierna in paragraaf 7.3.4 nader toegelicht worden. De invloed van de andere vijf factoren, waaronder het werknemerscompensatie-systeem komt in paragraaf 7.3.5 en 7.3.6 aan de orde.

7.3.4 Dominante invloed van de arbeidsorganisatie op preventie

Op basis van het vragenlijstonderzoek is vastgesteld dat de verschillen in samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties niet in verband kunnen worden gebracht met verschillen tussen de compensatiesystemen zelf (en met de verschillen in de hoeveelheid en de aard van de preventie-instrumenten) maar met de aard van het voorval: de compensatiesystemen voor schadevergoeding van arbeidsongevallen presteren beter dan de compensatiesystemen voor schadevergoeding van beroepsziekten.

Het vragenlijstonderzoek suggereert dat dit méde verklaard zou kunnen worden uit ontwikkelingen in de arbeidsorganisatie. Die ontwikkelingen zijn: de grotere verschillen van mening tussen werkgevers en werknemers over de aanwezigheid en de preventie van een beroepsziekte, de neiging van werkgevers om een beroepsziekte en de daarmee gepaard gaande schade te ontkennen, de (ernstigere) gevolgen van een beroepsziekte (waardoor herstel langer duurt en terugkeer naar de werkplek moeilijker is), het verschil in preventiestructuur (die structuur is bij organisaties waar beroepsziekten optreden doorgaans slechter) en de verschillen in communicatie over het voorval, de gevolgen daarvan en de te nemen preventiemaatregelen (bij arbeidsongevallen zijn meer actoren op de hoogte van het voorval dan bij beroepsziekten en bovendien zijn meer actoren betrokken bij de preventie van arbeidsongevallen dan bij preventie van beroepsziekten). De casestudies laten zien dat beroepsziekten en de daarmee samenhangende klachten vaak niet worden herkend. Ook het in paragraaf 7.1 aangehaalde onderzoek 'Leerzame schadeclaims' levert hiervoor aanwijzingen op. De periode tussen het ontstaan van de beroepsziekte en de 1e ziektedag varieert van zeven jaar voor RSI tot 13 jaar voor OPS. De periode tussen het ontstaan en de herkenning ervan is nog langer. Meestal ontkent men het arbeidsgerelateerde karakter van de klachten. Het kost de betrokken actoren moeite om, na jarenlange ontkenning van de klachten, de beroepsziekte te erkennen. Bij arbeidsongevallen is het wel duidelijk dat het ongeval in relatie staat tot de arbeidsomstandigheden, alhoewel uit twee cases blijkt dat de actoren wel weer van mening kunnen verschillen over de ernst van het letsel en het causale verband tussen letsel en ongeval.

Responsiviteit en communicatieve verhoudingen

Op basis van het casestudie-onderzoek kan worden bevestigd dat het verschil in samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie binnen arbeidsorganisaties vooral samenhangt met de dominante rol van de arbeidsorganisatie.

De invloed van de arbeidsorganisatie is groot, groter dan enige andere factor. De invloed van de arbeidsorganisatie kan van positieve en negatieve aard zijn en kan betrekking hebben op alle vormen van preventie. In deze organisaties legt niet de omgeving haar wil op. Evenmin is de organisatie bezig een goede afstemming te realiseren met die omgeving. Deze organisaties voldoen meer aan het beeld van gesloten systemen, die op zichzelf staan en de eigen logica volgen. Deze organisaties worden weliswaar geprikkeld (of geïrriteerd) door hun omgeving, maar bepalen zelf of, en op welke wijze, die omgevingsprikkels aanleiding geven tot veranderingen. Deze organisaties voldoen dus meer aan het beeld van autopoietische, in zichzelf gekeerde, systemen dan aan het beeld van de open organisatie die zich aanpast aan de omgeving, zoals dat in de contingentiebenadering van organisaties geschetst wordt.[624]

[624] Sels, L. (1999). *Organisaties, wat zijn dat? Een Luhmanniaanse kijk*. In: Tijdschrift voor Sociologie, 1996, volume 17, nr. 2. p. 305-323.

In de cases zijn twee organisatiekenmerken bepalend voor de invloed van de arbeidsorganisatie en voor de aard van die invloed. Het eerste kenmerk is de mate van responsiviteit van een arbeidsorganisatie ten opzichte van externe factoren. Het tweede kenmerk is de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Tabel 7.3 bevat een overzicht van de verschillende mate van responsiviteit van de zeven arbeidsorganisaties en van de verschillende communicatieve verhoudingen.

Responsiviteit

De notie van de mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie ten opzichte van externe factoren en invloeden is geïnspireerd op het begrip responsieve onderneming. Een onderneming, respectievelijk de actoren in die onderneming, kan in verschillende mate rekening houden met haar omgeving en met de belangen en uitingen van stakeholders. De reactie kan variëren van het negeren van de signalen uit de omgeving, en de dialoog aangaan met de omgeving tot pro-actief anticiperen op de stakeholders.[625] Het begrip responsiviteit wordt hier gebruikt om aan te geven in welke mate actoren binnen de arbeidsorganisatie zich laten leiden door externe invloeden. De zeven cases vertonen onderling grote verschillen in de mate van responsiviteit:

- Bij Grond BE staat de centrale actor, de preventieadviseur, relatief veel invloed toe van externe actoren (preventieadviseur verzekeraar, externe preventiedienst). Van deze externe actoren biedt de verzekeraar expliciet ondersteuning aan. Tegelijkertijd sluit Grond BE een andere externe partij (de vakbond) uit. De arbeidsinspectie oefent geen druk uit op Grond BE om veranderingen in de situatie aan te brengen.
- Bij Dak NL staan de twee sleutelactoren, werkgever en werknemer, geïsoleerd ten opzichte van de omgeving. Alhoewel de actoren niet in staat zijn om de problemen rond arbeid en gezondheid zelf op te lossen, schakelen ze geen externe hulp in. De werkgever houdt de arbodienst op afstand. De werknemer heeft wantrouwen ten opzichte van de arbodienst. Van communicatie met verzekeraars en letselschaderegelaar over de oplossing van de problemen is nauwelijks sprake. Overigens bieden de externe actoren, zoals arbeidsinspectie, vakbond, arbodienst en verzekeringsmaatschappij zich ook niet aan om een bijdrage aan de oplossing te leveren.
- Bij Chemie NL is sprake van een sterke gerichtheid op de eigen veiligheids- en gezondheidsprocedures. Men heeft eigen veiligheidsexperts en veiligheidsprocedures. De (externe) bedrijfsarts is ingebed in de eigen organisatie. De gerichtheid op de eigen procedures en het eigen personeel is sterk. De strategie van de verzekeringsafdeling, een stafafdeling binnen het concern van Chemie NL, is erop gericht externe partijen aansprakelijk te houden voor het arbeidsongeval. Het arbeidsongeval wordt niet gemeld bij de arbeidsinspectie, alhoewel het wel voor melding in aanmerking komt.[626] Behoudens de onderaannemer oefenen de externe partijen geen druk uit op Chemie NL.
- Bij Orkest BE is mede door de opstelling van de nieuwe intendant de arbeidsorganisatie op zoek naar oplossingen voor een aantal vraagstukken op het gebied van arbeid en gezondheid. Dit heeft onder andere als resultaat dat een externe osteopaat, als externe preventie-rsi expert is ingeschakeld voor de behandeling van RSI-klachten. Deze osteopaat steekt veel energie in het opbouwen van kennis over RSI in deze werksituatie en in het creëren van een draagvlak onder het personeel. Andere externe actoren, waaronder de arbeidsgeneesheer en FBZ, ondernemen geen noemenswaardige interventies om de preventiesituatie te beïnvloeden. Ook de actoren binnen Orkest BE doen nauwelijks een beroep op hen.
- Tapijt BE laat zich op het gebied van preventie niet beïnvloeden door externe partijen. Ondanks de (verplichte) jaarlijkse inspectie door de externe

[625] Hummels, G.J.A., A.C. ten Klooster, L. Paape (2005). *De responsieve onderneming, over verantwoordelijkheden bij de interactie tussen stakeholders.* Assen, Koninklijke van Gorcum bv. p. 16, p. 93.
[626] Zie hiervoor art. 9 lid 1 Arbeidsomstandighedenwet.

preventiedienst, een onderzoek door FBZ BE naar de blootstelling aan VOS van de getroffen werknemer en advies van de arbeidsgeneesheer blijven collectieve maatregelen, om de arbeidsomstandigheden te verbeteren, uit. Het bedrijf is niet geïnteresseerd in de uitkomsten van het onderzoek FBZ BE naar het ontstaan van OPS bij de getroffen werknemer.

- Bij Tapijt NL staat de leiding niet open voor invloed van de arbodienst of de verzekeraar. Vlak voor het gesprek met de onderzoeker stelt de werkgever zich op de hoogte van de afronding van de letselschadezaak. De meeste preventieve veranderingen zijn vóór indiening van de schadeclaim gerealiseerd door middel van uitbesteding van het zware en gevaarlijke werk aan zelfstandigen zonder personeel (zzp ers). Ook heeft men destijds het gebruik van VOS houdende producten uitgebannen mede als gevolg van externe factoren zoals wijziging in de arbeidsomstandighedenwetgeving en in het beleid van lijmfabrikanten. Geen enkele externe partij oefent druk uit op Tapijt NL om preventieve maatregelen te nemen.
- Bij Assemblage NL heeft men een interne preventiestructuur opgezet waarin de externe preventie-experts (arbeidshygiënist, arbeidskundige, bedrijfsartsen) een marginale rol hebben. Daarbinnen definiëren de actoren van binnen de arbeidsorganisatie de invloed van deze externe actoren. In de vaststellings-overeenkomst waarin de schadevergoeding van de betrokken is vastgelegd is op verzoek van Assemblage NL opgenomen dat over de claims geen publiciteit mag worden gemaakt

Verschijningsvormen responsiviteit

Uit dit overzicht blijkt dat de responsiviteit van de arbeidsorganisatie, respectievelijk de sleutelactoren in die arbeidsorganisatie, verschillende verschijningsvormen kent:

- situaties waarin men externe interventies opzoekt. Dat is het geval bij Grond BE en Orkest BE;
- situaties waarin men autonoom handelt mede dankzij het ontbreken van externe druk. Dit is bijvoorbeeld het geval bij Dak NL;
- situaties waarin wel sprake is van externe interventie, maar waar die externe interventie (kwalitatief) onvoldoende sterk is om tot (blijvende) veranderingen te leiden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij Tapijt BE.
- situaties waarin men vooral gericht is op de interne cultuur en structuur en geen behoefte heeft aan invloeden van buiten. Dat is het geval bij DAK NL, Tapijt NL, Assemblage NL.
- situaties waarin men met opzet bepaalde externe interventies buitensluit. Dat is bijvoorbeeld het geval bij Grond BE waar men de vakbond buiten de deur houdt.
- situaties waarin men in beperkte mate invloed externe interventies toestaat. Dat is bijvoorbeeld bij Chemie NL en Assemblage NL het geval.

Tabel 7.3: Beknopt overzicht sleutelactoren en twee kenmerken van arbeidsorganisaties (mate van responsiviteit en communicatieve verhoudingen) die van invloed zijn op preventie.

Case	Grond BE	Dak NL	Chemie NL	Orkest BE	Tapijt BE	Tapijt NL	Assemblage NL
Sleutelactoren die betrokken zijn bij preventie binnen arbeidsorganisatie							
	Preventieadviseur Grond BE, Preventieadviseur Verzekeraar, CPBW Arbeidsgeneesheer	Werkgever en werknemer	Directie, Veiligheids-kundigen, P+O, Staf bedrijfsarts, Bedrijfsarts	Osteopaat, preventie adviseur orkest, orkest commissie, CPBW	Werkgever, werknemer, collega's	Werkgever	Directie, lager kader, verzuim-coördinator, OR arbo-coördinator, arbeidshygiënist, arbeidskundige,
Mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie t.o.v. externe actoren							
	Preventieadviseur heeft open houding ten opzichte van externe preventiedienst en verzekeraar	De werkgever wil geen invloed van de arbodienst op het bedrijfsbeleid, mede vanwege de kosten die dat met zich meebrengt	Onderaannemer wordt nauwelijks invloed gegund op het preventiebeleid Arbeidsongeval niet gemeld bij de arbeidsinspectie	Intendant is op zoek naar oplossingen voor problemen van arbeid en gezondheid	Bedrijf laat zich niet beïnvloeden door externe preventiedienst op bedrijfsbeleid	Bedrijf laat geen invloed toe van arbodienst	Bedrijf probeert rol van de arbodienst te marginaliseren.
	Uitsluiting vakbond	Werknemer wantrouwt arbodienst	Verzekeraar onderaannemer wordt geweerd en heeft onvoldoende inzicht in ongeval Bedrijfsarts is onderdeel van de arbeidsorganisatie	Vooral invloed van osteopaat, onder andere als gevolg van in-spanningen osteopaat	Beperkte rol FBZ BE bij onderzoek en tijdelijke verwijdering. Bedrijf is niet geinteresseerd in uitkomsten onderzoek FBZ BE	Geen contact met verzekeraar over afronding letselschade	Geen contact met verzekeraar om te overleggen over preventieve maatregelen
		Werkgever wil niet met onderzoeker spreken ivm ellende van de afgelopen jaren	Chemie NL heeft weinig kennis van preventiebeleid inleenfirma's en uitzendbureaus. Men vertrouwt op de eigen procedures	Geringe behoefte aan betrokken heid van een arbeids-geneesheer of van FBZ BE	Bedrijf houdt controles af	Vroeger wel externe invloed vanwege wetgeving + fabrikan-ten	In vaststellings-overeenkomst staat dat geen publiciteit mag worden gemaakt over de claims
Communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie							
Machts-verhoudingen, onmacht, machtsmisbruik	- Bedrijf staat na 1e ongeval onmachtig tov opdrachtgever en hoofdaannemer - Na 2e ongeval andere opstelling	Onmacht van werkgever en werknemer om problemen op te lossen	Onderaannemer heeft geen invloed op situatie bij Chemie NL		Negatieve reacties van collega's op OPS en PBM		- Kader en staf oefent druk uit op werkhervatting ziek personeel - Druk op arbodienst - Angstcultuur?
Informatie Uitwisseling van informatie over het arbeidsongeval, de beroepsziekte, de claims, de incentives.	-Chemieconcern houdt informatie achter -Werkgever informeert werknemer niet over ongevalsrapport	Werkgever en werknemer spreken niet met elkaar over de schadeclaim	- Achterhouden informatie -Verschillende rapporten met verschillende inhoud; - OR heeft geen weet van onderzoeken (aanleiding en conclusies onderzoek) - Informatie wordt gefilterd	Een beperkt aantal collega's is op de hoogte van beroepsziekte en schade-afhandeling.	Werknemers zijn beperkt op de hoogte van beroepsziekte	Contact tussen werkgever en werknemer verbroken	- Veel collega's niet op de hoogte van schadeafhan-deling - Indianen-verhalen binnen het bedrijf over de claims - Geen publiciteit over schadeafhandeling
Perspectieven van verschil lende actoren	-Verschillende informatie + inzichten van de werknemer en de preventieadviseur Grond BE over preventie na de ongevallen	Verschil in beleving van de situatie door werkgever en werknemer.	- Verschillende opvattingen over aansprakelijkheid;	Verschillende perspectieven: a. Werknemer heeft zorgen over toekomst; werkgever moet verjongen. b. Werknemer wil rust en regelmaat; dirigenten verlangen flexibiliteit	Ontkenning OPS bij werknemers en leiding	- Leiding ontkent OPS - Leiding beschouwt ex- werknemer als bijzonder geval - Leiding vindt dat ze zich maximaal voor de werknemer heeft ingespannen, de werknemer is het daarmee oneens.	- Leiding ontkent RSI: Neiging bij de leiding om ziek zijn als gedragsprobleem te beschouwen en de relatie met de arbeid te ontkennen of te relativeren - Verschillende analyses en opvattingen over ontstaan RSI en verschillende oplossingen.
Omgang tussen werkgever en werknemers tijdens en na het letsel en de schadeclaim	-Preventieadviseur en werknemer zijn niet op de hoogte van elkaars opvattingen en inzichten - Communicatie met personeel over veiligheid alleen informeel - Werknemer buiten beeld na 2e ongeval	- Verslech-tering arbeidsrelatie - Werkgever+ werknemer willen van elkaar af - Uiteindelijk lukt dat pas 8 jaar na het ongeval.	Werknemer van onderaannemer/ uitzendbureau is buiten beeld van werkgever/ opdrachtgever	Werknemer nog in dienst. Gewaardeerde kracht.	- Verhouding verslechterd na diagnose OPS. - Werknemer houdt zijn werk niet meer vol: na 2 jaar arbeidsongeschikt heid buiten beeld van de werkgever	- Onderlinge verhoudingen verslechteren bij ontstaan arbeidsongeschiktheid. - Werknemer later geheel buiten beeld en verguisd in verband met schadeclaim	- Ziek personeel verdwijnt meestal na conflicten, claim wordt daarna ingediend. - Situatie van betrokkenen onbekend bij leiding, staf, arbodienst en vakbond

Communicatieve verhoudingen
Het tweede kenmerk dat bepalend is voor de invloed van de arbeidsorganisatie op de preventieve veranderingen zijn de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie.

De term communicatieve verhoudingen sluit aan bij (verschillende) theorieën over de rol van communicatie binnen organisaties.[627] Zoller benadrukt de rol van communicatie bij de vaststelling en de beoordeling van veiligheids-en gezondheidsrisico's en wijst erop dat in de communicatie hierover sprake is van belangenconflicten tussen werkgever en werknemer en groepsdruk. Ook bestaat de neiging tot individualisering van het arbeidsgebonden letsel.[628] Tenslotte kan worden verwezen naar de opvattingen van Habermas over communicatief handelen. Communicatief handelen kent onproblematische en problematische kanten. In dat laatste geval bestaat onduidelijkheid over de 'juiste' interpretatie van de situatie. Deze benadering staat tegenover het normregulerend handelingsmodel waarin actoren geacht worden te handelen overeenkomstig de normen binnen hun groep.[629]

Dit tweede kenmerk kent vier deelaspecten:

1. Machtsverhoudingen. Is sprake van machtsmisbruik; bestaan bij bepaalde actoren gevoelens van onmacht?
2. Informatie. De wijze waarop met informatie wordt omgegaan. Is informatie omtrent het arbeidsongeval openbaar en beschikbaar voor alle actoren; is sprake van selectieve informatie-uitwisseling?
3. Perspectieven. Hebben verschillende actoren hetzelfde perspectief op het voorval, het letsel en de te nemen maatregelen?
4. Omgang. Op welke wijze gaan werkgever en werknemer met elkaar om tijdens en na het letsel en de schadeclaim?

Het onderscheid van communicatieve verhoudingen in vier deelkenmerken is enerzijds gebaseerd op het empirisch materiaal uit dit onderzoek en anderzijds op sociologische opvattingen over macht en onmacht binnen arbeidsorganisaties. Sommige sociologen zijn van mening dat gebruik van macht, gevoelens van onmacht en machtsmisbruik onlosmakelijk verbonden zijn met arbeidsorganisaties.[630] Daarmee hangt samen de wijze waarop in arbeidsorganisaties interne en externe informatie al dan niet wordt verspreid. Dat individuele actoren verschillende perspectieven (kunnen) hebben op de werkelijkheid, en dat dit belemmerend kan werken op preventie, is een fenomeen dat zich tijdens de verschillende interviews aan de onderzoeker opdrong. Datzelfde geldt voor het laatste deelkenmerk, de wijze waarop werkgever en werknemer met elkaar omgaan tijdens en vooral na het optreden van letsel: weet men van elkaars situatie, is het letsel en de betrokken werknemer nog (dagelijks) zichtbaar in de organisatie of niet? Naarmate de communicatieve verhoudingen slechter zijn, bijvoorbeeld omdat sprake is van machtsmisbruik, informatie niet beschikbaar is, individuele actoren verschillende perspectieven hebben of omdat de betrokken werknemer wordt buitengesloten, is de kans groter dat er geen preventieve veranderingen optreden of die preventieve veranderingen negatief van aard zijn.

In de cases zijn verschillende (inadequate) communicatieve verhoudingen gesignaleerd die een negatieve invloed hebben op de preventie. In sommige cases is sprake van misbruik van macht (zoals het onder druk zetten van de arbodienst bij Assemblage NL) en van onmacht (zoals bij de preventieadviseur van Grond BE in de nasleep van het eerste arbeidsongeval). In enkele cases is sprake van manipulatie in de informatievoorziening. In (bijna) alle cases is gestuit op

[627] Zie onder andere: Goldhaber, Gerald M. (1986). *Organizational communication*. Dubuque, IOWA, Wm.C. Brown Publishers. Robbins, Stephen P. (1996). *Essentials of organizational behavior*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall.
[628] Zoller, Heather M. (2003). *Health on the line: Identity and disciplinary control in employee occupational health and safety discourse. In: Journal of applied communication research*. Vol 13, no 2, May 2003. p. 118-139.
[629] Verhoeven, J.C. (2002). *Op zoek naar de samenleving*. Leuven, Acco. p. 274 e.v.
[630] Zie onder andere: Lammers, C.J. (1993). *Organiseren van bovenaf en van onderop*. Utrecht, Aula/Het Spectrum. Boonstra, J.J. (1994). *Integrale organisatieontwikkeling*. Utrecht, Lemma. p. 27-41.

verschillende perspectieven van verschillende actoren op de oorzaak van een arbeidsongeval of beroepsziekte en de te nemen maatregelen. En tenslotte treedt in alle cases een verslechtering op van de relatie tussen de getroffen werknemer en de overige actoren binnen de arbeidsorganisatie.

Conclusie
Of de arbeidsorganisatie positieve dan wel negatieve invloed heeft op preventie hangt samen met de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen binnen die arbeidsorganisatie en de mate van responsiviteit van actoren binnen de arbeidsorganisatie, dat wil zeggen de mate waarin de actoren binnen die arbeidsorganisatie invloeden van buiten toelaten. Beide organisatiekenmerken zijn niet alleen bepalend voor de mate en de aard van de invloed van de arbeidsorganisatie, maar bepalen in deze cases ook de invloed van de externe factoren op de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Het zijn met andere woorden niet de externe prikkels die automatisch invloed hebben op de arbeidsorganisatie. Het is de mate van responsiviteit van de interne actoren en de openheid van die actoren ten opzichte van externe (f)actoren die bepalen of externe prikkels, van financiële aard respectievelijk gebaseerd op expertise, invloed mógen hebben op de preventiesituatie binnen de arbeidsorganisatie. En het hangt mede af van de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen, welke invloed die externe factoren hebben.

Tegelijkertijd kan op basis van de ervaringen van Orkest BE en Grond BE worden vastgesteld dat de kwaliteit van de interventies door externe actoren wel verschil kán maken. De preventieadviseur van de verzekeraar (Grond BE) en de osteopaat (Orkest BE) zijn in staat door de kwaliteit van hun handelen zodanig het vertrouwen te winnen van de interne actoren dat ze een positieve bijdrage kunnen leveren aan verbetering van de arbeidsomstandigheden in de betreffende arbeidsorganisatie. Deze 'regel' is niet van toepassing op veranderingen in de quartaire preventie. Hierop hebben de systemen van werknemerscompensatie wel direct invloed. Zoals ook hierna zal worden besproken in paragraaf 7.3.7 heeft dit echter nauwelijks gevolgen voor de andere vormen van preventie.

7.3.5 Invloed van het werknemerscompensatiesysteem op preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties

De mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie ten opzichte van externe invloeden en de aard van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie bepalen in hoofdzaak of preventieve veranderingen optreden en de aard van die veranderingen. De invloed van externe factoren, waaronder het werknemerscompensatiesysteem, is mede daardoor beperkt. In dit opzicht komen de vier compensatiesystemen met elkaar overeen. In tabel 7.4 is de relatief beperkte invloed van de werknemerscompensatiesystemen zichtbaar gemaakt. Voor elke casestudie is per factor de rangorde van invloed aan te geven. In nagenoeg alle cases is de arbeidsorganisatie zelf de belangrijkste beïnvloedende factor. Het compensatiesysteem neemt meestal een tweede of derde plaats in. Overigens is in alle cases een verschillende volgorde zichtbaar.

Tabel 7.4: Rangorde van de invloed van de zes factoren op de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie (1= de meeste invloed, 6 = de minste invloed; 0= geen invloed)

case	Compensatie-systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie-systeem	Arbeids-organisatie	Individu
Grond BE	3	0	5	2	1	4
Dak NL	2	0	5	3/4	1	3/4
Chemie NL	2	0	0	0	1	0
Orkest BE	3/4/5	6	3/4/5	2	1	3/4/5
Tapijt BE	1/2	5	0	3/4	1/2	3/4
Tapijt NL	2/3	0	2/3	0	1	0
Assemblage NL	4	0	3	2	1	0

De overeenkomsten in invloed van de vier verschillende compensatiesystemen op preventie in de arbeidsorganisatie (en de afhankelijkheid van de mate van responsiviteit van de

arbeidsorganisatie en de communicatieve verhoudingen binnen de verschillende arbeidsorganisaties) zijn dus groot. Deze 'regel' is niet van toepassing op veranderingen in de quartaire preventie. Hierop kunnen de systemen van werknemerscompensatie wel direct invloed hebben. In geen enkele case is echter zichtbaar dat die quartaire preventie invloed heeft op de andere vormen van preventie. Ook de schadelast die de werkgever of werknemer moeten dragen zetten hen niet vanzelf in beweging om meer aan primaire, secundaire of tertiaire preventie te doen. Deze financiële prikkels leiden niet tot de gewenste of noodzakelijke preventieve veranderingen. In paragraaf 7.3.8. zal uitgebreider worden stilgestaan bij de invloed van financiële prikkels.

De informatie uit de casestudies levert ook aanwijzingen op dat de vier compensatie-systemen, zij het in beperkte mate, een verschillende invloed hebben op de preventieve veranderingen. Die verschillende invloed is toe te schrijven aan de volgende drie factoren:

- het aantal beschikbare preventie-instrumenten en de aard van die preventie-instrumenten;
- de daadwerkelijke toepassing door de verzekeraar van de preventie-instrumenten;
- de kwaliteit van de toepassing van die instrumenten door de actor(en) namens de verzekeraar, zoals het moment waarop preventie-instrumenten worden toegepast, en de mate waarin sprake is van terugkoppeling van informatie van de verzekeraar over oorzaak en aard van het voorval naar de actoren binnen de arbeidsorganisatie.

Hierna volgt aan de hand van deze drie factoren de beschrijving van de vier compensatie-systemen.

Invloed AOV BE

In hoofdstuk 5 is vastgesteld dat van de vier compensatiesystemen, AOV BE de meeste preventie-instrumenten heeft. Die instrumenten zijn gericht op alle vier vormen van preventie. In hoofdstuk 5 is eveneens geconstateerd dat de private verzekeraars in verschillende mate gebruik maken van deze preventie-instrumenten. Het gebruik is afhankelijk van marktpositie en de analyse van de kosten en baten van de toepassing van die instrumenten. Zie tabel 5.9 voor een overzicht.

In Grond BE is een groot aantal preventie-instrumenten (15) toegepast. Van de volgende instrumenten gaat geen merkbare invloed uit op preventie in deze arbeidsorganisatie: het merendeel van de financiële prikkels voor de werkgever, de financiële prikkels voor de werknemer, onderzoek naar de toedracht van het arbeidsongeval en de regresmogelijkheid van verzekeraar en ziekenfonds. Wel gaat invloed uit van premiedifferentiatie en de inzet van de preventieadviseur van de verzekeraar op de primaire preventie in de arbeidsorganisatie. Het compensatiesysteem heeft in deze case geen invloed op secundaire en tertiaire preventie binnen de arbeidsorganisatie, wel op primaire- en quartaire preventieve veranderingen binnen de arbeidsorganisatie. In combinatie met andere invloedsfactoren, zijn twee positieve veranderingen opgetreden in de primaire preventie binnen de arbeidsorganisatie (waaronder een actieplan preventie) en drie positieve veranderingen in de quartaire preventie (afstoten breekwerf, aanpak kosten verzuim en daling kosten arbeidsongevallenverzekering). Het compensatiesysteem heeft ook invloed op de individuele situatie van getroffene. Het heeft positieve gevolgen voor de financiële situatie van de getroffen werknemer, maar negatieve gevolgen voor het herstel en de werkhervatting van de individuele werknemer.

De kwaliteit van de toepassing van een deel van de preventie-instrumenten is wisselend. Door de combinatie van expertise en betrokkenheid van een (actieve en bekwame) preventieadviseur (namens de verzekeraar), die samenwerkt met de preventieadviseur van Grond BE, met het gebruik van premiedifferentiatie wordt een aantal preventieve veranderingen op gang gebracht. De financiële compensatie van zowel de arbeidsorganisatie als de getroffen werknemer komt kort na het arbeidsongeval op gang. De terugkoppeling van informatie van de arbeidsongevallenverzekeraar naar de arbeidsorganisatie is beperkt tot de leiding van het bedrijf en de preventieadviseur. Andere actoren, waaronder de uitvoerende werknemers worden niet geïnformeerd over aard van het letsel, de toedracht van het ongeval, de oorzaak

van het ongeval en de te nemen preventiemaatregelen. Datzelfde geldt voor de arbeidsgeneesheer.

Invloed COV NL
In hoofdstuk 5 is vastgesteld dat van de vier werknemerscompensatiesystemen COV NL het minst aantal preventie- instrumenten heeft. Die instrumenten zijn bovendien gericht op quartaire preventie (beheersing van de schadelast van de verzekeraar en verzorgen van een uitkering aan het individu) en op de individuele tertiaire preventie. In hoofdstuk 5 is ook vastgesteld dat de verzekeraar toepassing van alle preventie-instrumenten als uitgangspunt heeft.

In deze case is de invloed van één van die instrumenten zichtbaar: de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit door de medisch adviseur. De kwaliteit van de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit laat in deze case te wensen over: ten onrechte worden de evenwichtsstoornissen van de werknemer niet betrokken bij de medische beoordeling. Deze misser draagt bij aan de verslechtering van de situatie in het bedrijf. Doordat ook de betreffende medisch adviseur de evenwichtsklachten niet serieus neemt, herhaalt zich een zelfde type ongeval (vallen van hoogte).

Het compensatiesysteem beïnvloedt in deze case mede de slechte arbeidsrelatie tussen werknemer en werkgever, omdat de afhandeling ervan zo lang duurt en omdat van terugkoppeling van informatie van de verzekeraar naar actoren binnen de arbeidsorganisatie evenmin sprake is. Andere actoren, waaronder de bedrijfsarts, worden evenmin geïnformeerd over de aard van het letsel, de toedracht van het ongeval, de oorzaak van het ongeval en de te nemen preventiemaatregelen. Het compensatiesysteem en het preventiesysteem staan niet in verbinding met elkaar.

Invloed FBZ BE
FBZ BE kent een groot aantal (18) preventie-instrumenten. Die instrumenten zijn gericht op alle vormen van preventie. In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat FBZ BE een aantal preventie-instrumenten op eigen initiatief kan inzetten en voor het gebruik van enkele andere preventie-instrumenten afhankelijk is van de bereidheid van andere actoren (werknemer, werkgever, arbeidsgeneesheer of ziekenfonds).

In de twee cases zijn 12 van deze instrumenten toegepast. Het compensatiesysteem heeft in deze cases maar een beperkte invloed op preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. De financiële prikkels voor de werkgever hebben geen merkbare invloed op de preventie in de arbeidsorganisatie. De financiële prikkels voor de werknemer hebben dat evenmin.

Van slechts vier van deze preventie-instrumenten (aangifteplicht arbeidsgeneesheer, regresmogelijkheid ziekenfonds, aanvullend onderzoek FBZ BE, de maatregelen om verwijdering uit het arbeidsmilieu te voorkomen) gaat in de cases enige invloed uit op de preventiesituatie in de arbeidsorganisatie.

Van twee van deze instrumenten gaat een indirecte invloed uit op de preventie: door de aangifteplicht van de arbeidsgeneesheer (case Tapijt BE), worden werkgever en werknemer geattendeerd op het bestaan van deze beroepsziekte; de regresmogelijkheid van het ziekenfonds bij medische kosten in verband met beroepsziekten leidt ertoe dat de altvioliste aangemeld wordt bij FBZ BE. Door de aangifte van de beroepsziekte en de maatregelen die zijn getroffen om tijdelijke verwijdering van de tapijtlegger uit de arbeid te voorkomen, is de werkgever wel wat gevoeliger geworden voor het belang van preventie van OPS. Daar staat tegenover dat collega's OPS niet serieus nemen en negatief reageren op de getroffen beschermingsmaatregelen. FBZ BE doet wel aanvullend onderzoek in de ene case (Tapijt BE) maar niet in de andere. Dat onderzoek heeft geen merkbare invloed op de preventie in de arbeidsorganisatie.

Dat de invloed van FBZ BE op de preventie in de twee arbeidsorganisaties gering is, heeft ook te maken met de kwaliteit van toepassing van de preventie-instrumenten. Binnen Orkest BE is nauwelijks iemand op de hoogte van de beroepsziekte en schadecompensatie. De indiening en afhandeling van de schadeclaim is vooral administratief van aard en onttrekt zich aan de waarneming van het grootste deel van de medewerkers van Orkest BE. Ook de externe arbeidsgeneesheer is niet op de hoogte van de beroepsziekte. Van enige terugkoppeling vanuit FBZ BE naar deze actoren is geen sprake. In de case Tapijt BE is wel de gehele arbeidsorganisatie op de hoogte. Dat komt door de opstelling van de betrokken werknemer en doordat FBZ BE het bedrijf bezoekt in verband met een onderzoek naar de blootstelling aan VOS. Overigens leidt dat onderzoek niet tot het treffen van preventiemaatregelen. Ook geeft de FBZ BE onderzoeker geen adviezen over het elimineren van blootstelling aan VOS. In tegenstelling tot de case Orkest BE, is in case Tapijt BE het FBZ BE wel vroegtijdig betrokken bij de beroepsziekte. dit komt door de aanpak van de arbeidsgeneesheer. Dit leidt enerzijds tot een positieve verandering, namelijk aanpassingen in de individuele werkomstandigheden van de werknemer. Echter omdat er onvoldoende controle is op de naleving van de afspraak krijgt de werknemer nog meer gezondheidsklachten en nemen de gezondheidsschade en de schadelast uiteindelijk toe. Bovendien leiden deze individuele aanpassingen in de arbeidsomstandigheden niet tot preventie in de arbeidsorganisatie.

Invloed AVB NL
AVB NL kent een groot aantal (20) preventie-instrumenten. Die instrumenten zijn gericht op alle vormen van preventie, zij het dat schadelastbeheersing (van de verzekeraar) voorop staat.
In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat de private verzekeraars in beperkte mate gebruik maken van deze preventie-instrumenten. Het gebruik is afhankelijk van marktpositie en analyse van de kosten en baten van de *toepassing* van die instrumenten.

In de drie cases zijn drie preventie-instrumenten toegepast. In alle cases is een medische- en arbeidskundige beoordeling gemaakt van de causaliteit en de schade. Ook is een analyse gemaakt van de oorzaak en de toedracht van het ongeval of de beroepsziekte. Daarnaast gold in de drie bedrijven een eigen risico. De hoogte hiervan varieerde sterk: bij Tapijt NL € 500, bij Assemblage NL € 20.000 en bij Chemie NL € 45.000. Van deze instrumenten gaat geen merkbare positieve invloed uit op de preventie binnen de arbeidsorganisatie. Wel zijn negatieve effecten gesignaleerd.

De beoordeling van de causaliteit en de schade laat in alle gevallen lang op zich wachten. Bovendien laat de kwaliteit van de claimbeoordeling te wensen over, zoals bijvoorbeeld in case Chemie NL (oorzaak van het letsel is niet onomstotelijk komen vast te staan) en Assemblage NL (waar de medisch adviseur van de verzekeraar de RSI-klachten relativeert en de gezondheidsklachten met name in verband brengt met psychosociale problemen). Daardoor draagt het compensatiesysteem eerder bij aan de spraakverwarring over de aard van het letsel, het ontstaan ervan en de te nemen maatregelen dan aan een verheldering van het vraagstuk.

In case Tapijt NL vindt de toepassing van de analyse van de oorzaak en de toedracht van de beroepsziekte plaats zonder medeweten van de actoren in de arbeidsorganisatie. Daardoor ontstaat geen leereffect. Als deze werkgever enkele jaren na afhandeling van de schadeclaim verneemt dat er een schade-uitkering heeft plaatsgevonden in verband met schade door de beroepsziekte OPS dan leidt dat bij hem tot verontwaardiging. Volgens hem kan van een dergelijke beroepsziekte geen sprake zijn. Bij Assemblage NL is slechts een beperkte groep staf- en lijnfunctionarissen op de hoogte van de claim en de schadeafwikkeling. Bovendien is die groep tijdens de onderzoeksperiode (10 jaar) van samenstelling veranderd. In beide cases duurt de afwikkeling een groot aantal jaren waardoor een aantal actoren de schadeclaims vergeten is. Bij Chemie NL neemt de verzekeringsafdeling de analyse van de oorzaak en de toedracht zelf ter hand. Deze analyse is niet bedoeld om een bijdrage te leveren aan de primaire-, secundaire- of tertiairepreventie, maar om een claim te voorkomen. Het analyserapport wordt om die reden ook niet ter beschikking gesteld aan de actoren op de locatie van Chemie NL en aan de onderaannemer.

Het preventie-instrument 'eigen risico' oefent bij geen enkele case invloed uit. Dat heeft verschillende redenen. Bij case Chemie NL zijn de actoren op de locatie van Chemie NL die invloed (kunnen) hebben op de preventie, niet op de hoogte van het eigen risico. Bij Tapijt NL is het eigen risico (€ 500) uitermate laag, zowel in absolute zin als ook in verhouding met andere kosten die de werkgever moet maken. Bij Assemblage NL is een groot aantal respondenten (OR, vakbond, werknemers, arbodienst) niet op de hoogte van het eigen risico. De respondenten namens de werkgever konden geen informatie geven over het eventuele effect van het eigen risico. Volgens de verzekeraar had het eigen risico geen effect gezien de beperkte financiële betekenis ervan binnen de gehele verzekeringspolis.

7.3.6 Invloed van overige externe factoren op preventie in de arbeidsorganisatie

Zoals uit de casebeschrijvingen en de caseanalyse blijkt, is de invloed van de overige externe factoren (het externe preventiesysteem, de gezondheidszorg, de sociale zekerheid en het individu) op preventie in de arbeidsorganisatie ook beperkt. Zoals hiervoor betoogd is, heeft dat vooral te maken met de mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie ten opzichte van externe invloeden en de aard van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Daarnaast zijn hierop van invloed, de aanwezigheid of afwezigheid van de desbetreffende factor respectievelijk de actoren die deze factor vertegenwoordigen en de kwaliteit van het handelen van de actoren.

Invloed extern preventiesysteem

Tot het externe preventiesysteem worden in deze studie verschillende actoren gerekend: de arbeidsinspectie, de externe preventiedienst of arbodienst en overige externe preventie-professionals en de vakbonden.

De arbeidsinspectie is in zes van de zeven cases (case Grond BE uitgezonderd) afwezig. Voor een deel kan dat verklaard worden uit het gegeven dat ze door de desbetreffende actoren niet werd ingeschakeld. Tegelijkertijd doet de arbeidsinspectie ook zelf geen pogingen om die gebrekkige responsiviteit te doorbreken. Anderzijds behoort het niet tot de taakstelling van de arbeidsinspectie om beroepsziekten te onderzoeken. In de case Grond BE heeft de arbeidsinspectie een marginale rol: ze voert wel een onderzoek uit, maar de respondenten hebben geen onderzoeksrapport ontvangen.[631]

De rol van de externe preventiedienst of arbodienst is in alle cases marginaal. Ze houdt zich doorgaans bezig met individuele vraagstukken op het gebied van secundaire- en tertiaire preventie. Betrokkenheid bij de kernvraagstukken van arbeid en gezondheid in de desbetreffende arbeidsorganisaties ontbreekt. In een aantal cases houdt de arbeidsorganisatie die externe experts bewust op afstand. In één case (Assemblage NL) dringt het bedrijf er met succes op aan dat bedrijfsartsen, die té kritisch zijn over vraagstukken van arbeid en gezondheid, worden vervangen. Voor deze diensten geldt in iets mindere mate wat voor de arbeidsinspectie geldt: ze worden, grotendeels, buitengesloten en ondernemen weinig pogingen om binnen te komen en een rol van betekenis te spelen. Daar waar ze wel binnen zijn, ontbreekt het vermogen om de communicatieve verhoudingen te verbeteren. Twee experts onttrekken zich aan dit beeld. De osteopaat/kinesist van Orkest BE slaagt erin een breed draagvlak te creëren voor zijn interventies, doordat hij regelmatig op de werkplek verschijnt, en in nauw contact staat met het personeel en het management. Op aandringen van de arbeidsgeneesheer zijn bij Tapijt BE afspraken gemaakt over werkhervatting en reductie van de blootstelling. Doordat de arbeidsgeneesheer (en FBZ BE) echter verzuimt toe te zien op de naleving van de afspraken, mislukt de poging tot individuele preventie en komt collectieve preventie en reductie van blootstelling aan VOS evenmin van de grond.

De vakbonden zijn in de meeste cases afwezig. In één case (Grond BE) worden ze bewust buiten de deur gehouden, omdat ze niet constructief zouden meewerken aan het veiligheidsbeleid en het management vraagtekens stelt bij de kwaliteit van de inbreng. Bij

[631] Ook uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de arbeidsinspectie, evenals de arbodienst en de vakbond, nauwelijks ingrijpen. Zie daarvoor tabel 6.11. a en 6.11. b.

Assemblage NL heeft de vakbond (een vakbondsbestuurder en een vakbondskadergroep die in nauw contact staat met de ondernemingsraad) een strategie ontwikkeld om de verbetering van de arbeidsomstandigheden van het productiepersoneel met RSI-klachten te bevorderen. Als die strategie mislukt, stimuleert men het indienen van schadeclaims in de hoop dat dit wel een positief effect heeft op de preventie. Dat dit niet het geval is, heeft mogelijk ook te maken met ontwikkelingen in het bedrijf. Een aantal reorganisaties slokt een groot deel van de aandacht op van de vakbond (en de ondernemingsraad). Ook is in de loop der jaren de samenstelling van vakbond en ondernemingsraad veranderd. Geen enkele deelnemer aan de vakbondsgroep of de ondernemingsraad blijkt in 2011 op de hoogte van de afwikkeling van de schadeclaims.

Invloed sociale zekerheid
In twee (een Nederlandse, een Belgische) cases is enige negatieve invloed zichtbaar van sociale zekerheid op preventie binnen de arbeidsorganisatie.

In de Nederlandse case (Assemblage NL) ontstaan, mede door een wetswijziging in de sociale zekerheid, met name veranderingen in de preventiestructuur van het bedrijf en in de tertiaire preventie (zieke werknemers moeten sneller werk hervatten). Vanuit de sociale zekerheid (bijvoorbeeld in Nederland door het UWV of de particulier verzekeraar die het ondernemersrisico in verband met ziekte verzekerd) worden geen interventies ondernomen die moeten leiden tot meer veiligheids- en gezondheidspreventie in de arbeidsorganisatie. Opvallend is bovendien dat de 'incentives' in de sociale zekerheidswetgeving in Nederland, onder andere bestaande uit loondoorbetaling tijdens ziekte (één jaar voor alle hier besproken cases, behalve de case Chemie NL),[632] niet bijdragen aan positieve veranderingen in de primaire-, secundaire- of tertiaire preventie. Ook de (h)erkenning van de beroepsziekten is in deze cases hierdoor niet verbeterd. Deze constatering komt overeen met de conclusies uit eerder onderzoek dat de introductie van de Wulbz, voor zover het effect heeft op preventie, wel een positief effect heeft op de snelheid van terugkeer naar het werk, maar niet op andere vormen van preventie.[633]

In België is eveneens een zeer beperkt negatief effect zichtbaar van sociale zekerheid op preventie. In één Belgische case (Orkest BE) noemt de intendant de gebrekkige informatieverschaffing over ziekte, onder andere vanuit het ziekenfonds, een belemmering voor een adequaat ziekteverzuimbeleid.

Van een positieve invloed van sociale zekerheid op de veiligheids-en gezondheidspreventie binnen arbeidsorganisaties is in geen enkele case sprake.

Invloed gezondheidszorg
De gezondheidszorg respectievelijk actoren binnen de gezondheidszorg spelen in vijf cases geen rol in de preventie in de arbeidsorganisatie. In twee cases speelt de gezondheidszorg een beperkte rol. In case Tapijt BE bestaat onduidelijkheid over de vraag of het gevaarlijke stoffenbeleid is aangepast. Volgens de werkgever is dat wel het geval. Uit informatie van onder andere de medisch expert blijkt dat niet het geval te zijn. In case Orkest BE is de intendant van mening dat door het gebrek aan informatie uit (onder andere) de gezondheidszorg, het niet mogelijk is een goede ziektebegeleiding op te zetten.

Invloed individu
De getroffen werknemers in deze cases hebben weinig invloed op zowel de arbeidssituatie na het optreden van het letsel en de afronding van de schadeclaim, als op hun eigen situatie. Geen enkele arbeidsorganisatie doet een beroep op de getroffen werknemers om feedback te leveren op het ontstaan en de preventie van het arbeidsongeval of de beroepsziekte. Voor de meeste werknemers geldt bovendien dat zij, na indiening van de claim, geen invloed hebben op de arbeidsomstandigheden, aangezien ze geen deel meer uitmaken van de arbeidsorganisatie.

[632] In alle Nederlandse cases waren de werkgevers verplicht tot één jaar loondoorbetaling bij ziekte.
[633] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information.

Sommige werknemers proberen invloed uit te oefenen op de arbeidsomstandigheden in het bedrijf maar slagen daarin niet of slechts gedeeltelijk. De werknemer van Tapijt BE probeert aanpassingen in de arbeidssituatie te realiseren, maar realiseert 'slechts' de aanschaf van PBM. Een aantal werknemers probeert de eigen arbeidssituatie zodanig te beïnvloeden dat herhaling van het arbeidsongeval of verergering van de beroepsziekte niet optreedt. Dat dit mislukt heeft deels te maken met hun eigen handelingsvermogen. Beide werknemers die voor een tweede keer slachtoffer worden van een arbeidsongeval willen wel anders, zien het gevaar in van hun werk, maar zijn niet in staat om de situatie naar hun hand te zetten.

Tegelijkertijd speelt echter ook de druk van de arbeidssituatie een rol. De werkgever, de opdrachtgever of de dirigent bepalen de organisatie van het werk, zorgen voor de taakverdeling en de tijdsindeling. En daarbinnen heeft de werknemer slechts een zeer beperkte autonomie. Bovendien moeten de meeste getroffen werknemers opboksen tegen een, in hun ogen, onwillige werkgever die (mede) door het beleid dat hij voert heeft bijgedragen aan het ontstaan van de beroepsziekte of het arbeidsongeval.

7.3.7 De situatie van de getroffen werknemer na de werknemerscompensatie

Hiervoor is op basis van de casestudies verslag gedaan van de preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Per casestudie is ook nagegaan welke veranderingen optreden in de situatie van de getroffen werknemer. In deze paragraaf ligt de focus op die individuele situatie. De centrale vragen hierbij zijn: welke veranderingen zijn in de situatie van de getroffen werknemers opgetreden na het ontstaan van het letsel; hoe ziet de situatie van de getroffen werknemers eruit na afronding van de schadeclaim ?

In hoofdstuk 6 is op basis van het vragenlijstonderzoek gesignaleerd dat bijna de helft van de totale groep getroffen werknemers zelf lering heeft getrokken uit het arbeidsongeval of de beroepsziekte en zelf veiliger of gezonder is gaan werken. Dit is trouwens één van de weinige positieve veranderingen in de situatie van de getroffen werknemers. De individuele situatie na afronding van de claim is voor de meeste werknemers beduidend slechter dan voor de claim. Slechts de helft van de betrokkenen heeft werk, de inkomenspositie is voor de meeste getroffenen verslechterd en slechts 18% van de werknemers is volledig hersteld.

Geen enkel individu is volledig gecompenseerd. Van volledig herstel is geen sprake. Op dit punt bestaan tussen de vier compensatiesystemen wel verschillen. Bij de twee systemen die schade na een arbeidsongeval compenseren is de situatie van de werknemer beduidend minder slecht dan de systemen die schade na een beroepsziekte compenseren. Tussen deze laatste twee systemen bestaan ook significante verschillen: Nederlandse werknemers die gecompenseerd zijn voor schade door een beroepsziekte via AVB NL zijn er na afronding van de claim nog slechter aan toe dan hun Belgische collega's. Het is uit het vragenlijstonderzoek niet op te maken of die verschillen te wijten zijn aan de aard van het letsel, aan de kenmerken van het compensatiesysteem of dat andere factoren een rol spelen.

Sociale uitsluiting

De casestudies bieden meer inzicht in de situatie van de individueel getroffen werknemers na de claim. Bovendien geven ze een aantal verklaringen voor de verschillen tussen de compensatiesystemen.

De casestudies laten zien dat de situatie van de getroffen werknemers nog schrijnender is dan op basis van het vragenlijstonderzoek werd verondersteld. Bij deze groep werknemers is, in verschillende mate sprake van sociale uitsluiting. Sociale uitsluiting kent twee hoofdimensies. De ene dimensie is de sociaal-culturele dimensie. Hiertoe behoren onder andere de deelname aan arbeid en de gezondheidssituatie, die invloed heeft op de (on)mogelijkheden om aan die arbeid deel te nemen. De andere dimensie is de economisch-structurele dimensie, waartoe de mate van financiële kwetsbaarheid behoort. Van sociale uitsluiting is sprake als de achterstand op een of meerdere van deze gebieden langdurig is en als perspectief op verbetering

ontbreekt.[634] Met uitzondering van de altvioliste vertonen alle getroffen werknemers een of meerder kenmerken die in verband worden gebracht met die sociale uitsluiting.[635] De betrokken werknemers blijken na verloop van tijd een zorgwekkende arbeidsmarktpositie te hebben: bijna alle getroffen werknemers hebben geen binding meer met de arbeid en de arbeidsorganisatie, waarvoor ze jarenlang hebben gewerkt (gemiddeld 14 jaar). Ze komen terecht op een lijdensweg die verschillende dimensies kent.

Zorgwekkende arbeidsmarktpositie
In geen van de zeven cases is de werknemer volledig hersteld. Dat heeft niet alleen te maken met de ernst van het letsel maar ook met de kwaliteit van de medische behandeling. Medici zien klachten over het hoofd, relativeren de ernst van die klachten of zijn te laat met een interventie. Dit heeft uiteindelijk ook een negatieve invloed op de arbeidsmarktpositie.

Van de 12 getroffen werknemers die in de zeven cases voorkomen, oefenen slechts twee werknemers, de altvioliste en de dakdekker, hun oorspronkelijke werk nog steeds uit na afronding van de claim. Voor beiden geldt echter dat ze het moeilijk hebben om aan de eisen van het werk te voldoen. De gezondheidsklachten belemmeren hen in de uitoefening van het werk. De dakdekker slaagt er uiteindelijk in om vroegtijdig met pensioen te gaan. Voor de altvioliste blijft de toekomst onzeker: zal ze met haar gezondheidsklachten kunnen voldoen aan de steeds hogere eisen die het orkest stelt aan haar flexibiliteit en uithoudingsvermogen? Vijf werknemers zijn al langere tijd werkloos (Grond BE, Chemie NL, Tapijt BE, twee werknemers Assemblage NL) en blijven dat naar alle waarschijnlijkheid ook vanwege de ernst van het letsel. Vijf werknemers verrichten wel werkzaamheden maar in een lager betaald parttime werk, met onzekere vooruitzichten. Voor deze groep geldt dat de slechte arbeidsmarktpositie in direct verband staat met het onvoldoende herstel van de gezondheid.

In geen enkele case blijkt dat het compensatiesysteem een bijdrage levert aan behoud of verbetering van de arbeidsmarktpositie van de werknemers. In een aantal gevallen is gesignaleerd dat het compensatiesysteem zelfs een bijdrage levert aan verzwakking van die arbeidsmarktpositie. Dat is onder andere het geval bij de twee systemen die schade door een arbeidsongeval compenseren. In beide systemen (AOV BE, COV NL) verslechtert de positie omdat de betrokken werknemers ondanks hun gezondheidsklachten geacht worden hun werk te hervatten. Het is niet duidelijk of bij toeval in deze cases op deze gebrekkige kwaliteit van claimbeoordeling is gestuit.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat werknemers die gebruik maken van het compensatiesysteem AVB NL een significant slechtere arbeidsmarktpositie hebben. Dit kan verklaard worden uit twee aspecten. Ten eerste blijkt dat werknemers met schade door een beroepsziekte pas een aansprakelijkheidsclaim indienen nadat het arbeidscontract ontbonden is, terwijl bij de andere drie compensatiesystemen de werknemer doorgaans nog in dienst is van de werkgever. Ten tweede is de juridische basis van dit systeem wezenlijk anders dan dat van de andere systemen. Bij AVB NL ontstaat een onderhandelingssituatie tussen de verschillende actoren. In een dergelijke situatie ligt het niet voor de hand dat de verzekeraar, en in zijn kielzog de werkgever, de schade en de causaliteit erkent, en verbetering van het lot van de werknemer nastreeft. In dit systeem is de verzekeraar vooral gericht op het ontkennen van letsel en van letselschade.

Ontbindingsproces
De casestudies laten ook zien dat het merendeel van de getroffen werknemers de binding met de arbeidsorganisatie hebben verloren. In sommige gevallen raken de getroffen werknemers sociaal geïsoleerd. Meestal is sprake van een geleidelijk ontbindingsproces, waarbij het

[634] Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag, SCP. p. 33-40.
[635] Zie ook: Eshuis, Wim, Anne-Margot van Eijck (2004). *Ziek van je werk, een boekje open over beroepsziekten.* Amsterdam, FNV pers; Heuts, Pien, Marian Schaapman, Marike Schooneveldt (2010). *Triomf en Tragiek, tien jaar bureau beroepsziekten FNV*. Amsterdam, FNV pers. Deze publicatie geven eveneens een schets van de uitsluiting van betrokken werknemers..

slachtoffer door de actoren binnen en buiten de arbeidsorganisatie langzaam uit het oog wordt verloren. Voor een belangrijk deel lijkt een dergelijk proces samen te hangen met de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Zie bijvoorbeeld de situatie van bij Grond BE en Orkest BE waar sprake is van passieve uitsluiting. Beide getroffen werknemers hebben tijdens de ziekteperiode nauwelijks contact met werkgever of de collega's. In de case Chemie NL is trouwens sprake van geen enkele binding tussen werkgever en werknemer, anders dan de contractuele relatie. In de twee Nederlandse beroepsziektecases verslechtert de binding tussen werknemer en arbeidsorganisatie eveneens.

Het compensatiesysteem kan een extra negatieve invloed hebben op dit ontbindingsproces. Dat is met name het geval bij het compensatiesysteem AVB NL. Zoals bijvoorbeeld bij de Nederlandse tapijtlegger met wie, nadat namens hem een aansprakelijkheidsclaim was ingediend, door het bedrijf de contacten werden verbroken.

Aan het ontbindingsproces kleeft ook nog een meer sociaal-psychologisch mechanisme, namelijk dat het ontstaan van het arbeidsongeval of de beroepsziekte geïndividualiseerd en gepsychologiseerd wordt. In plaats van de getroffen werknemer als drager van slechte arbeidsomstandigheden te beschouwen, wordt de werknemer gezien als een individu dat problemen heeft in de relatie arbeid en gezondheid. De compensatiesystemen dragen daaraan in zekere zin bij. Dat komt door hun focus op de beoordeling van de individuele casus. In die beoordeling zitten wel mechanismen om de individuele claim al dan niet toe te wijzen. De claimbeoordeling bevat echter geen mechanismen die aanzetten tot ingrijpen in de arbeidsomstandigheden.

In een (groot) aantal gevallen wordt het ontbindingsproces versterkt door de getroffen werknemer, die zelf ook afstand neemt van de arbeidsorganisatie. Dit ontstaat uit frustratie over de slechte arbeidsomstandigheden, het uitblijven van preventieve veranderingen, de weinig respectvolle bejegening (waaronder het gebrek aan erkenning van het letsel en de ontstaansgrond van dat letsel) of uit het gebrek aan perspectief op herplaatsing bij de werkgever.

Lijdensweg
Vaak wordt de situatie van een slachtoffer van een arbeidsongeval of beroepsziekte aangeduid met de term dubbele lijdensweg: de werknemer is ziek en moet bovendien (lang) wachten op een schade uitkering.[636] Dit casestudie-onderzoek laat zien dat bijna alle getroffen werknemers op een lijdenweg terechtkomen die meer dan twee dimensies kent. Men loopt letsel op door een arbeidsongeval of beroepsziekte, dat letsel wordt echter door de omgeving (de arbeidsorganisatie, de gezondheidzorg, compensatiesysteem) vaak niet op zijn waarde geschat, de kans op herstel van de gezondheidsklachten is gering, door het letsel moet men een beroep doen op schadecompensatie, dat compensatiesysteem compenseert slechts voor een deel die schade, en voor de meeste getroffenen in deze casestudies is die schadecompensatie het eind van de deelname aan het arbeidsproces. Een dergelijke lijdensweg kan in alle vier compensatiesystemen ontstaan, alhoewel de kans daarop niet gelijk is voor de vier compensatiesystemen. Met name bij de compensatiesystemen voor beroepsziekten lijkt die kans groot. Dat heeft te maken met de ontstaansgeschiedenis van beroepsziekten, die in tegenstelling tot arbeidsongevallen niet één duidelijk aanwijsbaar moment kent. Dat AVB NL, ook op dit punt, nog slechter scoort dan FBZ BE heeft waarschijnlijk te maken met het moment waarop van dit compensatiesysteem gebruik wordt gemaakt of kan worden gemaakt.

7.3.8 De invloed van financiële prikkels; kanttekeningen bij de rechtseconomie en het incentiveparadigma

In hoofdstuk 3 is de rechtseconomische benadering van de relatie tussen werknemers-compensatie en preventie aan bod gekomen. In de rechtseconomie legt men de nadruk op de

[636] Ruers, R.F. (2012). *Macht en tegenmacht in de Nederlandse asbestregulering*. Den Haag, Boom; Eshuis, Wim, Anne-Margot van Eijck (2004). Ziek van je werk, een boekje open over beroepsziekten. Amsterdam, FNV pers.

invloed van quartaire preventie: de schadelast en de schadelastverdeling. Binnen de rechtseconomie is de veronderstelling dat de schadelast, afhankelijk van de omvang en de verdeling ervan over de betrokken actoren, invloed kan hebben op het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten, alsmede de ernst en de duur van het letsel kan beïnvloeden. Systemen van werknemerscompensatie kunnen via financiële prikkels, vooral eigen risico en risicodifferentiatie, invloed hebben op die schadelastverdeling. In hoofdstuk 3 is tegelijkertijd vastgesteld dat uit het bestaande empirisch onderzoek niet is op te maken of deze veronderstelling (financiële prikkels kunnen bijdragen aan een optimale schadelastverdeling waardoor preventie ontstaat) ook daadwerkelijk klopt. Onderzoek naar het effect van financiële prikkels laat wisselende en tegenstrijdige resultaten zien. Een verklaring voor dat wisselende beeld is niet voorhanden. De empirische basis voor de rechtseconomische benadering van het vraagstuk van werknemerscompensatie en preventie is daarom in hoofdstuk 3 als zwak getypeerd.

De rechtseconomische benadering kan worden beschouwd als een variant op het incentiveparadigma. Binnen dat paradigma gaat men ervan uit dat door incentives (financiële prikkels) te introduceren of te veranderen de ene actor (bijvoorbeeld de overheid of een verzekeraar) invloed heeft op het handelen van andere actoren zoals bijvoorbeeld een werkgever of werknemers. Uit onderzoek van van den Hauten naar de werking van incentives bij de introductie in Nederland van nieuwe wetgeving op het gebied van ziekteverzuim[637] blijkt dat deze wet in termen van beperking van het ziekteverzuim een gematigd succes is. Die conclusies zijn gebaseerd op een casestudie-onderzoek in zes bedrijven in de periode 1996-2001. Het onderzoek stelt vast dat de meeste bedrijven aan het eind van die periode meer aandacht en geld besteden aan ziekteverzuimpreventie, met name door middel van secundaire preventie (beïnvloeding van het meldgedrag) en door middel van tertiaire preventie (betere verzuimbegeleiding en re-integratie).

De werking van incentives bij ziekteverzuimpreventie
Uit de studie van van den Hauten blijkt dat de invloed van financiële prikkels op preventie om verschillende reden gerelativeerd moet worden. Ten eerste blijkt dat Wulbz geen effect heeft op de verbetering van de primaire preventie. De werkgebonden oorzaken van ziekteverzuim worden niet aangepakt. Van den Hauten concludeert dat de werking van incentives ook niet zonder meer effectief is op de secundaire en tertiaire preventie, maar afhangt van verschillende en veranderlijke empirische condities. Incentives werken niet los van de empirische condities, maar blijken daarvan juist afhankelijk.[638] Hij wijst in dat verband onder andere op de afhankelijkheid van bedrijfsinterne processen.[639] Hiertoe rekent hij onder andere:

- de perceptie van de werkgever op zijn mogelijkheden om het verzuim te beïnvloeden,
- de wijze waarop de werkgever omging met het verzuim vóór de introductie van de Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte (Wulbz),
- de mate van rationaliteit binnen de onderneming (de kosten-batenafweging, de bekendheid met de feitelijke kosten en opbrengsten),
- de wijze waarop de (externe) incentives intern worden doorvertaald,
- de mate waarin verschillende deelbelangen binnen de onderneming die doorvertaling beïnvloeden en het belang van leerprocessen bij de introductie van incentives.[640]

[637] De Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte (Wulbz) voorzag in een uitbreiding van de loondoorbetalingsplicht van enkele weken tot maximaal 52 weken voor werkgevers bij ziekte van hun werknemers.
[638] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 302 e.v.
[639] Tot die bedrijfsinterne processen rekent van den Hauten niet de communicatieve verhoudingen. De oorzaak daarvan kan liggen in de selectie van de respondenten. De geïnterviewden behoren in nagenoeg alle cases tot het management van de ondernemingen. Zie: Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 317 e.v.
[640] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 178 e.v.

Ook benoemt van den Hauten factoren buiten de onderneming die van invloed kunnen zijn op de werking van incentives. Tot die externe factoren rekent hij onder andere het overheidsbeleid ten aanzien van arbeidsomstandigheden. Gelijktijdig met de introductie van Wulbz stelde de overheid de aansluiting bij een arbodienst verplicht, waardoor voor werkgevers deskundige ondersteuning beschikbaar kwam. Ook de werking van de verzekeringsmarkt rekent hij tot deze externe factoren. Aanvankelijk ging van Wulbz geen prikkel uit omdat met name MKB werkgevers massaal kozen voor herverzekering van het risico, en verzekeraars aanvankelijk een zeer lage premie rekenden, waardoor de angel uit de financiële prikkel werd gehaald.[641]

De werking van incentives en schadelast bij preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten

Van den Hauten besteedt in zijn studie geen aandacht aan het effect van de incentives op arbeidsongevallen en beroepsziekten. In dit casestudie-onderzoek is dat wel gedaan. In elke casestudie is een inventarisatie gemaakt van de financiële prikkels. Ook is voor elke case een overzicht gemaakt van de schadelast. Per case is gekeken naar het effect van financiële prikkels en schadelast op het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten en op het aantal preventieve veranderingen. Hieruit blijkt dat de invloed van financiële prikkels op preventie nog meer gerelativeerd moet worden dan op basis van de studie van van den Hauten is gedaan.

In elk van de zeven praktijksituaties blijken één of meerdere financiële prikkels toegepast te zijn. De meest in het oog springende financiële prikkels zijn premiedifferentiatie en eigen risico. Premiedifferentiatie is toegepast in de arbeidsongevallenverzekering van Grond BE en bij Dak NL en Tapijt NL (hogere premie arbeidsongeschiktheidsverzekering). Van het dragen van eigen risico is sprake bij Chemie NL (eigen risico AVB NL € 45.000), Tapijt NL (eigen risico AVB NL € 500) en Assemblage NL (eigen risico AVB NL € 19.800; eigen risicodrager loondoorbetaling). In drie cases (Orkest BE, Tapijt BE, Grond BE) is sprake van een positieve financiële prikkel voor de werkgever aangezien de werkgever de kosten van de periode gewaarborgd loon kan verhalen op de verzekeraar. In tabel 7.5 is zichtbaar gemaakt (door de plaatsing van een € teken) bij de cases waar sprake is geweest van een financiële prikkel. Eveneens is een € teken geplaatst bij de desbetreffende factor waarmee een financiële prikkel is verbonden. Zie verder bijlage 3 voor een overzicht van de financiële aspecten van elke case.

Tevens is in elke casestudie, op basis van informatie van een of meerdere van de betrokken actoren, een inventarisatie gemaakt van de totale schadelast van het betreffende arbeidsongeval of beroepsziekte en de verdeling van die schadelast over de verschillende actoren. Ook dat is in tabel 7.5 weergegeven. Die schadelast per case varieert sterk:

- De totale schadelast per case varieert van € 32.000 (Orkest BE) tot ruim € 1.000.000 (Assemblage NL).
- De verdeling van de schadelast over werkgevers en werknemers varieert ook sterk: de lasten van de werkgever variëren van bijna € 4.000 (Grond BE) tot € 140.000 (Assemblage NL). De lasten van de werknemer variëren van € 1.000 (Orkest BE) tot € 90.000 (Tapijt NL).

[641] Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information. p. 163.

Tabel 7.5: Verdeling van kosten, aantal positieve en negatieve preventieve veranderingen en volgorde van invloed op preventieve veranderingen per factor (1= meeste invloed, 6 = minste invloed; € =toepassing van financiële instrumenten)[642]

Case	Kosten: a.werkgever b.verzekeraar c.werknemer d.samenleving e.totaal	Aantal **positieve** preventie veranda-ringen (P-S-T)	Aantal **negatieve** preventie veranda-ringen(P-S-T)	Ontwikkeling Arbeids Ongevallen + beroepsziekte (claims)		**Compensatie systeem**	**Gezond heidszorg**	**Sociale zekerheid**	**Preventie systeem**	**Organi-satie**	**Indi vidu**
Grond BE (AOV BE) **(€)**	a: € 4.000 b: €300.000 c. € 20.000 d. € 97.000 e. € 540.000	8	3	Daling ongevallen (Daling claims)		3 **(€)**	0	5	2	1	4
Dak NL (COV NL) **(€)**	a: € 38.000 b: € 2.000 c. € 20.000 d. € 48.000 e. € 160.000	0	6	Ongevallen gelijk (Daling claims)		2	0	5 **(€)**	3/4	1	3/4
Chemie NL (AVB NL) **(€)**	a: € 300.000 b: € 0 c. € 0 d .€ 260.000 e. € 670.000	6	5	Ongevallen gelijk (Claims gelijk)		2 **(€)**	0	0	0	1	0
Orkest BE (FBZ BE) **(€)**	a: € 4.000 b: € 27.000 c. € 1.000 d. € 0 e. € 32.000	11	2	Daling beroepsziekten (Daling claims)		3/4/5 **(€)**	6	3/4/5	2	1	3/4/5
Tapijt BE (FBZ BE) **(€)**	a: € 4.000 b: € 308.000 c. € 30.000 d. e. € 340.000	1	1	Daling beroepsziekten (Daling claims)		½ **(€)**	5	0	3/4	1/2	3/4
Tapijt NL (AVB NL) **(€)**	a: € 23.000 b: € 40.000 c. € 90.000 d. € 90.000 e. € 260.000	2	2	Daling beroepsziekten (Daling claims)		2/3 **(€)**	0	2/3 **(€)**	0	1	0
Assemblage NL (AVB NL) **(€)**	a: € 140.000 b: € 225.000 c. € 396.000 d. € 275.000 e. €1.000.000	5	6	Daling beroepsziekten ? (Daling claims)		4 **(€)**	0	3 **(€)**	2	1	0

Geen directe relatie tussen financiële prikkels en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten

Tabel 7.5 biedt per case een overzicht van de totale schadelast, van de verdeling van die schadelast, de positieve en negatieve preventieve veranderingen (van primaire, secundaire en tertiaire aard), de ontwikkeling van het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten (en van de claims) in de onderzoeksperiode en de invloed van de verschillende factoren. Op basis van dit overzicht kunnen een aantal conclusies worden getrokken:

1. Financiële prikkels zijn afkomstig uit zowel het compensatiesysteem als, in Nederland, vanuit de sociale zekerheid.
2. Die financiële prikkels leiden wel tot preventieve veranderingen van quartaire aard, maar die veranderingen in de quartaire preventie leiden niet tot veranderingen in andere vormen van preventie.
3. Er is geen verband tussen het aantal preventieve veranderingen van primaire-, secundaire-, of tertiaire aard en de toepassing van financiële instrumenten. Zo kent Orkest BE, een case waar geen sprake is van eigen risico of premiedifferentiatie, het grootst aantal van dergelijke preventieve veranderingen, en ook de meest gunstige verhouding tussen het aantal positieve en negatieve veranderingen. Terwijl in case Dak NL, dat de meest ongunstige verhouding kent tussen positieve en negatieve preventieve veranderingen, wel financiële prikkels zijn aangetroffen.
4. De cases waarin via het werknemerscompensatiesysteem wel financiële prikkels zijn toegepast presteren niet beter dan systemen waarin die prikkels niet zijn toegepast. Zie hiervoor de case Orkest BE (geen financiële prikkels, meeste preventieve veranderingen)

[642] De vermelde bedragen zijn afgerond. Niet alle kosten zijn in de tabel opgenomen.

en Assemblage NL (veel financiële prikkels maar veel minder positieve en negatieve veranderingen).
5. Er bestaat evenmin een verband tussen de schadelast en de schadelastverdeling, en de (positieve) preventieve veranderingen. Zie bijvoorbeeld Assemblage NL, dat de hoogste totale schadelast kent en Orkest BE dat de laagste totale schadelast kent. Ook de verdeling van de schadelast lijkt geen invloed te hebben. De aanname dat in cases waar de schadelast van de werkgever het (relatief) hoogst is, de meeste positieve preventieve veranderingen optreden, en de verhouding tussen positieve- en negatieve veranderingen het meest optimaal is, kan niet worden ondersteund. Vergelijk in dit verband de totale schadelast en de preventieve veranderingen bij Chemie NL en Grond BE.
6. De schadelast van de verzekeraars varieert ook enorm (van € 0 tot meer dan € 300.000) maar tussen de hoogte schadelast voor de verzekeraar en het aantal preventieve veranderingen bestaat geen verband.
7. Ook tussen financiële prikkels en het aantal arbeidsongevallen en arbeidsongevallen-claims, en beroepsziekten en beroepsziektenclaims bestaat geen direct verband. In nagenoeg alle cases daalt het aantal incidenten en het aantal claims, ongeacht of in de betreffende case geen, veel of weinig prikkels zijn ingezet.

In de verschillende casestudies is dus geen direct verband aangetroffen tussen financiële prikkels, het aantal positieve respectievelijk negatieve preventieve veranderingen en het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten. Dit geldt zowel voor de korte termijn, dat wil zeggen de periode direct na het arbeidsongeval of beroepsziekte, of de periode na afronding van de schadeclaim, als op langere termijn, dat wil zeggen voor de duur van de onderzoeksperiode die gemiddeld 7,5 jaar beslaat.[643]

Indirect verband
Wel is in één case (Grond BE) een indirect verband zichtbaar tussen financiële prikkels en preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. In die case is sprake van de toepassing van premiedifferentiatie in de arbeidsongevallenverzekering. In die case is de preventieadviseur van Grond BE de sleutelactor. Door zijn inzet worden allerlei preventieve veranderingen gerealiseerd. De motieven daarvoor zijn van allerlei aard. Naast professionele motieven (veiligheidsproblemen oplossen, Welzijnswet naleven, personeelsvoorziening), spelen financiële motieven een rol, in casu het verlagen van de kosten van de arbeidsongevallen. Bij een lager percentage arbeidsongevallen hoort een lagere ongevallenpremie. Die lagere premie wordt in Grond BE vooral gerealiseerd door het afstoten van een risicovol bedrijfsonderdeel (breekwerf) en veel minder door de invoering van allerlei preventieve veranderingen van primaire-, secundaire- of tertiaire aard. De financiële prikkel vormt voor de preventieadviseur van Grond BE een *extra* stimulans om de gezondheids- en veiligheidspreventie te verbeteren. Van de financiële prikkel gaat een indirecte werking uit. Daarbij wordt de preventieadviseur van Grond BE een handje geholpen door onder andere de preventieadviseur van de verzekeraar, die hem met raad en daad bijstaat.

Ex ante en ex post werking
In deze studie is, evenals in de studie van van den Hauten, de ex post preventieve werking van financiële prikkels onderzocht. Dat wil zeggen dat nadat een maatregel is genomen en nadat een arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan en een claim is ingediend en afgerond, is nagegaan welke preventieve veranderingen zijn opgetreden.

De ex ante werking is hier niet expliciet onderzocht. Niettemin kan op basis van deze studie wel een indruk worden gegeven van die ex ante werking van financiële prikkels. Van een dergelijke ex ante werking kan sprake zijn als een werkgever (of werknemer) in een vroegtijdig stadium maatregelen treft om te voorkomen dat men in een later stadium bepaalde kosten moet dragen. In de meeste cases is van een dergelijke ex ante werking geen sprake. Dat heeft in een aantal gevallen te maken met de simpele reden dat de werkgever of de werknemer geen weet heeft van het bestaan of de omvang van de financiële prikkels. In de meeste cases is

[643] Zie tabel 7.2 voor een overzicht van de duur van de onderzoeksperiode.

ook na afronding van de schadeclaim niet waargenomen dat de werkgever of werknemer anticipeert op het voorkomen van nieuwe arbeidsongevallen of beroepsziekten. In een case, Chemie NL, anticipeert het chemieconcern wel op toekomstige schadeclaims, getuige het verzoek aan de onderzoeker om na te gaan of en hoe schadeclaims voorkomen kunnen worden. Dat verzoek wordt echter niet zozeer gedaan om financiële redenen maar omwille van het streven naar een betere bejegening van getroffen werknemers en inleenkrachten en omwille van de bescherming van het imago van het concern.

In twee cases is wel een ex ante werking van financiële prikkels zichtbaar. Naast de reeds hiervoor beschreven case Grond BE is de ex ante werking van financiële prikkels zichtbaar in case Tapijt NL. In dat bedrijf is reeds in de negentiger jaren een begin gemaakt met het vervangen van vast personeel door zelfstandigen zonder personeel om op die manier de kosten van het ziekteverzuim te beheersen. Overigens is in beide cases niet zo dat die ex ante werking tot primaire preventie in de arbeidsorganisatie leidt. Er is, integendeel, eerder sprake van verschuiving van risico's dan van het oplossen ervan.

De samenleving betaalt
De inventarisatie van de schadelast en de verdeling van die schadelast brengt nog iets anders aan het licht ten aanzien van de schadelast en de schadelastverdeling. Namelijk dat een niet onaanzienlijk deel van de kosten van een arbeidsongeval of beroepsziekte wordt gedragen door de publieke sociale zekerheid en de publieke gezondheidszorg. Dus ook de samenleving betaalt. Tegelijkertijd gaat vanuit die samenleving geen enkel incentive, financieel of anderszins, uit naar de arbeidsorganisatie om de preventie ter hand te nemen.

Verklaringen
Binnen het incentive paradigma, waartoe ook de rechtseconomische benadering wordt gerekend, gaat men uit van een direct verband tussen een (optimale) verdeling van schadelast en een (optimale) preventie. Financiële prikkels worden geacht die schadelast zodanig te beïnvloeden dat een dergelijke optimale situatie ontstaat. In deze casestudies is zichtbaar gemaakt wie de schadelast draagt en hoe financiële prikkels invloed hebben op die schadelast. In deze cases is geen verband geconstateerd tussen die quartaire preventie en primaire, secundaire- en tertiaire preventie. Het ontbreken van dat verband kan verklaard worden uit bedrijfsinterne factoren en bedrijfsexterne factoren.

Bedrijfsinterne factoren
De belangrijkste verklaringen is van bedrijfsinterne aard. De mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie en de communicatieve verhoudingen binnen die organisatie blijken van grote invloed te zijn op het effect van die prikkels. De meeste arbeidsorganisaties zijn weinig responsief. Financiële prikkels zetten niet vanzelf non responsieve actoren in non responsieve arbeidsorganisaties aan tot een responsieve houding. In sommige gevallen zijn de actoren, of een deel ervan, niet eens op de hoogte van de aanwezigheid van een financiële prikkel. Financiële prikkels beïnvloeden evenmin de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie in een voor preventie gunstige richting. Als de informatie over de (mogelijke) financiële effecten binnen de organisatie bekend is, dan zijn vervolgens actoren binnen de arbeidsorganisatie nodig die deze informatie op waarde schatten en doorgeven. Die communicatie heeft alleen het gewenste effect als er behoorlijke communicatieve verhoudingen zijn. In deze cases blijkt daarvan juist geen sprake te zijn.

Ook speelt een rol dat de praktijk van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten complex is. Het is geen praktijk die zomaar via evidence based interventies, zo die al voorradig zijn, kan worden omgetoverd in een best practice. Het ziet er eerder naar uit dat preventie een kwestie is van vallen en opstaan, van trial and error, die plaatsvindt in een omgeving die bestaat uit actoren die verschillen in machtspositie, kennis en motivatie. Preventie respectievelijk het creëren van preventieve veranderingen is niet zozeer een objectief, rationele en waardevrije gebeurtenis, maar een subjectieve bezigheid waaraan verschillende actoren met verschillende perspectieven deelnemen.

Externe factoren
Evenals in de studie naar de werking van incentives van de Wulbz, zijn ook hier externe factoren te vinden die het ontbreken van een verband tussen incentives en preventie verklaren. Die externe factoren betreffen de financiële prikkels zelf, in sommige gevallen zijn de financiële prikkels niet al te krachtig, en de context waarin ze gebruikt worden. Tot die context behoort ook de werking van de verzekeringsmarkt. Die markt kan ervoor zorgen dat financiële prikkels minder krachtig zijn of niet worden ingezet. Zoals de casestudies duidelijk maken, worden door aansprakelijkheidsverzekeraars (in Nederland) in sommige gevallen financiële prikkels niet ingezet omdat men geen klanten wil verliezen. Ook is zichtbaar dat in sommige gevallen de verzekeraar het beperken van de eigen schadelast als voornaamste doel heeft. Teneinde dat doel te bereiken, probeert de ene verzekeraar de andere verzekeraar de aansprakelijkheid en de schadelast te laten dragen. De rol van de werkgever blijft in dat geval onbesproken.

7.3.9 Methodologische nabeschouwing
De casestudie is een geschikte onderzoeksmethode gebleken om inzicht te krijgen in de preventieve veranderingen die optreden in een arbeidsorganisatie in verband met een schadeclaim en de verschillende factoren die hierop van invloed kunnen zijn. Met behulp van de casestudies is een complexe en dynamische praktijk inzichtelijk gemaakt. Het casestudie-onderzoek biedt geen objectief beeld van de werkelijkheid, maar is een weergave van de perceptie van de feiten, zienswijzen en perspectieven van de verschillende actoren.

Ook de onderzoeksopzet kent subjectieve elementen. Daarvan is sprake bij de selectie van de cases en de keuze van de respondenten. Die selectie is gedeeltelijk gebaseerd op keuzes van de onderzoeker, en gedeeltelijk afhankelijk geweest van de keuzes van externe actoren (verzekeraar, juridisch belangenbehartiger) en van de bereidheid van respondenten tot deelname aan het onderzoek. De expertise en de zienswijze van de onderzoeker dragen eveneens bij aan die subjectiviteit. Dat komt onder meer tot uiting in de beschrijving en beoordeling van de preventieve veranderingen. In de verslaglegging is geprobeerd die subjectieve elementen te expliciteren zodat de aanpak zoveel mogelijk navolgbaar en controleerbaar is. Als gevolg van de complexiteit en dynamiek en de subjectieve elementen kent dit onderzoek een gebrekkige herhaalbaarheid.

De casestudies leren dat voorzichtigheid geboden is bij het leggen van causale verbanden tussen financiële prikkels en ziekteverzuim, zoals in de studie van van Hauten naar incentives bij ziekteverzuim, of, zoals in het empirisch onderzoek binnen de rechtseconomie, bij het leggen van causale verbanden tussen financiële prikkels en frequentie en ernst van beroepsziekten en arbeidsongevallen. De uitkomsten van dergelijke studies worden ten onrechte als objectieve waarheden gepresenteerd.

De casestudies laten niet alleen het subjectieve karakter van preventie zien, maar ook de dynamiek en de complexiteit van preventie binnen arbeidsorganisaties. Zo verandert de samenstelling van de groep respondenten die tot de arbeidsorganisatie kunnen worden gerekend. Die dynamiek heeft ook te maken met de tijdelijkheid van de veranderingen. Afhankelijk van het meetmoment treft men een andere preventiesituatie aan. Zo blijkt bijvoorbeeld de hoogte van het ziekteverzuim of het aantal arbeidsongevallen en beroepsziekten nogal afhankelijk van de uitbesteding van bepaalde risicovolle werkzaamheden of van afvloeiing van ziek personeel via andere kanalen (zoals vervroegde uittreding en reorganisaties). Meet men voorafgaand aan een dergelijke gebeurtenis, dan komt men tot andere resultaten dan wanneer men achteraf meet.

De complexiteit komt tot uitdrukking in de aard van de preventieve veranderingen. Die veranderingen kunnen zowel positief als negatief zijn en kunnen betrekking hebben op zowel het individu als de arbeidsorganisatie. De complexiteit komt ook tot uitdrukking in het feit dat doorgaans combinaties van verschillende factoren tegelijkertijd van invloed zijn op de

preventieve veranderingen. Bovendien wordt de aard en de mate van preventieve veranderingen sterk gekleurd door de kenmerken van de arbeidsorganisatie.

De resultaten uit de casestudies onderstrepen de opmerkingen, die eerder gemaakt zijn in paragraaf 6.5, over de validiteit en de betrouwbaarheid van vragenlijstonderzoek in dit soort situaties. Uit het casestudie-onderzoek komt nog sterker dan uit het vragenlijstonderzoek naar voren dat verschillende actoren uiteenlopende perspectieven hebben op het ontstaan en de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. In paragraaf 6.5 is ook toegelicht dat de validiteit van het vragenlijstonderzoek beperkt is, aangezien slechts een beperkt aantal dimensies van het begrip preventieve verandering in de indicatoren zijn verwerkt. Uit het casestudie-onderzoek blijkt dat die validiteit van het vragenlijstonderzoek nog verder onder druk staat aangezien aan het begrip preventieve veranderingen nog een dimensie moet worden toegevoegd, namelijk dat de preventieve veranderingen zowel positief als negatief van aard kunnen zijn. Deze dimensie is evenmin in het vragenlijstonderzoek meegenomen.

7.4 Samenvatting

Dit hoofdstuk doet verslag van casestudie-onderzoek naar de praktijk van letselschade en preventie in arbeidsorganisaties. Op basis van dit casestudie-onderzoek is meer inzicht gekregen in de aard van de preventieve veranderingen die in de arbeidsorganisatie optreden tijdens en na de indiening van een schadeclaim, en de wijze waarop verschillende factoren, waaronder het werknemerscompensatiesysteem, al dan niet invloed hebben op die veranderingen.

7.4.1 Aard van de preventieve veranderingen

Magere preventieopbrengst na schadeclaim
Op basis van het vragenlijstonderzoek is de conclusie getrokken dat de mate van preventie na een schadeclaim beperkt is. In deze zeven case studies is dat eveneens het geval. Aan de casestudies zijn de volgende verklaringen te ontlenen voor deze magere opbrengst:

- de actoren in de arbeidsorganisatie zijn niet of nauwelijks responsief, bereid om externe hulp en expertise toe te laten of te vragen;
- de communicatieve verhoudingen in arbeidsorganisaties zijn dusdanig dat het voorval, het letsel en de ernst daarvan ontkend wordt of gerelativeerd;
- de werkgever is niet bereid om preventieve veranderingen te realiseren;
- de werkgever is niet in staat om preventieve veranderingen in te voeren, door gebrek aan kennis, inzicht, vaardigheden of afhankelijkheid van andere actoren,;
- de getroffen werknemer is niet in staat invloed uit te oefenen op de werkgever;
- de druk van externe actoren (arbeidsinspectie, arbodienst, verzekeraar, vakbond) op de arbeidsorganisatie is geheel of gedeeltelijk afwezig. De bedrijfsarts is meestal niet in de positie om druk uit te oefenen; bovendien zijn evidence based ingrepen niet beschikbaar; de arbeidsinspectie en de vakbond zijn bijna altijd afwezig; financiële prikkels zijn er meestal wel, maar hebben nauwelijks invloed op de primaire-, secundaire-, of tertiaire preventie.

Het gebrek aan adequate preventieve interventies leidt ertoe dat in deze cases ziekmakende omstandigheden en slechte communicatieve verhoudingen blijven bestaan en de kans op herhaling van het arbeidsongeval of de beroepsziekte groot is. Een aanzienlijk deel van de kosten hiervan worden afgewenteld op de samenleving. Bovendien versterkt deze situatie de sociale uitsluiting van de individuele getroffen werknemer.

Preventiebalans
De case studies laten niet alleen zien dat de mate van preventie (zeer) beperkt is, maar ook dat preventie geen constant gegeven is. Deze ontwikkeling is gevat in de term preventiebalans. Met deze term wordt onderstreept dat in elke situatie tegelijkertijd sprake is van positieve en negatieve preventieve veranderingen. Bovendien kunnen die tegenstrijdige veranderingen tegelijkertijd plaatsvinden op alle vier vormen van preventie. Die veranderingen treden zowel op binnen de arbeidsorganisatie als bij het getroffen individu. Daarnaast geeft de term preventiebalans weer dat de veranderingen tijdsgebonden zijn. Afhankelijk van het meetmoment treft men een andere preventiebalans aan, is er dus sprake van een andere preventiesituatie.

Het subjectieve karakter van preventie
De vaststelling van preventieve veranderingen en de aard van die veranderingen (positief of negatief) is niet zozeer een kwestie van rationeel wetenschappelijke vaststelling van feiten, maar vooral een subjectieve beoordeling van die veranderingen. Respondenten uit een en dezelfde arbeidsorganisatie blijken een verschillende perspectief te hebben op het voorval: meestal bestaan er verschillende lezingen van het ontstaan van een arbeidsongeval of beroepsziekte. Ook heeft men een verschillend perspectief op de preventieve veranderingen die zijn opgetreden en beoordeelt men die veranderingen ook anders.

Afstand praktijk en theorie
Tijdens de caseanalyse kwam ook de grote afstand tussen theorie en praktijk aan het licht: de in de veiligheids- en gezondheidswetenschap ontwikkelde inzichten omtrent effectieve evidence based interventies blijken nauwelijks toegepast te worden in de praktijk van de onderzochte arbeidssituaties. Ook wordt ingeschat dat ze nauwelijks toepasbaar zijn. Rationele op expertise gebaseerde preventieve veranderingen zijn niet aangetroffen. Een deel van de preventieve veranderingen gaat gepaard met uitbesteding van het risico naar andere arbeidsorganisaties. Van effectief preventief handelen is nauwelijks sprake, kan nauwelijks sprake zijn, aangezien een aantal basisvoorwaarden daarvoor ontbreken. Zo is er in veel gevallen geen overeenstemming over de aard van het letsel, de oorzaak ervan en over de te nemen maatregelen. Van motivatie om de preventiesituatie te verbeteren is vaak evenmin sprake.

Ook is de afstand tussen de eisen die de arbeidsomstandighedenwetgeving stelt en de preventiesituatie in de verschillende cases groot. In deze cases is de werkgever meestal 'dader' van het voorval, in plaats van beschermer van de werknemer. Van (enige) samenwerking tussen werkgever en werknemer is slechts in een geval sprake. In een enkel geval treden individuele leerprocessen op. Gezamenlijke leerprocessen komen nauwelijks voor.

7.4.2 Invloedsfactoren
De vraag die centraal staat in de casestudies is welke factoren van invloed zijn op de verschillende samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties.

Op basis van het vragenlijstonderzoek is vastgesteld dat de verschillen in samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie binnen arbeidsorganisaties niet of nauwelijks in verband kunnen worden gebracht met verschillen tussen de compensatiesystemen zelf (en met de verschillen in de hoeveelheid en de aard van de preventie-instrumenten) maar mogelijk wel met de aard van het voorval en ontwikkelingen in de arbeidsorganisatie. Het casestudie-onderzoek biedt meer duidelijkheid over de verschillende factoren die een rol spelen en de dominante rol van de arbeidsorganisatie.

Aard van het voorval
Op basis van het vragenlijstonderzoek is geopperd dat de aard van het voorval (letsel door een beroepsziekte of door een arbeidsongeval) mogelijk van invloed is op de verschillen tussen de compensatiesystemen. Op basis van het casestudie-onderzoek kunnen een aantal verklaringen die daarvoor in hoofdstuk 6.4 gegeven zijn, bevestigd worden. Uit de casestudies blijkt dat tussen werkgevers en werknemers meer verschil van mening bestaat over een beroepsziekte dan over een arbeidsongeval. Werkgevers hebben de neiging beroepsziekten en het daarmee gepaard gaande letsel te ontkennen. Een van de casestudies (Chemie NL) maakt echter duidelijk dat ook over het arbeidsongeval en letsel door een arbeidsongeval verschil van mening kan bestaan. Ook kan op basis van het casestudie-onderzoek ondersteuning worden gevonden voor de verklaring dat arbeidsongevallen zich meer in de openbaarheid afspelen dan beroepsziekten. Voor twee andere verklaringen biedt het casestudie-onderzoek geen steun. De gevolgen van een arbeidsongeval kunnen even ingrijpend zijn als de gevolgen van een beroepsziekte en uit de casestudies is niet gebleken dat de preventiestructuur in organisaties met arbeidsongevallen beter is dan die met beroepsziekten.

Combinatie van factoren
Ten aanzien van preventieve veranderingen van primaire-, secundaire- en tertiaire aard is een aantal verschillende tendensen gesignaleerd, waarvan de belangrijkste zijn dat de arbeidsorganisatie relatief autonoom is ten opzichte van de externe factoren, dat de arbeidsorganisatie een dominante invloed heeft op het al dan niet optreden van preventieve veranderingen binnen die arbeidsorganisatie, en dat de externe factoren alleen invloed hebben op preventieve veranderingen in combinatie met (f)actoren binnen de arbeidsorganisatie. Er is een samenspel van (f)actoren binnen de arbeidsorganisatie en externe factoren waarbij de factoren binnen de arbeidsorganisatie overhand hebben, mede door de relatieve zwakte van de

externe invloeden. Tenslotte is zichtbaar dat per case het patroon van die combinaties verschillend is. Dat duidt erop dat in elke case sprake is van unieke ontwikkelingen in plaats van generieke ontwikkelingen. Deze tendensen gelden niet voor veranderingen op het gebied van quartaire preventie. Op dat gebied kunnen externe factoren, met name het compensatiesysteem en de sociale zekerheid, wel een zelfstandige invloed hebben.

Dominante invloed arbeidsorganisatie
In het casestudie-onderzoek is de dominante rol van de arbeidsorganisatie zichtbaar. De invloed van de arbeidsorganisatie is groot, groter dan enige andere factor. De invloed van de arbeidsorganisatie kan van positieve en negatieve aard zijn en kan betrekking hebben op alle vormen van preventie.

De caseanalyse maakt duidelijk dat twee organisatiekenmerken bepalend zijn voor de invloed van de arbeidsorganisatie en voor de aard van die invloed. Het eerste kenmerk is de mate van responsiviteit van een arbeidsorganisatie ten opzichte van externe factoren. Het tweede kenmerk is de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Dit tweede kenmerk is te onderscheiden in vier deelkenmerken:

1. gebruik van macht, machtsmisbruik en situaties of gevoelens van onmacht;
2. informatie;
3. perspectieven van verschillende actoren;
4. omgang tussen werkgever en werknemer tijdens en na het letsel en de claim.

Het zijn met andere woorden niet de externe prikkels die vanzelf invloed hebben op de arbeidsorganisatie. Evenmin is bepalend wat de kracht is van die externe prikkels. Het is de mate van responsiviteit van de actoren in de arbeidsorganisatie die bepaalt of externe prikkels, van financiële aard respectievelijk gebaseerd op expertise, invloed mogen hebben op de preventiesituatie binnen de arbeidsorganisatie. En het hangt mede af van de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen, welke invloed die externe factoren hebben.

Daarbij komt dat de prikkels van buiten de arbeidsorganisatie, waaronder prikkels vanuit het compensatiesysteem, in veel gevallen de arbeidsorganisatie en de verschillende actoren binnen die arbeidsorganisatie niet bereiken. Dat kan twee oorzaken hebben: de prikkels zijn niet krachtig genoeg en de actoren binnen de arbeidsorganisatie zijn niet op de hoogte van de prikkels. Dit geldt ook voor financiële prikkels. Van deze prikkels gaat geen directe preventieve werking uit. Indien de prikkels de arbeidsorganisatie wel bereiken, leidt dat in deze cases nooit vanzelf tot preventieve veranderingen. Een minimaal vereiste is dat binnen de arbeidsorganisatie een of meerdere actoren kennis hebben van dergelijke prikkels, zich erdoor laten beïnvloeden, of van plan zijn dat te doen, in het kader van de eigen handelingsstrategie. Vervolgens hangt het af van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie of, en zo ja op welke wijze, die prikkels invloed hebben.

Bescheiden rol werknemerscompensatiesystemen
De verschillen in invloed van de vier compensatiesystemen op preventie in arbeidsorganisaties zeggen vooral iets over de context waarin ze functioneren, dat wil zeggen de aard van de arbeidsorganisatie. Die arbeidsorganisatie is dominant. De overige factoren, waaronder de werknemerscompensatiesystemen, hebben een bijrol.

In deze casestudies is geen van de vier werknemerscompensatiesystemen in staat de responsiviteit van de arbeidsorganisatie voor preventie van een arbeidsongeval of een beroepsziekte te vergroten. Evenmin draagt een van de systemen bij aan de verbetering van de communicatieve verhoudingen. Wel dragen in sommige gevallen compensatiesystemen bij aan verslechtering van de communicatieve verhoudingen.

Geen van de vier werknemerscompensatiesystemen heeft een exclusieve invloed op positieve respectievelijk negatieve preventieve veranderingen van primaire-, secundaire- en tertiaire aard, binnen arbeidsorganisaties. De compensatiesystemen kunnen wél een directe invloed op de quartaire preventie (de schadelast) van de arbeidsorganisatie hebben. Bovendien kunnen

compensatiesystemen direct en in combinatie met andere factoren invloed hebben op individuele preventieve veranderingen: compensatiesysteem en sociale zekerheid beïnvloeden de hoogte van de schadecompensatie; compensatiesysteem, sociale zekerheid en extern preventiesysteem beïnvloeden de re-integratie van het individu.

De overeenkomsten in invloed van de vier verschillende compensatiesystemen op preventie in de arbeidsorganisatie (de afhankelijkheid van de mate van responsiviteit en de communicatieve verhoudingen binnen de verschillende arbeidsorganisaties) zijn groter dan de verschillen.

Relatieve verschillen tussen de vier werknemerscompensatiesystemen
Tegelijkertijd zijn relatieve verschillen in invloed zichtbaar tussen de vier compensatiesystemen. Een werknemerscompensatiesysteem kan enige positieve invloed op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten als gelijktijdig aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

1. het compensatiesysteem beschikt over voldoende preventie-instrumenten waarvan in de betreffende situatie invloed kan uitgaan,
2. de verzekeraar past de preventie-instrumenten daadwerkelijk toe,
3. de kwaliteit van de toepassing van die instrumenten door de actor(en) namens de verzekeraar is naar behoren. Die kwaliteit heeft onder andere betrekking op het moment waarop een instrument wordt ingezet, het toezicht op naleving van de afspraken, de terugkoppeling van informatie naar de arbeidsorganisatie en de mate waarin de toepassing bijdraagt aan de verheldering van de aard van het letsel, het ontstaan ervan en de te nemen maatregelen.

Kortom: in situaties waarin een compensatiesysteem over voldoende preventie-instrumenten beschikt waarvan enige invloed kan uitgaan, een verzekeraar die instrumenten daadwerkelijk toepast én de kwaliteit van de toepassing naar behoren is, kan een compensatiesysteem enige positieve invloed uitoefenen op de preventie in de arbeidsorganisatie.

Het vragenlijstonderzoek levert aanwijzingen op dat compensatiesystemen voor schadevergoeding van arbeidsongevallen relatief beter presteren dan de compensatiesystemen voor schadevergoeding van beroepsziekten. Het casestudie-onderzoek laat zien dat dit te maken heeft met de aard van het voorval en de wijze waarop de arbeidsorganisatie dat voorval benadert: beroepsziekten en de daarmee samenhangende klachten worden niet of pas geruime tijd na het ontstaan herkend. Dit vormt een extra belemmering voor de preventie ervan. Ook het in paragraaf 7.1 aangehaalde onderzoek 'Leerzame schadeclaims' levert hiervoor aanwijzingen op. De periode tussen het ontstaan van de beroepsziekte en de eerste ziektedag varieert van zeven jaar voor RSI en 13 jaar voor OPS. De periode tussen het ontstaan en de herkenning ervan is nog langer. Meestal ontkent men het arbeidsgerelateerde karakter van de klachten. Het kost de betrokken actoren moeite om, na jarenlange ontkenning van de klachten, de beroepsziekte te erkennen. Bij arbeidsongevallen is het wel duidelijk dat het ongeval in relatie staat tot de arbeidsomstandigheden, alhoewel uit twee cases blijkt dat de actoren wel weer van mening kunnen verschillen over de ernst van het letsel en het causale verband tussen letsel en ongeval.

Op basis van de cases kan niet met zekerheid worden gezegd welk compensatiesysteem betere preventieprestaties kent. Dat heeft naast de methodologische beperkingen van dit onderzoek vooral te maken met de eerder genoemde dominantie van de arbeidsorganisatie en met de invloed van de aard van het voorval. Op basis van het casestudie-onderzoek kan wel een inschatting worden gegeven van de verschillende preventieve *mogelijkheden* van de vier compensatiesystemen.

1. AOV BE heeft potentie aangezien het veel preventie-instrumenten kent die gericht zijn op alle vormen van preventie. Bovendien kunnen deze preventie-instrumenten in een vroegtijdig stadium worden ingezet. Daar staat tegenover dat toepassing van die instrumenten varieert per verzekeraar en afhankelijk is van de door de verzekeraar ingeschatte marktomstandigheden en de kosten-batenanalyse van de inzet van de instrumenten. In deze

casestudie, die door de verzekeraar als *best case* is aangedragen, is de invloed van het compensatiesysteem ten opzichte van andere factoren relatief beperkt. Dit wordt vooral veroorzaakt door de relatief sterke invloed van drie andere factoren, de arbeidsorganisatie, het extern preventiesysteem en het individu. Uit de desbetreffende case blijkt dat de kwaliteit van de toepassing van die instrumenten wisselend is. De preventieadviseur van de verzekeraar maakt gebruik van de ruimte die het bedrijf biedt om mede vorm te geven aan preventie van arbeidsongevallen. Deze adviseur doet echter geen pogingen om de communicatieve verhoudingen te beïnvloeden. Van een terugkoppeling van informatie uit het compensatiesysteem (over aard van het letsel, het ontstaan ervan en de te nemen preventiemaatregelen) naar andere actoren dan de directie en de preventieadviseur is geen sprake. De commerciële inbedding van de arbeidsongevallenverzekering voorkomt dat de preventieadviseur ingrijpt in de verhouding tussen onderaannemer en hoofdaannemer.

2. FBZ BE heeft ook potentie om invloed uit te oefenen op de preventie in een arbeidsorganisatie. Het kent eveneens veel preventie-instrumenten die gericht zijn op alle vormen van preventie en ook deze instrumenten kunnen in een vroegtijdig stadium worden ingezet. Bovendien is de duur van de claimbeoordeling beperkt. Het systeem kent geen financiële belemmeringen om deze instrumenten in te zetten. In hoofdstuk 5 is geconstateerd dat FBZ BE een aantal preventie-instrumenten op eigen initiatief kan inzetten en voor het gebruik van enkele andere preventie-instrumenten afhankelijk is van de bereidheid van andere actoren (werknemer, werkgever, arbeidsgeneesheer of ziekenfonds). In de twee cases heeft dit compensatiesysteem beperkte invloed op preventieve veranderingen binnen de arbeidsorganisatie. Dit wordt veroorzaakt door de kwaliteit van de toepassing van de preventie-instrumenten, waartoe ook de gebrekkige terugkoppeling van informatie uit het compensatiesysteem (over aard van het letsel, het ontstaan ervan en de te nemen preventiemaatregelen) behoort, naast de weinig responsieve opstelling van de actoren binnen de arbeidsorganisaties en de slechte communicatieve verhoudingen binnen die organisaties.

3. AVB NL kent minder preventieve mogelijkheden dan de vorige twee systemen
Het beschikt weliswaar over veel preventie-instrumenten die gericht zijn op alle vier vormen van preventie, maar de toepassing van die instrumenten is afhankelijk van de door de verzekeraar ingeschatte marktomstandigheden en de kosten-batenanalyse van de inzet van de instrumenten. Dat is voor de verzekeraars ook de reden niets te doen aan de preventiesituatie in de betreffende arbeidsorganisaties. De eventuele inzet van die instrumenten is laattijdig aangezien de claimafhandeling een aantal jaren duurt. In deze cases heeft dit compensatiesysteem beperkte invloed op preventieve veranderingen in de arbeidsorganisatie. Dit wordt vooral veroorzaakt door de (slechte) kwaliteit van de toepassing van de preventie-instrumenten, naast de slechte communicatieve verhoudingen en weinig responsieve houding van actoren binnen de arbeidsorganisaties. Daarbij komt dat in verband met de claimbeoordeling onenigheid bestaat over de causaliteit, de diagnostiek en schending van de zorgplicht. Voor zover de informatie uit de claimbeoordeling de actoren binnen de arbeidsorganisatie bereikt, draagt die informatie bij aan het bagatelliseren van het voorval, het daarmee gepaard gaande letsel of de noodzaak tot het nemen van preventiemaatregelen.

4. COV NL blijkt van de vier compensatiesystemen over de minste preventieve
mogelijkheden te beschikken. Het heeft minder preventie-instrumenten dan de overige compensatiesystemen. Bovendien zijn die instrumenten niet gericht op preventie binnen de arbeidsorganisatie, maar op het individu. Wel kunnen ze in een vroegtijdig stadium worden ingezet. Uit de desbetreffende case blijkt dat de kwaliteit van de toepassing van die instrumenten beperkt is. Van enige terugkoppeling naar de arbeidsorganisatie is geen sprake.

Beperkte rol overige externe factoren
In het casestudie-onderzoek is ook vastgesteld dat de invloed van de overige externe factoren beperkt is. Dat heeft naast de reeds gememoreerde dominantie van de arbeidsorganisatie te maken met de afwezigheid van de desbetreffende (f) actor en de kwaliteit van het handelen van de betreffende actoren.

In de cases valt ook de bescheiden rol van het externe preventiesysteem op. Die rol van het externe preventiesysteem (waartoe behoren de arbodienst, de arbeidsinspectie, de vakbond) is doorgaans beperkt doordat de actoren in de betrokken arbeidsorganisaties geen externe invloed willen toelaten respectievelijk die invloed willen beperken. Ook de marginale positie van de preventieprofessionals speelt een rol. Enkele uitzonderingen daargelaten hebben de professionals een afwachtende houding ten opzichte van de arbeidsorganisatie, of houden zich uitsluitend bezig met uitvoering van de contractuele afspraken met de arbeidsorganisatie.

De gezondheidszorg en de sociale zekerheid hebben nauwelijks invloed op de preventieve veranderingen, of het ontbreken daarvan, binnen de arbeidsorganisatie en op de veranderingen bij het individu.

In nagenoeg alle cases raakt het merendeel van de getroffen individuen in een situatie van sociale uitsluiting. Ze hebben een zorgwekkende arbeidsmarktpositie, bijna alle getroffen werknemers hebben geen binding meer met de arbeid en de arbeidsorganisatie, waarvoor ze jarenlang hebben gewerkt en ze zijn financieel kwetsbaar.



Hoofdstuk 8

Werknemerscompensatie en preventie in de steigers

Introductie

In de afgelopen 100 jaar heeft Nederland verschillende systemen van werknemerscompensatie gekend, de Ongevallenwet, de civielrechtelijke aansprakelijkheid, het Silicosefonds, het Instituut voor Asbestslachtoffers en compensatiesystemen op basis van de cao. Bovendien is aan het begin van deze eeuw de Extra Garantieregeling Beroepsrisico's (EGB) voorgesteld, een wettelijk verplichte directe verzekering tegen beroepsrisico's. Een deel van deze systemen van werknemerscompensatie werd expliciet preventieve functies toegedicht en voorzien van preventie-instrumenten, in de vorm van financiële prikkels, expertise of samenwerking en communicatie tussen betrokken actoren.

Er bestaan allerlei veronderstellingen over de preventieve functie van verschillende systemen van werknemerscompensatie. Of werknemerscompensatie in werkelijkheid tot preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties leidt, en op welke wijze die preventie dan gestalte krijgt, is echter in Nederland nooit onderwerp geweest van empirisch wetenschappelijk onderzoek.

Nu Nederland, mede op aandringen van de International Labour Organization (ILO), in de nabije toekomst mogelijk overgaat tot de herintroductie van een nieuwe publieke en/of private regeling van werknemerscompensatie is tevens de vraag actueel of, en zo ja welke, preventieve ingrediënten aan een dergelijk systeem van werknemerscompensatie moeten worden toegevoegd.

Onderzoeksvragen
Deze ontwikkelingen zijn de aanleiding geweest voor de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    a. Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?
    b. Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    c. Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemers-compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
    d. Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

2. Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeids-organisaties?

Dit onderzoek geeft antwoorden op deze vragen via een exploratieve onderzoeksbenadering. Die bestaat uit een verkenning van de bestaande theorie over preventie en compensatie en een empirische verkenning van de samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie.

Het theoretische gedeelte bestaat uit drie onderdelen, namelijk een verkenning van het begrip werknemerscompensatie (hoofdstuk 1), van de wetenschappelijke kennis over preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten (hoofdstuk 2) en een verkenning van de weten-schappelijke kennis over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie (hoofdstuk 3).

In het empirisch onderzoek zijn vier concrete werknemerscompensatiesystemen onderzocht. Twee systemen uit België (Arbeidsongevallenverzekering, AOV BE en Fonds voor de Beroepsziekten, FBZ BE) en twee uit Nederland (Aansprakelijkheidsverzekering voor Bedrijven, AVB NL en Collectieve Ongevallen Verzekering vanuit de cao voor het bouwbedrijf, COV NL). Het empirisch onderzoek is gesplitst in drie deelonderzoeken.

Deelonderzoek 1, waarvan in hoofdstuk 5 verslag is gedaan, bestaat uit een analyse van de inhoud van de vier compensatiesystemen, van de context waarbinnen die systemen functioneren en van de preventie-instrumenten waarover elk systeem beschikt. Het laat de verschillen zien tussen de vier compensatiesystemen. Tot die verschillen behoren de hoeveelheid en de aard van de preventie-instrumenten. Voor de inventarisatie van de twee Belgische systemen is gebruik gemaakt van bestaande literatuur. In aanvulling daarop is een aantal interviews gehouden met vertegenwoordigers van drie arbeidsongevallenverzekeraars en vertegenwoordigers van FBZ. In Nederland is met behulp van gestructureerde interviews met vertegenwoordigers van zes verzekeringsmaatschappijen een dergelijke inventarisatie gemaakt, aangezien de literatuur over dit onderwerp beperkt is.

Deelonderzoek 2 bestaat uit vragenlijstonderzoek onder 365 werknemers die een schadeclaim hebben ingediend en wier claim is afgehandeld, en een deel (102) van de betrokken werkgevers. Het vragenlijstonderzoek, waarvan in hoofdstuk 6 verslag is gedaan, had drie doelen. Ten eerste een antwoord geven op de vraag naar de samenhang tussen werknemers-compensatie en preventie. Ten tweede antwoord geven op de vraag welke factoren van invloed zijn op die samenhang en ten derde een beeld schetsen van de actoren die betrokken zijn bij compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Deelonderzoek 3 bestaat uit zeven casestudies. Het casestudie-onderzoek kent eveneens drie doelstellingen. Het eerste doel is inzicht krijgen in de aard van de preventieve veranderingen die optreden in de arbeidsorganisaties nadat een schadeclaim is ingediend en afgerond. Het tweede doel is inzicht krijgen in de wijze waarop verschillende factoren, waaronder het werknemerscompensatiesysteem, van invloed zijn op die veranderingen. Het derde doel is leerervaringen opdoen over hoe werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Dit hoofdstuk zet de antwoorden op de onderzoeksvragen op een rij. Het hoofdstuk bestaat uit vier paragrafen. Paragraaf 8.1 staat stil bij de methodologische aspecten van dit exploratief onderzoek, met name de externe validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. Paragraaf 8.2 geeft een overzicht van de antwoorden op onderzoeksvraag 1 en de daarbij behorende deelvragen. Het antwoord op onderzoeksvraag 1 is gebaseerd op de gegevens uit de drie deelonderzoeken. In paragraaf 8.3 komt het antwoord op de tweede onderzoeksvraag aan de orde. In die paragraaf wordt betoogd dat werknemerscompensatie en preventie in de steigers moeten. De bestaande preventiebenadering biedt onvoldoende resultaat. Die benadering moet aangepast worden om optimale preventie in arbeidsorganisaties te realiseren. De fundamenten moeten worden herzien zodat op basis daarvan een effectievere aanpak van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten tot stand kan komen. Daarvoor zijn nieuwe paradigma's nodig. Paragraaf 8.3 schetst de bouwstenen van een nieuwe benadering van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Paragraaf 8.4 beschrijft op welke wijze wetenschappelijk onderzoek hieraan kan bijdragen.

8.1 Methodologische beschouwing

Voordat in paragraaf 8.2 en 8.3 de onderzoeksvragen worden beantwoord, is het van belang de methodologische aspecten van dit empirisch onderzoek te memoreren, zodat de onderzoeksresultaten op hun juiste waarde kunnen worden geschat.

Er is gekozen voor een exploratief empirisch onderzoek, aangezien in Nederland niet eerder empirisch onderzoek is uitgevoerd naar de samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Het letselschadeproces is het kader waarbinnen het empirisch onderzoek is uitgevoerd. Het empirisch onderzoek kent drie delen.

Het eerste deelonderzoek (systeemanalyse), is gebaseerd op literatuuronderzoek en interviews. De selectie van de respondenten is uitgevoerd door verzekeraars. Daarmee kan in dit deelonderzoek een zekere selectiviteit zijn geslopen.

Het tweede deelonderzoek (vragenlijstonderzoek) kent een beperkte representativiteit en betrouwbaarheid. Dit komt onder andere door de lage respons van werkgevers. Ook het grote aantal respondenten dat "weet niet" antwoordt, speelt daarin een rol – al is op zich het antwoord "weet niet" ook inhoudelijk een interessante uitkomst. De representativiteit van dit onderzoek is eveneens beperkt omdat slechts twee soorten beroepsziekten zijn onderzocht en voor arbeidsongevallen alleen de sector bouw in beschouwing is genomen. Het vragenlijstonderzoek is wel bruikbaar als eerste verkenning van het vraagstuk, maar biedt onvoldoende zekerheid omtrent de relatie werknemerscompensatie en preventie. Het vragenlijstonderzoek brengt de onderzoeker in een spagaat: op wiens informatie moet men afgaan? De werkgeverrespondenten melden relatief veel positieve preventieve veranderingen, hebben de neiging om de ernst van het voorval te bagatelliseren en zijn relatief slecht op de hoogte van de situatie en de opvattingen van de werknemers; de werknemers zijn vanzelfsprekend wel op de hoogte van het voorval en de ernst daarvan, maar melden relatief minder vaak positieve preventieve veranderingen, of antwoorden frequent "weet niet".

Deelonderzoek drie (het casestudie-onderzoek) laat zien dat niet alleen werkgever en werknemers een situatie anders beoordelen, maar ook andere actoren een verschillend perspectief (kunnen) hebben op preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het casestudie-onderzoek leert dat een onderzoeker juist op zoek moet gaan naar die verschillende perspectieven om op die manier een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het voorval (het arbeidsongeval of de beroepsziekte) en de aard van de preventiemaatregelen die naderhand, al dan niet, genomen zijn. Met de conclusies uit de casestudies dient voorzichtig omgesprongen te worden. De selectie van de cases is afhankelijk van toeval en van de bereidheid van respondenten om deel te nemen aan een interview. Bovendien is slechts één onderzoeker betrokken geweest bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Het is, ten slotte, ook niet duidelijk in hoeverre de cases representatief zijn voor andere arbeidsorganisaties.

Tegenover de relatieve methodologische zwakte van de afzonderlijke deelonderzoeken staat de toepassing van twee vormen van triangulatie (data-triangulatie en methoden-triangulatie), waardoor de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten toeneemt.[644]

Ten opzichte van eerder uitgevoerd onderzoek, buiten Nederland, naar de relatie werknemerscompensatie en preventie, waarvan in hoofdstuk 3 verslag is gedaan, geeft dit onderzoek een veelzijdiger inzicht in de preventieve veranderingen die optreden in een arbeidsorganisatie als gevolg van een schadeclaim. Dit verkennend onderzoek biedt echter geen representatief en betrouwbaar beeld van de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties.

[644] Zie hiervoor o.a.: Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse, Swets & Zeitlinger. p. 292-296; Braster, J.F.A. (2000). *De kern van casestudy's*. Assen, van Gorcum. p. 64-65.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een complexe en dynamische werkelijkheid, die niet gemakkelijk kan worden gekend. Dit onderzoek stelt vast dat arbeidssituaties verschillen van elkaar en dat perspectieven op die arbeidssituaties nogal verschillen. Daarbij komt dat de onderzoeker bij de dataverzameling stuit op geheimhouding en beperkte bereidheid van actoren om deel te nemen aan onderzoek. Ook blijkt uit het casestudie-onderzoek dat het aantal en de aard van de preventieve veranderingen afhangt van het moment waarop men meet. In een dergelijke situatie past bescheidenheid over de zeggingskracht van wetenschappelijk onderzoek.

8.2 Beantwoording onderzoeksvraag 1: de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties

Deze paragraaf geeft op basis van de analyse van de compensatiesystemen, het vragenlijstonderzoek en de casestudies antwoord op onderzoeksvraag 1. De beantwoording vindt plaats via de beantwoording van de vier afzonderlijke deelvragen.

8.2.1 Onderzoeksvraag 1.a: welke verschillende systemen van werknemers-compensatie zijn er, wat zijn de onderscheiden kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?

In hoofdstuk 1en 5 is deze onderzoeksvraag beantwoord vanuit een juridisch-sociologische invalshoek. Werknemerscompensatie is in juridische termen te definiëren als "elke specifieke formele wijze van compensatie van schade bij werknemers (of nabestaanden) die ontstaan is ten gevolge van een beroepsziekte of arbeidsongeval". Vijf verschillende typen werknemerscompensatie zijn onderscheiden: werkgeversaansprakelijkheid, verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, directe verzekering, compensatiefonds en contractuele compensatie.

Verschillende systemen

Tot een type werknemerscompensatie kunnen verschillende werknemerscompensatiesystemen behoren. Er is sprake van een systeem als concrete actoren, elementen en structuur zijn ingevuld. De wereld van werknemerscompensatie blijkt in werkelijkheid te bestaan uit een lappendeken van verschillende systemen van werknemerscompensatie, die naast elkaar kunnen bestaan en die in de praktijk op verschillende wijze vorm krijgen. Negen elementen zijn van belang voor de uiteindelijke vormgeving van een concreet werknemerscompensatiesysteem. Die negen elementen zijn: kring van verzekerden, verzekerd risico, claimbeoordeling, voorzieningen, administratieve uitvoering, toezicht, financiering, preventietaken en preventie-instrumenten, en plaats binnen de sociale zekerheid.

Kenmerken

In het empirisch onderzoek staan vier concrete systemen van werknemerscompensatie centraal. Dat zijn de Nederlandse Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (AVB NL), de Arbeidsongevallenverzekering in België (AOV BE), het Belgische Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE) en de collectieve ongevallenverzekering op basis van de Nederlandse cao bouw (COV NL). In hoofdstuk 5 is een inventarisatie gepresenteerd van de verschillende kenmerken van deze vier systemen aan de hand van de negen elementen. Tabel 5.9 geeft hiervan een overzicht.

Gebruik

In hoofdstuk 5 is eveneens het gebruik van die compensatiesystemen geïnventariseerd. In België, waar deze twee compensatiesystemen een integraal onderdeel vormen van de publieke sociale zekerheid, wordt uitgebreid gebruik gemaakt van deze systemen: jaarlijks doen ongeveer 165.000 werknemers met succes een beroep op de AOV BE in verband met een arbeidsongeval op de arbeidsplaats en ongeveer 3.000 werknemers doen een dergelijk succesvol beroep op FBZ BE. De twee compensatiesystemen in Nederland vormen geen onderdeel van de publieke sociale zekerheid, maar zijn in zekere zin een aanvulling erop. Het gebruik ervan is beperkt tot naar schatting 4.200 werknemers, waarvan 3.700 via een of ander compensatiesysteem op basis van contractuele compensatie en ongeveer 500 via AVB NL.[645]

[645] Deze schattingen zijn gebaseerd op: Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke Aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW. p.37 (tabel 4.5), p. 41- 42.

8.2.2 Onderzoeksvraag 1.b: wat is de samenhang tussen werknemers-compensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

Voor het antwoord op deze onderzoeksvraag kan uit drie bronnen geput worden: de systeemanalyse, het vragenlijstonderzoek en de casestudies.

Systeemanalyse

De eerste bron is de systeemanalyse van de wijze waarop deze vier compensatiesystemen in werkelijkheid zijn vormgegeven. Met name is aandacht besteed aan de preventie-instrumenten van elk afzonderlijk compensatiesysteem. Elk systeem kent, zij het in verschillende mate, twee soorten preventie-instrumenten: de inbreng van één of meerdere vormen van expertise (waartoe ook het verzamelen en uitwisselen van informatie is begrepen) en de beschikbaarheid van financiële prikkels. Deze instrumenten zijn gericht op de arbeidsorganisatie dan wel op de getroffen werknemer. Ook kunnen sommige van die instrumenten ingezet worden als middel om de schadelast van de verzekeraar te beperken. Die instrumenten kunnen een rol spelen bij het afsluiten van de polis, tijdens de schadeafhandeling of na de schadeafhandeling. De instrumenten kunnen betrekking hebben op primaire-, secundaire-, tertiaire-, en quartaire preventie.

De vier systemen vertonen onderling grote verschillen in de hoeveelheid instrumenten en de aard van die instrumenten. Compensatiesysteem AOV BE beschikt over de meeste preventie-instrumenten (26), gevolgd door AVB NL met 20 instrumenten en FBZ BE met 18 instrumenten. De COV NL beschikt over het minste aantal instrumenten (9). AOV BE beschikt bovendien over de meeste financiële instrumenten (17 financiële, 9 op basis van expertise) gevolgd door FBZ BE (12 financiële en 6 expertise), AVB NL (11 financiële en 9 expertise) en de COV NL (6 financiële en 3 expertise).

Uit de interviews die zijn gehouden in verband met de systeemanalyse is de indruk ontstaan dat het gebruik van de instrumenten beperkt is. In het Nederlandse compensatiesysteem AVB NL vormen marktomstandigheden de belangrijkste reden om preventie-instrumenten niet in te zetten. De concurrentie op de verzekeringsmarkt laat niet toe de klanten al te veel lastig te vallen met preventievraagstukken. Ook overwegen verzekeraars wel eens om niet in te grijpen in verband met de gevolgen die het kan hebben voor de rest van de verzekeringsportefeuille. Tenslotte noemen verzekeraars de kosten die ze moeten maken bij het inzetten van preventie-instrumenten als een reden om terughoudend te zijn. Bij de COV NL geeft de assurantie-makelaar te kennen alle preventie-instrumenten in principe altijd toe te passen. Een en ander gebeurt in samenspraak met de sociale partners in de bouw. Men gaat uit van een ruimhartige interpretatie van de bepalingen. Dit neemt niet weg dat men geen aandacht heeft voor primaire en secundaire preventie, in sommige gevallen bijdraagt aan tertiaire preventie, en grotendeels gericht is op de beheersing van de schadelast (quartaire preventie) van de verzekeraar.

Uit de gesprekken met de private verzekeraars in België werd duidelijk dat zij op verschillende wijze omgaan met de verschillende preventie-instrumenten. Sommigen besteden relatief veel aandacht aan preventie, voor anderen is preventie meer bijzaak. Ook hier is de marktpositie de belangrijkste reden om al dan niet in te grijpen. FBZ BE kent volgens de respondenten geen belemmeringen om preventie-instrumenten in te zetten.

De inventarisatie geeft ook een beeld van de vormen van preventie die nagestreefd worden. Bij AVB NL is quartaire preventie, beheersing van de schadelast van de verzekeraar, het primaire doel, alhoewel de geïnterviewden effecten van het compensatiesysteem op andere vormen van preventie ook mogelijk achten. Ook bij de COV NL is die schadelastbeheersing van de verzekeraar van groot belang, alhoewel bij de COV NL ook enige aandacht is voor tertiaire preventie van de getroffen werknemer. Andere vormen van preventie worden vanuit dit compensatiesysteem niet nagestreefd. Bij de AOV BE is men eveneens gericht op quartaire preventie voor zowel de verzekeraar als de verzekerde. Daarnaast worden vanuit het compensatiesysteem, in sommige gevallen, activiteiten ondernomen die gericht zijn op het

herstel en de re-integratie van de getroffen werknemer (tertiaire preventie). Aandacht voor primaire preventie komt ook in sommige gevallen voor. Bij FBZ BE is aandacht voor alle vormen van preventie ten behoeve van de arbeidsorganisatie en de individuele werknemer.

Uit de analyse blijkt derhalve dat, in het algemeen, de nadruk ligt op quartaire preventie (financiële compensatie voor het slachtoffer en schadelastbeperking voor de verzekeraar) en dat andere vormen van preventie, gericht op de verbetering van de arbeidsomstandigheden en beperking van de gezondheidsschade, betrekkelijk weinig aandacht geniet.

Vragenlijstonderzoek
Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie binnen arbeidsorganisaties beperkt is. Dat wil zeggen: na een schadeclaim is slechts een beperkt aantal positieve preventieve veranderingen gesignaleerd.

In 22% van de arbeidsorganisaties treedt geen enkele positieve verandering op. In 62% van de arbeidsorganisaties zijn maximaal twee positieve veranderingen gesignaleerd. In slechts 33% van alle arbeidsorganisaties zijn na afloop van het arbeidsongeval of de beroepsziekte maatregelen getroffen; in 33% van de arbeidsorganisaties is geen sprake van herhaling, in 28% van de arbeidsorganisaties hebben de collega's een veiligere of gezondere houding, in 20% van de arbeidsorganisaties zijn de arbeidsomstandigheden verbeterd.

De individuele situatie van het merendeel van de getroffen werknemers is na de claim verslechterd. Slechts 51% heeft werk (in de oorspronkelijke arbeidsorganisatie of elders) na afronding van de claim, 48% heeft een veiligere of gezondere houding en slechts 18% is volledig hersteld van het letsel. Met uitzondering van het compensatiesysteem AVB NL, zijn de meeste werknemers wel (weer) aan het werk, zij het dat ze dat doen mét gezondheidsklachten. Het vragenlijstonderzoek laat zien dat de inkomenspositie van het merendeel van de betrokken werknemers is verslechterd.

Casestudie-onderzoek
In de casestudies is eveneens zichtbaar dat er betrekkelijk weinig samenhang bestaat tussen de vier werknemerscompensatiesystemen en preventie binnen deze arbeidsorganisaties. De vier compensatiesystemen hebben geen exclusieve invloed op veranderingen in de primaire-, secundaire-, en tertiaire preventie. Voor zover compensatiesystemen hierop invloed hebben, is dat in combinatie met andere factoren. Een uitzondering hierop is de quartaire preventie. Hierop kunnen compensatiesystemen wel een exclusieve invloed hebben.

De casestudies laten bovendien zien dat de mate van preventie geen constant gegeven is maar dat er sprake is van dynamiek. Deze dynamiek is gevat in de term preventiebalans. Met deze term wordt onderstreept dat in elke situatie er tegelijkertijd sprake is van positieve en negatieve preventieve veranderingen. Bovendien kunnen die tegenstrijdige veranderingen tegelijkertijd plaatsvinden bij alle vier vormen van preventie. Ook geeft de term preventiebalans weer dat de veranderingen tijdsgebonden zijn. Afhankelijk van het meetmoment is er dus sprake van een andere preventiesituatie en treft men een andere preventiebalans aan.

8.2.3 Onderzoeksvraag 1.c: bestaat er verschil in samenhang tussen de vier werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

Voor het antwoord op deze vraag is uit twee bronnen geput, het vragenlijstonderzoek en de casestudies.

Vragenlijstonderzoek
Het vragenlijstonderzoek laat significante verschillen zien tussen de vier compensatiesystemen, in het bijzonder tussen de twee compensatiesystemen ten aanzien van arbeidsongevallen enerzijds en de twee compensatiesystemen die beroepsziekten compenseren

anderzijds. Het vragenlijstonderzoek biedt echter geen aanwijzingen dat deze verschillen in samenhang verband houden met verschillen tussen de hoeveelheid en de aard van de preventie-instrumenten van die compensatiesystemen. De compensatiesystemen met veel preventie-instrumenten leiden niet tot meer preventie dan compensatiesystemen met minder preventie-instrumenten. Immers het compensatiesysteem met de meeste preventie-instrumenten (AOV BE) heeft geen significant andere score op de preventie-indicatoren dan het compensatiesysteem met de minste preventie-instrumenten (COV NL). En het compensatiesysteem AVB NL scoort slechter dan qua hoeveelheid preventie-instrumenten kan worden verwacht.

Casestudie-onderzoek
De zeven casestudies bieden inzicht in wat er gebeurt in arbeidsorganisaties nadat een schadeclaim is ingediend. De casestudies vertonen onderling grote verschillen in preventieve veranderingen. Het casestudie-onderzoek versterkt de uitkomst van het vragenlijstonderzoek dat die verschillen niet zozeer verband houden met de compensatiesystemen of de hoeveelheid en aard van de preventie-instrumenten, die tot die verschillende systemen behoren. Er bestaat wel verschil in samenhang tussen compensatiesystemen en veranderingen op het gebied van quartaire preventie. Maar die veranderingen in de quartaire preventie hebben geen invloed op de drie andere vormen van preventie. Ook maakt het geen verschil hoeveel financiële prikkels uitgaan van een compensatiesysteem. De schadelast en de schadelastverdeling lijkt evenmin invloed te hebben op de preventie. De invloed van financiële prikkels op de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties kan in dit casestudie-onderzoek niet bevestigd worden.

8.2.4 Onderzoeksvraag 1.d: welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

Het vragenlijstonderzoek en de casestudies bieden ook een antwoord op de laatste deelvraag.

Vragenlijstonderzoek
Het vragenlijstonderzoek biedt geen aanwijzingen dat deze verschillen in samenhang verband houden met verschillen tussen compensatiesystemen. Het vragenlijstonderzoek levert aanwijzingen op dat de verschillen tussen compensatiesystemen vooral te relateren zijn aan de aard van gebeurtenissen (arbeidsongeval of beroepsziekte), de arbeidsorganisaties (zoals de preventiestructuur, de verschillen en overeenkomsten in de perceptie van de actoren) en de afwezigheid van interventies van externe experts, en niet zozeer met de compensatiesystemen of de hoeveelheid en de aard van de preventie-instrumenten van die systemen. Het vragenlijst-onderzoek biedt aanwijzingen dat de invloed van de arbeidsomstandighedenwetgeving, en het instrumentarium dat tot die wetgeving behoort, op de preventie in arbeidsorganisaties nogal gering is. De preventiestructuur bestaat in veel arbeidsorganisaties doorgaans uit de directie, de directe leiding en de preventieadviseur/arbo-coördinator. De indruk bestaat dat de inbreng van andere actoren (externe experts, arbeidsinspectie, medezeggenschapsorganen) marginaal is. Het lijkt erop dat de getroffen werknemers en hun collega's relatief meer invloed hebben op de preventie dan deze actoren. In absolute zin is ook hun invloed echter beperkt.

Casestudie-onderzoek
Het casestudie-onderzoek onderstreept de dominante invloed van de arbeidsorganisatie op preventieve veranderingen en de aard van de preventieve veranderingen. Twee organisatiekenmerken zijn hiervoor verantwoordelijk. Ten eerste de mate van responsiviteit van de actoren binnen arbeidsorganisatie. Ten tweede de communicatieve verhoudingen binnen die arbeidsorganisatie. Het casestudie-onderzoek geeft ook aanwijzingen dat de verschillen te maken hebben met de aard van het voorval. Het casestudie-onderzoek laat zien dat beroepsziekten en de daarmee samenhangende klachten vaak niet worden herkend. Dit vormt een extra belemmering voor de preventie ervan. Bij arbeidsongevallen is het wel duidelijk dat het ongeval in relatie staat tot de arbeidsomstandigheden, alhoewel uit twee cases blijkt dat de actoren wel weer van mening kunnen verschillen over de ernst van het letsel en

het causale verband tussen letsel en ongeval. Andere (externe) factoren hebben een bijrol. Dat geldt ook voor de rol van de werknemerscompensatiesystemen. Tegelijkertijd maakt de casestudieanalyse wel geringe verschillen in invloed zichtbaar tussen de vier compensatiesystemen. In situaties waarin een compensatiesysteem over voldoende preventie-instrumenten beschikt waarvan enige invloed kan uitgaan, het compensatiesysteem wordt uitgevoerd door een verzekeraar die instrumenten daadwerkelijk toepast én de kwaliteit van de toepassing naar behoren is, kan een compensatiesysteem enige positieve invloed uitoefenen op de preventie in de arbeidsorganisatie.

8.2.5 Conclusie

Op basis van dit verkennend onderzoek kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- de wereld van werknemerscompensatie blijkt in werkelijkheid te bestaan uit een lappendeken van verschillende systemen van werknemerscompensatie, die naast elkaar kunnen bestaan en die in de werkelijkheid op verschillende wijze vorm krijgen;
- de vier compensatiesystemen in Nederland en België verschillen sterk in het aantal en de aard van de preventie-instrumenten;
- de samenhang tussen de vier compensatiesystemen en de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties is beperkt;
- die beperkte samenhang blijkt vooral veroorzaakt te worden door de kenmerken van de desbetreffende arbeidsorganisaties. De betreffende arbeidsorganisaties hebben een beperkte responsiviteit, ze laten zich niet of nauwelijks beïnvloeden door prikkels van buiten, en de communicatieve verhoudingen in de organisaties zijn dusdanig dat gezamenlijke leerprocessen na een ongeval, beroepsziekte of schadeclaim niet of nauwelijks tot stand komen;
- er bestaan verschillen in samenhang tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en preventie. Die verschillen lijken vooral samen te hangen met verschillen tussen arbeidsorganisaties. Daarnaast heeft de aard van het voorval invloed (preventie van arbeidsongevallen komt enigszins beter van de grond dan preventie van beroepsziekten). De verschillen kunnen in beperkte mate verklaard worden uit de verschillen tussen de werknemerscompensatiesystemen zelf.

8.3 Bouwstenen voor een alternatieve aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties

Introductie

Deze paragraaf staat in het teken van de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag. Deze vraag luidt:

> "Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?"

Dit onderzoek laat zien dat vooral twee kenmerken van arbeidsorganisaties belemmeren dat gewenste preventieve veranderingen optreden of ongewenste veranderingen worden vermeden. Deze twee kenmerken zijn de gebrekkige responsiviteit van de actoren binnen de arbeidsorganisaties ten opzichte van de externe omgeving en de weinig adequate communicatieve verhoudingen binnen die arbeidsorganisaties.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat in de onderzochte situaties van de bestaande preventiebenadering onvoldoende invloed uitgaat op de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen in arbeidsorganisaties.

Werknemerscompensatie en preventie moeten daarom in de steigers. De fundamenten moeten worden herzien zodat op basis daarvan een alternatieve, meer effectieve, aanpak van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten tot stand kan komen. Deze paragraaf geeft een beschrijving van dat alternatief. Die beschrijving is geen blauwdruk, aangezien de uitkomsten van dit verkennend onderzoek daarvoor onvoldoende basis bieden. Wel kan aan het onderzoek een aantal bouwstenen voor een alternatieve benadering worden ontleend. Die bouwstenen bestaan uit twee nieuwe paradigma's (het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma) en daarop gebaseerde interventiemethoden. Ook biedt het onderzoek bouwstenen voor de rolverdeling tussen de verzekeraar en de andere actoren die betrokken zijn bij de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Tenslotte bestaan de bouwstenen uit een aantal voorwaarden voor een effectieve preventie. Deze paragraaf beschrijft die bouwstenen. De beschrijving bestaat uit een aantal stappen.

Wil van een compensatiesysteem een preventieve werking uitgaan, dan zal het zo ingericht moeten zijn dat het de responsiviteit verbetert en het een bijdrage levert aan de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen. In paragraaf 8.3.1 wordt betoogd dat de bestaande paradigma's waarop de huidige preventiebenadering van arbeidsongevallen en beroepsziekten is gebaseerd, juist helemaal niet uitgaan van beïnvloeding van de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen in arbeidsorganisaties. Die bestaande paradigma's zijn het paradigma van het reflexief recht, het beschermingsparadigma, het rationeel wetenschappelijk paradigma en het incentive paradigma. Daarom wordt in aanvulling op die vier paradigma's een aantal alternatieve paradigma's geschetst, die daarvoor wel voldoende basis bieden. Die alternatieve paradigma's zijn het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma.

Het interventieparadigma biedt de basis voor een betere beïnvloeding van de responsiviteit van arbeidsorganisaties. Op welke wijze werknemerscompensatie, op basis van het interventieparadigma, invloed kan hebben op de responsiviteit van arbeidsorganisaties wordt in paragraaf 8.3.2 geschetst.

Paragraaf 8.3.3 schetst de wijze waarop werknemerscompensatie op basis van het pragmatisch preventieparadigma kan bijdragen aan betere communicatieve verhoudingen.

De beschrijving, in paragraaf 8.3.1 tot en met 8.3.3, positioneert de preventieve rol van werknemerscompensatie in de fase van de nazorg, de periode nadat letselschade door een

arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan. Werknemerscompensatie kan in arbeidsorganisaties, waar de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten zodanig gefaald heeft dat letsel is ontstaan, na het ontstaan van het letselschade bijdragen aan het verbeteren van de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen.

Op basis van dit onderzoek kan ook een aantal aanbevelingen gedaan worden voor verbetering van de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen vóór het ontstaan van letselschade. Paragraaf 8.3.4 bestaat uit een korte beschrijving van die aanbevelingen.

Paragraaf 8.3.5 geeft tot besluit het samenvattende antwoord op de tweede onderzoeksvraag. Het schetst bouwstenen die ertoe kunnen bijdragen dat werknemerscompensatie tot optimale preventie leidt.

8.3.1 Nieuwe preventieparadigma's

Dit onderzoek levert aanwijzingen op dat van de bestaande preventiebenadering onvoldoende invloed uitgaat op de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen in arbeidsorganisaties. Dat heeft te maken met de paradigma's waarop die preventiebenadering is gebaseerd. De huidige preventiebenadering is gebaseerd op vier paradigma's.

Vier bestaande paradigma's

Het eerste paradigma, het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende nadruk op zelfregulering van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten[646], leidt mogelijk in arbeidsorganisaties die openstaan voor externe invloeden en in organisaties met adequate communicatieve verhoudingen wel tot preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Dit paradigma gaat uit van een beperkte interveniërende rol van de arbeidsinspectie. Het is niet uitgesloten dat in het beperkt aantal arbeidsorganisaties waar de arbeidsinspectie intervenieert,[647] wél adequate preventie tot stand komt.[648] Maar in de arbeidsorganisaties die in de casestudies zijn beschreven, leidt dit paradigma niet tot het gewenste resultaat. De arbeidsomstandighedenwetgeving wordt niet nageleefd, naar letter noch geest. In die situaties verslechteren de arbeidsomstandigheden eerder dan dat ze verbeteren. In dergelijke situaties legitimeert dit paradigma een *gedoogcultuur*.[649]

Het tweede paradigma is het beschermingsparadigma. Dit paradigma, dat in hoofdstuk 2 aan bod is gekomen, gaat uit van de bescherming van de werknemer door de werkgever. De werkgever is wettelijk verplicht de werknemer te beschermen tegen ongezonde en onveilige omstandigheden. Bovendien impliceert het beschermingsparadigma dat de werkgever hiertoe bereid is en in staat is. In de meeste arbeidsorganisaties die in dit onderzoek aan bod kwamen, ontbrak echter bij de werkgever de bereidheid of de bekwaamheid om de werknemer adequaat

[646] Zie voor een beschrijving hiervan onder andere paragraaf 2.2 en 2.6 . Zie verder: Huls, Nick (2009). *Actie en reactie, een inleiding in de rechtssociologie*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers. p. 74.

[647] Het aantal inspecteurs is gedaald van 400 (1994) naar 220 (2010). Ook het aantal inspecties is gedaald van 87.000 (1996) naar 20.000 (2010). Jaarlijks zijn er ongeveer 2.000 ongevalsonderzoeken en 1.300 klachtenonderzoeken. Bron: Popma, J. (2011). *Inkrimping Arbeidsinspectie in strijd met ILO verdrag 81*. In: http://www.arbac.nl/tijdschrift/academievoorarbeidsrecht/2011/11/ARBAC-D-11-00005.

[648] Zo blijkt uit de diverse jaarverslagen van de arbeidsinspectie dat nà interventie van de inspecteurs het aantal handhaafbare overtredingen in bedrijven bij hercontrole spectaculair is gedaald – van ruwweg 50% bij eerste inspectie naar minder dan 5% bij hercontrole. Zo blijkt uit de diverse jaarverslagen van de arbeidsinspectie dat nà interventie van de inspecteurs het aantal handhaafbare overtredingen in bedrijven bij hercontrole spectaculair is gedaald – van ruwweg 50% bij eerste inspectie naar minder dan 5% bij hercontrole. Popma, J.R. (2011). *Inkrimping Arbeidsinspectie in strijd met ILO Verdrag 81.* In: http://www.arbac.nl/tijdschrift/academievoorarbeidsrecht/2011/11/ARBAC-D-11-00005

[649] De term gedogen is ontleend aan: Schwitters, R.J.S. (2000). Recht en samenleving in verandering. Deventer, Kluwer/Open Universiteit Nederland. p. 129. Schwitters vermeldt vier vormen van gedogen: gedogen als remedie bij onoplosbare problemen, gedogen als aanpassing aan veranderde normen, gedogen als tactische beleidskeuze en opportunistisch gedogen. Het gedogen van het niet naleven van de arbowetgeving heeft het midden tussen de derde vorm (gedogen als een welbewuste keuze gericht op een optimaal eindresultaat) en de vierde vorm (de overheid verdraagt normovertredingen lijdzaam, niet vanwege een bewuste keuze maar vanwege onmacht of onverschilligheid)

te beschermen. Sterker nog: in een aantal cases was de werkgever mede debet aan het ontstaan van het arbeidsongeval of de beroepsziekte of het ontbreken van preventieve maatregelen na het voorval. Het beschermingsparadigma kent een aantal communicatieve elementen zoals samenwerking en overleg tussen werkgever en werknemer, die geënt zijn op situaties waarin werkgever en werknemer het met elkaar eens zijn. Dit paradigma voorziet niet in communicatieve situaties waarin werkgever en werknemer met elkaar van mening verschillen.

Het derde paradigma is het rationeel wetenschappelijk paradigma. Dat paradigma kent twee aspecten. Het eerste aspect is de ontwikkeling van rationeel wetenschappelijke kennis over de risicofactoren van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Het tweede aspect is de ontwikkeling van een evidence based preventieaanpak, waarmee men effectieve maatregelen wil ontwikkelen, die vervolgens in de praktijk van de arbeidsorganisaties geïmplementeerd worden. Dit onderzoek laat zien dat dit paradigma niet tot werkzame oplossingen leidt. In de onderzochte arbeidsorganisaties is men nauwelijks geïnteresseerd in deze wetenschappelijke inzichten. De evidence based aanpak komt ook om een aantal andere redenen niet van de grond. Zoals in hoofdstuk 2 duidelijk werd, lukt het de wetenschap nauwelijks om evidence based aanpakken te ontwikkelen. Daarnaast blijkt uit de casestudies dat de gebrekkige responsiviteit en de niet adequate communicatieve verhoudingen een eventuele evidence based aanpak in de weg staan. Dat leidt er ook toe dat de preventie-experts die evidence based interventies zouden moeten toepassen onvoldoende positie hebben om die interventies te plegen.[650] De evidence based aanpak is niet in staat invloed te hebben op die context van de arbeidsorganisatie.

Het vierde paradigma is het incentiveparadigma. Ook dat paradigma is niet in staat tot het realiseren van de gewenste preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. In paragraaf 7.3.8 zijn de factoren aan de orde gekomen die een dergelijke preventie belemmeren. Primair zijn dat de twee bedrijfsinterne factoren, de responsiviteit van actoren in een arbeidsorganisatie en de communicatieve verhoudingen binnen een arbeidsorganisatie. Daarnaast spelen bedrijfsexterne factoren een rol, waartoe onder andere de (geringe) kracht van de financiële prikkels en de neiging van private verzekeraars om de beperking van de eigen schadelast als voornaamste doel te zien, en (vanwege markt-omstandigheden) terughoudend zijn in de toepassing van die prikkels.

Twee nieuwe preventieparadigma's

Wil van een (extern) compensatiesysteem (en het externe preventiesysteem) een preventieve werking uitgaan, dan zal het zo ingericht moeten zijn dat het de responsiviteit verbetert en het een bijdrage levert aan de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen. Daarvoor zijn nieuwe paradigma's nodig. Het eerste paradigma is het interventieparadigma. Dit paradigma legitimeert 'ingrijpen achter de voordeur' in non-responsieve arbeidsorganisaties die geen adequate preventiemaatregelen treffen. In het interventieparadigma volgt in álle gevallen een ingreep achter de voordeur als blijkt dat in het bedrijf een arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan.[651] Het tweede paradigma is het pragmatisch preventieparadigma. Dit paradigma biedt de basis voor de verbetering van communicatieve verhoudingen door middel van gezamenlijke leerprocessen in arbeidsorganisaties, waaraan alle relevante actoren kunnen deelnemen.

Met de introductie van het interventieparadigma wordt in zekere zin teruggegrepen op de beleidsfilosofie van de interventiestaat, die tot de jaren '80 dominant was. Tot dan richtte de

[650] Recent onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts laat ook zien dat die positie onder druk staat: 60% van de bedrijfsartsen is van mening dat ze geheel onafhankelijk kan werken; 41% van de bedrijfsartsen ziet voldoende mogelijkheden voor het ondernemen van preventieve activiteiten naar aanleiding van een gesignaleerde beroepsziekte. Bron: Zwart, B.C.H de, R. Prins, J.W.K. van der Gulden (2011). *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*. Leiden, Astri beleidsonderzoek- en advies.

[651] Art. 9.1 van de Arbowet schrijft voor dat de werkgever arbeidsongevallen die leiden tot de dood, een blijvend letsel of een ziekenhuisopname direct melden aan de arbeidsinspectie. Art. 9.3 schrijft voor dat de bedrijfsarts of de arbodienst melding maakt van een beroepsziekte aan het NCvB. Via certificering wordt toegezien op de naleving van die meldingsplicht. Zowel het vragenlijstonderzoek als de casestudies laten zien dat die meldingsplicht slecht wordt nageleefd.

staat zich op het realiseren van belangrijke beleidsdoeleinden zoals milieubescherming en democratisering van arbeidsverbanden. Vanaf de jaren '80 is sprake van een proces van ontvlechting van staat en maatschappij. Beiden maken zich los van elkaar.[652] Dat is ook zichtbaar in de relatie tussen staat en arbeidsomstandighedenzorg. De interventiestaat maakt daarna plaats voor het paradigma van het reflexief recht. Overigens leidt die ontvlechting niet tot een totale breuk tussen beiden, maar tot een verandering van het karakter van die relatie. In plaats van gedetailleerde regelgeving en een sterk toezicht van de staat op de arbeidsomstandigheden, via de arbeidsinspectie, komen globalere regels, minder toezicht maar wel meer boetes. De resultaten uit dit onderzoek roepen twijfels op over het effect van het paradigma van het reflexief recht en doen verlangen naar een situatie waarin wél bewust en gericht geïntervenieerd wordt.

De casestudies leren ons ook het een en ander over de *aard* van de externe interventie. Hier wordt niet gepleit voor interventies die leiden tot meer en gedetailleerde regelgeving, zoals tot de jaren '80 gebruikelijk was. Op basis van dit empirisch onderzoek wordt gepleit voor een directe koppeling van het interventieparadigma met het pragmatisch preventieparadigma, zodat interventies ertoe leiden dat de betrokken actoren in de arbeidsorganisatie (de werkgever, de getroffen werknemers, en de collega's) doen wat ze moeten doen: de problemen in de arbeidsomstandigheden openlijk bespreken en samen oplossen. Een dergelijke manier van interveniëren leidt ertoe dat in arbeidsorganisaties de noodzaak tot preventie wordt erkend in plaats van ontkend. Een dergelijke interventie leidt er ook toe dat de getroffen werknemers meer invloed hebben op de arbeidssituatie en kunnen bijdragen aan het verbeteren van de organisatie van de arbeid, in plaats van dat ze uitsluitend slachtoffer worden van die situatie.

Rol van de bestaande paradigma's
Het pleidooi voor de introductie van twee nieuwe paradigma's betekent niet dat afscheid genomen moet worden van de bestaande paradigma's. Zoals hierna ook zal blijken, kunnen de vier bestaande paradigma's van waarde zijn bij de nadere vormgeving van de twee nieuwe paradigma's. Het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende zelfregulering is vanzelfsprekend waardevol in situaties waarin actoren in arbeidsorganisaties zelf in staat zijn tot adequate preventie en responsief zijn ten opzichte van de buitenwereld. Het beschermingsparadigma heeft een functie in die situaties waarin de werkgever zijn beschermingstaak serieus neemt en in overleg met werknemers adequate maatregelen treft. De absolute werking van rationeel wetenschappelijke kennis van risicofactoren in de arbeid en van preventiemaatregelen is in deze studie ter discussie gesteld. Niettemin kan deze kennis suggesties opleveren voor het begrijpen en veranderen van de arbeidsomstandigheden in specifieke contexten. Ook van het incentiveparadigma gaat op zichzelf geen algemeen geldende werking uit. Maar financiële prikkels kunnen wel degelijk deel uitmaken van een of meerdere vormen van 'ingrijpen achter de voordeur' van de arbeidsorganisatie.

Rolverdeling tussen werknemerscompensatiesysteem en extern preventiesysteem
Wat is de rol van het compensatiesysteem in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten en wat is de rolverdeling tussen de verzekeraar, als uitvoerder van werknemerscompensatie, bij de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties, en de rol van actoren die behoren tot het extern preventiesysteem, met name de arbeidsinspectie, de arbodienst en de vakbond?

Dit onderzoek levert hiervoor geen blauwdruk. Wel kan aan het onderzoek een aantal suggesties worden ontleend over die rolverdeling:

- Preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten kan worden onderscheiden in twee fasen: de fase van de voorzorg, de fase voor het ontstaan van letselschade door een arbeidsongeval of beroepsziekte en de fase van de nazorg, na het ontstaan van letsel.

[652] Doorn, J.A.A. van (1984). *Inleiding,: anatomie van de interventiestaat*. In: Doorn, J.A.A. van, J.W. de Beus (red) (1984). De interventiestaat. Meppel/Amsterdam, Boom. p. 9-24.

- Actoren vanuit het externe preventiesysteem hebben zowel een rol in de voorzorgfase als de nazorgfase. Dat is geen verandering van de huidige situatie. In hoofdstuk 2 is vastgesteld dat de Arbowet mogelijkheden biedt voor interventies in beide fasen. Een en ander neemt overigens niet weg dat paragraaf 8.3.4 pleit voor een aanvulling van het extern preventiesysteem met elementen van het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma, teneinde de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten te verbeteren.
- Werknemerscompensatie heeft ten opzichte van het extern preventiesysteem geen meerwaarde in de fase van de voorzorg. De preventieve rol van de verzekeraar kan vooral goed uit de verf komen in de nazorgfase: als de actoren van het externe preventiesysteem niet in staat zijn gebleken zodanige interventies te plegen dat letselschade door het ongeval of de beroepsziekte is voorkomen en als die actoren ook niet adequaat ingrijpen na die letselschade, dan is een andere externe actor nodig om wél ervoor te zorgen dat preventie op gang komt. De verzekeraar kan een dergelijke rol vervullen. Het werknemerscompensatiesysteem fungeert daarmee als vangnet voor het geval het bestaande preventiesysteem, gebaseerd op de arbeidsomstandighedenwetgeving, niet werkt. De rol van de verzekeraar is dus beperkt tot die situaties waarin overige actoren falen in de uitoefening van hun preventieve taken.

Tabel 8.1: Rolverdeling actoren werknemerscompensatiesysteem en extern preventiesysteem

Voor het ontstaan van letselschade door het ongeval of beroepsziekte	Na het ontstaan van letselschade door het ongeval of beroepsziekte
Arbeidsinspectie	Arbeidsinspectie
Arbodienst	Arbodienst
Vakbond	Vakbond
	Verzekeraar

Hierna wordt de rol van de verzekeraar en de overige externe actoren in verband met de twee nieuwe paradigma's nader uitgewerkt. Paragraaf 8.3.2 besteedt aandacht aan de interventierol van de verzekeraar. Paragraaf 8.3.3 besteedt aandacht aan de vraag welke rol de verzekeraar kan hebben in de verbetering van de communicatieve verhoudingen. Paragraaf 8.3.4 beschrijft de mogelijkheden tot verbetering van de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen door actoren uit het extern preventiesysteem.

8.3.2 Het interventieparadigma: ingrijpen 'achter de voordeur' van de arbeidsorganisatie door de verzekeraar

De verschillende casestudies laten zien dat er voldoende aanleiding is voor een interveniërende rol van de verzekeraar. De legitimatie voor het ingrijpen van de verzekeraar wordt niet alleen ontleend aan de kosten die gepaard gaan met het letsel, aan de kosten van de afwikkeling van de schadeprocedure, en aan de verdeling van die kosten (waardoor een aanzienlijk deel van die kosten wordt afgewenteld op de samenleving), maar ook aan het leed van het individuele slachtoffer en het onvermogen van de andere actoren (werknemers, werkgevers, arbeidsinspectie, arbodienst, vakbond) om de arbeidssituatie te veranderen.

Daarom wordt gepleit voor ingrijpen door de verzekeraar als blijkt dat door de andere actoren (werkgever, werknemer, arbeidsinspectie, arbodienst, vakbond) na een arbeidsongeval of beroepsziekte geen of onvoldoende preventieve maatregelen zijn getroffen. In dat geval moet de verzekeraar het initiatief nemen.

Bij dit interventieparadigma hoort een breed scala aan interventiemethoden, teneinde recht te doen aan de verschillende mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie. Bij de ontwikkeling van een dergelijke aanpak van preventie in arbeidsorganisaties kan geleerd worden van andere domeinen in de samenleving waaronder het sociaal werk. In het sociaal werk ontwikkelt men methoden om hardnekkige problemen in het maatschappelijk leven

(zoals burenoverlast, illegaliteit, bijstandsfraude, kindermishandeling, verwaarlozing) direct aan te pakken door 'achter de voordeur' in te grijpen.[653] Drie vormen van ingrijpen achter de voordeur, namelijk interventies op basis van vrijwilligheid, via bemoeizorg, en via formele drang kunnen als kapstok dienen voor de interventies van de verzekeraar.

Vrijwilligheid komt tot stand via dialoog en overleg. Een dergelijke interventie past in situaties waarin de betrokken werkgevers en werknemers wel bereid zijn veranderingen te realiseren, maar niet weten hóe ze dat moeten doen.

In het sociaal werk is het concept van *bemoeizorg* ontstaan doordat veel onopgeloste sociale problemen werden gesignaleerd. Bemoeizorg levert intensieve begeleiding op om in dit soort complexe situaties tot oplossingen te komen. Bemoeizorg is anders dan vrijwillige zorg en kenmerkt zich door aanhoudendheid en assertiviteit van de zorgverlener. Bij bemoeizorg is echter geen sprake van gedwongen zorg. Als de cliënt het zorgaanbod blijft weigeren, heeft bemoeizorg geen juridische middelen om de cliënt daartoe te dwingen. Bij bemoeizorg inzake preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten zoekt de verzekeraar, nadat letselschade is ontstaan, en niemand adequaat heeft ingegrepen, aanhoudend contact met de betrokkenen om ze te motiveren tot het oplossen van de bestaande problemen rond preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

In het sociaal werk wordt ook *formele drang* toegepast. Bij formele drang hebben de actoren een keuze om al dan niet ondersteund te worden, zij het dat de keuzevrijheid wordt ingeperkt door consequenties te verbinden aan de aard van de keuze. Kiest men niet voor deelname, of houdt men zich niet aan de voorwaarden, dan volgt een negatieve sanctie. Deze dreiging fungeert als een stok achter de deur. Deze formele drang kan ook toegepast worden door de verzekeraar. Verschillende soorten sancties zijn denkbaar zoals financiële prikkels en openbaarmaking van informatie over de arbeidssituatie in de desbetreffende arbeids-organisatie.

Deze driedeling kan als voorbeeld dienen voor de vormgeving van het interventieparadigma. Het spreekt voor zich dat verder onderzoek nodig is naar de mogelijkheden en beperkingen van dit interventieparadigma. Dat onderzoek is nodig om na te gaan of een dergelijke aanpak ook in arbeidssituaties nuttig kan zijn en op draagvlak kan rekenen in de samenleving. Ook kan onderzoek bijdragen aan de ontwikkeling van verschillende methoden van ingrijpen.

Wil de 'verzekeraar' zijn taak in de beïnvloeding van de responsiviteit naar behoren kunnen uitvoeren, dan zal in ieder geval aan de volgende twee voorwaarden voldaan moeten worden:

1. Ruime definitie van cliëntsysteem.
Wil de verzekeraar invloed kunnen hebben op de preventie in arbeidsorganisaties, dan zullen zowel werkgever als werknemer tot het cliëntsysteem dienen te behoren. In twee van de bestudeerde compensatiesystemen waarin de werkgever niet tot het cliëntsysteem behoort (FBZ BE en COV NL), is op dit moment geen legitimatie om in de arbeidsorganisatie in te grijpen. In beide systemen is de werkgever cliënt, verzekerde noch verzekeringnemer. Dit leidt in de situatie van de Belgische tapijtlegger met de beroepsziekte OPS er bijvoorbeeld toe dat de medewerker van FBZ BE constateert dat binnen het bedrijf nog steeds met VOS wordt gewerkt. Deze medewerker heeft echter niet de bevoegdheid om in die situatie in te grijpen, waardoor de kans bestaat dat andere werknemers in de toekomst een gelijksoortige beroepsziekte oplopen.

2. Een onafhankelijke positie van de verzekeraar tegenover het cliëntsysteem.

[653] Zie onder andere: Doorn, Lia van (2004). *Outreachende hulpverlening, praktijkervaringen van 10 experiementele projecten.* Arnhem, Hoogland en Zoon; Lans, Jos van der (2010). *Eropaf!, de nieuwe start van het sociaal werk.* Amsterdam-Antwerpen, Augustus; Ooyen-Houben, M. van, D. Roeg, D., de Kogel, C.H., Koeter, M. (2008). *Zorg onder dwang en drang; een verkenning van mogelijkheden en grenzen*. In: Justitiële verkenningen: Dwang en drang in de hulpverlening. Jaargang 34, nr. 3. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.

Wil de verzekeraar kunnen ingrijpen achter de voordeur van non responsieve arbeidsorganisaties dan is onafhankelijkheid ten opzichte van de arbeidsorganisatie een voorwaarde. Die onafhankelijkheid staat in twee van de onderzochte compensatiesystemen (AOV BE en AVB NL) onder druk door de private verzekeringsmarkt. Die markt maakt dat de verzekeraars sporadisch hun klant, de werkgever, aanspreken op zijn preventiebeleid. Angst voor het verlies van klanten en marktaandeel lijkt hieraan ten grondslag te liggen. Ook kosten spelen een rol in de afweging om al dan niet in te grijpen. Een dergelijke onafhankelijke positie lijkt in theorie wel gewaarborgd in een publiek stelsel van werknemerscompensatie, aangezien daar marktmotieven en marktomstandigheden geen rol spelen. Nader onderzoek is nodig naar deze veronderstelling en naar de vraag of en in hoeverre een onafhankelijke positie van 'de verzekeraar' ook binnen een privaat stelsel of een gemengd publiek/privaat stelsel kan worden gewaarborgd.

8.3.3 Het pragmatisch preventieparadigma: de rol van de verzekeraar in de verbetering van de communicatieve verhoudingen door gezamenlijke leerprocessen en zeggenschap

In de onderzochte arbeidsorganisaties staan kwalitatief slechte communicatieve verhoudingen, in de vorm van machtsmisbruik, gebrekkige informatievoorziening, en verschillende, meestal onuitgesproken, perspectieven op het ontstaan en de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, een effectieve preventie in de weg. Bovendien staat de getroffen werknemer meestal buiten spel.

Wil preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties succesvol zijn, dan zal binnen de betreffende arbeidsorganisatie een beter gesprekklimaat moeten ontstaan.

Voor het antwoord op de vraag in welke richting de communicatieve verhoudingen zich zouden moeten ontwikkelen om wél preventie op gang te brengen, kan worden aangesloten bij de opvattingen die Horstman en Houtepen hebben ontwikkeld over preventie in de publieke gezondheidszorg. Volgens Horstman en Houtepen is een paradigmawisseling nodig in het denken en handelen over preventie in de publieke gezondheidszorg. Zij pleiten ervoor het rationeel wetenschappelijk preventieparadigma te vervangen door een pragmatisch preventieparadigma. Dat laatste paradigma is volgens hen gebaseerd op de gedachte dat preventie als processen van mensenwerk moet worden beschouwd en niet gebaseerd moet zijn op interveniëren of sturen op basis van vaststaande rationeel wetenschappelijke uitgangspunten of zekerheden. Twee elementen staan centraal in dit paradigma: gezamenlijke leerprocessen en 'stem geven'.

Gezamenlijke leerprocessen

In het kader van dit paradigma pleiten Horstman en Houtepen voor gezamenlijke leerprocessen [654] waaraan iedere actor (onder andere expert, wetenschapper, burger, verzekeraar) vanuit eigen wensen en behoeften een actieve bijdrage kan leveren aan de gezondheid. Deze gezamenlijke leerprocessen zijn volgens hen een goed alternatief voor de rationeel wetenschappelijke benadering. [655] Deze leerprocessen komen in plaats van gezondheidsbevordering, waarin experts de norm voor gezond leven bepalen en de weg ernaartoe uitstippelen. In de gezamenlijke leerprocessen van Horstman en Houtepen staan de wetenschappelijke gezondheidsnormen ter discussie. De norm voor 'gezond leven' is volgens hen niet evident en is, ook binnen de wetenschap, betwistbaar. Pluraliteit is het uitgangspunt. Er bestaan verschillende normen en opvattingen over gezond leven. Op die manier wordt voorkomen dat mensen worden behandeld als 'stimulus respons machines' die via de input van 'evidence based' kennis de juiste output, het verondersteld gedrag, produceren. Pluraliteit wordt daarmee niet alleen beschouwd als een feitelijk gegeven, maar ook als een essentiële

[654] De letterlijke benaming die Horstman en Houtepen aan deze leerprocessen geven is 'open, experimentele leerprocessen'.
[655] Horstman, Klasien, Rob Houtepen (2005). Worstelen met gezond leven, ethiek in de preventie van hart-en vaatziekten. Amsterdam, Het Spinhuis. p. 205.

voorwaarde voor leerprocessen. Met deze benadering plaatsen Horstman en Houtepen zich in de traditie van de reflexieve risicobenadering.[656]

Zeggenschap door stem geven
Onderdeel van het pragmatisch preventieparadigma is volgens Horstman en Houtepen ook het organiseren dat mensen stem geven aan hun (verschillende) ervaringen en visies. Iedere actor moet de vrijheid tot spreken en vrijheid tot deelname aan de gezamenlijke leerprocessen hebben. Elke actor heeft een specifieke positie in een netwerk en elk van die posities is perspectiefgebonden. Dat maakt elke actor tot 'stakeholder'. De verschillende ervaringen en visies moeten worden gearticuleerd om te leren over de waarde van verschillende normen voor 'gezond leven' in verschillende contexten.[657] Stem moet overigens niet alleen worden gegeven aan burgers (of cliënten en patiënten), maar ook aan de onderzoekers en professionals. Ook hun praktische én theoretische ervaringen moeten serieus genomen worden, zodat ook hun (contextuele) ervaringen worden ingebracht. Een dergelijke benadering is volgens Horstman en Houtepen ook gunstig voor de preventie-experts zelf. De rationalistische preventiebenadering brengt hen in de problemen omdat zij geacht worden 'objectieve feiten' over gezondheid te vertegenwoordigen. Zij merken echter dat veel preventiedoelen niet worden bereikt en dat menselijk gedrag in de praktijk veel weerbarstiger is dan de 'cognitivistische input-output logica' zou doen vermoeden.[658]

Het pragmatisch preventieparadigma in arbeidsorganisaties
Het idee van gezamenlijke leerprocessen biedt ook perspectief voor de arbeidssituaties die in dit onderzoek aan bod zijn gekomen. Preventieve interventies in deze arbeidsorganisaties dienen niet zozeer te bestaan uit het leveren van rationeel wetenschappelijke kennis of van financiële prikkels, maar moeten vooral gericht te zijn op het zodanig verbeteren van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie dat gezamenlijke leerprocessen ontstaan.

Horstman en Houtepen bieden geen concrete omschrijving van hun begrippenkader, dat bestaat uit de termen 'gezamenlijke leerprocessen' en 'stem' geven, 'contexten' en 'gezondheidsnormen'. Bovendien gebruiken ze deze begrippen in de context van de publieke gezondheidszorg. Om die redenen is een nauwgezettere omschrijving van deze begrippen binnen arbeidsorganisaties hier op zijn plaats. Een aantal begrippen behoeft niet zo'n uitgebreide omschrijving: de 'context' bestaat uit de arbeidsorganisatie en de 'gezondheidsnormen' bestaan uit de in hoofdstuk twee beschreven wetenschappelijke kennis.

Bij het aspect 'stem' geven moet wat uitgebreider worden stilgestaan. Stem geven aan werknemers impliceert dat niet kan worden volstaan met de in Nederland gebruikelijke stem via het vertegenwoordigend overleg, waarvan in ongeveer 10% van de arbeidsorganisaties (met ongeveer 50% van alle Nederlandse werknemers) sprake is.[659] Stem geven betekent in dit verband ook dat de individuele werknemer bepaalde zeggenschapsrechten heeft over zijn eigen situatie. Die rechten, zoals recht op onderzoek naar de eigen arbeidsomstandigheden, heeft de werknemer op dit moment niet.

---

[656] Deze benadering is gebaseerd op het besef dat individuen over een risico verschillende opvattingen kunnen hebben die niet per definitie meer of minder waard zijn. In deze benadering acht men het voor beslissingen over de preventie van risico's van belang dat tussen individuele actoren reflectie plaatsvindt over de juistheid en waarheid van elkaars opvattingen, zodat uiteindelijk beslissingen berusten op de argumenten met de meeste overtuigingskracht. In de reflexieve benadering wordt afstand genomen van het rationeel wetenschappelijke model. Het maakt kritiek op bestaande praktijken en vanzelfsprekendheden mogelijk. Zie onder andere: Mascini, Peter (1995). *Op weg naar een reflexieve risicobenadering*. In: Beveren, J. van, P. van der Parre (eds): In werkelijkheid is het anders, sociologische opstellen voor Jan Berting. Amsterdam, Siswo. p. 101-120.
[657] Horstman, Klasien, Rob Houtepen (2005). Worstelen met gezond leven, ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten. Amsterdam, Het Spinhuis. p. 210.
[658] Ibid. p. 21.
[659] Saleh. F, T. Poot, J. Hoeben, R. Spijkerman (2010). *Arbo in bedrijf 2009*. Den Haag, Arbeidsinspectie, Ministerie van SZW.

Het begrip 'gezamenlijke leerprocessen' vergt meer uitleg. Het begrip gezamenlijke leerprocessen in arbeidsorganisaties kan als volgt worden geoperationaliseerd:

- Ten eerste zijn het *open* leerprocessen, waarmee wordt aangeduid dat ze open staan voor alle relevante actoren, niet alleen intern, maar ook extern. De legitimatie voor eventuele betrokkenheid van externe actoren is dat processen binnen arbeidsorganisaties zowel positieve als negatieve effecten hebben op de samenleving. Bovendien kosten arbeidsongevallen en beroepsziekten de samenleving veel geld, zoals ook uit de zeven cases blijkt. Dit legitimeert een sterkere betrokkenheid van de samenleving. Tot het open karakter behoort eveneens dat het uitgangspunt dat de verschillende informatiebronnen, zoals de RIE en rapporten over de toedracht van het arbeidsongeval of beroepsziekte, voor iedereen toegankelijk zijn.
- Ten tweede gaat het hier om *gezamenlijke* leerprocessen. Dat wil zeggen dat ze niet alleen open staan voor (veel) verschillende actoren, maar ook dat deze actoren gezamenlijk in gesprek gaan, informatie, intenties en normen uitwisselen waardoor een dialoog kan ontstaan. Een en ander veronderstelt dat er sprake is van feedback, respect voor elkaars positie en vermijding van machtsmisbruik.
- Ten derde betreft het *experimentele* leerprocessen, waarmee benadrukt wordt dat 'de' waarheid niet bestaat in de specifieke situatie, maar dat men moet uitvinden wat in specifieke contexten situatie wel en niet werkt, dat men fouten kan maken en tegelijkertijd bereid is (gezamenlijk) te leren van die fouten.

Horstman en Houtepen pleiten ervoor het rationeel wetenschappelijk preventieparadigma te vervangen door een pragmatisch preventieparadigma. Het lijkt echter meer op zijn plaats de rationeel-wetenschappelijke kennis wél te gebruiken, als onderdeel van het gezamenlijke leerproces. Het karakter van deze leerprocessen sluit niet uit dat, bijvoorbeeld door preventie-experts, medisch specialisten of andere behandelaren, rationeel-wetenschappelijke kennis ingebracht wordt. Sterker nog, dergelijke kennis kan wel degelijk bijdragen aan de vergroting van het probleembewustzijn en aan het oplossend vermogen van de actoren. In die zin kan rationeel-wetenschappelijke kennis een nuttige aanvulling zijn op de contextuele kennis en de percepties van de betrokkenen.

Werknemerscompensatie en het pragmatisch preventieparadigma

Het door Horstman en Houtepen geïntroduceerde pragmatisch preventieparadigma biedt ook perspectief voor de arbeidsorganisaties die in dit onderzoek aan bod zijn gekomen. Dit paradigma levert een basis voor de verbetering van de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Het stelt een niet normatieve, open gedachtewisseling voor tussen alle relevante actoren over de oorzaken van arbeidsongevallen en beroepsziekten en de te nemen maatregelen. Daarbij kunnen die actoren zowel rationeel-wetenschappelijke evidence based kennis inbrengen als op praktijkkennis gebaseerde 'practice based' kennis over effectieve preventie.

Dit onderzoek levert een aantal suggesties op voor methoden waarmee de verzekeraar van een systeem van werknemerscompensatie het pragmatisch preventieparadigma kan vormgegeven.

Methodeontwikkeling

Een van die suggesties is om, analoog aan de methoden van ongevalsanalyse (zie paragraaf 2.5), methoden te ontwikkelen die vormgeven aan de nazorgfunctie van werknemerscompensatie. Op basis van dit onderzoek kan de ontwikkeling van een of meer methoden van 'gezamenlijke reconstructie' worden aanbevolen. Een dergelijke reconstructie heeft betrekking op de aard van de preventie in de arbeidsorganisatie, op de onderlinge verhoudingen en op de eventuele (mislukte) interventies van interne en externe actoren.

Gezamenlijke reconstructie als methode van nazorg

In het kader van dit onderzoek zijn casebeschrijvingen gemaakt. Deze bevatten een reconstructie van het ongeval of de beroepsziekte, het claimproces en de preventieve veranderingen in die periode. Deze reconstructies leveren niet alleen een beschrijving op van

de feitelijke toedracht van de beroepsziekte, het arbeidsongeval, de -doorgaans inadequate- preventieve veranderingen, maar ook een beschrijving van de opvattingen en betrokkenheid van de verschillende actoren, hun visie op het ontstaan van het ongeval of de beroepsziekte, hun eigen rol daarin en op de preventiemogelijkheden. Deze vorm van casebeschrijving kan als basis dienen voor de ontwikkeling van een dergelijke reconstructiemethode.

Een reconstructiemethode kan meerdere belangen dienen. Ten eerste zorgt het ervoor dat alle relevante actoren hun verhaal doen, hun stem laten horen en zich gehoord voelen. Niet verzwijgen, zoals in deze cases het geval is, maar bespreekbaar maken is dan het uitgangspunt. Dat vereist dat alle actoren zich kwetsbaar durven opstellen en niet uitgaan van het eigen gelijk. Dit geldt niet alleen voor de werknemer of de werkgever maar ook voor de externe preventie-experts.[660] Ten tweede worden op deze manier de sterke en zwakke kanten van de communicatieve verhoudingen blootgelegd, waardoor duidelijk wordt waar verbeteringen nodig zijn. Ten derde wordt via de reconstructie ook duidelijk welke specifieke preventieve verbeteringen nodig en mogelijk zijn en welke veranderingen op voldoende draagvlak kunnen rekenen. Op deze manier wordt een fundament gelegd voor inhoudelijke veranderingen in de veiligheidsstructuur, het gezondheidsbeleid en de organisatie van de arbeid in de betreffende arbeidsorganisatie.

Werkzame ingrediënten
In feite wordt via de reconstructiemethode de basis gelegd voor 'practice based evidence' waarbij niet zozeer de 'objectieve' wetenschappelijke kennis maar vooral de contextgebonden ervaringen, de kundigheid en het leren van de betrokken actoren bijdragen aan effectief handelen. De methode van de reconstructie kan dus specifieke informatie opleveren over effectieve preventieve veranderingen in de context van de betreffende arbeidsorganisatie waardoor herhaling van het arbeidsongeval of de beroepsziekte kan worden voorkomen. Op die manier kan de reconstructie werkzame ingrediënten opleveren voor het realiseren van effectieve preventieve veranderingen die via andere kanalen niet te realiseren zijn. De (gezamenlijke) reconstructie van een arbeidsongeval of beroepsziekte kan daarmee het gat vullen dat het huidige evidence based wetenschappelijk onderzoek naar effectieve preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten niet in staat is op te vullen. Bovendien vergroot een gezamenlijke reconstructie het draagvlak voor toekomstige verbeteringen.

Positie getroffen werknemer
Bij deze reconstructie dient om een aantal redenen uitdrukkelijk de getroffen werknemer betrokken te worden. Zoals het casestudie-onderzoek laat zien (zie paragraaf 7.3.7) staat die getroffen werknemer doorgaans twee keer buitenspel: meestal staat hij buiten het arbeidsproces, en voor zover het arbeidsongeval of beroepsziekte wordt geëvalueerd, vindt die evaluatie ook buiten hem om plaats. Er zijn meerdere redenen om te pleiten voor een duidelijke positie van het slachtoffer in de reconstructie van het ongeval of de beroepsziekte.

Ten eerste kan de kennis van de getroffen werknemer over het ontstaan van de beroepsziekte, het arbeidsongeval en het letsel een bijdrage leveren aan de preventie ervan. Bovendien kan het verhaal van de getroffen werknemer niet alleen bijdragen aan een waarheidsgetrouwe reconstructie van het ontstaan van letsel en de (falende) arbeidsgezondheidskundige begeleiding maar kan het ook bijdragen aan rouwverwerking. Zoals ook uit dit onderzoek blijkt, hebben slachtoffers behoefte zich te uiten, hechten ze aan verontschuldiging, en een blijk van erkenning. Het ligt voor de hand dat daardoor de lijdensweg van het slachtoffer bekort wordt en mede daardoor de schadelast afneemt.

Overigens hoeft een en ander niet te betekenen dat de getroffen werknemer zelf buiten beeld blijft. Ook de bijdrage van de werknemer zelf aan het ontstaan van de beroepsziekte of het

[660] Leistikow, Ian, Harry Molendijk, Heleen Tijjink, Judith van der Vloed (2009). *Dit nooit meer, artsen vertellen over hun incident*. Utrecht, CBO kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. In dit boek vertellen van 3 huisartsen en acht medisch specialisten over medische incidenten die zij hebben veroorzaakt. De auteurs van het boek beschouwen deze openheid als dé sleutel naar een veiliger patiëntenzorg.

ongeval en zijn rol in het ziekte- en genezingsproces vormen onderdeel van de reconstructie. Op deze wijze is die werknemer niet alleen slachtoffer van de omstandigheden maar kan hij ook medeconstructeur zijn van verbetering van die omstandigheden.

Kwaliteit van het handelen
De hiervoor beschreven methodische vormgeving van het pragmatisch preventieparadigma stelt eisen aan de kwaliteit van het handelen van de verzekeraar. Een van die eisen is dat actoren die namens de verzekeraar een bijdrage leveren aan de verbetering van de communicatieve verhoudingen, zelf ook in staat te zijn tot adequate communicatie. Ook moeten ze over kwalificaties beschikken om de gezamenlijke leerprocessen daadwerkelijk tot stand te brengen, waaronder ook het vermogen behoort tot toepassing van de methode van reconstructie.

8.3.4 Verbetering responsiviteit en communicatie verhoudingen door actoren uit het externe preventiesysteem

In de vorige paragraaf is een beeld geschetst van de interventierol van de verzekeraar en van de rol die de verzekeraar kan hebben in de verbetering van de communicatieve verhoudingen. De verzekeraar heeft een rol als andere externe actoren adequate interventies (dat wil zeggen interventies die leiden tot verbetering van de responsiviteit en van de communicatieve verhoudingen) achterwege laten.

Het heeft de voorkeur dat deze externe actoren wel adequaat ingrijpen, zodat interventies van de verzekeraar niet nodig zijn. Op basis van dit onderzoek kunnen aanbevelingen worden gedaan die bijdragen aan het adequaat ingrijpen van de externe preventie-experts. Die aanbevelingen zijn gericht op de verbetering van de responsiviteit en de verbetering van de communicatieve verhoudingen door deze actoren. Deze paragraaf bestaat uit een korte beschrijving van die aanbevelingen. Die aanbevelingen hebben zowel betrekking op de fase van de voorzorg als de fase van de nazorg.

Allereerst komen de aanbevelingen aan bod die vormgeven aan het interventieparadigma en kunnen leiden tot verbetering van de responsiviteit. Vooral wordt beschreven onder welke voorwaarden arbeidsinspectie, arbodienst en vakbond kunnen ingrijpen in situaties waarin de arbeidsorganisatie doof is voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Daarna volgen aanbevelingen voor verbeteringen van de communicatieve verhoudingen. Die aanbevelingen hebben het pragmatisch preventieparadigma als basis. De paragraaf sluit af met een pleidooi voor een betere samenhang tussen het werknemerscompensatiesysteem en het extern preventiesysteem.

Verbeteringen in de responsiviteit en de rol van de arbeidsinspectie
Het vragenlijstonderzoek laat zien dat de arbeidsinspectie volgens 67% van de (Nederlandse) respondenten op de hoogte is van het arbeidsongeval (zie hiervoor ook tabel 6.11 a en b). Volgens 7% van de respondenten leidt dat ertoe dat de arbeidsinspectie ook aandringt op maatregelen. Geen enkele respondent maakt melding van maatregelen door de arbeidsinspectie zelf. De arbeidsinspectie is in twee cases betrokken bij het ongevalsonderzoek. Dat onderzoek leidt niet tot vervolginterventies, terwijl daar wel aanleiding toe is. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de betrokkenheid van de arbeidsinspectie bij beroepsziekten nog beperkter is dan bij arbeidsongevallen. Volgens 11% van de respondenten is de arbeidsinspectie op de hoogte van de beroepsziekte. Geen enkele Nederlandse respondent maakt melding van maatregelen door de arbeidsinspectie. In de cases waarin beroepsziekten centraal staan is de arbeidsinspectie geheel afwezig. Waarschijnlijk speelt het feit dat in Nederland de arbeidsinspectie geen formele rol heeft bij beroepsziekten hierin een doorslaggevende rol. Een pleidooi voor een prominentere rol van de arbeidsinspectie in dit soort arbeidsorganisaties is op zijn plaats. Een betere naleving van de bepalingen in de wetgeving en toezicht daarop door de arbeidsinspectie kan leiden tot vermindering van gezondheidsschade, leed en kosten. Een wettelijke bepaling die voorziet in betrokkenheid van de arbeidsinspectie in álle gevallen van beroepsziekten en arbeidsongevallen met letsel kan de eerder geschetste gedoogcultuur doorbreken. Dit impliceert dat de arbeidsinspectie dus ook op

de hoogte wordt gebracht van de beroepsziekte.[661] Een en ander betekent ook een drastische uitbreiding van de capaciteit van de arbeidsinspectie. Tegenover de kosten van deze uitbreiding staan baten als minder verzuim, minder letsel en minder schadecompensaties.

De rol van de arbodienst
Het vragenlijstonderzoek laat ook zien dat (volgens de Nederlandse respondenten) de arbodienst meer betrokken is bij beroepsziekten dan bij arbeidsongevallen: 71% van de respondenten meldt dat de arbodienst op de hoogte is van de beroepsziekte en 43% meldt dat de arbodienst op de hoogte is van het arbeidsongeval. Overigens leidt dit nauwelijks tot interventies door de arbodienst: volgens 6 à 7% van de respondenten dringt de arbodienst aan op maatregelen, die door andere partijen genomen moeten worden. Geen enkele respondent signaleert dat de arbodienst zelf maatregelen neemt. De invloed van de arbodiensten beperkt zich in de cases in hoofdzaak tot ziekteverzuimbegeleiding. Dat is ook het beeld dat andere studies schetsen.[662] De arbodienst handelt trouwens bepaald niet autonoom, maar is afhankelijk van de houding van de financier, i.c. de werkgever. Zoals verschillende cases laten zien, is dat een van de redenen dat zieke werknemers te snel het werk moeten hervatten. Als een arbodienst probeert invloed uit te oefenen op de primaire preventie strandt ze op de onwelwillende houding van de betrokken werkgevers. Deze cases bevestigen dat arbodiensten te afhankelijk zijn van de ruimte die hen geboden wordt door de werkgever. In situaties, zoals in deze cases, waarin weinig responsieve arbeidsorganisaties ziekmakende omstandigheden kunnen laten bestaan, en dus juist betrokkenheid van experts geïndiceerd is, zijn ze niet in staat hun invloed te laten gelden. Deze situatie onderstreept het belang van een wettelijk vastgelegde onafhankelijke positie van de arbodiensten en van een financiering van die arbodiensten uit collectieve middelen.

De rol van de vakbond
Het vragenlijstonderzoek biedt ook een indruk van de rol van de vakbond. Volgens 19% van de (Nederlandse) respondenten is de vakbond op de hoogte van het arbeidsongeval. Bij beroepsziekten is dat 57%. Dit laatste, relatief hoge, percentage is te verklaren uit het feit dat het vragenlijstonderzoek naar werknemerscompensatie en beroepsziekten plaatsvond onder cliënten van Bureau Beroepsziekten FNV. In de casestudies komt naar voren dat de vakbond wel betrokken is bij de individuele schadeafhandeling. Evenals bij de arbodienst en de arbeidsinspectie leidt die kennis niet of nauwelijks tot interventie in de arbeidsorganisatie: geen enkele respondent signaleert een interventie van de vakbond bij arbeidsongevallen; 3% signaleert dat de vakbond aandringt op maatregelen bij beroepsziekten.

In één case (Assemblage NL, zie paragraaf 7.2.7 en kader 7.3) ontwikkelt de vakbond een strategie gericht op verbetering van de arbeidsomstandigheden. Deze strategie mislukt om de volgende redenen:
- de directie van Assemblage NL reageert nauwelijks op de initiatieven van de vakbond,
- bij de vakbond ontbreekt de lange adem: de claimafhandeling neemt in totaal zes jaar in beslag en tijdens die periode ontstaan voor de vakbond nieuwe prioriteiten, zoals de afhandeling van een reorganisatie,
- zwak projectmanagement: de vakbond stopt veel energie in het agenderen van de beroepsziekte maar, mede door wisselingen in het vakbondskader, ontwikkelt weinig druk tijdens de schadeclaimprocedure,
- na de schadeprocedure is de vakbond monddood vanwege afspraken over geheimhouding van de claims.

[661] Hier wordt dus niet alleen gepleit voor een aanpassing van art. 9 van de Arbowet, waardoor beroepsziekten ook aan de arbeidsinspectie moeten worden gemeld, maar ook voor een betere naleving van dit artikel. Om te bevorderen dat dit artikel wordt nageleefd kan een mix van maatregelen worden genomen zoals verhoging van het boetebedrag, betere voorlichting over dit artikel en openbaarmaking van meldingen.
[662] Zie: Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives. De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* Den Haag, Reed Business Information; Zwart, B.C.H de, R. Prins, J.W.K. van der Gulden (2011). *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*. Leiden, Astri beleidsonderzoek- en advies.

De casestudies onderstrepen conclusies uit eerder onderzoek naar de rol van vakbonden bij preventie [663] dat een vakbond effectieve invloed kán uitoefenen op preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties als ze bereid en in staat is haar dispositiemacht in te zetten (dat wil zeggen machtsmiddelen te gebruiken), een lange adem heeft en voor een goed projectmanagement zorgt. Naar aanleiding van de case Assemblage NL kan daaraan toegevoegd worden dat die invloed afneemt als een vakbond zich laat verleiden tot geheimhouding over een beroepsziekteclaim.

Verbetering communicatieve verhoudingen
Dit onderzoek biedt ook een basis voor vier beleidsaanbevelingen die tot verbetering van de communicatieve verhoudingen leiden waardoor de kans op arbeidsongevallen, beroepsziekten en werkgerelateerd letsel vermindert. Deze aanbevelingen zijn eveneens gebaseerd op het pragmatisch preventieparadigma. De aanbevelingen benadrukken het belang van *onafhankelijk* onderzoek naar werkgerelateerde klachten als middel om de specifieke arbeidsomstandigheden in kaart te brengen en tot specifieke preventieoplossingen te komen en van openbaarheid van informatie, zodat *alle actoren* (gelijke) informatie hebben over de situatie in de arbeidsorganisatie en machtsmisbruik zoveel mogelijk wordt voorkomen. De vier aanbevelingen zijn:

1. Recht op onderzoek naar eerste signalen van werkgerelateerde gezondheidsklachten
In geen enkele case is sprake van vroegtijdige onderkenning van gezondheidsklachten. Dit is ook een van de hoofdconclusies van het in hoofdstuk 7.1 beschreven onderzoek 'Leerzame schadeclaims'. Dat heeft in de meeste gevallen te maken met het onvoldoende serieus nemen van signalen van werknemers met gezondheidsklachten door de werkgever of medici. Het is in dergelijke gevallen raadzaam dat op verzoek van betrokken werknemer(s), wier klachten niet serieus genomen worden, een onafhankelijk onderzoek kan plaatsvinden naar de oorzaak van deze gezondheidsklachten. [664] Een dergelijk recht op onderzoek zou in de arbeidsomstandighedenwetgeving verankerd moeten worden. Het betekent een uitbreiding van de (individuele) zeggenschap van werknemers over hun eigen arbeidssituatie. Die individuele zeggenschap is nu beperkt tot een klachtrecht, bij het vermoeden dat het bedrijf de wettelijke arbovoorschriften niet naleeft, en het recht op werkonderbreking in verband met onmiddellijk gevaar voor de gezondheid.

2. Verbetering risico-inventarisatie en -evaluatie
In alle onderzochte gevallen worden één of meerdere bepalingen ten aanzien van de RIE niet nageleefd. Dat heeft niet alleen te maken met het gebrekkige toezicht op de naleving van die RIE, maar ook met de positie van de RIE binnen de arbeidsorganisatie. De RIE geldt op dit moment niet als een instrument dat bijdraagt aan de verbetering van de communicatieve verhoudingen. In de onderzochte arbeidsorganisaties wordt de RIE verborgen gehouden voor de werknemers. Directe betrokkenheid van werknemers bij de totstandkoming en evaluatie van de RIE, bijvoorbeeld via de invoering van een wettelijke verplichting tot een *participatieve* RIE, kan ook een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van het arbeidsomstandighedenbeleid. [665] Daarnaast past een pleidooi voor openbaarmaking van de RIE, bijvoorbeeld via internet, waardoor niet alleen de kennis over de gevaren van de arbeid en de te nemen preventiemaatregelen toeneemt, maar ook de betrokkenheid van werknemers bij dit instrument groter wordt.

[663] Warning, Jan (2000). *Werkdruk nieuw vakbondsthema*. Zeist, Kerckebosch. p. 292.
[664] Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek is de in de USA bestaande mogelijkheid van Health Hazard Evaluation. Een dergelijk arbeidsomstandighedenonderzoek door het National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), een overheidsinstituut voor arbeidsomstandigheden, kan plaatsvinden op verzoek van een werknemer (bij grotere bedrijven drie of meer werknemers) of de bedrijfsleiding. Zie: http://www.cdc.gov/niosh/hhe/.
[665] Zie: Popma, J.R. (2009). *Does worker participation improve health and safety? Findings from the Netherlands*. In: Policy and Practice in Health and Safety, vol. 07 (1). p. 85-103. Ook de in hoofdstuk 2 besproken SOBANE strategie is een vorm van participatieve RIE.

3. Verbetering ongevalsrapportage
De ongevalsrapportages die in deze cases zijn opgemaakt bevatten selectieve informatie over het ontstaan van het ongeval, het daardoor ontstane letsel en de te nemen preventiemaatregelen. De opvatting van de werknemer speelt in die rapportages niet of nauwelijks een rol. De betrokken interne en externe actoren, niet alleen de werknemer maar ook andere belanghebbenden, zoals onderaannemers, worden niet altijd gehoord. De verschillende actoren, waaronder de werknemer, externe firma's, de arbodienst, de arbeidsinspectie en verzekeringsmaatschappijen zijn niet op de hoogte van alle verschillende rapportages. Deze gang van zaken frustreert de waarheidsvinding en het gemeenschappelijk leerproces. Openbaarmaking van dit soort rapportages in combinatie met het opnemen van de opvattingen van alle betrokken actoren kan een versterking betekenen van het gezamenlijke leerproces.

4. Openbare beroepsziektenrapportage
De huidige praktijk van beroepsziektenmelding draagt niet bij aan collectieve leerprocessen in arbeidsorganisaties. Hoewel melding op grond van art. 9 van de Arbowet verplicht is, is het in de praktijk aan de bedrijfsarts om te beslissen of hij een beroepsziekte meldt aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.[666] Werkgever noch werknemer hebben inzicht in de motieven om een beroepsziekte níet te melden. Als een bedrijfsarts beslist een beroepsziekte wél te melden, hoeft hij daarvan alleen melding te maken aan de werkgever, de betrokken werknemer en het vertegenwoordigend overleg. Andere actoren binnen de arbeidsorganisatie hoeft hij hiervan niet op de hoogte te stellen. Openheid over het al dan niet melden van beroepsziekten en de inhoud van een dergelijke melding kan bijdragen aan verbetering van de gezamenlijke leerprocessen.

Samenhang extern preventiesysteem en compensatiesysteem
In de vorige hoofdstukken is vastgesteld dat er een scheiding bestaat tussen de huidige werknemerscompensatiesystemen en het extern preventiesysteem. Beide systemen kennen verschillende procedures, en voor een deel andere actoren, waardoor verschillen bestaan over de beoordeling van het voorval, het daardoor ontstane letsel en de te nemen preventiemaatregelen. Dat een dergelijke scheiding bestaat is gedeeltelijk onvermijdelijk gezien de verschillende functies die deze systemen vervullen. Dat mede daardoor andere perspectieven ontstaan op de te nemen maatregelen is daarvan het gevolg. Het is echter weinig effectief dat die verschillende perspectieven niet met elkaar in verband gebracht worden. Ook hier geldt dat deze verschillende perspectieven op het ontstaan van een arbeidsongeval of beroepsziekte en de te nemen preventiemaatregelen elkaar juist kunnen versterken. Dit pleit ervoor dat actoren uit het compensatiesysteem en het extern preventiesysteem (open) met elkaar communiceren en geen geheimen hebben voor elkaar.

8.3.5 Conclusie: bouwstenen voor een betere preventieve werking van werknemerscompensatie
Paragraaf 8.3 staat in het teken van de beantwoording van onderzoeksvraag 2:"Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?"

In dit onderzoek is de preventieve werking (ex post, na het ontstaan van het arbeidsongeval of de beroepsziekte en de claimafhandeling) van vier compensatiesystemen nagegaan. Dit onderzoek laat zien dat die preventieve werking verwaarloosbaar is. Wil van een compensatiesysteem een preventieve werking uitgaan, dan zal het zodanig van opzet moeten zijn dat het de responsiviteit verbetert en een bijdrage levert aan de kwaliteit van de communicatieve verhoudingen. Met de huidige preventiebenadering, bestaande uit vier preventieparadigma's en een aantal daarop gebaseerde interventiemethoden, lukt dat echter niet. Een alternatieve benadering is nodig. Werknemerscompensatie en preventie moeten daarom in de steigers.

[666] Art. 9 lid 3 Arbeidsomstandighedenwet.

Dit empirisch onderzoek levert geen blauwdruk voor een alternatieve benadering van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Wel kan aan het empirisch onderzoek een aantal bouwstenen ontleend worden. Die bouwstenen zijn in paragraaf 8.3.1 tot en met 8.3.4 geschetst. Die bouwstenen bestaan uit twee nieuwe preventieparadigma's (het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma) en een aantal daarop gebaseerde interventiemethoden. Ook biedt het onderzoek bouwstenen voor de rolverdeling tussen de verzekeraar en de andere actoren die betrokken zijn bij de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Tenslotte bestaan de bouwstenen uit een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil van een effectieve preventie sprake zijn. Hierna worden die bouwstenen nog eens op een rij gezet.

1. Het interventieparadigma
Het interventieparadigma heeft ten doel in te grijpen achter de voordeur van non responsieve arbeidsorganisaties die na een arbeidsongeval of beroepsziekte geen adequate preventieve maatregelen treffen. Tot dit paradigma behoren drie interventiemethoden (vrijwilligheid, bemoeizorg, formele drang) die verschillen in de mate van interventie in de arbeidsorganisatie. De keuze van de methode is afhankelijk van de mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie.

Rolverdeling
De preventieve rol van de verzekeraar kan vooral goed uit de verf komen in de nazorgfase. Indien de actoren van het externe preventiesysteem niet in staat zijn gebleken zodanige interventies te plegen dat letselschade door het ongeval of de beroepsziekte is voorkomen en als die actoren ook niet adequaat ingrijpen na die letselschade, dan is een andere externe actor nodig om wél ervoor te zorgen dat preventie op gang komt. De verzekeraar kan een dergelijke rol vervullen. Het werknemerscompensatiesysteem fungeert daarmee als vangnet voor het geval het bestaande preventiesysteem, gebaseerd op de arbeidsomstandighedenwetgeving, niet werkt. De rol van de verzekeraar is dus beperkt tot die situaties waarin overige actoren falen in de uitoefening van hun preventieve taken.

Voorwaarden
Wil de toepassing van deze methoden effectief zijn dan dient aan twee voorwaarden te worden voldaan:
- wil de verzekeraar invloed kunnen hebben op de preventie in arbeidsorganisaties dan dienen zowel werkgever als werknemer tot het cliëntsysteem te behoren;
- de verzekeraar moet een onafhankelijke positie hebben ten opzichte van het cliëntsysteem zodat hij de cliënten kan aanspreken op hun verantwoordelijkheid.

2. Het pragmatisch preventieparadigma
Het pragmatisch preventieparadigma heeft het op gang brengen van gezamenlijke leerprocessen ten doel. Dat paradigma kan in werknemerscompensatiesystemen worden vormgegeven door in de periode van nazorg een reconstructie te maken van het voorval, van het daardoor ontstane letsel en van de te nemen preventiemaatregelen. Via de methode van de reconstructie kan in arbeidsorganisaties de kennis en ervaring van de verschillende actoren over werkzame bestanddelen van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten bij elkaar gebracht worden tot een effectieve aanpak.

Voorwaarden
Wil deze preventieaanpak succesvol zijn dan moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:
- Preventie als doelstelling

  Het opnemen van alle vier vormen van preventie als expliciete doelstelling (bijvoorbeeld in de verzekeringsvoorwaarden) maakt duidelijk dat compensatiesystemen ook daadwerkelijk (moeten) bijdragen aan alle vormen van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten en niet alleen aandacht besteden aan de beperking van de schadelast als (impliciete) doelstelling, zoals nu doorgaans de praktijk is.
- Vroegtijdig ingrijpen

Vroegtijdig ingrijpen is niet alleen van belang om arbeidsongevallen en beroepsziekten te voorkomen, maar is ook wenselijk op het moment dat letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan. Snel ingrijpen draagt niet alleen bij aan het voorkomen van herhaling van het voorval, of verergering van de situatie, maar kan ook bijdragen aan het herstel van de individuele werknemer. De huidige procedures van schade-afhandeling dragen niet bij aan snelle interventie. In tegendeel, in veel gevallen lijkt er juist sprake van een negatief effect, bestaande uit ontkenning van de schade en/of de causaliteit.

- Ruime definitie van stakeholders

Het casestudie-onderzoek laat zien dat verschillende actoren stakeholder (belanghebbende) kunnen zijn. Voor het realiseren van preventie kan betrokkenheid van verschillende stakeholders dus gewenst zijn. Stakeholderschap kan ontleend worden aan het gegeven dat men onderdeel is van het probleem of onderdeel kan zijn van de oplossing van dat probleem. Afhankelijk van de situatie behoren tot de groep stakeholders niet alleen de verzekeraar, de werkgever, de getroffen werknemer en interne en externe preventie-experts (waaronder arbodienst, arbeidsinspectie en vakbond), maar ook actoren uit de gezondheidszorg, zoals medisch specialisten.

- Zeggenschap

Ieder stakeholder moet de vrijheid hebben tot deelname aan de gezamenlijke leerprocessen. Deelname betekent ook dat de stakeholders de vrijheid hebben om in te brengen wat ze nodig achten, zonder dat dit negatieve consequenties heeft voor de eigen positie.

- Openbare informatie

Op dit moment is de informatie over het ontstaan van arbeidsongevallen en beroepsziekten, het letsel dat daardoor ontstaat en de preventie ervan, niet beschikbaar voor alle stakeholders. Datzelfde geldt voor de informatie (zoals de RIE) waarop de werkgever het arbeidsomstandighedenbeleid baseert en evalueert. Wil in een arbeidsorganisatie een gezamenlijk leerproces op gang komen dan zal deze informatie voor alle stakeholders beschikbaar moeten zijn.

8.4 Wetenschappelijk onderzoek naar werknemerscompensatie en preventie, een terugblik en een toekomstperspectief

In deze laatste paragraaf staat de vraag centraal hoe wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan de verbetering van de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten door werknemerscompensatie. Dit is zowel een vraag naar de inhoud van het onderzoek als naar de methode. Die vraag zal hier beantwoord worden door eerst de methodologische balans van dit onderzoek op te maken. Daarna zal ingegaan worden op de toekomst van de werknemerscompensatie (in Nederland) en de plaats van onderzoek daarbinnen.

Methodologische nabeschouwing
In dit onderzoek is (hoofdstukken 1, 2 en 3) een overzicht geboden van het bestaande sociaal wetenschappelijk en gezondheidskundig onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en de twee beroepsziekten, en van het rechtseconomisch onderzoek naar de relatie tussen compensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties.

De verschillende typen onderzoek die in de eerste drie hoofdstukken de revue zijn gepasseerd, te weten het evidence based onderzoek, dat vooral populair is in het preventie-onderzoek, en het hypothese-toetsend onderzoek, dat vooral bij de empirisch georiënteerde rechtseconomische wetenschap in zwang is, kent niet alleen magere resultaten, maar biedt ook geen zicht op wat er in de arbeidsorganisatie gebeurt.

Omdat het vraagstuk van compensatie en preventie binnen arbeidsorganisaties in wetenschappelijk opzicht braakliggend terrein is, is gekozen voor een exploratief empirisch onderzoek naar de relatie tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties. Dit exploratief onderzoek had als inhoudelijk doel het verkrijgen van inzicht in de praktijk van compensatie en preventie in arbeidsorganisaties en, op basis daarvan, tot inzichten komen over de mogelijkheden om preventie al dan niet door middel van werknemerscompensatie te verbeteren. Onderdeel van dit exploratief onderzoek was ook de zoektocht naar voor dit onderzoek geschikte onderzoeksmethoden.

In dit exploratief onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden: op basis van interviews en literatuurstudie is een systeemanalyse gemaakt van de systemen van werknemerscompensatie, van de preventie-instrumenten en van het gebruik van de compensatiesystemen. Door middel van vragenlijstonderzoek is een breder overzicht gekregen van de samenhang tussen verschillende compensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties. De casestudies geven een dieper inzicht in de invloed van die compensatiesystemen, in combinatie met andere factoren, op de preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties. Op deze exploratieve empirische studie kan op een aantal manieren voortgeborduurd worden. Twee soorten vervolgonderzoek worden aan een nadere beschouwing onderworpen. Onderzoek naar de externe validiteit, en praktijkonderzoek ten behoeve van de ontwikkeling van werkzame methoden en bestanddelen om het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma vorm te geven.

Onderzoek naar externe validiteit
Vervolgonderzoek is nodig om de externe validiteit van de onderzoeksresultaten na te gaan. In welke mate zijn de onderzoeksresultaten generaliseerbaar naar andere situaties dan die in het onderzoek?

In dit onderzoek naar de vier compensatiesystemen in Nederland en België is vastgesteld dat de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie de resultante is van een complex samenspel waarbij de arbeidsorganisatie een (dominante) invloed heeft op de preventieve veranderingen en de aard van de preventieve veranderingen. Verschillende (externe) factoren, waaronder werknemerscompensatiesystemen, spelen een marginale rol. Herhaling van dit type onderzoek in zoveel mogelijk gelijke omstandigheden is geïndiceerd. Blijven na zo'n

herhalingsonderzoek de verschillende conclusies overeind? Dient het beeld te worden bijgesteld? Of is er reden voor geheel andere conclusies ?

De dominante invloed van de betrokken arbeidsorganisaties is in dit onderzoek gerelateerd aan twee kenmerken van deze organisaties, namelijk de gebrekkige responsiviteit van de actoren in arbeidsorganisatie, waardoor geen of nauwelijks prikkels van buiten worden toegelaten, en de interne communicatieve verhoudingen, waardoor leerprocessen niet van de grond komen. Het is zinvol om na te gaan of deze kenmerken ook in andere situaties en bij arbeidsorganisaties (met en zonder schadeclaims) externe beïnvloeding tegenhouden en interne leerprocessen hinderen.

Voor het onderzoek naar de externe validiteit is het eveneens relevant om via aanvullend onderzoek na te gaan tot welk type cases de in dit onderzochte zeven cases behoren. Gerring onderscheidt negen verschillende typen cases.[667] Het is vanuit het oogpunt van externe validiteit bijvoorbeeld van belang om te weten of één of meerdere van deze cases een zogenaamde typische case is, waardoor de case als representatief kan worden aangemerkt, of juist een extreem type. In dat laatste geval is de representativiteit gering. Ook is het van belang om vast te stellen in hoeverre de cases representatief zijn voor andere beroepsziekten en arbeidsongevallen. Voor de beoordeling van de externe validiteit is het ook nodig na te gaan hoe de organisatiekenmerken van de arbeidsorganisaties in deze cases zich verhouden tot de kenmerken van gezonde arbeidsorganisaties.

Aan dit empirisch onderzoek is een aantal suggesties ontleend over de rolverdeling tussen de verschillende actoren in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Gesuggereerd is om arbeidsinspectie, arbodienst en vakbond zowel in de fase van de voorzorg (voorafgaand aan het ontstaan van letsel) als de fase van de nazorg (na het ontstaan van letsel) een rol te geven, en voor de verzekeraar bij voorkeur een rol te reserveren in de nazorg. Onderzoek in andere arbeidsorganisaties kan informatie opleveren over de waarde van deze rolverdeling in andere contexten.

Nationaal en internationaal vergelijkend sociologisch-juridisch onderzoek naar de relatie tussen andere compensatiesystemen en andere arbeidsorganisaties kan zinvolle kennis opleveren over die verhouding in andere contexten. Geldt voor die contexten hetzelfde als hier is vastgesteld? Indien dat niet het geval blijkt te zijn, is het relevant te weten wat in dat geval het verschil maakt: heeft dat te maken met het soort arbeidsorganisaties, is dat te relateren aan de kracht van bepaalde preventie-instrumenten, heeft het te maken met de doelstellingen van 'de verzekeraar', of hangt het samen met de frequentie van het gebruik van preventie-instrumenten?

Het belang van handelingsonderzoek

Hiervoor is reeds vastgesteld dat het terrein van werknemerscompensatie en preventie complex is: de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie is de resultante van een complex samenspel tussen de (dominante) invloed van de arbeidsorganisatie op preventieve veranderingen en verschillende (externe) factoren, waaronder compensatiesystemen. De onderzochte arbeidssituaties vertonen onderling grote verschillen in de aanpak van het vraagstuk van arbeidsongevallen en beroepsziekten, in de interne communicatieve verhoudingen en in de mate van responsiviteit. Het specifieke van elke arbeidssituatie lijkt het grootste gemeenschappelijke kenmerk van die verschillende situaties. Er bestaan verschillende contexten, die ook verschillend tegemoet getreden moeten worden.

Bij de uitvoering van dit empirisch onderzoek is gestuit op privacy-problemen, wantrouwen van actoren jegens elkaar en jegens de onderzoeker, weigering om mee te werken, een gebrekkige en eenzijdige respons, belemmeringen in de keuze van cases, en op eenzijdige

[667] Gerring, John (2007). *Case study research, principles and practices*. New York, Cambridge University Press. p. 86-50. De negen typen zijn: typische cases, diverse cases, extreme cases, deviante cases, invloedrijke cases, cruciale cases, patroon cases, meest overeenstemmende cases, meest verschillende cases.

informatievoorziening. Die belemmeringen zijn vooral terug te voeren op de verhoudingen binnen de betreffende arbeidsorganisaties. Onderzoek binnen arbeidsorganisaties wordt belemmerd door verschillen in macht, informatie en invloed. Actoren blijken verschillende perspectieven te hebben op het ontstaan en de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. De verschillende systemen van werknemerscompensatie verhelderen die perspectieven meestal niet, maar dragen eerder bij aan verwarring over de oorzaken die ten grondslag liggen aan het ontstaan van arbeidsongevallen en beroepsziekten en de preventie ervan. Voor het realiseren van preventieve veranderingen is overeenstemming nodig over de oorzaken van het ongeval of de beroepsziekte en de te nemen maatregelen.

Op basis van de ervaringen die met dit empirisch onderzoek zijn opgedaan, wordt in twijfel getrokken of het hypothese-toetsend onderzoek, dat onder andere in trek is bij de empirisch georiënteerde deel van de rechtseconomie, tot zinvolle resultaten leidt. In dat onderzoek wordt gepoogd te zoeken naar het in theorie veronderstelde verband tussen financiële prikkels in werknemerscompensatiesystemen en preventie. Op basis van het voorliggende onderzoek bestaat echter het vermoeden dat een dergelijk verband niet bestaat, simpelweg omdat de realiteit complexer is dan in de rechtseconomische theorie verondersteld wordt.

Op basis van dit exploratief empirisch onderzoek wordt ook betwijfeld of wetenschappelijk onderzoek naar evidence based interventies in dit soort arbeidssituaties, met per situatie verschillende (machts)verhoudingen, tot zinvolle resultaten leidt. De arbeidsorganisatie, de verschillen tussen die arbeidsorganisaties, en de verschillende positie van de actoren, waaronder de preventie-experts, vormen een dusdanige dominante factor, dat de werking van bepaalde methoden en instrumenten sterk afhankelijk is van de praktijksituatie. Wat werkt in de ene situatie, hoeft niet te werken in de andere situatie. Het spreekt vanzelf dat ook deze stellingen over de gebrekkige waarde van hypothese-toetsend onderzoek en evidence based onderzoek onderwerp van nader wetenschappelijk onderzoek kunnen zijn.

In de complexe arbeidssituaties die in dit onderzoek zijn aangetroffen, lijkt het meer voor de hand liggen om, via praktijkgeoriënteerd handelingsonderzoek, practice based interventies te ontwikkelen in plaats van evidence based interventies.

'Practice based evidence' legt vooral de nadruk op de ervaringskennis van de verschillende stakeholders bij een arbeidsongeval of beroepsziekte (en de claimafhandeling daarvan). Het gaat erom de kwaliteit van interventies te verhogen door die stakeholders in dialoog met elkaar 'best practices' te laten ontwikkelen. De verhalen van de relevante actoren zijn van belang om via die weg fenomenen die de leerontwikkeling in de weg staan bloot te leggen en in beweging te brengen. Op basis daarvan kunnen passende interventies worden afgesproken en uitgeprobeerd.[668] Practice based evidence gaat uit van de daadwerkelijke praktijk en zet betrokkenen aan tot het expliciteren van die praktijk en van de door hen waargenomen effecten. Deze werkwijze heeft tot gevolg dat het werk verbetert en daarmee voor buitenstaanders gelegitimeerd kan worden. Een dergelijke onderzoeksbenadering sluit aan bij de hiervoor beschreven pragmatische preventiebenadering waarin gezamenlijke leerprocessen centraal staan.

Bij het zoeken naar practice based evidence past praktijkgeoriënteerd onderzoek, waarin onderzoekers en stakeholders gezamenlijk optrekken, informatie verzamelen om de doeltreffendheid van het praktische handelen te toetsen. Handelingsonderzoek is een dergelijke vorm van participatief praktijkonderzoek. De actoren formuleren samen met de onderzoeker de probleemstelling en hebben mede invloed op het verdere verloop van het onderzoek. Zij zijn mede-onderzoeker. Daarmee is het handelingsonderzoek tegelijkertijd leerproces en bewustwordingsproces. In dergelijk onderzoek wordt gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Daarnaast worden communicatieve en educatieve methoden en technieken gebruikt. Door middel van triangulatie kan intersubjectieve toetsing worden

[668] Tromp, Coyan (2004). *Breedbeeld wetenschap, een kritisch reflexief onderzoeksmodel gebaseerd op een breed rationaliteitsbegrip*. Utrecht, Jan van Arkel uitgeverij.

gestimuleerd. Deze aanpak levert praktische kennis op die gebruikt kan worden om bestaande praktijken te veranderen. De externe validiteit van handelingsonderzoek kan hoog zijn omdat de kwaliteit van de kennis erg hoog is: de kennis is direct uit eerste hand verkregen en de interpretatie door de onderzoeker wordt direct met de betrokken actoren onderzocht.[669] Ook wordt gesuggereerd de externe validiteit te vergroten door de kennis uit handelingsonderzoek te toetsen in andere contexten.[670]

Onderwerpen van handelingsonderzoek
Handelingsonderzoek waaraan alle relevante actoren participeren, zoals de verzekeraar, de werkgever, de getroffen werknemer, de collega-werknemers en preventie-experts, kan de vereiste kwalitatief hoge kennis opleveren om een oplossing van de complexe problemen in de relatie werknemerscompensatie en preventie dichterbij te brengen. Experimenten met dergelijk handelingsonderzoek zijn zinvol om na te gaan of deze beloften waargemaakt kunnen worden. Op basis van dit onderzoek wordt geadviseerd in dat onderzoek aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:

1. Ontwikkeling van effectieve, met compensatiesystemen verbonden, interventiemethoden om de responsiviteit van arbeidsorganisaties te vergroten. Hiervoor is betoogd dat vanuit een compensatiesysteem een breed arsenaal aan interventiemogelijkheden beschikbaar moet zijn, zodat in de verschillende situaties adequaat kan worden ingegrepen. In handelingsonderzoek kan worden nagegaan op welke wijze en onder welke omstandigheden specifieke interventiemethoden effectief zijn.
2. De in paragraaf 8.3.3. bepleite ontwikkeling van de methode van de reconstructie dient bij voorkeur niet op de rationeel wetenschappelijke tekentafel te worden ontworpen, maar leent zich bij uitstek voor handelingsonderzoek, zodat samen met de relevante actoren aan de keukentafel, het bureau, de werkbank en de overlegtafel een of meerdere effectieve methoden worden ontwikkeld.
3. Tot dit handelingsonderzoek kan ook evaluatieonderzoek worden gerekend, waarin nagegaan wordt welke de (niet) werkzame bestanddelen[671] zijn van verschillende succesvolle of minder succesvolle praktijken. Daartoe hoort uitdrukkelijk ook de beperking van de schadelast.
4. Paragraaf 8.3.5 levert bouwstenen voor een betere preventieve werking van werknemerscompensatie. Tot die bouwstenen behoort ook een aantal voorwaarden waaraan een compensatiesysteem moet voldoen wil het een rol van betekenis spelen in de nazorg. Nader praktijkonderzoek kan duidelijkheid geven over de vraag of deze voorwaarden ook voor andere praktijksituaties gelden.
5. Tot slot is het van belang antwoord te krijgen op de vraag of alle soorten werknemerscompensatiesystemen (in gelijke mate) kunnen voldoen aan deze voorwaarden. Op basis van dit onderzoek lijkt het erop dat twee van de vier onderzochte compensatiesystemen, FBZ BE en COV NL, na relatief kleine aanpassingen in de positionering van het systeem, kunnen voldoen aan deze eisen. Immers beide systemen hebben een onafhankelijke positie ten opzichte van werkgever en werknemer. Om de rol in de nazorg optimaal te vervullen lijkt wel een wijziging nodig in de positie van zowel COV NL als FBZ BE ten opzichte van de werkgever. De werkgever is nu geen onderdeel van de verzekeringsovereenkomst, geen cliënt en kan derhalve ook niet aangesproken worden. Voor een effectief leerproces is dat echter noodzakelijk.

[669] Zie onder andere Boog, Ben, Meindert Slagter, Ineke Jacobs-Moonen, Frits Meijerring (red.) (2005). *Focus op action research, de professional als handelingsonderzoeker.* Assen, Koninklijke van Gorcum. p. 154-186.
[670] Zie o.a. Laan, Geert van der (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. SWP, Amsterdam. p. 27- 28. Aarts, Noelle (2009). *Een gesprek zonder einde, over strategische communicatie in een voortdurend veranderende omgeving*. Oratie. Amsterdam, UvA, Vossiuspers. p. 20- 21.
[671] Term ontleend aan Laan, Geert van der, René Kersten (2007). *Omdat het werkt, werkzame bestanddelen van een maatschappelijk re-integratieproject*. Apeldoorn, Garant; zie ook: Laan, Geert van der (2003) : *de professional als expert in practice-based evidence.* In: Sociale Interventie 2003/4 jaargang 12. p. 5-16. Den Haag, Elsevier/Reed Business.

Voor AOV BE lijken meer fundamentele aanpassingen nodig. Dat heeft te maken met het private en commerciële karakter van dit compensatiesysteem. Hierdoor beperkt de verzekeraar zich in de hoeveelheid preventie-activiteiten en in de bejegening van en door de klant. Het kan dus nadelig zijn voor zowel de verzekeraars, de werknemer als de werkgever om zich in alle openheid uit te laten over elkaars rol. Er zullen met andere woorden voorwaarden moeten ontwikkeld om een onafhankelijke rol van de arbeidsongevallenverzekeraar te waarborgen. Of dit mogelijk is zonder fundamentele wijzigingen aan te brengen in het private karakter van de AOV BE, is een vraag die nader onderzoek verdient.

Hiervoor zijn reeds vragen gesteld bij de compensatiefunctie van de AVB NL. Dit compensatiesysteem compenseert niet alleen onvoldoende maar presteert ook slecht in relatie tot preventie. Ook is het systeem laattijdig. Bovendien bestaat de indruk dat de aard van de claimbeoordeling (beoordeling van de schuldvraag en de schending van de zorgplicht) eerder de tegenstellingen tussen de actoren verscherpt en leidt tot ontkenning van het voorval en achterhouden van informatie, dan tot open uitwisseling van informatie en perspectieven. De slechte prestaties van dit compensatiesysteem op zowel de compensatie van schade door arbeidsongevallen en beroepsziekten als de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten maakt vervanging van dit compensatiesysteem door een (publiek) systeem van werknemerscompensatie nog dringender.

Literatuur

Aarts, Noelle (2009). *Een gesprek zonder einde, over strategische communicatie in een voortdurend veranderende omgeving.* Amsterdam, UvA, Vossiuspers.
ACV (2011). *Dossier arbeidsongevallen: de Belgische cijfers en verzekeraars doorgelicht*. Brussel, ACV.
ACV Bouw en Industrie (2007). *Cao gids bouw 2007-2008*. Brussel, ACV Bouw en Industrie.
Alphen, W. van, Johan Gort, Karin Stavast, Walter Zwaard (red.) (2008). *Leren van ongevallen. Een overzicht van analysemethodieken*. Den Haag, Sdu uitgevers.
Arbeidsinspectie (2009). *Notitie Interventiebeleid Arbeidsinspectie*. Den Haag, Inspectie SZW, Ministerie van SZW.
Arboinformatieblad 1 (2007). *Arbo-en verzuimbeleid*. Den Haag, SDU uitgevers.
Arbouw (2006). *Richtlijn neurotoxicologische klachten*. Amsterdam, Arbouw.
Ansink, B.J.J.(1998). *Causaliteit en Letselschade, de plaats van het medisch rapport*. In: SVV handboek letselschade.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede (2006). *Basisboek Methoden en Technieken.* Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff.
Bakkum, J. P. A., R. Prins (2004). *Beroepsziektelijsten: een onmisbaar instrument in omringende landen.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV), 12 (1): p. 12-15. Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum.
Bal, R. C. Stolker (1997). *Dereguleren in Arbo-land: een heroriëntatie op de Arbeidsomstandighedenwet.* In: NJB, 30 mei 1997. Afl. 22.
Barendrecht, J. M. (2004). *Schadeclaims: kan het goedkoper en minder belastend? : opties om de transactiekosten van het aansprakelijkheidsrecht te verlagen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Barentsen, B. (2003). *Arbeidsongeschiktheid: aansprakelijkheid, bescherming en compensatie.* Deventer, Kluwer.
Barneveld, H. van (1984). *Inleiding tot de algemene assurantiekennis*. Deventer, Kluwer.
Beek, A.J. van der, H.C.W. de Vet, M.H.W. Frings-Dresen, J.K. Sluiter (2002). *Het bewegingsapparaat*. In: van der Laan, G., et al. (2002), Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier.
Beek, Gert van, Geert van Hootegem (eds.) (2008). *Woorden wekken, voorbeelden strekken*. Leuven/Voorburg, Acco.
Bergh, R.J. van den, H. Kerkmeester (1999). *Rechtseconomie, een stand van zaken*. In: ESB, 84e jaargang, nr. 4203. p. 344, 7 mei 1999.
Bieckmann, F. (1997). *Nederland moet kennis van beroepsziekten nog opbouwen.* In: Staatscourant 15 juli 1997.
Blatter, Birgitte, Irene Houtman, Seth van den Bossche, Karolus Kraan, Swenneke van den Heuvel (2005). *Gezondheidsschade en kosten als gevolg van RSI en psychosociale belasting in Nederland.* Hoofddorp, TNO.
Blatter, B.M., P.M. Bongers, J.H. van Dieën, P.M. van Kempen, H. de Kraker, H. Miedema, C.N. Reijneveld, H.C.W. de Vet (2004). *RSI-maatregelen: preventie, behandeling en re-integratie.* Den Haag, programmeringstudie in opdracht van de ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,.
Blatter, Birgitte, Paulien Bongers (1999). *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Dutch population*. Hoofddorp, TNO.
Blatter, Birgitte, Paulien Bongers, Hans De Witte (1999). *Work related neck and upper limb symptoms (RSI): high risk occupations and risk factors in the Belgian population*. Hoofddorp, TNO.
Boden, Leslie, John Ruser (2003). *Workers'compensation "reforms". Choice of medical care provider, and reported workplace injuries.* In: The review of Economics and Statistics, November 2003, 85 (4). p. 923-929.
Bongers, P. (2003). *Maak werk van RSI*. Amsterdam. Vrije Universiteit.
Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellström,T (2006). *Basic Epidemiology*. Geneva, WHO.

Boog, Ben, Meindert Slagter, Ineke Jacobs-Moonen, Frits Meijerring (red.) (2005). *Focus op action research, de professional als handelingsonderzoeker.* Assen, Koninklijke van Gorcum.
Boonstra, J.J. (1994). *Integrale organisatieontwikkeling*. Utrecht, Lemma.
Boot, J., M. Knapen (2005). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
Bos, Maarten, Farouk Saleh, Ozcan Erdem, John Samadhan (2007). *Arbo in bedrijf 2006, een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2006.* Den Haag, Arbeidsinspectie, Ministerie SZW.
Bos, C., M. Engelen (2009). *Werkgeversmonitor arbeidsomstandigheden: tweede meting*. Leiden, Research voor Beleid.
Braster, J.F.A. (2004). *De kern van case study's*. Assen, van Gorcum.
Brenninkmeijer, Bart, Janna Hessels (2005). *Benchmark collectieve verzekeringen*. Rotterdam, AON.
Broeck, Veronique de, Carine Meeuws, Marthe Verjans, Lieven Eeckelaert (2006). *Onderzoek arbo-informatiestructuur in westerse landen*. Brussel, Prevent. Zie: http://docs.minszw.nl/pdf/92/2007/92_2007_1_18361.pdf.
Bruce, C.J., F.J. Atkins (1993). *Efficiency effects of premium setting regimes under workers' compensation: Canada and the United States*. Journal of Labor Economics 11: S38-82.
Burgers, J.S., J.J.E. van Everdingen (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling in Nederland: het EBRO-platform*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nummer 42.

Cao voor het bouwbedrijf 2001-2005. *Algemene en bijzondere voorwaarden van de ongevallenverzekering*. Artikel 7 en Bijlage 1.
Cao voor het bouwbedrijf 2006. *Algemene en bijzondere voorwaarden van de ongevallenverzekering*. Artikel 7 en Bijlage 1.
Cheadle, Ag., C. Franklin, J. Wolfhagen, P. Savarino, P.Yliu, C. Salley, M. Waever (1994). *Factors influencing the duration of work related disability: A population based study of Washington state workers' compensation*. American journal of public health 84: 190- 96.
Chelius, J., R. Smith (1993). *The impact of experience rating on employer behaviour: The case of Washington state*. In: Durbin, Ed D., P. Borba Workers' compensation insurance: claim costs, prices and regulation. Kluwer Academic Publishers. p. 293-306.
Chellius, J.R. (1976). *Liability for Industrial Accidents: A Comparison of Neglicence and Strict Liability Systems*. Journal of Legal studies, Vol. 5, 1976. p. 293-309.
Christis, Jac (1998). *Arbeid, organisatie en stress.* Amsterdam, Het Spinhuis.
Coenen, Lot, Lennart de Ruig, Mirjam Engelen (2010). *Reconstructie beleidstheorie Arbeidsomstandighedenwet*. Zoetermeer, Research voor Beleid.
Dam, M. van (2001). *Verkeersongevallen: een rechtseconomisch, empirisch en positiefrechtelijk onderzoek naar de werking van aansprakelijkheid, verzekering en veiligheidsregulering in het verkeer.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Doorn, J.A.A. van, C.J. Lammers (1984). *Moderne sociologie*. Utrecht / Antwerpen, Het Spectrum.
Dorbeck-Jung, Bärbel, Mirjan Oude Vrielink-van Heffen (2006). *Inleiding op het themanummer op weg naar bruikbare regulering*. In: Recht der werkelijkheid. Den Haag, Reed Business Information.

Egmond, S.C.W.(2002). *Is verzekeren moeilijk?* Amsterdam, NIBE-SVV.
Engelhard, E.F.D. (2007). *Shifts of Work-Related Injury Compensation. Background Analysis:The Concurrence of compensation Schemes.* In: Klosse, Saskia, Ton Hartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases. Tort and Insurance Law, vol. 20. Wien, Springer.
Eshuis, W.A., J. Gaarthuizen, R. Knegt, M. Schaapman (2011). *Werkgeverslasten in verband met arbeidsgerelateerde schade: bestuurlijke boetes en civielrechtelijke Aansprakelijkheid*. Den Haag, Ministerie van SZW.
Eshuis, W.A. (2010). *Financiële schade door OPS? Onderzoek naar de financiële situatie van slachtoffers van OPS.* Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.

Eshuis, W.A., M.H. Schaapman, N.J. Philipsen, J.R. Popma, G. van der Laan, J.G. Bakker, A.P. Nauta, B. Sorgdrager (2009). *Leerzame Schadeclaims, leren van "worst case scenarios" als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*. Amsterdam, Hugo Sinzheimer Instituut.
Eshuis, W., A.M. van Eijck (2004). *Ziek van je werk: een boekje open over beroepsziekten*. Amsterdam, FNV Pers.
Eurogip (2004). *Work-related mental disorders: what recognition in Europe?* Paris, Eurogip.
European Agency for Safety and Health at work (2010). *OSH in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU, Facts and figures*. Luxemburg, European Agency for Safety and Health at work.
European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Work related musculoskeletal disorders: back to work report*. Luxemburg, European Agency for Safety and Health at work.
European Foundation for the improvement of Living and working conditions (2007). *Managing musculoskeletal disorders*. Dublin, Eurofound.
Ewijk M. van, M. Engelen, C. van der Werf (2001). *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten.* Doetinchem, Elsevier Bedrijfsinformatie.

Faure, M.G. (2007). *Compensation for Occupational Diseases and the Importance of Prevention: A Law and Economics Perspective*. European Journal of Social Security, vol. 9, 2007. p. 127-168.
Faure, M.G. *Verzekeringen*. In: Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Faure, Michael, Ton Hartlief (2002). *Nieuwe risico's en vragen van aansprakelijkheid en verzekering*. Deventer, Kluwer.
Faure, M. en T. Hartlief (2001). *Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's*. Achtergrondstudie, geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer, RVZ.
Faure, M. , T. Hartlief (2001). *Directe schadeverzekering bij beroepsziekten*. In: Faure, M. , T. Hartlief (red.). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Faure, M.G. , T. Hartlief (red.) (2001). *Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Faure, Michael, Aimée Verhulsdonck (2001). *Optimale preventie en vergoeding van medische fouten vanuit economisch perspectief.* In: J.C.J. Dute, M.G. Faure, H. Koziol. No Fault compensatiesystemen. Den Haag, Zonmw.
Faure, M., T. Hartlief (2000). *Verzekering en financiering van de gevolgen van beroepsziekten: enkele ontwikkelingen.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV) 8, nr. 6. p. 169-174. Houten, Bohn, Stafleu, van Loghum.
Faure, M.G., T. Hartlief (red.) (1995). *Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast : een juridisch, gezondheidskundig en economisch onderzoek naar ontwikkelingen met betrekking tot de aansprakelijkheidslast en de consequenties voor verzekeraars naar aanleiding van de werkgeversaansprakelijkheid voor bedrijfsongevallen en beroepsziekten.* Deventer, Kluwer.
Federatie overheidsdienst Sociale Zekerheid (2010). *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.* Brussel, FOD SZ.
FBZ (1999). *Criteria inzake preventie en schadeloosstelling van het organisch psychosyndroom veroorzaaakt door solventen.* Brussel, Fonds voor de Beroepsziekten.
Felstiner, W.L.F. , R.L. Abel & A. Sarat (1980). *'The emergence and transformation of disputes: naming,blaming, claiming.'* Law & Society Review 15 (1980), nr. 3-4. p. 631-654.
Fishback, P.V. (1987). *Liability Rules and Accident Prevention in the Workplace: Empirical Evidence from the Early Twentieth Century*. Journal of Legal studies, Vol. 16, 1987. P. 305-328.
Fluit, P.S. (2001). *Verzekeringen van solidariteit.* Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
Fobé, Ellen en Koen Verhoest (2009). *Participatieve analyse van de governance in de tak arbeidsongevallen*. Deelverslag van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid." Leuven, K.U. Leuven - Instituut voor de Overheid.

FOD WASO (2004). *De wet en codex over het welzijn op het werk*. Brussel, Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.
Frijters, Adri (2009). *Het meten van veiligheid op de bouwplaats: de veiligheidsindex*. In: NVVK congres, 18-19 maart 2009.

Gerring, John (2007). *Case study research, principles and practices*. New York, Cambridge University Press.
Gezondheidsraad (2012). *Beeldschermwerken*. Den Haag, Gezondheidsraad.
Gezondheidsraad (2000). *RSI*. Den Haag, Gezondheidsraad.
Gezondheidsraad (1999). *Piekbelasting aan organische oplosmiddelen*. Den Haag, Gezondheidsraad.
Goldhaber, Gerald M. (1986). *Organizational communication*. Dubuque, IOWA, Wm. C. Brown Publishers.
Goris, Peter, D. Burssens, B. Mielis, N. Vettenburg (2007). *Wenselijke preventie stap voor stap?* Antwerpen-Apeldoorn, Garant.
Gorissen, A., C. Schröer (1995). *Omvang beroepsziekten en arbeidsongevallen in Nederland. Een schatting op basis van Belgische en Duitse gegevens*. In: Faure, M. en Hartlief, T. (red). Verzekering en de groeiende aansprakelijkheidslast. Deventer, Kluwer.
Graaf, Gerard van der (2007). *Hearts and Minds, 15 jaar gedragsonderzoek operationeel gemaakt.* Paper ten behoeve van het NVVK jubileumcongres, 25-26 april 2007.
Groot, G. de (2008). *Het deskundigenadvies in de civiele procedure.* Deventer, Kluwer.
Gyes, Guy van (2007). *Managing musculoskeletal disorders, Belgium*. Dublin, Eurofound, European Working conditions Observatory (EWCO).

Hale, A. (2005). *Veiligheidsmanagement: wat weten we zeker?* In: NVVK info 6. Eindhoven, NVVK.
Hageman G., M. Hout, M. Verberk (2002) *Neurologische aandoeningen*. In: Laan, G. v. d., T.M. Pal, D.P. Bruynzeel (2002). Beroepsziekten in de praktijk. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.
Hartlief, T., S. Klosse (2003). *Einde van het aansprakelijkheidsrecht?* Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Hartlief, T., R.P.L. Tjittes (1999). *Verzekering en aansprakelijkheid*. Deventer, Kluwer.
Hauten, Michiel van den (2003). *De werking van incentives, de reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet.* 's-Gravenhage, Reed Business Information bv.
Hertogh, Mirjam (1998). *Geene wet, maar de Heer; De confessionele ordening van het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel (1870-1915)*. Den Haag, Vuga Uitgeverij.
Hermans, P. C. (1993). *Causaliteit en arbeidsongeschiktheid: verslag van een studiedag over het 'risque professionel' in Nederland.* Zoetermeer, Sociale Verzekeringsraad.
Heuts, Pien, Marian Schaapman, Marike Schooneveldt (2010). *Triomf en Tragiek, tien jaar bureau beroepsziekten FNV*. Amsterdam, FNV pers.
Holzhauer, R.W., R. Teijl (1995). *Inleiding rechtseconomie.* Gouda, Quint.
Hoogenboom, M.J.M. (2003). *Standenstrijd en zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland (ca. 1880-1940)*. Amsterdam, Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR).
Hoop, R.I.R. (2007). *Shifts in Work-Related Injuries: An explanatory Analysis*. In: Klosse, Saskia, TonHartlief (eds). Shifts in Work-Related Injuries and Diseases, Tort and Insurance Law, vol. 20. Wien, Springer Verlag.
Horstman, Klasien, Rob Houtepen (2005). *Worstelen met gezond leven, ethiek in de preventie van hart-en vaatziekten*. Amsterdam, Het Spinhuis.
Hout, M. van (2004). *Psychological diagnosis and treatment of Chronic Toxic Encephalopathy*. Groningen, Rijksuniversiteit.
Huls, Nick (2009). *Actie en reactie, een inleiding in de rechtssociologie*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Hummels, G.J.A., A.C. ten Klooster, L. Paape (2005). *De responsieve onderneming, over verantwoordelijkheden bij de interactie tussen stakeholders.* Assen, Koninklijke van Gorcum bv.

Hutjes, J.M., J.A. van Buuren (1992). *De gevalsstudie*. Meppel/Amsterdam/Heerlen, Boom/ Open Universiteit.
Hyatt, D., T. Thomason (1998). *Evidence on the efficay of experience rating in British Columbia.* Report to the Royal Commission on workers' compensation in British Columbia.

IJmker, Stefan (2008). *Risk factors for arm-wrist-hand and neck-shoulder symptoms among offcie workers, a longitudinal perspective*. Amsterdam, Vrije Universiteit.
Interne notitie Fonds voor Arbeidsongevallen, Technische Dienst dienstnota 98/3, 31 maart 1998. *Evaluatie van de blijvende arbeidsongeschiktheid door de raadsgeneesheren van het Fonds*. Brussel, FAO.
International Social Security Association (ISSA) (2010). *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010.* Geneva, ISSA.
Inspectie SZW (2010). *Handhavingsbeleid Arbowet, interne instructie voor inspecteurs bij handhaving van de wet.* Den Haag, Inspectie SZW.

Jehoel-Gijsbers, G. (2004). *Sociale uitsluiting in Nederland*. Den Haag, SCP.
Jong, P. de, R. Schwitters, P. van Seters, T. Wilthagen (1995). *Arbeid, recht en risico: beweging in de regulering van arbeidsomstandigheden*. Amsterdam, Siswo.

Kanning, W.A., H. Kerkmeester (red.) (2008). *Economie en Recht*. Groningen, Noordhoff uitgevers.
Kerklaan, Peter (2001). *Terug naar de Ongevallenwet?* In: documentatiemap ten behoeve van het minisymposium 'Toekomst van de geschiedenis van veiligheid en gezondheid op het werk'. Organisatie: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Afdeling Sociale Geneeskunde VU medisch centrum, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
Kerklaan, P. (2003). *De stempel van de arbeid.* In: Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis, nr.7.
Kerklaan, P. (2006). *De lange houdbaarheid van de Ongevallenwet in Nederland 1901-1967.* In: Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis, nr.4.
Klosse, Saskia (2003). *Meerwaarde van alternatieve (vergoedings) systemen*. In : Hartlief, Ton, Saskia Klosse (red.). Einde van het aansprakelijkheidsrecht? Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Klosse, S., T. Hartlief (eds) (2007). *Shifts in compensating work-related injuries and diseases.* Wien, New York, Springer.
Knegt, R., W.A. Eshuis, J.M. Gaarthuis, A. Lunenborg, P. Mauser, J.R. Popma, M. Stekelenburg (2012). *Verhaal van werkgerelateerde schade.* HSI, Amsterdam. Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW.
KNMG (2007). *Volksgezondheid en preventie, de visie van de KNMG*. Utrecht. KNMG.
Koten, J.W., J.H.B.M. Willems (2001). *Een eeuw sociale verzekeringen; De verzekeringsgeneeskunde in de dagen van Olim.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde (TBV), nr. 11.
Kotz, H., H-B Schafer (1993). *Economic incentives to accident prevention: an empirical study of the German sugar industry.* International Review of Law and Economics 13. p.19-33.
Kralj, B. (1995). *Experience rating of workers' compensation insurance premiums and the duration of workplace injuries.* In: Thomason T, RP Chaykowski, editors. Research in Canadian workers' compensation. Kingston (Ontario): Industrial Relations Press. p. 106–22.
Kralj, B. (1994) *Employer responses to workers' compensation insurance experience rating*. Industrial relations 49. p. 41 –61.
Krogt, W.P.M. van der, C.W. Vroom (1991). *Organisatie is beweging.* Utrecht, Lemma.
Kusiak, L., D. Hamerslag (2000). *Een kwestie van ereschuld, eindverslag Stichting Silicose Oud-Mijnwerkers.* Maastricht, Stichting Silicose Oud-Mijnwerkers.
Kuiper, Chris, Yvonne Heerkens (2005). *Paramedisch handelen op het terrein van arbeid en gezondheid*. In: Kuiper, Chris, Y. Heerkens, M. Balm, H. J. Bieleman, N. Nauta. Arbeid en gezondheid, preventie, behandeling en reïntegratie, een handboek voor paramedici. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Kuiper, Chris, Y. Heerkens, M. Balm, H. J. Bieleman, N. Nauta (2005). *Arbeid en gezondheid, preventie, behandeling en reïntegratie, een handboek voor paramedici.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Laan, Geert van der, René Kersten (2007). *Omdat het werkt, werkzame bestanddelen van een maatschappelijk re-integratieproject*. Apeldoorn, Garant
Laan, Geert van der (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. SWP, Amsterdam.
Laan, Geert van der (2003). *De professional als expert in practice- based evidence.* In: Sociale Interventie 2003/4 jaargang 12, p. 5-16. Den Haag, Elsevier/Reed Business.
Laan, Gert van der, Taeke Pal, Gonnie Zweerman, Karen Nieuwenhuizen, Teus Brand, Harry Stinis (2010). *Sterfte door werk*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.
Laan, G. van der. (2007). *Opgelost? Tien jaar Solvent Team ervaring*. Amsterdam, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.
Laan, G. van der, T.M. Pal, D.P. Bruynzeel (2002). *Beroepsziekten in de praktijk*. Maarssen, Elsevier.
Ladou, J. (2006). *Occupational and Environmental Medecine in the United States: a proposal to abolish Workers' compensation and reestablish the public health model.* In: International Journal of Occupational Environment and Health 12. p. 154-168.
Lahaye, D. (1995). *De officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit (OBSI).* In: Medi-ius, jaargang 1995- 3-4. p. 33.
Lammers, C.J. (1987). *Organisaties vergelijkenderwijs*. Utrecht, Het Spectrum.
Lammers, C.J. (1993). *Organiseren van bovenaf en van onderop.* Utrecht, Het Spectrum.
Langendonck, Jef van (2008). *Het Belgisch model van sociale zekerheid*. Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid, 1e trimester 2008.
Langenhuysen, K. (2009). *Praktijkboek Arbeidsomstandigheden*. Alphen aan den Rijn. Kluwer.
Lanoie, P., D. Stréliski (1996). *L'impact de la réglementation en matière de santé et sécurité du travail sur le risque d'accident au Québec: de nouveaux résultats [The impact of workplace health and safety policies on accident rsk in Québec: new results]*. Industrial Relations. 1996; 51(4). p.778–801.
Lans, Jos van der (2010). *Eropaf!, de nieuwe start van het sociaal werk.* Amsterdam-Antwerpen, Augustus.
Leistikow, Ian, Harry Molendijk, Heleen Tijjink, Judith van der Vloed (2009). *Dit nooit meer, artsen vertellen over hun incident*. Utrecht, CBO kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg.
Leopold, E., S. Leonard (1987). *Costs of Construction Accidents to Employers.*
Journal of Occupational Accidents, Vol. 8. p. 273-294.
Lindenbergh, S.D. (2009). *Arbeidsongevallen en beroepsziekten*. Deventer, Kluwer.

Malchaire, J. (2004). *Organisatorische en psychosociale factoren en de ontwikkeling van musculo-skeletale aandeoningen aan de bovenste ledematen*, eindrapport. Université Catholique de Louvain.
Marx, Ive, Dieter Vandelannoote (2009). *De arbeidssociologie in Vlaanderen 1984-2009, en daarna.* In: Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken 25 (3). Den Haag, Lemma.
Marx, Axel, Geert van Hootegem (2005). *The organizational antecedents of repetitive strain injuries*. Paper 23th International Labour Process Conference Glasgow.
Mascini, Peter (1995). *Op weg naar een reflexieve risicobenadering*. In: J. van Beveren & P. van der Parre (eds): In werkelijkheid is het anders, sociologische opstellen voor Jan Berting. Amsterdam, Siswo.
Meeuwsen, Jan Michiel, Tanja de Jong, Jan Harmen Kwantes, Kristin ten Have (2008). *De RI&E in kleine bedrijven*. Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Hoofddorp TNO Arbeid.
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Directie Uitvoeringstaken Arbeidsvoorwaardenwetgeving) (2006). *Najaarsrapportage CAO- afspraken 2005*, Den Haag, Ministerie van SZW.
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2003). *Ambtelijke nota "Internationale bestendigheid arbeidsongeschiktheidsverzekeringen."* Als bijlage opgenomen in de brief van

Minister van Sociale Zaken en werkgelegenheid aan de Tweede Kamer (kenmerk brief SV/A& L/03/92292 28 november 2003).
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2003). *Extra Garantieregeling Beroepsrisico's*. Den Haag, Ministerie van SZW. Concept 30 oktober 2003.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Grenze (n) loze zorg*. Den Haag, Ministerie VWS.
Molen, H.F. van der, P.P.F.M. Kuijer, P.B.A. Smits, A. Schop, F. Moeijes, D. Spreeuwers, M.H.W. Frings-Dresen (2012). *Annual incidence of occupational diseases in economic sectors in the Netherlands*. Amsterdam, AMC. Bron: Occupational and Environmental Medicine.
Molen, H. van der, M.M. Lehtola , J. Lappalainen, P. Hoonakker, H. Hsiao , R. Haslam , A. Hale, J. Verbeek (2007). *Interventions for preventing injuries in the construction industry* (Review). In: Cochrane Library 2007, Issue 4, John Wiley & Sons, Ltd.
Monnery, N. (1999). *The costs of accidents and work-related ill-health to a cheque clearing department of a financial services organization*. Safety Science ,Vol. 31. p. 59-69.
Moore, M, W. Viscusi (1989). *Promoting safety through workers' compensation: the efficacy and net wage costs of injury insurance.* Rand Journal of Economics, 1989, 20 (4). P. 499-515.
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2006). *Covering just simple risks? residual markets and unisured risks in workers'compensation systems*. München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2005). *Economic incentives, a reflection on worker's compensation systems.* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2004). *Occupational diseases, are they insurable?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2002). *Occupational Diseases: How are they covered under workers' compensation systems?* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (2000). *Workers' Compensation, Analysis of private and public systems.* München, Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft.

NIBE/SVV (2004). *Schade en Levensverzekeringen*. Amsterdam, NIBE-SVV.
Noordam, F. M. (1996). *Inleiding sociale-zekerheidsrecht.* Deventer, Kluwer.
Nijhuis, Frans, Brigitte van Lierop (2007). *Arbeidsreïntegratie en arbeidsrehabilitatie*. In: Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.). Psychologie van arbeid en gezondheid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Overbeek, Jaap (1993). *Oplosmiddelrisico's in historisch perspectief.* Amsterdam, Chemiewinkel.
Oosenbrug, A, O. Bekouw, F.K. Gregorius, F.T.E. Dooren, J. de Vries, J.C.M. Remmerswaal (1996). *Schadeverzekering in Nederland*. Den Haag, Delwel.
Ooyen-Houben, M. van, D. Roeg, C.H. de Kogel, M. Koeter (2008). *Zorg onder dwang en drang; een verkenning van mogelijkheden en grenzen*. In: justitiële verkenningen: Dwang en drang in de hulpverlening. Jaargang 34, nr. 3. Den Haag, Boom juridische uitgevers.

Peeters, M.G.P. (2005). *Compensatie en erkenning voor werknemers met beroepsziekten tussen 1978 en 2005.* Nijmegen, Wolf Legal Publishers.
Philipsen, N.J. (2007). *Prevention and compensation of work injury in the United States, an overview of existing empirical evidence*. In: Klosse, S.,T. Hartlief (eds.) Shifts in compensating work-related injuries and diseases, Tort and Insurance Law Vol 20. Wien/New York, Springer
Popma, J. (2011). *Inkrimping Arbeidsinspectie in strijd met ILO verdrag 81*. In: www.arbac.nl/tijdschrift/academievoorarbeidsrecht.
Popma, J.R. (2010). *ArboPocket Wet- en regelgeving 2010*. Alphen aan den Rijn, Kluwer.
Popma, J.R. (2010). *Schrale oogst? De opbrengst van 30 jaar Arbowet.* Utrecht, FNV Bondgenoten.
Popma, J.R. (2009). *Does worker participation improve health and safety? Findings from the Netherlands*. In: Policy and Practice in Health and Safety, vol. 07 (1). p.85-103.
Popma, J.R. (red.) (2008). *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid.* Nieuwerkerk aan den IJssel, Gelling Publishing.

Popma, Jan (2003). *Het arbo-effect van medezeggenschap.* Alphen aan den Rijn, Kluwer.
Post, D., J.W. Groothoff (2003). *Sociale Geneeskunde of Public Health, toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied.* Houten/Mechelen, Bohn Stafleu van Loghum.
Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) (2003). *Advies Kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennistoepassing.* Den Haag, RGO.
RIVM (2010). *Nationaal kompas volksgezondheid*. Zie: nationaalkompas.nl

Rauws, Wilfried (2001). *Financiering van schade veroorzaakt door arbeidsongevallen en (nieuwe) beroepsziekten: België als wenkend voorbeeld?* In: Faure, Michael en Ton Hartlief (red). Schade door arbeidsongevallen en nieuwe beroepsziekten. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Robbins, Stephen P. (1996). *Essentials of organizational behavior*. Upper Saddle River, New Jesey, Prentice Hall.
Rogowski, Ralf, Ton Wilthagen (eds). *Reflexive labour law*. Deventer, Boston, Kluwer Law and Taxatation Pubishers.
Roijackers, C.A.M. (2004). *Ziekte of beperking; de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en de ongevallenverzekering*. In: Letsel en Schade 2004, nr. 1. p. 5-13.
Ruers, R.F. (2012). *Macht en tegenmacht in de Nederlandse asbestregulering*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Ruser, J.W. (1993). *Workers' compensation and the distribution of occupational injuries*. The Journal of Human Resources. 1993; 28 (3). p. 593-617.
Ruser J.W. (1991).*Workers' compensation and occupational injuries and illnesses*. Journal of Labor Economics. 1991; 9 (4). p. 325–350.
Ruser, J.W. (1985). *Workers' compensation insurance, experience-rating, and occupational injuries.* Journal of Labor Economics. 1985; 16 (4). p. 487–503.

Saleh. F, T. Poot, J. Hoeben, R. Spijkerman (2010). *Arbo in bedrijf 2009*. Den Haag, Arbeidsinspectie, Ministerie van SZW.
Saan, Hans, Willy de Haas (2005). *Gezond effect bevorderen.* Woerden, NIGZ.
Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.) (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid.* Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
Scheffers, Theo, Jaap Maas, Helger Siegert, Peter Wielaard.(2009). *Dossier vluchtige organische stoffen.* Arbokennisnet.nl.
Schirmeister, F. C. (1996). *Amerikaanse toestanden in het schadevergoedingsrecht?: de vergoeding van letselschade in de Verenigde Staten*. Lelystad, Koninklijke Vermande.
Schwitters, Rob (2011).*"Wat zijn de maatschappelijke gevolgen van een instrumenteel aansprakelijkheidsrecht"?* In: Hertogh, Marc, Heleen Weyers (eds.). Recht van Onderop, antwoorden uit de rechtssociologie. Nijmegen, Ars Aequi 2011. p. 327-349.
Schwitters, Rob (2010). *Civiele aansprakelijkheid in sociologisch perspectief*. Amsterdam, Faculteit der Rechtsgeleerdheid (UvA).
Schwitters, R.J.S. (2000). *Recht en samenleving in verandering*. Deventer, Kluwer/Open Universiteit Nederland.
Schwitters, R.J.S.(1991). *De risico's van de arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspectief*. Groningen, Wolters-Noordhoff.
Sels, L. (1999). *Organisaties, wat zijn dat? Een Luhmanniaanse kijk*. In: Tijdschrift voor Sociologie, 1996, volume 17, nr. 2. p. 305-323.
SER advies 02/06 (2006). *Nieuwe risico's: advies over de verzekerbaarheid van nieuwe arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's.* Den Haag, SER.
Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research – a practical handbook.* London, Sage Publications.
Smaling, Adri (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
Sorgdrager, B. (2002). *OPS, wat betekent dat voor de patiënt?*. In: TVP 2002. p. 82-84.
Sluiter, J. K., M. Rest, M. Frings-Dresen (2000). *Het Saltsa rapport: Richtlijnen voor de vaststelling van de arbeidsrelatie van Aandoeningen aan het Bewegingsapparaat in de*

Bovenste Extremiteit (ABBE's). Amsterdam, Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum.
Social Security Administration, SSA Publication No. 13-11801, (2008-2010). *Social Security Programs throughout the world: Europe 2010, Asia and the Pacific, 2008, Africa 2009, The Americas, 2009*. Social Security Administration Office of Retirement and Disability Policy, Office of Research, Evaluation, and Statistics, Washington, DC.
Steenberge, J. van, S. Klosse, J.M. de Leede (ed.) (1994). *Preventie: een solide basis voor sociale zekerheid?* Antwerpen/Apeldoorn, Maklu.
Steensma, Herman, Pascal Le Banc, Denise de Ridder (2007). *Interventieonderzoek in organisaties*. In: Schaufeli, Wilmar, Arnold Bakker (red.) (2007). De psychologie van arbeid en gezondheid. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
Stichting van de Arbeid (2004). *Najaarsoverleg 5 november 2004*. Den Haag, Stichting van de Arbeid, publicatienummer 15/04.
Swanborn, P.G. (1996). *Case- study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam, Boom.

Teijl, R., R.W. Holzhauer (1997). *Wisselende perspectieven in de rechtseconomie.* Rotterdam, Sanders Instituut (EUR).
Thomason, T., S. Pozzebon (2002). *Determinants of firm workplace health and safety and claims management practices.* Industrial and Labor Relations Review, volume 55, no 2.
Tijdschrift voor aansprakelijkheid en verzekering, A&V december 1996/6, Deventer, Kluwer.
TNO (2003 e.v.). *Monitor Arbeidsongevallen in Nederland 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.* Hoofddorp, TNO.
Tompa E., S. Trevithick, C. McLeod (2007). *Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. Scand. J. Work Environ Health; 33 (2). p.85–95.
Torenvlied, René, Agnes Akkerman (2005). *Preventiebeleid: een verkennende achtergrondstudie*. Den Haag, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), werkdocument 7.
Tromp, Coyan.(2004). *Breedbeeld wetenschap, een kritisch reflexief onderzoeksmodel gebaseerd op een breed rationaliteitsbegrip*. Utrecht, Jan van Arkel uitgeverij.

Van, A.J. (2003). *Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?* In: Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (TVP), 2003. Nummer 4.
VandeWeerdt, M. (1995). *De Arbeidsongevallenverzekering*. In: Medi-ius, jaargang 1994- 1.
Velthoven, B.C.J. van, P.W. van Wijck (2007). *Recht en efficiëntie, Een inleiding in de economische analyse van het recht.* Deventer, Kluwer
Verbeek, J., C.W. Broekkamp, L.C. van Cuilenburg et al. (2003). *Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij klachten aan arm, schouder of nek.* Utrecht, NVAB kwaliteitsbureau.
Verhoeven, J.C. (2002). *Op zoek naar de samenleving*. Leuven, Acco.
Vernooy, A.I.F. (2002). *Beroepsziekten tussen de twee Wereldoorlogen, juridische en medische overwegingen rond de begripsvorming.* In: Tijdschrift voor Bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde (TBV), nr. 5 (mei 2002).
Vinke, H. (1997). *Werknemerscompensatie bij beroepsgebonden schade*. Den Haag, SDU.
Visscher, L.T. (2009). *Onrechtmatigedaadsrecht*. In : Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Visscher, L.T. (2006). *Een rechtseconomische analyse van het Nederlandse onrechtmatigheidsrecht*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Vos, Rein (2004). *Gezondheidsrisico's en rechtvaardigheid op de werkplek.* In: De Vries, Gerard, Klasien Horstman (red.) Genetica van laboratorium naar samenleving. Amsterdam, Aksant.
Walters, David (2007). *An International Comparison of Occupational Disease and Injury Compensation Schemes.* Cardiff, Cardiff Work Environment Research Centre, Cardiff University.
Warning, Jan (2000). *Werkdruk nieuw vakbondsthema*. Zeist, Kerckebosch.
Waterman, Y. (2009). *De aansprakelijkheid van de werkgever voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.* Den Haag, Boom Juridische uitgevers.

Weterings, W.C.T. (red.) (2007). *De economische analyse van het recht: rechtseconomische beschouwingen*. Den Haag, Boom Juridische uitgevers.
Weterings, W. (1999). *Vergoeding letselschade en transactiekosten.* Tilburg, Tilburg Universiteits Pers.
Weijenberg, Johan (2006). *Schilder veilig……., een noodzaak!*. Groningen, Hanzehogeschool.
Wilthagen, Ton (1994). *Reflexive rationality in the regulation of occupational safety and health*. In: Rogowski, Ralf, Ton Wilthagen (eds). Reflexive labour law. Deventer, Boston, Kluwer Law and Taxatation Pubishers.
Wilthagen, Ton, Tonny Willenborg (1995). *Vormt het privaatrecht dé oplossing voor slachtoffers van beroepsziekten?* In: Rechtshulp 1995-4, Alphen aan den Rijn, Samsom/Tjeenk Willink.
Wright, M., S. Marsden (2002) *Changing business behaviour- would bearing the true cost of poor health and safety performance make a difference?* Norwich, HSE contract research report 436/2002.
Wright, Michael , Rebecca Lancaster, Catherine Jacobson-Maher, Medha Talwalkar and Tony Woolmignton (2000). *Evaluation of the Good Health is Good Business Campaign*. CRR 272/2000, HSE Books.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods.* London, Sage Publications.

Zoller, Heather M. (2003). *Health on the line: Identity and disciplinary control in employee occupational health and safety discourse. In: Journal of applied communication research*. Vol 13, no 2, May 2003. p 118-139.
Zonmw (2006). *Programma preventie 2008-2011*. Den Haag, Zonmw.

Geraadpleegde websites:

- acv-online.be/
- arbac.nl.
- arbokennisnet.nl
- belgiëlex.be
- beroepsziekten.nl
- besacc.be
- cdc.gov/niosh/hhe
- ccg.cochrane.org
- eur-lex.europa.eu
- eurofoundeuropa.eu.
- faofat.fgov.be
- fesrvsd.fe.unl.pt
- fmp-fbz.fgov.be
- gezondheidsraad.nl
- inspectieszw.nl
- ilo.org/
- jur.uva.nl/hsi
- nationaalkompas.nl
- rivm.nl
- ssa.gov
- vca.nl
- werk.belgie.be
- zonmw.nl



Samenvatting

In Nederland lopen jaarlijks meer dan 200.000 werknemers letsel en verzuim op door een arbeidsongeval en krijgen naar schatting 25.000 werknemers per jaar een beroepsziekte. Jaarlijks overlijden in Nederland naar schatting 3.000 mensen door het werk.
De Nederlandse Arbowet stelt, analoog aan de wetgeving in andere Europese landen, eisen aan het arbeidsomstandighedenbeleid in de arbeidsorganisatie, zodat arbeidsongevallen en beroepsziekten voorkomen worden of, na het ontstaan ervan, adequate maatregelen volgen om herhaling te voorkomen.

Letsel kan ontstaan als de preventie heeft gefaald. Werknemers die letselschade oplopen door een arbeidsongeval of beroepsziekte kunnen een beroep doen op werknemerscompensatie. Werknemerscompensatie kan worden gedefinieerd als:

> "Elke specifieke formele wijze van compensatie van schade bij werknemers (of nabestaanden) die ontstaan is ten gevolge van een beroepsziekte of arbeidsongeval."

Het centrale thema van dit onderzoek is of werknemerscompensatie een rol speelt in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in de arbeidsorganisatie. Anders gezegd: Wat is de preventieve functie van werknemerscompensatie, naast de compenserende functie?

In dit onderzoek staat de situatie in Nederland centraal. Nederland kende de afgelopen honderd jaar verschillende systemen van werknemerscompensatie, met name de directe verzekering op basis van de Ongevallenwet, het Silicosefonds, de civielrechtelijke werkgevers-aansprakelijkheid, de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid, het Instituut voor Asbestslachtoffers, en verschillende cao-regelingen die voorzien in compensatie van de geleden schade. De laatste vier systemen bieden de Nederlandse werknemer op dit moment de mogelijkheid tot het verhalen van schade.

Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het onderzoek
Er bestaan in Nederland allerlei opvattingen over de preventieve effecten van verschillende werknemerscompensatiesystemen, maar die opvattingen missen een empirisch-wetenschappelijke basis. In Nederland is geen empirisch onderzoek beschikbaar naar de preventieve werking van werknemerscompensatie in arbeidsorganisaties. Het is zelfs onbekend in welke mate op dit moment een beroep wordt gedaan op de bestaande systemen van werknemerscompensatie. Wat in de arbeidsorganisatie aan preventie gebeurt als schade door een arbeidsongeval of beroepsziekte wordt verhaald, en wat daarop de invloed is van werknemerscompensatiesystemen (en van de respectievelijke preventie-instrumenten die tot deze systemen behoren) is duister.

Empirisch onderzoek kan inzicht bieden in de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Onderzoeksvraag 1 (inclusief de vier daarbij behorende deelvragen; zie hiervoor kader 1) heeft betrekking op die relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten.
Onderzoek naar de preventieve functie van werknemerscompensatie is niet alleen wetenschappelijk relevant, maar heeft ook maatschappelijke waarde. Het voorkomen van arbeidsongevallen en beroepsziekten kan leiden tot vermindering van menselijk leed en tot vermindering van maatschappelijke kosten. Mede op aandringen van de International Labour Organization (ILO) staat Nederland aan de vooravond van de herintroductie van een nieuw publiek of privaat systeem van werknemerscompensatie. Daarom is de vraag actueel of, naast de publieke arbeidsomstandighedenwetgeving, werknemerscompensatie een rol kan spelen in de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. Als die laatste vraag bevestigend wordt beantwoord, dan is de vervolgvraag hoe een dergelijk systeem zodanig kan worden ingericht dat het een bijdrage levert aan de vermindering van het aantal beroepsziekten en arbeidsongevallen, en daardoor ook weer tot vermindering van de aanspraak op die werknemerscompensatie. Onderzoeksvraag 2 heeft betrekking op die maatschappelijke relevantie.

Kader 1: Onderzoeksvragen

1. Wat is de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
   a. Welke verschillende systemen van werknemerscompensatie zijn er, wat zijn de kenmerken van die systemen, en wat is het gebruik ervan?
   b. Wat is de samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
   c. Bestaat er verschil in samenhang tussen de onderscheiden werknemerscompensatiesystemen en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?
   d. Welke factoren zijn van invloed op de (mogelijk verschillende) samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

2. Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?

Exploratief onderzoek

In het empirisch gedeelte van dit onderzoek worden vier systemen van werknemerscompensatie onderzocht. De eerste twee zijn in Nederland bestaande systemen van werknemerscompensatie; de laatste twee systemen zijn afkomstig uit België:

- de zogeheten Aansprakelijkheidsverzekering Bedrijven (in dit onderzoek afgekort met AVB NL);
- de op een regeling in de cao bouw gebaseerde collectieve ongevallenverzekering (in dit onderzoek afgekort met COV NL);
- het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE);
- de Arbeidsongevallenverzekering (AOV BE).

Zowel compensatie en preventie van schade door beroepsziekten als van arbeidsongevallen zijn onderzocht. Bij arbeidsongevallen is gekozen voor de bouwsector omdat deze sector een hoge incidentie van arbeidsongevallen kent en preventie ervan reeds lange tijd in de belangstelling staat. Bij beroepsziekten ligt het accent op twee specifieke beroepsziekten (RSI en OPS) en niet op een specifieke sector.

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor een exploratieve onderzoeksbenadering. Een dergelijke aanpak past het best bij de beperkte wetenschappelijke kennis over het vraagstuk van werknemerscompensatie en preventie in arbeidsorganisaties en bij de, tot op heden, weinig gevarieerde methodologische benadering van dit onderwerp.

Onderdeel van dit exploratief onderzoek is de zoektocht (in hoofdstukken 1 tot en met 3) naar de voor dit onderzoek geschikte onderzoeksmethoden. Daarnaast bieden de hoofdstukken 1 tot en met 3 een overzicht van de verschillende systemen van werknemerscompensatie (hoofdstuk 1), van de stand van het wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en de twee geselecteerde beroepsziekten (hoofdstuk 2) en van de stand van het wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties (hoofdstuk 3). De definitieve onderzoeksaanpak die gebaseerd is op die zoektocht wordt gepresenteerd in hoofdstuk 4.

Het empirisch onderzoek dat antwoord geeft op de onderzoeksvragen bestaat uit drie deelonderzoeken. Deelonderzoek 1 is een analyse van de kenmerken van de vier compensatie-systemen. Deelonderzoek 2 is een vragenlijstonderzoek onder werkgevers en werknemers in

Nederland en België. Deelonderzoek 3 bestaat uit zeven casestudies. De resultaten van deze deelonderzoeken worden gepresenteerd in de hoofdstukken 5 tot en met 8.

Hoofdstuk 1: Werknemerscompensatie
Dit hoofdstuk bestaat uit een verkenning van het terrein van werknemerscompensatie. Een dergelijke verkenning is niet eenvoudig. Er bestaat geen 'handboek werknemerscompensatie' waarin dit verschijnsel systematisch beschreven is. De kennis over werknemerscompensatie is gefragmenteerd. Bovendien wordt werknemerscompensatie in de bestaande literatuur voornamelijk vanuit juridisch oogpunt beschreven en becommentarieerd. Een meer sociologische analyse van werknemerscompensatie als sociaal systeem is niet aangetroffen.

Het belangrijkste doel van dit hoofdstuk is een verkenning van werknemerscompensatie als sociaal- juridisch systeem, dat wil zeggen een systeem in termen van functie, structuur, actoren en regels. De uitkomst van die verkenning biedt de basis voor de analyse, in hoofdstuk 5, van de vier werknemerscompensatiesystemen in Nederland en België. Die analyse is op haar beurt weer van belang om in het tweede en derde deel van het empirisch onderzoek, waarvan hoofdstuk 6, 7 en 8 verslag doen, na te gaan welke actoren actief zijn binnen het compensatiesysteem, welke preventie-instrumenten die actoren tot hun beschikking hebben en wat de invloed is van die actoren en preventie-instrumenten op de preventie in de arbeidsorganisatie.

Werknemerscompensatie kan op basis van verschillende criteria worden ingedeeld. In het kader van dit onderzoek is gekozen voor de indeling op basis van de juridische verhouding tussen werkgever, werknemer en de 'verzekeraar'. Werknemerscompensatie creëert een extra juridische verhouding tussen die actoren. Op basis van dit criterium kunnen vijf typen van werknemerscompensatie worden geduid:
1. compensatie op basis van (werkgevers) aansprakelijkheid,
2. compensatie op basis van een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid,
3. compensatie op basis van een directe verzekering,
4. een compensatiefonds,
5. contractuele compensatie.

In het kader van de terreinverkenning is nagegaan welke andere elementen van invloed zijn op werknemerscompensatie. Daarbij is zowel gekeken naar overige (juridische) elementen die van invloed zijn op werknemerscompensatie als naar elementen waarmee werknemerscompensatie als sociaal systeem kan worden beschreven. Dit deel van de terreinverkenning levert negen elementen op waarmee de beschrijving van werknemerscompensatie als sociaal juridisch systeem gecompleteerd kan worden. Die negen elementen zijn kring van verzekerden, verzekerd risico, claimbeoordeling, voorzieningen, administratieve uitvoering, toezicht, financiering, preventietaken en preventie-instrumenten en plaats ten opzichte van de sociale zekerheid.

De beschrijving van de negen elementen geeft onder andere inzicht in de actoren die actief kunnen zijn rond de uitvoering van een compensatiesysteem. Naast de werknemer en actoren namens de werkgever of de werkgever zelf, zijn dat actoren namens de verzekeraar zoals claimbeoordelaars (o.a. medische experts, arbeidshygiënische experts, schadedeskundigen, juridische adviseurs), actoren die betrokken zijn bij de administratieve uitvoering en actoren die namens de verzekeraar betrokken zijn bij de uitvoering van preventie. Ook kunnen actoren betrokken zijn namens de 'toezichthouders'. Hiertoe behoren zowel private actoren als publieke actoren en actoren namens de rechtelijke macht.

Op basis van de terreinverkenning ontstaat een samenhangende indeling van werknemers-compensatie in typen van werknemerscompensatie en verschillende concrete werknemers-compensatiesystemen. Tabel 1 biedt een overzicht van die indeling in de vijf typen werknemerscompensatie, de (negen) elementen, en de verschillende compensatiesystemen. De tabel maakt zichtbaar dat tot een type werknemerscompensatie verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen behoren. De wereld van werknemerscompensatie blijkt te

bestaan uit een lappendeken van verschillende concrete werknemerscompensatiesystemen, die, zelfs binnen één land, naast elkaar kunnen bestaan en die in de praktijk op veel verschillende wijzen zijn vormgegeven.

Tabel 1: Indeling van werknemerscompensatie naar typen en systemen

Vijf typen werknemerscompensatie	Negen elementen	Compensatiesystemen
1. Werkgeversaansprakelijkheid	1. Kring verzekerden 2. Verzekerd risico 3. Claimbeoordeling 4. Voorzieningen 5. Administratieve uitvoering 6. Toezicht 7. Financiering 8. Preventie-instrumenten 9. Positie ten opzichte van sociale zekerheid	-Werkgeversaansprakelijkheid op basis van risico (NL) -Werkgeversaansprakelijkheid op basis van schuldaansprakelijkheid inzake schade bij derden (BE, D)
2. Verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid		-AVB (NL) -AVB (BE) -ELA (VK)
3. Directe verzekering		-Arbeidsongevallenverzekering (BE, D) -Industrial Injury Scheme (VK) -Workers compensation insurance (USA, AUS)
4. Compensatiefonds		-FBZ (BE) -IAS (NL) -Black lung disease fund (USA) -Labour market occupational disease fund (DK)
5. Contractuele compensatie		-COV (NL) -AFA (SWE) -EG- compensatieregeling (EG)

Vier van deze vijf systemen van werknemerscompensatie worden in deze studie aan een nader onderzoek onderworpen:

- Twee systemen die voorkomen in Nederland:
  - de verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid (hier afgekort met AVB NL, aansprakelijkheidsverzekering bedrijven);
  - en de contractueel geregelde compensatie van arbeidsongevallen via de cao bouw (hier afgekort met COV NL).
- Twee systemen die in België voorkomen:
  - de Arbeidsongevallenverzekering (een systeem van wettelijk verplichte directe verzekering; hier afgekort met AOV BE);
  - en het Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ BE), een publiek fonds ter compensatie van schade door beroepsziekten.

Hoofdstuk 2: Preventie

In hoofdstuk 2 staat preventie centraal. Het hoofdstuk gaat na wat onder preventie wordt verstaan, welke actoren een rol spelen in preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, wat de stand is van het wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties en hoe dat onderzoek wordt vormgegeven.

Preventie is verbonden met het handelen van meerdere actoren, die (verschillende) preventieve interventies kunnen uitvoeren, en daarbij gebruik maken van diverse middelen om de preventiedoelen te bereiken.

In de gezondheidswetenschap domineert de rationeel wetenschappelijke benadering van het vraagstuk van preventie. Experts worden geacht op basis van kennis van de risicofactoren en gedragsdeterminanten zoveel mogelijk ‘evidence based’ interventies te plegen. In de gezondheidswetenschap onderscheidt men drie vormen van preventie, namelijk:

- primaire preventie (beïnvloeding van risicofactoren),
- secundaire preventie (vroegtijdig onderkennen van gezondheidsproblemen),
- tertiaire preventie (verergering van ziekte en letsel voorkomen).

Hoofdstuk 3 voegt hieraan een vierde vorm van preventie toe, namelijk quartaire preventie (beheersing van de schadelast).

Via arbeidsomstandighedenwetgeving wordt een wettelijke invulling gegeven aan preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. De wetgeving is gebaseerd op een aantal paradigma's. Naast het rationeel wetenschappelijk paradigma (de werkgever moet zich op de hoogte stellen van de stand van de wetenschap en de techniek, en zich laten bijstaan door experts), gaat men in de wetgeving uit van het beschermingsparadigma (de werkgever wordt geacht de werknemer te beschermen) en van het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende zelfregulering van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Dit laatste impliceert dat werkgever en werknemer zoveel mogelijk samen (met hulp van interne en externe experts) via beleid, organisatie en communicatie vormgeven aan de optimalisering van de arbeidsomstandigheden.

Hoofdstuk 2 besteedt ook aandacht aan preventie van RSI, OPS en arbeidsongevallen. Het wetenschappelijk onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties blijkt in de kinderschoenen te staan. Uit het beschreven onderzoek is niet op te maken wat onder effectieve primaire, secundaire en tertiaire preventie van OPS en RSI moet worden verstaan. Voor zover evidence based interventies zijn aangetroffen, is het maar de vraag of die interventies onder alle omstandigheden overdraagbaar zijn naar andere arbeidsorganisaties dan die waarin het betreffende onderzoek heeft plaatsgevonden.

Het onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen in arbeidsorganisaties is van een andere orde dan dat naar preventie van beroepsziekten. Alhoewel er wel 'zekere' kennis is over noodzaak en inhoud van de structuur van een goed veiligheidsmanagementsysteem, is in het veiligheidsonderzoek, in tegenstelling tot het onderzoek naar preventie van beroepsziekten, het leveren van een evidence based aanpak niet het voornaamste doel. In de veiligheidskunde zijn verschillende variabelen (techniek, organisatie en gedrag) onderwerp van onderzoek en bestaat met name aandacht voor primaire preventie. Binnen de veiligheidskunde is geen aandacht voor secundaire en tertiaire preventie. Het ex post perspectief, via analyse van ongevallen, is sterk vertegenwoordigd. In die ongevalsanalyse wordt de nadruk gelegd op de leereffecten voor de organisatie. De analyse draagt vooral bij aan de ontwikkeling van het veiligheidsmanagement. De veiligheidskunde is daardoor meer handelingsgericht dan het gezondheidskundige onderzoek, zij het dat vooral aandacht bestaat voor het handelen van de experts en het management. Het perspectief van de werknemer en zijn handelingsmogelijkheden blijft grotendeels buiten beeld.

Het bestaande wetenschappelijk onderzoek naar effectieve preventie van beroepsziekten, en in mindere mate van arbeidsongevallen, heeft weinig oog voor de context van de arbeidsorganisatie. Uit het wetenschappelijk onderzoek kunnen we niet opmaken onder welke omstandigheden succesvolle preventieve interventies in arbeidsorganisaties plaatsvinden. De arbeidsorganisatie blijft een *blackbox*. Wat in de arbeidsorganisatie gebeurt blijft onduidelijk. Het bestaande onderzoek naar preventie biedt dus weinig aanknopingspunten voor de opzet van dit empirisch onderzoek naar preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties.

Hoofdstuk 3: De wetenschap over de relatie compensatie en preventie
Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de huidige wetenschappelijke kennis over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties. De rechtseconomische stroming is daarin dominant. Het hoofdstuk bevat een beschrijving van de stand van die rechtseconomische theorie over de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie, en van het empirisch onderzoek naar die relatie.

In het rechtseconomisch onderzoek ligt de nadruk op de invloed van financiële prikkels op preventie. De rechtseconomie introduceert het incentive paradigma in het preventiedenken. Door de toediening van incentives (financiële prikkels) probeert de ene partij (de verzekeraar, de overheid) gewenst gedrag te realiseren bij de andere partijen (werkgever, werknemer). Men gaat ervan uit dat actoren doelrationeel (kunnen) handelen en zich laten leiden door financiële prikkels. Daarmee introduceert de rechtseconomie een nieuwe vorm van preventie. Naast primaire-, secundaire en tertiaire- preventie legt zij de nadruk op de beheersing en de verdeling van de schadelast. Dit laatste wordt in dit boek aangeduid als quartaire preventie. Quartaire preventie is gericht op beheersing van de schadelast en de ongevalskosten en op een efficiënte schadelastverdeling. In de rechtseconomie gaat men ervan uit dat financiële prikkels in compensatiesystemen een zodanige invloed kunnen hebben op de schadelast van betrokken actoren dat daling of stijging van arbeidsongevallen ontstaat en de arbeidsomstandigheden verbeteren.

Het hoofdstuk laat zien dat de rechtseconomische benadering van het vraagstuk van compensatie en preventie slechts in beperkte mate gesteund wordt door empirische onderzoeksresultaten. Er zijn wel enige aanwijzingen voor de preventieve werking van die financiële prikkels, maar die aanwijzingen gaan niet in dezelfde richting. Dat wil niet zeggen dat de stellingen die de rechtseconomie betrekt per definitie onjuist zijn, echter het tegendeel kan op basis van het empirisch wetenschappelijke onderzoek evenmin worden beweerd. De rechtseconomie heeft bovendien geen visie op of analyse van wat er binnen arbeidsorganisaties gebeurt met financiële prikkels. De arbeidsorganisaties zijn, voor de rechtseconomie, black boxes. Onduidelijk is wat financiële prikkels teweeg brengen in die arbeidsorganisaties.

Het empirisch onderzoek naar de relatie werknemerscompensatie en preventie verschaft nauwelijks aanknopingspunten voor de opzet van dit onderzoek naar compensatie en preventie ín arbeidsorganisaties, aangezien de meeste studies geen inzicht bieden in wat er binnen arbeidsorganisaties gebeurt en wat het handelen van actoren wel en niet bijdraagt aan preventie. Ook bieden de studies geen inzicht in welke risicofactoren van arbeidsongevallen wel en niet door de financiële prikkels beïnvloed worden. Bovendien zijn geen studies beschikbaar naar de relatie met preventie van beroepsziekten. Een uitzondering hierop vormt een Canadese studie waarin men door middel van een combinatie van vragenlijstonderzoek en casestudies bij zowel werknemers als werkgevers inzicht heeft verkregen in de gevolgen van een bepaald systeem van werknemerscompensatie (een directe verzekering met premiedifferentiatie) op een beperkt aantal aspecten van preventie in arbeidsorganisaties.

Hoofdstuk 4: Onderzoeksopzet en onderzoeksmethodologie
Dit hoofdstuk zet uiteen op welke wijze in dit proefschrift het empirisch onderzoek is vormgegeven naar de preventieve werking van de twee bestaande compensatiesystemen in Nederland (AVB NL en COV NL) en twee systemen van werknemerscompensatie in België (AOV BE en FBZ BE).

Er is gekozen voor drie deelonderzoeken waarin verschillende methoden van onderzoek toegepast zijn:

- Deelonderzoek 1 bestaat uit een analyse van de kenmerken van de vier compensatiesystemen en een inventarisatie van de preventie-instrumenten die tot elk van die vier compensatiesystemen behoren.
- Deelonderzoek 2 is een vragenlijstonderzoek onder werkgevers en werknemers in Nederland en België die te maken hebben gehad met schadevergoeding in verband met een arbeidsongeval of beroepsziekte. Voor dat vragenlijstonderzoek zijn acht preventie-indicatoren ontwikkeld. Vijf indicatoren hebben betrekking op primaire preventie (*is er herhaling van het ongeval of de beroepsziekte?; zijn er maatregelen getroffen om arbeidsongeval/ beroepsziekte te voorkomen?; werkt de betrokken werknemer veiliger of gezonder?; werken de collega's veiliger of gezonder?; zijn in het algemeen de arbeidsomstandigheden beter?)* en twee indicatoren hebben betrekking op tertiaire preventie (*is de werknemer hersteld van het letsel?; is de*

werknemer nog werkzaam?). Eén indicator heeft betrekking op veranderingen in de preventiestructuur.
- Deelonderzoek 3 bestaat uit zeven casestudies. Dit casestudie-onderzoek heeft als doel het in detail analyseren van preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Tevens hebben de casestudies als doel leerervaringen op te doen over de wijze waarop werknemerscompensatie en preventie op een optimale wijze met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

De drie deelonderzoeken geven een deel van het antwoord op een of meerdere onderzoeksvragen. Tabel 2 geeft een overzicht van de onderzoeksvragen en de deelonderzoeken. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van data-triangulatie (gebruik van meerdere databronnen) en methoden-triangulatie (gebruik van meerdere onderzoeksmethoden). In hoofdstuk 8 zijn de uitkomsten van de drie deelonderzoeken met elkaar in verband gebracht. Door de uitkomsten van de verschillende deelonderzoeken met elkaar te combineren kan een meer betrouwbaar en valide antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen dan wanneer geen triangulatie zou zijn toegepast.

Tabel 2: Deelonderzoeken en onderzoeksvragen

	Deelonderzoek 1 (systeemanalyse)	**Deelonderzoek 2 (vragenlijstonderzoek)**	**Deelonderzoek 3 (casestudies)**
Onderzoeksvraag 1a : kenmerken systemen			
Onderzoeksvraag 1b : samenhang tussen compensatie en preventie			
Onderzoeksvraag 1c : verschil in samenhang tussen compensatie en preventie			
Onderzoeksvraag 1d : invloedsfactoren			
Onderzoeksvraag 2: optimale vormgeving			

Het exploratief onderzoek heeft als doel na te gaan wat in concrete arbeidssituaties gebeurt nadat een schadeclaim is ingediend en afgerond. Daarom is ervoor gekozen de verschillende fasen van het letselschadeproces als kader te nemen voor de uitvoering van het empirisch onderzoek. In dat proces kunnen zeven verschillende fasen worden onderscheiden. Die zeven fasen zijn:

1. de pre-claim fase, de situatie van de getroffen werknemer en van de arbeidsorganisatie voorafgaand aan een claim;
2. de fase van 'naming', waarin het letsel ontstaat;
3. de fase van 'blaming', waarin de getroffen werknemer de oorzaak van letsel toeschrijft aan de arbeidsorganisatie of aan actoren daarbinnen;
4. de claimfase, waarin de arbeidsorganisatie (en/of diens verzekeraar) wordt geconfronteerd met een schadeclaim;
5. de dispuutfase, waarin werknemer, werkgever, verzekeraar en/of juridisch belangenbehartigers overleggen, onderhandelen of strijden over de rechtmatigheid van de claim en de hoogte ervan;
6. de afhandeling van een claim;
7. de post-claim fase, de situatie na een afgeronde schadeclaim.

Zowel het vragenlijstonderzoek als het casestudie-onderzoek zijn uitgevoerd in fase 7. In het casestudie-onderzoek is bovendien in detail nagegaan welke veranderingen zijn opgetreden in de eerste 6 fasen.

Hoofdstuk 5: De kenmerken van vier compensatiesystemen

Dit hoofdstuk beschrijft de specifieke kenmerken van elk van de vier compensatiesystemen. Op basis van literatuurstudie, interviews met verzekeraars, werkgevers, werknemers en

dossierstudie van letselschadeclaims is een analyse gemaakt van de vier compensatiesystemen en zijn de preventie-instrumenten per compensatiesysteem in kaart gebracht.

Verschillende inhoud en verschillende context
De vier compensatiesystemen zijn beschreven aan de hand van de negen elementen die voor de uiteindelijke vormgeving van een concreet werknemerscompensatiesysteem van belang zijn. Hierin gaat bijzondere aandacht uit naar de beschrijving van de preventie-instrumenten per compensatiesysteem. Tabel 3 geeft een beknopt overzicht van de beschrijving van de vier compensatiesystemen. De vier systemen verschillen inhoudelijk op nagenoeg alle negen elementen. Alleen de twee Belgische systemen vertonen gelijkenissen op de elementen kring verzekerden, claimbeoordeling en vergoedingen/voorzieningen.

De beschrijving van de vier afzonderlijke systemen is voorafgegaan door een schets van de positie van de werknemerscompensatie ten opzichte van de sociale zekerheid in Nederland en België. Daaruit blijkt dat werknemerscompensatie in Nederland zich in een andere context bevindt dan die in België. In Nederland staat de werknemerscompensatie geheel los van de sociale zekerheid, terwijl in België beide systemen van werknemerscompensatie integraal onderdeel zijn van de sociale zekerheid. De verschillende positie komt onder andere tot uitdrukking in de omvang van de werknemerscompensatie. In Nederland maken jaarlijks naar schatting 4.200 werknemers gebruik van werknemerscompensatie, terwijl in België jaarlijks ruim 168.000 werknemers met een arbeidsongeval of beroepsziekte een vergoeding krachtens werknemerscompensatie ontvangen. Bovendien blijkt dat er in Nederland sprake is van een "compensatiegat" tussen het potentieel aantal schadeclaims, dat op ongeveer 25.000 per jaar wordt geschat, en het werkelijke aantal vergoedingen.

Veel preventie-instrumenten, beperkt gebruik
Alle vier compensatiesystemen beschikken over twee soorten preventie-instrumenten namelijk instrumenten op basis van expertise (waartoe ook het verzamelen en uitwisselen van informatie behoort) en financiële instrumenten. Die instrumenten kunnen een rol spelen bij het afsluiten van de polis, tijdens de schadeafhandeling of na de schadeafhandeling. De instrumenten kunnen gericht zijn op alle vier vormen van preventie bij een variëteit aan actoren: niet alleen de werkgever, maar ook de werknemer, de verzekeraar zelf of externe actoren zoals de ziektekostenverzekeraar.

De vier systemen vertonen onderling grote verschillen in de hoeveelheid instrumenten en de aard van die instrumenten. Compensatiesysteem AOV BE beschikt over de meeste preventie-instrumenten (26), gevolgd door AVB NL met 20 instrumenten en FBZ BE met 18 instrumenten. De COV NL beschikt over het minste aantal instrumenten (9). AOV BE beschikt bovendien over de meeste financiële instrumenten (17), gevolgd door FBZ BE (12), AVB NL (11) en COV NL (6).

In de Nederlandse compensatiesystemen worden de preventie-instrumenten maar beperkt ingezet. Als reden hiervoor worden marktomstandigheden aangevoerd. De concurrentie op de verzekeringsmarkt laat niet toe de klanten al te veel lastig te vallen met preventievraagstukken. Ook overwegen verzekeraars wel eens om niet in te grijpen in verband met de gevolgen die het kan hebben voor de rest van de verzekeringsportefeuille. Tenslotte noemen verzekeraars de kosten die ze moeten maken bij het inzetten van preventie-instrumenten als een reden voor hun terughoudendheid.

In de gesprekken die voor dit deelonderzoek zijn gevoerd, werd duidelijk dat private verzekeraars in België op verschillende wijze omgaan met de diverse preventiemogelijkheden. Sommige besteden relatief veel aandacht aan preventie, voor andere is het meer bijzaak. Ook hier is de marktpositie de belangrijkste reden om al dan niet in te grijpen. FBZ BE kan een

Tabel 3: Overzicht kenmerken vier compensatiesystemen

	AVB NL	COV NL	AOV BE	FBZ BE
Type werknemerscom-pensatie	verzekering tegen werkgevers aansprakelijkheid	contractuele compensatie via een collectieve ongevallenverzekering op basis van de cao bouw [672]	directe verzekering	schadefonds
Kring verzekerden	werknemers (+ nabestaanden) werkzaam bij de verzekerde werkgever	werknemers (+ nabestaanden) die onder de cao bouw vallen	werknemers (+ nabestaanden) en anderen die onder sociale zekerheid vallen	werknemers (+ nabestaanden) en anderen die onder sociale zekerheid vallen
Verzekerd risico	aansprakelijkheidsrisico werkgever	lichamelijke schade als gevolg van arbeidsongeval	fysieke en psychische gevolgen van arbeidsongeval op arbeidsplaats, arbeidswegongeval en woon-werkverkeer	beroepsziekten die voorkomen op een lijst en beroepsgebonden aandoeningen waarvan causaal verband kan worden aangetoond
Claimbeoordeling	verzekeraar beoordeelt schade op basis van arbo-technisch, medisch en arbeidsdeskundig onderzoek	beoordeling van mate van blijvende invaliditeit (b.i.) door medisch adviseur verzekeraar	beoordeling van mate van en de aard van arbeidsongeschiktheid (in het licht van het verlies concurrentievermogen) door raadsgeneesheer verzekeraar	beoordeling van mate van en de aard van arbeidsongeschiktheid (in het licht van het verlies concurrentievermogen) door raadsgeneesheer verzekeraar
Voorzieningen - Vergoedingen	in theorie wordt alle schade wordt vergoed: verlies arbeidsvermogen, medische kosten, smartengeld, revalidatie, re-integratie, zaakschade	drie rubrieken worden vergoed: A: overlijdensuitkering B. uitkering b.i. D. geneeskundige kosten	-geneeskundige verzorging -medische kosten -arbeidsongeschiktheid -nabestaanden	-geneeskundige verzorging -medische kosten -arbeidsongeschiktheid -nabestaanden
(Administratieve) uitvoering	aansprakelijkheids-verzekeraar	assurantiemakelaar	arbeidsongevallenverze-keraar & Fonds Arbeidsongevallen	Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ)
Toezicht en klachten	PVK & DNB Geschillencommissie/ Kifid, rechter	tot 2006: PVK, klachteninstituut verzekeringen, paritaire begeleidingscommissie, arbiter	CBFA Fonds Arbeidsongevallen arbeidsrechtbank arbeidshof	beheercomité Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ), Ministerie Sociale Zaken, algemene directie toezicht welzijn op het werk arbeidsrechtbank arbeidshof
Financiering	gedifferentieerde premiebetaling werkgever	tot 2006: bijdrage per loondag individuele werkgever; na 2006: collectieve financiering	gedifferentieerde premiebetaling werkgever	vaste heffing loonsom
Preventie-instrumenten	20 instrumenten, waarvan 11 financieel	9 instrumenten, waarvan 6 financieel	26 instrumenten, waarvan 17 financieel	18 instrumenten waarvan 12 financieel
Positie ten opzichte van sociale zekerheid	geen onderdeel sociale zekerheid; verandering in sociale zekerheid kan wel gevolgen hebben voor aantal en omvang schadeclaims	geen onderdeel sociale zekerheid; verandering in sociale zekerheid hebben geen gevolgen voor aantal en omvang schadeclaims	integraal onderdeel van sociale zekerheid	integraal onderdeel van sociale zekerheid
Omvang	ongeveer 90% van alle werkgevers heeft AVB. per jaar gemiddeld 1.500 toegekende claims waarvan 540 beroepsziekten	jaarlijks 3700 compensaties via de cao. in cao bouw via cov nl jaarlijks gemiddeld 143 compensaties	in de private sector gemiddeld 165.105 uitkeringen pjr ivm arbeidsongeschiktheid door arbeidsongevallen (bouw: 22.123)	in de private sector gemiddeld 3.002 uitkeringen pjr . ivm arbeidsongeschiktheid
Actoren	werknemer + juridisch adviseurs + medisch adviseurs+ experts	werknemer + juridisch adviseurs + medisch adviseurs+ experts	werknemer + preventieadviseur + arbeidsgeneesheer + behandelend geneesheer + verzekeringsgeneeskundig	werknemer + preventieadviseur + arbeidsgeneesheer + behandelend geneesheer + verzekeringsgeneeskundig

[672] Met ingang van 1 januari 2006 is de verzekering omgezet in een collectieve ongevallenregeling, waarbij het risico wordt gedragen door de bedrijfstak bouw. Tegelijkertijd is de polisdekking veranderd. Tot 2006 gold een zogenaamde 24 uurs dekking, waarbij arbeidsongevallen met letsel in privé tijd ook gedekt werden. Per 1 januari 2006 is dit veranderd in een functiedekking, waardoor de verzekerde periode is beperkt tot de werktijd en het woon-werkverkeer.

aantal preventie-instrumenten op eigen initiatief inzetten, maar is voor het gebruik van enkele andere preventie-instrumenten afhankelijk van de bereidheid van andere actoren (werknemer, werkgever, arbeidsgeneesheer of ziekenfonds).

Nadruk op quartaire preventie
De inventarisatie geeft ook een beeld van de vormen van preventie die nagestreefd worden. Bij AVB NL is quartaire preventie, beheersing van de schadelast van de verzekeraar, het primaire doel, alhoewel de geïnterviewden effecten van het compensatiesysteem op andere vormen van preventie wel mogelijk achten. Ook bij de COV NL is schadelastbeheersing van de verzekeraar van groot belang, alhoewel de COV NL ook enige aandacht besteedt aan tertiaire preventie ten behoeve van het individu. Bij de AOV BE is men gericht op quartaire preventie ten behoeve van zowel de verzekeraar als de verzekerde. Daarnaast worden vanuit het compensatiesysteem, in sommige gevallen, activiteiten ondernomen ter herstel en re-integratie van de getroffen werknemer (tertiaire preventie). Aandacht voor primaire preventie komt ook in sommige gevallen voor. Bij FBZ BE is aandacht voor alle vormen van preventie ten behoeve van de arbeidsorganisatie, de individuele werknemer en ten behoeve van de schadelastbeperking van FBZ BE zelf. Daartoe is een breed pallet aan preventie-instrumenten beschikbaar.

Hoofdstuk 6: De samenhang tussen werknemerscompensatie en preventie
Het vragenlijstonderzoek is uitgevoerd onder werknemers (n= 365) die een schadevergoeding hebben ontvangen op basis van een van de compensatiesystemen, en onder de betrokken werkgevers (n= 102). Deze respondenten zijn bevraagd over het al dan niet optreden van de preventieve veranderingen na afhandeling van de schadeclaim. De belangrijkste uitkomsten van het vragenlijstonderzoek zijn:

- De samenhang tussen werknemerscompensatiesystemen en preventie in arbeidsorganisaties is beperkt. Na een schadeclaim is slechts een beperkt aantal positieve preventieve veranderingen gesignaleerd. In 22% van de arbeidsorganisaties treedt geen enkele positieve verandering op. In 62% van de arbeidsorganisaties zijn maximaal twee positieve veranderingen gesignaleerd. In slechts 33% van alle arbeidsorganisaties zijn na afloop van het arbeidsongeval of de beroepsziekte maatregelen getroffen; in 33% van de arbeidsorganisaties is geen sprake van herhaling, in 28% van de arbeidsorganisaties hebben de collega's een veiligere of gezondere houding, in 20 % van de arbeidsorganisaties zijn de arbeidsomstandigheden verbeterd.
- De situatie van het merendeel van de getroffen werknemers is na de claim verslechterd. Slechts 51% heeft werk (in de oorspronkelijke arbeidsorganisatie of elders) na afronding van de claim, 48% heeft een veiligere of gezondere houding en slechts 18% is volledig hersteld van het letsel. Met uitzondering van het compensatiesysteem AVB NL, zijn de meeste werknemers wel (weer) aan het werk, zij het dat ze dat doen mét gezondheidsklachten. Het vragenlijstonderzoek laat zien dat de inkomenspositie van het merendeel van de betrokken werknemers is verslechterd.
- Het vragenlijstonderzoek toont significante verschillen tussen de vier compensatiesystemen. In het bijzonder tussen twee compensatiesystemen voor arbeidsongevallen en de twee compensatiesystemen die beroepsziekten compenseren.
- Het vragenlijstonderzoek levert aanwijzingen op dat de verschillen tussen compensatiesystemen vooral te relateren zijn aan de aard van gebeurtenissen (arbeidsongeval of beroepsziekte), en aan de verschillen tussen de arbeidsorganisaties (zoals de preventiestructuur, de verschillen en overeenkomsten in de perceptie van de actoren) en niet zozeer verband houden met de compensatiesystemen en de hoeveelheid en aard van de preventie-instrumenten van die systemen. De compensatiesystemen met veel preventie-instrumenten leiden niet tot meer preventie dan compensatiesystemen met minder preventie-instrumenten.

Dit deelonderzoek kent een beperkte representativiteit en betrouwbaarheid. Dit komt onder andere door de lage respons van werkgevers. Ook het grote aantal respondenten dat "weet niet" antwoordt, speelt daarin een rol. De representativiteit van dit onderzoek is eveneens beperkt omdat slechts twee soorten beroepsziekten zijn onderzocht en voor arbeidsongevallen

alleen de sector bouw in beschouwing is genomen. Het vragenlijstonderzoek is wel bruikbaar als eerste verkenning van het vraagstuk, maar biedt onvoldoende zekerheid omtrent de relatie werknemerscompensatie en preventie. Het vragenlijstonderzoek brengt tegenstellingen tussen de antwoorden van werkgevers en werknemers aan het licht. De werkgeversrespondenten melden relatief veel positieve preventieve veranderingen, hebben de neiging om de ernst van het voorval te bagatelliseren en zijn relatief slecht op de hoogte van de situatie en de opvattingen van de werknemers; de werknemers zijn vanzelfsprekend wel op de hoogte van het voorval en de ernst daarvan, maar melden relatief minder vaak positieve preventieve veranderingen, of zij antwoorden frequent "weet niet".

Hoofdstuk 7: Welke factoren hebben invloed op preventie na compensatie?
Dit hoofdstuk geeft aan de hand van het casestudie-onderzoek zicht op de preventieve veranderingen in arbeidsorganisaties tijdens en na de afronding van een schadeclaim. Aan de hand van zeven cases wordt nagegaan welke factoren invloed hebben op die preventieve veranderingen. De belangrijkste uitkomsten van dit deelonderzoek zijn:

- In de casestudies is evenals in het vragenlijstonderzoek zichtbaar dat er betrekkelijk weinig samenhang bestaat tussen de vier werknemerscompensatiesystemen en preventie. De vier compensatiesystemen hebben geen exclusieve invloed op veranderingen in de primaire-, secundaire en tertiaire preventie. Voor zover compensatiesystemen invloed hebben op preventie is dat enkel in combinatie met andere factoren. Een uitzondering hierop is de quartaire preventie. Hierop kunnen compensatiesystemen wel een exclusieve invloed hebben.
- De casestudies laten zien dat de mate van preventie geen constant gegeven is maar dat er sprake is van dynamiek. Deze dynamiek is gevat in de term preventiebalans. Met deze term wordt onderstreept dat in elke situatie er tegelijkertijd sprake is van positieve en negatieve preventieve veranderingen. Bovendien kunnen die tegenstrijdige veranderingen tegelijkertijd plaatsvinden bij alle vier vormen van preventie. Ook geeft de term preventiebalans weer dat de veranderingen tijdsgebonden zijn. Afhankelijk van het meetmoment is er dus sprake van een andere preventiesituatie en treft men een andere preventiebalans aan.
- Het casestudie-onderzoek bevestigt dat de verschillen in samenhang tussen werknemerscompensatiesysteem en preventie niet zozeer verband houden met de compensatiesystemen respectievelijk de hoeveelheid en aard van de preventie-instrumenten die tot die verschillende systemen behoren.
- De verschillen in relatie tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten zijn vooral terug te voeren op verschillen tussen arbeidsorganisaties. Het casestudie-onderzoek onderstreept de dominante invloed van de arbeidsorganisatie op preventieve veranderingen en de aard van de preventieve veranderingen. Twee organisatiekenmerken zijn hiervoor verantwoordelijk. Ten eerste de mate van responsiviteit van de actoren in de arbeidsorganisatie ten opzichte van externe invloeden. Ten tweede de communicatieve verhoudingen binnen die arbeidsorganisatie. Preventie van beroepsziekten lijkt in de betreffende cases nog slechter van de grond te komen dan preventie van arbeids-ongevallen. Andere (externe) factoren, waaronder werknemerscompensatiesystemen, hebben een bijrol.
- Tegelijkertijd maakt de casestudieanalyse wel geringe verschillen in invloed zichtbaar tussen de vier compensatiesystemen. In situaties waarin een compensatiesysteem over voldoende preventie-instrumenten beschikt waarvan enige invloed kan uitgaan, het compensatiesysteem wordt uitgevoerd door een verzekeraar die instrumenten daadwerkelijk toepast én de kwaliteit van de toepassing naar behoren is, kan een compensatiesysteem enige positieve invloed uitoefenen op de preventie in de arbeidsorganisatie.

De casestudiemethode is een geschikte onderzoeksmethode gebleken om inzicht te krijgen in de preventieve veranderingen die optreden in een arbeidsorganisatie na een schadeclaim, en de verschillende factoren die hierop van invloed kunnen zijn. Met behulp van de casestudies kan een complexe en dynamische praktijk inzichtelijk worden gemaakt. Het casestudie-onderzoek

biedt geen objectief beeld van de werkelijkheid, maar een weergave van de perceptie van de feiten, zienswijzen en perspectieven van de verschillende actoren. Met de conclusies uit de casestudies dient voorzichtig omgesprongen te worden. De selectie van de cases is afhankelijk van toeval en van de bereidheid van respondenten om deel te nemen aan een interview. Bovendien is slechts één onderzoeker betrokken geweest bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Het is niet duidelijk in hoeverre de cases representatief zijn voor andere arbeidsorganisaties. Tegenover de relatieve methodologische zwakte van de afzonderlijke deelonderzoeken staat de toepassing van twee vormen van triangulatie (data-triangulatie en methoden-triangulatie), waardoor de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeks-resultaten weer toeneemt.

Hoofdstuk 8: Werknemerscompensatie en preventie in de steigers
Dit hoofdstuk bestaat uit drie delen. Het eerste deel beantwoordt onderzoeksvraag 1 op basis van de uitkomsten van de drie deelonderzoeken. Deel twee geeft een antwoord op onderzoeksvraag 2. Daarin wordt betoogd dat werknemerscompensatie en preventie in de steigers moeten. Dit deel schetst de bouwstenen van een nieuwe benadering van werknemerscompensatie en preventie. Het laatste deel van het hoofdstuk bestaat uit een beschouwing over de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan deze nieuwe benadering.

Onderzoeksvraag 1
Het eerste deel van het hoofdstuk geeft op basis van de drie verschillende deelonderzoeken een samenvattend antwoord op onderzoeksvraag 1: "Wat is de relatie tussen werknemers-compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?" Hoofdstuk 8 vat het antwoord op deze vraag als volgt samen:

- De wereld van werknemerscompensatie blijkt te bestaan uit een lappendeken van verschillende systemen van werknemerscompensatie die naast elkaar kunnen bestaan en die in de praktijk op verschillende wijze vorm krijgen.
- Eén van de onderdelen waarop werknemerscompensatiesystemen van elkaar verschillen is het aantal en de aard van de preventie-instrumenten.
- De vier compensatiesystemen in Nederland en België verschillen sterk in het aantal preventie-instrumenten en in de aard van de preventie-instrumenten.
- De samenhang tussen de vier compensatiesystemen en de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties is beperkt.
- Die beperkte samenhang blijkt vooral een gevolg van de kenmerken van de desbetreffende arbeidsorganisaties. De betreffende arbeidsorganisaties hebben een beperkte responsiviteit, ze laten zich niet of nauwelijks beïnvloeden door prikkels van buiten, en de communicatieve verhoudingen in de arbeidsorganisaties zijn dusdanig dat gezamenlijke leerprocessen na een ongeval, beroepsziekte of schadeclaim niet of nauwelijks tot stand komen.
- Er bestaan verschillen in samenhang tussen de vier systemen van werknemerscompensatie en preventie. Die verschillen lijken vooral samen te hangen met verschillen tussen de arbeidsorganisaties. Daarnaast heeft de aard van het voorval enige invloed (preventie van beroepsziekten komt nog moeilijker van de grond dan preventie van arbeidsongevallen). De verschillen kunnen in beperkte mate verklaard worden uit de verschillen tussen de werknemerscompensatiesystemen zelf.

Onderzoeksvraag 2
Het tweede deel beantwoordt onderzoeksvraag 2: "Hoe kan werknemerscompensatie zodanig worden vormgegeven dat zij bijdraagt aan een optimale preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties?"

Ten behoeve van de beantwoording van deze onderzoeksvraag wordt in hoofdstuk 8 voortgeborduurd op de hoofdconclusie van onderzoeksvraag 1, namelijk dat preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten met name beïnvloed wordt door twee organisatie-kenmerken, de mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie ten opzichte van de omgeving en de communicatieve verhoudingen binnen de arbeidsorganisatie. Het onderzoek maakt

duidelijk dat (in de onderzochte situaties) van de bestaande preventiebenadering onvoldoende invloed uitgaat op de responsiviteit en de communicatieve verhoudingen in arbeidsorganisaties.

Die preventiebenadering, die zowel terug te vinden is in de arbeidsomstandighedenwetgeving als in de verschillende compensatiesystemen, is gebaseerd op vier elkaar deels overlappende paradigma's: het paradigma van het reflexief recht en de daarmee samenhangende zelfregulering in arbeidsorganisaties; het rationeel wetenschappelijk paradigma op basis waarvan een evidence based aanpak van preventie wordt nagestreefd; het beschermingsparadigma, dat uitgaat van de bescherming van de werknemer door de werkgever en het incentiveparadigma waarin de preventieve werking van financiële prikkels wordt verondersteld. Geen van deze paradigma's gaat uit van de invloed van de twee organisatiekenmerken (responsiviteit en communicatieve verhoudingen) of heeft ten doel deze organisatiekenmerken te beïnvloeden.

Hoofdstuk 8 betoogt dat met inachtneming van de waarde van de bestaande paradigma's twee nieuwe paradigma's nodig zijn. Het eerste paradigma wordt aangeduid als het interventieparadigma. Dit paradigma legitimeert 'ingrijpen achter de voordeur' in non-responsieve arbeidsorganisaties die geen adequate preventiemaatregelen treffen. In het interventieparadigma volgt altijd een ingreep achter de voordeur als blijkt dat in het bedrijf een arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan. Het tweede paradigma is het pragmatisch preventieparadigma. Dit paradigma biedt de basis voor de verbetering van communicatieve verhoudingen door middel van gezamenlijke leerprocessen in arbeidsorganisaties, waaraan alle relevante actoren kunnen deelnemen.

Hoofdstuk 8 levert een aantal bouwstenen voor een alternatieve preventiebenadering. Die bouwstenen bestaan uit de twee nieuwe paradigma's (het interventieparadigma en het pragmatisch preventieparadigma) en daarop gebaseerde methoden. Ook biedt het onderzoek bouwstenen voor de rolverdeling tussen de verzekeraar en de andere actoren die betrokken zijn bij de preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Tenslotte bestaan de bouwstenen uit een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil van een effectieve preventie sprake zijn. De bouwstenen zijn:

1. Het interventieparadigma
Het interventieparadigma heeft ingrijpen achter de voordeur van non-responsieve arbeidsorganisaties ten doel. Tot dit paradigma behoren drie interventiemethoden (vrijwilligheid, bemoeizorg, formele drang) die verschillen in de mate van interventie in de arbeidsorganisatie. Toepassing van de methoden is afhankelijk van de inschatting door de verzekeraar van de mate van responsiviteit van de arbeidsorganisatie.

Rolverdeling
De preventieve rol van de verzekeraar kan vooral goed uit de verf komen in de nazorgfase: als de actoren van het externe preventiesysteem niet in staat zijn gebleken zodanige interventies te plegen dat letselschade door het ongeval of de beroepsziekte is voorkomen en als die actoren ook niet adequaat ingrijpen na die letselschade, dan is een andere externe actor nodig om wél ervoor te zorgen dat preventie op gang komt. De verzekeraar kan een dergelijke rol vervullen. Het werknemerscompensatiesysteem fungeert daarmee als vangnet voor het geval het bestaande preventiesysteem, gebaseerd op de arbeidsomstandighedenwetgeving, niet werkt. De rol van de verzekeraar is dus beperkt tot die situaties waarin overige actoren falen in de uitoefening van hun preventieve taken.

Voorwaarden
Wil de toepassing van de interventiemethoden door de verzekeraar effectief zijn dan dient aan minimaal twee voorwaarden te worden voldaan:

- wil de verzekeraar invloed kunnen hebben op de preventie in arbeidsorganisaties dan dienen zowel werkgever als werknemer tot het cliëntsysteem te behoren;

- de verzekeraar moet een onafhankelijke positie hebben ten opzichte van het cliëntsysteem zodat hij de cliënten kan aanspreken op hun verantwoordelijkheid.

2. Het pragmatisch preventieparadigma

Het pragmatisch preventieparadigma heeft het op gang brengen van gezamenlijke leerprocessen ten doel. Dit paradigma kan in werknemerscompensatiesystemen worden vormgegeven door in de periode van nazorg een reconstructie te maken van het voorval, van het daardoor ontstane letsel en van de te nemen preventiemaatregelen. Via de methode van de reconstructie kan in arbeidsorganisaties de kennis en ervaring van de verschillende actoren over werkzame bestanddelen van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten bij elkaar gebracht worden tot een effectieve aanpak.

Voorwaarden

Wil deze preventieaanpak succesvol zijn dan moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Preventie als doelstelling
  Het opnemen van alle vier vormen van preventie als expliciete doelstelling (bijvoorbeeld in de verzekeringsvoorwaarden) maakt duidelijk dat compensatiesystemen ook daadwerkelijk (moeten) bijdragen aan alle vormen van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten en niet alleen aandacht besteden aan de beperking van de schadelast als (impliciete) doelstelling, zoals nu doorgaans de praktijk is.
- Vroegtijdig ingrijpen
  Vroegtijdig ingrijpen is niet alleen van belang om arbeidsongevallen en beroepsziekten te voorkomen, maar is ook wenselijk op het moment dat letsel door een arbeidsongeval of beroepsziekte is ontstaan. Snel ingrijpen draagt niet alleen bij aan het voorkomen van herhaling van het voorval, of verergering van de situatie, maar kan ook bijdragen aan het herstel van de individuele werknemer.
- Ruime definitie van stakeholders
  Het casestudie-onderzoek laat zien dat verschillende actoren stakeholder (belanghebbende) kunnen zijn. Voor het realiseren van preventie kan betrokkenheid van verschillende stakeholders dus gewenst zijn. Stakeholderschap kan ontleend worden aan het gegeven dat men onderdeel is van het probleem of onderdeel kan zijn van de oplossing van dat probleem. Afhankelijk van de situatie behoren tot de groep stakeholders niet alleen de verzekeraar, de werkgever, de getroffen werknemer en interne en externe preventie-experts, maar ook actoren uit de gezondheidszorg (medisch specialisten, ziektekostenverzekeraar) of opdrachtgevers.
- Zeggenschap
  Ieder stakeholder moet de vrijheid hebben tot deelname aan de gezamenlijke leerprocessen hebben. Deelname impliceert ook dat de stakeholders mogen inbrengen wat ze nodig achten, zonder dat dit negatieve consequenties heeft voor de eigen positie.
- Openbare informatie
  Op dit moment is de informatie over het ontstaan van arbeidsongevallen en beroepsziekten, het letsel dat daardoor ontstaat en de preventie ervan, niet beschikbaar voor alle stakeholders. Datzelfde geldt voor de informatie (zoals de RIE) waarop de werkgever het arbeidsomstandighedenbeleid baseert en evalueert. Wil in een arbeidsorganisatie een gezamenlijk leerproces op gang komen dan zal deze informatie voor alle stakeholders beschikbaar moeten zijn.

Wetenschappelijk onderzoek

Het boek sluit af met een beschouwing over de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de relatie tussen werknemerscompensatie en preventie. Die bijdrage kan bestaan uit onderzoek naar de externe validiteit van de onderzoeksresultaten die hier beschreven zijn. Het is van belang na te gaan of ook in andere

arbeidsorganisaties, met letsel door beroepsziekten en arbeidsongevallen, communicatieve verhoudingen en responsiviteit een doorslaggevende rol spelen in het al dan niet optreden van preventieve veranderingen. Ook kan dergelijk onderzoek informatie opleveren over de waarde van de voorgestelde rolverdeling tussen verzekeraars, arbodiensten, vakbonden en arbeidsinspectie.

Omdat het terrein van werknemerscompensatie en preventie om meerdere redenen als complex kan worden aangeduid (diverse factoren hebben invloed; tussen de actoren bestaan verschillen in perspectief, macht en informatie; de onderzochte arbeidssituaties vertonen onderling grote verschillen) wordt gepleit voor handelingsonderzoek waarin alle relevante actoren participeren. Dergelijk handelingsonderzoek zou onder andere gericht moeten zijn op:

- de ontwikkeling van effectieve, met compensatiesystemen verbonden interventiemethoden om de responsiviteit van arbeidsorganisaties te vergroten,
- de ontwikkeling van een of meerdere methoden van de reconstructie die bijdragen aan een effectieve aanpak van preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten,
- evaluatieonderzoek waarin nagegaan wordt welke de (niet) werkzame bestanddelen zijn van verschillende succesvolle of minder succesvolle praktijken van preventie als gevolg van ingrijpen van de verzekeraar.

Bijlagen

1. **Opzet deelonderzoek 2: vragenlijstonderzoek werknemerscompensatie en preventie** **387**

2. **Opzet deelonderzoek 1: kenmerken van de vier compensatiesystemen** **397**

3. **Deelonderzoek 3: zeven casestudies over compensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten** **405**

Bijlage 1

Opzet deelonderzoek 2: vragenlijstonderzoek werknemerscompensatie en preventie

1. Geraadpleegde personen

Ten behoeve van de ontwikkeling van de vragenlijsten is gesproken met de personen die in onderstaand overzicht staan vermeld. Aan de met * aangemerkte personen is tevens het eindconcept van een van de vragenlijsten voorgelegd.

Kader: Overzicht geraadpleegde personen

Nederland	België
Bedrijfsarts verbonden aan een arbodienst voor de bouw	Medisch adviseur FBZ en FAO (*)
Bedrijfsarts die mede betrokken is bij claimbeoordeling van schade door beroepsziekten (*)	
Expert beroepsziekten NCvB	Hoofd afdeling preventie FBZ (*)
Expert arbeidsongevallen landelijk instituut bouw	Expert arbeidsongevallen landelijk instituut bouw
	Hoofd afdeling preventie arbeidsongevallenverzekeraar (*)
Slachtoffer OPS, lid vereniging OPS	Adviserend geneesheer mutualiteit
Regiobestuurder vakbond	Slachtoffer OPS, lid vereniging OPS
	Hoofd studiedienst vakbond
	Regiobestuurder vakbond
Coördinator vereniging OPS Nederland (*)	Coördinator patiëntenvereniging OPS België (*)
- Arbo-coördinator kabel- en buizenlegbedrijf (*) - Arbo-coördinator middelgroot bouwbedrijf burgerlijke + utiliteitsbouw (*) - Arbo-coördinator groot bouwbedrijf (*)	- Preventieadviseur groot bouwbedrijf, burgerlijke en utiliteitsbouw (*) - Hoofd interne preventiedienst groot bouwbedrijf (*), - Preventieadviseur middelgroot regionaal bouwbedrijf (*)
Werknemer (dakdekker) kleinbedrijf (*)	Werknemer (dakdekker) kleinbedrijf (*)
Werknemer (assemblage) groot bedrijf (*)	Werknemer (timmerman) middelgroot bouwbedrijf
	Werknemer (tapijtlegger) klein bedrijf (*)

2. Vragenlijst schadevergoeding en preventie van arbeidsongevallen

Ten behoeve van het vragenlijstonderzoek zijn twaalf vragenlijsten ontwikkeld. Deze vragenlijsten hebben grotendeels dezelfde inhoud. Een van deze vragenlijsten, de vragenlijst voor werknemers uit België die getroffen zijn door een arbeidsongeval en een schadevergoeding hebben ontvangen via de AOV BE, is hier bijgevoegd.



Faculteit Sociologie

Vragenlijst voor het onderzoek

‘Schadevergoeding en preventie van arbeidsongevallen´

Werknemersvragenlijst

Toelichting op de vragenlijst

Door het invullen van deze vragenlijst werkt u mee aan het onderzoek schadevergoeding en preventie van beroepsongevallen.
Dit onderzoek heeft ten doel te ontdekken op welke manier de preventie van arbeidsongevallen kan worden verbeterd.

Deze vragenlijst bevat 6 onderdelen:

I. Vragen over uw werkzaamheden en uw werkgever ten tijde van het ongeval
II. Vragen over het ongeval en het letsel
III. Vragen over het indienen van de schadeclaim(s)
IV. Vragen over maatregelen na het ongeval
V. Vragen over uw huidige situatie
VI. Slotvragen

Invulinstructie
- U kunt het juiste antwoord aangeven door het vakje voor dat antwoord aan te kruisen.
- Bij een aantal vragen is het mogelijk meerdere antwoorden te geven.
- Het invullen van de vragenlijst kost 20 tot 30 minuten

Vragen?
Hebt u vragen over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Klaar met invullen?
Als u klaar bent met invullen stuurt u dan de vragenlijst in de bijgevoegde envelop retour.
Een postzegel is niet nodig!

Vriendelijke groet,
Wim Eshuis

Correspondentie adres: Faculteit sociologie, Katholieke Universiteit Leuven,
Competentiepool Eshuis, parkstraat 45 bus 3601 BE-3000 Leuven.

I. Werkzaamheden en werkgever

1. **Op welke datum kreeg u een ongeval?**

2. **Wat was uw beroep op het moment dat u uitviel wegens een ongeval?**
- ❑ chauffeur
- ❑ dakdekker
- ❑ grondwerker
- ❑ machinist
- ❑ metselaar
- ❑ monteur
- ❑ sloper
- ❑ stellingbouwer
- ❑ straatmaker
- ❑ tegelzetter
- ❑ schrijnwerker
- ❑ werfleider
- ❑ voeger
- ❑ vloerenlegger
- ❑ wegenarbeider
- ❑ anders, namelijk…….

3. **Had u destijds een leidinggevende positie?**
- ❑ neen
- ❑ ja, ik was voorman
- ❑ ja, ik was meestergast
- ❑ ja, ik was werfverantwoordelijke

4. **Welk arbeidscontract had u ten tijde van het ongeval?**
- ❑ vast contract, onbepaalde tijd
- ❑ tijdelijk contract
- ❑ uitzendkracht
- ❑ anders

5. **Hoe lang was u in dienst bij uw werkgever op het moment dat u uitviel wegens een ongeval?**
- ❑ korter dan 6 maanden
- ❑ 6 – 12 maanden
- ❑ 1 tot 5 jaar

❑ langer dan 5 jaar

6. Hoeveel werknemers had uw werkgever destijds in dienst?

❑ 1- 10 werknemers
❑ 11- 50 werknemers
❑ 51- 100 werknemers
❑ meer dan 100 werknemers

7. Hoe was de organisatie van de preventie en de bescherming op het werk in 2005? Vult u aub onderstaande tabel in. Zet een kruis bij ja, nee of weet niet.

	ja	nee	weet niet
Beschikte het bedrijf in 2005 over een risico-inventarisatie?			
Was er in 2005 een Comité Preventie en Bescherming op het Werk (Comité PBW)?			
Had het bedrijf in 2005 een preventieadviseur?			
Had het bedrijf in 2005 een interne preventiedienst?			
Had het bedrijf in 2005 een externe preventie – dienst ingeschakeld?			
Heeft het bedrijf (of een deel ervan) in 2005 een kwaliteitszorgsysteem (VCA of ISO)?			
Was er in het bedrijf een ondernemingsraad?			
Waren in het bedrijf een of meerdere vakbondsafgevaardigden aangewezen?			

II. Ongeval en letsel

8. Aan welk lichaamsdeel (of lichaamsdelen) hebt u letsel opgelopen?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

❑ arm en elleboog
❑ been
❑ enkel
❑ hand
❑ hoofd
❑ mond of gebit
❑ nek
❑ oog
❑ rug
❑ schouder
❑ vingers
❑ voet
❑ een ander lichaamsdeel, namelijk……..

9. Is het werk stilgelegd na het ongeval?

❑ ja
❑ nee
❑ weet niet

10. Hoe lang hebt u verzuimd door het ongeval?

❑ 1 tot 4 dagen
❑ 4 dagen tot 2 weken
❑ 2 weken tot 1 maand
❑ langer dan 1 maand
❑ 1 maand tot 1 jaar
❑ langer dan 1 jaar, namelijk….

11. Hebt u volledig of gedeeltelijk moeten stoppen met werken als gevolg van het ongeval?

❑ ja, ik heb volledig moeten stoppen
❑ ja, ik heb gedeeltelijk moeten stoppen met werken
❑ weet niet

12. Hebben meerdere werknemers letsel opgelopen door dít ongeval?

❑ ja, namelijk……werknemers (aantal vermelden aub)
❑ nee
❑ weet niet

13. Waardoor werd volgens u het ongeval veroorzaakt?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

❑ het was een wegongeval
❑ onveilig materieel of machines

(o.a.bouwkranen, ladders, voertuigen)
- ❑ onveilig handgereedschap
- ❑ onvoldoende veiligheids-voorzieningen(o.a.ontbreken valbeveiliging)
- ❑ onveilig gedrag van getroffen werknemer (o.a. niet naleven instructies)
- ❑ onveilig gedrag van collega´s
- ❑ onveilige werkmethoden
- ❑ hoge werkdruk
- ❑ onvoldoende kennis van de gevaren op het werk
- ❑ onvoldoende signalisatie
- ❑ gebrekkige coördinatie van het werk van verschillende bouwfirma's
- ❑ weet niet
- ❑ andere oorzaak, namelijk…….

14. Droeg u tijdens het ongeval de vereiste persoonlijke beschermingsmiddelen(PBM)?
- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ PBM was niet nodig
- ❑ weet niet

15. Wie waren <u>binnen het bedrijf</u> *op de hoogte* van het ongeval?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ collega´s (aub hier het aantal vermelden:…….)
- ❑ mijn direct leidinggevende
- ❑ personeelszaken
- ❑ de directie
- ❑ de preventieadviseur/interne preventiedienst
- ❑ comité preventie & bescherming (CPB)/ondernemingsraad
- ❑ de arbeidsgeneesheer
- ❑ de externe preventiedienst
- ❑ de vakbondsafgevaardigde
- ❑ de ondernemingsraad
- ❑ anderen, namelijk ……
- ❑ weet niet

16. Wie was aanwezig op of in de nabijheid van de plaats van het ongeval?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ niemand, ik werkte alleen
- ❑ collega´s (aub hier het aantal vermelden……..)
- ❑ direct leidinggevende
- ❑ anderen, namelijk……

17. Is het ongeval naderhand onderzocht?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ nee
- ❑ ja, door de arbeidsinspectie
- ❑ ja, door de politie
- ❑ ja, door de vakbondsafgevaardigde
- ❑ ja, door de externe preventiedienst
- ❑ ja, door de arbeidsongevallen verzekeraar
- ❑ ja, door de preventieadviseur/interne preventiedienst
- ❑ ja, door anderen, namelijk ……
- ❑ weet niet

18. Heeft de politie na het ongeval proces verbaal opgemaakt?
- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

19. Is het ongeval gemeld bij de arbeidsinspectie?
- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

20. Is het bedrijf bestraft of beboet in verband met het ongeval?
- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

III. De aangifte van het arbeidsongeval

21. Wie verzorgde de aangifte van het ongeval bij de verzekeraar?
- ❑ de werkgever
- ❑ ikzelf
- ❑ iemand anders, namelijk……

22. Op welke datum was de aangifte van uw ongeval bij uw verzekering definitief afgehandeld?
- ❑ datum definitieve afhandeling:…….

23. Zijn er problemen geweest in de afhandeling van uw aangifte?
- ❑ ja
- ❑ nee

24. Hebt u (juridische) ondersteuning gehad bij de afhandeling van uw aangifte?
- ❑ ja (> ga door naar vraag 25)
- ❑ neen (> ga door naar vraag 26)

25. Van wie hebt u juridische ondersteuning ontvangen?
- ❑ de vakbond
- ❑ de verzekeraar
- ❑ een advocaat
- ❑ van iemand anders, namelijk…….

26. Zijn een of meerdere van uw (ex)collega's op de hoogte van uw aangifte bij de ongevallenverzekeraar?
- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

IV. Maatregelen na het ongeval

27. Zijn er maatregelen genomen(door uzelf,de collega's of het bedrijf) om te voorkomen dat *hetzelfde ongeval* weer kan plaatsvinden?
- ❑ ja (ga naar vraag 28)
- ❑ neen (ga naar vraag 32)
- ❑ weet niet (ga naar vraag 33)

28. Welke maatregelen zijn genomen om *hetzelfde ongeval* te voorkomen?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ machine(s) en materieel zijn veiliger (o.a. bouwkranen, ladders, voertuigen)
- ❑ de werkmethoden zijn veiliger
- ❑ het gereedschap is veiliger
- ❑ het materieel is veiliger
- ❑ de werkdruk is verminderd
- ❑ veiligheidsvoorzieningen(o.a.val-beveiliging) zijn beter
- ❑ er vinden meer externe veiligheidscontroles plaats
- ❑ werknemers hebben nieuwe instructies gekregen
- ❑ het interne toezicht is verbeterd
- ❑ werknemers hebben persoonlijke beschermings-middelen ontvangen
- ❑ dit gevaarlijke werk is uitbesteed
- ❑ de coördinatie van het werk van verschillende bouwfirma's is verbeterd
- ❑ andere maatregelen, namelijk…

29. Wie hebben deze maatregelen genomen?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ de directie
- ❑ de direct leidinggevende
- ❑ de preventieadviseur/interne preventiedienst
- ❑ de personeelsafdeling
- ❑ de werknemers zelf
- ❑ ikzelf
- ❑ de collega's
- ❑ anderen, namelijk…

30. Wat waren de redenen van de leiding van het bedrijf voor het nemen van maatregelen?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ het aantal aangiften bij de verzekeraar verminderen
- ❑ herhaling van een zelfde soort ongeval voorkomen
- ❑ de arbeidsomstandigheden in het bedrijf verbeteren
- ❑ in het bedrijf is men erg geschrokken van de ernst van het letsel
- ❑ het is een wettelijk plicht om maatregelen te nemen
- ❑ voorkomen dat een hogere verzekeringspremie moet worden betaald
- ❑ voorkomen dat het vca certificaat wordt ingetrokken
- ❑ voorkomen dat de verzuimkosten uit de hand lopen
- ❑ voorkomen van strafvervolging
- ❑ voorkomen van ingrijpen door de arbeidsinspectie
- ❑ maatregelen waren opgelegd door de arbeidsinspectie
- ❑ andere redenen, namelijk…….
- ❑ ik ken de redenen niet

31. Wie hebben aangedrongen op het nemen van deze maatregelen?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ mijn collega´s
- ❑ de preventieadviseur/interne preventiedienst
- ❑ het comité preventie & bescherming (PBW)
- ❑ de externe preventiedienst
- ❑ ikzelf
- ❑ de arbeidsinspectie
- ❑ de ondernemingsraad
- ❑ de vakbond
- ❑ de arbeidsgeneesheer
- ❑ de verzekeringsmaatschappij
- ❑ de directie
- ❑ de direct leidinggevende
- ❑ de personeelsafdeling
- ❑ weet niet
- ❑ anderen, namelijk…..

>ga verder met vraag 33 !!!

32. (naar aanleiding van vraag 27)Indien *geen maatregelen* zijn genomen naar aanleiding van het ongeval, wat is daarvan de reden?

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ❑ de directie vond het nemen van maatregelen te kostbaar
- ❑ het is onmogelijk om een dergelijk ongeval te voorkomen
- ❑ het personeel werkte niet mee aan de voorgestelde maatregelen
- ❑ andere redenen, namelijk……
- ❑ weet niet

33. Zijn uw collega's veiliger gaan werken nadat u een ongeval hebt opgelopen?

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

34. Bent u zelf veiliger gaan werken na het ongeval?

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

35. Heeft zich na uw ongeval in het bedrijf nog een of meerdere keren een soortgelijk ongeval voorgedaan?

- ❑ ja
- ❑ nee
- ❑ weet niet

36. Bent u van mening dat de arbeidsomstandigheden in het bedrijf na afhandeling van uw aangifte zijn verbeterd of verslechterd?

- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn verbeterd
- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn verslechterd
- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn niet veranderd
- ❑ weet niet/geen mening

37. Welke invloed heeft volgens u de arbeidsongevallenverzekeraar op de arbeidsomstandigheden in het bedrijf?

U kunt dat aangeven door middel van een rapportcijfer dat tussen -10 (= de verzekeraar heeft een erg negatieve invloed op de arbeidsomstandigheden) en de + 10 (= de verzekeraar heeft een erg positieve invloed op de arbeidsomstandigheden) ligt. Omcirkel een 0 in als u denkt dat de verzekeraar geen invloed heeft gehad op de arbeidsomstandigheden

Rapportcijfer invloed arbeidsongevallenverzekeraar op de arbeidsomstandigheden (svp omcirkelen):

-10 -9 -8 -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 + 3 + 4 + 5 +6 +7 +8 +9 + 10

38. Hoe was de organisatie van de preventie en de bescherming op het werk eind 2007? Vult u aub onderstaande tabel in.

	ja	nee	weet niet
Was er in 2007 een Comité Preventie en Bescherming op het Werk (Comité PBW)?			
Heeft het bedrijf in 2007 een interne preventiedienst?			
Heeft het bedrijf in 2007 een externe Preventiedienst ingeschakeld?			
Had het bedrijf (of een deel ervan) in 2007 een kwaliteitszorgsysteem(VCA, ISO)?			
Was er in het bedrijf een ondernemingsraad?			
Waren in het bedrijf een of meerdere vakbonds-afgevaardigden aangewezen?			
Had het bedrijf in 2007 een risicoinventarisatie?			

V. Uw huidige situatie

39. Hoe omschrijft u uw huidige gezondheid?

- ❑ ik ben geheel hersteld van het ongeval
- ❑ ik heb nog steeds gezondheidsklachten als gevolg van het ongeval
- ❑ ik heb nieuwe gezondheidsklachten

40. Wat is uw huidige (werk) situatie?

- ❑ ik werk bij dezelfde werkgever als ten tijde van het ongeval (ga naar vraag 41)
- ❑ ik werk bij een andere werkgever (ga naar vraag 42)
- ❑ ik heb een invaliditeitsuitkering (>ga naar vraag 43)
- ❑ ik heb een werkloosheidsuitkering (>ga naar vraag 43)
- ❑ ik heb pensioen of vervroegd pensioen(>ga naar vraag 43)
- ❑ ik ben volledig blijvend arbeidsongeschikt en werk niet meer (> ga naar vraag 43)
- ❑ anders, namelijk…….

(> ga naar vraag 43)

41. U bent werkzaam bij *dezelfde werkgever*

a. welke functie hebt u op dit moment?

- ❑ ik heb dezelfde functie als voorheen
- ❑ ik heb een andere functie op een hoger niveau
- ❑ ik heb een andere functie op een lager niveau
- ❑ ik heb een andere functie op een hetzelfde niveau

b. hoe hoog is uw inkomen in vergelijking met het inkomen voor het ongeval?

- ❑ mijn inkomen is verbeterd
- ❑ mijn inkomen is verslechterd
- ❑ mijn inkomen is gelijk gebleven

➢ ga door naar vraag 43

42. U bent werkzaam bij een *andere* werkgever

a. welke functie hebt u op dit moment?

- ❑ ik heb dezelfde functie als voorheen
- ❑ ik heb een betere functie
- ❑ ik heb een slechtere functie

b. hoe hoog is uw (netto)inkomen in vergelijking met het inkomen voor het ongeval?

- ❑ mijn (netto)inkomen is verbeterd
- ❑ mijn (netto)inkomen is verslechterd
- ❑ mijn (netto)inkomen is gelijk gebleven

c. hoe zijn de arbeidsomstandigheden in uw huidige werk in vergelijking met uw vorige werk?

- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn beter
- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn slechter
- ❑ de arbeidsomstandigheden zijn vergelijkbaar

d. hebt u op dit moment nog contact met het bedrijf waar u het ongeval hebt opgelopen?

- ❑ ja, ik kom af en toe nog in het bedrijf
- ❑ ja, ik heb nog contact met collega's
- ❑ ja andere redenen: ……..
- ❑ neen

VI. Persoonlijke gegevens

43. Geboortedatum:

……

44. Geslacht

- ❑ man
- ❑ vrouw

45. Burgerlijke staat

- ❑ gehuwd
- ❑ ongehuwd samenwonend
- ❑ gescheiden
- ❑ alleenstaand

46. Na dit vragenlijstonderzoek vindt men een aantal geënquêteerden een interview plaats. Bent u eventueel bereid aan een dergelijk interview mee te doen?

- ❑ ja, neemt u ter zijner tijd maar contact op
- ❑ neen

47. Wilt u een exemplaar ontvangen van het onderzoeksrapport

- ❑ ja, naar onderstaand adres
- ❑ neen

Naam:……

Adres:……

Woonplaats en postcode:…….

Bijlage 2

Opzet deelonderzoek 1: kenmerken van vier werknemerscompensatiesystemen

1. Inventarisatie preventie-instrumenten AVB NL en COV NL

Dit deelonderzoek had ten doel een inventarisatie te maken van de preventie-instrumenten van elk van de twee compensatiesystemen en van het gebruik van verzekeraars van deze preventie-instrumenten. Het onderzoek bestond uit 3 onderdelen. De deelnemers aan het onderzoek ontvingen een vragenlijst. Op basis van de ingevulde vragenlijst volgde een interview. In aanvulling daarop is een aantal letselschadedossiers ingezien.

1.1 Vragenlijst

De vragenlijst bevat een inventarisatie van preventie-instrumenten dat wil zeggen instrumenten die de verzekeraar kan gebruiken om preventie te bevorderen, en interventiemomenten, dat wil zeggen specifieke momenten waarop de verzekeraar kan ingrijpen. Die inventarisatie is tot stand gekomen op basis van bestaande literatuur (zie hoofdstuk 5 voor een overzicht daarvan) en op basis van een inventarisatie van de polisvoorwaarden van de deelnemende verzekeraars. In de vragenlijst zijn de volgende drie verschillende interventiemomenten onderscheiden:

- bij het afsluiten van een polis met een verzekeringnemer kan de verzekeraar specifieke preventie afspraken maken, en informatie over arborisico's verzamelen;
- bij de claimbeoordeling kan de verzekeraar op verschillende wijze een relatie leggen met preventie, bijvoorbeeld door een analyse te (laten) maken van oorzaak en toedracht van een ongeval of beroepsziekte;
- na afhandeling van een schade kan de verzekeraar ook verschillende preventieve activiteiten ondernemen, zoals afspraken met de verzekeringnemer over het voorkomen van recidive.

In de vragenlijst zijn per interventiemoment een aantal preventie-instrumenten beschreven die door de verzekeraar kunnen worden toegepast. De respondenten is vervolgens gevraagd om per preventie-instrument na te gaan in hoeverre de verzekeraar gebruik maakt van dat instrument. Daaraan voorafgaand zijn een aantal vragen gesteld over de verzekeringsmaatschappij en over de positie van de respondenten binnen het bedrijf.

1.2 Interview

Tijdens het interview stond de bespreking van de ingevulde vragenlijst centraal. De interviews namen ongeveer 1 ½ uur in beslag.

Rapportage

Aan de geïnterviewden is een rapportage van de resultaten van de interviews en het vragenlijstonderzoek ter commentaar voorgelegd. De commentaren gaven geen aanleiding tot wijzigingen van de resultaten.

1.3 Inzage letselschadedossiers

Teneinde meer inzicht te krijgen in het letselschadeproces van de twee compensatiesystemen is een aantal letselschadedossiers bestudeerd. Dat gebeurde ten kantore van een letselschadebureau. Het betrof twee ongevallendossiers (waar in beide gevallen sprake was van compensatie via de AVB NL en via de COV NL). De beroepsziektendossiers die zijn ingezien ten kantore van Bureau Beroepsziekten FNV vormden onderdeel van het onderzoek 'Leerzame schadeclaims' (zie 7.1). Deze dossiers waren van te voren geanonimiseerd.

1.4 Resultaten

De resultaten van de inventarisatie zijn vermeld in hoofdstuk 5.2 en 5.3. Tabel 5.3 bevat een overzicht van de preventie-instrumenten, en het gebruik van die preventie-instrumenten, die behoren tot AVB NL. Tabel 5.4 bevat een overzicht van de preventie-instrumenten en het gebruik van de preventie-instrumenten, die behoren tot ongevallenverzekeringen en de COV NL.

Vertrouwelijkheid
Op advies van het Verbond van verzekeraars is de respondenten toegezegd dat de onderzoeksuitkomsten vertrouwelijk worden behandeld. Het Verbond was in de veronderstelling dat deze toezegging de bereidheid van betrokken verzekeraars om deel te nemen aan de inventarisatie, zou vergroten. Dit is dan ook de oorzaak dat de resultaten worden gepresenteerd zonder vermelding van de naam van de geïnterviewden of de naam van de verzekeringsmaatschappij.

Karakteristiek van de deelnemers aan deelonderzoek 1 (Nederland).
Zeven medewerkers van zes verzekeringsmaatschappijen namen deel aan deze inventarisatie. Deze medewerkers hadden de volgende functies:

- beleidsmedewerker sector zorg en inkomen,
- afdelingsmanager schadeservice,
- directeur herverzekering,
- manager afdeling letselschade en manager technische stafafdeling,
- senior juridisch medewerker afdeling schadeafhandeling AVB,
- vice president 'liability'.

Het contact met de betrokken verzekeraars is gelegd met steun van twee medewerkers van het Verbond van verzekeraars, een beleidsmedewerker schadeverzekeringen en een beleidsmedewerker leven/zorg.

2. Inventarisatie preventie-instrumenten FBZ BE en AOV BE

In België is ruimschoots schriftelijke informatie aanwezig over deze twee compensatiesystemen. Daarom was een afzonderlijke inventarisatie van deze preventie-instrumenten onder verzekeraars niet nodig. Wel is een aantal experts (vertegenwoordigers van verzekeraars, vakbond, hoogleraar sociale zekerheid) geïnterviewd over het gebruik van de preventie-instrumenten. Tevens zijn een aantal letselschadedossiers bestudeerd.

2.1 Interviews

In het kader van dit deelonderzoek is gesproken met:

- een hoogleraar sociale zekerheid;
- medewerkers van FAO: lid beheerscomité, medewerker directie technische dienst, medewerker inspectiedienst, medewerker gegevensbank, lid namens werkgevers in technisch comité voor de preventie; lid namens werknemers in technisch comité voor de preventie.
- negen medewerkers van drie verzekeringsmaatschappijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de arbeidsongevallenverzekering. Van elke maatschappij is gesproken met een medewerker die betrokken is bij afsluiten van polissen ('underwriters'), een medeweker die betrokken is bij de schadeafhandeling. Bij twee van de drie maatschappijen is gesproken met een stafmedewerker die betrokken is bij de preventie. Bij een van deze verzekeraar is tevens een interview gehouden met een preventieadviseur die dagelijks bedrijven adviseert. De derde maatschappij had geen speciale preventiefunctionaris.
- Medewerkers van FBZ BE: administrateur-generaal, hoofd afdeling preventie FBZ, medisch adviseur, medewerker gegevensbank;
- juridisch adviseur vakbond, tevens lid beheerscomité FBZ BE;
- juridisch adviseur vakbond;
- lid wetenschappelijke raad FBZ BE;
- adviserend geneesheer mutualiteit.

2.2. Letselschadedossiers

Teneinde meer inzicht te krijgen in het letselschadeproces van de twee compensatiesystemen is een aantal letselschadedossiers bestudeerd. Dat gebeurde ten kantore van een juridisch belangenbehartiger van een vakbond (bestudering van een arbeidsongevallendossier en een beroepsziektedossier) en twee beroepsziektendossiers (één OPS, één RSI) ten kantore van FBZ BE. Deze dossiers waren van te voren geanonimiseerd.

2.3 Resultaten

De resultaten van deze inventarisatie zijn vermeld in hoofdstuk 5.4 en 5.5. Tabel 5.5 bevat een overzicht van de preventie-instrumenten, en het gebruik van die preventie-instrumenten, die behoren tot AOV BE. Tabel 5.6 bevat een overzicht van de preventie-instrumenten, en het gebruik van die preventie-instrumenten, die behoren tot FBZ BE.


1
2
3
4
5
6
7

Bijlage 3

Zeven casestudies over werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten

Introductie: de opzet van de zeven casebeschrijvingen

De zeven casebeschrijvingen hebben dezelfde opzet. Die opzet kent de volgende onderdelen:

1. Schets van de arbeidsorganisatie en het individu.
2. Preventiesituatie voor de indiening van de claim (s) (fase 1).
3. Schets van het ontstaan van de beroepsziekte/het arbeidsongeval; behandeling en re-integratie van betrokken werknemer na de beroepsziekte/het arbeidsongeval.
4. Indiening en afhandeling van de schadeclaim en daarmee verband houdende preventieve veranderingen (fase 2-6).
5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7, inclusief de tabel preventiebalans.
6. Financiële balans: schatting van de kosten en de toedeling van de kosten.

Elke casebeschrijving begint met een korte schets van de arbeidsorganisatie en het betreffende individu. Tevens wordt vermeld op welke bronnen de casebeschrijving is gebaseerd. Hierna volgt een beschrijving van de preventiesituatie voorafgaand aan de schadeclaim, fase 1 van het letselschadeproces.[673] Daarna wordt in drie onderdelen een overzicht gegeven van de preventieve veranderingen. In het derde deel van de casebeschrijving volgt een schets van het ontstaan van de beroepsziekte of het arbeidsongeval en komt de behandeling en re-integratie van de betrokken werknemer aan bod. Het vierde deel van de beschrijving bevat een overzicht van de preventieve veranderingen die zijn gesignaleerd in verband met de indiening en afhandeling van de schadeclaim. Het vijfde deel van de casebeschrijving bevat een overzicht van de overige preventieve veranderingen die zijn opgetreden na afronding van de schadeclaim (fase 7 postclaimproces). In deze drie onderdelen wordt telkens aangegeven in welke fase van het schadeclaimproces (fase 2 tot en met fase 6) preventieve veranderingen zijn opgetreden.

In voetnoten wordt vermeld in welke vorm van preventie veranderingen zijn opgetreden: primaire preventie (afkorting P), secundaire preventie (S), tertiaire preventie (T) en quartaire (Q) preventie met betrekking tot het individu (I) dan wel de arbeidsorganisatie (A). Ook wordt in voetnoten weergegeven of er veranderingen in de preventiestructuur zijn opgetreden, dat wil zeggen veranderingen in de RIE, medezeggenschap (OR, CPBW), overleg over arbeidsomstandigheden (o.a. arbo-commissie), VCA of in het contract met een arbodienst of externe preventiedienst. In de voetnoot wordt ook de aard van de veranderingen weergegeven: zijn de veranderingen door de actoren omschreven als positief (aangeduid met +), of als negatief (aangeduid met -) ? Indien de aard van de verandering moeilijk te duiden is, bijvoorbeeld omdat de actoren daarover verschil van mening hebben of omdat een effect - nog- niet duidelijk is, dan wordt een ? vermeld. Daarnaast is in de voetnoot vermeld welke van de zes factoren van invloed zijn op de verandering: het compensatiesysteem (afkorting C), de gezondheidszorg (G), de sociale zekerheid (Sz), het preventiesysteem (Ps), de arbeidsorganisatie (A) en het individu (I). Tenslotte wordt in de desbetreffende voetnoot weergegeven in welke van de 6 fasen (fase 2 t/m 7) die veranderingen zijn opgetreden.

Elke casebeschrijving sluit af met twee tabellen. De eerste tabel geeft de preventiebalans weer. Dat is een numerieke weergave van alle preventieve veranderingen in fase 2 tot en met 7, en de factoren die daarop van invloed zijn geweest.

De tweede tabel bevat een zogenaamde financiële balans. Hierin staan de kosten en opbrengsten van de casus op een rij en aan wie die kosten toevallen. In de toelichting op de financiële balans is vermeld welke actoren de informatie hebben verstrekt voor deze tabel.

[673] Het letselschadeproces bestaat in theorie uit 7 fasen: pre-claimfase (1), naming (2), blaming (3), claiming (4), dispuut (5), juridische afhandeling (6), post-claimfase (7). Zie voor een beschrijving hoofdstuk 4.2.

Hierna komen de volgende cases aan bod:

Case 1: Grond BE: werknemer Dhr. Bas (AOV BE, AVB) 382
Case 2: Dak NL: werknemer Dhr. Patje (COV NL, BOV, AVB NL) 397
Case 3: Chemie NL: werknemer Dhr. Ulf (AVB NL) 409
Case 4: Orkest BE: werknemer Mw. Wert, RSI (FBZ BE) 421
Case 5: Tapijt BE: werknemer Dhr. Cool, OPS (FBZ BE) 437
Case 6: Tapijt NL: werknemer Dhr. Haan, OPS /Rug (AVB NL) 451
Case 7: Assemblage NL: 6 productiemedewerksters, RSI (AVB NL) 463



Case 1: Grond BE, werknemer Dhr. Bas (compensatie via AOV BE en via AVB)

1.Schets van de arbeidsorganisatie en het individu

Criteria voor de keuze van deze casus
De onderzoeker zoekt als case een 'good practice', een bouwbedrijf waarvan de preventieadviseur heeft deelgenomen aan het vragenlijstonderzoek en dat bekend staat om zijn goede preventiebeleid. Op advies van de arbeidsongevallenverzekeraar wordt bouwbedrijf Grond BE geselecteerd. Het staat bekend als een bedrijf met een kwalitatief goede en actieve preventieadviseur. Het bedrijf voert regelmatig, in samenwerking met de preventiedeskundige van de verzekeraar, preventiecampagnes uit en kent een daling van het aantal arbeidsongevallen.

Grond BE
Grond BE (grond- en wegenbouw, betoncentrale, zandgroeve en een breekwerf) kent aan het eind van de onderzochte periode ongeveer 85 personeelsleden (2004: 70). Het bedrijf heeft een kleine staf van 10 personeelsleden (directie, boekhouding, administratie, planning, ontwerp, calculatie). De overige 75 personeelsleden zijn verdeeld over 12 ploegen. Aan het hoofd van elke ploeg staat een ploegbaas. Zeven werfleiders zorgen voor coördinatie en toezicht op het werk van de ploegbazen, overleg met opdrachtgevers en andere bouwfirma's. Aan het begin van de onderzoeksperiode zijn de activiteiten verdeeld over twee werkmaatschappijen. Op die manier kan men de vakbond buiten de deur te houden, hetgeen mogelijk is in bedrijven met minder dan 50 personeelsleden. In de onderzoeksperiode zijn de twee onderdelen samengevoegd. In het bedrijf zijn zowel in directie als in het lager kader familieleden werkzaam. Het bedrijf heeft een arbeidsongevallenverzekering afgesloten (kosten 2009: €100.000, 4 % van de loonsom; 2003: € 220.000, 9% van de loonsom). Het bedrijf heeft ook een aansprakelijkheidsverzekering.

Dhr. Bas
Dhr. Bas (1960) is sinds zijn zestiende levensjaar werkzaam in de bouwnijverheid als metselaar en betontimmerman. Sinds 1998 is hij in dienst bij Grond BE. Door zijn werk als metselaar heeft hij versleten nekwervels opgelopen. Een verzoek tot schadecompensatie is door het Fonds voor de Beroepsziekten afgewezen. Dhr. Bas verricht bij Grond BE voornamelijk werkzaamheden op locatie bij Chemieconcern (ruim 1000 werknemers). Vaak werkt hij aan een project samen met zijn drie collega's die ook op min of meer vaste basis daar werken, of samen met collega's van andere inleenbedrijven. Tot verrassing van de onderzoeker blijkt deze 'good practice' ook een bad case: uit de interviews blijkt dhr. Bas kort achter elkaar (2004 & 2006) een arbeidsongeval te hebben opgelopen op hetzelfde terrein van Chemieconcern. Beide ongevallen zijn onderdeel van deze casebeschrijving.

2. Preventiesituatie voor indiening van de claims (fase 1[674]: t/m januari 2004)[675]

Preventiesituatie bij Grond BE
Externe preventiedienst
Grond BE wordt bijgestaan door een externe preventiedienst die de wettelijk verplichte taken uitvoert: een jaarlijks PMO, keuringen tewerkstelling, en een jaarlijkse beoordeling van de risico-inventarisatie. Ten behoeve daarvan bezoekt de arbeidsgeneesheer het bedrijf voor een

[674] De overige fasen zijn minder eenvoudig vast te stellen. Door de wijze van claimbeoordeling vloeien in dit compensatiesysteem fase 2, 3 en 4 in elkaar over. Alle fasen, behalve fase 1 komen twee keer voor in deze case. Fase 7 treedt in van mei 2005 - augustus 2006 en na mei 2007.
[675] Bronnen: dit overzicht is gebaseerd op de interviews met dhr. Bas (2010 en 2011), de preventieadviseur Grond BE (2010 en 2011), de arbeidsgeneesheer (2011), de preventieadviseur van de Arbeidsongevallenverzekeraar (2009, 2011), de staffunctionaris van de verzekeraar (2008-2011), het vragenlijstonderzoek, en op een aantal documenten: de arbeidsongevallenrapporten 2004 (2) en 2006 (2).
.

jaarlijkse rondgang. Die rondgang bestaat naast bestudering van de risico inventarisatie, uit een gesprek met de preventieadviseur en de inspectie van een aantal hygiënische voorzieningen. Ook biedt de preventiedienst de voorziening vertrouwenspersoon. Daarnaast geeft de preventiedienst, op verzoek van de preventieadviseur, opleidingen zoals EHBO en hef- en tiltechnieken. De preventieadviseur is voor de arbeidsgeneesheer de enige contactpersoon, mede door het ontbreken van een CPBW of een vakbondsafvaardiging. Het niet voldoen aan deze wettelijke verplichting heeft geen invloed op zijn handelen:

> "Nee, ik zie de werknemers wel tijdens het onderzoek, maar ik weet dan niet of het een afgevaardigde is. Ik onderzoek de werknemers, meer doe ik er niet mee."

Grond BE betaalt jaarlijks ongeveer €10.000 voor deze diensten. De preventiedienst wordt niet betrokken bij de evaluatie van arbeidsongevallen. De arbeidsgeneesheer heeft geen inzicht in de instroom en uitstroom van personeel, van het ziekteverzuim, beroepsziekten, arbeidsongevallen. Desondanks heeft de arbeidsgeneesheer van de preventiedienst een positieve indruk van het bedrijf:

> "Op preventiegebied is het een bovengemiddeld bedrijf: de preventieadviseur volgt de wet nauwgezet op, heeft alle risico's in een matrix geplaatst, pbm is beschikbaar en er wordt toegezien op het gebruik ervan."

De leiding van Grond BE acht begeleiding van een zieke werknemer niet tot de taak van het bedrijf. Die begeleiding is in handen van anderen, doorgaans medici uit de curatieve sector, van de mutualiteit of de arbeidsongevallenverzekeraar.
Het bedrijf heeft geen ondernemingsraad, geen comité PBW en geen vakbondsafgevaardigden. Sinds 1997 heeft het bedrijf een VCA certificaat. Men is hiertoe overgegaan in verband met eisen van opdrachtgevers.

Preventieadviseur

In 2003 heeft het bedrijf een preventieadviseur aangesteld (niveau 2). Deze adviseur heeft de preventietaken van de directie overgenomen.

> "Toen ik hier kwam was er een preventiebeleid en een VCA op papier gesteld. Ik ben meteen begonnen om de procedures op maat te maken, en een effectieve implementatie van VCA te realiseren. Van papieren beleid naar implementatie, dat is de grootste verandering die heeft plaatsgehad."

Voor deze werkzaamheden heeft hij 2 uur per week beschikbaar. Volgens hem is dat niet voldoende om zijn preventiewerk goed uit te voeren :

> "Ik probeer eens per maand een werf te bezoeken. Ik zou eigenlijk meer op de werven aanwezig willen zijn. Ik zou ook twee keer per jaar de risicoanalyse willen updaten. Eigenlijk zou dat zelfs na elk arbeidsongeval moeten gebeuren. Eveneens zou ik de risicoanalyse diepgravender moeten maken. Helaas heb ik er te weinig tijd voor."

De adviseur heeft een groot aantal andere staftaken, met name de invoering van informatietechnologie in het bedrijf. Hij staat dagelijks in direct contact met de directeur, die de belangrijke beslissingen neemt. Een van de eerste acties die de preventieadviseur heeft ondernomen is de wijziging van de VCA praktijk van Grond BE. Binnen Grond BE was de praktijk dat niet alle arbeidsongevallen werden geregistreerd uit angst voor verlies van het certificaat. Deze praktijk, die volgens de preventieadviseur in meer bedrijven voorkomt, helpt het bedrijf echter niet bij het oplossen van veiligheidsproblemen. Bovendien hecht hij eraan dat Grond BE de wet naleeft. Daarom heeft hij een verplichte registratie ingevoerd van alle arbeidsongevallen. Daarnaast heeft de preventieadviseur de risico-inventarisatie ter hand genomen. Grond BE kent anno 2009 een gedeeltelijke risico-inventarisatie. Alleen de risico's voor heffen, tillen en geluid zijn geïnventariseerd. In 2004 heeft het bedrijf een frequentiegraad van 16,48 en een ernstgraad van 3,38. Gebrek aan goed gemotiveerd personeel is volgens de adviseur de belangrijkste reden voor Grond BE om een preventiebeleid te hebben.

Preventie bij het Chemieconcern

Bouwwerkzaamheden bij het Chemieconcern worden uitgevoerd door een hoofdaannemer die een deel van het werk op haar beurt weer uitbesteed aan inleenbedrijven. Grond BE is zo'n inleenbedrijf. Een deel van de werkzaamheden wordt voorafgegaan door een veiligheids- en gezondheidsplan, waarin de risico's van het werk en de te nemen maatregelen staan vermeld. Toezicht op het werk wordt doorgaans uitgevoerd door de veiligheidscoördinator op de bouw. Daarnaast stelt het concern VCA verplicht en organiseert het toolboxmeetings. Dhr.

Bas voldoet naar zijn zeggen aan alle eisen die gesteld worden, zoals het dragen van de vereiste pbm. Er bestond volgens de preventieadviseur van Grond BE een veiligheids- en gezondheidsplan voor het werk dat de werknemer ging uitvoeren. Bij dhr. Bas is dat plan echter niet bekend. Wel moest hij voor elke klus een papier ondertekenen:

> "Voordat je begon kwam er iemand naar je toe, en die had dan een papier en dat moest je dan tekenen. Op dat papier stond wat je allemaal moest doen, en dan werd dat regelmatig gecontroleerd."

3. Schets van twee arbeidsongevallen (1e januari 2004; 2e augustus 2006); behandeling en re-integratie

Dhr. Bas is 43 jaar oud als hij begin 2004 een arbeidsongeval oploopt op de locatie van het Chemieconcern. Hij herstelt van het letsel en gaat vanaf augustus 2005 volledig aan het werk. In de zomer van 2006 heeft hij wederom een bedrijfsongeval bij werkzaamheden op het terrein van het Chemieconcern. Dhr. Bas is blijvend arbeidsongeschikt sinds mei 2007.

A. het ongeval in 2004

De toedracht van het arbeidsongeval 2004

De toedracht van het arbeidsongeval in 2004 is als volgt: dhr. Bas is bezig met metselwerkzaamheden ten behoeve van plaatsing van een put. In de nabijheid van zijn werkplek (op 5 meter afstand) is een buitenfirma, in opdracht van de hoofdaannemer, bezig met de bouw van een bedrijfshal. De hal wordt in staal opgetrokken. Tijdens het takelen van een staalstructuur door middel van een kraan, raakt de stalen balk een ladder, die (op 3 meter afstand van dhr. Bas) opgesteld staat tegen de in aanbouw zijnde bedrijfshal. De ladder valt om en komt terecht op dhr. Bas. Dhr. Bas loopt door dit ongeval het volgende letsel op: een gebroken halswervel, een gebroken knieschijf en een longcontusi. De gebroken halswervel wordt pas maanden na het arbeidsongeval geconstateerd. Hij krijgt van de arbeidsgeneesheer van het Chemieconcern direct na het ongeval een col en zo wordt hij vervoerd naar het ziekenhuis. Na een verblijf van 4 dagen in het ziekenhuis keert hij terug naar huis. Na 8 weken komt raadsgeneesheer tot de conclusie dat hij weer aan het werk moet. De pijn van dhr. Bas wordt in verband gebracht met gekneusde ribben. De verwachting is dat die klachten snel overgaan. De arbeidsgeneesheer van de preventiedienst, die een werkhervattingsonderzoek verricht, is het eens met deze opstelling. Na een paar weken werk blijft dhr. Bas pijn houden. De controlearts vermoedt een 'slag in de rug' en verwijst hem daarop naar een kraker. Deze aanpak werkt averechts:

> "Maar toen was ik bij die kraker geweest en ik kwam thuis en het deed nog zeer. Ik dacht: ik ga geen tweede keer. En ik heb me kwaad gemaakt en ben naar die kraker gegaan en heb gezegd: ge blijft van mijn lijf af; stuur me naar een kliniek waar ze fatsoenlijke scans kunnen maken. En toen ben ik bij een nieuw ziekenhuis gekomen en daar heeft men een scan genomen. Ik kwam onder die scan vandaan en die specialist zei meteen: daar scheelt iets serieus aan uw rug. Ge moogt niet werken."

Dat pas na 8 maanden een juiste diagnose werd gesteld heeft volgens dhr. Bas, naast de gebrekkige diagnostiek in het eerste ziekenhuis, als oorzaak dat geen enkele medicus heeft nagevraagd hoe het ongeval precies heeft plaatsgehad, zowel de controlearts als de huisarts gingen op het bestaande medisch dossier af.

Behandeling en re-integratie na het arbeidsongeval in 2004

De raadsgeneesheer speelt een rol in de beslissing tot werkhervatting. Betrokkene baseert zijn oordeel op het medisch dossier en eigen inschatting. De arts beslist na 7 weken dat werkhervatting mogelijk is. Deze beslissing wordt niet herzien door de arbeidsgeneesheer van de preventiedienst die na onderzoek ook instemt met terugkeer[676]. Dhr. Bas hierover:

> "Als je terug begint dan moet je daar weer langs. Hij zei dat ik terug mocht gaan werken, maar die beslissing neemt hij niet op basis van eigen onderzoek maar op basis van de medische verslagen die je mee moet nemen."

4 maanden later stopt dhr. Bas met zijn werk in verband met ernstige pijnklachten. Hij is dan 4 weken thuis en wordt wederom geschikt gevonden voor werk. Uiteindelijk, na initiatief van

[676] Ti-: zonder voldoende herstel aan werk gezonden door beslissing raadsgeneesheer (C) en arbeidsgeneesheer (Ps) op basis van diagnostiek medici (G). **fase 2-6**

dhr. Bas zelf, volgt een juiste diagnose door een andere medisch specialist, 9 maanden na het arbeidsongeval. Daarna is dhr. Bas 6 maanden thuis om te herstellen. Vanaf dat moment hervat hij het werk, eerst in deeltijd. Ruim 1 ½ jaar na het arbeidsongeval werkt dhr. Bas weer voltijds.[677]
Op het moment dat dhr. Bas uitzicht heeft op werkhervatting neemt hij contact op met de werkgever. De werkgever wil dhr. Bas graag terug in verband met zijn kwalificaties. Grond BE heeft geen speciale maatregelen getroffen in verband met de (geleidelijke) werkhervatting. Als de werkgever niet bereid zou zijn geweest dhr. Bas terug te nemen, dan was hij aangewezen geweest op de ziekenkas of de werkloosheidsvoorziening.

Evaluatie van het arbeidsongeval in 2004 en maatregelen
Ten behoeve van de evaluatie zijn twee ongevalsrapporten opgesteld. Eén rapport is afkomstig van de preventiedienst van het Chemieconcern en is opgesteld door vertegenwoordigers van alle betrokken bedrijven (opdrachtgever, hoofdaannemer, Grond BE, de inleenfirma die bedrijfshal construeerde). Het ongevalsformulier is zeer uitgebreid, en bevat meer dan 30 antwoordcategorieën . Het is summier ingevuld. Het formulier maakt een onderscheid in typen oorzaken: onmiddellijke oorzaken (14 onveilige handelingen en 11 onveilige condities), basisoorzaken (15 persoonlijke factoren en 10 taakgebonden factoren) en (19) systeemfouten). Op het formulier wordt geen enkele ongevalsoorzaak vermeld. Wel worden drie voorkomingsmaatregelen vastgesteld die van belang zijn voor het Chemieconcern: een 'toolbox takelen' organiseren, werkomgeving voldoende groot en duidelijk afbakenen en onnodig materiaal voldoende ver van de werkplek verwijderen. Het arbeidsongeval is eveneens onderzocht door een externe preventiedienst. Ook dit ongevalsrapport is summier. Het beschrijft de toedracht van het ongeval in 10 zinnen, en voegt de volgende conclusie toe: "Het enige wat dit ongeval had kunnen voorkomen is volgens ons de ladder die niet gebruikt werd elders te stockeren en te bewaren."
De inhoud van de ongevalsrapportages komt slechts gedeeltelijk overeen met de visies van dhr. Bas en van de preventieadviseur van Grond BE. Het ongevalsrapport van Chemieconcern vermeldt dat het ongeval geen externe medische nazorg met zich mee heeft gebracht, het vermeldt dat het besproken is met dhr. Bas, en het vermeldt dat dhr. Bas bezig was de werkplek te verlaten. Volgens dhr. Bas is dat niet het geval. Dhr. Bas merkt onder andere het volgende op:

> -"Dit ongeval kon gebeuren omdat de werknemers van de inleenfirma zich niet aan de veiligheidsregels houden."
>
> -"Op de eerste dag van het werk kwam er iemand naar je toe met een papier; daarop stond wat je allemaal moest doen en dat moest je dan tekenen. Ook werd de werkplek gecontroleerd. Echter op de eerste dag van mijn werk was men nog niet met die balken bezig. En viel dus de ladder niet op."
>
> -"Dat in het ongevalsrapport staat dat ik wegrende klopt niet: ik was aan het werk en heb die hele ladder niet zien vallen. Ik was volkomen verrast. Volgens mij hebben ze zo maar wat ingevuld op dat formulier."

Dhr. Bas is van mening dat de maatregelen die zijn voorgesteld, zoals 'toolbox takelen' en 'afbakening van de werkomgeving', niet serieus te nemen maatregelen zijn die weinig tot geen effect hebben.[678] De preventieadviseur van Grond BE is het ook niet eens met de conclusies uit de ongevalsrapporten. Hij is van mening dat dit ongeval kon ontstaan door gebrekkige coördinatie van de kant van opdrachtgever en inleenfirma.[679] Daarnaast is hij van mening dat ook de werknemer mogelijk het ongeval had kunnen voorkomen als hij een last minute analysis (lma) had gedaan. Om zo'n lma te bevorderen heeft de preventieadviseur een stoplichtkaartje ontwikkeld. De preventieadviseur van Grond BE daarover:

---

[677] Ti+: na interventie van dhr. Bas (I) en adequate diagnose via 2nd opinion nieuwe medisch specialist (G) herstelt dhr. Bas zodanig dat hij het werk kan hervatten. **fase 7**
[678] Pa?: er zijn maatregelen getroffen door de preventieadviseurs van Chemieconcern (Ps) naar aanleiding van het eerste ongeval. Er bestaat echter geen consensus over de wenselijkheid van die maatregelen en de effectiviteit ervan. Dhr. Bas is van mening dat hij en zijn collega's reeds veilig genoeg werkten en dat hun gedrag niet is veranderd. **fase 2-6**
[679] Pa-: van het eerste ongeval zijn verschillende rapporten gemaakt met verschillende aanpak en verschillende uitkomst. Betrokkenheid van preventieadviseurs van Chemieconcern, preventieadviseur van Grond BE (A) en externe preventiedienst (Ps). **fase 2-6**

> "Als dhr. Bas voor het 1e arbeidsongeval een lma had gedaan (staat nu in VCA sinds 2010) dan had hij dit kunnen voorkomen. We hebben daar nu een stoplichtkaartje voor gemaakt. Dat was een idee van de preventieadviseur van de verzekeraar, geïnspireerd op de VCA eisen met betrekking tot lma. Dan had hij gezien dat die ladder daar stond. Had hij gedacht 'ik koppel het terug naar de werfleider'." [680]

B. het ongeval in 2006

Dhr. Bas is 46 jaar oud als hij in de zomer van 2006 wederom een arbeidsongeval oploopt op dezelfde locatie van het Chemieconcern tijdens het manueel effenen van een putbodem en vrijgraven van een funderingsplaat.[681] De wanden van de bouwput storten in en dhr. Bas raakt bedolven onder de aarde. In het ongevalsrapport dat door het Chemieconcern is vervaardigd wordt het als volgt omschreven:

> "De werknemer was onderaan de put (+/- 2,7 meter diep) manuele graafwerken aan het verrichten toen plots en onverwacht boven hem een deel grond uit de putwand loskwam en op zijn rug viel. Deze opdracht was rechtstreeks aan de werknemers gegeven door de hoofdaannemer die ook het toezicht voor zijn rekening nam."

Dhr. Bas ligt enkele uren bedolven onder de aarde, omdat hij vanwege de gebroken ruggenwervel zeer voorzichtig uit de put moet worden gehaald en vervoerd moet worden. Dhr. Bas zegt daarover:

> "Ik was in een put aan het werk van een diepte van 3 tot 4 meter, en toen kreeg ik grond op me. Van die vaste brokken grond. Ik stikte bijna. Ik wist meteen dat mijn ruggenwervel gebroken was. Ik hoorde het knakken. Ze wilden me uit de put halen omdat ze bang waren dat ie verder zou instorten, maar ik heb gezegd 'dat gaat niet gebeuren'. Ik heb daar toen uren zo gelegen. Toen kwam er een brandweerkraan en daarmee kwamen artsen in de put."

Dhr. Bas verblijft een aantal weken in het ziekenhuis. De medisch specialist van het ziekenhuis wil een operatie uitvoeren aan de rug. De door dhr. Bas telefonisch geraadpleegde specialist ('mijn vertrouwensarts' volgens dhr. Bas), die hem ook in het eerste ongeval heeft bijgestaan, raadt dit af in verband met het gevaar voor aantasting van de zenuwbanen. Dhr. Bas gaat op dit laatste advies af.[682] De revalidatie verloopt als volgt: dhr. Bas verblijft thuis. Hij is eerste 7 maanden gekluisterd aan bed. In die tijd wordt hij bijgestaan door een verpleegster (2 keer per dag) en een kinesist (1 keer per dag). Daarnaast ontvangt hij mantelzorg van familie en partner. Daarna volgt een periode van 6 maanden waarin hij in een rolstoel zit. Vervolgens (6 maanden) verplaatst hij zich met krukken, waarbij zijn rug in een harnas zit. Na 1 ½ jaar kan hij zich voortbewegen zonder krukken en harnas. Dhr. Bas heeft dag en nacht pijn in zijn schouders en benen.[683]

Behandeling en re-integratie na het arbeidsongeval in 2006

Tijdens de ziekteperiode is er beperkt contact tussen het personeel van Grond BE en dhr. Bas. De vrouw van de directeur heeft een keer gebeld evenals de directiesecretaresse, af en toe komt een collega op bezoek, met de preventieadviseur is geen contact. De preventieadviseur is niet op de hoogte van de situatie, althans volgens dhr. Bas zelf. Dhr. Bas daarover:

> "Ik weet niet hoe dat bij andere bedrijven is, maar ik denk ge moogt wel wat meer respect hebben voor uwen werknemers. Ge kunt toch wel eens op bezoek komen hé, of bellen."

De preventieadviseur van Grond BE heeft een enigszins andere lezing over het ziekenbezoek:

> "Ik heb vrij dikwijls contact met hem gehad. Maar hij was gefrustreerd, omdat hij zijn gelijk niet kon halen. Ik had hem gewaarschuwd dat het heel moeilijk zou worden."[684]

---

[680] Pa+: stoplichtkaartje op initiatief van de preventieadviseur Grond BE (A) naar een idee van de preventieadviseur verzekeraar (C)**. fase 7**

[681] Pa-, Pi-: herhaling arbeidsongeval op dezelfde werkplek bij dezelfde werknemer door ontbreken adequate maatregelen preventieadviseurs Chemieconcern en hoofdaannemer (Ps). Daarnaast door onvoldoende maatregelen eigen werkgever (A) en foute inschatting werknemer (I)**. fase 7**

[682] Ti?: onduidelijkheid over de gezondheidstoestand van dhr. Bas na eerste ongeval als gevolg van niet goed functionerende gezondheidszorg (G). Op het nippertje foute interventie voorkomen door dhr. Bas zelf (I) in combinatie met 2nd opinion van 'vertrouwensarts'. **fase 5**

[683] Ti-: dhr. Bas heeft sinds het 2e arbeidsongeval permanent gezondheidsklachten, ondanks medische interventies (G) en eigen pogingen om te herstellen (I). **fase 2-4/5-6/7**

[684] Ti?: er is in beperkte mate ziekenbezoek geweest, vooral, informeel, via de collega's. Het is echter onduidelijk of er ook (formeel) contact is geweest met de preventieadviseur. Ook is niet duidelijk in hoeverre dhr. Bas dit op prijs stelde (I) en de preventieadviseur van Grond BE (A) genegen was tot dit contact. Het vraagstuk van ziekenbezoek houdt de preventieadviseur bezig. Dit heeft overigens nog niet tot stappen geleid binnen Grond BE**. fase 2-4/5-6/7**

De externe preventiedienst heeft geen rol gehad in de re-integratie en het herstel van dhr. Bas na het tweede ongeval. Wel heeft de arbeidsgeneesheer van de preventiedienst 9 maanden na het arbeidsongeval op verzoek van de werkgever vastgesteld of dhr. Bas medisch geschikt is voor werk in de bouw. De arbeidsgeneesheer stelt blijvende arbeidsongeschiktheid vast voor de bouw en vermeldt dit in een medisch attest. Op basis van dat attest is de werkgever gerechtigd de werknemer te ontslaan en heeft dhr. Bas een werkloosheidsuitkering kunnen aanvragen.[685] De arbeidsgeneesheer:

> "Een dergelijke verklaring is een elegante oplossing voor werkgever en werknemer. De werkgever hoeft geen ontslagvergoeding te betalen, terwijl de werknemer geen wachttijd heeft voor de RVA (die wachttijd is er wel als betrokkene zelf ontslag neemt). Op basis van mijn verklaring houdt de RVA rekening met de beperkingen. Ze gaan hem geen nieuwe job aanbieden in de bouwsector, en hij kan in aanmerking komen voor (her)scholing."

Dhr. Bas kiest voor de werkloosheidsregeling. Daarvoor heeft hij een aantal redenen. Een daarvan is, dat de uitkering uit die regeling cumuleerbaar is met de uitkering uit de arbeidsongevallenverzekering. Dhr. Bas wijst een uitkering uit de ziekenkas af, ondanks aandringen van de arts van de ziekenkas:

> "Een grote klungel is het. Hij heeft me nooit onderzocht. Hij houdt zich alleen maar bezig met juridische aspecten. Hij wilde me in de ziekenkas hebben. Als ge meer dan 68% invaliditeit hebt, dan ben je voorgoed in de ziekenkas en dan ontvangt de ziekenkas het geld van de arbeidsongevallenverzekering en ontvang jezelf een € 1000, een klein bedrag per maand. Je hoeft dan nooit meer te werken. Maar ik heb dat geweigerd. Nu moet ik wel openstaan voor arbeid, en ik zou ook wel willen werken als dat kon. Maar omdat ik niet in de ziekenkas zit en moet doppen heb ik een fatsoenlijk loon."

Via de arbeidsvoorziening (VDAB) vindt hij werk als schilder, waarvoor hij ook een herscholing ontvangt van 8 maanden. Na enige maanden blijkt dit werk echter een te zware rugbelasting.[686] Bovendien voldoen de arbeidsomstandigheden niet aan de wettelijke normen:

> " Dat schildersbedrijf, dat was niks hé. Er was niks geregeld. De steigers stonden er niet aan elkaar vast. Je moest springen van de ene naar de andere steiger, en als je naar beneden keek zag je 10 meter lager de bodem. De baas was de preventieadviseur, de veiligheidsman. Nou dan weet je het wel. Ik zei tegen hem: als ge er niets aan doet dan ga ik u aanklagen. Maar hij deed er niets aan. Toen heb ik gezegd dat ik niet meer op hoogte wilde werken. Na een tijdje kon ik het werk niet meer aan en heb ik me laten afkeuren."[687]

Vanaf dat moment is men bezig werk voor hem te vinden als een persoon met handicap. Daarvoor is een re-integratiebureau ingeschakeld. Dhr. Bas daarover:

> " Dat re-integratiebureau wilde me meteen weer aan het werk sturen. Toen zei ik: "Maar dat marcheert zo maar niet hé. Dat mag u toch niet doen zonder medische achtergrond. Wie gaat die verantwoordelijkheid nemen?" Ik zeg: "Dan gaat u van nu af alles op papier zetten en dan gaat ge voor alle kosten verantwoordelijk zijn als ge me naar werk stuurt dat ik niet mag doen" toen zei ze: "Ja maar meneer, we doen gewoon ons werk.". En toen zei ik: "Laat maar eerst eens een goed medisch onderzoek doen, en toen hebben ze me naar een arts gezonden en die is tot de conclusie gekomen dat ik niet moet werken. Op doktersadvies is het zoeken van werk ondertussen gestaakt voor een periode van 5 jaar."

Evaluatie van het arbeidsongeval in 2006 en maatregelen

Ter evaluatie zijn twee ongevalsrapporten gemaakt.

Eerste ongevalsrapport

Het eerste ongevalsrapport is afkomstig van de preventieadviseur van Grond BE. Dit ongevalsrapport besteedt aandacht aan de oorzaken van het ongeval en stelt maatregelen voor.

> Drie typen oorzaken worden onderscheiden, te weten primaire, secundaire en tertiaire oorzaken. Als *primaire oorzaken* worden onder andere vermeld zogenaamde substandaard handelingen zoals beoordeling van de bodemstabiliteit door werknemers zelf, het niet plaatsen van collectieve bescherming, en het niet doorgeven van instructies van werkvergunning aan de uitvoerders. Als *secundaire oorzaken* onderscheidt men persoonsgebonden factoren (betrokkenen hadden geen zicht op de risico's) en werkgebonden factoren: gebrek aan instructies en aan toezicht en controle; daarnaast voegt de preventieadviseur van Grond BE toe: "Deze opdracht werd extern aan onze werknemers gegeven zonder

[685] Qi+, Qa+: dhr. Bas heeft ervoor gekozen een werkloosheidsuitkering aan te vragen (I), op basis van het medisch attest van de arbeidsgeneesheer (Ps) die cumuleerbaar is met de uitkering arbeidsongevallen (SZ), zodoende kan de werkgever zonder kosten zijn werknemer ontslaan. (A). **fase 7**

[686] Ti-: re-integratie van dhr. Bas is niet adequaat. VDAB houdt onvoldoende rekening met gebrekkige belastbaarheid van dhr. Bas; daarnaast valt op dat dhr. in een onveilige situatie moet werken (SZ). **fase 7**

[687] Pi+: in zijn nieuwe tijdelijke beroep als schilder let dhr. Bas zelf beter op de veiligheid (I).**fase 7**

toezicht en controle van onze hiërarchische lijn. De hiërarchische lijn was niet op de hoogte van de diepte van deze opdracht; bij het ontwerp is geen rekening gehouden met de uitvoeringsmogelijkheden." Onder *tertiaire oorzaak* wordt vermeld: "Bij ontwerp is geen rekening gehouden met de uitvoeringsmogelijkheden. Gebrekkige communicatie tussen studiebureau, aannemer en onderaannemer." In de foutenboomanalyse die deel uitmaakt van het rapport zijn de volgende oorzaken rood gearceerd:

- geen correct 'as built' plan,
- ongekende toestand,
- slechte communicatie tussen studiebureau en hoofdaannemer,
- opdracht rechtstreeks gegeven aan de uitvoerder door de hoofdaannemer.

In dit ongevalsrapport worden twee maatregelen voorgesteld ten behoeve van Grond BE, namelijk: herzien van bevelen (externe opdracht altijd via hiërarchische lijn), opleiden en herhalen van de instructies uitgravingen. Aan de hoofdaannemer worden de volgende maatregelen voorgesteld: aanpassen instructies, opdracht aan externe altijd via hiërarchische lijn onderaannemer; door de opdrachtgever opgelegde maatregelen doorgeven aan de onderaannemer. In een bijlage staat het verweer van de opdrachtgever: het ontwerpbureau ging ervan uit dat de wand van de put van beton was voorzien. Eveneens blijkt dat pas 4 uur voor het ongeval is besloten niet te stutten omdat de put slechts 1,2 meter diep was. Nadien is door de hoofdaannemer, op aanwijzing van het ontwerpbureau, besloten dat tot een diepte van 1,8 meter moest worden gegraven. Dat besluit is wel aan dhr. Bas meegedeeld, maar niet aan zijn leidinggevende. Over het eventueel stutten is toen met dhr. Bas niet gesproken. De vaste werfopzichter van het Chemieconcern werd in verband met verlof vervangen. De normen voor stutten verschillen nogal: de arbeidsinspectie hanteert een norm van 1,2 meter, terwijl de procedure bij Chemieconcern stutting vanaf 2 meter voorschrijft.

Tweede ongevalsrapport

Het tweede ongevalsrapport is afkomstig van de hoofdaannemer. In dit rapport wordt een feitenboomanalyse gemaakt. Dit rapport vermeldt ook oorzaken en te nemen maatregelen:

In dit rapport worden als basisoorzaken genoemd:

- plannen studiebureau komen niet overeen met de werkelijkheid,
- negatieve reactie van studiebureau op voorstellen hoofdaannemer om ontwerp aan te passen,
- werkvergunning niet getekend door de persoon die uitgraaft.

Als maatregelen beveelt men aan:

- opdrachtgever vragen of ze rekening wil houden met realistische uitvoeringstermijnen,
- bij aanbesteding van een dergelijk werk zou de opdrachtgever een gedetailleerd uitvoeringsplan moeten eisen,
- dergelijke ondergravingen in de toekomst uitgeven aan gespecialiseerde firma's.

Verschillende rapporten met verschillende uitkomsten

Opvallend is dat beide rapporten een andere analysemethode toepassen en dat de rapporten verschillende uitkomsten kennen. Weliswaar gaan beide methoden uit van een keten van gebeurtenissen die leiden tot een arbeidsongeval, maar er is geen overeenstemming over het aantal ketens (19 versus 26) en de inhoud van die ketens. De preventieadviseur van Grond BE hierover:

"De veiligheidscoördinator van Chemieconcern heeft een fout gemaakt. Hij had dat werk planningsgewijs moeten laten uitvoeren. Er was geen hoogdringend werk. Ik neem het hem niet kwalijk. Je gaat uit van bewuste werknemers. Dhr. Bas had de opdracht moeten melden bij de werfleider in plaats van aan het werk te gaan. Hij had moeten communiceren: 'wat gaan we doen'?"

Na de ongevallen zijn er dus verschillende rapporten van verschillende actoren. Die rapporten hebben verschillende uitkomsten.[688] De preventieadviseur van Grond BE daarover:

- "Hoe het mogelijk is dat er verschillende analyses van hetzelfde arbeidsongeval naast elkaar kunnen bestaan? Dat is een kwestie van vriendjespolitiek met de arbeidsinspectie. Ik heb staan roepen tegen de bierkaai. Maar je hebt een zwakke positie als onderaannemer en dat wordt door de anderen misbruikt. Volgens mij heeft de AI geen rapport gemaakt, of in ieder geval niet gecommuniceerd naar ons. In het officiële rapport van het Chemieconcern is genuanceerd, gekuist. En daarin is alles het op het slachtoffer geschoven. Zij vrijwaren dan zichzelf, de aannemer en ons."
- "De veiligheidscoördinator is in principe onafhankelijk, is een goede figuur en de functionaris die zorgt voor coördinatie op de bouwplek. Maar hij was hier niet onafhankelijk, maar in dienst van de

[688] Pa-: na het 2e ongeval (wederom) verschillende rapporten, met verschillende analyses en conclusies. Er blijken verschillende opvattingen te zijn over het ontstaan van het ongeval en de maatregelen die getroffen moeten worden. Men hanteert in de ongevalsrapporten verschillende analysemethoden. Belangrijkste kwesties zijn: wie is deskundig, wie bepaalt de veiligheidseisen, welke actoren staan met elkaar in verbinding en welke normen moeten worden nageleefd. De inhoud van die rapporten komt slechts gedeeltelijk overeen met de opvattingen van dhr. Bas. Betrokkenheid van preventieadviseurs Chemieconcern, hoofdaannemer, arbeidsinspectie (Ps) en preventieadviseur Grond BE (A). **fase 2-5**

opdrachtgever. En die maakt een rapport dat niet negatief is voor de opdrachtgever. Dezelfde persoon werkt er nog altijd."

- "Er heeft altijd iemand belangen bij bepaalde uitkomsten: de preventieadviseur van de onderaannemer, de hoofdaannemer, de nevenaannemer, het studiebureau. Allemaal hebben ze er belang bij dat op niet papier komt te staan dat het aan hen ligt. Maar wat je nodig hebt is een rapport van een onafhankelijk expert."

Maatregelen

Op basis van de ervaringen met de hoofdaannemer heeft Grond BE besloten niet meer voor dat bedrijf te werken. De preventieadviseur daarover:

- "Onze positie ten opzichte van die hoofdaannemer is veranderd: we staan weigerachtig tegenover het werken met de hoofdaannemer. Onder andere op basis van andere ervaringen. Soms is het om economische reden niet mogelijk. Sinds die tijd hebben we van hen geen opdrachten meer aangenomen."[689]

Daarnaast zijn intern een aantal maatregelen genomen naar aanleiding van dit tweede ongeval. Er zijn afspraken gemaakt over communicatie en over veiligheid, en er is een nieuwe werfleider:

- "We hebben intern de afspraak dat we moeten opletten als we de leiding overgeven aan derden. Die mogen geen rechtstreekse instructies aan onze mensen geven. Het moet altijd via de hiërarchische lijn. Dat is om te voorkomen dat onze mensen een verkeerde inschatting maken. We willen onze eigen inschatting maken. Mensen kunnen niet alle risico's inschatten en ik hoop dat mijn hiërarchische lijn dat wel kan." [690]
- "Op die locatie is nu een andere werfleider die ook meer begaan is met de veiligheid en meer expertise heeft." [691]

De preventieadviseur is enigszins teleurgesteld over de houding van de arbeidsongevallenverzekeraar:

"Ik heb erop aangedrongen dat de hoofdaannemer, die verzekerd is bij dezelfde arbeidsongevallenverzekeraar, zou worden aangesproken maar dat weigerde de verzekeraar."

De preventieadviseur van de verzekeraar heeft de volgende mening over de verschillende rapporten:

"Het is zo klaar als een klontje. Dat is papierwerk, om er vanaf te zijn. Het formele is belangrijker dan het inhoudelijke. Wat er in staat heeft weinig belang. Ik denk niet dat men daar wat van leert. Het is ook geen manier om wat aan preventie te doen. Je moet naar de toekomst kijken. Ik geloof in een ding: kijken naar toekomst en zo weinig mogelijk terugkijken."

De preventieadviseur van de verzekeraar blijft echter 'op veilige afstand' van de situatie in Grond BE en Chemieconcern. Dhr. Bas heeft ook zijn eigen versie van het arbeidsongeval en de rapportage ervan:

"Dat van te voren overleg is geweest over het al dan niet stutten van de put, daarover is mij niks verteld. Ik moest gewoon doen wat ze commanderen. Den gast vragen ze niks hé ?! Dat moest ik lezen uit het ongevalsrapport van Grond BE. De preventieadviseur van de Grond BE kwam dezelfde dag nog naar het ziekenhuis en wilde dat ik een verklaring ondertekende dat ik op eigen initiatief de put was ingegaan. En dat ik dat werk niet had mogen doen. Dat heb ik geweigerd en ik heb gezegd dat ik alleen iets onderteken wat in overeenstemming is met de feiten. En dat was dat ik in opdracht heb gehandeld. Daarna heb ik daar niets meer van gehoord. De volgende dag is de arbeidsinspectie gekomen, maar toen hadden ze van alles verdoezeld: de put was dichtgegooid, men had verslagen vervalst. Er is gefoeseld met de bewijzen. Mijn werkgever bemoeide zich daar niet mee. Die moest verder met die opdrachtgever en hoofdaannemer. Ze verdienen er veel geld. En ik sta onder aan de ladder hé. Het is niet eerlijk gegaan, maar wat kan ik eraan doen? Ge ligt in de kliniek en kunt niet meer bewegen. Dat er een verkeerd ontwerp is gemaakt zullen ze zelf niet zeggen. Ze hebben de ongevalsrapporten voor mij willen achterhouden. Toen heb ik gedreigd met de rechtbank. Daarna kreeg ik ze wel."

Dhr. Bas is van mening dat hij na het eerste ongeval beter op de veiligheid is gaan letten, wat niet wegneemt dat hij een tweede ongeval heeft gehad.[692] Dhr. Bas zegt hierover:

"Ik ben veiliger gaan werken na dat eerste ongeval als gevolg van de schrik. Ik had besloten niet meer te gaan werken met andere werknemers die onveilig werken. Ik was veel alerter op wat er in mijn werkomgeving gebeurde. Ik had nooit gedacht dat ik weer een ongeval zou oplopen. Achteraf gezien had ik het werken in de bouwput moeten weigeren. Ik had moeten eisen dat het gestut zou worden."

---

[689] Pa+: Grond BE (A) werkt niet meer samen met de hoofdaannemer. **fase 7**

[690] Pa+: binnen Grond BE (A) is afgesproken dat veiligheidsinstructies (van derden) altijd via de hiërarchische lijn van grond BE gaan. **fase 7**

[691] Pa+: grond BE (A) heeft een nieuwe werfleider aangesteld die meer begaan is met veiligheid. **fase 7**

[692] Pi+: dhr. Bas (I) is volgens eigen zeggen na het eerste ongeval meer op de veiligheid gaan letten. Overigens is de preventieadviseur hiervan niet op de hoogte. **fase 7**

Een dag na het arbeidsongeval heeft de arbeidsinspectie een onderzoek ingesteld. Dhr. Bas heeft daarover geen informatie beschikbaar:

> "Van de arbeidsinspectie heb ik niets ontvangen. Er gaat een verslag naar de baas, en dat is het."

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaims

A. Schadeclaim na het eerste arbeidsongeval (2004)

Indiening

De werkgever doet op de dag van het ongeval aangifte bij de arbeidsongevallenverzekeraar. De werknemer ontdekt na een telefoongesprek met de verzekeraar en na raadpleging van internet dat het mogelijk is de inleenfirma aansprakelijk te stellen:

> "Omdat het een arbeidsongeval was dat door de arbeidsongevallenverzekeraar moest worden betaald, maar een derde daarvoor aansprakelijk is, heeft de arbeidsongevallenverzekeraar regres ingesteld jegens de aansprakelijkheidsverzekeraar van de inleenfirma. Zij hebben me daarover niet ingelicht. Toen ik daarover belde liet een medewerker van de ongevallenverzekeraar zich ontvallen: 'Ja meneer, slapende honden moogt ge niet wakker maken; Toen zei ik: 'Ik denk dat ge nu een pitbull wakker heeft gemaakt'. En toen ben ik op zoek gegaan naar meer informatie. Overigens heeft mijn werkgever ook de inleenfirma aansprakelijk gesteld."[693]

Ten behoeve van de civielrechtelijke aansprakelijkheid vindt dhr. Bas via informele kanalen een advocaat, die voor zijn inspanningen 10% van het schadebedrag ontvangt.

Afhandeling

Het ongeval wordt eind mei 2005 geconsolideerd. De uitkering namens de arbeidsongevallenverzekeraar bedraagt € 3961 op basis van 15% BI. Dhr. Bas daarover:

> "Ik heb zo'n hoog percentage BI gekregen omdat ik tegen de verzekering heb gezegd: Gij hebt ook een fout gemaakt. En dan wil ik zien dat ge er een serieus percentage van maakt. En toen zei hij dat hij daar voor zou zorgen."

De schadevergoeding op basis van de civielrechtelijke aansprakelijkheid bedraagt € 80.000, eveneens op basis van 15% BI.

B. schadeclaim na het tweede arbeidsongeval (2006)

Indiening

De werkgever doet op de dag van het ongeval aangifte bij de arbeidsongevallenverzekeraar. Daarnaast stelt dhr. Bas de hoofdaannemer en het ingenieursbureau aansprakelijk voor zijn schade in verband met de slechte voorbereiding van het werk. De rechter wijst deze schadeclaim af omdat hij het bewijs hiervoor niet voldoende vindt. Dhr. Bas gaat niet in hoger beroep vanwege de kosten die dat met zich meebrengt.

Afhandeling

Het ongeval wordt in mei 2007 geconsolideerd. De uitkering namens de arbeidsongevallenverzekeraar bedraagt € 3961 op basis van 15% BI. Dhr. Bas doet na dit ongeval een aanvraag gedaan voor een werkloosheidsuitkering bij de RVA. Deze instantie stelt een arbeidsongeschiktheidspercentage van meer dan 33% vast. Dit percentage geldt voor de rest van het arbeidsleven van dhr. Bas. Dat betekent dat hij op basis van een beoordeling van het medisch dossier door een medisch deskundige van de RVA definitief is vrijgesteld van zoeken naar werk.

Financiële situatie van dhr. Bas in 2010

Dhr. Bas ontvangt jaarlijks ruim € 8000 netto vanwege het arbeidsongeval[694]. Daarnaast ontvangt hij per maand € 1000 netto uit de werkloosheidsregeling. Dhr. Bas daarover:

> " Ik heb nu € 1800 netto per maand. Dat is evenveel als toen ik werkte, echter eindejaarspremie en verlofpremie mis ik wel. Ik ben blij dat ik kan stoppen. Normaliter moest ik nog 5 jaar doorwerken tot mijn brugpensioen. Maar dat doe ik nu niet. Als ik in brugpensioen ga, moet ik 80% van mijn

[693] Deze verandering is niet opgenomen in tabel 1: de preventiebalans, aangezien het een verandering door een ander compensatiesysteem betreft.

[694] Qi+: dhr. Bas ontvangt in verband met beid arbeidsongevallen een uitkering in verband met AOV BE (C). Zie ook tabel 2. **fase 7**

arbeidsongevallenuitkering inleveren. De verzekeraar had stilletjes gehoopt dat ik dat zou doen. Weet je wel wat hen dat oplevert? €6 000 per jaar, tien jaar lang. Voor mij is het dus voordelig dat ik een werkloosheidsuitkering krijg. In de ziekenkas kan ik ook niet gaan hé. Dan gaan die het geld van de arbeidsongevallenverzekeraar opstrijken, en dan trek ik €1000 of nog minde."[695]

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 t/m 7 (periode 2004-2008 en later)

Hiervoor is een overzicht geboden van de veranderingen in de preventiesituatie binnen de arbeidsorganisatie en bij het individu, die min of meer in directe relatie staan tot beide ongevallen. In verband met de casestudie is ook nagegaan welke overige preventieve veranderingen zich in de onderzoeksperiode hebben voorgedaan. Een van de informatiebronnen daarvoor zijn de antwoorden van dhr. Bas en de preventieadviseur van Grond BE op de 7 indicatoren. Uit die antwoorden blijkt dat beiden beperkte consensus hebben over de oorzaken van de ongevallen en de preventieve veranderingen nadien:

- maatregelen na het ongeval? preventieadviseur: ja; dhr. Bas: nee.
- herhaling van het arbeidsongeval? preventieadviseur: nee; dhr. Bas: ja.
- houding van de collega's veiliger? beiden: nee.
- houding van de werknemer veiliger? preventieadviseur: nee; dhr. Bas: ja.
- zijn de arbeidsomstandigheden verbeterd? preventieadviseur: ja; dhr. Bas: nee.
- herstel van de werknemer? Preventieadviseur weet niet; dhr. Bas: ja.
- werknemer aan het werk?: preventieadviseur weet niet; dhr. Bas: nee.[696]

Primaire preventie
Op het gebied van de primaire preventie zijn, naast de hiervoor vermelde veranderingen die min of meer in directe relatie staan tot de twee arbeidsongevallen (maatregelen bij Chemieconcern, een ongevalsrapportage, het stoplichtkaartje, herhaling van hetzelfde arbeidsongeval, afspraken over veiligheidsinstructies, betere veiligheidshouding van dhr. Bas, het verbreken van de samenwerking met Hoofdaannemer, een nieuwe werfleider), nog een aantal veranderingen opgetreden in de *arbeidsorganisatie* van Grond BE.

Preventiecampagnes 2005 en 2008
Eind 2008 kwam de leiding van Grond BE tot de conclusie dat het aantal arbeidsongevallen te hoog was (4 ernstige arbeidsongevallen en 4 minder ernstige). Dat resulteerde in een actieplan dat samen met de arbeidsongevallenverzekeraar werd opgesteld.[697] Dat plan bestond uit een motto ("werken is denken"), een boodschap ("maak als werknemer een risicoschatting van de werkomgeving"), een affiche, instructie van de werfleiders en een toolbox meeting. De twee arbeidsongevallen die hier beschreven zijn, waren volgens de preventieadviseur van Grond BE en de preventieadviseur van de verzekeraar geen reden tot deze actie. De actie leidde slechts tot een minieme daling van het aantal arbeidsongevallen. Daarna is men overgegaan tot het afstoten van de breekwerf, omdat meer dan de helft van het aantal arbeidsongevallen daarvan afkomstig was. Dit was een beslissing die enkel op bedrijfseconomische gronden genomen is. De baten van de werf bleken niet op te wegen tegen de kosten (inclusief de kosten van arbeidsongevallen en vervanging van zieke werknemers). Primaire preventie speelde geen rol.[698] De preventieadviseur van de verzekeraar over de campagnes:

---

[695] Qi+: de financiële situatie van dhr. Bas is (bijna) gelijk aan de situatie ten tijde van werk door uitkeringen AOV BE (C) en Werkloosheid (SZ); als de uitkering krachtens de AVB in de berekening wordt meegenomen is de som van uitkering en vermogen na de ongevallen groter dan ervoor. **fase 7**
[696] 6 van de 7 (verschillende) antwoorden zijn reeds hiervoor vermeld. Daarnaast: Pa?: verbetering houding collega's is onduidelijk (A) **fase 7**
[697] Pa+: actieplan opgesteld en uitgevoerd in samenwerking tussen preventieadviseur verzekeraar (C) en Grond BE (A). **fase 7**
[698] Qa+: daling kosten van arbeidsongevallenverzekering. Mede door afstoten van de breekwerf door Grond BE (A) minder arbeidsongevallen waardoor als gevolg van de wijze van premiestelling (premiedifferentiatie in het compensatiesysteem (C)) minder premie hoeft te worden betaald. Er is sprake van een forse verbetering op het gebied van de quartaire preventie binnen de arbeidsorganisatie: daling van de frequentiegraad van 16,48 naar 8,84 en daling ernstgraad van 3,38 naar 0,06. Overigens wordt die daling in de hand gewerkt door de aanpak van kort

"Ik heb Grond BE 2 keer in campagne (2005 en 2008) genomen. Het initiatief kwam van ons. We hadden geconstateerd dat de frequentiegraad goed was, maar de ernstgraad was slecht. De aanpak van beide campagnes was dezelfde en bestond uit de volgende stappen:

- een analyse, samen met de preventieadviseur van Grond BE, van de oorzaken van de hoge ernstgraad;
- een veiligheidsopleiding in de winter (voor het bouwpersoneel), en in augustus (voor staf en lijnpersoneel);
- opleiding voor werknemers: ondergrondse leidingen, sleuven, aanslaan lasten;
- opleiding staf en lijn: aansprakelijkheden, verantwoordelijkheden, kosten bij arbeidsongevallen;
- de campagnes werden gefinancierd door de vakopleiding bouw."

De preventieadviseur van de verzekeraar ziet wel effect van dit soort campagnes, maar relativeert ze ook:

- "Het belangrijkste doel is het veiligheidsbewustzijn verhogen. Het jaar na de campagnes heb je het meeste effect. Na enkele jaren vlakt dat effect uit."
- "Het is een permanent aandachtspunt, ook in de andere bouwbedrijven, om de leiding (ploegbazen en werfleiders) te blijven motiveren om veilig werk af te leveren. Met name 50-55 jarigen vinden veiligheid moeilijk en doen het alleen als het moet."

De preventieadviseur van grond BE is zeer positief over de preventieondersteuning vanuit de verzekeraar :

"Op de preventieadviseur van de verzekeraar kunnen we altijd rekenen: voor een toolboxmeeting, informatie, advies, als er twijfel is, of voor iets juridisch. 8 jaar geleden was hij nog belangrijker. Een soort mentor was hij. Nu is hij meer een adviseur."

Aanschaf van beter materieel en gereedschap

Sinds 2003 gaat Grond BE onder leiding van de preventieadviseur gestaag door met het in kaart brengen van de arbeidsomstandighedenrisico's en het doen van investeringen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren. In dat verband is, mede op advies van de externe preventiedienst, trillingsvrij materieel en gereedschap aangeschaft.[699] In samenwerking met de externe preventiedienst zijn 's winters veiligheidscursussen georganiseerd (o.a. cursus hef- en tiltechnieken) [700] en zijn de PBM gecompleteerd.[701]

Op zoek naar communicatie en participatie

De preventieadviseur van Grond BE is op zoek naar een manier om de communicatie met- en de participatie van het personeel vorm te geven. Volgens hem kan dat allerlei voordelen opleveren zoals een betere veiligheidshouding, beter PBM gebruik en een hoger veiligheidsbewustzijn. In de jaren 2004-2009 heeft hij hiervoor nog geen goede vorm kunnen vinden.[702] Dat heeft zijns inziens te maken met de weerzin van de bedrijfsleiding tegen participatie van vakbonden in het overleg over veiligheid en gezondheid. Het is niet gelukt een alternatieve communicatiestructuur op te zetten. De preventieadviseur heeft daarover gemengde gevoelens:

- "In de hiërarchische lijn staan de neuzen nu dezelfde kant op; onder aan de ladder zijn er nog verschillende die een andere kant op gaan."
- "We werken aan de aanpassing van het gedrag van de mensen. Voor een goed preventiebeleid moet je het gedrag van mensen veranderen. We letten op het gedrag en koppelen terug."
- "Het is niet gelukt om een regulier overleg met ploegbazen op te starten. Dat hebben we wel verschillende keren geprobeerd. Alle ploegbazen zeiden ook mee te willen werken. Vrijwillig en onbezoldigd. Tot het zover was. Toen kon niet iedereen. En hebben we het niet door laten gaan, want we wilden iedereen samen. Want dan voelen anderen zich buitengesloten. Het was voor een avondbijeenkomst, niet alleen veiligheid gerelateerd. Heb ik een aantal keren geprobeerd. Niet onder werktijd omdat het niet georganiseerd kan worden: verschillende werven moeten dan het werk stilleggen en alle voertuigen staan stil. Dat kan één keer per jaar, maar dat is geen frequentie.

---

verzuim (zie noot 35). Niet nagegaan is of het ook tot verandering van het aantal arbeidsongevallen binnen de breekwerf heeft geleid. **fase 7**

In 2003 bedroeg de premie 9% van het premieloon (€ 220.000) in 2011 4% van het brutoloon (€ 100.000).

[699] PA +: aanschaf van trillingvrij materieel en gereedschap (A), mede op advies van de externe preventiedienst (P). **fase 1-7**

[700] PA+: veiligheidscursussen door Grond BE (A) georganiseerd ism externe preventiedienst (P). **fase 2-7**

[701] PA+: pbm gecompleteerd door Grond BE (A) ism externe preventiedienst (P). **fase 2-7**

[702] PA?: Grond Be (A) is op zoek naar een adequate wijze van communicatie en participatie inzake veiligheid en gezondheid. **fase 2-7**

> Overuren kunnen wel betaald worden. De argumenten waren onduidelijk. We hebben zitten vissen, maar we kregen geen helder antwoord."
> - "Dat er geen CPBW is, is voor Grond BE geen probleem, omdat er geen grote afstand is tussen de werknemers en de grote baas. Iedereen kent iedereen. Als werknemers klachten hebben dan stappen ze zo op de baas af."
> - "Volgend jaar hebben we syndicale verkiezingen. En dan kan het zijn dat de vakbond een syndicale delegatie wil. Ik heb een gemengd gevoel. U weet hoe het systeem in België werkt. Dat er heel veel mensen zich laten verkiezen om beschermd te zijn en dan later niet constructief meewerken. Dat is het spijtige. Ze houden zich nu koest en dan niet, want dan weten ze dat ze beschermd zijn. En dat gevoel heb ik ook als ik mijn concullega's hoor. Er zijn anderen, dat moet gezegd, die een heel goede samenwerking hebben. Ze vergaderen 7 keer over het plaatsen van een cola automaat. Alle bedrijven hebben dit soort verhalen. Ik zie ook wel voordelen: we kunnen mensen betrekken bij het veiligheidsbeleid, die mee kunnen helpen pushen. Dan hebben we een extra communicatielijn naast de hiërarchische lijn. Maar ik weet niet of dit het beste is. Mensen worden niet meer misbruikt. En nu hebben we toch andere manieren van overleg tussen werkgevers en werknemers."

Secundaire preventie
Op het vlak van de secundaire preventie zijn geen veranderingen opgetreden.

Tertiaire preventie
Binnen de arbeidsorganisatie zijn geen tastbare veranderingen opgetreden in de tertiaire preventie. Alhoewel het vraagstuk van ziekenbezoek de preventieadviseur wel bezighoudt:

> "Wij organiseren geen ziekenbezoek. Dat is een groot manco. HR management kan beter hier. Dat kan deels het verloop ondervangen. En het kan ervoor zorgen dat mensen gemotiveerd naar het werk komen. Ik heb dat een paar keer aangehaald, maar men wil er nog niets aan doen."[703]

De situatie van dhr. Bas in 2010
Hiervoor is reeds het gebrekkige herstelproces van dhr. Bas en zijn voortdurende gezondheidsklachten aan bod gekomen. Het ongevallenletsel, in combinatie met de niet altijd bevredigende gezondheidszorg, en onvoldoende ondersteuning bij werkhervatting en re-integratie hebben uiteindelijk geresulteerd in een situatie waarin dhr. Bas niet meer in staat is eigen inkomsten te verwerven uit arbeid. Hij is afhankelijk van een werkloosheidsuitkering en zijn uitkering van de arbeidsongevallenverzekeraar.[704] Als enig (bijkomend) positieve verandering in de situatie van dhr. Bas kan worden vermeld dat hij kennis heeft opgebouwd van de praktijk van de gezondheidszorg, de claimbeoordeling door de verzekeraar en de (on)mogelijkheden om een derde partij aansprakelijk te stellen.[705]

Quartaire preventie
Op het gebied van de quartaire preventie zijn hiervoor reeds een aantal veranderingen gesignaleerd (beperking schadelast van het arbeidsongeval, schadevergoeding voor dhr. Bas via het aansprakelijkheidsrecht, verslechtering van de financiële situatie van dhr. Bas). Binnen de arbeidsorganisatie is, naast de reeds vermelde daling van de kosten van de arbeidsongevallenverzekering[706] als gevolg van het afstoten van de brekerij, een verdere daling van de ernstgraad gerealiseerd door de aanpak van het kort ziekteverzuim. Dat heeft Grond BE gerealiseerd door de volgende maatregelen: stimuleren om aan het werk te gaan door werknemers te vragen snel aan werk te komen (1), het inschakelen van medische controle (2), de werknemer eventueel vergezellen bij doktersbezoek (indien werknemer

[703] Ta?: het vraagstuk van ziekenbezoek houdt de preventieadviseur bezig. Dit heeft overigens nog niet tot stappen geleid binnen Grond BE (A). **fase 7**
[704] Ti-: dhr. Bas is niet meer (nog niet) in staat deel te nemen aan arbeidsproces en de samenleving, ondanks inspanningen vanuit de gezondheidszorg (G), sociale zekerheid (SZ), preventie (Ps) het compensatiesysteem (C), en het individu en zijn omgeving (I). In de fase van diagnostiek, behandeling en re-integratie waren verschillende actoren betrokken: preventiedienst (arbeidsgeneesheer), VDAB (arbeidsgeneesheer), medisch specialisten, fysiotherapeut, huisarts, controlegeneesheer mutualiteit, controlegeneesheren van de verzekering, re-integratiebureau, familie van dhr. Bas (mantelzorg). **fase 2-7**
[705] Ti+: dhr. Bas heeft kennis opgebouwd over de praktijk van de gezondheidszorg, de claimbeoordeling door de verzekeraar en de (on)mogelijkheden om een derde partij aansprakelijk te stellen (I) **fase 7**
[706] Qa+: daling van de kosten van de arbeidsongevallenverzekering door inspanningen van preventieadviseurs en arbeidsgeneesheer (C, Ps, A). **fase 7**

daarmee akkoord is) (3), aanpassingen van de werkzaamheden of de werkplek (4).[707] De preventieadviseur van de verzekeraar hierover:

> - "Men volgt het arbeidsongeval heel nauw op, en bij die kleine ongevallen proberen ze de werknemer snel weer aan het werk te krijgen zonder verlet. Ze stimuleren om te komen, ze beperken de duur van het verlet, ze gaan mee naar de dokter. Ze maken het mogelijk dat iemand met letsel toch kan werken. Dat wordt vrij strikt opgevolgd. Ze ondernemen actie. Ze trachten te sturen dat er geen verlet is."
> - "Ze hebben daarbij ook een financieel belang. Door deze aanpak blijft de statistiek goed. Bovendien kost de eerste week het bedrijf veel geld: het ongeval komt pas na een maand geheel ten laste van de verzekeraar. De werkgever betaalt de eerste week de patronale lasten plus excedentkosten. Dat is een stimulans om kort verzuim in de hand te houden."

Preventiestructuur

In de preventiestructuur is een verandering opgetreden: de VCA praktijk is verbeterd, doordat, volgens de preventieadviseur van Grond BE, alle arbeidsongevallen nu worden gemeld en geregistreerd.[708] [709]

Tabel 1 : Preventiebalans en invloed van 6 factoren

	Preventieve veranderingen		Bijdrage factoren aan veranderingen preventie									
Casus	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeidsorganisatie	Compensatie systeem		Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem		Arbeids organisatie		Individu	
1.Grond BE												
Primair	+2, -1, ? 0	+8,-3,? 3		**	-	-	*	**** ***	*	***** ***** ***	** *	**
Secundair	0	0	-		-	-	-		-		-	
Tertiair	+2, -4, ? 2	+ 0, 0, ? 1	**		*****	**	**		*	*	******	
Quartair	+3, -0, ? 0	+ 5, -1 ? 0	**	****	-	**	*	*	***	*	*****	*	*
Preventie structuur		+ 1, -0, ? 0	-		-	-	-		*		-	
Totaalbeeld			Veel invloed		Geen invloed	Beperkte invloed	Veel invloed		Zeer Veel invloed		Beperkte invloed	

[707] Qa+: aanpak van de kosten kort verzuim als gevolg van ongevallen door Grond BE (A) via allerlei maatregelen m.b.v. externe controle (Ps), geïnspireerd door inverdieneffecten op de premie arbeidsongevallenverzekering en gestimuleerd door de preventieadviseur AOV BE (C). **fase 7**

[708] Preventiestructuur+: VCA praktijk is verbeterd door betere melding van arbeidsongevallen(A). **fase 7**

[709] Fasering: veranderingen zijn vooral gesignaleerd in fase 7 (april 2005-augustus 2006; na mei 2007).Er zijn echter ook veranderingen gesignaleerd in fase 2-6. De invloed van het compensatiesysteem, is, zij het beperkt, zowel in fase 2-6 als na fase 7 zichtbaar.

6. Financiële balans

De financiële balans is samengesteld op basis van informatie die is verstrekt door de verzekeraar en door dhr. Bas. De raming van de kosten van de werkloosheidsuitkering en de kosten voor blijvende arbeidsongeschiktheid zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat dhr. Bas tot zijn 65e levensjaar niet in staat zal zijn betaalde arbeid te verrichten. De totale kosten zijn becijferd op €536.252 (€ 271.011 voor het eerste arbeidsongeval en € 265.241 voor het tweede ongeval). De aansprakelijkheidsverzekeraar draagt van het eerste arbeidsongeval de meeste kosten, op de voet gevolgd door de arbeidsongevallenverzekeraar. De overige actoren dragen nauwelijks kosten. Van het tweede ongeval draagt de arbeidsongevallenverzekeraar de meeste kosten, op afstand gevolgd door de RVA (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening). In zijn totaliteit draagt de arbeidsongevallenverzekeraar de meeste kosten (€ 275.000), gevolgd door de AVB verzekeraar (€ 117.000) en de RVA (€ 96.000). Dhr. Bas draagt kosten (€ 20.000) in verband met loonverlies tot zijn pensioengerechtigde leeftijd, zij het dat de schadevergoeding namens de AVB -verzekeraar die schade compenseert. De overige actoren, waaronder Grond BE, dragen nauwelijks kosten. De premie die Grond BE betaalt voor de ongevallenverzekering is in de onderzoeksperiode gedaald van € 220.000 tot per jaar tot € 100.000 per jaar. De transactiekosten (kosten van afhandeling van uitkeringen, behandelingen, juridische procedures) zijn niet in de berekening opgenomen.

Tabel 2: Financiële balans: schatting van kosten en toedeling van kosten 1e en 2e arbeidsongeval

Aard van de kosten	Schatting van kosten 1e arbeidsongeval	Schatting van kosten 2e arbeidsongeval	Wie betaalt?
1. aansprakelijkheid a. schadevergoeding dhr. BAS b. regres van arbeidsongevallenverzekeraar op aansprakelijkheidsverzekeraar c. totaal	 a. € 80.000 b. € 37.993,93 c. € 117.993,93	nvt	AVB verzekeraar
2.uitkering arbeidsongevallenverzekering	- tijdelijke arbeids-ongeschiktheid: € 16.605,25 - blijvende arbeids-ongeschiktheid: € 124.284,15	- tijdelijke arbeids-ongeschiktheid: € 16.131,99 - blijvende arbeids-ongeschiktheid: € 121.458,20	AO verzekeraar
3. gezondheidszorg	€ 7.107,88	€ 7.330	AO verzekeraar
4. afhandeling arbeidsongeval: - stilleggen werk - arts Chemieconcern - ongevalsrapportage	€ 1.600 (€800 Chemie, €800 Grond BE) -¾ dag, 4 werknemers; - 2 rapporten	€ 1.300 (€650 Chemie, €650 Grond BE) -½ dag 3 werknemers - 2 rapporten	Chemieconcern, Grond BE
5. kosten van gewaarborgd loon	€ 2.022,60	€ 2.022,60	AO verzekeraar[710]
5. vervanging van dhr. Bas	€ 1000	€ 1000	Grond BE [711]
5. beoordeling werkhervatting dhr. Bas	€ 100	€ 100	Externe preventiedienst
6. arbeidsinspectie (Bezoek locatie, verslag)	€300	€ 300	Arbeidsinspectie
8. kosten van werkloosheidsuitkering	Nvt.	€ 96.000	RVA
9. kosten verlies van verdiencapaciteit		€ 20.000	Dhr. Bas
Totaal (€ 536.252)	€ 271.011	€ 265.241	

[710] Qa+: AOV BE (C) vergoedt kosten gewaarborgd loon. **fase 2-4**

[711] Qa-: Grond BE (A) maakt extra kosten in verband met de afhandeling van het arbeidsongeval en de vervanging van dhr. Bas. **fase 2-4**



Case 2: Dak NL, werknemer dhr. Patje (compensatie via COV NL en via AVB NL)[712] [713]

1. Schets van de arbeidsorganisatie en het individu.

Dak NL
Dak NL is gespecialiseerd in het plaatsen van dakbedekking op agrarische gebouwen en is voornamelijk actief in Duitsland. In verband met zijn pensionering verkoopt de eerste eigenaar in 1994 het bedrijf aan een werknemer. Tot 2003 heeft het bedrijf 6 werknemers (2 ploegen van 3 man) in vaste dienst. Door teruglopende opdrachten moet het bedrijf in 2003 vijf van de zes werknemers ontslaan.

Dhr. Patje
Dhr. Patje(1950) is de enig overgebleven werknemer. In overleg met de vakbond is afgesproken dat dhr. Patje niet wordt ontslagen in verband met zijn leeftijd. Hij is werkzaam bij Dak NL sinds 1990. Daarvoor verrichtte hij ander laag geschoold werk. Hij is sinds 15 jarige leeftijd actief op de arbeidsmarkt. Dhr. Patje heeft tijdens zijn loopbaan twee ernstige ongevallen gehad. In 1987 heeft hij een bedrijfsongeval (val uit een wagon) als hij als uitzendkracht bij de Deutsche Bahn werkt. Hij loopt daarbij fracturen op aan bekken en sleutelbeen. Hierdoor is hij circa 7 maanden arbeidsongeschikt. In 1989 heeft hij, privé, een val met een parachute waardoor hij fracturen oploopt aan zijn benen. Hierdoor belandt hij in de WAO 80-100%. Begin 1990 treedt hij in dienst van Dak NL, eerst deels op arbeidstherapeutische basis en vanaf eind 1990 vast op loonwaarde. In 2001 is dhr. Patje slachtoffer van een arbeidsongeval. In de week na het arbeidsongeval wordt een civielrechtelijke schadeclaim ingediend. Dhr. Patje blijkt uit drie bronnen voor een vergoeding in aanmerking te komen: de COV (procedure afgerond in 2005), een door de werkgever afgesloten bedrijfsongevallenverzekering (afronding 2004) en een AVB. In 2008 wordt deze aansprakelijkheidsclaim afgerond.[714]

2. Preventiesituatie voor indiening van de claims (fase 1 tot oktober 2001)

Primaire preventie
Dak NL kent geen interne preventiestructuur. Ook beschikt het bedrijf niet over een RIE.
Wel voldoet het bedrijf aan de VCA* norm. In 2001 heeft dhr. Patje de cursus basisveiligheid VCA gevolgd. In de regel worden volgens dhr. Patje de arbo-voorschriften door de werkgever goed nageleefd. Hij is echter niet volledig bekend met de Duitse Arbowetgeving, en is hierover ook niet door zijn werkgever geïnstrueerd. Als valbeveiliging gebruikte men in Duitsland vangnetten die door dhr. Patje en zijn collega's zelf werden bevestigd. Persoonlijke

[712] Bronnen: Dit overzicht is gebaseerd op interviews met dhr. Patje (2007/2010), de letselschaderegelaar van dhr. Patje (2007/2010), een interview met de bedrijfsarts (2011), het vragenlijstonderzoek bij dhr. Patje, en op een aantal documenten (notities letselschaderegelaar 2001-2008). Met de verzekeraars is schriftelijk en telefonisch contact geweest. Geen van de verzekeraars was bereid tot een interview. Als reden gaf men tijdgebrek op. Met de werkgever van dhr. Patje is telefonisch contact geweest aan het begin van 2011 (voor dit moment is gekozen op advies van dhr. Patje, die vermoedde dat de werkgever niet met de onderzoeker wilde spreken zo lang dhr. Patje nog in dienst was). In het (korte) telefoongesprek, als vervolg op een brief van de onderzoeker, maakte de werkgever kenbaar op dat moment niet over de zaak te willen spreken omdat het nog te veel spanning en emotie bij hem opriep: " De laatste jaren was dat arbeidscontract een gigantisch probleem voor mij; de afhandeling van het ontslag is mij niet in de kouwe kleren gaan zitten; ik voel me als een boef behandeld; geestelijk heeft het me heel veel gedaan." De werkgever wilde dat verder niet toelichten. Zijn advies, om het een half jaar later nog eens te proberen, omdat hij er dan misschien wel over zou kunnen spreken, werd opgevolgd; op de brief van de onderzoeker volgde echter geen reactie.
[713] Dhr. Patje heeft ook een schadevergoeding ontvangen op basis een AVB verzekering en een bedrijfsongevallenverzekering. De invloed hiervan wordt in deze beschrijving buiten beschouwing gelaten.
[714] Fase 1: tot oktober 2001; fase 2-4: oktober 2001; fase 5/6 COV NL 2001-2005; Fase 7: COV NL: na 2005. BOV en AVB kennen een verschillende fasering: fase 5/6 BOV 2001-2004; fase 5/6 AVB 2001-2008; Fase 7 BOV na 2004 en AVB na 2008.

beschermingsmiddelen zoals helm en veiligheidsschoenen waren beschikbaar, maar een helm werd niet altijd gedragen. De werknemers hebben bij de uitvoering van het werk een relatief grote autonomie. Volgens dhr. Patje had dat ook positieve invloed op de arbeidstevredenheid en de veiligheid:

> "Ik heb altijd graag een eigen verantwoordelijkheid gehad. Ik reed vroeger (tot het collectief ontslag in 2003) de bus met 2 collega's. Ik was dan meewerkend voorman. Ik gaf op vrijdag de uren door. En als je dan een keer regen had en het was tien voor vier, en je moet tot kwart over vier, dan zei je tegen de jongens: stoppen, we gaan morgen wel weer verder, het dak is te gevaarlijk. Die uren halen we morgen wel weer in."

Dhr. Patje is niet positief over de arbeidsomstandigheden bij Dak NL:

> - "In Duitsland laten de veiligheidsvoorzieningen nog meer te wensen over dan in Nederland. Met dakdekkers, met netten, met kantplanken. Er zitten helemaal geen netten als er hout omhoog gedraaid wordt. De steigers hebben geen goeie leuning. Je moet via de buitenkant naar boven kruipen. Het motto van de baas is: als je binnendoor gaat, dan moet je een klepje losmaken en een klepje open en dicht maken duurt drie minuten. En dat scheelt dan weer een kwartiertje aan het eind van de dag."
> - "Als ik dan zie hoe het bij grotere bedrijven is geregeld, waar een OR is, daar is het helemaal perfect. Wij hangen daar maar een beetje tussenin. Die van ons geloven het wel met de veiligheid."

Secundaire preventie en tertiaire preventie
Dak NL heeft een contract met een arbodienst dat voorziet in begeleiding van arbeidsongeschikte werknemers tijdens het eerste ziektejaar. Daarnaast worden de werknemers, op grond van de afspraken in de cao voor de bouw, onderworpen aan een periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO): elke 4 jaar voor werknemers tot 40 jaar, elke 2 jaar voor werknemers ouder dan 40 jaar. De contacten met deze dienst zijn beperkt tot bezoeken van zieke werknemers aan de bedrijfsarts. Dhr. Patje ondergaat een PAGO onderzoek in 2003 3n 2005.

Quartaire preventie
De werkgever van dhr. Patje is bij een landelijk opererende verzekeraar verzekerd voor de kosten van loondoorbetaling bij ziekte. Bovendien heeft hij bij dezelfde verzekeraar een AVB polis. Bij een andere verzekeraar heeft hij een bedrijfsongevallenverzekering (max. verzekerd bedrag € 23.000). Op grond van de bouw-cao kan aanspraak worden gemaakt op de COV NL.

3. Schets van het ontstaan van het arbeidsongeval; behandeling en re-integratie.

Dhr. Patje is oktober 2001 met 2 collega's aan het werk bij de bouw van een stal in Duitsland. Die stal heeft een afmeting van 30 x 15 meter met een maximale hoogte van 8 meter. Dhr. Patje heeft samen met zijn collega's valbeveiliging aangebracht in de vorm van vangnetten op 1.5 meter hoogte. Dit was volgens dhr. Patje conform de voorschriften in Duitsland. Aan het eind van de dag legt dhr. Patje golfplaten op het dak. Hij bevindt zich op de rand van het dak op net aangelegde kunststofgolfplaten. Volgens dhr. Patje breekt een van de golfplaten, waardoor hij valt. Omdat hij aan de rand van de schuur naar beneden is gevallen, is hij zeer waarschijnlijk maar voor een deel in het net beland, en vervolgens over de netrand verder naar beneden gevallen op de betonnen vloer van de schuur. Naar hem is verteld, is hij gedeeltelijk liggend onder een stalen beugel aangetroffen. Het is niet duidelijk of hij op de stalen beugel is gevallen. Geen van de collega's is getuige geweest van het ongeval. Zij hebben alleen lawaai gehoord, waarna zij zijn gaan kijken.

Evaluatie van het arbeidsongeval in 2001 en maatregelen.
Na het arbeidsongeval zijn de Duitse arbeidsinspectie en de politie present. Zij verhoren de landbouwer. Op last van de arbeidsinspectie ligt de bouw twee weken stil. Daarna wordt het werk hervat. Dhr. Patje is niet benaderd door arbeidsinspectie of politie. Er is geen ongevalsrapport.[715]

[715] Pa-: in de geraadpleegde documentatie is slechts een globale schets van de toedracht van het ongeval beschikbaar op basis van het verhaal van de werknemer. In het kader van de controletaak van de arbeidsinspectie (Ps), de zorgplicht van de werkgever(A) en de waarheidsvinding i.v.m. schadeafhandeling (C) mag men een meer gedegen ongevalsonderzoek verwachten. Dit is echter niet uitgevoerd. **fase 2-4**

Behandeling en re-integratie na het arbeidsongeval.

Dhr. Patje wordt vervoerd naar een Duits ziekenhuis. Hij blijkt ten gevolge van het ongeval verschillende fracturen te hebben en ernstig letsel aan hoofd en longen. Dhr. Patje wordt gedurende enkele dagen buiten bewustzijn gehouden. Na 23 dagen ziekenhuisverblijf in Duitsland wordt hij vervoerd naar Nederland. In Nederland staat hij onder behandeling van een chirurg, een neuroloog, en een huidspecialist. Daarnaast heeft hij fysiotherapie en bezoekt hij regelmatig de huisarts.[716] De werkgever reageerde volgens dhr. en mevr. Patje ontwijkend en weinig behulpzaam toen hij in het ziekenhuis lag. Mevr. Patje hierover:[717]

> "Toen de werkgever in het ziekenhuis kwam, heeft hij niets tegen mij gezegd. Hij ontweek mij gewoon. Hij zag me gewoon niet staan."

Dhr. Patje over het ziekenbezoek van de werkgever:

> "Die baas zou ook wel eens hebben kunnen vragen: Kun je je redden. Hoe is het met je? Hij is gewoon niet maatschappelijk."

Daarnaast is dhr. Patje verontwaardigd dat de werkgever de kosten voor vervoer van het Duitse ziekenhuis naar huis wilde laten verhalen op een reisverzekering van dhr. Patje:

> "En wat mijn vrouw ook al zegt: hij vraagt of ik een reisverzekering heb. Maar ik hoef toch geen reisverzekering te hebben voor een arbeidsongeval? De baas heeft er toch voor te zorgen dat, als er wat gebeurt, hij voldoende verzekerd is en de kosten betalen kan voor zijn werknemers."

Ook zijn er problemen met het uitbetalen van het loon: aanvankelijk keert de werkgever in de maanden na het ongeval geen volledig loon uit maar een voorschot, bovendien weigert hij dhr. Patje een vaste bonus uit te keren, vanwege het ziekteverzuim als gevolg van het ongeval. In een later stadium wordt dat rechtgetrokken. In de periode van maart tot juli 2002 heeft dhr. Patje vijf consulten bij de arbodienst. In maart geeft de arbodienst het advies aan de werkgever dat de werknemer op korte termijn niet geschikt is voor werkhervatting op arbeidstherapeutische basis. Eind april geeft hij het advies 2 dagen per week werkhervatting. Volgens de bedrijfsarts was dhr. Patje enthousiast om weer aan het werk te gaan. Wel adviseert de bedrijfsarts om vooralsnog niet op hoogte te gaan werken, dit vanwege de angst die dhr. Patje heeft om op hoogte te gaan werken. De bedrijfsarts daarover:

> "Zo'n val geeft een shockeffect waarvan de werknemer moet herstellen. Dat moet je de tijd geven."

Dit is ook, telefonisch, met de werkgever besproken. De bedrijfsarts is niet nagegaan of de betrokken werknemer en de werkgever zich aan die afspraken hebben gehouden:

> "Eigenlijk zou je dit soort zaken met de werkgever persoonlijk moeten doorspreken. Maar dat wordt te duur gevonden. Als bedrijfsarts word je op je stoel vastgepind. We hebben een marginale positie. De verantwoordelijkheid ligt bij de werkgever. Wij kunnen alleen adviezen geven die niet bindend zijn. Bovendien: welk gewicht leggen we in de schaal? Bij elk advies dat je geeft, zeker bij kleinere bouwbedrijven, wordt nagegaan hoeveel geld het kost en hoeveel geld het oplevert."

Het voorstel van de bedrijfsarts om 4 halve dagen te werken wordt door dhr. Patje afgewezen omdat het praktisch onmogelijk is in verband met de aard van het werk en de reis van en naar het werk.

De echtgenote van dhr. Patje is in 2007 nog steeds ontstemd over de bejegening door de arbodienst:

> -"Je kreeg al bericht van de arbodienst toen lag je nog in coma."
> -"Ik had het re-integreren wel even op de lange baan geschoven. Dan had ik gezegd: Doe het maar rustig aan."

Dhr. Patje is evenmin positief over de ondersteuning van de arbodienst en heeft enig wantrouwen ten opzichte van de arbodienst[718]:

> -"Zo snel mogelijk weer werken, dat was het devies. Met 8 maanden was hij met mij aan het re-integreren. Eerst wilde hij me al voor 2 halve dagen re-integreren na 4 maanden. Dat heb ik geweigerd."
> -"Ik mocht van de bedrijfsarts alleen onder aan de lift werken, maar na 9 maanden stond ik al weer op 9 meter."
> -"Ik was er voor controle. Maar daar was opeens een andere arts. De arts die ik kende was echter wel aanwezig. Die liep daar over de gang. Dan denk ik bij mezelf: 'Waarom moet dat nou. Hij is er toch, hij weet ervan, kent het hele verhaal, en nou moet ik datzelfde verhaal weer vertellen.' Dan denk ik : 'Ja, dat

[716] Ti+: verschillende zorgprofessionals (G) dragen bij aan zijn herstel. **fase 2-6**

[717] Ti-: werkgever (A) toonde weinig begrip voor de situatie van dhr. Patje in de periode na het ongeval. **fase 2-4 (COV NL,** BOV, AVB NL**)**

[718] Ti-: dhr. Patje moest, op advies van de bedrijfsarts (Ps), in het eerste jaar na het ongeval het werk hervatten zonder dat hij volledig hersteld was. Er is teveel gefocust op snelle werkhervatting, in plaats van herstel of verandering van werk? **fase 2-6 (COV NL,** BOV, AVB NL**)**

kunnen ze ook wel doen om na te gaan of ik wel de waarheid spreek, dat ze denken: zegt hij wel wat hij vorige keer ook gezegd heeft.' " [719]

Ook over de bejegening door de werkgever is dhr. Patje kritisch:

-"Dat de baas nooit eens vraagt: 'Hoe is het nou?' Als die arbodienst is geweest dan moet ik daar toch bericht van krijgen. Het is alleen maar werken, werken, werken."

-"Als de baas meer premie moet betalen als ik ziek ben, daar hoef ik toch niet onder te lijden, de dupe van te worden. Ik ken verschillende lui die te snel aan de slag moeten en achteraf weer last krijgen van een hernia of de rug. En dan denk ik: Laat die man nou rusten, hij heeft 20 jaar bij je gewerkt. Hij heeft nu eenmaal dit of dat, en re-integreer nu niet te snel omdat de baas een eigen risico heeft.''

Eind september 2002 werkt dhr. Patje vier dagen per week. Ondanks dat dhr. Patje vanaf begin 2003 volledig het werk hervat, houdt hij wel klachten. De werkgever vraagt eind 2003 collectief ontslag aan. Dat wordt toegekend. Dhr. Patje is naar eigen zeggen niet ontslagen omdat hij de oudste werknemer was.

In 2004 is dhr. Patje als enige werknemer werkzaam bij Dak NL. Hij heeft nog steeds lichamelijke klachten, getuige ook het verslag uit dat jaar van zijn letselschaderegelaar:

- "Ook nog klachten van linker arm en schouder met name bij langdurige belasting, bijvoorbeeld in de vorm van veelvuldig reiken. Rechterknie is gevoelig bij knielen, hurken, kruipen. Probeert deze houdingen zoveel mogelijk te voorkomen. Maakt gebruik van kussentje. Werkt voornamelijk in Duitsland. Hij werkt vrijwel altijd op hoogte."
- "Nu, conform het advies van de KNO-arts, hij niet meer op hoogte mag werken en er bij de werkgever geen passend werk is, moet hij uitzien naar ander werk. Gelet op zijn arbeidsverleden zal het in de praktijk vrijwel niet mogelijk zijn een andere werkkring te vinden, althans niet zonder begeleiding en bemiddeling.
- "De bedrijfsarts trekt zich niet zo veel aan van het verbod om op hoogte te werken."

De situatie in 2005 en 2006 is ten opzichte van 2004 niet erg veranderd getuige, onder andere, passages uit een verslag van de letselschaderegelaar in 2006:

- "Evenwichtsstoornissen zijn in 2005 een tijdlang zeer hevig geweest. Ook slaapproblemen en angst om in donker te slapen. Daardoor 7 weken arbeidsongeschikt. In het verleden heeft hij dergelijke klachten nooit gehad."
- "Later afname in frequentie en hevigheid maar anno 2006 nog regelmatig last van evenwichtsstoornissen zowel thuis als op het werk: 'als klachten tijdens het werken op hoogte optreden, probeert hij ook vaak te gaan zitten en enige rust te nemen (enkele minuten). Nadat klachten verdwenen zijn, hervat hij de werkzaamheden'."
- "Dhr. Patje heeft mijn advies (van letselschaderegelaar) om KNO arts te bezoeken i.v.m. duizeligheidsklachten niet opgevolgd (reactie van dhr. Patje hierop: 'Die arts kan toch niets doen aan het werken op hoogte; bovendien heb ik geen behoefte aan de vaststelling van de aanwezigheid van evenwichtsstoornissen')."
- "Werksituatie nu (2/2006): volledige werkhervatting; wel duizeligheidsklachten. Dit levert geen problemen op als het werk met 3 personen wordt gedaan (helft van de tijd werk met 3 personen), maar wel als alleen of met zijn tweeën wordt gewerkt. Dan kan er geen rekening worden gehouden met de beperkingen van werken op hoogte. Soms wordt dhr. Patje gedetacheerd bij een ander bouwbedrijf om kozijnen te stellen en te zetten. Dat levert geen problemen op. De werknemer is de enige vaste kracht, buiten werkgever zelf. De werkzaamheden bestaan uit: renoveren en bouwen van veestallen. Een deel van de werkzaamheden wordt op hoogte uitgevoerd."
- "Nog regelmatig gezondheidsklachten, zowel thuis als op het werk: als klachten tijdens het werken op hoogte optreden, probeert hij vaak ook te gaan zitten en enkele minuten rust te nemen. Nadat de klachten zijn verdwenen, hervat hij zijn werkzaamheden."

De bedrijfsarts meldt in 2011 dat hij geen weet heeft van de aanwezigheid van evenwichtsstoornissen. In zijn dossier staat daarover geen vermelding:

"Over evenwichtsstoornis of duizeligheid is niet gesproken. Daarvan is nooit sprake geweest in de spreekkamer. In 2006 heeft dhr. Patje een PAGO ondergaan, waaruit geen enkele lichamelijke belemmering werd gesignaleerd. Ook geen evenwichtsstoornissen."[720]

2006

Eind 2006 (vijf jaar na het arbeidsongeval) heeft dhr. Patje wederom een arbeidsongeval. Hij struikelt op een dak, en valt van 4 meter hoogte op een stapel dakplaten.[721] Hierdoor is hij 7

[719] Uit informatie van de arbodienst blijkt dat dhr. Patje destijds een bezoek heeft gebracht aan een Arboverpleegkundige.

[720] Ti?: geen overeenstemming tussen bedrijfsarts (Ps), werknemer (I), en actoren uit het compensatiesysteem (C) over de vraag of er wel of geen sprake is (geweest) van evenwichtsstoornissen. **fase 2-6.**

weken arbeidsongeschikt. Een jaar later, tijdens het eerste interview met de onderzoeker is hij nog steeds verontwaardigd over de reactie van de werkgever:[722]

> - "Het gebeurde om kwart voor twaalf. Zegt de baas tegen mij: Dan gaan we nu even koffie drinken en een broodje eten en daarna weer verder. Normaal schaften we om half een. Hij had geen enkel idee om met mij naar een ziekenhuis of een dokter te gaan. Ik had er veel last van. Dat merkte ik wel toen ik rond drie uur iets moest verplaatsen met een shovel. Ik kwam de cabine niet eens meer in of uit. Toen hij me na het werk thuis afzette, verwachtte ik wel dat hij mij zou adviseren een dokter te raadplegen. Integendeel: hij vroeg: Hoe laat zal ik je morgen komen ophalen? Maar ik zeg: Ik ga naar de spoedeisende hulp (SEH), ik heb zoveel pijn, ik laat me even nakijken."
> - "Bij de SEH bleek dat ik vijf ribben had gekneusd. Toen zei ik nog: Ik kan morgen toch wel weer gewoon aan het werk? Toen zegt die arts: 'Als u morgen uit bed kunt komen, dan mag u aan het werk. Maar als ik u een advies mag geven: haal een tuinstoel naar binnen en ga daar vannacht in slapen'. Ik dacht: 'Hij stelt zich aan'. Ik heb daarna 14 dagen 's nachts in een tuinstoel gezeten."

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaims

Indiening

Namens de werknemer meldt een schoonzus dhr. Patje aan bij een letselschadeafdeling van een vakbond. Mevrouw Patje zegt daarover:

> "Ik zat in het ziekenhuis. En ik maakte me zorgen over de reiskosten en de verblijfkosten. En of mijn verzekering die kosten wel zou dekken. En toen zei mijn schoonzus: 'Luister goed: dit is een bedrijfsongeval. Daarvoor is de werkgever verzekerd. Die kun je aansprakelijk stellen'. En toen heb ik besloten dat we dat maar gingen doen. Want ik weet precies met hem hoe dat gaat. Hij wordt wakker uit coma en zegt dan dat het niet hoeft. Ik heb de werkgever aansprakelijk gesteld. Hij was het er eerst ook niet mee eens."

De betrokken letselschaderegelaar dient vervolgens een claim in bij werkgever. De werkgever geeft de aansprakelijkstelling door aan zijn aansprakelijkheidsverzekeraar. Later blijkt dat de werkgever eveneens een bedrijfsongevallenverzekering heeft afgesloten. Ook daarop doet de letselschaderegelaar een beroep. Daarnaast dient de letselschaderegelaar namens de werknemer een claim in bij de verzekeraar van de collectieve ongevallenverzekering die krachtens de cao-bouw is afgesloten. Het belangrijkste motief voor een claim is van financiële aard: compensatie van het verlies aan verdienvermogen. Dhr. Patje daarover:

> "Ik heb ook tegen de schaderegelaar gezegd: 'Het hoeft geen winstbejag te worden.' Maar zoals mijn vrouw ook al zegt: ik ben een heel andere man geworden. Ik ging 's avonds werken, want dan heb je wat extra. Dat gaat niet meer. Overuren maken kan niet meer, het risico is heel anders. Ik vind maar zo dat ik niet de dupe hoef te worden dat een baas niet genoeg werk meer heeft, zodat ik niet kan overwerken. Voor mezelf is het risico ook heel anders geworden; op het dak is het heel anders, door de angst. Vroeger liepen we over spanten en houten platen van 15 tot 20 meter hoogte. Nu doe ik dat ook, maar als ik dan boven ben, dan ben ik aan het zweten."

Afhandeling

De afhandeling kent de volgende stappen:

- Februari 2002 erkent de aansprakelijkheidsverzekeraar de aansprakelijkheid en keert een voorschot uit van € 1000.
- Maart 2004 stelt verzekeraar van de bedrijfsongevallenverzekering de mate van BI van 4% vast. Ze herziet dat op aandringen van de letselschaderegelaar in juli 2004 naar 6% BI. (€ 907,56).[723]
- Maart 2005 stelt de collectieve ongevallenverzekering bouw 7% bi vast (€1.857).[724]
- November 2008 sluiting dossier na een akkoord over schadevergoeding in verband met AVB NL (€ 34.391).[725]

---

[721] Pa-, Pi-: herhaling van hetzelfde type arbeidsongeval mede als gevolg van de opstelling van de arbodienst (Ps), beslissing medisch adviseur verzekeraars (C), de werkgever (A) en, stilzwijgende, instemming van dhr. Patje (I). Fase 5 (AVB NL)**. fase 7 (COV NL** en BOV)

[722] Ti-: de werkgever (A) gaat voorbij aan de (ernstige) gezondheidsklachten van dhr. Patje na het 2e bedrijfsongeval. Fase 5 (AVB NL). **fase 7 (COV NL** en BOV**)**

[723] Bij de bedrijfsongevallenverzekering wordt de ernst van het knieletsel niet meegewogen in de beoordeling (C). Qi- fase 5-6 bov niet opgenomen in tabel preventiebalans omdat het invloed van de bov betreft. Schadevergoeding krachtens bov niet opgenomen in preventiebalans fase 6 bov.

[724] Qi+: uitkering op basis van COV NL (C). **fase 7**

Verschil van mening

De letselschaderegelaar van dhr. Patje (en zijn medisch adviseur) en de vertegenwoordigers van de verzekeraars hebben verschil van mening over de ernst van het letsel, met name de beoordeling van de ernst van de klachten aan het evenwichtsorgaan, en de gevolgen van dat oordeel voor de uitvoering van de werkzaamheden bij Dak NL.[726] Hierin zijn twee posities: enerzijds de drie verzekeraars die op basis van een rapport van een eigen medisch expert, eveneens KNO-arts, tot de conclusie komen dat er sprake is *geweest* van lichte klachten aan het evenwichtsorgaan, die dhr. Patje niet hoeven verhinderen zijn werk uit te voeren. Daarom adviseert deze arts de (vroegere) duizeligheidsklachten niet mee te wegen in de bepaling van de letselschade. Anderzijds is er de positie van de letselschaderegelaar die zich baseert op de opstelling van de arbodienst (wiens opvatting trouwens geen formele rol speelt in de claimbeoordeling in verband met de schadevergoeding) die van mening is dat werken op hoogte eigenlijk niet meer mogelijk is gezien de evenwichtsstoornissen. Een door de letselschaderegelaar ingeschakelde KNO-arts stelt eind 2003 vast dat er sprake is van duizeligheid en evenwichtsstoornis, mogelijk in verband met ongeval. Dhr. Patje heeft een verhoogde valkans volgens de KNO-arts.

De twee ongevallenverzekeraars besluiten uiteindelijk deze klachten niet mee te laten wegen in de vaststelling van de mate van BI. Zijn juridisch belangenbehartiger besluit uiteindelijk hiertegen geen juridische procedure te voeren, omdat hij zijn kansen laag inschat en de juridische kosten hoog zijn.

Wel blijft de belangenbehartiger langdurig in discussie met de aansprakelijkheidsverzekeraar, in een poging met die verzekeraar consensus te bereiken over de noodzaak van het vinden van ander werk, waarin geen kans op vallen van hoogte is. Hij vraagt bij de aansprakelijkheidsverzekeraar steun voor dit standpunt in de hoop dat deze verzekeraar mee wil werken aan het financieren van de kosten van de overgang naar ander werk. En hij probeert tegelijkertijd dhr. Patje daartoe te motiveren. De aansprakelijkheidsverzekeraar staat hier echter afwijzend tegenover, omdat volgens haar de klachten niet meer aanwezig zijn, in ieder geval niet door de eigen medisch adviseur vastgesteld zijn. De letselschaderegelaar probeert dhr. Patje te motiveren (nogmaals) een KNO-arts te bezoeken voor een nieuwe diagnose. Ook benadert de letselschaderegelaar de bedrijfsarts met het verzoek een beperking op te leggen voor werken op hoogte. De letselschaderegelaar daarover:

> -"Hij had moeite om het werk vol te houden. Met hangen en wurgen lukte dat wel steeds. Maar toen vielen er ook nog wat collega's weg. Waardoor hij weer gedwongen werd nog vaker op hoogte te gaan werken. Toen heb ik hem gezegd: 'Het zou best kunnen dat je weer letsel oploopt omdat je van het dak lazert.' Hij had namelijk ook last van duizeligheid. Hij is wel onderzocht maar daar is niet echt wat uitgekomen. Medici hebben geen afwijkingen geconstateerd. Dat is jammer, want daarmee had je natuurlijk een hoogtebeperking echt kunnen opleggen. Dat is toen niet gebeurd en daarom heeft hij toen gezegd: 'Ik zing mijn tijd wel uit bij Dak NL'."
>
> -"Toch blijf ik vinden dat hij bij voorkeur ander werk zou moeten hebben. Eigenlijk zou je moeten zeggen: 'Ik ga met zo iemand de boer op en kijken welk werk je kunt vinden'. Maar op het moment dat de verzekeraar weet dat de persoon terug kan bij die baas en die baan heeft, wil hij die kosten niet maken. Niemand wil die kosten dragen. Je maakt soms wel mee dat je op voorhand ziet dat die persoon niet terug gaat komen in zijn oude positie. Dan ga je op voorhand wat doen. Dan worden de kosten wel gemaakt. Dan dreigt er een fors belang. Hier was geen financieel belang. Die prikkel is er niet bij de verzekeraar. Hij is ook niet zo lang uit zijn werk geweest. Hij is vrij vlot weer aan het werk gegaan. Na een maand of wat."
>
> -"Er gebeurt pas wat als iemand arbeidsongeschikt raakt. De verzekeraar wilde niet. Die zei tegen mij: 'Hij werkt toch'. Wat had de verzekeraar kunnen doen? Kunnen helpen een andere baan te vinden? Of een baan in de bouw waarbij hij niet meer op hoogte hoefde te werken? Ik ben toen bezig geweest en heb een paar keer naar de Arboarts geschreven, met de vraag kun je die beperking niet aangeven? Dhr.

---

[725] Door de aansprakelijkheidsverzekeraar is € 6.800 buitengerechtelijke kosten (BGK) afgedragen aan de letselschaderegelaar.

[726] Er zijn (eveneens) vraagtekens te plaatsen bij de inzet van de schadeafhandeling door de AVB verzekeraar (C): is er niet teveel gefocust op schadevergoeding, waarom zijn de evenwichtsstoornissen van dhr. Patje, en de kans op herhaling van een arbeidsongeval, niet serieuzer genomen door de aansprakelijkheidsverzekeraar, was het misschien niet beter geweest om te streven naar verandering van werk? Ti? En Qi- fase 5-6 AVB niet opgenomen in tabel preventiebalans omdat het invloed van de AVB betreft.

Patje is daar ook naar toe gegaan. Om te kijken of die dan niet een beperking zou opleggen voor het werken op hoogte."

- "En dhr. Patje had er ook niet zo'n belang bij, want die wou geen ruzie met zijn baas. Op het moment dat hij zou aankomen met een beperking, zou zo'n werkgever zeggen: 'U kunt wel gaan'. Die baas had dan geen mogelijkheid om er een ander op te zetten."
- "Ik ben er best een tijd mee bezig geweest. Dat een van de doctoren dat op papier wilde zetten, zodat hij naar die werkgever toe kon gaan en zou kunnen zeggen dat het te moeilijk is, te gevaarlijk om op hoogte te werken. Wat had de werkgever dan kunnen doen? Hij zou dan ook met zijn handen in het haar zitten."

In dubio

Dhr. Patje is (in 2007) in dubio over het voorstel van de letselschaderegelaar. Hij heeft een aantal overwegingen om in te gaan op het voorstel. Een van die overwegingen is het ongeval dat hij in 2006 heeft gehad. Een andere overweging is dat hij veel minder gemotiveerd is voor zijn werk:

- "Als ik dan 's morgens om half acht het busje zie voorrijden dan denk ik: moet ik alweer gaan?"
- "Nu ben ik blij dat ik die 8 uurtjes kan volmaken. De verhouding met de baas is niet optimaal. Hij heeft alle personeel ontslagen en mij moeten houden omdat ik zo oud was. Dat heeft de vakbond voor elkaar gekregen. Nou ben ik de laatste drie jaren steeds meer met de chef aan het werk. Ik heb echter altijd graag eigen- en eindverantwoordelijkheid gehad. Nou lukt dat niet, nu moet ik onder leiding werken."
- "Die man kan gewoon niet anders. Daar kun je mee leven of niet. Hij is al een heel stuk veranderd. Vroeger, voor het ongeluk, ging ik fluitend aan het werk."

Daarbij komt dat hij sinds zijn terugkeer in 2002 niet volledig hersteld is van zijn gezondheidsklachten[727] en zich onveiliger voelt bij het werken op hoogte:

- "Ik ben een heel andere man. Ik ging vroeger ´s avonds werken. Nu is er de angst. Op het dak is het ook heel anders, door de angst, het is angstig. Het is niet meer zoals vroeger. Toen liepen we over houten spanten van wel 15 tot 25 meter lengte."
- "Nu, als ik boven ben, dan ben ik aan het zweten. Het kan zo zijn dat ik boven aan het werk ben en het binnen een kwartier zwart voor de ogen krijg."

Ook de verslechterde arbeidsrelatie met de werkgever vormt een overweging om te stoppen. Volgens dhr. Patje zijn de onderlinge verhoudingen tussen hem en de baas gespannen. Hij brengt dat in verband met de letselschadeclaim. Daarnaast heeft dhr. Patje sterk de indruk dat de werkgever hem kwijt wil[728] :

- "Hij heeft nooit met een woord gerept over de afwikkeling van de zaak, nooit een woord hoe het eigenlijk afgelopen is en hij doet nu, 6 jaar na datum, alsof er nooit wat gebeurd is. Ik begin er niet over."
- "Maar als mijn letselschaderegelaar een claim doet, dan krijgt die werkgever van mij toch een afschrift en dan denk ik toch dat die verzekeraar zegt dat er een claim is."
- "Hij zegt zo vaak dat het allemaal zo duur is en de kosten zo hoog zijn, dan zegt hij: 'Als het zo doorgaat, dan stop ik ermee'. En dan zeg ik: 'Stop dan. Hoe eerder hoe beter. Maar beloof me een ding: als je denkt dat je vrijdag gaat stoppen, laat me dat dan op de maandag ervoor weten, dan kan ik mijn WW papieren in orde maken'."

Aan de andere kant ziet dhr. Patje er tegen op risico's te nemen op de arbeidsmarkt, omdat de kansen op vervangend werk beperkt zijn:

"Zoveel plezier heb ik nog in dit werk: helemaal niets meer. Maar ja, ander werk is er niet, vooral als je in de vijftig bent."

De verschillende opvattingen van de medici bieden dhr. Patje eveneens weinig zekerheid:

"De ene keer zegt zo'n arts dat er niets meer aan de hand is, de andere keer zegt die arts: 'Je mag absoluut niet meer op hoogte werken'. Volgens hem had ik een lichte stoornis, die later alleen maar erger en erger wordt."

Voor dhr. Patje is het optreden van de arbodienst ook niet vertrouwenwekkend:

- "Eerst zei de arbodienst: 'Je moet ander werk hebben'. Ik zei: 'Laat maar komen. Zeg maar wat. Als ik om 1 uur hoor dat ik bij bedrijf x op de heftruck kan of in de grond kan werken (want jullie zeggen, niet meer het dak op) dan begin ik meteen'."
- "Nu (2007) proberen ze dat te verdoezelen. Nu zegt de arbodienst tegen mij: 'Je mag niet meer op het dak werken, niet hoger dan op 3,5 meter werken. Dat hebben we ook met de werkgever afgesproken'. Maar dan denk ik: 'Die weet toch ook dat die baas van mij maar één man personeel heeft. Hoe wil je in je eentje dan dakplaten leggen?' De arbodienst zei: 'Ik zal ervoor zorgen dat de baas in kennis wordt gesteld'. Maar hij (de baas) doet net of hij gek is."

---

[727] Ti-,Pi-: dhr. Patje (I) is nog steeds niet hersteld van duizeligheidsklachten, wat een gevaar is op het werk en voor zichzelf, echter de werkgever (A) of arbodienst (Ps) grijpen niet in. **fase 5-7 COV NL**/BOV/AVB

[728] Pa-: verslechtering in de arbeidsrelatie in verband met het indienen van de letselschadeclaim, en de daarmee gepaard gaande langdurige afhandeling (C) door dhr. Patje (I) in combinatie met een gebrek aan tevredenheid van de werkgever over het functioneren van de werknemer en slechte communicatie over de schadeclaim(A). **fase 2-6.**

- "Ze beloven je goud en je krijgt nog niet eens koper. Die bedrijfsarts die had toch ook wel zijn woord kunnen houden?"

In 2007 staat dhr. Patje op het standpunt dat hij wil stoppen, als dat financieel enigszins haalbaar is.

"Als ik morgen kan stoppen en voor 80% krijg doorbetaald, dan doe ik het."

Drie alternatieven

Dhr. Patje ziet dan drie alternatieven. Alternatief 1 is ander werk. Echter dhr. Patje verwacht niet ergens anders nog aan het werk te komen;

"Ik ben 57, ik kan nergens anders beginnen. Men zegt wel 'er is werk zat in Nederland', 'laat ze maar komen' zeg ik. Via via vraag ik wel bij vrienden in de bouw of ze werk weten voor me. Niks. Tegenwoordig is het 20-21 jarigen. Van die stagemedewerkers willen ze hebben, die ze dan opleiden. Ze halen Polen, dat is een loonkwestie. Dat dat niet in de haak is in Nederland, is duidelijk."

Daarbij komt dat hij bang is om het recht op een volledige WW te verspelen:

"Er zijn hier wel bedrijven in de buurt waar je contracten kunt krijgen voor 6 tot 11 maanden. Maar als je dan binnen een jaar thuis bent, dan wordt dat beschouwd als werkloos door gedeeltelijk eigen schuld en dan word je met 15% gekort op je WW rechten."

Alternatief 2 is om met 60 jaar met de VUT te gaan. Die weg is echter afgesneden omdat de VUT regeling is gewijzigd. Volgens dhr. Patje is hij een jaar te jong om met de VUT te kunnen gaan.

Alternatief 3 is parttime werken. Dhr. Patje zegt in 2007 tijdens het interview met de onderzoeker dat hij vanaf januari 2008 vier dagen gaat werken. Zijn vrouw denkt daar anders over en suggereert dat hij niet op eigen kosten minder moet gaan werken, maar op kosten van de werkgever, de WW, of een arbeidsongeschiktheidsregeling. Beiden hebben hun hoop gevestigd op de letselschaderegelaar:

"Daar is hij nu mee bezig. Hij is dat aan het uitzoeken. Ik hoop dat hij komt en zegt 'Maar nou hebben we wat: je hoeft alleen nog maar dinsdag, woensdag en donderdag te werken'."

1 november 2008 is het dossier afgesloten door de juridisch belangenbehartiger. Dhr. Patje ontvangt ruim € 30.000 aan schadevergoeding op basis van de AVB.[729]

5. Overige preventieve veranderingen in fase 2 t/m 7

Hiervoor is een overzicht geboden van de veranderingen in de preventiesituatie binnen de arbeidsorganisatie en het individu die min of meer in directe relatie staan tot het ongeval en de schadeafhandeling. In verband met de casestudie is ook nagegaan welke overige preventieve veranderingen zich in de onderzoeksperiode hebben voorgedaan.

Primaire preventie

Op het gebied van de primaire preventie zijn alleen negatieve veranderingen gesignaleerd. Hiervoor is reeds vastgesteld dat hetzelfde type arbeidsongeval zich in de periode van de letselschadeafhandeling wederom heeft voorgedaan. Ook is dhr. Patje zelf niet veiliger gaan werken. Dhr. Patje werkt sinds zijn terugkeer in 2002 nog steeds op hoogte, ondanks de verschijnselen van duizeligheid. Na het ongeval zijn geen maatregelen genomen.

"De veiligheid is ook niet verbeterd. Voorzieningen blijven hetzelfde. Steigers goed plaatsen, dat gebeurt practisch door geen enkel bedrijf. Als je het helemaal veilig wilt hebben, moet je in de muur gaten boren en dan pluggen aanbrengen. Maar dat is veel te duur, dan zegt de baas: 'Als we dat ook nog moeten betalen...' Dat net hangen we nog steeds op de zelfde manier op."

Dhr. Patje vertelt (in 2007) dat de onderlinge verhouding tussen hem en de baas gespannen is en verder verslechterd is. Dhr. Patje wilde wel bij het bedrijf weg, maar kon niet, om financiële redenen, en de baas wilde van hem af, maar kon dat niet vanwege de hoge ontslagkosten.[730] Uiteindelijk wordt eind 2009 het arbeidscontract ontbonden. Dhr. Patje daarover:

"Volgens de bond had ik recht op € 38.000, de werkgever wilde niet betalen. Het zou voor de rechter komen. Een paar dagen daarvoor heb ik dat toch laten aflasten. Ik ken hem (de werkgever) al mijn hele

[729] Schadevergoeding krachtens AVB NL niet opgenomen in preventiebalans. Fase 6 AVB NL.

[730] Pa-: de arbeidsrelatie verslechterde nog verder omdat dhr. Patje wel weg wilde maar dat niet deed om financiële redenen (I) en de werkgever hem kwijt wilde maar ook opzag tegen de financiële consequenties (A). **fase 2-7 COV NL** (idem fase 2- 7 BOV/AVB)

leven. Hij woonde als klein kind om de hoek. Hij kwam op mijn verjaardag. We zaten samen in een carnavalsvereniging. Ik woon samen met hem in een dorp. Je moet verder. Daarom is er verder onderhandeld en heb ik genoegen genomen met een lager bedrag. Het afscheid was nul komma nul. Het was er niet. Op 16 november was mijn laatste dag. Ik zei aan het eind van de dag: 'Nou, aju' en hij zei: 'Aju' en dat was het."

De werkgever laat telefonisch het volgende weten:

"De afhandeling van het ontslag is mij niet in de kouwe kleren gaan zitten; ik voel me als een boef behandeld; geestelijk heeft me het heel veel gedaan."

De werkgever wilde dit niet nader toelichten.

Secundaire en tertiaire preventie

Op het gebied van de secundaire preventie zijn geen veranderingen opgetreden. Op het gebied van de tertiaire preventie zijn geen positieve veranderingen. Er zijn wel negatieve veranderingen te constateren: er is (te) weinig begrip en aandacht voor de klachten van dhr. Patje, en er zijn vraagtekens te plaatsten bij de arbeidsgezondheidskundige begeleiding en de kwaliteit van de schadeafhandeling. Dhr. Patje blijkt ook niet hersteld van zijn klachten en hij kan volgens zijn vrouw het werk amper aan[731]:

"Als hij thuiskomt is hij doodmoe en valt in slaap op de bank. Hij is soms niet wakker te krijgen. En dan staat hij de volgende ochtend weer op zonder dat hij warm gegeten heeft."

Dhr. Patje voelt zich unfair behandeld door de maatschappij:

- "Ik vind maar zo: ik heb nooit op de maatschappij geleund. Altijd mijn best gedaan om aan het werk te blijven. En dan moet je een paar centen terug en dan doen ze net alsof je een dief bent."
- "Ik ben een heel ander mens geworden."

Zijn vrouw bevestigt dit (in 2007):

"Gelijk wil hij erop af. Hij is opvliegender; hij wil op de vuist. Dat komt door het ongeluk en alles wat er nog speelt."

Quartaire preventie

Op het vlak van de quartaire preventie is reeds hiervoor, naast een positieve verandering (de schadevergoeding aan dhr. Patje), ook een negatieve verandering gesignaleerd, namelijk de verschillende beoordeling van het letsel door de medisch adviseurs, die ertoe leidt dat de ene ongevallenverzekering meer uitkeert dan de andere. Volgens informatie van de AVB verzekeraar is de AVB polis niet aangepast. Voor Dak NL heeft de schadevergoeding na het ongeval, volgens de letselschaderegelaar van dhr. Patje, niet tot veranderingen geleid ten aanzien van de quartaire preventie:

"de AVB polis wordt in zo'n geval niet aangepast, dan moet er meer gebeuren."

Ontslag

Eind 2009 besluit de werkgever om dhr. Patje te ontslaan. Volgens dhr. Patje maakte de werkgever gebruik van het argument dat hij door de recessie geen werk meer voor hem had. Na onderhandelingen tussen de vakbond en de werkgever is uiteindelijk een akkoord bereikt over een ontslagvergoeding van € 25.000. Vanaf december 2009 ontvangt dhr. Patje een WW-uitkering. Die uitkering is door dhr. Patje zelf in mei 2011 stopgezet. Vanaf dat moment maakt hij gebruik van zijn pensioen. Dhr. Patje daarover:

"Ik kon geen beroep meer doen op de prepensioenregeling omdat die ondertussen was afgeschaft. Wel bleek het mogelijk om mijn pensioenuitkering naar voren te halen. In overleg met mijn vrouw heb ik besloten dat te doen. De maandelijkse uitkering bedraagt € 1400."[732]

[731] Ti-: dhr. Patje kan het werk amper aan omdat hij niet hersteld is van zijn klachten. De arbodienst had hiermee rekening moeten houden (Ps), evenals de werkgever (A) (fase 2-7). **fase 2-7 COV**(idem fase 2- 7 BOV/AVB).

[732] Qi+: de financiële situatie van dhr. Patje is verbeterd ten opzichte van de periode daarvoor, indien men de inkomsten uit COV (C), BOV, AVB, (tijdelijke) WW-uitkering (SZ), ontslagvergoeding en pensioenuitkering sommeert. Het inkomen uit werk was € 1600. In de periode eind 2009-mei 2011 ontving hij een WW uitkering van € 1200. Vanaf mei 2011 ontvangt hij een prepensioenuitkering van € 1400. Zijn inkomensverlies sinds het einde van het arbeidscontract is geschat op ruim € 20.000. Door de uitkeringen krachtens de COV NL wordt dit verlies niet gecompenseerd. Indien echter de ontslagvergoeding en de uitkering krachtens de AVB in de berekening wordt meegenomen is de financiële situatie (som van uitkeringen en vermogen) verbeterd. **Fase 7.**

Tabel 3 : Preventiebalans en invloed van 6 factoren[733]

			Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeidsorganisatie						
2.Dak NL								
Primair	+0, -2, ? 0	+ 0, -4, ? 0	* ***	-	-	** *	** ***	** **
Secundair	0	0	-	-	-	-	-	-
Tertiair	+1, -5, ? 1	0	*	*	-	****	****	**
Quartair	+2, -0, ? 0	+ 0, -1, ? 0	**	-	* *	-		-
Preventie structuur								
Totaalbeeld			Beperkte invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed	Beperkte invloed

[733] In deze balans is alleen de invloed van het compensatiesysteem COV NL opgenomen en niet de invloed van de AVB NL en BOV.

6. Financiële balans

De financiële balans (zie tabel 4) is opgesteld op basis van informatie die is verstrekt door de letselschaderegelaar, de arbodienst, de AVB verzekeraar en dhr. Patje. De raming van de kosten van de werkloosheidsuitkering zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat dhr. Patje tot zijn 65e levensjaar niet meer in staat zal zijn betaalde arbeid te verrichten. De totale kosten zijn becijferd op € 159.964. COV NL draagt nauwelijks kosten van dit ongeval, evenals de bedrijfsongevallenverzekering (BOV). De werkgever heeft de grootste kostenpost (€ 38.000) gevolgd door het UWV (€ 34.000) en de aansprakelijkheidsverzekeraar. Ook dhr. Patje draagt aanvankelijk veel kosten (€ 20.000 in verband met schatting verlies verdienvermogen). Later wordt dit gecompenseerd door de ontslagvergoeding. De ziektekostenverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar dragen tenslotte ongeveer bijna 10% van de kosten.

Tabel 4: Financiële balans: schatting kosten en toedeling kosten arbeidsongeval

Aard van de kosten	Schatting kosten 1e arbeidsongeval	Wie betaalt?
1. uitkering aansprakelijkheidsverzekering aan dhr. Patje	€ 27.000	AVB verzekeraar
2.uitkering bedrijfsongevallenverzekering	€ 907	Verzekeraar BOV
3.uitkering collectieve ongevallenverzekering bouw	€ 1.857	COV bouw
3.transactiekosten letselschaderegeling: a. belangenbehartiger letselschade (medische info+advies: €2000; kosten letselschaderegelaar: 4900): € 6.900 b.verzekeraars (kosten letselschaderegeling:€ 6000; medisch rapportage € 2000): € 8.000	€ 14.900	Grotendeels AVB verzekeraar
3. gezondheidszorg - 22 dagen ziekenhuis a € 500: € 11.000 - 12 consult medisch specialisten: € 1200 - 40 consulten fysiotherapie: € 1200 - 20 consulten huisarts: € 800	€ 14.000	Ziekte kosten verzekeraar[734]
4. stilleggen werk 2 weken	€ 5 000	Werkgever
5. kosten loondoorbetaling a.uitkering door arbeidsongeschiktheidsverzekeraar bij ziekte (7 maanden * 2.000) alleen nettovordering b. doorbetaling bruto loonkosten werknemer c. hogere premie arbeidsongeschiktheidsverzekering (gedurende 3 jaar)	a. € 14.000 b. € 4.200 c. € 3.500	a. Arbeidsongeschiktheidsverzekeraar b. Werkgever c. Werkgever
5. beoordeling werkhervatting dhr. Patje , 5 consulten	€ 300	Arbodienst>werkgever
6. arbeidsinspectie bezoek locatie, verslag, 1 dag	€ 300	Arbeidsinspectie
8. kosten werkloosheidsuitkering	€ 34.000	UWV
9. ontslagvergoeding	€ 25.000	Werkgever[735]
10. inkomensverlies dhr. Patje	€ 20.000	Werknemer
Totaal	**€ 159.964**	

[734] Volgens de AVB verzekeraar is er geen regres verhaald door de ziektekostenverzekeraar.
[735] Qa-: kosten werkgever in verband met doorbetaling loonkosten, hogere premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en ontslagvergoeding (SZ). **Fase 2-7.**



Case 3: Chemie NL, werknemer dhr. Ulf (compensatie via AVB NL)[736]

1.Schets van de arbeidsorganisatie en het individu

Dhr. Ulf
Dhr. Ulf (1962) is uitzendkracht. Hij werkt vanaf zijn 16e levensjaar in de bouw. De laatste vijf jaar is hij werkzaam in grondwerk en bodemsanering op allerlei chemische locaties in dienst van uitzendbureau UIT. Hij komt er wekelijks op kantoor, ontvangt vakantiegeld en krijgt via UIT de opleiding voor VCA vergoed. Dhr. Ulf heeft een arbeidsongeval op 2 april 2008 op het terrein van Chemie NL. Hij is dan als werknemer in dienst van uitzendbureau UIT uitgeleend aan bedrijf LOON dat saneringswerkzaamheden verricht op het terrein van Chemie NL. Dhr. ULF dient in april 2008 een schadeclaim in, die begin 2011 wordt afgerond met een schade-uitkering van € 77.000.[737]

Uitzendbureau UIT
Uitzendbureau UIT is gecertificeerd voor ISO 9001:2000, VCU 2007/04, NEN 4400-1. Het is lid van de ABU. Activiteiten bestaan uit detacheren, uitzenden, payrolling. Daarnaast heeft het bedrijf een flexpool. In deze pool zitten mensen met verschillende competenties, afhankelijk van het werk dat verricht moet worden. De werknemers zijn breed inzetbaar, worden zo nodig opgeleid en zijn het hele jaar door beschikbaar. De CAO uitzendbranche is van toepassing. Het bedrijf heeft geen ondernemingsraad (OR), UIT is in de onderzochte situatie de formele werkgever.

Bedrijf LOON
Bedrijf LOON is met 16 werknemers in vaste dienst actief in grondsanering, bronbemaling en grondboren. Het heeft verschillende kwaliteitskeurmerken waaronder VCA. Het bedrijf valt onder de CAO Bouw. Het bedrijf heeft een aansprakelijkheidsverzekering, waaronder een dekking voor werkgeversaansprakelijkheid. Het bedrijf heeft geen ondernemingsraad. LOON is in deze situatie de materiële werkgever.

Chemie NL
Chemie NL is een onderdeel van een internationaal chemieconcern. In Nederland heeft het bedrijf een aantal locaties. Een van de locaties is Chemie NL. Chemie NL is een business unit binnen het concern. De unit t heeft een eigen directie, management, staf en uitvoerend personeel. In totaal zijn 400 werknemers van het chemieconcern werkzaam op deze locatie. Directie, management en staf staan in direct contact met het Nederlandse hoofdkantoor van het chemieconcern over allerlei strategische en operationele vraagstukken. Chemie NL is reeds tientallen jaren actief op een industrieterrein, dat samen met twaalf andere bedrijven (andere business units van het chemieconcern en dochterondernemingen) wordt beheerd. . Het bedrijf kent een eigen CAO. Het bedrijf heeft een OR. Het bedrijf heeft een aansprakelijkheidsverzekering met dekking voor werkgeversaansprakelijkheid, met een eigen risico van €45.000 per gebeurtenis.

[736] Bronnen: Ten behoeve van het onderzoek zijn interviews gehouden met respectievelijk: de directie van de buitenfirma, de getroffen werknemer, zijn juridisch belangenbehartiger, medewerkers van het chemieconcern (de locatiedirecteur, een stafjurist, een veiligheidskundige, het hoofd KAVM van de locatie, het stafhoofd KAVM, de stafbedrijfsarts, de locatiebedrijfsarts, een medewerker P&O, het hoofd inkoop, twee medewerkers van de verzekeringsafdeling, de voorzitter van de OR), medewerkers van verzekeraar LOON. Daarnaast zijn documenten geraadpleegd, te weten het rapport ongevalsonderzoek opgesteld door de veiligheidskundige van Chemie NL, het toedrachtonderzoek door de schade-expert, rapporten van de verzekeraar van LOON. Fasering: **fase 2-6** april 2004 - maart 2011. **Fase 7** maart 2011 tot september 2011.

[737] Dhr. Ulf bleek niet bereid het bedrag te noemen, de verzekeraar wel.

2. Preventiesituatie voor indiening van de claim

Dhr. Ulf is, voordat hij de werkzaamheden start, naar eigen zeggen een gezonde werknemer. Hij heeft in voorjaar 2008 een gezondheidskeuring ondergaan, waaronder een longonderzoek, in verband met het dragen van een persluchtmasker. Het is onduidelijk of hij (daarmee) ook als medisch geschikt was verklaard voor dit werk. Hij heeft een VCA diploma.
LOON heeft geen ondernemingsraad, geen arbeidsomstandighedencommissie of op een andere wijze betrokkenheid van personeel bij preventie geregeld. Ook kent het bedrijf geen RIE. De heer LOON zegt over het preventiebeleid het volgende:

> -"Wij schakelen een extern bureau in voor de veiligheidszorg en de VCA keuring en we hebben een extern bureau voor milieukundige ondersteuning. Ik ben veel bezig met innovatie, niet alleen technisch (met robotisering) maar ook qua arbeidsomstandigheden. Dat moet leiden tot minder zwaar werk. Ik instrueer het personeel en zeg hen: 'Laat je niet martelen, doe geen werkzaamheden waarvan je spijt hebt, als er een probleem is, bel maar, let goed op wat je doet, waar het risico zit, denk na: waar, hoe en wanneer'. En ouderen die proberen we op ander werk te zetten. Daar fleuren ze van op."
> -"Wij hebben wel een arbodienst maar die schakel ik alleen in als het echt noodzakelijk is. Wat heb ik eraan als zo'n bedrijfsarts constateert dat een werknemer een gebroken been heeft. Dat kost me zo €150, want ja, die man moet natuurlijk gezien worden. Dus daar begin ik niet aan. Ik regel zelf de controle. Ik heb een mannetje hier in de buurt, die kan ik inschakelen als ik denk dat het niet helemaal snor zit."

Preventie bij Chemie NL
Chemie NL heeft een uitgebreid preventiebeleid en preventiestructuur. Men beschikt via de arbodienst over een aantal professionals: arbeidshygiënist, bedrijfsarts (die in nauw contact met de stafbedrijfsarts staat), bedrijfsverpleegkundige, doktersassistent. Daarnaast heeft men bedrijfshulpverleners opgeleid en een eigen afdeling KAVM (kwaliteit, arbeidsomstandigheden, veiligheid en milieu). Die afdeling beheert, onder andere, een handboek Arboregels dat voor het gehele industrieterrein geldt. Het bedrijf heeft een RIE, die permanent wordt herzien, een jaarlijks actieplan, een commissie VGWM, en een OR. Op de locatie is een zelfstandig gevestigde bedrijfsarts werkzaam die in direct contact staat met de stafbedrijfsarts (concernniveau). Inleenfirma's moeten VCA* gecertificeerd zijn. Chemie NL wil volgens staf en directie voorop lopen in het arbeidsomstandighedenbeleid. Volgens de voorzitter van de OR vertoont dat beleid echter een aantal tegenstellingen:

> - "Ik zie een organisatie die veiligheid als randvoorwaarde heeft, maar worstelt met de vraag hoe je dat goed handen en voeten geeft. Het concern heeft vier business units (BU), elke BU heeft zijn eigen directie, staf en veiligheidscultuur. Op deze locatie zitten alle vier BU's. Deze trekken niet samen op. De bestuurder van een van de vier BU's wordt hier beschouwd als locatiedirecteur. Hij heeft echter geen zeggenschap over andere BU's. Daarnaast zijn op deze locatie andere firma's werkzaam. Ook met hun eigen beleid. Voor deze situatie moet dus een gemeenschappelijke basis worden gevonden. Die is er op schrift wel: er is een locatieveiligheidsboek, maar dat bestaat voor een deel uit heel interpretabele stukken, omdat iedereen zich daarin wil vinden. Dat wordt bijgehouden door een veiligheidsplatform, waarin alle productiebedrijven hier vertegenwoordigers hebben. Voor de medezeggenschap is dat dus heel lastig, die verschillen. Kunnen we dat nu niet goed regelen? Men moet de regie willen nemen. Er is niet een persoon die er boven staat. Dat is heel lastig. Dat kan ook nadelig uitwerken voor contractors omdat die per locatie met een verschillend beleid te maken hebben."
> - "Productie zit in de genen van ons bedrijf. Productie, daar draait het om. Daar komt nu de component veiligheid bij. Dat komt door de toename van de zorg voor het personeel en voor de omgeving. Het gaat om nul fout, nul incidenten. Niet opvallen, zodat de omgeving niet kritisch op je wordt. Onbewust kijken we toch naar de productie. We vieren vaker productierecords dan veiligheidsrecords."

Voor de begeleiding van eigen ziek personeel is een Sociaal Medisch Team (SMT) waaraan de locatiebedrijfsarts, P&O en de leiding deelnemen. Als een arbeidsongeval plaatsvindt, ook van extern personeel, dan wordt betrokkene begeleid door P&O. Binnen het bedrijf vindt een nauwgezette ongevallenregistratie plaats. In het register moet onder andere worden aangegeven wat het type letsel is, de oorzaken van dat ongeval (directe oorzaken en basisoorzaken), de beheersmaatregelen en de verantwoordelijke leidinggevende. In het register wordt ook bijgehouden aan welke bedrijven en welke managers van Chemie NL het ongeval is toegewezen. Het aantal werkgebonden aandoeningen en ongevallen is een parameter voor veiligheid. Het wordt gebruikt als benchmark naar andere bedrijven. Het cijfer is van belang voor het veiligheidsimago. Binnen Chemieconcern is een bonusbeleid gekoppeld aan het aantal toewijzingen.

Binnen Chemie NL bestaat weinig kennis van de aard en de kwaliteit van het preventiebeleid van inleenbedrijven en uitzendorganisaties. De bedrijfsarts van Chemie NL kent geen collega's van inleenbedrijven. Evenmin is bekend of deze bedrijven zich aan de wetgeving houden. Men vertrouwt op het positieve effect van de eigen procedures: de werkzaamheden moeten beschreven zijn in een veiligheids- en gezondheidsplan, men maakt een Taak Risico Analyse (TRA), het bedrijventerrein is opgesplitst in beheersgebieden: elk beheersgebied kent een beheerder die werkvergunningen afgeeft en een opdrachtbon aftekent. Daarnaast heeft men de VCA procedure, zoals die ook is doorlopen door dhr. Ulf: inleenpersoneel bekijkt voor aanvang een veiligheidsfilm, krijgt instructies over rechten en plichten, papieren worden gecontroleerd, men ontvangt PBM, tekent een werkvergunning en wordt doorverwezen naar een keet.[738] De OR concentreert zich vooral op de organisatorische aspecten van het veiligheidsbeleid. Daarnaast houdt ze zich bezig met de analyse van (bijna) ongevallen. De OR is van mening dat analyse van ongevallen vooral aangegrepen moet worden om ervan te leren en niet om daders te straffen.

3. Schets van het ontstaan van het arbeidsongeval; behandeling en re-integratie van de werknemer

Op een deel van het terrein van Chemie NL moet bodem gesaneerd worden. Die sanering gebeurt in twee fasen. Alle saneringswerkzaamheden zijn uitbesteed, omdat Chemie NL de benodigde kennis niet in huis heeft. Ingenieursbureau Ontwerp is ingeschakeld om een saneringsplan te maken. In het kader van dat plan is een saneringsonderzoek uitgevoerd (met o.a. metingen van de concentraties gevaarlijke stoffen). De werkzaamheden worden voor aanvang ingeschat op risicoklasse 3T-2F en moeten worden uitgevoerd conform AI blad 22. Een en ander veronderstelt onder meer het volgende:

- een veiligheids-en gezondheidsplan, waarin alle risico's voor de werknemers worden beschreven en wordt vastgesteld welke beschermingsmaatregelen moeten worden genomen.
- metingen van concentraties gevaarlijke stoffen voor aanvang van de werkzaamheden.
- milieutechnische begeleiding bij uitvoering van de werkzaamheden.

Na aanbesteding worden de werkzaamheden gegund aan aannemer LOON. Aannemer LOON doet een beroep op uitzendbureau UIT vanwege ziekte van een eigen werknemer. Dhr. Ulf wordt aangewezen voor deze werkzaamheden. De directeur van LOON daarover:

> "We hadden iemand nodig omdat een werknemer van ons uitviel. Het is niet zo eenvoudig om een uitzendkracht te vinden die T3 werk kan doen en is goedgekeurd voor bodemsanering. Via via hoorde ik dat UIT wel mensen kon leveren. Verder ken ik dhr. Ulf niet. Ook niet van eerdere projecten. Hij werkte, meen ik, een paar dagen voor ons daar. Met het uitzendbureau hadden we ook nog nooit gewerkt."

Toedracht van het arbeidsongeval

In de ochtend van 2 april start dhr. Ulf met werkzaamheden ten behoeve van de bodemsanering op het terrein van Chemie NL. Zijn werkzaamheden bestaan eruit dat hij samen met een kraanmachinist een sleuf moet graven. Dhr. Ulf bevindt zich in de sleuf. Op een gegeven moment ontstaat er een ongeval in de sleuf. Het ongevalsrapport van Chemie NL vermeldt hierover:

> Tijdens graafwerkzaamheden ademt dhr. Ulf een damp/gas in die vrijkomt uit de grond. Dhr. Ulf geeft aan dat hij tijdens het vluchten van zijn werkplek struikelt en met zijn elleboog valt op een zojuist vrijgegraven betonnen fundering. Hij meldt zijn geurwaarneming bij zijn collega die in de graafmachine zit en geeft aan even een rookpauze te nemen. Voordat hij begint te roken wordt hij onwel en moet overgeven, krijgt hoofdpijn en wordt kortademig.

Volgens dhr. Ulf gebeurde het volgende:

> "Ik ging aan het werk. Ik moest bij een peilbuis die was afgedicht mikoliet verwijderen. Toen ik daarmee bezig was, kwam er een gat in de buis, gevolgd door een sissend geluid. Dan weet je één ding: zorg dat je eruit komt, je weet dat je moet gaan. Het kostte me moeite om uit de sleuf te komen; uiteindelijk lukte dat via de betonnen poer, maar ik viel op die poer, toen heb ik, naar later bleek, mijn

[738] Overigens vinden op het hoofdkantoor wel eens discussies plaats over de vraag of niet meer informatie moet worden verzameld over het preventiebeleid van inleenbedrijven.

elleboog gebroken. Het was duidelijk een wolk: de kraanmachinist zegt nog tegen me: 'die wolk hangt er nog steeds.'"

Over de toedracht van het ongeval bestaan echter ook andere lezingen. In een rapport van de schade-expert die in opdracht van de afdeling verzekering van Chemie NL het ongeval onderzocht, staat vermeld:

> Dhr. Ulf zat op zijn knieën; hij stak een spade in de grond; er waren graafwerkzaamheden; hij raakte een leiding; er kwam een holle pijp open te liggen waaruit stoffen vrijkwamen.

De overige geïnterviewden hebben trouwens nog andere indrukken van het ongeval. Over wat er vrij kwam in de sleuf zijn de volgende meningen genoteerd:

> "Er kwam damp vrij"; "er kwam een gas vrij"; "er ontsnapten gassen"; "er was een sissend geluid"; "er was een geelachtige wolk"; "er kwam een scheet uit de grond".

Ook over wat er daarna gebeurt verschilt men van mening:

> Er kwamen stoffen recht in het gezicht van dhr. Ulf ; dhr. Ulf viel meteen flauw; dhr. Ulf vluchtte; dhr. Ulf struikelde en viel flauw; dhr. Ulf neemt een rookpauze (en was dat dan toegestaan op dit project?), hij strompelt naar de keet en valt daar flauw; dhr. Ulf wordt naar de keet gebracht nadat hij flauw is gevallen.

Over de aard en concentratie van eventuele chemische stoffen bestaat evenmin volledige zekerheid[739]:

> - Ter voorbereiding op de werkzaamheden zijn grond en bodemmonsters genomen. Uit deze monsters bleek sprake te zijn van verhoogde concentraties chloorkoolwaterstof.
> - Het ongevalsrapport, dat naar aanleiding van het ongeval wordt vervaardigd maakt melding van *mogelijke* aanwezigheid van de volgende stoffen: **chloroform**, **methyleen**, **tetrachloormethaan**, **vinylchloride**, **trichlooretheen**, **perchloorethyleen**.
> -Na het incident zijn een aantal grondmonsters genomen en geanalyseerd. In de monsters zijn verhoogde waarden aangetroffen van chloroform, tetrachloormethaan, **tetrachlooretheen, en 112 trichloorethaan.**
> - Direct na het incident is door de collega van dhr. Ulf gemeten met de PID meter. De meter gaf een waarde aan van 104 ppm VOC vlak boven de grond in de sleuf. hetgeen duidt op een sterk verhoogde concentratie vluchtige stoffen. Normaliter wordt bij 1 ppm het werk gestopt. Volgens sommigen is die meter echter niet gevoelig genoeg.
> - Na het incident zijn een aantal grondmonsters geanalyseerd: verhoogde waarden chloroform, tetrachloormethaan, tetrachlooretheen en 112 trichlooretheen.
> - Op het moment van de boringen wordt gemeten met een mobiele gasmeter, deze heeft niets aangetoond.

Letsel (2008-2011)

Dhr. Ulf loopt door dit ongeval letsel op. Direct na het arbeidsongeval zijn de directe verschijnselen: overgeven, hoofdpijn, kortademigheid. Via de eerste hulp van Chemie NL belandt hij op de eerste hulp van een ziekenhuis. Daar constateert men geen afwijkingen in de zuurstofgehalte van het bloed; wel wordt geconstateerd dat zijn longen niet goed 'klonken'.

Een dag later meldt hij zich bij het ziekenhuis in zijn woonplaats. Daar constateert men geen afwijkingen aan de longen of luchtwegen. Men vermoedt dat de ziekteverschijnselen van dhr. Ulf een vorm van hyperventilatie is, die wordt veroorzaakt worden door prikkelingen van de luchtwegen. In het ziekenhuis constateert men tevens dat dhr. Ulf zijn linkerarm heeft gebroken. Na verschillende bezoeken aan de longarts (die de klachten eerst duidt als lichte beschadiging van de longen, mogelijk op basis van blootstelling aan chemische stoffen en later het vermoeden uit dat dhr. Ulf zich een andere, verkeerde, manier van ademen heeft aangeleerd) wordt hij in oktober 2008 doorverwezen naar een Universitair Medisch Centrum (UMC). Ook dit UMC kan geen heldere diagnose stellen. Men twijfelt tussen een hyperventilatiesyndroom en irritatie van de luchtwegen als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen.[740] De gezondheidsklachten van dhr. Ulf nemen na verloop van tijd toe in omvang en ernst. Daarom wordt hij opgenomen in een revalidatiecentrum. Tijdens het interview in dit centrum (mei 2009) vertelde dhr. Ulf dat zijn gezondheid ernstig achteruit gaat: hij is erg benauwd, kan nog maar een paar honderd meter lopen, is erg duizelig, zijn bloedsuiker is te laag en de regulering van de ademhaling is aangetast. Dhr. Ulf wordt begin 2010 ontslagen uit het revalidatieoord. In een interview met hem in 2011 meldt hij nog steeds

[739] **vetgedrukt**= verhoogde waarden in grondwater gevonden voor incident

[740] Ti?: geen helderheid over de gezondheidstoestand, mede veroorzaakt door onvoldoende informatie over gevaarlijke stoffen van Chemie NL (A) aan gezondheidsexperts. **fase 5**

ernstige ademhalingsmoeilijkheden. Zijn uithoudingsvermogen is beperkt. Hij kan dagelijks twee keer een uur bewegen. 's Middags rust hij 1 ½ tot 2 uur.

Behandeling en re-integratie

De arbeidsgezondheidskundige begeleiding blijkt, volgens informatie van dhr. Ulf, in handen te zijn van de bedrijfsarts van het UWV. Van een kwalitatief goede en frequente begeleiding was in dit geval echter geen sprake, getuige onder andere deze uitspraak:

> "De bedrijfsarts van het UWV daar heb je niet zoveel aan: je komt, die man neemt je dossier door, bekijkt je medische gegevens, doet af en toe een onderzoekje en zegt dan: 'Het gaat helemaal niet goed hé?' Trouwens: ik heb steeds een andere bedrijfsarts."

Het UWV heeft geen contacten met de betrokken bedrijven over de omstandigheden waaronder het ongeval heeft plaatsgevonden. De nazorg regelt men in het kader van afspraken die binnen Chemie NL gelden voor de afwikkeling van incidenten. Een medewerker P&O is vanaf dat moment contactpersoon. Deze contactpersoon heeft maandelijks telefonisch of direct contact met dhr. Ulf. Dhr. Ulf zegt deze belangstelling zeer op prijs te stellen.[741] De locatiebedrijfsarts van Chemie NL benadert dhr. Ulf met het aanbod om enige bedrijfsgezondheidskundige begeleiding te leveren. Dhr. Ulf maakt hiervan geen gebruik.
Medewerkers van Chemie NL hebben geen contact gehad met UIT over dit ongeval, noch over de afwikkeling van het ongeval en de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.
Contacten over de situatie van dhr. Ulf en de eventuele betrokkenheid van onderaannemer LOON bij de ziektebegeleiding ontbraken eveneens. De medewerkers van Chemie NL verkeren in de veronderstelling dat dhr. Ulf ook begeleid en ondersteund wordt door UIT en LOON. Met de formele werkgever UIT heeft de heer Alfing tot november 2008 contact. Daarna verneemt hij niets meer van UIT. Ook van de materiële werkgever LOON gaat verder geen nazorg uit. Vanuit opdrachtgever Chemie NL organiseert men meer zorg voor het slachtoffer dan juridisch noodzakelijk is. Enkele dagen na het ongeval krijgt dhr. Ulf bezoek van 2 medewerkers van Chemie NL.[742] Locatiebedrijfsarts en stafbedrijfsarts van Chemie NL proberen uit te zoeken welke klachten dhr. Ulf heeft en welke de causale relatie is met de werkzaamheden. Daartoe hebben ze contact met dhr. Ulf, zijn medisch specialisten en met de toxicoloog van Chemie NL. Dit leidt echter niet tot duidelijkheid over het causale verband tussen gezondheidsklachten en blootstelling. Hierdoor blijven bij de direct betrokkenen verschillende opvattingen bestaan over het letsel dat is ontstaan.[743]
Dhr. Ulf heeft in de eerste periode van zijn ziekte (van 1 april 2008 tot begin januari 2009) acute financiële problemen: UIT (de formele werkgever) geeft hem geen aanvulling in verband met ziekte, waardoor dhr. Ulf is aangewezen op een ziektewetuitkering van netto € 202 per week.[744] Binnen Chemie NL wordt gesproken om dhr. Ulf een voorlopige financiële tegemoetkoming te verstrekken. Daarvan ziet men echter af op advies van zowel de juridische afdeling als de afdeling Insurance van Chemie NL. Wel ontvangt dhr. Ulf een fruitmand en een kerstpakket van Chemie NL. Ook van Loon ontvangt hij (najaar 2008) geldbedrag van € 7500. De directeur van LOON daarover:

> -"Ulf belde mij op en zei tegen me dat Chemie NL eerst had gezegd dat het wel geregeld wordt. 'Maar ik heb nog niets gezien en ik verkeer in geldnood', zei hij tegen mij. Toen hebben we hem geld gegeven om niet, want hij zat financieel in de problemen. Ik heb er wel bij gezegd: 'Pas op, dit is geen erkenning van aansprakelijkheid'."
>
> -"Ik begreep dat hij een nul-urencontract had met UIT, wat UIT zou ontslaan van alle verplichtingen."

In januari 2009 ontvangt hij van de verzekeraar van de firma LOON een voorschot van € 10.000, waarmee zijn financiële problemen voor dat moment zijn opgelost.

---

[741] Ti+: nazorg door direct contact van P&O medewerker(A) wordt door dhr. ULF hogelijk gewaardeerd. **fase 2-6**
[742] Ti-: adequate arbeidsgezondheidskundige begeleiding ontbrak (de betrokken bedrijven(A) voelen zich niet verantwoordelijk of zijn niet verantwoordelijk voor de begeleiding; Het UWV(SZ) heeft geen contacten met de betrokken bedrijven en medici, en geen kennis van de omstandigheden waaronder het ongeval heeft plaatsgevonden. De bedrijfsarts wordt door dhr. ULF (I) op afstand gehouden**. fase 2-6**
[743] Ti-: De betrokken gezondheidsexperts (Ps, G) blijken niet in staat de causale relatie tussen klachten en blootstelling vast te stellen, hetgeen niet bevorderlijk is voor zijn herstel. **fase 2-6**
[744] Qi-: dhr. ULF heeft in het eerste half jaar acute financiële problemen door een lage uitkering (SZ) en het uitblijven van aanvulling vanuit de (formele) werkgever/opdrachtgever (A) of verzekering (C); wel ontvangt hij een geldbedrag van de materiële werkgever LOON. **fase 2-6**

Evaluatie van het arbeidsongeval in 2008 en maatregelen.
Ten behoeve van de evaluatie is een ongevalsrapport opgesteld door de afdeling KAVM[745] van Chemie NL. Daarbij is gebruik gemaakt van de A137 methode. Ten behoeve van het rapport zijn interviews gehouden met dhr. Ulf, zes werknemers van Chemie NL, vijf werknemers van LOON, één medewerker van ingenieursbureau Ontwerp en de medewerker van een externe firma Toezicht die belast was met het toezicht op het werk.
Het elf pagina's tellende rapport bevat een beschrijving van het ontstaan van het ongeval, de situatie van het slachtoffer, de voorzorgsmaatregelen die zijn getroffen, een analyse van de oorzaken, conclusies en aanbevelingen. In het ongevalsrapport wordt een onderscheid gemaakt in directe oorzaken (zowel persoonsgebonden als fysisch/ technisch) en basis-oorzaken (onderscheiden naar fysisch/technisch en organisatorisch). Als directe oorzaken worden aangemerkt:

- Het risico is onjuist ingeschat; de gedachte was dat vrijkomen van gassen snel opgemerkt zou worden.
- Een inadequaat alarmeringssysteem: er was slechts één PID meter beschikbaar voor twee bouwplekken.
- De slechte toestand van de loopvloeren zorgde voor val van dhr. Ulf.

Als basis-oorzaken worden aangemerkt:

- het ontbreken van een volledig en correct V&G plan;
- het ontbreken van permanente luchtmetingen.[746]

Onduidelijk blijft echter of er een V&G plan bestond voor aanvang van het project en wie daarvoor verantwoordelijk was. Uit het ongevalsonderzoek wordt dit niet helder. Ook het toedrachtsonderzoek biedt geen helderheid. Een medewerker van KAVM zegt hierover:

> "V&G zaken zijn onderdeel van de TRA-analyse. LOON was op de hoogte van de verontreinigingssituatie. Daar was hij juist voor ingehuurd vanwege zijn specifieke kennis en beschikbaarheid van geëigend equipement. Normaliter stelt zo'n firma op basis van een TRA(taak risico analyse) een hieraan gerelateerd V&G plan op."

De directeur van LOON denkt daar echter anders over:

> "Chemie NL, Toezicht en Ontwerp zijn volgens mij verantwoordelijk. Zij stellen de plannen en de procedures op. En wij voeren uit wat zij voorschrijven. Een V&G plan was niet beschikbaar."

In het ongevalsrapport doet men de volgende aanbevelingen. Deze aanbevelingen zijn overgenomen in het Arbohandboek[747]:

- stel een volledig V&G plan op;
- pas de meetstrategie aan;
- zorg dat bij alle werkzaamheden een pid meter aanwezig is;
- voer continu metingen uit bij het werken in vervuilde grond;
- leg de beheersmaatregelen bij verschillende risicoklassen van verontreinigde grond vast in het handboek arboregels;
- bespreek het ongeval tijdens de toolbox en geef instructie over het vrijhouden van looppaden.

De dag na het ongeval organiseert de directie en de afdeling KAVM van Chemie NL een bijeenkomst met alle betrokkenen. Daarin is uitleg gegeven over het incident en zijn plannen uiteengezet om te meten. Het saneringsproject heeft een maand stilgelegen en is daarna voortgezet onder strengere voorwaarden. Het heeft Chemie NL € 300.000 gekost om het project af te maken in verband met het treffen van extra veiligheidsvoorzieningen en de daarmee gepaard gaande extra tijdsinvestering (werkzaamheden werden nu met perslucht uitgevoerd, met extra pauzes voor het personeel).[748]
Na het ongeval is er een discussie geweest over de vraag aan welke Business Unit het ongeval moest worden toegewezen. Daarover was zoveel onenigheid dat uiteindelijk is besloten het ongeval aan het hoofdkantoor toe te wijzen.
De schade-expert die namens de afdeling verzekering van Chemie NL een rapport vervaardigt waarschuwt voor openbaarmaking van het ongevalsrapport:

> "Onze inschatting is dat de belangenbehartiger in het geval dat aansprakelijkheid door alle partijen wordt afgewezen, een procedure zal starten tegen de firma LOON. Daarbij dienen een aantal medewerkers van Chemie NL en Toezicht er rekening mee te houden dat zij als getuigen zullen worden opgeroepen. De

[745] Pa+: De leiding en medewerkers van Chemie NL (A) benadrukken in de interviews dat de betrokken veiligheidskundige expliciet de opdracht krijgt een objectief en onafhankelijk rapport op te stellen. Men benadrukt van het ongevalsrapport te willen leren. **fase 2-6**
[746] In het rapport wordt niet expliciet vermeld dat men hiermee de Arbeidsomstandighedenwet overtreedt, te weten: het Arbobesluit bouwplaatsen en de richtlijnen i.v.m. het melden van ernstige arbeidsongevallen.
[747] Pa+: aanbevelingen zijn overgenomen in Arbohandboek (A). f**ase 2- 6**
[748] Pa+: Er zijn op korte termijn door Chemie NL (A) preventieve maatregelen genomen om herhaling te voorkomen. f**ase 2-6**

kans is groot dat de informatie die in het interne ongevalsrapport staat, bekend wordt bij belanghebbende."

Van het ongeval wordt melding gemaakt bij de provincie, aangezien deze instantie verantwoordelijk is voor de vergunningen inzake bodemsanering. De arbeidsinspectie wordt niet ingeschakeld, aangezien men inschat dat het geen ernstig ongeval is. De betrokken bedrijven ontvangen van Chemie NL geen exemplaar van de ongevalsrapportage. De directeur van LOON is daarover zeer verontwaardigd[749]:

"Ik heb Chemie NL gevraagd om het ongevalsrapport. Ondanks herhaalde verzoeken en toezeggingen heb ik niets ontvangen. Hier ligt mijns inziens de kern van het probleem. Er wordt niet gecommuniceerd, dus niemand kan iets leren of verbeteren. Het lijkt erop dat Chemie NL bezig is om een rookgordijn op te zetten i.v.m. juridische claims."

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaim.

Indiening

Nadat dhr. Ulf op 2 april 2008 een ongeval heeft opgelopen neemt hij een week later contact op met een advocaat. Twee weken na het ongeval worden vier partijen aansprakelijk gesteld: Chemie NL, Toezicht, LOON en UIT. De juridische basis voor deze aansprakelijkstelling is een verschillende.[750] Onder de geïnterviewden bestaat overigens verschil van informatie en inzicht in de aansprakelijkheid. Een groot aantal geïnterviewden van Chemie NL gaat er bijvoorbeeld vanuit dat de andere partijen aansprakelijk zijn. De directeur van LOON heeft weer een andere opvatting:

"Chemie NL en Toezicht zijn verantwoordelijk, samen met Ontwerp. Zij stellen rapportages op over de risico's. Wij voeren de werkprocedures uit die op basis van hun rapporten zijn opgesteld. Als hun risico-inschatting niet goed is, hebben wij een probleem. Ik heb van mijn verzekeraar begrepen dat zij op hun beurt weer Toezicht aansprakelijk hebben gesteld. En Toezicht zal Chemie NL wel weer aansprakelijk stellen. Dan is de cirkel weer rond. Een trieste zaak: de kern was scheef, namelijk Chemie NL is aansprakelijk, hoofdschuldige en die zou daar wat mee moeten doen. Nu wordt er weer een persoon (gedoeld wordt op toezichthouder van Toezicht) uitgepikt die volgens mij echt niets verweten kan worden. Dat is gewoon een goede gast. Ze pakken gewoon de verkeerde. Dat is gezond-verstand-logica versus juridische logica. Het is zo onzinnig."

De directie en het personeel van LOON twijfelen aan de motieven van dhr. Ulf. Een van de geïnterviewden zegt:

"Sommige werknemers waren van mening dat betrokkene een broertje dood heeft aan werken, winst wilde halen uit dit incident, en dat hij zijn klachten voorwendt en al langer last had van zijn arm."

Afhandeling

Zes weken na de aansprakelijkstelling geeft de afdeling Insurance van Chemie NL opdracht aan een expertbureau tot het instellen van een toedrachtonderzoek. Dat rapport is drie maanden na het ongeval gereed. Daarop volgt, na overleg met de advocaat, een huisbezoek aan dhr. Ulf . Dat bezoek vindt plaats op 8 oktober 2008 in het bijzijn van de advocaat.

dhr. Ulf beweert dat iemand van Chemie NL hem een bedrag van € 15.000 zou hebben geboden om de zaak te regelen.

Het rapport dat door een schade-expert is opgesteld in opdracht van de verzekeringsafdeling van Chemie NL, verschilt in een aantal opzichten van de inhoud van het ongevalsrapport dat door de afdeling KAVM is opgesteld. De schade-expert heeft het betreffende rapport ook niet ter lezing aangeboden gekregen. Het vermeldt dat de werknemer geen instructies heeft ontvangen, dat hij op zijn knieën werkte, dat er een gaswolk vrijkwam en dat er alleen blootstelling was aan chloorkoolwaterstof. De schade-expert spreekt in het rapport de verwachting uit dat LOON en Chemie NL gezamenlijk aansprakelijk zijn.[751] Het rapport van

[749] Pa-: Het rapport blijkt vooral een interne functie te hebben voor de afdeling KAMV en voor de locatiedirectie. Overige actoren , zowel intern als extern worden door de opdrachtgever (A) niet geïnformeerd alhoewel men daar wel behoefte aan heeft. De angst voor aansprakelijkheid (C) speelt hierin een rol. Het leereffect blijft op deze manier beperkt tot een kleine groep. **fase 2-6**

[750] Chemie NL wordt aansprakelijk gesteld op basis van artikel 6:174 BW (risicoaansprakelijkheid opstal), LOON en UIT op basis van artikel 7:658 BW (werkgeversaansprakelijkheid) en Toezicht en Ontwerp op basis van artikel 6:162 BW (beroepsaansprakelijkheid).

[751] Overigens hebben de betrokkenen die ten behoeve van deze case-studie zijn geïnterviewd niet alleen verschillende inzichten en informatie over toedracht en oorzaak van het ongeval, en de ernst van het letsel, maar

de expert wordt door de (concern) verzekeringsafdeling alleen ter informatie aangeboden aan de juridische afdeling van de Business Unit. Het verschil in inhoud van de rapporten vergroot eerder de verwarring over oorzaak en toedracht van het ongeval. Partijen leren niet van deze arbeidsongevallenclaim.[752] Volgens een medewerker van de afdeling verzekering van Chemie NL is dat ook niet de bedoeling:

> "Preventie hoort formeel niet tot onze taak. Dat hoort bij de afdeling KAVM. Ik kan daar wel intelligente dingen over roepen, maar zij weten dat toch beter. Wat we wel incidenteel doen, is managers ervan bewust maken dat ze een eigen risico hebben. Verder zijn het gescheiden werelden. Heel anders dan in het MKB waar verzekeraar en arbodienst veel meer invloed hebben."

De directie van Chemie NL is tot het interview met de onderzoeker overigens niet op de hoogte van de verzekeringsvoorwaarden en laat zich in zijn beslissingen ook niet daardoor leiden. Het eigen risico (per Business Unit per jaar) speelt geen rol in beslissingen op het vlak van preventie en compensatie, getuige ook dit voorval:

> "De onderzoeker vraagt de locatiedirecteur van Chemie NL of hij ook een eigen risico draagt in verband met werkgeversaansprakelijkheid. De directeur, reeds meer dan tien jaar in functie zegt dat hij dat niet weet. Vanuit zijn kamer roept hij de boekhouder en vraagt hem ernaar. Ook de boekhouder weet het niet, maar wil het wel meteen uitzoeken. Vijf minuten later meldt de boekhouder dat er een eigen risico is van 45.000 euro. 'Dat wist ik niet, maar doet er verder ook niet toe' is de reactie van de locatiedirecteur, 'Dat geld is bijzaak. En dat de sanering 300.000 euro extra heeft gekost daar zanikt ook niemand over'."

De OR is evenmin op de hoogte van de wijze waarop het bedrijf is verzekerd. Het wordt evenmin van alle schadeclaims op de hoogte gehouden. De voorzitter daarover:

> - "Ik weet niet of ik van alle claims op de hoogte ben. Af en toe hoor ik wel eens wat. Zowel formeel als informeel. Ik schat het aantal claims op één per jaar. Over de claim van dhr. Ulf is wel eens gesproken, maar ik weet er niet de finesses van. Ik weet wel dat er vage klachten waren die niet een duidelijke oorzaak hadden, en waaruit niet klip en klaar conclusies te trekken waren. Heeft ook geen invloed gehad op de OR. Het is niet zo dat er een ander regime is ontstaan voor het reinigen van grond. Dat was er al voor dit incident. Daarin past volledige PBM, indien nodig. Waarom dat in dit geval niet is gebeurd? Misschien was er onvoldoende kennis van de grondkwaliteit en van het bedrijf dat er heeft gestaan. Het was een blinde vlek. Dit soort kennis zit blijkbaar onvoldoende in het collectieve bewustzijn van de organisatie.
> - "De OR is evenmin op de hoogte van onderzoek, aanleiding tot onderzoek en de voorstellen die gedaan zijn: er wordt in deze organisatie informatie gefilterd. Dus de OR is niet van alles op de hoogte."

LOON heeft de schade ´vrij kort na het ongeval´ gemeld aan zijn eigen verzekeraar. Op verzoek van LOON doet die verzekeraar geen eigen onderzoek uit angst de commerciële relatie met Chemie NL te schaden. Overigens ontkent LOON dit. De directeur van LOON zegt dat hij in afwachting was van het door Chemie NL te vervaardigen ongevalsrapport:

> "Chemie NL zou een rapport maken, op basis waarvan we afspraken zouden maken. Maar de juristen maken er een heel ander verhaal van."

In een later stadium heeft de verzekeraar van LOON toch een opdracht verstrekt tot onderzoek, dat echter snel weer is gestaakt, omdat verzekerde (LOON) aangaf dat Chemie NL de zaak inmiddels had opgepakt en zou gaan regelen. Het expertbureau rapporteert daarover:

> Wij hebben aangegeven dat die informatie onjuist is; op basis van ons gesprek (op 21 oktober) heeft de verzekeraar besloten een eigen onderzoek in te stellen.

De heer LOON zegt daarover:

> "Chemie NL veroorzaakt een claimcultuur: In plaats van dat ze het ongevalsrapport openbaar maken en we samen om de tafel gaan zitten om te kijken wat er is gebeurd, wie waarvoor aansprakelijk is en hoe we de kosten zullen delen en dhr. Ulf zullen oppakken, gebeurt er niets van dat alles. En Chemie NL betaalt niet en denkt: laat anderen het maar betalen."

Op 21 oktober vindt het eerste telefonisch contact plaats tussen het expertbureau en de verzekeraar van LOON. Dezelfde dag wordt contact gezocht met de directrice van UIT. Zij is echter niet aanwezig en heeft ook niet teruggebeld. Het expertbureau rapporteert daarover:

> "Omdat de rol van de formele werkgever vermoedelijk verwaarloosbaar is, hebben wij niet meer met rapportering gewacht totdat wij met mevrouw contact hebben gehad."

---

ook verschillende opvattingen en kennis over wie aansprakelijk is, wie aansprakelijk gesteld kan worden en wie uiteindelijk de schade zal dragen.

[752] Pa-: verschillende direct betrokkenen in de arbeidsorganisatie (A) blijken verschillende opvattingen te hebben over oorzaak en toedracht, het letsel dat is opgetreden (en de ernst daarvan) en over de aansprakelijkheid. Ook blijkt dat er verschillende rapporten over het arbeidsongeval (rapport interne veiligheidsdienst; rapport schade expert (C) niet alleen in beperkte kring verspreid worden, maar ook gedeeltelijk een verschillende inhoud hebben.

De afhandeling van de schadeclaim laat lang op zich wachten. Dat heeft een aantal redenen. Een ervan is, dat niet duidelijk is wie hoofdaansprakelijk is: LOON, UIT, Chemie NL of Toezicht?

De heer LOON verwoordt de nadelige effecten van deze claim als volgt:

> "Ik vraag me af: zijn wij nou mensen of zijn wij juristen? We hadden dit toch onderling kunnen oplossen. En ons kunnen richten op de schadebeperking. Dan had er iemand moeten zijn die zou kijken naar de hoogte van het uit te keren bedrag, in relatie tot de klachten. Ook had je je licht kunnen opsteken bij collega's van hem, zijn achtergrond kunnen natrekken. En dan had je ook kunnen kijken is het nu wel zo erg? Eventueel had je daar de verzekeraars bij gehaald. Nu is veel goed geld kwaad geld geworden. Hoeveel geld is er wel niet in de schadeafhandeling gegaan en zal er nog ingaan?"

Ook dhr. Ulf meldt dat de juridische afhandeling nadelig is voor zijn herstel[753]:

> "Het was een drie jaar durend gevecht. Met alles wat er bij komt kijken aan belasting door juridisch onderzoek, de spanningen die dat met zich meebrengt. Het kostte me veel conditie. Die geestelijke belasting is geen pretje."

Uit het gesprek met de verzekeraar van onderaannemer LOON en de belangenbehartiger van dhr. Ulf kan de onderzoeker opmaken dat deze twee partijen zich baseren op onvolledige en onjuiste informatie over de toedracht van het ongeval. Beiden denken met een incidentenrapport van de toezichthouder over de volledige informatie te beschikken. Dit is echter niet het geval. Er is sprake van informatiereductie: het meest compleet is het ongevalsrapport van de afdeling KAVM en de informatie die daarin staat vermeld over de overtredingen die door en namens Chemie NL zijn begaan: onvoldoende inventarisatie van gevaarlijke stoffen, onvoldoende metingen en meetapparatuur, onvoldoende bescherming. De schade-expert die namens Chemie NL de schadezaak onderzoekt, beschikt niet over dit rapport maar beschrijft wel een aantal van deze overtredingen. Mede op advies van de expert stelt de verzekeringsafdeling van Chemie NL deze (belastende) informatie niet beschikbaar aan de verzekeraar en de onderaannemer LOON. Overigens maakt niemand gewag van de meldingsverplichting van dit ongeval aan de arbeidsinspectie.[754] Ook refereert men niet aan de eisen op basis van AI blad 22.

In 2011 is de schadeclaim definitief afgehandeld. Het uiteindelijk betaalde schadebedrag is een onderhandelingsresultaat en niet de uitkomst van een rationele analyse van de schade van betrokken werknemer. De schadebehandelaar van de verzekeraar:

> "Ik had het verlies aan verdienvermogen berekend op € 150.000. Maar het was door de tegenpartij niet hard te maken dat alle klachten te wijten waren aan het ongeval. Ook was het niet zeker dat mijnheer tot 67 jaar had kunnen doorwerken zonder klachten. Een medische expertise zou nodig zijn geweest om daarover duidelijkheid te krijgen. Uiteindelijk heb ik toen gezegd dat ik € 50.000 wilde betalen. Toen is er onderhandeld en zijn we uitgekomen op een schadebedrag van € 77.000. In feite kopen beide partijen op deze manier een medische expertise af."

Dhr. Ulf vindt dat het om een 'aardig bedrag' gaat.[755] Niettemin heeft hij minder te besteden dan voorheen. Dat komt ook omdat hij niet meer in staat is overuren te maken, iets wat hij gewend was te doen in zijn werk als uitzendkracht in chemische bedrijven.[756] Ruim 5 jaar na het ongeval is er nog geen duidelijkheid over de precieze aansprakelijkheidsgrond. De juridisch belangenbehartiger heeft vier partijen aansprakelijk gesteld: Chemie NL, de toezichthouder op het werk, onderaannemer LOON en uitzendbureau UIT. De verzekeraar van LOON erkende als eerste (en enige) de aansprakelijkheid. De verzekeraar van LOON wil echter de schade, of een gedeelte daarvan, verhalen op Chemie NL. Ze beroept zich jegens Chemie NL op aansprakelijkheid conform art. 7: 658 BW (werkgeversaansprakelijkheid), art. 6:175 BW (aansprakelijkheid gevaarlijke stoffen), en art. 6:162 BW (beroeps-aansprakelijkheid). De expert van Chemie NL wijst in een brief aan de verzekeraar het beroep op deze artikelen echter af. In een interne notitie wijst de expert erop dat volgens haar opvatting Chemie NL kan worden aangesproken op basis van art. 6: 171 BW (risico

[753] Ti-: langdurige juridische afhandeling van de claim (C) is belastend voor herstel van dhr. Ulf. **Fase 2-6**

[754] Er is sprake van een meldingsplichtig arbeidsongeval als iemand door een ongeval op het werk blijvend letsel oploopt, in een ziekenhuis wordt opgenomen of overlijdt.

[755] Qi+: dhr. Ulf heeft een schadevergoeding ontvangen (C) **fase 6**

[756] Qi+: de financiële situatie van dhr. Ulf is (bijna) gelijk aan de situatie ten tijde van werk door de schadevergoeding o.b.v. AVB (C) in combinatie met WIA uitkering (SZ) **fase 7**

aansprakelijkheid opstal). Deze opvatting heeft hij echter niet aan de verzekeraar van LOON kenbaar gemaakt.

Onderzoek naar de mogelijkheden om schadeclaims te voorkomen
Deze casebeschrijving is een uitvloeisel van een onderzoek in opdracht van de leiding van Chemie NL naar de mogelijkheden om schadeclaims van uitzendkrachten en personeel van onderaannemers te voorkomen. De onderzoeker kreeg alle vrijheid om zijn onderzoek uit te voeren. Ten behoeve van het onderzoek zijn twaalf interviews gehouden en verschillende documenten geraadpleegd. De bevindingen zijn in een rapport vastgelegd. Dat rapport bevatte eveneens een viertal voorstellen.
Voorstellen:

1. Verbeter de arbeidsgezondheidskundige begeleiding van extern personeel door middel van één vaste bedrijfsarts als begeleider, die meteen na het ongeval de regie over diagnostiek en re-integratie neemt.
2. Stel een schadefonds in voor het gehele industrieterrein, waaruit alle personeel dat op het terrein werkzaam is, direct een beroep kan doen in geval van financiële schade door een arbeidsongeval, zodat financiële problemen geen belemmeringen gaan vormen voor herstel.
3. Verbeter de aandacht voor veiligheid en gezondheid in de planning en uitvoering van werkzaamheden van inleenfirma's en uitzendkrachten.
4. Maak naar aanleiding van een arbeidsongeval één rapport waarin aandacht is voor alle aspecten van het arbeidsongeval (toedracht, oorzaken, te nemen maatregelen, begeleiding van het slachtoffer, schadeloosstelling); en zorg ervoor dat de inhoud ervan door alle betrokkenen (ook externen) gekend is en gedeeld wordt.

Uitwerking van de voorstellen:
Eind 2009 is het rapport besproken met de staf van de Business Unit. Oktober 2010 en oktober 2011 is bij de stafbedrijfsarts nagegaan welke voorstellen uitgevoerd zijn:
Voorstel 1 is overgenomen door de locatie. Op het moment dat de uitwerking ervan ter hand zou worden genomen raakte een van de drie betrokkenen echter zelf langdurig ziek. Uitwerking wordt mogelijk eind 2011 ter hand genomen.[757] Voorstel 2 (schadefonds) kende voorstanders bij medewerkers van de afdeling KAMV en de betrokken bedrijfsartsen en P&O. Men ziet de voordelen ervan: het zorgt voor het voorkomen van claims, of voorkomt dat ze uit de hand lopen. Bovendien is een fonds goed voor het imago van Chemie NL. Uiteindelijk is het afgewezen door de locatie omdat men opzag tegen de organisatorische problemen bij de uitvoering ervan, zoals het optuigen van een besturende organisatie, en de financiering. Daarbij denkt men dat het aantal claims te beperkt is voor het optuigen van een dergelijk fonds. Bovendien had de stafjurist zijn bedenkingen: een uitkering via het schadefonds zou als erkenning van aansprakelijkheid door Chemie NL kunnen worden opgevat.[758] Voorstel 3 is in zijn geheel overgenomen in de veiligheidsprocedures.[759] Voorstel 4 is bedoeld om de primaire preventie te verbeteren. Door gezamenlijk te leren van het ongeval. Naar aanleiding van deze casus is vastgesteld dat de direct betrokkenen verschillende opvattingen blijken te hebben over oorzaak en toedracht van het ongeval, het soort letsel en de aansprakelijkheid. Die opvattingen zijn neergelegd in verschillende rapporten, die geheel of gedeeltelijk een verschillende inhoud hebben. Dit belet dat partijen leren van dit arbeidsongeval. Voorstel 4 stuit op bezwaren vanuit de hoek van de juristen en management. Zij zijn van mening dat inleenfirma's misbruik zullen maken van de inhoud en op grond daarvan Chemie NL aansprakelijk zullen stellen.[760] Of in de woorden van een jurist van Chemie NL:

> "Als je onderaannemers een ongevalsrapport te lezen geeft, zeg je in feite: 'Hier is mijn Portemonnee, en graaien maar'."

Ook praktisch stuit de uitwerking van dit voorstel op problemen. In de praktijk wil men zo snel mogelijk een ongevalsrapport maken. Het vervaardigen van een rapport zoals voorgesteld kost echter veel tijd. Daarom is het voorstel nog niet uitgewerkt. Men overweegt een scheiding te maken tussen een rapport waarin kort en snel de feiten zijn verzameld en een uitgebreider rapport waarin de verschillende visies aan bod komen.

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7 (2004-2011)

In de beschrijving van de preventiebalans wordt de nadruk gelegd op twee perspectieven, namelijk het perspectief van het bedrijf Chemie NL en het perspectief van het individu, dhr. Ulf.

Primaire preventie

Zoals reeds hiervoor gemeld zijn vanuit het perspectief van de *arbeidsorganisatie* van Chemie NL maatregelen op korte termijn , gericht op primaire preventie, genomen om de

[757] TA+: voorstel tot verbetering arbeidsgezondheidskundige begeleiding is overgenomen door Chemie NL (A). **fase 5-7**
[758] TA-/Qa-: voorstel 2 (schadefonds) is niet overgenomen door Chemie NL (A). **fase 5-7**
[759] PA+: voorstel 3 is in zijn geheel overgenomen in de veiligheidsprocedures (A). **fase 5-7**
[760] PA-: voorstel 4 is door Chemie NL (A) en verzekeringsafdeling (C) afgewezen uit angst voor financiële consequenties. **fase 5-7**

werkzaamheden zo veilig mogelijk af te ronden. Daarnaast zijn een aantal maatregelen genomen die op langere termijn effect moeten hebben, zoals het overnemen van twee van de vier voorstellen en de wijziging van het Arbohandboek.[761] In de periode voor en na afhandeling van de schadeclaim heeft zich herhaling voorgedaan van een zelfde type arbeidsongeval. In 2010 en 2011 waren twee arbeidsongevallen met letsel bij personeel van onderaannemers. In beide gevallen door inhalatie van gevaarlijke stoffen. Beiden hebben een schadeclaim ingediend. De stafbedrijfsarts is niet op de hoogte van de claimafwikkeling.[762] In 2008 zijn een aantal nieuwe acties gestart. Een ervan is de introductie van Behaviour Based Safety, ofwel op gedragsverandering gebaseerde veiligheid. Daartoe probeert men onder andere kritische gedragingen op te sporen, door observaties in de praktijk uit te voeren en daarover te rapporteren. Deze aanpak richt zich met name op het eigen personeel. Een enkele grote vaste onderaannemer wordt ook betrokken bij deze aanpak.[763]

Secundaire en tertiaire preventie
Op het gebied van secundaire preventie hebben zich geen veranderingen voorgedaan.
De balans op het vlak van de tertiaire preventie slaat negatief uit. Tegenover een positieve verandering (de nazorg door P&O) staan negatieve veranderingen: de onvoldoende arbeidsgezondheidskundige begeleiding, het gebrek aan inzicht in de oorzaken van het letsel en het feit dat de claimafhandeling nadelig was voor het herstel van dhr. Ulf. Daar moet aan worden toegevoegd dat zijn verdienvermogen is gereduceerd tot nul: dhr. Ulf is niet meer in staat eigen inkomsten te verwerven uit arbeid: ernstige beperkingen maken het hem onmogelijk om deel te nemen aan het arbeidsproces. Zijn mogelijkheden tot deelname aan de samenleving zijn eveneens beperkt.[764]

Quartaire preventie
In deze casus heeft Chemie NL uiteindelijk aan het langste eind getrokken: de verzekeraar van LOON heeft de schadevergoeding betaald. De schadelast van Chemie NL is hiermee beperkt gebleven tot het financieren van een onderzoek door een expert.[765] Dit kan nog veranderen als de verzekeraar van LOON zijn pogingen tot verhalen van de schade bij Chemie NL doorzet en daarmee succes heeft.
Hiervoor is reeds vermeld dat veranderingen in de quartaire preventie voor dhr. Ulf één positieve verandering kennen: de schadevergoeding draagt bij aan het verminderen van de financiële problemen van dhr. Ulf. Daar staan echter ook negatieve veranderingen tegenover: dhr. Ulf had acute financiële problemen die zijn herstel remden en het uiteindelijke schadebedrag weegt niet geheel op tegen de oorspronkelijke verdiensten. Deze schade heeft niet tot preventieve maatregelen geleid door de verzekeraar:

> "Door de verzekeraar worden zelden preventieve maatregelen getroffen. Het is aan de acceptatieafdeling om eventuele voorwaarden aan te passen. Dat overwegen ze pas als er in een periode teveel schadegevallen zijn opgetreden. Wij hebben daar beperkte invloed op. Soms geef ik wel eens een gele kaart aan een bedrijf waarvan ik weet dat ze bij herhaling in de fout gaan. Het is echter bij toeval dat we het overzicht hebben van eventuele recidive."

[761] Reeds hiervoor vermeld.
[762] Pa-: herhaling arbeidsongeval bij deze locatie van Chemie NL(A). **fase 2-7**
[763] Pa+: introductie van Behaviour Based Safety door Chemie NL (A). **fase 2-6**
[764] Ti-: onvoldoende herstel, waardoor verdienvermogen van dhr. Ulf is gereduceerd tot nul, zijn mogelijkheden tot deelname aan de samenleving zijn eveneens beperkt. De zwakke arbeidskundige begeleiding (Ps) en de gezondheidszorg (G) hebben daaraan bijgedragen **fase 2-7.**
[765] Qa+: chemie NL (A) heeft (vooralsnog) de schadelast i.v.m. de aansprakelijkheid beperkt gehouden door de inzet van een schade-expert door de verzekeringsafdeling (C), ondanks de kans dat ze wel aansprakelijk gehouden had kunnen worden. **fase 5-7**

Tabel 5 : Preventiebalans en de invloed van zes factoren

			Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeids-organisatie						
1.Chemie NL								
Primair	0	+5, -4, ? 0	***	-	-	-	*********	-
Secundair	0	0	-	-	-	-	-	-
Tertiair	+1, -4, ? 1	+1, -1, ? 0	*	**	*	**	*** **	*
quartair	+2, -1, ? 0	+1, -2, ? 0	*** *	-	**	-	* ***	-
Preventie structuur								
totaalbeeld			Beperkte invloed	Geen invloed	Geen invloed	Geen invloed	Zeer veel invloed	Geen invloed

6. Financiële balans

Op basis van informatie die is verstrekt door de AVB verzekeraar, Chemie NL en dhr. Ulf kan in deze case een indruk worden gekregen van de kosten van de arbeidsongevallen en de toedeling van deze kosten tussen verzekeraars, dhr. Ulf, Chemie NL, LOON en instanties van sociale zekerheid (zie tabel 6). De raming van de kosten van de kosten voor blijvende arbeidsongeschiktheid zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat dhr. Bas tot zijn 65e levensjaar niet meer in staat zal zijn betaalde arbeid te verrichten. Een deel van de kosten is geschat. De totale kosten zijn becijferd op € 666.7000. De kosten worden vooral gedragen door Chemie NL (€ 304.000) en het UWV (€ 259.200), op afstand gevolgd door de AVB verzekeraar van Loon, de ziektekostenverzekeraar van dhr. Ulf[766] en de onderaannemer LOON. [767]

Tabel 6: Financiële balans: schatting van kosten en toedeling kosten arbeidsongeval dhr. Ulf

Aard van de kosten	Schatting kosten arbeidsongeval	Wie betaalt?
1. uitkering aansprakelijkheidsverzekering aan dhr. Ulf	€ 77.000	AVB verzekeraar LOON
2. uitkering onderaannemer LOON aan dhr. Ulf	€ 7.500	Werkgever LOON
3. gezondheidszorg - 1 maand revalidatiecentrum (500 p dg) € 15.000 - 10 consulten medisch specialist € 1500 - 40 bezoeken huisarts € 1600 - medicijnen: p.m.	€ 17.000	Ziektekostenverzekeraar
4. afhandeling arbeidsongeval: - stilleggen van het werk € 4.000 - hervatten onder nieuwe condities € 300.000 - ondersteuning door bedrijfsarts chemie NL (10 uur), kosten ongevalsrapportage (20 uur), begeleiding p+o (20 uur) € 2000 -	€ 306.000	Werkgever LOON € 2.000 Chemie NL: € 304.000[768]
5. kosten sociale zekerheid - uitkering ZW (€ 1300 *24 mnd): € 31.200 - kosten uitkering WGA/WIA (19 jaar* 12 000): € 228.000	€ 259.200	UWV
Totaal	€ 666.7000	

[766] De ziektekostenverzekeraar heeft geen regres genomen op de verzekeraar.

[767] Fasering: veranderingen zijn vooral gesignaleerd in **fase 2-6** (april 2004-augustus 2006; na maart 2011). De invloed van het compensatiesysteem, zij het beperkt, is zowel in **fase 7** (die van zeer korte duur is: maart 2011 tot september 2011) zichtbaar als in **fase 2-6.**

[768] Qa-: Chemie NL (A) heeft directe kosten ten bedrage van € 304.000 in verband met hervatting werkzaamheden onder nieuwe condities en begeleiding van dhr. Ulf.



Case 4: Orkest BE, Mevrouw Wert, RSI (compensatie via FBZ BE)[769]

1.Schets van de arbeidsorganisatie en het individu

Orkest BE heeft ongeveer 100 personeelsleden, waarvan 85 spelers en 15 ondersteund en leidinggevend personeel. De leiding bestaat uit een intendant, aangesteld in 2008, en de orkestdirecteur. Het orkest heeft twee vaste dirigenten, die een aantal producties per jaar verzorgen. Die producties nemen ongeveer zes weken in beslag. Daarnaast staan bijna wekelijks nieuwe dirigenten voor de groep. 85% van het personeelsbestand heeft een vast contract. Daarnaast heeft het orkest een groep van 20 flexibele werknemers. Het orkest wordt grotendeels gesubsidieerd door de rijksoverheid en lagere overheden. Orkest BE beschikt over een eigen oefenzaal. Mevrouw Wert (1964) is sinds 1998 werkzaam bij Orkest BE als altvioliste. In 2004 ontwikkelt ze een schouder-tendinitis waardoor ze in 2005 en 2006 grotendeels arbeidsongeschikt is. Op verzoek van het ziekenfonds doet mevrouw in maart 2006 aangifte bij het FBZ die haar een tijdelijke arbeids-ongeschiktheidsuitkering verstrekt en de medische kosten vergoedt. In juli 2007 besluit FBZ na een herzieningsonderzoek haar dossier te sluiten.

2.Preventiesituatie voor indiening van de claim (fase 1: tot 23 maart 2006)[770]

Werken (als altvioliste) in een orkest betekent blootstelling aan fysieke klachten (langdurig in één houding zitten, repeterende bewegingen maken), aan mentale belasting (hoge werkdruk met piekbelasting) en blootstelling aan lawaai. Vóór de indiening van de beroepsziekteclaim door mevrouw Wert stelde Orkest BE daar de volgende preventieaanpak tegenover:

Primaire preventie
Jaarlijks komt de bedrijfsarts voor een inventarisatie van de voorzieningen op het gebied van hygiëne en veiligheid (nooddeuren, verlichting). Die inventarisatie vormt mede de basis voor een preventiejaarprogramma. Orkest BE stelt al geruime tijd gehoorbescherming (otoplastieken) ter beschikking. Er zijn veel orkestleden die hierom gevraagd hebben, maar weinig die ermee spelen. Dat komt omdat men de samenklank niet kan horen. De preventieadviseur vermoedt dat iedere musicus gehoorproblemen kent. Dit is echter niet systematisch in kaart gebracht. In de CAO staan allerlei bepalingen over de arbeidstijden. Volgens mevrouw Wert bieden die bepalingen weinig houvast en wordt van het personeel veel flexibiliteit verlangd.

Secundaire preventie
Bij indiensttreding wordt een personeelslid door de arbeidsgeneesheer onderzocht op de geschiktheid om het beroep uit te oefenen. Dat is een wettelijke verplichting die echter volgens de arbeidsgeneesheer amper opgevolgd is in de periode 2003-2010.

Tertiaire preventie
De activiteiten van de arbeidsorganisatie op het gebied van tertiaire preventie worden uitgevoerd door de preventieadviseur, en zijn vooral van administratieve aard:

> "Ik stuur zieken een brief als ze langer dan 14 dagen ziek zijn met de mededeling: als u langer dan 30 dagen ziek bent, moet u het ziekenfonds contacteren, en u moet een speciaal papier laten invullen door een arts om dat extra stuk gewaarborgd loon nog te krijgen via de (hospitalisatie?)verzekering. En dan krijg ik ook dikwijls telefoon 'ik moet naar ziekenhuis, wat moet ik doen'. Na 30 dagen zijn mensen buiten beeld. Als mensen langer dan 30 dagen ziek zijn, dan is er geen contact. Wel moeten mensen een doktersbriefje binnen brengen, maar dat sturen ze doorgaans op. We houden de ziekte wel een beetje in

[769] Bronnen: Dit overzicht is gebaseerd op de interviews met mevrouw Wert, de preventieadviseur van Orkest BE, de intendant van Orkest BE, de arbeidsgeneesheer externe dienst, de claimbeoordelaar van FBZ, de osteopaat/kinesist van Orkest BE; en op documenten: voorlichtingsmateriaal voor orkestleden, het jaarverslag van Orkest BE, het vragenlijstonderzoek van mevrouw Wert, en informatie van FBZ over de uitbetaling.
[770] De volgende fasen zijn te onderscheiden: **fase 1**: tot maart 2006, **fase 2-4**: maart 2006-december 2006; **fase 5** ontbreekt; **fase 6**: december 2006, **fase 7**: na december 2006

de gaten. Sinds 2008 sturen we geregeld een bloemetje. Als het nieuwe seizoen begint en iemand is er niet bij, dan sturen we ook een bloemetje. Mensen bellen dikwijls alleen zelf, om te horen hoe het gaat. Wat ik óók doe voor mensen, maar dat is geen verplichting, maar op vrijwillige basis, is de dossiers aanmaken voor de verzekering. Dus ik verzamel de briefjes van de apothekers, het ziekenhuis en alle andere rekeningen. Mensen die een ernstige ziekte hebben appreciëren dat enorm. Op basis van dat dossier krijgen mensen geld terug."

De intendant zegt geen greep te hebben op de gang van zaken bij een zieke werknemer:

"Het systeem is hier, als iemand hier een maand ziek is, verdwijnt hij naar de mutualiteit. Hij is buiten beeld, ik hoef hem niet meer te betalen, ik ben hem kwijt, hij verdwijnt uit mijn bestand. Ik ken de stand van zaken niet, ik weet geen prognose. Ik heb hier mensen die al 15 jaar ziek zijn, die nooit meer terugkomen, maar ik hoef ze niet te betalen. De drempel om terug te komen is heel hoog."

Quartaire preventie

Orkest BE heeft voor haar personeel een hospitalisatieverzekering afgesloten. De preventieadviseur daarover:

"In België vergoedt de mutualiteit maar een deel van de medische kosten. Die standaardvergoeding wordt door het RIZIV vastgesteld. Voor het personeel is een zogenaamde hospitalisatieverzekering afgesloten. Een dergelijke verzekering betaalt, tot een bepaald maximum, de extra kosten van medische voorzieningen die niet door de mutualiteit worden vergoed. Wat werknemers dan zelf nog moeten betalen ('opleggen') is gering. Tenzij ze behandeld worden door een specialist die vier tot vijf keer het bedrag vraagt dat van RIZIV dan kom je er niet mee."

Sinds 2007 heeft Orkest BE voor haar personeelsleden een verzekering gewaarborgd inkomen. Deze verzekering vult de ziekte-uitkering (na de één maand periode gewaarborgd loon) aan tot 80% van het inkomen. Orkest BE heeft jaarlijks gemiddeld vier arbeidsongevallen met letsel. De oorzaken daarvan zijn bijna altijd privé gerelateerd of gerelateerd aan woon –werkverkeer. Doorgaans ontvangt Orkest BE dan ook ristorno van haar arbeidsongevallenverzekeraar.

Registratie van beroepsziekten is niet zo eenvoudig omdat de preventieadviseur van Orkest BE niet beschikt over alle informatie. De preventieadviseur is op de hoogte van drie beroepsziekten in de periode 2000-2010, te weten een celliste met arm-schouderklachten, een blazer met verlamming aan de lip, en als laatste, mevrouw Wert. In twee van deze dossiers ging het om tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Daarnaast is de preventieadviseur op de hoogte van de gezondheidsredenen van uitstroom uit de organisatie van een aantal (ex-) personeelsleden over de periode 2005-2010: een blazer met verlamming aan de lip, die een schadeloosstelling ontvangt van het FBZ. Een slagwerker met stress heeft na één jaar ziekte onbetaald verlof genomen en is niet meer teruggekeerd. Hij is nu werkzaam in het muziekonderwijs. Een violist met RSI klachten aan beide armen werkt nu bij de omroep. Volgens de preventieadviseur is het mogelijk dat meer mensen een beroepsziekte hebben, maar geen aangifte doen bij het FBZ. Dat komt ook doordat de verzekering gewaarborgd inkomen het loon aanvult tot 80%, waardoor de financiële noodzaak om een aanvraag te doen bij het FBZ niet zo groot is. De preventieadviseur:

"Als mensen denken dat ze een beroepsziekte hebben, dan komen ze meestal wel bij mij vragen wat ze moeten doen, en dan stuur ik ze door naar de arbeidsgeneesheer. Die beslist dan of er wel of niet sprake is van een beroepsziekte. In het geval van een beroepsziekte stuurt ze een dossier naar het FBZ. De informatie die wij teruggekoppeld krijgen is enkel wanneer iemand in aanmerking komt voor een vergoeding. In dat geval krijgen wij een stuk gewaarborgd loon terugbetaald. Het bedrag en de reden van de beroepsziekte wordt niet meegedeeld. Het FBZ vraagt bij ons na hoe vaak een persoon afwezig is geweest. Dat wordt dan door hen weer gebruikt bij de vaststelling: een beroepsziekte is moeilijker te bewijzen als je veel ziek thuis bent geweest. Wij weten niet of iemand via het FBZ een vergoeding heeft ontvangen. In het comité PBW wordt niet over beroepsziekten gesproken. Dat heeft ook te maken met medische geheimhouding: medische gegevens mogen niet door de werkgever worden besproken. Een lid van het comité vraagt wel eens aan mij: kun je die en die niet eens informeren wat die moet doen in geval van een beroepsziekte. Informeel weet ik dat de laatste jaren drie beroepsziekten zijn toegekend. Misschien zijn het er in de praktijk meer. Dat weet ik niet."

De kinesist/osteopaat, de sinds eind vorige eeuw betrokken is bij het orkest, ziet indirecte positieve effecten van het compensatiesysteem. Het biedt bescherming op langere termijn:

- "Dat het FBZ bestaat is voor de werknemers een geruststelling. Men voelt zich wat beschermd. Dat is een aangenaam gevoel; dat er een aantal mogelijkheden zijn dat u beschermd wordt op latere leeftijd. Want daarvoor is het systeem. Dat de klacht die je nu reeds hebt, zuiver is te wijten aan je beroepsmatige bezigheden. En je hebt later in dezelfde regio opnieuw klachten dan wordt dat aanvaard als zijnde: dat klopt, je hebt dat beroep gedaan en dit is daar een gevolg van. Zodat de financiële kost daarvan verlicht wordt. Dat is een goed systeem. Het geeft bescherming op langere termijn."

- "Het heeft niet direct invloed op preventie. Indirect wel, omdat het idee van preventie in ruime zin benadrukt wordt."

Preventiestructuur

Orkest BE kent een uitgebreide preventiestructuur bestaande uit een ondernemingsraad (OR), een orkestcommissie, een commissie PBW, de preventieadviseur zelf en de externe preventiedienst.

De ondernemingsraad bestaat uit vijf personen. De orkestcommissie bestaat eveneens uit vijf personen en bespreekt onderling het wel en wee van de musici. Ze schuift voorstellen van musici door naar de ondernemingsraad en is adviserend van aard. De Commissie PBW wordt gevormd door de orkestdirecteur, de preventieadviseur, de intendant en drie vakbondsafgevaardigden. De commissie komt vijf tot zes keer per jaar bijeen, gedurende een klein uurtje. Veel voorkomende onderwerpen zijn: voorzieningen bij concerten op locatie: hygiëne toiletten, kwaliteit van stoelen, drinkvoorziening, temperatuur. De kinesist/osteopaat is van mening dat CPBW vooral vakbondsgestuurd is:

> "De vakbondsafgevaardigden stellen zich op tegenover de directie, in plaats van samen aan tafel te zitten. Ze stellen zich op als belangenbehartigers. Ik moet die vakbondsmensen er soms op attenderen dat ze niet zoveel vakbondsvriend moeten zijn. Ik voel me meer een mediator tussen beiden."

De preventieadviseur is bijna tien jaar als zodanig werkzaam. Ze ressorteert onder de afdeling personeelszaken. Ten behoeve van haar werk heeft ze een paar dagen opleiding. Zij heeft zitting in de Commissie PBW, contact met de externe preventiedienst (een tot twee keer per jaar, afhankelijk van de aanwezigheid van de arbeidsgeneesheer bij een vergadering van CPBW), registreert arbeidsongevallen en beroepsziekten.

De externe preventiedienst voert de volgende taken uit voor Orkest BE:

- Jaarlijkse bedrijfsrondgang door de arbeidsgeneesheer in de repetitieruimte (als er geen repetitie is), de burelen, het lokaal van de technici en de garage, op gebied van veiligheid en hygiëne. Tijdens de rondgang vindt geen interview met werknemers plaats. De enige informatiebron is de preventieadviseur. Van de rondgang wordt een verslag gemaakt. In de rubriek ergonomie wordt jaarlijks vermeld dat fysieke belasting bij muzikanten een probleem is. Tevens wordt jaarlijks vermeld welke activiteiten zijn ondernomen. In andere bedrijven heeft ze ook wel contact met de werkgever als interne preventieadviseur. Met werknemers heeft ze sporadisch contact. De arbeidsgeneesheer controleert de aangeleverde informatie niet:
  > "Als ik vraag aan een werkgever: 'Komen jullie regelmatig samen', en hij zegt 'Ja', dan is dat zo hè. Dan moet ik dat geloven. Ik kan dat niet controleren. En als ik vraag: 'Wordt uw elektriciteit elk jaar gecontroleerd', en hij zegt 'Ja', dan ga ik natuurlijk niet elk verslag opvragen hè. Dat is onbegonnen werk."
- Medisch onderzoek bij aanwerving. Dat is een wettelijk verplicht onderzoek. De arbeidsgeneesheer meldt echter dat sinds 2003 niemand daarvan gebruik heeft gemaakt.
- Medisch onderzoek bij werkgebonden klachten.
- Consultatie van de preventiedienst bij problemen.
- Vaccinatie tegen griep en hepatitis (op vrijwillige basis).

Orkest BE heeft niet gekozen voor activiteiten t.b.v. werknemers die relatief meer gezondheidsrisico lopen (zogenaamde onderworpen werknemers).[771] Twee redenen worden hiervoor genoemd: de kosten (naar schatting 100 euro extra per personeelslid) en de praktische redenen (de werknemers hebben geen '9 tot 5 baan'). Volgens de arbeidsgeneesheer is Orkest BE een doorsnee bedrijf ten aanzien van de hoeveelheid en de aard van de preventie en qua frequentie van contact met de preventiedienst. De arbeidsgeneesheer, die sinds 2003 bekend is met Orkest BE, benadrukt dat ze beperkte contacten heeft met Orkest BE. Behalve de preventieadviseur ziet ze jaarlijks maximaal vijf

[771] Normaliter bestaan de activiteiten voor onderworpen werknemers uit: Jaarlijks periodiek medisch onderzoek (pmo),medisch onderzoek bij ziekte en zwangerschap en meer tijd voor risicobeheersing

werknemers die komen voor een consult of een medisch onderzoek. Ze kan zich één beroepsziektedossier herinneren waarbij ze een rol heeft gespeeld. Het ging om een violiste (niet mevrouw Wert) met RSI klachten, die door haar is doorverwezen naar het FBZ. De arbeidsgeneesheer zou wel graag meer zicht willen hebben op de gezondheidsproblematiek van Orkest BE. Volgens haar zou een jaarlijks PMO voor iedereen, in combinatie met gezondheidskundig advies bij werkhervatting meer inzicht kunnen geven op de relatie tussen arbeid en gezondheid. Volgens haar is dat voor de werknemer ook beter. Daarmee kan ze korter op de bal spelen, eerder ingrijpen bij beroepsziekten. De arbeidsgeneesheer is op de hoogte van de aanwezigheid van een kinesist. Maar ze kent hem niet persoonlijk. De arbeidsgeneesheer beoordeelt het preventiebeleid van Orkest BE als redelijk positief. Zij baseert dat oordeel op de rondgang door het bedrijf, het contact met de preventieadviseur en de spaarzame cliëntcontacten. Zij heeft geen inzicht in de hoeveelheid werkgerelateerde klachten.

Het hiervoor geschetste preventiebeleid heeft niet kunnen voorkomen dat een aanzienlijk aantal orkestleden voortijdig met pensioen zijn gegaan. Daarvoor zijn een aantal met elkaar samenhangende redenen: gezondheidsproblemen, moeite om aan nieuwe kwaliteitseisen te voldoen en de behoefte van Orkest BE aan een nieuwe en kwalitatief betere bezetting. De intendant daarover:

> "Mijn voorgangers zijn hiermee gestart. De afgelopen tien jaar hebben we een artistieke inhaalslag gemaakt. Mijn voorganger heeft dertien orkestleden met brugpensioen gestuurd. Een groot deel van hen had ook gezondheidsproblemen. Die gezondheidsproblemen waren van psychische aard door de stress en de werkdruk. Zij hadden er ook last van dat betere dirigenten zijn gekomen die hogere eisen stellen. Voor mensen die 20 a 30 jaar in het orkest hebben gezeten, altijd goed genoeg waren en dan te horen krijgen dat ze niet meer voldoen, is dat moeilijk."

3. Schets van het ontstaan van de beroepsziekte; behandeling en re-integratie werknemer.

Belastende factoren in de arbeid

Welke zijn de belastende factoren in de arbeid en daarbuiten die van invloed zijn op het ontstaan van RSI bij mevrouw Wert? **Mevrouw Wert** noemt zelf een aantal factoren: de fysieke en mentale belasting, het eenzijdig karakter van de arbeid en de zwakkere positie van de tutti-spelers waardoor men meer uren werk moet verrichten:

> -"Ik ken iemand die is celliste. Zij heeft soms ook schouderklachten. Maar toch hoor je bij cellisten minder vaak dit soort klachten; de houding is iets natuurlijker.
> -"Het werk van violisten is veel minder vermoeiend. De viool is lichter. De arm is dichterbij. Een altviool is veel zwaarder, en de afstand tot het lichaam is groter. Dat is een enorm groot verschil. Dat hoor ik altijd van mensen die van viool naar altviool overstappen. Het is toch veel vermoeiender."
> - "En ook de mentale voorbereiding is zwaar: je moet altijd presteren, en geen fouten maken. Ik ben vanuit de zaal ook een paar keer gaan luisteren naar een concert. In een stoel dat is makkelijk hè, niet vermoeiend."

Om het eenzijdige karakter van het werk te doorbreken bestaat er een onderling door de muzikanten in stand gehouden roulatiesysteem. Mevrouw Wert daarover:

> "We hebben een roulement, een doorschuifsysteem in het orkest, elke paar weken. Als we met twaalf spelen, zitten we per twee aan de muziekstaander. Dan zitten we een keertje aan de tweede, aan de derde staander, aan de vijfde, zodanig dat we altijd wel naast iemand anders zitten en op een andere plaats. En waarom is dat: om niet heel je carrière naast dezelfde mens te zitten bijvoorbeeld."

Volgens mevrouw Wert hebben de altviolisten een zwakkere positie in het orkest:

> -"De blazers hebben een sterkere positie binnen het orkest dan de strijkers. Op de generale horen we vaak: 'blazers niet forceren', want als je dan 's morgens repetitie hebt en 's avonds een concert dan moet je een beetje doseren. Aan ons wordt zoiets nooit meegedeeld."
> - We hebben vier hoboïsten waarvan er telkens maar twee, maximaal drie, spelen. Dus die hebben meer hersteltijd, ja. Dat is algemeen in heel België. In alle orkesten. De werkdruk voor tuttisten is veel hoger dan bij de andere muzikanten.Wat niet wegneemt dat, wanneer muzikanten hier niet spelen, ze ergens anders spelen."

Het verschil in positie vindt ook zijn weerspiegeling in de vakbondsorganisatie:

> "De violisten zijn lid van ACV. De rest is allemaal lid van de socialistische vakbond,. We staan in feite niet sterk. De meeste blazers zitten in de socialistische vakbond en de meeste strijkers zitten in ACV. Die werken niet echt samen. Ze gaan niet tegen hun eigen winkel in praten, zij beschermen zichzelf wel. Ze

hebben een soort privileges. Dat mag ik niet te hard zeggen. Er zijn sommige blazers die wij vier tot zes weken niet zien, en wij zijn maar constant aan het werken. Daar zit wat spanning. Daar wordt niet openlijk over gepraat, dat werkt wrevel. Soms hebben ze daar ook niet zelf voor gekozen: een programma zonder blazers, dan zijn ze thuis."

Mevrouw Wert is van mening dat de organisatie te weinig rekening houdt met de werkbelasting van de musici:

-"Dus dat is een kwestie van programmering, dat is ook heel belangrijk; dat de mensen van de programmadienst beseffen dat wij recuperatie nodig hebben. Het is dikwijls zo dat we van vier tot zes uur repeteren en 's avonds concert hebben, dat is voor mij zwaar: van vier tot zes uur en van acht tot tien uur. Op dagen dat we van elf tot één uur generale hebben en dan 's avonds concert, dan is het wat beter gespreid. Alles hangt daar vanaf. Daar kunnen wij niet zoveel in kwijt. Dat wordt met de ondernemingsraad beslist."

- "Bureauwerk kun je niet vergelijken met intensief orkestspel. Als je dat niet weet dan kun je dat niet beoordelen, plannen. Degene die het hier plant, weet niet wat het is om in een orkest te spelen. Dat wordt nogal vaak met de natte vinger gedaan. We zijn vroeg klaar, maar na vijf uur oefenen zijn wij concentratie en visie kwijt, dan zijn we moe. Vergelijk ons met profvoetballers. Ik kan van negen tot vijf bureauwerk doen. Dat is makkelijk. Ik loop een beetje rond, ga een koffietje drinken, maar dat mag niet hardop gezegd worden he?"

Mevrouw Wert kent verschillende collega's die werkgerelateerde aandoeningen hebben:

-"Er zijn er nog meer die hebben moeten stoppen door een beroepsziekte. Blazers ook. Vanwege het forceren van de lippen. Ook violisten moeten stoppen. Ik heb wel eens contacten met vroegere medestudenten van het conservatorium. En dan hoor je regelmatig dat iemand heeft moeten stoppen met werken. Ze zeggen ook wel eens tegen mij 'Ik ken die en die persoon, die kan niet meer spelen. Je moet wel tijdig stoppen', zeggen ze dan tegen mij."

- "Er zijn wel meer collega's met een beroepsziekte: van één blazer weet ik het, die is al jaren thuis. Er zijn ook andere collega's die al jaren thuis zijn, fysieke problemen hebben en geopereerd zijn. Maar of dat erkend is als beroepsziekte is een andere zaak. Het kan zijn dat je artrose hebt bijvoorbeeld, maar artrose in je nek wordt niet beschouwd als beroepsziekte."

De **kinesist/osteopaat** ziet de volgende belastende factoren:

-" Het houdings- en bewegingsprobleem is het grootst bij de strijkers en bij vrouwen. Blijkbaar zijn vrouwen gevoeliger. De problemen zitten in het gehele bovenlichaam, wervelkolom, schouders, armen, ellebogen. Overigens is er een groot gebrek aan exacte data: wie heeft wanneer welke klachten, hoe zit dat met mannen en vrouwen, op welke leeftijd ontstaan die klachten."

-"De belangrijkste oorzaken zijn: ze zitten heel veel stil, bewegen ook buiten het beroep te weinig, terwijl dat noodzakelijk is: je moet na het werk volledig wat anders kunnen doen, wat haaks staat op je beroepshouding. Anders ontwikkel je RSI. De situatie is echter dat ze lange uren maken om te studeren, ze klussen veel bij, geven ook nog eens les. Daarnaast merk ik aan het soort dirigent die er is, de klachten. Bij sommige dirigenten staan ze zo scherp als een snaar. Het is niet zo slecht als iemand de musici tot de rand drijft, maar je krijgt er wel een hausse aan klachten van."

-"Het lichaam heeft een zelfhelende capaciteit. Als je voor alles naar artsen zou moeten, zou dat ook onbetaalbaar zijn. Het lichaam is capabel om zichzelf op te richten. Het lichaam heeft een souplesse. Maar die souplesse vermindert met het ouder worden. Aan de andere kant neemt met de leeftijd de stressbestendigheid toe."

De **arbeidsgeneesheer** formuleert de volgende knelpunten:

"Het beroep van musicus is op zich een ergonomisch probleem omdat men uren lang moet stilzitten en men repeterende bewegingen maakt. Daarnaast speelt stress een rol; oudere werknemers kunnen minder goed aan de steeds hogere eisen voldoen."

Ze heeft aarzelingen bij de mogelijkheden van preventie van RSI bij een orkest:

"Hoe kun je ingrijpen? Meer pauzes? Persoonlijk denk ik dat dat geen oplossing is. Want ze werken niet alleen bij dit orkest maar ook in andere orkesten, ze geven thuis les, werken op een muziekschool. Vaker rouleren is een mooie oplossing. Als het mogelijk is geven we dat advies. Maar een advies is niet zinnig als een werknemer daarin niet meegaat. Als wij zeggen: een muzikant mag maar 30 weken werken en die gaat zelf nog een jobje zoeken voor de andere 10 weken, dan heeft het geen zin hè."

De intendant noemt de volgende belastende factoren in de arbeid: stress, houding en beweging, psychische en fysische factoren, gehoorproblemen, drankproblemen. Daarnaast wijst hij op de invloed van motivatie, en op de gebrekkige assertiviteit van de musici:

- "Maar vergeet niet de motivatie. Als je als tuttist bij de tweede viool achter zit, mijn hemel, dat zou je je ergste vijand niet toewensen. Als ik mijn kinderen een vak zou afraden, dan is dat wel het vak orkestmusicus. Het is een heel zwaar vak. Het is heel moeilijk om het een beetje leuk te blijven vinden, om gemotiveerd te blijven. Dat is een van de moeilijke kanten van het vak. Bij blazers en solisten is dat minder een probleem, omdat ze minder aanwezig hoeven te zijn. Zij hoeven slechts 60% aanwezig te zijn.. Een tutti is veel meer aanwezig, 80% of meer, verdient minder en krijgt nooit applaus. Geen bevestiging. Die blazers hebben bovendien nog een andere baan erbij, dat bevestigt hen ook weer in hun aanzien. Ze geven les, doen masterclasses, verdienen meer. Hebben een andere status. Daarom gaat mijn

aandacht gaat beduidend meer naar die gemiddelde muzikant. Voor wie het moeilijk is om gemotiveerd te blijven."

- "Een stuk of vijf musici valt jaarlijks uit met langdurig ziekteverzuim. De oorzaken: drank, stress overspannenheid. Er zit veel leed. Er zit heel veel wat ze niet laten zien. De consequentie is dat, als men zich ziek meldt, men buiten het systeem valt. Je laat het wel om je ziek te melden. Heel veel orkestleden vinden het te zwaar. Er is veel spanning. En men wil daar niet aan toegeven. Men is niet gewend zich gemakkelijk te uiten. Er speelt veel onder de oppervlakte."
- "Als er een nieuwe dirigent komt, dan vraagt dat veel van de mensen. Men moet zich in een week laten gelden.

Mevrouw Wert wijst op de zwakkere positie van de tuttisten (en de daarmee samenhangende verschillen in arbeidsbelasting), waartoe zij ook behoort, ten opzichte van andere muzikanten:

-"We zitten ook met een bepaalde structuur binnen het orkest. Ik ben een van de tuttisten, wij zitten achter de aanvoerders. Wij maken het grootste deel uit van strijkersgroep, die spelen alle concerten mee. Vooraan zitten de aanvoerders van elke groep: de cello's, violen ,altviolen. Iedereen heeft een aanvoerder, en die werken 60% misschien, die hebben een ander contract, die spelen de helft van de tijd niet mee."

-"We hebben een roulement, een doorschuifsysteem in het orkest, elke paar weken. Als we met twaalf spelen, zitten per twee aan de muziekstaander. Dan zitten we een keertje aan de tweede aan de derde staander, aan de vijfde, zodanig dat we altijd wel naast iemand anders zitten en op een andere plaats. En waarom is dat: om niet heel je carrière naast dezelfde mens te zitten bijvoorbeeld."

-"We hebben vier hoboïsten waarvan er telkens maar twee, maximaal drie, spelen. Dus die hebben meer hersteltijd. Dat is algemeen in heel België. In alle orkesten. De werkdruk voor tuttisten is veel hoger dan bij de andere muzikanten. Wat niet wegneemt dat, wanneer muzikanten hier niet spelen, ze ergens anders spelen."

De **intendant** wijst eveneens op de zwakkere (arbeidsmarkt) positie van de tuttisten. Daarmee hangt samen de zwakke positie van oudere muzikanten, die enerzijds niet in staat zijn om tot de pensioengerechtigde leeftijd door te werken als muzikant en anderzijds geen mogelijkheden hebben om geschikt ander werk te vinden. Vooralsnog ziet hij geen oplossing voor dit probleem:

- "Om tuttisten minder te laten werken is een centenkwestie. Dat is niet te betalen. Aan tuttisten hebben we te weinig te bieden. Ze moeten er teveel zijn. Er is een hiërarchie in ons orkest. Een concertmeester moeten we zoeken. Op een vacature van een tuttispeler krijgen we honderden sollicitaties. Het tuttiprobleem komt in alle orkesten voor: je moet het ook definiëren als een tuttiprobleem. Een eerste fluit krijgt niet zo snel een probleem. Die krijgt geen stress van zijn functie. Hij krijgt applaus, mag opstaan."
- "Dit probleem is inherent aan het instituut orkest. Er is een massa aanbod van strijkers. Dat verschil is van alle tijden. Er zijn geen andere oplossingen. Een maximale tijd voor een arbeidscontract van bijvoorbeeld tien jaar lijkt me geen goed idee. Dan staan ze op straat. Daar zullen ze niet blij mee zijn. Dan zijn ze afgedankt en komen ze nergens meer tussen. Wat je dan nog wel eens zag, is dat mensen rond hun 50ste, een cruciale leeftijd, wat meer het onderwijs in gaan. Dat is trouwens ook gevaarlijk vanwege het gebrek aan motivatie, want ook dat onderwijs is een heel zwaar vak. 'Dan maar lesgeven' denken ze. Maar ze zijn moe door het spelen op topniveau. Ze zijn daarvoor eigenlijk niet gemotiveerd en doen dat dan ook niet goed."
- "Slechts weinigen halen gezond hun pensioen. Dat geldt ook bij blazers trouwens hoor. En dan zie je ze vastlopen. De boog is te lang. 65 is onmogelijke leeftijd. Dat mag je niet vragen van mensen."

Tot slot wijst mevrouw Wert er, als enige, op, dat ook privé belasting een rol kan spelen. Zij wijt haar klachten ook aan een combinatie van belasting op het werk en thuis:

"Voor november 2004 heb ik nooit wat gevoeld. Waarom juist op dat moment? Ik had toen twee kleine kindjes. Die klachten hadden een beetje met werk te maken en een beetje met thuis. Alles kwam bij elkaar, een periode van extra belasting, dat denk ik. Dat was het lucerende moment. Dat heeft een tijdje geduurd, ik voelde wel iets, een soort nervositeit, ik wist niet wat dat was. En dat ging maar niet weg."

Schets van de behandeling en re-integratie

Mevrouw Wert ontwikkelt in november 2004 de eerste klachten van schoudertendinitis. Daarvoor kent ze geen klachten. Mevrouw herkent haar klachten, omdat ze weet dat altvioliste dit soort klachten hebben. Ze heeft vrienden die door deze klachten geen muziek meer kunnen spelen.

Als drie maanden later de klachten nog steeds aanwezig zijn, wendt ze zich (februari 2005) tot haar huisarts, die een medisch attest maakt. De huisarts verwijst haar door naar een medisch specialist, die een behandeling met cortisonen uitvoert. Vervolgens moet ze zes weken complete rust houden. Na de eerste cortisonenbehandeling volgen er nog vier, elke twee a drie maanden één. In september 2005 wordt ze gezond verklaard door de adviserend geneesheer

van het ziekenfonds en start ze weer met haar werk. Drie maanden later moet ze echter weer uitvallen en volgt een tweede ziekteperiode tot augustus 2006:

> "Na drie maanden volhouden was het helemaal niets meer. Begin 2006 dachten ze me een vijfde cortisonenspuit te geven en toen heb ik gezegd: 'Liever niet', ik voelde zelf dat het van kwaad tot erger ging door die spuiten; je hebt geen pijn meer, maar je blijft gewoon doorgaan, waardoor de klachten verergeren. Ik kon mijn truien niet meer uittrekken. Op eigen initiatief was het: 'Stop'. De chirurg heeft toen nog wel aangegeven: 'Als je dat liever hebt, kunnen we nog een kijkoperatie doen', en toen heb ik gezegd: 'Doe maar, ik wil weten wat het is'. Toen hebben ze een stukje bot weggefreesd in mijn schouder. Ze hebben in feite een decompressie gedaan om een inklemming van de pezen ongedaan te maken."

Daarna heeft mevrouw Wert tot augustus 2006 drie keer per week ondersteuning van een kinesist uit haar woonplaats. Tegelijkertijd doet ze, op advies van de kinesist, thuis oefeningen ter versterking van de spieren, om roterende bewegingen te kunnen maken. Hierdoor verminderen de klachten. [772] In september 2006 begint ze weer met repetities. Dan breekt een periode aan waarin ze om de twee tot drie maanden moet afhaken. Dan moet ze naar de dokter om een rustpauze te gaan vragen. Na zo'n rustpauze gaat ze weer terug aan het werk, waarna ze na een paar maanden weer moet stoppen. Ze ervaart die periode van opbouwen als zwaar.[773] Ze heeft in die periode alleen ondersteuning van de huisarts die haar iedere keer bevraagt over de toestand van haar schouder. Daarnaast geeft de huisarts ontstekingsremmers. De arbeidsgeneesheer speelt geen rol in de begeleiding.

> "Die helpt niet bij dit soort klachten. In de stad is een centrum waar we naar toe moeten. Daar kun je dan een griepprik krijgen van de arbeidsgeneesheer. Maar ik heb die nog niet gecontacteerd."

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaim

De schadeclaim wordt maart 2006 ingediend en december 2006 afgehandeld. Binnen de arbeidsorganisatie is op dat moment alleen de preventieadviseur op de hoogte van de aangifte. Mevrouw Wert wordt door de mutualiteit geattendeerd op de mogelijkheid om een schadevergoeding aan te vragen:

> "Toen ik de tweede periode thuis was, moest ik maandelijks langs een adviserend geneesheer van het ziekenfonds bij ons hier in het dorp. Als je langer dan een maand ziek bent ga je naar de adviserend geneesheer en die bepaalt dan of je hersteld bent. Pas bij de vierde keer, ik had steeds een verschillende geneesheer, zei de geneesheer: "Jij komt waarschijnlijk in aanmerking voor beroepsziekte." Ik had daar totaal geen idee van. Ja, ik weet daar niks over. En die heeft me dan verteld wat ik moest doen, welke papieren ik moest invullen. Mijn mond viel open van verbazing. [774]

Mevrouw Wert is in de veronderstelling dat ze een aanvraag deed via het open systeem en daardoor ter ondersteuning van haar aanvraag zelf moest aantonen dat haar klachten in verband staan met de belasting. Ten behoeve hiervan heeft ze de blootstelling aan het risico beschreven en het aantal uren dat ze is blootgesteld. Het FBZ behandelt echter haar aanvraag op basis van het lijstensysteem.[775] Ten behoeve van haar aanvraag wordt mevrouw Wert in augustus door het FBZ onderzocht. Eind 2006 volgt de positieve beslissing van het FBZ. In totaal bedraagt de FBZ afrekening € 25.000. Hiervan is een deel bestemd voor Orkest BE (in verband met compensatie van gewaarborgd loon), voor het ziekenfonds (in verband met compensatie van kosten van de ziekte uitkering en de medische kosten). Mevrouw Wert ontvangt de resterende € 6.300.[776] Mevrouw weet echter niet welke kosten ze in totaal heeft gemaakt in verband met de beroepsziekte:[777]

> "Ik weet niet of die FBZ-uitkering mij voordeel heeft opgeleverd. Maar ze hebben wel berekeningen gemaakt en in mijn geval, als je niet werkt en terugvalt op de ziekenkas, als samenwonende, kreeg ik maar 55% van mijn loon. Hier hebben we een aanvullende verzekering van Ethias. Daarvoor betalen we jaarlijks een bedrag. En daarvoor krijgen we een extra uitbetaling

[772] Ti+: vermindering klachten: mw. Wert staat na de indiening van de FBZ aanvraag onder behandeling van een kinesist (G). **fase 4**
[773] Ti-: mw. Wert (I) wordt niet adequaat gere-integreerd: ze heeft te maken met te zware arbeidsbelasting en moet daardoor regelmatig afhaken. In die periode is er alleen betrokkenheid van de huisarts (G). **fase 4**
[774] Si+: de adviserend geneesheer (G) signaleert de beroepsziekte. **fase 2**
[775] Beroepsziekte 1.606.21 Aandoeningen door overmatige inspanning van peesscheden, van het weefsel van peesscheden en van inplantingen van spieren en pezen bij de schouwspelartiesten
[776] Qa+, Qi+: FBZ (C) vergoedt zowel (een deel van) de kosten van Mw. Wert als van Orkest BE. **fase 6**
[777] Qi-: mevrouw weet niet hoeveel kosten ze in totaal heeft gemaakt ivm haar beroepsziekte (I). **fase 7**

> bij ziekte. En je krijgt je remgeld terug. Ja, ja, dat remgeld was wel positief, want als je die rekeningen bekijkt, dan wordt dat wel een serieus bedrag. Je moet namelijk per behandeling een remgeld betalen. En volgens mij varieert de hoogte van het remgeld per medisch hulpverlener. Of de beroepsziekte mij geld heeft gekost: ik heb er geen idee van. Het Fonds legt een deel bij: het FBZ maakt zelf de berekeningen, en geven je zoveel per dag, dat hangt van je basisloon af. Het gaat tot 90%.[778]

In juli 2007 doet het FBZ een herzieningsonderzoek. Daarin stelt men vast dat mevrouw Wert geen permanente pijn meer heeft. Wel wordt vastgesteld dat ze nog steeds vermoeid is na een voorstelling of repetitie en dat ze na afloop een 'cold pack' gebruikt om tijdelijke pijn te verlichten. Men is van mening dat er voor mevrouw Wert geen medische noodzaak is om nog langer haar medische kosten te vergoeden en sluit het dossier.
De arbeidsgeneesheer heeft kritiek op het ontbreken van feedback door het FBZ:

> "Het FBZ heeft contact met de werknemer. Ik word verder niet op de hoogte gehouden. Ik vind dat geen systeem, dat we geen feedback krijgen. Verder zijn de contacten met het FBZ heel onpersoonlijk. Ik heb geen idee wie daar werkt en welke contacten ze hebben."

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7 (maart 2006- september 2010)

Naast de eerder genoemde preventieve veranderingen in fase 4 zijn nog een aantal andere gesignaleerd door de onderzoeker op basis van de interviews, de bestudeerde documenten en het vragenlijstonderzoek. Overigens biedt dat vragenlijstonderzoek geen eenduidig beeld. Mevrouw Wert en de preventieadviseur van Orkest BE hebben een beperkte consensus over de preventieve veranderingen na de beroepsziekte, zoals blijkt uit hun antwoorden op de zeven indicatoren:[779]

- maatregelen na beroepsziekte: preventieadviseur: ja, mevrouw Wert : nee
- herhaling beroepsziekte: preventieadviseur: nee, mevrouw Wert : weet niet[780]
- houding collega's gezonder: beiden: weet niet
- houding werknemer gezonder: preventieadviseur: weet niet, mevrouw Wert : ja
- arbeidsomstandigheden verbeterd: preventieadviseur: ja, mevrouw Wert : nee[781]
- herstel werknemer: preventieadviseur: weet niet, mevrouw Wert : nee
- werknemer aan het werk: preventieadviseur: ja, mevrouw Wert : ja

Primaire preventie

Op het gebied van de primaire preventie van RSI zijn de volgende veranderingen gesignaleerd:

- onderzoek naar ergonomie door ergonoom van de preventiedienst.[782]
- een trainingssessie voor kantoorpersoneel en musici over de ergonomische aspecten van het werk, zoals het gebruik van het toetsenbord, de computer en de zithouding.[783]
- boekje 'stretching voor musici'. Dat boekje is vervaardigd door een ergonoom van de externe preventiedienst .[784] Mevrouw Wert is positief over de stretching, zij het dat volgens haar het gebruik ervan kan worden bevorderd door stretchen in te bouwen in het arbeidsproces:

  - " We hebben nu wel die man die hier 'stretching' komt geven. We hebben een boekje met foto's meegekregen met oefeningen die we zouden moeten doen voor we beginnen met spelen. Je doet het wel, maar te weinig. De dirigent zou dat moeten aangeven, als warming up, collectief voor repetitie. Als topsporters. Begeleiding zou ook zo moeten zijn. Wij moeten dat nu allemaal zelf regelen."

---

[778] Qi-: het inkomen van mevrouw tijdens de ziekteperiode, vanwege FBZ (C) was lager dan voor en na die periode. **fase 4-6**
[779] De (verschillende) antwoorden zijn verwerkt in dit overzicht.
[780] Pa?: de vraag is of er sprake is van herhaling van de beroepsziekte binnen de arbeidsorganisatie (A): werknemers hebben wel RSI klachten, maar er zijn tot medio 2010 geen nieuwe aanvragen ingediend bij het FBZ. **fase 7**
[781] Pa?: er zijn wel maatregelen genomen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren(zie de overige voetnoten). Het is echter niet vast te stellen of ze hebben geleid tot betere omstandigheden binnen Orkest BE (A). **fase 2-7.**
[782] Pa+: ergonomisch onderzoek binnen Orkest BE (A) door externe preventiedienst (Ps) **fase 7**
[783] Pa+: ergonomische training door externe preventiedienst (Ps) bij Orkest BE (A) **fase 7**
[784] Pa+: boekje 'stretching voor musici' vervaardigd door externe preventiedienst (Ps) i.s.m. de preventieadviseur van Orkest BE (A) **fase 7**

-"Daarnaast is een lichtstudie uitgevoerd door de externe preventiedienst, waarin een analyse is gemaakt van de lichtinval op partituren. Naar aanleiding daarvan zijn aanpassingen in de verlichting van de oefenzaal uitgevoerd."[785]

In 2009 zijn tijdelijk maatregelen getroffen in verband met de werkdruk.[786] Mevrouw Wert daarover:

"Vorig jaar was de werkdruk heel erg hoog, toen hebben we met de ondernemingsraad en de orkestcommissie afgesproken de tuttisten een beetje meer ruimte te laten krijgen, door het roulement systeem aan te passen. Er kwam een extra regeling om de tuttisten een keer een week thuis te laten en de vervangers, vaste freelancers, te vragen."

Mevrouw Wert is zelf gezonder gaan werken (en eten): [787]

"Een tijdje geleden dacht ik: ik ga minder suiker eten, dat werkt namelijk ook op je spieren. Dan ben je sneller moe. Ik ben bij een diëtiste langs gegaan, vorig jaar april, lang nadien. Maar ik voel me wel fitter. Ik denk dat het daardoor komt. Ik kon 's morgens amper een kwartiertje spelen en dan was ik al moe, en ik moet dat de hele dag volhouden, nu is dat weg. Lichamelijke houding is niet veranderd, ik dacht dat ik goed zat, alhoewel, als je moe bent, zak je wat door. Maar het blijft opletten, ik pak wel sneller mijn rust dan vroeger. Maar de mogelijkheden om tijdens het werk gezonder te werken zij zeer beperkt."

Mevrouw Wert wijst erop dat, sinds de komst van de nieuwe intendant, de onderlinge communicatie is verbeterd. Er is een luisterend oor voor klachten en opmerkingen. Volgens haar staat de nieuwe intendant meer open voor de noden van het personeel, en valt met hem open te communiceren over arbeid en gezondheid. Ze stelt er echter ook kritische kanttekeningen bij: wat wordt ermee gedaan? [788]

- "De nieuwe intendant is een muzikant, de vorige was dat totaal niet, en dat is een voordeel; de baas weet zelf met welk beroep je bezig bent, hoe moeilijk het soms is."
- "Hij zegt ook: je moet meer praten over zaken. Het is altijd zo geweest dat we te weinig communiceren en dat we meer moeten praten. Dat heeft zijn positieve kanten, maar je hebt natuurlijk mensen die altijd aanleiding zoeken tot praten wat ook niet nodig is. Als er niets gezegd hoeft te worden dan hoeft het ook niet hè, maar meer communiceren dat brengt ook meer rust in totaal. Dat als er bepaalde dingen zijn waarover je niet kunt praten, ja dan begint er wrevel te komen. Als je er wel over kunt praten, dan ontstaat er rust. Natuurlijk tussen praten en praten is verschil, dus ik bedoel niet roddelen, het negatieve aspect van praten, je kan open zijn, waar ligt dan de grens tussen iets melden en vermelden en roddelen. Het is wel goed dat we op een open manier over werk en gezondheid kunnen spreken."
- "Je bent geen roepende in de woestijn: ze luisteren wel. Maar luisteren ze voldoende? Er zijn wel een paar dingen verbeterd, maar de basis blijft. In principe is dat elke week repeteren. Daar verandert niets aan. In de organisatie verandert er niets. Wij hebben ook al meer gepleit voor, in plaats van in grote blokken te werken en alles op elkaar te duwen, meer ruimte te laten tussen de periodes om te kunnen recupereren. Natuurlijk is daar niet echt veel rekening mee gehouden. Dat is allemaal managementprogrammering. Daar hebben wij geen zicht op. Wij zijn de muzikanten zelf die in de orkestcommissie en de OR zitten, die voorstellen doen naar de intendant toe. Meer orkestleden zouden wel ademruimte willen hebben."
- "Maatregelen zijn moeilijk hè. Wat had moeten gebeuren is méér pauze, méér hersteltijd en minder dichte programmering."

Mevrouw blijft echter zelf terughoudend in het bespreken van de gevolgen van haar beroepsziekte binnen de arbeidsorganisatie. Ze zegt 'geen voordeel te willen halen uit die situatie'.[789]

"Ik heb dan niet gezegd: 'En nu heb ik een beroepsziekte.' Daarom weet niet iedereen ervan. Bij de nieuwe intendant heb ik nu voor de eerste keer vermeld dat ik een beroepsziekte heb. Dat was eind 2009, terwijl ik in 2005 al een beroepsziekte had. Ik wil daar geen misbruik van maken. Dat wil zeggen, je zou kunnen zeggen: 'Ik kan niet meer spelen ik heb een beroepsziekte.' Dat is misbruik maken, als je dat gaat gebruiken als argument om niet meer te moeten werken. Dat moeten ze niet weten, vind ik. Ik probeer mijn job zo goed mogelijk te doen. Ik wil niet dat ik voordeel hebt ten opzichte van collega's. Ik wil geen uitzondering zijn, maar zijn zoals iedereen. Geen zwakkeling is wel sterk uitgedrukt, maar ze heeft weer problemen met haar schouders, zoiets van daar heb je haar weer. En je hebt een zekere trots als je speelt. Dat heeft er ook mee te maken denk ik."

Mevrouw Wert heeft de indruk dat de programmering verandert ten gunste van inleenkrachten en ten nadele van de vaste orkestmusici:[790]

---

[785] Pa+: aanpassingen licht binnen Orkest BE (A) na studie externe preventiedienst (Ps) **fase 7**
[786] Pa+: tijdelijke maatregelen i.v.m. werkdruk (A) **fase 7**
[787] Pi+: mevrouw Wert is gezonder gaan werken en eten (I) **fase 7**
[788] Pa+: betere communicatie binnen Orkest BE met name als gevolg van houding nieuwe intendant (A) **fase 7**
[789] Pi?: het is de vraag of de betere communicatie binnen de arbeidsorganisatie (A) ook van invloed is op de houding van mevrouw Wert zelf. **fase 7**
[790] Pa-: programmering is in het nadeel van de werksituatie van vaste musici (A). **fase 7**

> "Wat ik echter vernomen heb is dat ze ten behoeve van musici die van buiten deze stad komen en 's avonds meespelen de tijden aanpassen. Dan hebben we repetitie vanaf 10 uur, tussen 5 en 7 generale repetitie en dan het concert om 8 uur."

Volgens de huidige intendant verkeert het orkest in een veranderingsproces. Enerzijds bestaat dat uit kwaliteitsverhoging (o.a. via het inschakelen van vermaarde dirigenten, die hogere eisen stellen aan snelheid en kwaliteit van uitvoering van muziek, en die gewend zijn aan intensievere repetities), internationalisering (meer optredens in het buitenland), vergrijzing en vernieuwing van personeel. De intendant zegt hierover:

> "De nieuwe generatie is van een veel hoger niveau, het niveau van de vijftigers conflicteert hiermee."

Volgens hem werd tot zijn komst het personeel te weinig betrokken in het veranderingsproces dat gaande is. De huidige intendant onderstreept daarom het belang van functioneringsgesprekken, zij het dat hij die gesprekken een andere betekenis geeft dan de vorige intendant:[791]

> - "Ik doe die gesprekken anders. Voor mij zijn die gesprekken het middel om het personeel te betrekken in het veranderingsproces. Het systeem van evalueren op functioneren is een goed systeem. Anders zie je mensen afglijden. Dat moet je voor zijn. Dat is goed werkgeverschap."
> - "Laatst voerde ik een gesprek met een man die al 25 jaar in het orkest speelt. Tijdens het gesprek kreeg hij tranen in zijn ogen. Hij zei: 'ik heb nog nooit zozeer het gevoel gehad dat ik serieus genomen wordt en dat naar mij geluisterd wordt.' Dat zegt iets over hoe diep het kan zitten en het belang om dat te onderkennen. Ik kan hem niet meer betalen. Een ander functie kan ook niet. Brugpensioen is voor hem een uitkomst maar dat gaat ook op de helling. Langer doorwerken is de maat. Dus ik heb hem eigenlijk niets te bieden behalve zo'n gesprek, waardering tonen, begrip opbrengen, meedenken."
> - "Ik probeer een ontspanning in de organisatie te krijgen, te luisteren, aan te horen, te communiceren. Een functioneringsgesprek niet te gebruiken als een middel om te zeggen wat ze niet goed doen, want ze krijgen al zo vaak te horen dat ze iets niet goed doen, maar om hen aan te horen, begrip te tonen, omdat ik dat oprecht voel. Dat is niet onbelangrijk. Dat ze voelen dat we dezelfde taal spreken en voelen ik sta niet tegenover ze, de baas ziet verrekte goed waar ik tegenaan loop. Waardoor de drempel om naar mij toe te komen verlaagd wordt. Ik ga niet roepen 'je moet beter gaan spelen als 45-plusser' maar we moeten kijken waar je tegenaan loopt en wat we eraan kunnen doen."
> - We zijn begonnen met de invoering van aanvoerdersoverleg: overleggen, praten, mensen betrekken bij de besluitvorming, betrekken bij hoe het geld wordt uitgegeven. Proberen het collectieve belang met het algemene belang in overeenstemming te brengen."

Anderzijds ziet de intendant de problemen voor het orkest toenemen, zonder dat hij echte oplossingen in het verschiet ziet liggen:

> "Sommige problemen kun je niet oplossen. Het spanningsveld wordt steeds groter: we krijgen steeds minder geld van de overheid, moeten steeds meer presteren, de eisen worden steeds hoger, we moeten meer internationaliseren, we krijgen minder geld, kunnen de mensen niet betalen,. Er komt minder publiek. Dat zie je overal. Er verdwijnen orkesten omdat het publiek vergrijst. In de grote steden groeit tweederde van de kinderen niet op met klassieke muziek dus het wordt voor ons steeds moeilijker om te overleven."

Loopbaanbegeleiding en omscholing ziet de intendant niet als alternatief:

> "Omscholen zie ik niet als alternatief. Vergeet niet dat deze musici voor hun tiende levensjaar zijn begonnen met dit vak door toen al vier tot vijf uur per dag te oefenen. Men is onderscheidend goed. En het vergt veel energie om op niveau te blijven. Omscholen is bijna niet mogelijk. Men is zo gespecialiseerd. Een van de personeelsleden is een violiste, een jonge vrouw. Ze had geweldig mooie cijfers vroeger. Nu met veel problemen in de privé sfeer. Ze kwam na een tijd afwezigheid terug. Ze had dikke handen van de medicijnen. Ik zeg: 'Dit vak is voor jou een lijdensweg.' Zegt ze tegen mij: 'Wil je van me af.' Ik zei 'Nee, ik wil dat je een perspectief hebt. Denk eens na over omscholing.' Ze heeft er een tijd over gedacht. Maar ze zei: 'Ik breng het niet op. Moet ik mijn viool, mijn identiteit aan de kant zetten'?"

De preventieadviseur en de intendant wijzen erop dat mede door de inbreng van het Comité PBW in het verleden aandacht is besteed aan het gehoor en dat dit in de toekomst ook zal gebeuren. Daarnaast zijn in 2008 mede op aandringen van de orkestcommissie nieuwe stoelen aangeschaft.[792]

Mevrouw Wert twijfelt of de houding van collega's ten opzichte van RSI klachten is veranderd en of de aan haar toegekende claim daarop van invloed is geweest:[793]

---

[791] Pa+: functioneringsgesprekken worden door nieuwe intendant (A) ingezet om personeel in het veranderingsproces te betrekken. **fase 7**

[792] Pa+: aanschaf nieuwe stoelen (A) .**fase 7**

[793] Pa?: is de houding van de collega's veranderd en heeft de toegekende claim (C) en houding van mevrouw Wert (I) hierop invloed gehad? **fase 7**

"Dat is soms moeilijk vast te stellen, ik weet het niet. De tien altviolisten gaan niet wat rustiger aan doen. Ik denk het niet. Misschien zijn ze wel met hun houding bezig. Als je erop let, zijn ze zich er wel bewust van dat het iedereen kan overkomen. Er zijn wel concerten, als het heel zware programma's zijn, dat je iedereen hoort van 'pfff, mijn arm, mijn nek, mijn dit, mijn dat.' Maar als je kunt recupereren dan moet dat gedaan zijn. Het is niet zo dat je collega altviolist tegen je zegt: 'Ik heb nu ook klachten wat moet ik doen om dat te voorkomen? Nee zo gaat dat niet. Mensen weten wel, en denken misschien, maar vragen geen advies."

De kinesist/osteopaat heeft ondertussen in 2010, op verzoek van Orkest BE, een plan ontwikkeld om de preventie van RSI klachten te verbeteren. Dat plan gaat in het voorjaar van 2011 in uitvoering.[794] De kinesist/osteopaat daarover:

"We hebben net afspraken gemaakt over een nieuwe preventieaanpak. Daar zijn we net mee begonnen.
1. De eerste stap is bewustwording . Ik ga een gesprek aan met alle aanvoerders. Via hen wil ik horen van hun fysieke en psychische problematiek. Hoe ga je dat aanpakken? Ik ga luisteren. Ik ga ze uitleggen wat de bedoeling is en dat ik graag wil luisteren naar hun werk en belasting. En dat ik hun beroep wil leren kennen. Want elke beroepsgroep kent zijn eigen specifieke problemen: houding-belasting-werk-zwaarte. Zo ga ik in gesprek en beroepsspecifieke klachten in kaart brengen. Dat is een bottom-up benadering: Wat geeft voor jouw instrument de grootste klachten? zodat ze zelf erover nadenken. Dat maakt mensen bewust, ze praten er thuis over en nadien komen ze nog eens zeggen: 'Ik heb nog een ander ding, kun je me daarmee ook helpen.'
2. Als je mensen bewust kunt maken dan is de tweede stap oefenen. We starten met een heel eenvoudig oefenprogramma, dat ze in de pauze kunnen doen, waardoor mensen die beginnen te hervallen in dezelfde problematiek, zelf aan preventie kunnen doen. Dat levert geen tijdverlies op, is zelfs leuk, waardoor mensen zelf aan preventie kunnen doen, en je biedt hen dat aan.
3. de derde stap is dan mensen zelf verantwoordelijk maken voor hun eigen welzijn. Ik kan niet verlangen van de directie, de staat, dat die alles doet om jouw welzijn te verhogen, van anderen vragen van alles te doen, wat eigenlijk je eigen verantwoordelijkheid is en zelf een beetje met de pet ernaar gooien. De stap naar het doen van huiswerk is eigenlijk je eigen verantwoordelijkheid. Als je die dingen al doet dan haal je al heel wat."

Secundaire preventie

Door alle betrokkenen wordt het contract met een vaste (bedrijfs) kinesist/osteopaat genoemd als de belangrijkste preventieve verandering van de laatste jaren.[795] Deze kinesist heeft zichzelf sinds eind vorige eeuw gespecialiseerd in fysieke en mentale therapie ten behoeve van preventie en behandeling van beroepsgebonden aandoeningen bij dansers, toneelspelers en musici. Tot 2008 had hij af en toe buitenlandse musici van Orkest BE onder behandeling. In 2008 zijn afspraken gemaakt over vergoeding van de consulten. Mevrouw Wert over de inzet van de kinesist:

"Eindelijk na jaren hebben we een eigen kinesist. Het personeel heeft daar al lang op aangedrongen. Bij de raad van bestuur, de intendant. Want we hebben elk jaar functioneringsgesprekken en dat zal wel heel veel ter sprake zijn gekomen de laatste jaren. Dat heb ikzelf ook ter sprake gebracht in dat gesprek. Heel positief is dat, die kinesist. Bij problemen kunnen we bellen voor een afspraak en die heeft een eigen praktijk en een eigen kamer (in hetzelfde gebouw waar de oefenruimte van de musici zich bevindt). En dan kun je er naar toe na de repetitie."

Het personeel kan sindsdien dus gratis gebruik maken van de therapie van een kinesist/osteopaat. Jaarlijks worden gemiddeld 100 tot 150 behandelingen uitgevoerd. De kosten per consult bedragen 20 euro. Volgens de kinesist heeft hij zijn tarief voor Orkest BE met 30% verlaagd, omdat het anders onbetaalbaar wordt voor Orkest BE, en omdat hijzelf sympathie heeft voor de sector. Het gebruik per persoon varieert van een tot vier behandelingen. De kinesist heeft ook nog een privé praktijk. Echter: de musici hebben voorrang ten opzichte van de privé cliënten, want 'je kunt het publiek niet teleurstellen'. Hij heeft een eigen specifieke aanpak ontwikkeld:

- "Vanaf 2008 heb ik eerst uren en uren repetities gevolgd om er achter te komen hoe ze hun vak uitoefenen. Ik heb ze bedankt omdat ze mijn vak hebben geleerd."
- "Bij een nieuwe cliënt ga ik eerst proberen een beeld te krijgen hoe hij/zij werkt, hoe zit hij, hoe bespeelt hij instrumenten. Ik loop rond om te observeren. Ik probeer me in te leven. Mijn beeld bespreek ik met de muzikant. Vervolgens probeer ik via kleine ingrepen toch tot een oplossing te komen, zonder dat ingrepen op het werk noodzakelijk zijn."

Volgens de kinesist/osteopaat is het personeel zeer tevreden over zijn aanwezigheid:

[794] Pa+: preventieplan RSI ontwikkeld door osteopaat/kinesist (Ps) in opdracht van Orkest BE (A) **fase 7**
[795] Sa+: definitief aantrekken door Orkest BE (A) van kinesist/osteopaat (Ps) waardoor o.a. betere monitoring klachten **fase 7**

"Op het niveau van muzikanten bestaat er zeer grote appreciatie over het feit dat de directie stappen heeft gezet. Ik ben mediator tussen directie en personeel. Ik benadruk dat de directie ook goed is. Dat ik er ben, dat ik contacteerbaar ben, dat streelt hun ego. Zuiver het idee te weten dat ze bij mij terecht kunnen is voor hun al een hele geruststelling. Als er dan eens een scherpe periode is dan wordt dat een beetje afgetopt."

Volgens de preventieadviseur wordt (mede op verzoek van de kinesist) geen overzicht gemaakt van de problemen die de kinesist behandelt, dit in verband met het medisch beroepsgeheim.

Tertiaire preventie

Eind 2006 hervat mevrouw Wert haar werk.[796] In 2010 blijkt mevrouw nog steeds niet volledig hersteld. De werkdruk en de wijze waarop zij daarmee omgaat zijn daar mede debet aan.[797] Mevrouw Wert daarover:

- "Na mijn operatie ben ik weer gaan werken. Maar ik moest vaak stoppen omdat de schouder het gewoon niet volhield. De momenten van spelen worden wel iets langer. Dus de recuperatie verloopt vlot, maar af en toe voel ik weer pijn en weet ik dat ik moet stoppen en niet meer doorgaan zoals vroeger, en niet, zoals vroeger, moet denken 'het gaat wel over' en dan blijven spelen en wachten en nog eens wachten tot het te laat is."
- "De speeltijd per dag is nu van tien tot half drie met een pauze, dat is dus vier uur. Daarnaast thuisstudie: als ik dan nog eens twee uur bezig ben is echt wel veel voor mij. Dat is dus zes uur per dag. Dat is een maximum dat vroeger geen probleem was. Het eerste jaar na de werkhervatting, heb ik enorm afgezien moet ik zeggen. Ik bleef met pijn spelen, terwijl ik even moest rusten en ontspannen. De belasting hangt ook af van het programma, welke werken we spelen, welke dirigent, dat hangt allemaal een beetje samen. Er zijn momenten geweest dat ik niet meer kon. En dat wordt wel geaccepteerd? Eh ja ja door de collega´s. De dirigenten weten dat niet."

Mevrouw Wert gaat een onzekere toekomst tegemoet: [798]

- "Soms denk ik: 'Ik was nog vrij jong hè, en ik moet nog lang werken, ga ik dat volhouden?' Maar ja, ik zie mij niet zo direct een ander beroep uitoefenen. Je moet je helemaal omscholen, en dan nog ander werk zoeken; we zijn oud op de arbeidsmarkt, we zijn daar bang voor. Ik ben een keer van plan geweest om verlof zonder wedde aan te vragen, tijdskrediet, maar dan mag je niet werken, dan heb je dus geen loon, dat zag ik helemaal niet zitten om zonder loon te overleven. En dan herscholen. En mijn werk nu als violiste: ik heb er zo hard voor moeten werken en studeren en dat zo maar moeten laten vallen, dat doe je niet graag."
- "De laatste tijd gaat het vrij goed. Mits af en toe een kleine rustpauze is in te lassen denk ik dat ik het volhoud. Vanaf het moment dat ik pijn heb, ga ik naar de dokter; meestal geeft ie mij een weekje vrij om te kunnen recupereren en dan is dat een enorm verschil. Een paar dagen niets doen en het instrument aan de kant. Je komt wel in een vicieuze cirkel, want ik heb na de operatie gemerkt dat je moet studeren, constant blijven oefenen; fysiek kan je niet oefenen, niet zoals je zou willen en dan is het telkens weer opnieuw die routine krijgen. Dat is wel vermoeiend soms om daar weer in te komen. Soms merk je 'ik moet pauzeren' tegelijkertijd denk je 'ik moet studeren' en je kan dan niet rusten, dat is soms vervelend en stresserend."

Sinds 2008 is het beleid inzake ziektebegeleiding gewijzigd. Men stuurt sindsdien geregeld een bloemetje aan een zieke medewerker. In de hoop op die manier de betrokken werknemer enigszins te steunen.[799] De intendant zou echter meer invloed willen hebben op het proces van ziekte en herstel:[800]

- "Er is nu een mevrouw die al twee jaar lang overspannen is (dat kwam omdat een dirigent de lat veel hoger legde en zij dat niveau niet aankon). Ze gaat naar huis, wordt ziek en na een maand verdwijnt ze bij ons van de lijst. En dan laat je mensen tijdelijk doorschuiven en dat leidt tot onzorgvuldigheid en onduidelijkheid in de groep. Maar ja, je moet die plek ingevuld hebben. Ik weet niet hoe het met haar is, ik mag het ook niet weten. Maar ze kost me ook niets. Als ze hersteld is, moet je haar terugnemen. Als

[796] Ti+: mw. Wert is weer aan het werk mede dankzij de ondersteuning van huisarts en kinesist (G). **fase 7**
[797] Ti-: mw. Wert is nog steeds niet volledig hersteld, zowel vanwege haar eigen instelling (I) als vanwege de werkdruk (A) **fase 7**
[798] Ti?: mw. Wert gaat een onzekere toekomst tegemoet; vanwege de belasting in de arbeid (A) i.c.m. haar belastbaarheid weet ze niet hoe lang ze haar werk volhoudt (I). **fase 7**
[799] Ta+: zieke werknemers ontvangen een bloemetje van Orkest BE (A). **fase 7**
[800] Ta-: de intendant (A) probeert meer invloed te krijgen op het proces van ziekte en herstel en vindt dat hij te weinig mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de situatie van zieke werknemers, mede omdat het inzicht in de situatie ontbreekt en de betrokken artsen- zowel van ziekenfonds als uit de gezondheidszorg- geen informatie verschaffen. (intendant: gebrek aan informatie over ziektetoestand vanwege het ziekenfonds (Sz), de arbeidsgeneesheer (Ps) en gezondheidszorg (G) belemmert de mogelijkheden voor adequate ziektebegeleiding). **fase 7**

iemand beter is verklaard door de arts, mag ze terugkomen, maar ik heb dan wel het recht als werkgever om haar op een andere plek te zetten. Ik mag formeel niet informeren bij haar arts. Ik ben afhankelijk van haar informatie. Ondertussen blijft de plek die ze had onvervuld en ik moet verder.

Dus ik heb haar uitgenodigd voor een gesprek. Dat duurde een tijd voordat ze daar op in ging. Ze had een traumatische aanvaring met mijn voorganger. Ik heb concreet in dit geval besloten om die plek te vervullen. Mijn inschatting na een gesprek met haar was: dit gaat nog wel een tijdje duren, want er zitten allerlei fysieke aspecten aan. Ik kan hier nog wel vijf jaar op wachten maar die plek moet vervuld worden. Ik moet door en dus ga ik die plek vervullen en dat mag dan dus. Ik krijg in dit geval geen helder antwoord op de vraag of ze beter is. En ik zit vol met vragen: ik vraag me af: wil ik zo iemand dan wel terug en mag ik zo iemand zeggen 'Ik wil je niet terug hebben' en 'Kan je het niveau nog wel aan want dat is ondertussen zo hoog.' En als zo iemand dan niet voldoet, wat dan? Mag ik haar dan lozen?"

- "Ik zou graag samen met de arbeidsgeneesheer willen bespreken hoe iemand terug kan komen. Dat is toch wat je beiden wilt? Ik heb nu geen enkel zicht op de situatie van de werknemer. Dat vind ik niet makkelijk. Ik mag geen contact hebben met de arbeidsgeneesheer, met de huisarts. Ik ben afhankelijk van de bereidheid van de werknemer om mij wat te vertellen."

De arbeidsgeneesheer is van mening dat een re-integratie aanpak door haarzelf niet goed mogelijk is binnen de huidige wettelijke kaders. Die vindt ze te omslachtig:

"Als werknemers ziek vallen worden ze niet gevolgd door de arbeidsgeneesheer. Dat is wettelijk vastgelegd. Enkel op vraag van de werknemer zelf kunnen wij aan het werk. Stel dat ie graag werk wil hervatten, maar niet op de manier als voor zijn ziekte, dan kan hij een schriftelijke aanvraag indienen bij de werkgever voor een gesprek met de arbeidsgeneeskundige. Hij moet dus toestemming hebben, schriftelijk aanvragen, de werkgever doet dan de aanvraag, en dan nemen wij contact op met de werkgever en dan onderhandelen wij over wat dan mogelijk is. Ik moet voorzichtig zijn, want als ik ga zeggen 'Die man mag dat werk niet meer doen', dan bestaat de kans dat hij zijn werk verliest. Je moet dus altijd een compromis zoeken. De arbeidsgeneesheer heeft een adviserende rol hè."

Quartaire preventie

Het ziekteverzuim bedraagt jaarlijks ongeveer 1100 tot 1200 dagen. Het grootste deel van de ziektegevallen is langer dan 30 dagen. De preventieadviseur daarover:

"Dan is het erg druk geweest. Er was een zwaar programma. Dan krijgen mensen klachten en blijven ze thuis."

Het afstoten van ouder personeel, een proces dat is ingezet door de vorige intendant, gaat onverminderd door. De kosten daarvan worden grotendeels afgewenteld op de publieke sociale zekerheid via de voorziening van het brugpensioen:[801]

- "Vroeger stroomden de muzikanten op 25- 30 jarige leeftijd in. In de afgelopen decennia zijn er te weinig vervangen. Je krijgt nu te maken met een enorme uitstroom."
- "Voor ons als orkest is het aantrekkelijk om 58-plussers uit te laten stromen. Daar zitten we midden in, in die fase van afscheid nemen van mensen. Vacatures zijn nog niet ingevuld. We werken met vervangers, tien per sectie. Dat brugpensioen kost ons geen geld. Het is een echte win-win situatie. Voor ons is het gunstig omdat duurdere mensen weggaan."
- "Ik heb net iemand moeten ontslaan, die functioneerde niet goed. Hij had een 30-jarig dienstverband. Op basis van dat langdurige dienstverband had hij rechten opgebouwd en moest ik hem drie jaar lang doorbetalen."
- "Een ander geval betrof een slagwerker. Die was anderhalf jaar ziek en daarvoor regelmatig afwezig. Die had een soort afwezigheidsstramien. Die heb ik gezegd: 'Ik wil weten of je met Kerst terugkomt, zo niet, dan ga ik de vacature invullen.' Zijn ziektebeeld was onduidelijk. Ik heb nooit een medisch dossier gezien. Ik mag dat ook niet afdwingen, maar ik mocht dus wel zeggen 'tot zover', want ik wil weten of ik de vacature kan vervullen. Hij bleek ook les te geven op het conservatorium, full time, terwijl hij twee jaar ziek was bij ons. Dat vind ik niet geloofwaardig. Hij heeft zelf het besluit genomen om niet meer terug te komen."

Preventiestructuur

Sinds eind 2006 is de positie van de externe preventiedienst verzwakt en de positie van de osteopaat/kinesist versterkt.[802] [803]

---

[801] Qa+: kosten Orkest BE uitstoot ouder personeel worden grotendeels afgewenteld op publieke sociale zekerheid (SZ) **fase 1-7**

[802] Preventiestructuur- en preventiestructuur +: zwakkere positie externe preventiedienst en sterkere positie osteopaat/kinesist als gevolg van aanbod kinesist (Ps) en beslissingen arbeidsorganisatie (A) **fase 7**

[803] Fasering: veranderingen zijn vooral gesignaleerd in **fase 7** (december 2006-september 2010). Er zijn echter ook veranderingen gesignaleerd in **fase 4 en 6.** De invloed van het compensatiesysteem is, zij het beperkt, zowel na **fase 7** zichtbaar als in **fase 4 en 6**.

Tabel 7: Preventiebalans Orkest BE

Bijdrage factoren aan veranderingen preventie			Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
Casus orkest BE	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeidsorganisatie						
Primair	+1, -0, ?1	+9, -1, ? 3 .	*	-	-	*****	* ***** ****	* *
Secundair	+1, -0, ? 0	+1, -0, ? 0	-	*	-	*	*	-
Tertiair	+2, - 2, ?2	+1, -1 ? 0	-	*** *	*	*	** ***	***
Quartair	+1, - 2, ?0	+2,- 1, ? 0	** *		*	-	*	*
Preventie structuur		+1, -1, ? 0	-	-	-	*	*	-
Totaalbeeld			Beperkte Invloed	Beperkte Invloed	Beperkte Invloed	Veel Invloed	Zeer veel Invloed	Beperkte Invloed

6. Financiële balans

Op basis van informatie die is verstrekt door het FBZ en mevrouw Wert kan in deze case een indruk worden gekregen van de kosten van de beroepsziekteclaim en toedeling van deze kosten. De totale kosten zijn becijferd op € 24.200. De kosten worden vooral gedragen door het FBZ (bijna € 20.000), op afstand gevolgd door de werkgever (bijna € 4000) en de werknemer (€ 700).

Tabel 8: Financiële balans: schatting van de kosten en toedeling van kosten beroepsziekten

Aard van de kosten	Schatting kosten	Wie betaalt?
1. uitkering FBZ aan MW Wert: - compensatie verlies inkomen € 6.316 - vergoeding remgeld aan mw Wert € 520	€ 6.836	FBZ
2. uitkering FBZ aan ziekenfonds: - vergoeding kosten ziekenfonds i.v.m. betaling tijdelijke arbeidsongeschiktheid door RSI € 13.348	€ 13.348	FBZ
3. kosten gezondheidszorg: - totaal kosten (huisarts, kinesist, medisch specialist)	€ 5.200	FBZ
4. kosten gewaarborgd loon 1 maand voor werkgever	€ 2.424	FBZ
5 vervanging Mw Wert	€ 3.892	Werkgever[804]
6 verlies inkomen Mw Wert tijdens ziekte	€ 700	Mw Wert
Totaal	€ 32.400	

[804] Qa-: de werkgever (A) maakt kosten in verband met vervanging van Mw Wert ten tijde van haar afwezigheid.



Case 5: Tapijt BE: Woninginrichting Graaf, werknemer dhr. Cool, OPS (compensatie via FBZ BE)[805]

1.Schets van de arbeidsorganisatie en het individu

Tapijt BE
Tapijt BE is een familiebedrijf in de woninginrichting. De directie wordt gevoerd door het echtpaar Graaf. Tot 2008 zijn er 8 personeelsleden werkzaam (een boekhouder, een verkoper, 6 tapijtleggers/ parketleggers, waaronder de heer Cool).

Dhr. Cool
Bij dhr. Cool wordt eind 2004 door arbeidsgeneesheer Swaak OPS gesignaleerd. Begin 2005 wordt de beroepsziekte OPS vastgesteld door de medisch specialist dhr. Laan. Dhr. Cool heeft dan achttien jaar gewerkt als tapijtlegger. Eind 2004 dient hij een aanvraag in bij FBZ. Dhr. Cool gaat vanaf begin 2005 parttime werken (eerst een week werk, een week herstel, later twee weken werk, twee weken herstel). In maart 2008 wordt dhr. Cool ontslagen in verband met medische noodzaak. Daarna krijgt hij een outplacementtraject en komt hij terecht bij de plantsoenendienst. Als dat geen succes wordt vraagt dhr. Cool in 2009 herziening aan. In november 2009 beslist het FBZ positief over die herziening. Sindsdien neemt dhr. Cool niet meer deel aan het arbeidsproces. De beroepsloopbaan van dhr. Cool (1957) was als volgt: na de beroepsschool (houtbewerking) is hij werkzaam in een houtzagerij en in de winkelinrichting. Tegelijkertijd volgt hij een avondopleiding tot bouwkundige. Vanwege zijn linkshandigheid komt hij echter niet aan het werk als tekenaar. Na het diploma is hij vanaf 1986 werkzaam bij woninginrichting Graaf. Dhr. Cool is zeer 'fier' op zijn werk. Eind jaren negentig werd hij Belgisch kampioen marmoleum leggen. Het werk heeft hem echter ook veel gekost: de scheiding met zijn eerste vrouw wijt hij aan de grote hoeveelheid overwerk, hij heeft verschillende rugoperaties ondergaan (de laatste in 1995) en hij heeft een bursitis (aan de knie) opgelopen door een val.[806]

2. De preventiesituatie voor indiening van de claim (fase 1 tot eind 2004) [807]

Onderlinge verhoudingen
Directeur Graaf beschrijft de onderlinge verhoudingen op het werk als volgt:

> "De band met de werknemers is vrij los. Ik ben Piet en niet 'meneer de baas'. Ze hebben een eigen verantwoordelijkheid. Ik kan er niet altijd bijstaan. Als er wat is, moeten ze bellen. Ze werken altijd zelfstandig. Als ze verlof willen, dan regelen we dat wel. En als er op zaterdag moet worden gewerkt, wordt dat onderling ook altijd in overleg geregeld. Ik ken het wel en wee van het personeel. Ik ben bijvoorbeeld vorige week nog bij een langs geweest die een huis aan het bouwen is."

Over de relatie met dhr. Cool zegt de werkgever:

> - "De relatie was goed. Hij is nooit vertrokken of buiten gegooid. Bij vorige bedrijven heeft hij het nog maar enkele jaren kunnen volhouden. Maar hier heeft hij veel langer gewerkt."
> - "We hadden wel eens woorden, maar hij werkte naar tevredenheid. Hij had andere ideeën over de bedrijfsvoering maar dat zag ik niet zitten. Hij leverde goede kwaliteit."

[805] Bronnen: dit overzicht is gebaseerd op de interviews met: vakbondsbestuurder Paus, werknemer Cool (januari 2008), arbeidsgeneesheer Swaak (sept. 2008), de adjunct preventieadviseur (sept. 2008), medisch specialist Laan (april 2011) en werkgever Graaf (april 2011). Daarnaast was schriftelijke informatie beschikbaar: het verslag initiële screening woninginrichting Graaf door de adjunct preventieadviseur van de externe preventiedienst (september 2008), het overzicht van de kosten dossier Cool (FBZ 2011).

[806] Daarvoor heeft hij een schadeloosstelling aangevraagd bij het FBZ. Die aanvraag is afgewezen omdat het geen beroepsziekte zou betreffen, maar een posttraumatisch letsel na een val.

[807] De volgende fasen zijn te onderscheiden: **fase 1**: tot eind 2004, **fase 2-4**: januari 2005, **fase 5** ontbreekt (geen dispuut); **fase 6**: formele beslissing december 2005. vooruitlopend op de beslissing, in februari 2005 hervatte dhr. Cool het werk in een ander arbeidsmilieu. Daarom wordt **fase 6** gepositioneerd in februari 2005 en **fase 7**: na februari 2005. **Fase 6** herhaalt zich in november 2009 in verband met herziening.

- "Hij heeft ooit een echtscheiding achter de rug. Hij heeft een paar dingen gedaan die niet door de beugel kunnen en hij heeft een tijd ook gedronken. Hij heeft me bedankt dat ik toch redelijk tolerant ben geweest. Dat geldt voor anderen ook. Een tweede of derde kans krijgen ze van mij wel."

Ook volgens dhr. Cool was de verhouding met de werkgever behoorlijk goed:

"Het is geen grote firma, maar een klein bedrijf. Het is niet 'baas' of 'meneer' maar Piet en Jan. Een tijd geleden zijn mijn ouders gestorven. De laatste weken van hun leven ben ik constant bij hen kunnen zijn. Dat was geen probleem."

Primaire preventie

Van enige preventieve activiteit is geen sprake bij Graaf. Werknemers staan bloot aan oplosmiddelen in lijmen en verven, zonder dat er PBM (= Persoonlijke Beschermings Middelen) beschikbaar zijn en gebruikt worden. Volgens werknemer Cool zijn er al jaren alternatieven beschikbaar voor de VOS (vluchtige organisch oplosmiddel houdende stoffen), en zijn die alternatieven ook aangeboden:

"Er kwam een vertegenwoordiger van watergedragen producten. En die zei: 'Werken jullie nog met die producten? Dat mag in Duitsland al jaren niet meer gemaakt worden'."

Tot eind 2004 (het moment waarop de arbeidsgeneesheer vermoedt dat hij OPS heeft) had dhr. Cool onvoldoende kennis van de gevaren van oplosmiddelen. Ook door de collega's wordt geen aandacht besteed aan bescherming tegen de gevaren van VOS. Dat blijkt onder andere uit de reacties van collega's als dhr. Cool medio 2005 weer aan het werk gaat, dit keer voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen. Dhr. Cool verwoordt die reacties als volgt:

"En dan was ik daar aan het werk en dan waren we met z'n drieën aan het lijmen en dan was de klant thuis en ik was dan de enige met een masker op. Hoe dikwijls er dan commentaar gekomen is: 'Waar ben je mee bezig in mijn huis?' Dat had mijn baas natuurlijk niet graag. Maar dat was mijn probleem niet en dan vroegen de klanten ook iedere keer aan die andere twee: 'Zeg, die met dat masker, dat is eigenlijk de slimste hè. Die denkt aan zijn gezondheid. Maar dan zeggen die twee dat ze geen last ervan hebben en geen masker nodig is. Je krijgt het er niet ingeklopt hè. Die zetten nog geen raam open."

Opvatting externe preventiedienst

Arbeidsgeneesheer Swaak heeft geen helder zicht op de arbeidssituatie van Graaf, maar denkt dat de zorg voor arbeidsomstandigheden niet zo goed is:

"In grote firma's kom ik zelf wel. Daar oefenen de vakbonden meer druk uit en is er geld en ruimte om wat te doen aan preventie. Bij kleine firma's is de motivatie laag."

Een adjunct preventieadviseur van de externe preventiedienst bezoekt Woninginrichting Graaf jaarlijks voor een initiële screening naar welzijnsrisico's:

"Ik zit meestal om de tafel met de werkgever en een van de ploegbazen. Die hebben toch het beste overzicht en zijn van alles op de hoogte. Als externe dienst hebben we een adviserende taak. We zijn geen inspectie, wij mogen geen rapport schrijven van hier tot ginder. Als werknemers grieven hebben, moeten ze zelf naar de inspectie. Een aantal doet dat ook, meestal als ze uit dienst zijn."

De adjunct preventieadviseur constateert al jaren dat de preventiesituatie bij Graaf niet voldoet aan de normen. Zijn verslag bevestigt dit beeld, getuige de volgende passages:

- "Om noodzakelijke preventiemaatregelen te kunnen bepalen, dienen risico's geïnventariseerd en geëvalueerd te worden. Het gebruik van chemische stoffen is zeker op te nemen in de risicoanalyse."
- "EHBO-materieel dient nog voorzien te worden om de eerste zorgen te kunnen verstrekken. Regelmatig nakijken en zo nodig aanvullen."
- "Gepaste persoonlijke beschermingsmiddelen dienen voorzien te worden. Welke gebruikt dienen te worden, wordt bepaald vanuit de risicoanalyse."
- "De werkplaats op een afdoende wijze goed verlichten, verluchten en/of klimatiseren."
- "De ontbrekende veiligheidsfiches dienen bij de leverancier opgevraagd te worden."

Dhr. Graaf trekt echter geen conclusies uit die rapporten:

"De sociale inspectie komt nazien welke producten hier staan. Dat gaat via de externe preventiedienst. Zij maken een rapport. Dat lees ik ook wel door, maar niet grondig."

Verschil van mening

Dhr. Graaf en dhr. Cool hebben een verschil van mening over de vraag of PBM beschikbaar was. Dhr. Graaf daarover:

"Er waren maskers, ze mochten ze ook altijd gaan kopen. Ze wisten precies waar ze ze moesten kopen. Dan moesten ze daar vragen welk masker geschikt was. Dhr. Cool heeft toen gezegd: "Mogen wij niet van de maskers kopen. Ik heb daar niet aan getwijfeld. Die maskers hadden ze daarvoor ook al. Als ze bijvoorbeeld in een kleine ruimte met contactlijm moesten werken, dan was dat niet te doen zonder masker. Dat werd gedaan als er geen verluchting mogelijk was."

Maar volgens dhr. Cool waren er geen maskers beschikbaar. Toen hij uiteindelijk uitviel wegens OPS en op aandringen van de arbeidsgeneesheer PBM moest dragen, bleek volgens hem, er geen masker beschikbaar en duurde het geruime tijd voordat er, uiteindelijk door dhr. Cool zelf, een dergelijk koolstofmasker aangeschaft was.

Secundaire preventie
De externe preventiedienst ontvangt € 600 voor haar diensten bij Woninginrichter Graaf. Daarmee moet men alle handelingen uitvoeren die wettelijk verplicht zijn. In dit geval levert de preventiedienst een jaarlijks PMO, naast een bezoek door de adjunct preventieadviseur. Dhr. Cool ondergaat vanaf 1989 jaarlijks een PMO. Ook zijn collega's bezoeken jaarlijks een van de vijf arbeidsgeneesheren van de preventiedienst. De arbeidsgeneesheren overleggen onderling niet over de uitkomsten van het PMO van de werknemers uit hetzelfde bedrijf. Eén arbeidsgeneesheer per bedrijf is wel mogelijk bij grote bedrijven, niet bij kleine, zo stelt arbeidsgeneesheer Swaak. Eigenaar Graaf heeft er nooit bij stilgestaan dat OPS kon voorkomen:

> "Ik kan niet zeggen dat ik gevraagd heb: 'Wat is er met dhr. Cool?' Dat heb ik me nooit afgevraagd. Ik wist wel van de schildersziekte. Zo word dat hier genoemd in België. Maar ik heb er nooit bij stilgestaan dat dat bij ons kon optreden. Ik heb er tot 2005 ook nooit iets van gehoord van de brancheorganisatie. Ik heb niets gemerkt van OPS. Nee. Want hij werkte nog volop. En na die tijd ook en kreeg een uitkering voor een beroepsziekte. Daar heb ik niets aan gemerkt. Heeft hij nooit laten merken. Hij was een harde hè, geen flauwe. Geeft niet snel op. Hij zal er wel extra energie in gestopt hebben. Dat heb ik niet echt aangevoeld, dat hij zou uitvallen."

Tertiaire preventie
Woninginrichting Graaf heeft geen beleid of speciale activiteiten betreffende tertiaire preventie. Het ziekteverzuim is miniem: minder dan een week per jaar volgens de werkgever. Dat geldt ook voor het aantal arbeidsongevallen: vorig jaar heeft iemand zich in de vinger gesneden. Twintig jaar geleden was er een valpartij.

Quartaire preventie
Via een verzekeringsmakelaar worden alle verzekeringen afgesloten. Volgens dhr. Graaf zorgt die ervoor dat hij de goedkoopste verzekeringen heeft.

Preventiestructuur
Het bedrijf kent een zeer beperkte preventiestructuur. Het heeft geen OR, geen CPBW, geen risicoanalyse, en geen plan van aanpak. Dhr. Graaf zou de centrale rol in de preventie moeten hebben, maar heeft die niet:

> "Ik ben intern preventieadviseur. Ik heb er geen opleiding voor gehad. Ik heb daar ook nog nooit een aanmaning voor gehad. De Welzijnswet ken ik niet, maar ik ben aangesloten bij de werkgeversorganisatie UVV, en die verzorgt regelmatig lezingen. En via het sociaal bureau word ik op de hoogte gehouden van de wetten die nageleefd moeten worden. Ik ben niet bij een preventiedienst, maar de mannen gaan wel jaarlijks op controle." (Dhr. Graaf roept tijdens het gesprek een medewerker: "Hoe heet die waar onze mannen jaarlijks op controle gaan?' 'Een arbeidsgeneeskundige inspectie' zegt de medewerker. 'Die hebben zo'n grote wagen staan. Daar wordt gekeken of ze de arbeid al dan niet kunnen verrichten'."

3. Schets van het ontstaan van de beroepsziekte; behandeling en re-integratie werknemer.

Belastende omstandigheden/risicofactoren:
Dhr. Cool wijst op een combinatie van factoren die in zijn situatie invloed hebben gehad op het ontstaan van OPS: bijna twintig jaar blootstelling aan oplosmiddelen, kortdurende hoge blootstelling aan oplosmiddelen, werken in besloten ruimten, onvoldoende afzuiging, onvoldoende ventilatie, onvoldoende kennis van de gevaren van oplosmiddelen, terwijl koolstofmaskers niet beschikbaar waren. Ook is dhr. Cool blootgesteld geweest aan piekbelasting:

> - "Ik heb bijna twintig jaar heel hard gewerkt. Dat komt nooit ter sprake hé. Al die OPS jongens zijn harde werkers. Ge moogt ze allemaal vragen. Er is er geen een die acht uur werkt. Ze werken allemaal

dertien tot veertien uur. Maar dat mag niet gezegd. Voor de belastingen niet, voor niks. Als ik al mijn overuren nu zou moeten krijgen zou ik nooit meer hoeven werken. Niemand houdt daar rekening mee. Ook het FBZ niet. Die zeggen 'Sorry dat is iets dat ge u eigen zelf hebt aangedaan'."

- "Ik ben naïef geweest. Ik zag ook die etiketten staan met die doodskoppen. Op gegeven moment is er iets gebeurd: ik had een masker op. Ik wist het niet, maar het was een masker voor stof. Onze redding is geweest dat we met zijn tweeën waren. Het was in een kluiskamer van een bank. Ik moest een hechtlaag zetten. Achteraf bleek het kankerverwekkend.".
- "In die kluiskamer heb ik iets gekregen. Achteraf bleek het koolstoffilter verzadigd. Ik kreeg gewoon alles binnen. Die collega heeft mij op een stoel gezet. Toen is mijn baas gekomen en heeft me naar huis gestuurd. Ik was zaterdag nog niet goed. Ik had het etiket van de bus gescheurd. Dat was mijn geluk. Ik had dat met opzet gedaan voor het geval er iets niet goed was. Als er iets van komt, dat het niet verdwijnt. Ik was een spoedgeval in het ziekenhuis, daar ben ik onderzocht. In die hechtlaag zat iets waarmee ze de patiënten laten inslapen. Toen heb ik gezegd: 'Zo doe ik het niet meer ik werk niet zonder masker.' Maar daar is weer niks van gekomen. Ik heb Graaf herhaalde keren aangesproken. Het is vergif. 'Ja maar', zei hij 'er zijn wel andere producten, maar die drogen langzamer'."

Dhr. Graaf over belastende factoren in de arbeid:

- "Het is geen lichte job. Dhr. Cool had verschillende operaties aan de rug en toen heb ik gezegd: 'Misschien moet ge een andere job gaan zoeken'. Maar hij deed het werk graag. En hij was een man die er fierheid in had zijn werk goed af te maken. Hij kon zijn vak wel, absoluut. 'Als ik de kans krijg terug te komen, dan doe ik dat' zei hij. Hij moet het voelen. Ik kan niet voelen wat hij voelt. Als hij denkt dat hij kan werken, dan kan hij werken."
- "In de jaren tachtig zijn veel lijmen op alcoholbasis gebruikt. Toen heb ik daar verder niet over nagedacht. Dat was een goeie lijm. Ik ben ook geen chemicus. Ik moet verder gaan op datgene wat men mij zegt hé. Ik ben afhankelijk van de leverancier. Het hangt af van wat die zegt en schrijft. Het is een groot bedrijf op wereldniveau. En ik ga ervan uit dat die weten wat goed en slechts is."

Diagnose en behandeling van OPS en re-integratie van dhr. Cool

Na 18 jaar blootstelling aan VOS signaleert arbeidsgeneesheer Swaak,[808] die dhr. Cool voor het eerst in 2004 aan een PMO onderwerpt, verschijnselen van OPS:

"Hoe gaat zo'n onderzoek? Betrokkene bezoekt eerst de verpleegkundige voor klinisch onderzoek: urine, bloed, lengte en gewicht. Vervolgens spreek je vijftien minuten met hem. Je vraagt hem welk werk hij doet, hoe hij het werk uitvoert, of hij gezondheidsklachten heeft. Hij uitte een aantal klachten: dronken gevoel, vergeetachtigheid, die ik in verband bracht met OPS. Toen heb ik hem doorgestuurd naar dr. Laan. Ik wist van hem en OPS omdat ik zelf les van hem heb gehad. Hij is expert. Voor 2004 wordt in zijn medisch dossier geen melding gemaakt van OPS. Mijn collega's hebben dat niet onderkend. Dat is niet zo vreemd, want de eerste klachten van OPS zijn vaag. Het medisch onderzoek dat we doen is te beperkt voor vaststellen van OPS. In urine vind je bijvoorbeeld maar op beperkte schaal afvalstoffen van VOS. Je moet er al zelf aan denken."

Tertiaire preventie

In eerste instantie besluit de arbeidsgeneesheer dat de heer Cool moet stoppen met zijn werkzaamheden. De heer Cool is het daarmee niet eens. Zijn werkgever evenmin. Er wordt een compromis gesloten met de arbeidsgeneesheer: werken met een beperkt aantal producten met lage gehaltes aan oplosmiddelen mag, mits hij een koolstofmasker gebruikt:

"Ik was er niet goed van, ik was achttien jaar bij mijn baas. Want ik kom dus bij zo'n pipo van een dokter. Die zegt: 'ge moogt niet meer werken'. Ik kreeg mijn medisch ontslagbrief. Mijn wereld was ingestort, ik mocht niet meer werken, ik was helemaal de kluts kwijt. Ik had naar huis moeten gaan. Ik was er zo slecht van; ik ben onderweg gestopt en heb hem gebeld en gezegd: 'da's makkelijk voor u, maar ik zit met een serieuze kater: ik heb mijn werk kwijt, zit helemaal thuis, heb een financiële strop.' Mijn vraag was toen: 'kan het niet opgelost worden?' Hij zegt: 'dat kan niet, ik zou niet weten hoe dat opgelost moet worden.' Ik zeg: 'als ik nu eens met mijn baas ga praten, en er worden drastische dingen gedaan?' 'Dat zie ik niet zitten' zegt hij. 'Mag ik dan iets vragen' zei ik. Hij ging papier opsturen. Maar ik zeg 'Mag ik iets vragen, krijg ik nog een kans dan? Voor mij is het belangrijk. Voor u is het een kras, is het maar een naam. Maar voor mij is het van groot belang de rest van mijn leven. Wilt u nog wachten met het opsturen van de papieren tot einde van de week?' Ik zei: 'Ik zal eens zien of er iets aan te doen is.' Ik ben naar mijn baas gekomen en heb gezegd 'Het is afgelopen'. En ja, hij was ook helemaal de kluts kwijt. 'Ik ben weg' zei ik. 'Ik heb hier achttien jaar gewerkt en het is goed geweest. Het ging op en soms neer. Ik heb mijn werk graag gedaan. Ik moet nu stoppen en daar ben ik echt niet goed van.' Hij wist ook niet wat hij moest doen. En mijn baas zegt: 'ik ben uw baas, ik beslis dat.' En ik zeg: 'dat dacht ik ook, maar de dokter heeft beslist dat ik niet meer mocht werken.' Ik ben recht naar een firma gereden die keukens installeert om te zien of er werk was, ze zouden iets laten weten. En dan heeft mijn baas contact opgenomen met de arbeidsgeneesheer. Dan is alles gaan lopen. Hij wou me niet kwijt: ik was Belgisch kampioen. Ik wil mijn werk komen doen, maar ik wil ook niet zieker worden. Dan heeft ie

[808] Si+: arbeidsgeneesheer (Ps) signaleert OPS verschijnselen, en doet daarvan aangifte bij FBZ. **fase 2**

fiches van de lijmen moeten opsturen, en dan heeft de arbeidsgeneesheer gezegd: 'Hij mag met dat en dat product nog wel werken en hij mag nog zo lang werken.' De volgende dag belt hij mij op en zegt: 'hebt ge al ander werk?' en ik zeg: 'ja, dat groeit toch niet aan de boom ofzo, maar ik ben ergens geweest en ze zullen me wat laten weten'; 'wacht er mee' zegt hij. 'Hoezo wachten' zeg ik, 'want eind van de week is het definitief.' 'Ik neem contact op met de dokter' zegt hij. 'We gaan iets proberen.' En toen moest hij van de dokter alle fiches opsturen. En de arbeidsgeneesheer heeft gezegd: 'Ik ga mijn best doen.' En die bepaalde toen: daar en daar mocht ge niet meer mee werken."

Na het PMO is er een discussie tussen de arbeidsgeneesheer, de werkgever en de werknemer, met op de achtergrond de vakbond, over de vraag of Cool wel of niet mag werken en onder welke condities dat moet gebeuren.[809] De arbeidsgeneesheer daarover:

"Blijkbaar was het moeilijk om maatregelen te nemen op het werk om hem aan het werk te houden. Ik heb ondertussen uitgezocht welk masker geschikt zou zijn, hoeveel verluchting noodzakelijk is en ik heb om een lijst van gebruikte producten gevraagd. Ik heb de lijst met de werknemer doorgenomen. Toen bleek de lijst niet geheel compleet, twee producten ontbraken. De werkgever heeft die toen ook aan mij verzonden. Ik heb vervolgens een advies gegeven om gebruik van bepaalde producten te vermijden en alle andere alleen te verwerken met PBM. Dr. Laan heeft een rapport geschreven waarin hij onder meer een aanbeveling deed om PBM te dragen."

Vakbondsman Paus, die Cool op de achtergrond bijstaat, heeft een enigszins andere lezing van de situatie:

"Enkele dagen voor het weekend van de Vereniging OPS in Houffalize (januari 2005) belde hij me op en legde me zijn situatie uit. Ik zei 'Kom maar mee.' Toen heeft ie met zijn vrouw gesproken, die is verpleegster en die heeft gezegd 'Doe dat maar, dat is goed voor je.' Tijdens het telefoongesprek heb ik met hem de stand van zaken opgemaakt: hij kreeg ontslag om medische redenen. Dat was een beslissing van de arbeidsgeneesheer Swaak, samen met de behandelend geneesheer. Dan krijg je een hogere werkloosheidsuitkering. Vervolgens heeft de werkgever zelf gebeld met Swaak en gezegd: dat kan zo maar niet. De werkgever had hem nodig om commerciële redenen, er stond een open-deurdag op stapel. Cool voelde zich erdoor geapprecieerd. Uiteindelijk is het in samenspraak met Swaak gekomen tot een afspraak over de basis waarop het werk zou kunnen worden gedaan."

Verwijdering uit het schadelijk milieu?

Na overleg verandert de arbeidsgeneesheer van mening en doet een aanvraag bij het FBZ voor definitieve verwijdering uit het schadelijke arbeidsmilieu.[810] Het FBZ is akkoord met dat voorstel en met de maatregelen die daarvoor getroffen zijn (vermijden bepaalde producten, dragen PBM).

In februari 2005 gaat de heer Cool weer aan het werk op basis van definitieve verwijdering uit het oorspronkelijke schadelijke arbeidsmilieu. Het duurt echter geruime tijd voordat een dergelijk koolstofmasker beschikbaar is. Dhr. Cool daarover:

"Dr. Laan zei: 'U mag blijven werken, maar dan met een masker.' Dus ik zei tegen mijn baas: 'Ik mag blijven werken maar dan met een masker.' Dus ik denk: 'Hij koopt voor mij een masker.' Maar hij zegt 'Ik weet niet wat ik moet kopen.' Veertien dagen later is er nog geen masker. Ik zeg: 'Ik mag alleen met een masker werken, en gij moet een masker kopen.' Maar hij zegt: 'Ik weet niet eens wat voor een masker ik moet kopen'."

Toen heb ik het uiteindelijk zelf op internet moeten uitzoeken en een e-mail gestuurd, en die firma heeft mij gezegd 'dat en dat masker moet ge kopen', en met dat papier ben ik naar mijn baas gegaan. Ik denk 'nu gaat hij het wel kopen.' Daar kwam weer niks van. Ik zeg tegen hem: 'Mag ik die papieren terug, ik ga wel een masker kopen.' En hij zegt: 'Oh hebt ge dat masker nog niet gekocht'?"

Tot maart 2008 werkt hij halftijds. Eerst in een ritme van één week werk, één week thuis. In die periode werkt hij nog met oplosmiddelen, waarbij hij PBM draagt. Bij het PMO van eind 2005 vraagt arbeidsgeneesheer Swaak naar de ervaringen. Dhr. Cool zegt daarover:

"Ik deed mijn verhaal en hij vroeg: 'hoe voel je je met dat masker?' ('*Eigenlijk had ik niet eerlijk moeten zijn',vertrouwt dhr. Cool de onderzoeker toe, 'dan was ik nog aan het werk geweest', maar hij corrigeert zich en zegt 'Het was goed dat ik antwoord gaf'*). Ik zeg: 'Als ik aan het werk ben, dan ruik ik geen oplosmiddel, maar als de klant me wat vraagt en ik zet mijn masker af, dan krijg ik de volle laag. En ik ben 's avonds moe van dat masker op hebben, zeker 's zomers'."

Daarna werkt dhr. Cool in principe alleen nog maar in het parket, zonder blootstelling aan oplosmiddelen, in een ritme van twee weken werken, twee weken thuis. Het lukt dhr. Cool niet om dit werk vol te blijven houden. De gezondheidsproblemen door OPS verergeren,

---

[809] Ti?: (achteraf) kunnen vraagtekens worden gezet bij de nadruk op werkhervatting, in plaats van op gezondheidsherstel. Was het wel zo verstandig dat werknemer (I) en werkgever (A) pleitten voor werkhervatting? Had de werknemer niet tegen zichzelf moeten worden beschermd door de medisch specialist (G), de arbeidsgeneesheer en de vakbond (Ps)? **fase 2-3**

[810] Pi+: de arbeidsgeneesheer (Ps) doet aanvraag voor verwijdering uit het schadelijk milieu. f**ase 4**

mede doordat de afspraken inzake verwijdering uit het arbeidsmilieu niet geheel worden nagekomen. Arbeidsgeneesheer Swaak:

> "Ik weet wel dat hij last had van zijn masker en halftijds werkte, één week op en één week af. Eind 2005 heb ik hem op ziekteverlof gestuurd omdat het niet goed ging. De werkgever had zich onvoldoende ingespannen om werk mogelijk te maken. Na zes maanden heeft hij zijn werk toen weer hervat. Hij kreeg halftijds betaling via het FBZ en halftijds via de werkgever. Ik heb hem toen al gepusht in de richting van ontslag of definitieve overplaatsing naar een werkpost zonder VOS. De werkgever wilde de werknemer houden, absoluut."

Dhr. Cool benadert het enigszins anders:

> "En dan heeft mijn baas bepaald dat ik halftijds ga werken. Ik kan niet meer opmeten, want als ik aan het opmeten ben en de klanten vragen iets, dan vergeet ik het. Ik moet alles drie tot vier keer meten. Dat geeft geen vertrouwen, want dan zeggen de klanten: 'En hij moet ook de boel nog gaan leggen? Dat komt niet goed.' Wat er nu overblijft is parket schuren, plinten zetten. Dat voer ik nu uit in een ritme van twee weken op, twee weken af. Ja, alles wat niet met solventen en verven te maken heeft. In het begin ging het dan nog zo dat de baas zei: 'Ik ga niet alles betalen, en gij niets doen.' En daar had hij ook wel gelijk in. Het is geen liefdadigheidsinstelling. En nu is er een regeling die voor beide partijen te doen is. Voor hem komt dat goed uit want hij kan geen personeel krijgen."

De verandering van werkritme is volgens dhr. Cool op verzoek van de werkgever:

> "De baas zei: 'In veertien dagen kunt ge een aantal klanten afwerken en zit ge aan het eind van de week niet met uw parket'. Ik heb gezegd dat het wel een stuk zwaarder is voor mij. We zijn dat nu een tijdje aan het doen en het gaat. Ik ben blij als die veertien dagen over zijn."

Ontslag

Maart 2008 wordt dhr. Cool ontslagen in verband met medische noodzaak. Daarna is hij volledig thuis. Dhr. Cool is vanaf maart 2008 buiten het gezichtsveld van arbeidsgeneesheer Swaak:

> - "Het laatste contact dateert van maart 2008. Toen bleek dat hij met ammoniak had moeten werken om in een kelder van het ziekenhuis een vloer te reinigen. De werkgever had onvoldoende rekening gehouden met zijn toestand; hij zet die man nog eens in die slechte omstandigheden."[811]
> - "Nu werkt hij niet meer. Ik heb hem doorverwezen naar dr. Laan in verband met een herhalingsonderzoek. Hij is nu ontslagen om medische redenen. Dat betekent dat de werkgever handelt uit overmacht en dat hij geen opzeggingsvergoeding hoeft te betalen, geen opzegtermijn heeft en de werknemer rechtstreeks naar het RVA kan. De vergoeding van het RVA is maximaal € 1000. Dus hij zal wel € 500 hebben, naast € 1000 van het FBZ. Hij is nu geen cliënt meer, alhoewel het bedrijf hem nog niet heeft uitgeschreven. Hij mag altijd komen. Ook als de werkgever geen contract meer heeft; dan maken we er wel iets kosteloos van."

Directeur Graaf over het einde van het arbeidscontract:

> - "Toen is hij terug op arbeidscontrole gegaan en daar hebben ze dan gezegd: 'Stop nu, niet meer werken.' Wat daar de reden van was, weet ik niet. Ze hebben mij gezegd dat het was omdat, als er schilders in de buurt waren, hij last van de verven kon hebben en dat dat niet meer mocht."
> - "Ik heb geen idee wat voor inkomen hij heeft en of hij ander werk heeft. Het is geen man om zomaar thuis te zitten. Hij werkte hier nog volop mee, dus ander werk kan hij ook aan. Ik weet niet wat hij wel en niet mag doen. Dat wordt niet verteld, is allemaal beroepsgeheim. Ik zou wel iets meer op de hoogte gehouden willen worden. Ook over wat niet en wel kan en mag."
> - "Als je in beroep gaat, dan kunt u uw uitkering kwijt spelen. Dat risico moet hij nemen. Voor ons was het een goede werknemer die nu weg is. Het kostte ons geen geld dat hij stopte. Daar heb ik zeker niet van wakker gelegen. Ik kon niet garanderen dat er geen schilders zijn op de werf, wij werken regelmatig met schilders samen. We zijn de laatste in de rij. Het is erg, heel erg dat hij weg is, maar ik heb gezegd 'Het is waarschijnlijk het beste voor u'."

Arbeidsgeneesheer Swaak ziet beperkte kansen op werk voor dhr. Cool:

> "Hij leek me wel in staat tot arbeid. Maar ja, tapijtleggers hebben een lage scholing, dus het zal wel moeilijk worden. Er is natuurlijk een kans dat hij gepusht wordt om werk aan te nemen. Ik veronderstel dat hij dan eerst gekeurd wordt door een arbeidsgeneesheer van het RVA. En ik veronderstel dat dhr. Cool dan zijn gezondheidsproblemen wel naar voren zal brengen."

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaim

Aangifte bij FBZ

Begin 2005 doet de arbeidsgeneesheer aangifte van de beroepsziekte bij het FBZ. Direct daarop volgt de aanvraag voor definitieve verwijdering uit het werk. De claimbeoordeling

[811] Ti-: er was onvoldoende controle door de arbeidsgeneesheer (Ps) en het FBZ (C) op de afspraken in verband met definitieve verwijdering uit het schadelijke arbeidsmilieu, waardoor dhr. Cool toch in aanraking kwam met VOS en daardoor uiteindelijk definitief uitviel. f**ase 7**

bestaat uit een inventarisatie van de blootstelling, een gesprek met de geneesheer van het FBZ en een beoordeling van de reeds bestaande medische gegevens. Omdat de diagnose OPS (2B) door de (externe) medisch specialist dr. Laan goed onderbouwd is, besluit het FBZ geen aanvullende diagnose te laten uitvoeren. Uiteindelijk besluit FBZ in december 2005 tot een definitief arbeidsongeschiktheidspercentage van 45% (20% invaliditeit, 20% sociaaleconomisch en 5% in verband met verwijdering uit het schadelijk arbeidsmilieu), voor een bedrag van € 14.494 per jaar.[812] In mei 2009 doet dhr. Cool een herzieningsaanvraag, op basis van een medisch attest van dr. Laan. In dat medisch attest stelt dr. Laan dat de gezondheidssituatie van dhr. Cool is verergerd omdat werkgever Graaf zich niet aan de afspraken hield in verband met verwijdering uit het schadelijk arbeidsmilieu, waardoor dhr. Cool toch blootstelling had aan VOS:

> "De baas had verregaande afspraken over de toepassing van solventvrije producten en ander werk. De echtgenote (van de baas) wilde zich niet aan deze afspraken houden, waardoor achteruitgang in de gezondheidssituatie is opgetreden."

Herziening FBZ

In november 2009 beslist FBZ tot een herziening. Dhr. Cool wordt dan 69% arbeidsongeschiktheid toegekend (40% fysiek, 24% sociaal economisch en 5% i.v.m. definitieve verwijdering uit het schadelijk arbeidsmilieu), voor een bedrag van € 1.650 per maand. Sindsdien neemt dhr. Cool niet meer deel aan het arbeidsproces. Arbeidsgeneesheer Swaak:

> "Ik weet dat het FBZ het bedrijf heeft bezocht. Dat is een normale procedure. Ik heb nog nooit een rapport van hen gezien. Er is geen sprake van terugkoppeling. Ik heb in mijn hele loopbaan (sinds '99) twee of drie keer een telefoontje gehad van het FBZ. Eigenlijk zijn ze een verzekeringsmaatschappij van de overheid, die echt wil gaan bewijzen dat het wel of geen beroepsziekte is. Het heeft geen preventierol voor zover ik weet."

Opvallend is dat metingen door FBZ naar de blootstelling aan gevaarlijke stoffen in het kader van de claimbeoordeling niet beschikbaar zijn gesteld aan dhr. Cool of aan werkgever Graaf.[813] Als de onderzoeker vraagt of er nog iemand van het FBZ bij de werkgever op bezoek is geweest zegt dhr. Cool daarover:

> - "Zij, de baas en de bediende¸ zeggen van wel. Ze zijn staaltjes komen nemen van de producten die ik gebruikt heb. Ik was er niet bij hè. Ik was niet op de firma. Ik heb tijdens het bezoek aan het FBZ gevraagd 'Hoe komt u aan die uitslagen' en 'het schijnt dat u op de firma bent geweest voor die stalen'. En de dame van FBZ zegt 'Als ik heel eerlijk moet zijn hebben we daar niet veel aan'. Ze zegt: 'Wat doen we met die stalen? We warmen ze op en die dampen meten we. Die concentratie is eigenlijk te hoog, want dat doet ge niet binnen, dat opwarmen'. Ik zeg: 'Dat weet ik nog zo net niet, als ik ergens werk waar de zon binnen schijnt dan is het ook warm'."
> - "Dan op een gegeven moment had ik een aanvraag gedaan voor verwijdering uit het milieu en dan zijn ze testen komen doen. Dan is er een ingenieur, een vrouw, die is naar de werf gekomen. Die heeft mij en mijn collega apparatuur omgehangen. En die heeft apparatuur in de kamer gezet. En dan zijn die gaan meten of het nog schadelijk was voor mij, en dat was dus niet het geval. En dan is er een verslag gemaakt dat ik niet meer met die schadelijke producten werk en dan is de goedkeuring gekomen dat ik uit het milieu kon worden verwijderd.. Voor mij is dat Chinees. Of de werkgever die uitslagen heeft gehad weet ik niet, de collega's beslist niet."

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7 (maart 2005 - mei 2011)

Beperkt aantal positieve veranderingen

In de jaren 2005-2011 zijn bij woninginrichting Graaf slechts een klein aantal veranderingen in de preventiesituatie opgetreden. Er zijn een beperkt aantal positieve veranderingen, waarvan de meeste van individuele aard zijn. Achteraf bezien hebben die veranderingen

[812] Qi+: dhr. Cool ontvangt een schade uitkering van het FBZ (C). Na onderzoek door FBZ volgt eind 2005 de vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid (45%) en de daarbij behorende uitkering. De uitkering is met terugwerkende kracht tot 23 augustus 2004 omdat geconstateerd werd dat dhr. Cool reeds sinds 2005 OPS klachten heeft, en het FBZ met terugwerkende kracht van (maximaal) een half jaar kosten vergoed. **fase 6**

[813] Mededeling van het FBZ aan de onderzoeker: de resultaten van blootstellingsonderzoeken worden door het FBZ niet gecommuniceerd, noch naar betrokkene, noch naar zijn werkgever, noch naar de arbeidsgeneesheer. Slechts bij hoge uitzondering en op uitdrukkelijke vraag van de betrokkenen kan het zijn dat het FBZ inzage geeft in deze gegevens. Niets in het dossier wijst erop dat dit in dit specifieke dossier het geval is geweest.

echter niet voorkomen dat dhr. Cool op relatief jonge leeftijd werkloos en arbeidsongeschikt is geraakt. Binnen de arbeidsorganisatie is weinig veranderd. Een groot deel van de preventieve situatie is stabiel: na de claim (en het ontstaan van de beroepsziekte) is geen gedragsverandering bij collega's opgetreden, de werkgever heeft geen maatregelen genomen om herhaling van OPS te voorkomen, de preventie infrastructuur is niet veranderd. Volgens de werkgever worden tegenwoordig vooral VOS-arme en VOS-vrije producten gebruikt, dit als gevolg van het beleid van de leverancier van lijmproducten. Echter andere geïnterviewden betwijfelen of dit het geval is.

Beperkte consensus
Dhr. Cool en werkgever Graaf hebben beperkte consensus over de preventieve veranderingen na de beroepsziekte, voor wat betreft hun antwoorden op de 7 indicatoren:

- maatregelen na beroepsziekte: werkgever: ja, dhr. Cool: nee;
- herhaling beroepsziekte: werkgever: ja, misschien, dhr. Cool: ja;
- houding collega's gezonder: beiden: nee;
- houding werknemer gezonder: beiden: ja;
- arbeidsomstandigheden verbeterd: werkgever: ja, dhr. Cool : nee;[814]
- herstel werknemer: beiden: werknemer niet geheel hersteld;
- werknemer aan het werk: werkgever: weet niet, dhr. Cool : nee.[815]

Primaire preventie
Op het gebied van de primaire preventie zijn in de individuele situatie twee veranderingen gesignaleerd:

- Door ingrijpen van de arbeidsgeneesheer, en door de meegaande opstelling van de werkgever daarin is de blootstelling van dhr. Cool aan VOS drastisch verminderd.[816]
- Een gezondere houding van de werknemer: sinds hij bekend was met OPS heeft dhr. Cool zich ingespannen om gezonder te werken (door aanschaf en gebruik van een koolstofmasker) en om zijn collega's en werkgever ook op dat spoor te zetten.[817]

Arbeidsorganisatie
Er zijn ook veranderingen in de primaire preventie binnen de arbeidsorganisatie: Eén verandering is negatief: collega's nemen OPS niet serieus en reageren negatief op gebruik PBM en één verandering is als positief te bestempelen: de werkgever lijkt iets gevoeliger geworden voor kwesties van arbeidsbelasting en blootstelling aan VOS.

Collega's nemen klachten niet serieus
De gezondheidsklachten van dhr. Cool worden door de collega's niet serieus genomen. Dat blijkt niet alleen uit de reacties op het gebruik van PBM (dhr. Cool doet zijn werk met PBM, terwijl zijn collega's zonder PBM werken), maar ook uit deze reactie van een stagiaire (reactie verwoord door dhr. Cool):[818]

> "Laatst was er een jonge gast, helemaal brutaal. We waren bij een klant te werken en hij vroeg: 'Wat hebt je nu eigenlijk, wat zijn de symptomen?' en dan zeg ik: 'Dittum en dattum.' 'Ah' zegt hij, 'en dan mag je een week komen werken en een week thuis, en dan krijg je ook nog ene vergoeding?' Hij zegt: 'Ik heb dat ook die klachten, vooral 's maandags.' Toen viel ik even stil. Ik zei tegen hem: 'Ge moogt de ziekte van mij hebben, èn mijn vergoeding! Ze snappen het niet he!?"

Dhr. Cool in februari 2008:

> - "Ik ontvang nu 2000 euro, waarvan 1000 euro van het FBZ. En wat zeggen mijn collega's: 'Ik wil die ziekte van jou ook wel. Dan heb ik twee weken vakantie per maand'. En er zijn er bij die dat menen hè. Zo gaat dat nu eenmaal in een bouwfirma. Ik neem ze dat niet kwalijk. Ze gunnen me dat geld niet. Ze gunnen me wel de ziekte, maar niet dat ik daar iets voor krijg. En dat komt eigenlijk: ik ben meestergast. Ze werken onder mij en ge weet: den baas is den duvel hè."

[814] Pa?: er zijn wel veranderingen opgetreden binnen Woninginrichting Graaf (zie de overige voetnoten), het is echter niet vast te stellen of ze hebben geleid tot betere omstandigheden (A).
[815] De (verschillende) antwoorden zijn verwerkt in dit overzicht.
[816] Pi+: minder blootstelling aan VOS door arbeidsgeneesheer (Ps) en werkgever (A). **fase 3-7**
[817] Pi+: werknemer is gezonder gaan werken (I) **fase 3-7**
[818] Pa-: collega's (A) nemen OPS niet serieus en reageren negatief op gebruik PBM **fase 3-7**

- "Als ik over die ziekte praat, zijn ze geheel onverschillig. Ze hebben er geen last van, ze zitten er niet mee. Wat ik zó stom vindt dat ze er niet mee zitten en niet denken het zelf te kunnen krijgen. Ze kunnen zien wat ze er van kunnen worden. Dat snap ik niet. Ze gaan evengoed in die dampen zitten. Er is er niet een die zegt 'we gaan zijn raad opvolgen en zetten een raam open.'"

Directeur Graaf bevestigt de houding van de werknemers:

"Collega's zijn niet gezonder gaan werken. Ze hadden zeer uiteenlopende reacties: 'het zal wel zijn', met een smile van 'als hij het heeft heb ik het ook'. Er zijn er toch ook die er zeer mee begaan waren. Ze zaten met hem in: 'Dat is toch wel erg en dit en dat.'"

Verder is de houding van de collega's dezelfde gebleven. Zij zijn niet gezonder gaan werken. Volgens dhr. Cool is na de ontdekking van OPS terloops tegen het personeel gezegd dat wie wilde een masker mocht gaan halen. Dhr. Cool denkt dat ex-collega's misschien OPS gaan oplopen. Volgens hem zijn twee collega's al sinds de jaren '90 onvruchtbaar, volgens hem door blootstelling aan VOS. Niemand van de collega's is gezonder gaan werken na de claim:

"Wordt er nu nog met oplosmiddelen gewerkt" vraagt de onderzoeker. Dhr. Cool antwoordt daarop met: "Wat mij betreft houdt hij er rekening mee; dat was in begin wel een probleem, want ze hadden geen rekening gehouden met de boenwas. En toen heb ik gevraagd: 'hoe zit dat.' En toen is een fiche opgestuurd naar den dokter en toen zei de dokter dat ik daarmee ook niet mocht werken. De rest van het personeel werkt nog even goed met schadelijke lijmen en thinner."

Werkgever iets gevoeliger

De werkgever lijkt (iets) gevoeliger geworden voor kwesties van arbeidsbelasting en blootstelling aan VOS.[819] Werkgever Graaf en werknemer Cool spraken sinds 2004 met enige regelmaat over de arbeidsomstandigheden. Volgens dhr. Cool leidde dit soms wel en soms niet tot veranderingen in zijn houding. Dhr. Cool (in 2008) hierover:

- "Ik heb hem voor de voeten geworpen dat ik een serieuze tol heb moeten betalen voor het werk. En toen zei hij: 'Dat is toch mijn schuld niet' en toen zei ik: 'Maar ook niet de mijne.'"
- "Ikzelf heb gezegd: 'er moet een masker komen.' Ik moest er zelf voor zorgen. Als ik een masker ga halen en het kost 500 euro, dan zegt hij er niets van. Want hij weet dat ik het FBZ achter me heb staan."

Tijdens het interview in 2011 geeft de werkgever de indruk dat hij gevoeliger is geworden voor rugbelasting en OPS. Ook noemt dhr. Graaf twee maatregelen die hij heeft getroffen (een rugbesparende rakel en stofvrij egalisatiemiddel).

"Er zijn wel rugproblemen. Een medewerker met rugproblemen, werkt meer dan 20 jaar bij de zaak. Die gaat er niet mee verder als hij last heeft. Ik voel het niet hè. Ik ben de eerste om te zeggen:'jullie voelen het als het niet gaat. 'Hij zegt niet: 'ik kan niet meer'. Ik ga ervan uit dat als ge last hebt dat ge dat laat onderzoeken. Als de dokter dan zegt 'stoppen', dan moet hij stoppen. Een volledige loopbaan is 45 jaar. Dat betekent dat hij rond de 60 moet stoppen dus. Houd hij dat 15 jaar vol? De vraag is ook of ikzelf het nog 15 jaar volhoud. Heb ik mijn twijfels wel over. Het is een zwaar beroep. In de bouw zijn mogelijkheden om vroeg te stoppen. De belasting is zwaar, niet alleen voor de rug, maar je moet ook altijd op je knieën werken. Wel gebruiken we egalisatie die geen stof geeft en die je rechtstandig doet met een speciale rakel, dat vraagt meer tijd, maar is veel gezonder voor rug en knieën."

Het ontstaan van OPS bij dhr. Cool heeft bijgedragen aan zijn bewustzijn voor deze beroepsziekte. Daarbij komt dat dhr. Graaf bij zichzelf verschijnselen van OPS constateert. In dat verband zijn de volgende passages uit het interview met directeur Graaf relevant:

- Tijdens het interview vraagt de onderzoeker: "Wat weet u van OPS"? Dhr. de Graaf antwoordt daarop: "Weinig, maar wel in die mate dat ik weet dat het geheugen slechter wordt, je sneller vermoeid raakt. Dat zou komen van de dampen van producten."
- Daarna vraagt de onderzoeker of sprake is van herhaling van OPS in het bedrijf? Dhr. de Graaf antwoordt daarop dat daarvan geen sprake is.
- Later in het gesprek brengt de werkgever naar voren dat hij twijfelt of hij zelf misschien OPS heeft: "Ik durf zelf nog wel eens iets vergeten. Ik ga niet heel lang meer meewerken. Ik ga stillekes aan naar de 60."
- Aan het eind van het gesprek zegt de werkgever: "Ik heb de energie niet meer om het bedrijf uit te breiden. En dat OPS is een sluipende ziekte. Toen ik hoorde dat Cool OPS had ,schrok ik ervan: OPS, wat is dat eerst en vooral. Ik heb er op internet wat over gelezen. Dat is toch niet niks. Als dat is van al die producten dan moeten we daar wat aan doen. Het is ook moeilijk vast te stellen. Voordat dat echt vastgesteld is! Het is een sluipende ziekte die je niet van vandaag of morgen gewaar wordt. Soms denk ik 'zou ik dat ook hebben? Mijn energie is veel minder, ik ben 's avonds echt moe. Mijn concentratie is

[819] Pa+: de werkgever is gevoeliger geworden voor het belang van preventie van OPS, als gevolg van de beroepsziekte OPS bij dhr. Cool, het optreden van dhr. Cool zelf (I), en door indirecte druk van het FBZ (C). **fase 7**

slecht. Ik ben zelf ook jarenlang mee gaan plaatsen en heb blootgestaan aan die middelen. En ik kom alle dagen op de werven. Ik heb me nog nooit laten onderzoeken."[820]

Vraagtekens

Tot slot blijven er vraagtekens over ten aanzien van het gevaarlijke stoffenbeleid: Is het gevaarlijke stoffenbeleid aangepast? [821] De adjunct preventieadviseur van de externe preventiedienst, die het bedrijf Graaf bezocht, is van mening dat dit niet het geval is. Hij vertelt het volgende over wat hij aantrof in 2006, 2007 en 2008 tijdens zijn inspectie in het bedrijf:

> "Er zijn geen verbeteringen, geen producten vervangen, fiches van gevaarlijke stoffen zijn nog steeds niet beschikbaar. Gevaarlijke stoffen zijn opgeslagen ergens in een hoekske. Er is wel wat PBM, een P1 masker maar dat wordt niet gebruikt, dat bleek mij ook uit het werfbezoek. En als je vraagt naar MSDS dan horen ze het in Keulen donderen. Wat kunnen we doen? Een inspectierapport opstellen, herhalen dat ze moeten luchten tijdens het gebruik van die verven en lijmen. Dat is wat we kunnen doen: herhalen, herhalen. Advies geven over vervanging van gevaarlijke stoffen is niet onze taak, wij zijn geen leverancier van dergelijke producten."

De werkgever geeft echter in 2011 een andere visie:

> "Ondertussen worden veel minder van die solventen gebruikt. Er zit nog een heel klein beetje oplosmiddel in, maar het is heel weinig. Parketlijm is watergedragen. Lijm op alcoholbasis mogen we in België nog gebruiken, maar die gebruiken wij niet meer. Sinds 2008 is het zo goed als weg. Lijmen voor vloerbedekking zijn sinds het begin van deze eeuw al watergedragen. Iedereen weet dat die schadelijk zijn. Ik weet dat dat er in Nederland een verbod geldt. Ik probeer, als het enigszins kan, voor de gezondheid van de mannen te zorgen. Daar is iedereen bij gebaat. Het optreden van de beroepsziekte OPS heeft dat proces wel versneld. Voor de mannen is anders werken soms moeilijk als ze gewend zijn om het op een andere manier te doen. Het oplosmiddelgebruik is beduidend minder: er is smeltlijm zonder solventen, contactlijm wordt sporadisch gebruikt. Ook omdat de leveranciers met andere producten zijn gekomen. Vroeger had ik er nooit aan gedacht dat die lijm niet gezond is. Dat solventen slecht waren. Dat is algemeen niet geweten. Die leveranciers zouden toch moeten weten hoe schadelijk de producten zijn. Toen is stilletjes aan de gedachte gekomen dat het voor het milieu en de gezondheid slecht is. Ik had gedacht dat die alcoholproducten wel verboden zou zijn. Maar dat is niet zo. Het zijn hele goede lijmen hè. Ze werken sneller en ze zijn veel goedkoper."

Uit het onderzoek naar het beroepsrisico door het FBZ blijkt echter dat in mei 2005 nog steeds zes verschillende VOS-houdende lijm- en lakproducten worden toegepast, waarvan vier producten meer dan 40% VOS bevatten en twee ongeveer 25% VOS. Ook de medische expertise van dr. Laan in 2009 en de vaststellingen van de arbeidsgeneesheer in verband met het ontslag in 2008, stellen de aanwezigheid van VOS-houdende producten vast. Volgens dhr. Cool wordt de arbeidsgeneesheer met opzet van dit onderwerp afgehouden:

> "De arbeidsgeneesheer weet van niets. De werkgever houdt hem van controles af. Voor hem is het allerbelangrijkste: niet gecontroleerd worden. Maar die arbeidsgeneesheer moet zeggen: 'We gaan eens een verassingsinval doen'. De arbeidsgeneesheer heeft geen maatregelen voorgesteld om andere middelen aan te schaffen, hij heeft niets gezegd over lijmen. Dat is een arts, geen lijmverkoper hè."

Vakbond

Vakbondsman Paus, tevens initiator van de OPS vereniging, heeft evenmin preventieve stappen ondernomen om binnen dit bedrijf vervanging van gevaarlijke stoffen af te dwingen:

> "Ik heb preventief niets gedaan in deze situatie. Dat was ook geen overweging. Ik heb daar ook geen tijd voor. Ik vind dat eigenlijk jammer. Want dit zijn goede dossiers, waarover je goed babbels kunt opzetten en collectieve actie mee kunt maken. Waarmee je heel specifiek collega´s kunt aanspreken. Maar ja, ik heb honderdeneen dingen te doen. Nee, de collega´s van hem hebben we ook niet direct aangeschreven. Er zullen vast collega´s lid zijn van de bond. Wel hebben die collega´s via het vakblad van de bond een uitnodiging gekregen voor een bijeenkomst over solventen. Dat komt voort uit het 'actieplan solventen' dat we samen met werkgevers in de stoffering en de grafische sector hebben opgesteld. We werken daar met brochures, en een sectorale campagne. Soms onderneemt de vakbond wel actie. Dat is dan echter in bedrijven met een syndicale delegatie, die 'on speaking terms' is met de directie."

Secundaire preventie

Op het gebied van de secundaire preventie zijn geen veranderingen opgetreden. Dezelfde externe preventiedienst is actief. Maar deze heeft geen speciale activiteiten ondernomen om

[820] Pa?: mogelijk herhaling van dezelfde beroepsziekte. Er heeft echter geen onderzoek plaatsgevonden. Het is niet gebruikelijk dat de directeur/eigenaar een PMO ondergaat (Ps). **fase 2-7**

[821] Pa?: is het gevaarlijke stoffenbeleid aangepast? Hierover zijn verschillende zienswijzen en ervaringen van dhr. Graaf (A), de arbeidsgeneesheer en de adjunct preventieadviseur van de externe preventiedienst (Ps), het FBZ (C), de medisch expert dr. Laan (G) en dhr. Cool (I). **fase 2-7**

na te gaan of de overige personeelsleden OPS hebben. De preventiedienst heeft ook geen speciale activiteiten ondernomen om dit te achterhalen. De personeelsleden van dit kleine bedrijf worden door verschillende arbeidsgeneesheren gezien. De preventiedienst bouwt op die manier geen kennis op over het bedrijf.

Tertiaire preventie

De tertiaire preventie is hiervoor ook al enigszins aan bod gekomen. Er zijn geen ontwikkelingen aangetroffen die van invloed zijn geweest op het tertiaire preventiebeleid van de arbeidsorganisatie. Er zijn een aantal ontwikkelingen geweest die een positieve invloed gehad op de individuele situatie van dhr. Cool. Dhr. Cool is lid geworden van de OPS vereniging. Dat draagt bij aan zijn inzicht in het ziektebeeld en draagt bij aan de verwerking van het leed.[822] Volgens dhr. Cool gaat er steun uit van de OPS vereniging en verbetert het zijn functioneren na het ontstaan van de beroepsziekte. Dhr. Cool houdt af en toe een inleiding over OPS op een avond die door de vereniging wordt georganiseerd. Daar ziet hij ook lotgenoten. Soms wordt hij gebeld door een lotgenoot die hem om advies vraagt.

> "Ik pak elke kans om te vertellen wat OPS is. Als er maar één wakker schiet dan ben ik tevree. Ik zie het als ontwikkelingswerk in een ontwikkelingsland. Ik doe het ook om stoom af te blazen. En de heer Paus is helemaal tof. Hij leeft mee, zit vol energie. Ik apprecieer dat ook."

Vakbondsman Paus over zogenaamde lotgenotenweekenden van de vereniging:

> "Zo´n weekend werkt heel goed. Men praat onderling met elkaar, men kan de emoties en frustraties kwijt over de eigen situatie en ze krijgen wat kapstokskes over wat te doen in de familie, met de werkgever. Cool viel meteen op door zijn gezellige babbels, hij gooide zich in de groep. Voor hem was het een heel ontspannen sfeer. Hij kon zijn verhaal over marsmannetjes kwijt en merkte dat alle OPS-ers hele normale mensen zijn. Het was voor hem het begin van een gewenningsproces, het begin van een parcours dat iedere patiënt moet lopen."

Daartegen staan echter ook ontwikkelingen die negatiever geduid moeten worden:

1. Dhr. Cool is niet in staat betaald werk uit te voeren, daarvoor is hij te uitgeput en niet in staat om zijn werk goed te organiseren.[823]
2. Dhr. Cool voelt zich enerzijds uitgestoten, door anderen, uit de arbeid en heeft, anderzijds, daar ook zelf enigszins aan mee gewerkt.[824] Dat blijkt onder andere uit de opmerkingen van dhr. Graaf over ziekenbezoek:

> "We gingen zelden op bezoek. Ik weet nadien dat toen iemand geweest is en dat ie niet thuis was en deed alsof hij niet thuis was. Hij was er wel en deed niet open. Ik ben ook een keer daar geweest. En wist ik ook zo goed als zeker dat hij thuis was, maar dat hij niet open deed. Ik had nog iets gekocht voor hem. Een kadootje. Hij heeft toch heel wat jaren hier gewerkt. "

3. Dhr. Cool is niet hersteld van OPS.[825] Dhr. Cool heeft de indruk dat zijn gezondheid achteruit gaat, en hij is bang voor de toekomst. Er zijn momenten waarop hij er slecht aan toe is:

> -"Er zijn dagen dat ik denk: 'daar staat een stalleke, ik neem een koordje en hang mijn eigen op.' Maar dan is er weer mijn geluk: ik heb mijn vrouw. Voor haar laat ik het. Ik heb nog vier belangrijke dingen in mijn leven: mijn medicatie, mijn werk, de OPS-vereniging en mijn vrouw."
>
> -"Ik weet van mij zelf dat het verergert. Ze kunnen zeggen wat ze willen, maar het is erger. Ik ben er slechter aan toe dan een paar jaar geleden. Het is de vergeetachtigheid en de spanning in je lijf. Ik ben als de dood voor dementie."

Quartaire preventie

De financiële situatie van dhr. Cool is verslechterd.[826] Voor de werkgever zijn er beperkte kosten verbonden geweest aan het ontstaan van de OPS en het verdwijnen van dhr. Cool. Die

---

[822] Ti+: Dhr. Cool is lid geworden (I) van de OPS-vereniging (Ps). Dat draagt bij aan zijn inzicht in het ziektebeeld en draagt bij aan de verwerking van het leed. **fase 2-7**

[823] Ti-: dhr. Cool heeft geen werk, doordat niet op tijd gestopt is met de blootstelling aan VOS. Dit kan zowel gerelateerd worden aan het onvoldoende handelen van de preventiedienst die pas laat OPS constateerde (Ps), aan het handelen van de werkgever (te weinig aandacht voor preventie) (A), onvoldoende controle vanuit het FBZ (C) op werkverwijdering en aan dhr. Cool zelf, door klachten niet serieus te nemen (I). **fase 2-7**

[824] Ti-: dhr. Cool wordt in het werk -enigszins- uitgestoten (A) en sluit zich -enigszins-uit (I). **fase 7**

[825] Ti-: dhr. Cool is niet hersteld van zijn beroepsziekte, doordat hij te lang heeft blootgestaan aan VOS. Dit kan zowel gerelateerd worden aan het onvoldoende handelen van de preventiedienst die pas laat OPS constateerde (Ps), aan het handelen van de werkgever (te weinig aandacht voor preventie) (A), onvoldoende controle vanuit het FBZ (C) op werkverwijdering en aan dhr. Cool zelf, door klachten niet serieus te nemen (I). **fase 2-7**

kosten bestaan uit de kosten van doorbetaling van de patronale lasten gedurende de periode (vier weken) gewaarborgd loon. De werkgever heeft beperkte kosten gemaakt in verband met vervanging van dhr. Cool[827]:

> "Ik heb hem niet vervangen. We lossen het op door het werk meer te spreiden. Of eventueel een paar zzp-ers in te schakelen. Als ik een goede vervanger kan krijgen zou ik dat meteen doen, maar ik kan geen goede vervanger krijgen. Ik heb er verschillende in dienst gehad, maar ik heb ze allemaal moeten laten gaan."

Dhr. Cool ziet in de reactie van de werkgever, direct na de vaststelling van OPS, vooral (onterechte) angst voor de eventuele financiële gevolgen:

> "Zijn enige probleem was: wat gaat me dat kosten dat ik OPS heb, en wat zij de gevolgen voor de firma. In het begin was er paniek, zo van: dat betekent toch niet het sluiten van den boel?
> Dat had ik wel in de gaten. Maar dat was rap over. Ik zeg tegen hem: 'Er moet alles aan gedaan worden dat nog niet iemand dat kan krijgen. Hij was als de dood. Hij was me eigenlijk liever kwijt dan rijk. Maar hij zat met al dat werk en met de reclame die ik voor hem maakte (de heer was Belgisch kampioen linoleum leggen). En hij zat natuurlijk met het FBZ. Hij kon me niet zomaar aan de dijk zetten. Dat geeft een slechte indruk."

Tabel 9: Preventiebalans Tapijt BE

	Preventiebalans individu	Preventiebalans organisatie	Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
Casus Tapijt BE	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeidsorganisatie						
Primair	+3	+1, -1 ? 3.	**	*	-	** **	* ***	** **
Secundair	+1	0	-	-	-	*	-	-
Tertiair	+1, - 4, ? 1	0	***	*	-	*****	****	******
Quartair	+1, -1, ? 0	+0, -1 ? 0	*	-	-	-	*	-
Preventie structuur								
Totaalbeeld			Beperkte Invloed	Beperkte Invloed	Geen Invloed	Beperkte Invloed	Beperkte Invloed	Beperkte Invloed

Preventiestructuur

In de Preventiestructuur zijn geen veranderingen opgetreden.[828]

[826] Qi-: de financiële situatie van dhr. Cool is verslechterd, aangezien het compensatiesysteem (C) niet alle schade vergoed. **fase 7**

[827] Qa-: voor de werkgever (A) zijn er (beperkte) kosten verbonden aan de vervanging van dhr. Cool. **fase 2-7**

[828] Fasering: veranderingen komen in alle fasen voor. De meeste veranderingen zijn gesignaleerd in fase 7 (na februari 2005). De invloed van compensatiesysteem is in alle fasen na fase 1 zichtbaar.

6. Financiële balans

Op basis van informatie die is verstrekt door dhr. Cool en het FBZ kan een indruk worden gekregen van de kosten van de beroepsziekte en de toedeling van deze kosten (zie tabel 10). De totale kosten zijn becijferd op € 338.000. De kosten vooral worden gedragen door het FBZ (ruim € 300.000), gevolgd door dhr. Cool (€ 30.000) en het ziekenfonds. De werkgever maakt geen noemenswaardige kosten.

Tabel 10: Financiële balans: schatting kosten en toedeling kosten beroepsziekten

Aard van de kosten	Schatting kosten	Wie betaalt?
1. uitkering FBZ aan dhr. Cool - maandelijkse rente vanaf medio 2009 (tot 2022):: 168 mnd* € 1650 = € 277.200 - eenmalige uitkeringen aan dhr. Cool: € 16.865 - kosten remgeld t/m 2010: € 638,71	€ 294.703	FBZ
2. uitkering FBZ aan het ziekenfonds Vergoeding kosten ziekenfonds i.v.m. tijdelijke arbeidsongeschiktheid door OPS	€ 10.996	FBZ
3. gezondheidszorg - kosten consultatie en diagnostiek huisarts, medisch specialisten € 2.500	€ 2.500	FBZ
4. kosten verlies inkomen dhr. Cool € 30.000 (tot 2022)	€ 30.000	Dhr. Cool
5. kosten vervanging werknemer	€ 4.000	Werkgever
Totaal	€ 338.199	



Case 6: Tapijt NL, dhr. Haan OPS (compensatie via AVB NL)[829]

1. Schets van de arbeidsorganisatie en het individu

Mulder woninginrichting
Mulder woninginrichting is een familiebedrijf dat ruim honderd jaar bestaat. De huidige directie wordt gevoerd door een zoon van de oprichter. In de jaren '90 kende het bedrijf bijna 50 werknemers waaronder ongeveer 35 stoffeerders. In 2011 bestaat het bedrijf uit 13 werknemers: directeur, medewerker administratie/boekhouding/personeelszaken, 3 stoffeerders en 1 medewerker voor sloopwerkzaamheden, en een netwerk van zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers) en onderaannemers, die worden bevoorraad vanuit een centraal magazijn.

Dhr. Haan
Dhr. Haan (1949) werkt vanaf zijn vijftiende levensjaar. Eerst als stratenmaker. Hij treedt in 1966 in dienst van Mulder woninginrichting als tapijtlegger. In 1979 verlaat hij Mulder om voor een periode van vijf maanden als postbode te gaan werken. Hij keert daarna terug bij Mulder. Dhr. Haan valt begin 2000 uit met rugklachten. Na ruim drie jaar diagnostiek en behandeling in de curatieve sector komt dhr. Haan bij toeval in contact met een letselschadebureau. Daar vermoedt men dat dhr. Haan, naast een werkgerelateerde rug aandoening, OPS heeft. Het Solvent team dat hij vervolgens bezoekt stelt inderdaad deze diagnose vast. Dhr. Haan is sinds 1 augustus 2004 op parttime basis werkzaam als chauffeur personenvervoer.

2. Preventiesituatie voor indiening van de claims (fase 1 tot 2004[830])

Infrastructuur Preventie.
Mulder beschikt over een contract met een arbodienst. Dat contract is een onderdeel van een verzekeringspakket dat, naast de arbeidsgezondheidskundige begeleiding, verzekering van de wettelijk verplichte loondoorbetaling bij ziekte omvat. De poliskosten bedragen €12.000 per jaar. De arbodienst verricht een spreekuur en arbeidsgeneeskundige begeleiding bij ziekte. Het bedrijf is sinds midden jaren '90 ISO gecertificeerd. In het kader van die certificatie is het, volgens directeur Mulder ,verplicht dat elke medewerker elke vijf jaar een periodiek onderzoek ondergaat. Verder is er geen enkele preventiestructuur, dat wil zeggen geen RIE, geen vertegenwoordigend overleg, geen werkoverleg, geen instructie, geen voorlichting.

Primaire preventie
De directeur zegt aan het begin van het interview met de onderzoeker dat hij trots is op de langdurige arbeidscontracten van het personeel. Hij vertelt vol trots over een vaste medewerker die wil doorwerken na zijn pensioen. De directeur zegt: "Je moet goede mensen hebben, die niet snel opgeven." Hij motiveert vervolgens waarom in de loop der jaren vast personeel (tapijtleggers) is vervangen door zzp-ers:

> - "Ik begon begin jaren '90 als bedrijfsleider. En dan had je van die werknemers die zich dan op maandag ziek meldden en dan zat je. En dan vroeg ik me af: hoe kan dat nou? Als zij sporten en ze begaan een overtreding of lopen een blessure op. Waarom moeten wij dat dan betalen? En toen heb ik voor mezelf bedacht dat het misschien wel beter is dat die mensen voor zichzelf gaan werken. En dat klopt ook, want wat je ziet is dat die mensen nooit ziek zijn. Ja, ze hebben wel eens wat, maar ze blijven altijd werken. Dat is gewoon het verschil. Het aandeel tapijtleggers met een vast contract heb ik daarom heel langzaam afgebouwd."
> - "Sinds 2005 hebben we nu deze bezetting. Wat weggaat is allemaal 65. Daar ben ik trots op: we doen het goed! Ja, er zijn wel eens mensen die met de VUT zijn gegaan. In 1996 gingen drie man, die met

[829] Bronnen: interviews met: tapijtlegger (dhr. Haan, augustus 2009), werkgever (de heer en mevrouw Mulder, februari 2011); analyse letselschadedossier van dhr. Haan: februari-juli 2009.
[830] Deze case kent een complexe fasering aangezien OPS is ontdekt na aanmelding bij het letselschadebureau en de werkgerelateerde rug aandoening vijf jaar daarvoor is vastgesteld. fase 1: tot 2004; fase 2 (naming): 1999 (rug) en 2004 (OPS), fase 3 (blaming): 2003, fase 4 (claiming): 2004; fase 5+6: 2004-2008; fase 7: na 2008.

uitvoering en administratie van doen hadden. En die hebben allemaal gezegd, achteraf, dat ze er ontzettend veel spijt van hadden, want als je een half jaar thuiszit, dan verveel je je ook dood. En ze hadden minder geld. Alle anderen hebben doorgewerkt tot 65. En allemaal gezond."

- "Er zijn veel langdurige dienstverbanden. Het is allemaal wel een beetje warm in dit bedrijf. Hij (dhr. Haan) is de enige die met problemen is weggegaan."

Aanpak blootstelling oplosmiddelen

Vanaf begin jaren '90 gaat het bedrijf werk maken van bescherming tegen blootstelling aan oplosmiddelen. Rapportage van de arbeidsomstandigheden door het letselschadebureau:

"Begin jaren '90 kreeg dhr. Haan de beschikking over een halfgelaatsmasker met koolstoffilters. Deze werd echter niet gebruikt. Betrokkene heeft nooit voorlichting gehad van de werkgever over hoe deze PBM te gebruiken. De werkgever zag niet toe op het gebruik hiervan."

Dhr. Haan over vervanging van VOS-houdende producten door watergedragen lijmen:

- "Regelmatig waren we (dhr. Haan en zijn vaste maat) samen aan het strijden tegen de slechte lijmen waarmee we moesten werken."
- "Wij waren ook wel eens dwars. Eind jaren '90 wilde de werkgever andere lijmen invoeren omdat dat moest. Maar dan zeiden wij: 'dat doen we niet, want dat kost ons meer tijd en de meterprijs bleef hetzelfde'."
- "Eind jaren '90 werden de omstandigheden beter. Ik weet bijvoorbeeld dat we bij werkzaamheden in een gebouw van de bedrijfsvereniging voor de bouw geen Bisonkit (contactlijm) gebruikten, maar dispersies. Daar hadden we zelf voor gezorgd. Maar de hechting ervan was heel slecht. Dan smeerden we beide kanten in en lieten het een tijd drogen. Dat was eigen initiatief."

Volgens dhr. Haan bedacht hij later dat er wel collega's met OPS verschijnselen zijn geweest. Maar die collega's waren reeds vertrokken voor zijn uitval:

"Achteraf gezien mankeerde een boel jongens wat, hadden verschillende collega's last van OPS verschijnselen. Ik kan me er vier herinneren: een werknemer is er aan overleden, 'ome Jan' kwam in het gesticht, ome Piet was dement. Een is uit zichzelf weggegaan, een jonge knul met gezondheidsproblemen."

Zwaar werk

Dhr. Haan had de beschikking over kniebeschermers, een steekwagen en een tapijtwagen. Er was bijna altijd sprake van aangenomen werk. Dat was volgens dhr. Haan de oorzaak van een constant hoge werkdruk.

Secundaire preventie

Sinds midden jaren '90 is het bedrijf ISO gecertificeerd. Dat houdt volgens de directeur in dat elke medewerker eens in de vijf jaar een periodieke keuring ondergaat.

Dhr. Haan is in die jaren deelnemer aan een (landelijk) onderzoek naar blootstelling van oplosmiddelen. Hij wordt echter niet geïnformeerd over de onderzoeksresultaten:

"Ik heb wel eens een kastje om gehad, in verband met een TNO onderzoek, ik denk eind jaren '80. Het ging er eigenlijk om of we met goede lijmen werkten. TNO testte dat. Je had dan een kastje om, en eens in de zoveel tijd moest je dan in een meetwagen testjes doen. De uitslag van dat onderzoek heb ik nooit gehad. Het is mogelijk dat de baas dat wel heeft gehad, maar daar heb ik dan nooit wat van gehoord."

Dhr. Haan heeft ook daarna gemerkt dat de lijmen gevaarlijk waren voor de gezondheid. Dat heeft hij, samen met collega's, duidelijk naar voren gebracht. Uit de rapportage van arbeidsomstandigheden door het letselschadebureau:

"Bij een project heeft hij samen met collega's wel eens werk geweigerd toen ze spugend uit het raam hingen van de dampende antistatische kit. Dhr. Haan heeft wel eens conflicten gehad met zijn leidinggevende nadat hij weigerde met bepaalde lijmsoorten te werken."

Dhr. Haan over zijn keuze voor ander werk als postbode (1979):

"Ik dacht: 'Ik moet stoppen.' Ik had een conflict met mijn baas over de betaling. Ik dacht toen, 'Ik moet maar eens uit die stank.' Ik kon bij de post werken. Dat betaalde niet al te best. Op een gegeven moment kon ik weer terug komen bij Mulder. Ik had nog wel wat contact met wat jongens. Ze konden me wel gebruiken. Toen ben ik er maar weer gaan werken."

Dhr. Haan heeft een geringe medische consumptie tot 2000: vanaf 1994 bezoekt hij af en toe zijn huisarts met klachten van hypertensie, tinnitus, pyrosis en klachten van impotentie. Vanaf 1996 bezoekt hij af en toe de bedrijfsarts. Uit de rapportage van arbeidsomstandigheden van het letselschadebureau:

- "Dhr. Haan bezoekt in 1996 voor het eerst de bedrijfsarts in verband met afwezigheid door ziekte (hoge bloeddruk).Tijdens onderzoek blijkt dat hij al enkele jaren wordt geplaagd door krampen aan de onderbenen. Daarvoor wordt hij verwezen naar de fysiotherapeut. Tot zijn uitval in 2000 (januari 2000,

eerste ziektedag van eerste ziektejaar) bezoekt hij nog acht keer de bedrijfsarts, in verband met rugklachten."

- In september 1998 schrijft de bedrijfsarts oefentherapie voor. Drie maanden later schrijft hij (na ontvangst van een CT scan waaruit een geringe paramediane HNP blijkt) in een advies aan de werkgever: "Betrokkene is niet meer geschikt voor rugbelastende werkzaamheden zoals tapijt slopen, hele dag egaliseren, transport e.d." Daarop wordt dhr. Haan gere-integreerd in aangepast werk: lamellen ophangen.
- In 1999 meldt de bedrijfsarts: "Blijft ernstige klachten van HNP houden: HNP, werkgerelateerde oorzaak door biomechanische overbelasting/mechanische druk; advies aan werkgever: aangepast werk structureel maken." Tevens vermeldt het dossier: "cliënt wil graag uitbreiden en de werkgever houdt erg veel rekening met zijn klachten."

Mevrouw Mulder vindt dat dhr. Haan zelf eerder had moeten communiceren over zijn klachten:

"Maar wij hebben nooit geweten dat hij dit soort klachten had. Dat hij psychisch in de war was. Kom daar dan mee! Maar hij heeft niet gepraat, nog nooit gepraat."

Dhr. Haan over de wijze waarop zijn vaste maat hem in de laatste maanden bij Mulder bejegende in verband met zijn beperkingen:

"Uiteindelijk heeft hij me laten vallen. Alhoewel ik jaren goed met hem gewerkt heb. Aan het eind vond hij me maar een aansteller. Toen hij een keer een geintje met me uithaalde was het afgelopen met me. We hadden een klus. Allebei in een auto ernaar toe. Ik reed achter hem aan. Hij wist dat ik de weg kon kwijtraken. Toen raakte ik de weg kwijt door een manoeuvre van hem. Geruime tijd later kwam ik dan uiteindelijk op dat werk. Toen begon hij me uit te lachen dat ik de weg kwijt was. Ik was zo kwaad daarover dat ik onmiddellijk naar huis ben gegaan. Toen heb ik tegen mijn vrouw gezegd: 'nu is het afgelopen; ik stop met werken en werk nooit meer met hem'. Hij is naderhand nog wel bij me thuis geweest om zijn excuses aan te beiden. Maar ik heb toen tegen hem gezegd dat ik niet meer met hem wil werken.' Laat maar zitten', zei ik."

In een rapportage van het UWV (2003) staat hierover:

"Client is emotioneel over het feit dat hij 33 jaar heeft gewerkt met een vaste maat en niets meer heeft."

Tertiaire preventie

Volgens dhr. Mulder is de inzet van de werkgever bij de re-integratie afhankelijk van de prestaties van betrokken werknemer:

"Als nou iemand heel hard gewerkt heeft, ben je meer geneigd om van alles voor hem te doen. We hadden een collega met nierproblemen en die werd ziek en die moest toen weer re-integreren en toen kwam er iemand van een of andere sociale toestand. We willen juist zo iemand helpen. Die instantie was dus heel verbaasd hoe open wij staan ten opzichte van iemand die iets mankeert."

Mevrouw Mulder:

"We zijn niet een bedrijf. Hier werken allemaal mensen die hier al dertig, veertig jaar werken. We doen er alles aan om het mensen naar de zin te maken. We hebben mensen met kapotte nieren teruggenomen die afgekeurd waren. We hadden ook kunnen zeggen : 'daaag.' Maar zo zijn we niet. We proberen alles zo goed mogelijk te regelen en dan gaat hij (dhr. Mulder) moeilijk lopen doen. Dat hebben wij ook niet verdiend. Hij heeft hier jaren lang lopen werken. Het is niet eerlijk en dan krijgt hij ook nog geld toe."

Quartaire preventie

Mulder heeft een verzekering afgesloten in verband met loondoorbetaling bij ziekte (eigen risico eerste zes weken) en een AVB verzekering (eigen risico € 500).

3. Schets van het ontstaan van de beroepsziekte; behandeling en re-integratie werknemer.

Blootstelling aan risicofactoren

Dhr. Haan heeft gedurende zijn arbeidsloopbaan dagelijks blootgestaan aan verschillende VOS houdende producten. Regelmatig was er sprake van hoge blootstellingen. Bovendien was het werk rugbelastend. Uit de rapportage van arbeidsomstandigheden door het letselschadebureau:

- "Betrokkene voerde voornamelijk werkzaamheden op grote projecten uit. Bij deze projecten kregen de tapijtleggers regelmatig een zogenaamde 'lachkick' van de lijm. Enkele keren is betrokkene onderuit gegaan waarschijnlijk t.g.v. acute intoxicatie. Regelmatig had hij last van misselijkheid en een dronken gevoel."
- "Hij werkte gedurende acht uur per dag in gehurkte, geknielde of voorovergebogen houding. Hij verrichtte wekelijks ongeveer tien uur tilwerk. Gemiddeld tilde hij zeven keer per dag lasten van meer dan 23 kg. Soms moest hij de hele dag vrachtwagens lossen met tapijt (400 kg), linoleum (200 kg),

bussen, zakken (meer dan 25 kg), emmers (15 kg). Gemiddeld twee uur per dag maakte hij gebruik van trillend gereedschap."

- "Schoonmaken van handen vaak met terpentine. Spatels werden met peut schoongemaakt."

Dhr. Haan heeft geen eenduidige opvattingen over de arbeidsbelasting.

- "Op zich waren de arbeidsomstandigheden niet slecht. Je verdiende goed geld. Natuurlijk legden de managers wel druk op je: het moest altijd meteen klaar. En je moest met vervelende stoffen werken. Achteraf denk ik: 'ik heb me de kolere gewerkt voor hem.'"

- "Mijn vaste maat, met wie ik jaren gewerkt heb, was groot; ik was tenger. Maar goed, ik dacht: 'Ik moet me groot houden, geld verdienen, meters maken.' Ik was goed in snijden en leggen, hij zorgde dan voor het contact met de uitvoerder of opdrachtgever."

Dhr. de Haan over de blootstelling aan oplosmiddelen:

- "We werkten ook met neopreen lijmen in verband met pvc vloeren. Ik was toen nog jong, een jaar of twintig. Mijn collega zag me daar boven een pot met lijm hangen en dacht: dit is niet goed. Hij zorgde toen dat ik naar buiten werd gesleurd."

- "We hadden op een gegeven moment een klus waar we moesten werken met kunstharslijmen. Dat weigerde ik. En mijn collega ook. Wij van het werk af. Toen kwam mijn baas en zei dat ie me ging ontslaan en dat hij wel wat freelancers zou inschakelen. Dat laatste deed ie wel, dat eerste niet."

- "Een bedrijfsvereniging waarvoor we werkten stelde er nooit prijs op dat je aan je eigen arbeidsomstandigheden dacht. Die dachten alleen aan die van het eigen personeel. Dan verzochten ze ons (dat was enkele jaren eerder) om in het weekend te werken omdat het personeel zoveel last had van de stank. En dan gingen we maar in het weekend werken."

Ontwikkeling gezondheidsklachten

Dhr. Haan heeft rug- en gewrichtsklachten vanaf zijn dertigste jaar. De klachten aan de rug komen voor het eerst ter sprake bij de huisarts in 1994. De diagnose HNP wordt voor het eerst gesteld door de bedrijfsarts begin 1999. In het verleden had hij ook last van stemmingswisselingen als hij geen leuk werk had en/of niet werd gewaardeerd. De eerste notitie over OPS-klachten treft men aan in het huisartsendossier in juni 2003, vlak nadat dhr. Haan contact heeft gehad met het letselschadebureau. November 2003 stelt het Solvent Team vast: waarschijnlijk is er sprake van een lichte vorm van chronische toxische encefalopathie.

Twijfels over OPS

Directeur Mulder heeft ernstige twijfels over de beroepsziekten van dhr. Haan:

- "Wat me bijstaat zijn negatieve dingen: je krijgt dit briefje in 2004, van dat letselschadebureau, en daar staat dan in dat hij een fantastische man was en altijd onder druk stond en nooit tijd had voor een broodje. Daar heb ik een moordend briefje op teruggeschreven aan mijn assurantiekantoor. Want die meneer Haan was dus altijd gelinkt aan een andere collega en die collega was de voorman. Die regelde alles met ons financieel. Bijvoorbeeld ook de betaling, want ze namen nogal eens wat aan, aangenomen werk, dan konden ze meer verdienen dan hun daggeld. Dat was een kwestie van intern aannemen. Daar was geen sprake van werkdruk. Ze kozen daar zelf voor, want als het erin lag, dan konden ze naar huis. Ze konden natuurlijk ook rustig hun broodje eten en dan om een uur of vier naar huis gaan. En als ik dan in die brief lees dat onze heer niet eens tijd had voor lunchpauzes en zo hard heeft gewerkt…. Dat is heel naar."

- "Ik snap trouwens helemaal niet hoe hij OPS heeft kunnen oplopen, want deze meneer is een heel erge karatemeneer en zijn hele leven vijf keer per week aan karate gedaan en ik weet niet of dat dan wel zo goed is voor je lijf; hij was heel fanatiek; hij voelde zich een mannetje. Op de werkvloer was hij nou niet zo'n groot licht; hij liep altijd achter die voorman aan; hij probeerde ook altijd vakantie te nemen als die voorman ook vakantie nam; en dat lukte dan niet altijd en als hij dan in zijn eentje moest werken dan kon hij dat niet klaar maken, dan zakte hij door het ijs, dan kon hij de productie niet aan of dan stond er een schilder in de weg. En die collega die kon dat allemaal wel hoor."

- "Ik twijfel heel erg of hij wel last heeft van die hernia. Hij heeft een collega. Die werkt hier nog en die is er ook dertien maanden uit geweest in verband met een knieblessure en een operatie, hij had een versleten knie. Doorgezaagd. En die vroeg: 'wanneer kan ik weer terugkomen.' Terwijl hij alle gelegenheid had om zich te laten afkeuren. Die man heeft effe wat meer karakter dan Haan."

Mevrouw Mulder heeft (ook) haar twijfels over de diagnose OPS:

- "De reden van uitval is altijd de rug geweest. Nooit psychisch. We hebben betaald voor zijn rug." (*Dan vertelt de onderzoeker dat bij hem een milde vorm van OPS is geconstateerd. Mevrouw Mulder zegt daarop:*) "Ja, ja. Ik denk dat je ook depressief wordt in zijn situatie. Hij was nooit de eerste man. Hij was altijd een bijhangsel. En dan valt iemand weg, dat zal dan wel in de periode zijn geweest dat zijn collega langdurig ziek was. Dat werkt dan niet. Dan moest hij alleen, dan werkt hij niet. Dan valt hij door de mand. En dan krijgt zo iemand 'last' van zijn rug. En toen kwam opeens het OPS. Maar ja, in al die jaren dat er hier gewerkt wordt, is er nooit sprake geweest van OPS. Vanaf 1996 is de productie van VOS-houdende lijmproducten stilgelegd. Mag niet meer gebruikt worden. Fabrieken maken het niet meer. Ze hebben alles op waterbasis. Allemaal dispersies. Hij is altijd al een moeilijk persoon geweest. Misschien

heeft hij altijd al last van zijn psyche gehad. En misschien hebben wij dat nooit gemerkt. En dat hij dat nu op ons afreageert."
- "Als iemand zegt 'goh, misschien hebt u wel OPS,' dan heb je OPS. Je kunt er dan in meegaan en niet in meegaan."

Behandeling en re-integratie van betrokken werknemer na de beroepsziekte

Vanaf de eerste ziektedag (januari 2000, volgens het dossier uitval vanwege 'subacute a-specifieke rugpijn) adviseert de bedrijfsarts dhr. Haan wederom re-integratie in aangepast werk: ophangen van luxaflex en lamellen. Dit blijkt echter na enkele maanden toch fysiek te belastend. Daarna wordt met goedkeuring van de werkgever een training opgestart bij een fysiotherapeutisch centrum. Na enige tijd volgt in overleg met de desbetreffende therapeut re-integratie in aangepast werk gedurende twee dagen per week. Na enkele maanden blijkt dit te zwaar. De training bij het fysiotherapeutisch centrum wordt stopgezet. Uit de reacties van dhr. Haan en dhr. en mevrouw Mulder blijkt dat werknemer en werkgever verschillende, min of meer tegengestelde, indrukken hebben van de kwaliteit van de re-integratie en van de instelling van dhr. Haan. Dhr. Haan hierover:

"In de ziektewetperiode liep ik in een corset. Mulder had nog wel wat alternatieven: gordijnen ophangen, nou ja, dat vond ik wel best. Alhoewel dat ook rugbelastend was, want je moet op die projecten ook met bureaus sjouwen en zo. Toen vroeg mijn baas of ik af en toe klusjes wilde doen. Moest ik toch weer tapijtleggen. In de showroom moest ik wat klaarmaken. Eerst een trap. Toen kwam ik bijna niet meer overeind van de pijn. Toen een kubus. Dat heb ik met opzet verknald. Ik ben weggegaan en heb gezegd: ik doe dit niet meer, knap het zelf maar op."

Directeur Mulder heeft een enigszins andere visie op de re-integratie tijdens de ziekteperiode:

"We wilden hem wel re-integreren. Hij heeft zonweringen opgehangen, maar dat ging ook niet. En toen werden we een beetje aangespoord om vervangend werk te zoeken en dan zei ik tegen een van die dames: 'Zoek eens wat vervangend werk voor hem.' En toen kon die in een busje rijden, maar dat heeft hij ook niet lang volgehouden, want er bleken te veel bobbeltjes op de weg. Dat was dan slecht voor zijn rug. Ik kan natuurlijk niet in de man zelf kijken, maar globaal gezien heb ik de indruk dat het een beetje een zwakke persoon is. Niet echt iemand die zegt 'ik neem wel een kussentje mee en ik ga ervoor.' Het is toch de handdoek in de ring gooien. En dat loopt parallel met de ervaring van het achter die man aanlopen tijdens het werk."

Mevrouw Mulder voegt toe:

"We hebben alles geprobeerd om de man aan de gang te houden. Hij heeft bij ons ook nog in een soort therapiesysteem gezeten via een fysiotherapeutisch centrum. Dat heeft ons toen heel veel geld gekost, € 3.500. Na een paar weken kwamen ze erachter dat het ook niet werkte. Daar moesten we toen aan meedoen, net als de re-integratie in dat autootje. Maar ja, dat was dan weer gewone fysiotherapie. En dan denk ik: 'hij had toch ook gewoon naar een fysiotherapeut kunnen gaan, wat niets kost.'"

Na een jaar (2001) rapporteert de arbodienst:

Verwijzing naar orthomanuele therapeut. Beoordeling WAO wordt afgewacht. Conclusie: sombere prognose t.a.v. werkhervatting bij eigen werkgever.

De gezondheidsprofessionals maken medische missers en verkeren in onzekerheid over de gewenste aanpak:

- Niemand van de betrokken professionals (huisarts vanaf 1963, bedrijfsarts vanaf 1997, fysiotherapeut vanaf 1998, neurochirurg vanaf 2000, manueel therapeut vanaf 2000) signaleert OPS.
- De bedrijfsarts maakt geen melding van een beroepsziekte conform art. 9 van de Arbowet.
- Ondanks de kennis van de werkgerelateerde rugproblemen volgt in overleg tussen bedrijfsarts, fysiotherapeut en werkgever re-integratie in 'aangepast' (rugbelastend) werk gedurende twee dagen per week. Na enkele maanden blijkt dit werk (ophangen van lamellen) te zwaar. De training bij het fysiotherapeutisch centrum wordt stopgezet.
- Er volgt verwijzing naar een orthomanuele therapeut, echter het effect hiervan is onduidelijk.
- Er volgt verwijzing van de huisarts naar een neurochirurg die manuele therapie adviseert (de huisarts weet echter niet dat die therapie dan juist gestopt blijkt te zijn). Tevens wordt een korset aangemeten. Een operatieve fixatie van de wervels wordt gesuggereerd, maar niet uitgevoerd.
- De gezondheidsexperts relateren de rugproblemen wel aan de werkbelasting, maar dit leidt niet tot lichter werk in de arbeidsorganisatie, lichter vervangend werk voor dhr. Haan, of verbetering van de screening van personeel op werkgerelateerde rugklachten.

Het medisch dossier van het letselschadebureau vermeldt vervolgens:

> Verwijzing van huisarts naar neurochirurg die manuele therapie adviseert (echter die therapie blijkt dan juist gestopt te zijn). Tevens wordt een korset aangemeten. Een operatieve fixatie van de wervels wordt gesuggereerd, maar niet uitgevoerd. Sinds enkele jaren gebruikt dhr. Haan pijnstillers.

De verzekeringsgeneeskundige van het UWV stelt op 6 december 2000 allerlei fysieke beperkingen vast, en geen psychische beperkingen, wat later echter onjuist blijkt te zijn, gezien de diagnose OPS.

Dhr. Haan probeert werk te vinden, maar dat lukt niet en komt na een jaar in de WAO en ontvangt na verloop van tijd een lage uitkering:

> "Ik was druk bezig met het vinden van werk. Maar dat ging moeizaam. De instanties zeiden dat ik nooit meer mocht werken en tegelijkertijd werd mijn WAO teruggebracht naar 25-35%. Daarvoor was ik 100% afgekeurd. Ik had het minimum van het minimum. Het bleek dat ik ook maar beperkte tijd had van de WW. Ze beginnen daar te tellen vanaf 18 jaar. Dat mensen eerder met werken beginnen (ik begon op mijn 15e) daar houden ze geen rekening mee, ze gaan pas na drie jaar tellen.

In deze casus zijn de actoren binnen de sociale zekerheid: het UWV (arbeidsdeskundige, verzekeringsgeneeskundige), het re-integratiebureau en de verzekeringsmaatschappij, die het eerste jaar loondoorbetaling verzekert. De actoren in de sociale zekerheid hebben geen invloed op de primaire en secundaire preventie. De invloed is vooral aanwezig op het vlak van de tertiaire preventie. Op het moment dat dhr. Haan arbeidsongeschikt raakt is de werkgever verplicht hem een jaar lang loon door te betalen. Ter afdekking van dit risico heeft de werkgever een verzekeringspolis afgesloten. Als uitvloeisel van de wetgeving rond sociale zekerheid is de werkgever verplicht de werknemer te re-integreren tijdens dat ziektejaar. Ook op het moment dat dhr. Haan een WAO-uitkering ontvangt staat 'activering door werk' centraal. De sociale zekerheid heeft vooral negatieve effecten en een enkel positief effect:

1. Als positief wordt geduid dat in het eerste ziektejaar geïnvesteerd wordt in verbetering van de belastbaarheid van dhr. Haan. Daarna wordt met goedkeuring van de werkgever een training opgestart bij een fysiotherapeutisch centrum
2. Echter in de vaststelling van de medische beperkingen en het aanbod van vervangend werk worden fouten gemaakt:
   - De verzekeringsgeneeskundige van het UWV stelt op 6 december 2000 allerlei fysieke beperkingen vast, en geen psychische beperkingen; dit blijkt later echter onjuist gezien de diagnose OPS.
   - Re-integratie vindt plaats in aangepast werk (ophangen van luxaflex en lamellen) dat na enkele maanden toch fysiek te belastend blijkt te zijn.
   - Re-integratie 2e spoor: dhr. Haan wordt in opdracht van het UWV begeleid door een re-integratiebureau. Die begeleiding start begin 2003 en bestaat uit het volgen van een training 'op weg naar werk' en een sollicitatiecursus. Ook wordt dhr. Haan voorgespiegeld dat hij in aanmerking kan komen voor een vergoeding van een opleiding tot commercieel chauffeur goederenvervoer, waarvan hij echter moet afzien wegens zijn belastbaarheidspatroon.

De sociale zekerheid blijkt op een gegeven moment inkomensverlies, onzekerheid en cumulatie van problemen met zich mee te brengen. Dhr. Haan probeert werk te vinden, maar dat lukt niet, komt na een jaar in de WAO en ontvangt na verloop van tijd een lage uitkering. Er is op een gegeven moment sprake van een opeenhoping van problemen.

Re-integratie

Dhr. Haan wordt na een verzekeringskundig- en arbeidskundig onderzoek 15-25% arbeidsongeschikt verklaard. In het kader van re-integratie 2e spoor wordt dhr. Haan in opdracht van het UWV begeleid door een commercieel re-integratiebureau. Die begeleiding start begin 2003 en bestaat uit het volgen van een training 'op weg naar werk' en een sollicitatiecursus. Ook komt hij in aanmerking voor een vergoeding van een opleiding tot commercieel chauffeur goederenvervoer, waarvan hij echter moet afzien wegens zijn belastbaarheidspatroon. Hij is ondertussen moedeloos en wordt door de huisarts naar het maatschappelijk werk gezonden (medio 2003) . Eind 2003 wordt het re-integratietraject afgesloten. Het re-integratiebureau vermeldt het volgende over het traject:

> "Cliënt wordt sinds januari 2003 begeleid. Na diverse trainingen is cliënt begeleid naar werk middels het product aanbodgerichte bemiddeling. Ik heb cliënt diverse vacatures aangereikt. Cliënt heeft diverse keren gesolliciteerd echter zonder succes. Op de afwijzingen heeft hij zeer teleurgesteld gereageerd. Is

psychisch zeer ontdaan. Hij heeft te horen gekregen dat hij waarschijnlijk een beroepsziekte, te weten OPS heeft. Hij is hiervoor onder behandeling."

Ondertussen nemen zijn beperkingen toe. Het letselschaderapport hierover:

"Cliënt heeft nu nek-en schouderklachten, benevens degeneratieve verschijnselen van de cervicale wervelkolom, waarvoor hij d.m.v. fysiotherapie wordt behandeld."

Mevrouw Haan herinnert zich dat haar man depressief en agressief werd in deze periode en dat daardoor vrienden werden verloren:

"Ik ben een positief mens. Dat was ook hard nodig want ik had een depressieve man, we verloren vrienden daardoor, omdat die er niet tegen konden. Via via hoorden we dan dat hij zo negatief was en dat ze dat vervelend vonden. We hebben ze nooit meer terug gezien. Soms was hij ook agressief. Het is een teken van onmacht. Hij werd zo naar beneden gedrukt."

Dhr. Haan memoreert dat er op een gegeven moment sprake was van een opeenhoping van problemen:

"Ik, wij eigenlijk, zaten in een diep dal: we hadden schulden, ik had gezondheidsklachten, ik kon niet meer aan het werk, terwijl ik wel wilde, mijn vrouw had hartproblemen en kreeg een operatie, daarna een lichte hersenbloeding, alles kwam tegelijk. En toen ik werk vond (chauffeur groot rijbewijs) mocht dat niet van de arbeidsdeskundige, en toen ik bij stadsmobiel ging werken bleek dat ook te zwaar."

Solvent Team

In zijn eerste contact met het letselschadebureau (zie hierna onder 4) wordt dhr. Haan gesuggereerd zich te laten onderzoeken op OPS. Via de huisarts wordt hij doorverwezen naar het Solvent Team. Dhr. Haan daarover:

"Dus toen ben ik daar naar toe gegaan. Daar heb ik mijn hele levensverhaal verteld. Ook dat ik wel eens kotsend bij het raam stond, samen met mijn collega's. Alles kwam naar boven. Ruzies met mijn baas, ruzies thuis. Ook heb ik sinds die tijd nog steeds nachtmerries. Ik droom over mijn werk van toen. Soms vermengt zich dat met het huidige werk."

Chauffeur

Dhr. Haan vindt uiteindelijk (in 2004) zelf werk als chauffeur personenvervoer.[831]

- "Ik mocht van de instanties niet meer werken. Maar ik moest toch wat. Financieel hadden we het moeilijk: we hadden schulden moeten maken, ik ging fors terug in loon (ik had alleen ziektegeld, geen overwerkgeld). We moesten daarna rond komen van € 1100. Ook qua werk was het moeilijk: ik had pakken met sollicitatiebrieven geschreven. Ik was de beste in het schrijven van die brieven zeiden ze op de re-integratie."
- "Toen zag ik een advertentie bij de re-integratie voor chauffeur groot rijbewijs. Ik zag dat wel zitten: een opleiding en baangarantie. Ik papieren invullen. En ik kon er terecht. Kwam ik daar de eerste dag en werd ik gebeld door mijn arbeidsdeskundige: die zei dat ik dat werk echt niet moest doen, dat het te slecht was voor mijn rug en dat hij geen toestemming kon geven."
- Daarna zag ik een advertentie voor de stadsmobiel. Ik bellen met de arbeidsdeskundige: of ik dit wel mocht. Hij twijfelen. En zei 'ja maar dat is toch te zwaar voor je.' Ik probeerde het toch gewoon. Maar na een paar weken moest ik ermee ophouden. Het tillen van die oudjes in rolstoelen was te zwaar Maar ik had wel mijn chauffeurspasje."
- "En toen kwam deze mogelijkheid. Mijn buurman maakte me attent op dit werk. Eigenlijk vond die arbeidsdeskundige dat ik nooit meer mocht werken. Ik ben toch naar die baan gegaan. Toen ik voor de keuring moest heb ik nog nooit zo rechtop gelopen, en ik heb ontzettend mijn best gedaan."

Dhr. Haan vind het werk als chauffeur personenvervoer zwaar:

- "Dat werk bleek trouwens heel erg zwaar: ik moest de route plannen, maar dat kon ik helemaal niet. Dan schreef ik stiekem alle plaatsen op die ik moest bezoeken. Ondertussen heb ik geleerd die plaatsen allemaal in de Tom-Tom te schrijven en die rekent dat voor me uit."
- "Ik verzwijg nog steeds dingen voor mijn werkgever. Dat ik geheugenklachten heb, weet hij niet. Ritjes met de shuttlebus probeer ik te vermijden: dan moet je goed onthouden waar je naar toe moet. De druk is groot en de tijdsdruk ook. Ik heb wel eens drie bejaarden laten staan. Dan moet je maar een verhaal verzinnen. Dat ik nu werk heb is het belangrijkste. Die claim is bijzaak. We kunnen weer wat. We leggen weer eens wat opzij."

In 2005 vermeldt een medewerker van het letselschadebureau in zijn jaarrapport:

- "De heer Mulder heeft minder problemen dan bij uitval. De problemen die hij nu nog heeft zijn: vergeetachtigheid (maakt daarom briefjes), bij problemen gauw van slag, wordt dan depressief, last van stemmingswisselingen (sinds hij werkt is dat minder geworden), rugproblemen goed onder controle: hij heeft een goede stoel die verstelbaar is, hij heeft een navigatiesysteem, anders heeft hij problemen met het vinden van de weg."

De laatste jaren[832] heeft dhr. Haan minder gezondheidsklachten:

---

[831] Ti+: via zijn eigen netwerk (buurman) vindt dhr. Haan (I) werk als chauffeur. **fase 2**

[832] Ti+: dhr. Haan heeft minder gezondheidsklachten, enerzijds doordat hij al geruimere tijd niet meer met VOS in aanraking komt, anderzijds omdat hij weer werk heeft en behoorlijk in eigen levensonderhoud kan voorzien. (I) **fase 4-7**

- "Ik heb geen eczeem meer, geen loopoor. Ik leid een rustiger leven, alhoewel ik wel een te hoge bloeddruk heb. Ik zweet niet meer zo heftig, maar ben wel impotent. Daarvoor gebruik ik Viagra. OPS gaat niet over. De geheugenklachten blijven, evenals de nachtmerries."
- "En zijn haar is zachter geworden" vult zijn vrouw aan.

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaim

Indiening schadeclaim

Door toeval komt dhr. Haan, eind 2003, in contact met een letselschadebureau:

- "Ik liep bij de re-integratie. Ik was druk bezig met het vinden van werk. En zag daar een folder van dat letselschadebureau. Mijn vrouw heeft toen contact opgenomen met dat bureau. Daarna werd gebeld. Ik kreeg meteen een gesprek van anderhalf uur. Dat was een goed gesprek. De dame aan de lijn zei: 'Nou daar kunnen we wel wat mee, denk ik.'"
- "Dat ik rechten had om de werkgever aansprakelijk te stellen, wist ik niet. Daar kwam ik toen pas achter. Ik had er nog nooit over nagedacht. Ik was wel eens naar zo'n advieswinkeltje geweest in de buurt, maar daar konden ze me ook niet verder helpen."

Dhr. Haan heeft uitsluitend financiële motieven om een schadeclaim in te dienen:

"Het motief om een claim in te dienen was puur van financiële aard. Ik had geldgebrek. Ik wist dat het lang zou duren. Ik had niet al te hoge verwachtingen. Ik was niet bang voor mijn ex-werkgever, die zag ik toch niet meer. De kosten die dat bureau in rekening zou brengen vond ik geen probleem. Achteraf was het het geld waard. Ze hebben me heel erg goed geholpen."

Dhr. Haan meldt zich bij het letselschadebureau omdat hij wil laten nagaan of hij schade kan verhalen in verband met een in zijn ogen werkgerelateerde rug aandoening. Het letselschadebureau onderkent wel de kans op OPS, waar andere deskundigen daarvoor dat hebben gemist. Bij het letselschadebureau vraagt men zich meteen af of de heer mogelijk ook OPS heeft. Dhr. Haan daarover:

"Ik meldde me met een rug aandoening. Toen zei de mevrouw die ik aan de telefoon kreeg: 'Wij willen u ook wel eens laten onderzoeken op OPS.' Want ik had veel andere klachten, en zij wisten dat tapijtleggers ook OPS konden oplopen."[833]

De werkgever is zeer negatief over het feit dat er een schadeclaim is ingediend:

- "Wat me bijstaat zijn negatieve dingen: je krijgt zo'n briefje, van dat letselschadebureau, en daar staat dan in dat hij een fantastische man was en altijd onder druk stond en nooit tijd had voor een broodje. En in die brief zetten ze ook dat je het moet doorsturen, naar de verzekeringsmaatschappij. Alsof ik een idioot ben die niet weet wat hij ermee moet. Daar heb ik dus een moordend briefje op teruggeschreven aan mijn assurantiekantoor."
- "We zijn in die brief afgeschilderd als een vreselijk bedrijf waar die man het altijd heel moeilijk heeft gehad. Dat is niet reëel. Ik snap wel dat het een formele brief is, maar toch is het niet reëel."
- "Ik erger me als hij een week daarvoor een zakje Segaline (egaliseermiddel) komt halen voor zijn dochter en we vervolgens een week later een briefje krijgen waarin hij ons aansprakelijk stelt."
- "Uiteindelijk heb ik die brief doorgestuurd naar de verzekeraar en dan wordt het afgehandeld. En dan zet je een streep door de naam. Je bent dan eigenlijk blij dat je van iemand af bent. Je krijgt een hekel aan iemand als je zo'n brief krijgt."
- De onderzoeker vraagt: "Hoe heeft de verzekeraar gereageerd?" De directeur antwoordt: "Ik geloof dat die helemaal niet meer gereageerd heeft."

Dhr. Haan raakt op een gegeven moment het contact met zijn werkgever kwijt. Volgens hem is dat te wijten aan de claim:

"Voor feesten werden we niet meer uitgenodigd. Mijn baas vond het niet leuk dat ik een claim indiende, heb ik begrepen. Hij was bang dat de premie omhoog ging. Toen ik de claim nog niet had ingediend kwam ik er nog wel eens. Daarna niet meer. Ik ben wel teleurgesteld: ik heb zoveel gegeven aan het bedrijf en dan dit. Ik heb daar nog steeds nachtmerries van."

Afhandeling van de schadeclaim (2008)[834]

Dhr. Haan is positief over de wijze waarop hij bejegend is door het letselschadebureau:

"Een tien krijgen ze van me: die meneer van dat bureau was echt met mij bezig, geïnteresseerd. Hij wilde me echt verder helpen."

Ondanks het feit dat zijn financiële schade door de beroepsziekte slechts ten dele is vergoed,[835] is dhr. Haan ook positief over het eindresultaat van de schadeclaim:[836]

---

[833] Si+: letselschadebureau (C) signaleert beroepsziekte OPS. **fase 3**
[834] Qi+: dhr. Haan ontvangt via AVB (C) een schadevergoeding. **fase 6**
[835] Qi-: financiële schade als gevolg van de beroepsziekte is slechts ten dele vergoed door de verzekeraar(C). **fase 6**
[836] Qi+: door het uitgekeerde bedrag (C) kan dhr. Haan zijn financiële problemen oplossen. **fase 7**

> "Ik had er eigenlijk niet op gerekend dat het zou lukken. Gelukkig was het geregeld. Daarvan hebben we onze schulden afbetaald, we hebben wat in huis laten doen en een tweedehands autootje gekocht. Een auto hadden we niet meer. Konden we niet betalen. We gingen wel op de fiets hoor, maar toch, nu is het fijner. Soms kunnen we op vakantie."

De onderzoeker vraagt aan directeur Mulder hoeveel aan dhr. Haan is uitgekeerd. Directeur Mulder haalt mevrouw Mulder (medewerker administratie/boekhouding/personeelszaken) bij het gesprek, omdat hij niet weet hoeveel schadevergoeding is betaald. Mevrouw Mulder heeft vlak voor het bezoek van de onderzoeker (februari 2011) bij de verzekeraar geïnformeerd naar de afhandeling van de schadeclaim:

> - "Wij wisten niet hoe die claim was afgehandeld. We hebben nooit bericht gehad. Is eigenlijk onze zaak ook niet. Dat letselschadebureau en de verzekeraar hebben het onderling geregeld. Daarom hebben we de verzekeringsmaatschappij opgebeld. Tot een week geleden was ons niet bekend of er geld was uitgekeerd. Ik vind het een hoop geld. Ik vind het ook raar dat je als bedrijf er niet over gehoord wordt. Alle communicatie is geëindigd na die brief; mevrouw verwijst naar de aansprakelijkheidsbrief uit 2004."
> - "De reden van de claim was de rug. We hebben betaald voor zijn rug. Niet voor het psychische, de OPS."[837]

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7

Beperkte consensus

Dhr. Haan en werkgever Mulder hebben beperkte consensus over de preventieve veranderingen na de beroepsziekte, voor wat betreft hun antwoorden op de zeven indicatoren:

- maatregelen na beroepsziekte: werkgever: ja, maatregelen i.v.m. rug; nee, OPS bestaat niet; werknemer: ja, het gebruik van oplosmiddelen is verminderd;
- herhaling beroepsziekte: werkgever: nee, niet bij tapijtleggers, werknemer: nee;
- houding collega's veiliger: beiden: nee;
- houding werknemer gezonder: werkgever weet niet, werknemer: ja;
- arbeidsomstandigheden verbeterd: werkgever: ja, werknemer : ja;[838] [839]
- herstel werknemer: werkgever: weet niet; werknemer niet geheel hersteld;[840]
- werknemer aan het werk: werkgever: weet niet, werknemer: ja. [841]

Primaire preventie

Hiervoor is reeds gememoreerd dat de afronding van de schadeclaim binnen het bedrijf niet tot erkenning van de relatie tussen OPS en blootstelling aan VOS heeft geleid, en men dus zich ook niet genoodzaakt zag maatregelen te nemen om OPS te voorkomen. Overigens is dit vanuit oogpunt van preventie ook niet nodig, aangezien het bedrijf sinds eind van de vorige eeuw bijna alle uitvoerende werkzaamheden heeft uitbesteed aan onderaannemers. Dhr. Mulder vertelt dat men de laatste jaren voor het eigen vaste personeel op het gebied van lichamelijk zwaar werk wél een aantal maatregelen heeft genomen:

> "We doen van alles om het werk minder rugbelastend te maken: we hebben 25 kg verpakkingen, voor rollen tapijt hebben we een karretje, wieltje en dan snijden. We hebben hier in het magazijn een heftruckje staan en sinds vijf jaar hebben we auto's met laadkleppen. We zien ook liever geen 'Haan gevallen', maar iemand die tot zijn 65e door kan. De meesten halen dat ook wel." [842]

Eén kantoormedewerker is sinds 2008 uitgevallen met rugproblemen, echter dat wordt niet als herhaling van dezelfde beroepsziekte beschouwd, gezien de verschillen in werkbelasting met

---

[837] Pa-: de schadevergoeding die aan dhr. Haan is uitbetaald i.v.m. zijn OPS en rugproblemen leidt bij de leiding van het bedrijf (A) tot ongeloof en ontkenning van de relatie VOS-OPS in hun bedrijf. De gebrekkige communicatie tussen verzekeraar (C) en bedrijf is daar mogelijk ook debet aan. Door dhr. en mevrouw Mulder wordt hij ook niet als OPS gevoelig beschouwd. OPS wordt door hen als een psychische aandoening gepresenteerd. Dhr. Haan wordt als psychisch zwak betiteld. f**ase 7**

[838] Pa+: arbeidsomstandigheden in het bedrijf zijn verbeterd, vooral door uitbesteding van werk (externe flexibilisering) (A). Dit proces was al sinds jaren '90 gaande. **fase 1-7**

[839] Pa?: het is niet duidelijk welke de gevolgen zijn van die uitbesteding (A): leidt uitbesteding van werk (externe flexibilisering) tot vermindering of toename van beroepsziekten bij onderaannemers en zzp-ers ? **fase 5-7**

[840] Ti- werknemer (ook na de claim) nog steeds niet geheel hersteld, als gevolg van oorzaken uit het verleden: te langdurige blootstelling in zware arbeid (A), onvoldoende preventieve zorg (P), late vaststelling OPS (G), te snelle re-integratie in belastend werk. **fase 7**

[841] De (verschillende) antwoorden zijn verwerkt in dit overzicht.

[842] Pa+: bedrijf heeft sinds eind jaren '90 (A) het werk minder rug belastend gemaakt door een aantal maatregelen te treffen. **fase 1-7**

dhr. Haan.[843] Volgens de heer en mevrouw Mulder zijn er sinds 2000 vier langdurig zieken geweest. Een werknemer met een auto-immuunziekte, een werknemer met versleten knieën, een kantoormedewerker met rugproblemen en dhr. Haan. Volgens de heer Mulder is er in de periode 1991-2010 niemand van zijn personeel uitgevallen met OPS.

Gezondere houding?
Of dhr. Haan een gezondere houding ten opzichte van het werk heeft is niet met zekerheid te zeggen. Zijn huidige werkzaamheden zijn belastend (het rijden is een zware mentale belasting voor hem, er is belasting van de rug, hij kan – letterlijk- de weg kwijtraken vanwege zijn gebrekkige oriëntatie vermogen), maar hij wil erg graag dit werk behouden. Voor hem is het belangrijk dat hij inkomsten heeft door arbeid. Het werk geeft hem bovendien een nuttig gevoel. Voor dhr. Haan zijn de gezondheidsoverwegingen niet doorslaggevend. Het is onzeker hoe lang hij dit werk kan volhouden.[844]

Secundaire en tertiaire preventie
Op het vlak van de secundaire preventie is er niets veranderd. De heer Mulder is de afgelopen jaren tot nieuwe inzichten gekomen ten aanzien van de behandeling van werknemers met rugklachten. Hij denkt dat de aanpak van een werknemer met een hernia anders zou moeten:

> "Eigenlijk moet er een arbo-arts zijn die zegt: 'Je hebt klachten aan je rug. Je gaat door naar de chirurg.' En die chirurg moet gewoon zorgen dat hij geopereerd wordt. De verzekeringsmaatschappij moet dat gewoon opleggen."[845]

Quartaire preventie
Hiervoor is reeds gememoreerd dat, dankzij de schade uitkering, dhr. Haan zijn financiële problemen heeft kunnen oplossen. De arbeidsongeschiktheid van dhr. Haan heeft voor de werkgever een financieel nadeel opgeleverd. Volgens mevrouw Mulder leidt de arbeidsongeschiktheid van een werknemer gedurende één jaar tot een premieverhoging van ongeveer € 1000 per jaar gedurende zes jaar. Die extra betaling is in 2007 beëindigd.[846] In de jaren '90 heeft men vast personeel (tapijtleggers) geleidelijk laten afvloeien en gelijktijdig zzp-ers ingeschakeld. Deze maatregel is genomen om de kosten van ziekte en uitval te kunnen beheersen. Dat beleid was reeds afgerond voor de indiening van de claim door dhr. Haan. Het bedrijf heeft verder geen maatregelen genomen om de uitgaven van ziekte en arbeidsongeschiktheid te beperken. Invloed van het compensatiesysteem op quartaire preventie binnen de arbeidsorganisatie lijkt niet aanwezig. De premie van de AVB is niet verhoogd en de firma Mulder is pas een week voor het interview (februari 2011) op de hoogte van de afronding van de claim.

Preventiestructuur
In de preventiestructuur zijn geen veranderingen opgetreden.[847]

---

[843] Pa?: herhaling van rugproblemen in het bedrijf (A), zij het bij een andere categorie personeel. Geen herhaling van OPS? **fase 1-7**
[844] Pi?: de vraag is wel of dhr. Haan zelf (I) gezonder is gaan werken. **fase 4-7**
[845] Ta?: dhr. Mulder (A) heeft nieuwe inzichten over de aanpak van rugklachten, maar het is niet duidelijk of dit ook effectief is en of hij dat zelf gaat stimuleren in zijn bedrijf. **fase 7**
[846] Qa-: kosten werkgever in verband met premieverhoging arbeidsongeschiktheidsverzekering, betaling eigen risico verzekering loondoorbetaling (SZ) en AVB (C), en kosten re-integratie. **fase 1, fase 6.**
[847] Fasering: veranderingen zijn vooral gesignaleerd in **fase 7** (na medio 2008). Er zijn echter ook veranderingen gesignaleerd in fase **1-7**. De invloed van compensatiesysteem, zij het beperkt, is zowel na **fase 7** zichtbaar als in **fase 4 en 6**.

Tabel 11: Preventiebalans

Bijdrage factoren aan preventie veranderingen			Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
Casus Tapijt NL	Preventieve veranderingen individu	Preventieve veranderingen arbeidsorganisatie						
Primair	+ 0,-0,? 1	+2, -1, ? 2	*	-	-	-	*****	*
Secundair	+1	0	*	-	-	-	-	-
Tertiair	+2, -1, ? 0	+0, -1, ? 1	-	*	-	*	* *	**
Quartair	+2, -1, ? 0	+0, -1, ? 0	*** *	-	*	-		-
Preventie structuur								
Totaalbeeld			Beperkte Invloed	Geen Invloed	Beperkte Invloed	Geen Invloed	Veel Invloed	Geen Invloed

6. Financiële balans

Op basis van informatie die is verstrekt door dhr. Haan, werkgever Mulder, de juridische belangenbehartiger van dhr. Haan en de gegevens uit het onderzoek 'Leerzame schadeclaims' kan in deze case een indruk worden gekregen van de kosten van de beroepsziekte en de toedeling van deze (zie tabel 12). Een deel van de kosten is geschat. De totale kosten zijn becijferd op € 261.320. De kosten worden vooral gedragen door de werknemer (€ 89.960) en het UWV (€ 82.860). De kosten voor de AVB verzekeraar (€ 40.000), en de werkgever (€ 22.700) zijn aanmerkelijk lager.

Tabel 12: Financiële balans: schatting kosten en toedeling kosten beroepsziekte

Aard van de kosten	Schatting kosten 1e arbeidsongeval	Wie betaalt?
1. uitkering aansprakelijkheidsverzekering aan dhr. Haan € 27.000; transactiekosten €13.000	€ 40.000	AVB verzekeraar
2. kosten loondoorbetaling a.uitkering door arbeidsongeschiktheidsverzekeraar bij ziekte (12 maanden * 2.000) alleen nettovordering b. doorbetaling bruto loonkosten werknemer c. hogere premie arbeidsongeschiktheidsverzekering	a. € 24.000 b. € 7.200 c. € 6.000	a. Arbeidsongeschiktheidsverzekeraar b. Werkgever c. Werkgever
3. eigen risico -loondoorbetaling (6 wk : € 4 500) - AVB € 500	€ 5.000	Werkgever
4. re-integratie dhr. Haan gedurende 1e jaar ziekte (training bij een fysiotherapeutisch centrum)	€ 4.500	Werkgever
5. gezondheidszorg - 4 consulten medisch specialisten € 400 - 20 consulten fysiotherapie/manuele therapie € 600 - 20 consulten huisarts € 800	€ 1.800	Ziektekostenverzekeraar
6. verlies inkomen en verdiencapaciteit - 2001-2003 (i.v.m.WAO uitkering) pmnd € 700 verlies: € 17.000 - 2004- 2007: inkomen € 1100 (netto) + € 260 WAO; p. mnd € 640 verlies: : € 30.720 - 2008- 2014: inkomen € 1300 (netto) + € 260 WAO; p. mnd € 440 verlies: : € 42.240	€ 89.960	Werknemer dhr. Haan
5. uitkering en re-integratie 2e spoor -wao uitkering 2001-2003: € 1.300 pmnd: € 46.800 - wao uitkering 2004- 2014: € 260 pmnd: € 34.060 - kosten re-integratiebureau € 2000	€ 82.860	UWV
Totaal	**€ 261.320**	



Case 7: Assemblage NL, zes productiemedewerksters, RSI (compensatie via AVB NL) [848]

1. Schets van de arbeidsorganisatie en de individuen

Assemblage NL
Dit bedrijf (kerntaak: productie en assemblage van medische producten) wordt opgericht na het midden van de vorige eeuw en kort daarna (met overheidssubsidie) naar een sociaal economisch onderontwikkeld gebied overgebracht:

> BA 2: "het bedrijf kon heel veel subsidie krijgen, zeker als men langdurig werklozen zou aannemen; bij de werving heeft men letterlijk de onderste lades van het arbeidsbureau omgekieperd."

Op het moment van overplaatsing kent het bedrijf ongeveer 100 personeelsleden. Het ontwikkelt zich van producent voor de nationale markt naar een internationaal opererend bedrijf met meer dan 1000 werknemers (1995). Via reorganisaties (1995, 1998, 2001 en 2006) is het bestand gereduceerd tot ruim 500 werknemers. Die reducties zijn gerealiseerd door het afstoten van uitzendkrachten, niet verlengen van tijdelijke contracten (doorgaans is een kwart van de werknemers uitzendkracht, en heeft eveneens een kwart een tijdelijk contract), ontslag, WAO/WIA en VUT. Tevens is een aantal werkzaamheden (kantine, wasserij, receptie) verzelfstandigd en uitbesteed. Midden jaren '90 gaat het bedrijf een joint-venture aan met een buitenlandse onderneming. Eind jaren '90 wordt het bedrijf overgenomen door een andere multinationale onderneming. De P&O afdeling schrijft in een interne notitie dat het bedrijf te karakteriseren is als een 'machinebureaucratie':

> "Er is sprake van massa- en serieproductie, met een consistente output en een hoge efficiency."

Het werk bestaat uit routinematige handelingen door ongeschoold personeel. Dat personeel krijgt functionele scholing op de werkplek. De organisatie wordt volgens die notitie beheersbaar gehouden door sterk geformuleerde procedures, regels en regelingen, die ontleend zijn aan een kwaliteitszorgsysteem. Daarbinnen past zogenaamd kwaliteits-en klantgericht denken. Binnen het internationale concern staat het bedrijf bekend als goed, zij het dat het twee zwakke punten kent: de faalkosten zijn hoog evenals het ziekteverzuim. Het is onduidelijk welke de overlevingskansen van deze locatie zijn. Collega 2:

> "Ik heb de indruk dat men van deze vestiging af wil. Ik ben van mening dat het moederconcern ons destijds heeft gekocht omdat ze geïnteresseerd zijn in de markt. Je ziet dat ze productie wegsluizen naar het buitenland. Mogelijk lukt de strategie niet volledig omdat deze markt ook een kwaliteitsmarkt is. En wij leveren goede kwaliteit. Tot nu toe hebben we met slechts één recall te maken gehad. Maar onze loonkosten zijn beduidend hoger (meer dan het dubbele) dan in het buitenland."

2. Preventiesituatie voor indiening van de claims (Fase 1: tot eind 2001)[849]

Preventiestructuur
De preventiestructuur van Assemblage NL bestaat eind 2001 uit de volgende actoren: twee medewerkers van een arbodienst-een bedrijfsarts en een arbeidshygiënist- zijn actief in het kader van preventie en ziekteverzuim. Verder zijn actief op preventiegebied: P&O, de ondernemingsraad, kaderleden van de vakbond en het middenkader. Het middenkader heeft een rol in ziekteverzuim, personeelsinzet en taakroulatie. Sinds 2001 kent het bedrijf een gedeeltelijke RIE, opgesteld door de arbeidshygiënist.

---

[848] Bronnen: schriftelijke bronnen (het schaderapport van het letselschadebureau, jaarverslagen assemblage, twee onderzoeksrapporten RSI bij assemblage; het expertiserapport van de verzekeraar. 3 ingevulde vragenlijsten) en 17 interviews; Geïnterviewden: MW Spel, MW Lisa: 2 claimanten; collega 1: werknemer, tevens vakbondskaderlid; collega 2: voormalig voorzitter OR/ voorzitter VGWM commissie; collega 3: werknemer, tevens vakbondskaderlid; collega 4 werknemer, tevens vakbondskaderlid ; collega 5: werknemer, tevens vakbondskaderlid; 2 vakbondsbestuurders: vakbondsbestuurder 1(1998- 2008), vakbondsbestuurder 2 (2009-2011); stafmedewerker vakbond; 2 letselschaderegelaars namens slachtoffers (letsel 1, letsel 2), 2 bedrijfsartsen (bedrijfsarts-BA- 2: periode 1993-2003; bedrijfsarts -BA- 4: periode 2006; schadebehandelaar A namens verzekeraar; arbo-coördinator (assemblage); senior administrateur (assemblage), manager UWV.

[849] Fase1: t/m 2001; fase 2: t/m 2001; fase 3: 2002; fase 4: 2002-2005; fase 5: 2002-2008; fase 6: 2008; fase 7 na 2008

Arbodienst

In de periode 1985-2010 zijn vijf bedrijfsartsen actief geweest.[850] Twee bedrijfsartsen (2 en 4) waren bereid tot een interview. Twee bedrijfsartsen waren onvindbaar, terwijl bedrijfsarts vijf niet bereid was mee te werken. Bedrijfsarts 2:

> **"**Ik verving de eerste bedrijfsarts die zoveel geageerd had tegen het bedrijf dat hij geen krediet meer had. Ik was in die tijd de meest stabiele factor: er waren veel wisselingen in het bedrijf: er waren vier hoofden P&O geweest, drie directeuren en verschillende personeelsconsulenten. Het bedrijf hield de zaak niet dicht voor ons. Dat wil zeggen: we konden een arbeidshygiënist inzetten, die had toegang tot het bedrijf, we hadden spreekuur op het bedrijf; men kwam je wel tegemoet, ook was er wel betrokkenheid bij de mensen op de werkvloer, vooral van lager kader, dat uit de streek kwam. De laatste tijd was het toch geen discussie meer of de arbodienst betrokken moest worden, men kwam vanzelf met vragen over de inrichting van de werkplek."

De arbodienst heeft een belangrijke taak in het ziekteverzuimbeleid. Bedrijfsarts 2:

> "Ziekteverzuimbegeleiding en re-integratie was in het begin, toen we die taak overnamen van het GAK, hopeloos. We wisten er niets van. Want een bedrijfsgezondheidsdienst deed niet aan verzuim. Dus toen we dat in '94 tot ons takenpakket kregen, kopieerden we de werkwijze van het GAK. Dat betekende vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid en de arbeidsgeschiktheid bekijken en beschrijven. Dat heeft zich positief ontwikkeld naar adviezen waarin ook aandacht is voor het hoe & wat van ziekte, en waarin een relatie wordt gelegd met het werk. Een van de positieve kanten van deze taken is dat we direct contact kregen met direct leidinggevende, waardoor we daarmee een band moesten opbouwen."

Primaire en secundaire preventie

De activiteiten op het gebied van primaire en secundaire preventie zijn beperkt. De directie vindt die preventie veelal te kostbaar en biedt weinig experimenteerruimte. Bedrijfsarts 2:

> - "In het begin had men medische kennis over het product, maar men had niet gedacht aan mensen en machines. De technologie kocht men en men zette mensen aan het werk. De technologie werd niet aangepast aan de mens. Er was geen preventief beleid. Dat is in de loop der tijd wel wat veranderd. Bij het inrichten van nieuwe productielijnen maakte men wel vaak een ergonomische- en arbo-technische inventarisatie. Daaruit kwamen dan voorstellen voor werkplekverbetering. Maar die werden dan niet geaccepteerd omdat men het te duur vond worden. We hebben wel eens voorgesteld om een nieuwe lijn in te richten in de vorm van een werkstation, waardoor een werknemer een heel product in elkaar zet. Dat idee hadden we ontleend aan de opzet van een fabriek hier in de buurt. Het werd afgewezen omdat het te duur zou zijn."
> - "Maar als het dan ging om er wat aan te doen, dan kwamen de kosten om de hoek: het bedrijf zat op een markt met producten waarbij het op centen verschil aankwam."
> - "Een extern onderzoek naar RSI leidde tot onrust in het bedrijf. De leiding wilde het onder de pet houden."
> - "Het kader wilde wel, maar had te weinig ruimte. Bij het lager kader was echt geen onwil. Maar de benadering was altijd ad hoc: als er zich een probleem voordeed, doorgaans een hoog ziekteverzuim, dan werden wij ingeschakeld."
> - "De problemen waren wel bekend en werden wel onderkend. Dan liep je met iemand van het lager kader door de lijn en dan zei je samen: 'Dit moet toch klachten geven.' Daar deed zo´n leidinggevende ook wel wat aan, binnen zijn mogelijkheden en voor een korte tijd, want dan was er plotseling weer tijdsdruk door het een of ander en dan kon het allemaal niet meer."

Bedrijfsarts 4 (2006) is ook die mening toegedaan:

> "Het bedrijf kende de klachten en wist de oorzaken. Ze hebben er nooit iets meegedaan. Men wilde wel wat aanpassen, maar dat moest dan niet te duur zijn."

Bedrijfsarts 2 signaleert dat verslechteringen optraden in de arbeidsbelasting waar verbeteringen noodzakelijk waren:

> "Op een gegeven moment werd er een bureau ingeschakeld dat zich met tijd-taak analyse bezighield. Dat bureau deed onderzoek naar de effectiviteit van het werk. Als arbodienst waren we daarbij niet betrokken. Op advies van dat bureau werd de bezetting aan een bepaalde band teruggebracht van drie naar twee. op basis van die tijd-taak analyse leek dat wel verantwoord. Wij waren het daar niet mee eens. Toen die efficiencymaatregel was getroffen, vielen er veel meer mensen uit, en werd uitval echt een probleem. Blijkbaar was die derde toch nodig voor administratie en roulatie. Na een tijdje heeft men die situatie toch weer teruggedraaid."

Bovendien werden, volgens het schaderapport, werknemers door de leiding niet bewust gemaakt van de risico's op het werk:

> "Aan geen van de betrokkenen werd adequate voorlichting en onderricht gegeven over de risico´s verbonden aan het werken en over maatregelen om die risico´s te beperken. Werknemers konden geen

[850] Bedrijfsarts 1: tot 1993; bedrijfsarts 2: 1993-2003; bedrijfsarts 3: 2003-2005; bedrijfsarts 4: 2006; bedrijfsarts 5: 2007- heden. Bedrijfsarts 1 is niet benaderd voor een interview. Bedrijfsarts 5 weigert medewerking: "reden hiervoor is dat ik de implicaties die veelomvattend kunnen zijn, niet kan overzien. Bedrijfsarts 3 is onvindbaar.

kennis nemen van de RI&E. Werknemers werden niet periodiek in de gelegenheid gesteld een medisch onderzoek te laten verrichten conform art. 18 van de Arbowet."

In de expertiserapporten van de verzekeraar worden de slechte arbeidsomstandigheden en het verband met RSI genuanceerd. Er zijn volgens de expert wel degelijk voorzieningen:

> "Sinds 1992 zijn armbalancers geïntroduceerd om de nek/schouderbelasting te verminderen. Er was sprake van roulatie over de verschillende machines en werkzaamheden. Er zijn door de arbodienst regelmatig ergonomische onderzoeken verricht, waarbij verbeteringen zijn doorgevoerd. Werknemers kunnen hun klachten kenbaar maken bij de leidinggevende en de arbodienst. Er zijn regelmatig werkplekonderzoeken geweest, waarbij adviezen werden gegeven over aanpassing werkbelasting."

Ondernemingsraad en vakbond

Binnen het bedrijf zijn ook de ondernemingsraad, die ook een commissie Veiligheid, Gezondheid en Milieu heeft ingesteld (commissie VGWM), en de vakbond[851] actief bezig met preventie. De bedrijfsleiding en de ondernemingsraad hebben maandelijks overleg. Tussen arbodienst en ondernemingsraad is nauwelijks contact over preventie. Bedrijfsarts 2 over de relatie met OR:

> "Eén keer per jaar was er contact met de OR. De OR dat was voor directie noodzakelijk kwaad waar je het beste van moest zien te maken. Ze moest voor elke centimeter vechten. Ze maakte niet veel klaar. Met de vakbond had ik incidenteel contact: één keer over een RSI geval en één keer over een arbeidsrechtelijk probleem."

De vakbond FNV neemt op het gebied van preventie een aparte plaats in. Vanaf eind jaren '90 besluit de nieuw aangestelde vakbondsbestuurder in samenspraak met de kadergroep en de vakbondsleden in de OR dat men meer aandacht wil voor preventie van RSI. Dit vraagstuk wordt geagendeerd omdat vakbondsleden dit als een gezondheidsprobleem beschouwen, en omdat de FNV op centraal niveau RSI als speerpunt beschouwt. Vakbondsbestuurder 1 daarover:

> "Toen ik bestuurder werd, zag ik dat RSI een probleem was. Het bedrijf hield het onderwerp wat weg, alhoewel men ook wel aandacht er voor had. Men had de oorzaak door en zag RSI ook als een economisch probleem. Men deed wel wat aan preventie, via ergonomische aanpassingen en roulatie. En men besteedde aandacht aan re-integratie."

Vakbondskaderlid 2 zegt daarover:

> "De OR en de vakbond werkten samen aan alle aspecten van het ziekteverzuim en de arbeidsomstandigheden. We hebben een analyse laten maken van de arbeidsomstandigheden en geprobeerd op basis daarvan afspraken te maken. Dat is slechts gedeeltelijk gelukt: er kwamen nieuwe stoelen en brillen (in verband met werken met chemische stoffen). Ook stelden we een betere productieorganisatie voor. De technische opzet klopte niet. De ergonomische lay out was onvoldoende. Zelfs een nieuwe directeur vroeg zich in 2004 nog af hoe het mogelijk was dat het personeel zo ver moest reiken. Nou ja, ik weet het antwoord wel: dat heeft onze eigen technische dienst ontwikkeld. Ook hebben we andere voorstellen gedaan zoals: betrek bij de ontwikkeling van een nieuwe productielijn het personeel en maak eerst een proefopstelling, doorbreek de serieproductie, school de leiding zodat ze beter contact maken met het personeel, en overleg over de snelheid van de band. Ook hebben we taakroulatie voorgesteld. Alleen dat laatste is overgenomen."

Een stafmedewerker van de vakbond verwoordt de aanpak van de vakbond als volgt:

> "De vakbondsbestuurder was vanaf 1999 actief met het hele RSI verhaal. In de cao heeft hij een afspraak gemaakt voor een gezamenlijk onderzoek. Hij vroeg mij om ondersteuning daarbij. We hebben toen eind 2001 een commissie opgetuigd bestaande uit: P&O, de bedrijfsarts, de arbeidshygiënist en twee kaderleden. Die commissie heeft een bureau een ergonomisch onderzoek laten doen. Dat heeft twee lijnen nagekeken en voorstellen gedaan. Het kostte veel moeite om dat bureau binnen te krijgen, want het bedrijf was van mening dat er toch ook een arbodienst was en die had ook al onderzoek gedaan. Maar wij wilden dit bureau graag omdat zij gewend waren om in complexe omgevingen van industriële automatisering en beïnvloedingstrajecten mee te denken."

Werkdruk

De vakbond voert zelf werkdrukonderzoek uit onder het personeel (2001; respons 35%). Conclusie uit het onderzoeksrapport was dat de werkdruk bij Assemblage NL enigszins hoger is dan bij andere productiebedrijven. Als oorzaken van werkdruk werden benoemd: weinig invloed van werknemers op het werk en organisatieveranderingen (zoals multi-inzetbaarheid van het personeel, onrust door reorganisaties) en de beperkte invloed van werknemers op werktijden en overwerk. Op basis daarvan worden een aantal voorstellen gedaan, het

[851] Binnen het bedrijf zijn drie vakbonden actief: MHP, CNV en FNV. De laatste is de grootste. De organisatiegraad bedraagt ongeveer 40%. FNV heeft een bedrijfsledengroep met vijftien leden.

stroomlijnen van de organisatie, meer werkoverleg, training van de leiding, parttime werken stimuleren, en cultuurveranderingen op gang brengen in de zin van meer openheid en respect. De vakbond probeert de cao te gebruiken als instrument om verbeteringen in arbeidsomstandigheden te realiseren. Volgens de vakbondsbestuurder is het moeilijk succes te behalen omdat het niet eenvoudig is een goede positie op te bouwen:

> "Voor de vakbond is het moeilijk een positie op te bouwen vanwege het grote aantal anderhalf- tot tweeverdieners en de cultuur hier: gekanker, ze zitten met huid en haar aan het bedrijf vast. Voor de mensen is werken hier het beleg op de boterham, dichtbij huis zodat werk en zorg te combineren zijn. De wil om zelf invloed uit te oefenen op de situatie is er amper. Men is lijdend voorwerp."

Zowel vakbond als OR verwijzen naar de interne cultuur die een belemmerende invloed heeft op medezeggenschap en kwaliteit van de arbeid. Collega 3:

> - "Dat laatste rapport over RSI was een schitterend rapport, maar het belandde wel in de la."
> - "Ze doen bij ons niet aan lange termijn. Ze kijken hooguit twee, drie jaar vooruit. Kijk naar het ouderenbeleid. We kennen de problemen, de populatie, het leeftijdsverloop, maar men wil er niet over spreken."

Tot eind 2001 was het UWV en haar voorgangers ook betrokken bij ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de preventie daarvan. De UWV manager daarover:

> "Het bedrijf was bekend bij de bedrijfsvereniging. Het kende een hoog ziekteverzuim als gevolg van klachten aan het houdings-en bewegingsapparaat. Ik schat dat 20 tot 30 procent van het ziekteverzuim hierdoor ontstond. Op sommige afdelingen was het enorm hoog. We lieten dan wel eens bepaalde functies onderzoeken om na te gaan of een bepaalde werkplek kon worden aangepast. We hebben in het verleden daarover wel advies gegeven aan het bedrijf. Het kwam wel voor dat die functies dan werden aangepast en dat anderen dan de betrokken werkneemster daar ook voordeel bij hadden."

Quartaire preventie

Op het gebied van quartaire preventie is de situatie als volgt: Assemblage NL is eigen risicodrager voor wat betreft loondoorbetaling bij ziekte en de WIA. Daarnaast heeft het bedrijf een verzekering tegen werkgeversaansprakelijkheid. Die verzekering is een onderdeel van een zogenaamde 'masterpolis' voor het gehele concern. Die masterpolis is ondergebracht bij een buitenlands verzekeringsconcern. Die masterpolis dekt de globale risico's van Assemblage internationaal. Dat concern heeft de Nederlandse verzekeraar A ingeschakeld om een lokale polis af te geven voor de specifieke aansprakelijkheidsrisico's in Nederland. De Nederlandse AVB-polis kent een eigen risico van € 3.300 per gebeurtenis en een limiet van 5 miljoen euro per gebeurtenis. Bij het afsluiten van de polis is geen rekening gehouden met de kans op RSI.

3.Schets van het ontstaan van de beroepsziekte RSI; behandeling en re-integratie van betrokken werknemers

In productieruimten van Assemblage NL zijn voornamelijk vrouwelijke werknemers werkzaam. Een groot aantal van hen ontwikkelt RSI klachten. Uit een in 2000 door de arbodienst gehouden onderzoek blijkt dat gemiddeld 47% van het (vrouwelijk) productiepersoneel RSI klachten heeft (spreiding over afdelingen 15-80%). De gemiddelde duur van het verzuim door RSI bedraagt 84 dagen. Het totale verzuim door RSI in één jaar bedraagt 11.462 dagen. RSI komt met name voor bij ouderen (60% van 50-60 jarigen), werknemers met langdurige dienstverbanden en full timers.

> BA 4: "Er was een afschuwelijk aantal RSI gevallen. Meer dan 50% van het verzuim werd door RSI veroorzaakt."
> Collega 1: "Iedereen op mijn afdeling heeft klachten, de helft van de collega's slikt in de pauze een of meerdere pijnstillers."

Belastende omstandigheden/risicofactoren

De meeste betrokkenen leggen een verband met de aanwezigheid van risicofactoren, die ook in de wetenschappelijke literatuur bekend staan als risicovol voor RSI.[852] Die opvattingen komen overeen met de uitkomsten van een onderzoeksrapport van de arbodienst naar het ontstaan van RSI bij assemblage. Daarin worden de volgende factoren vermeld:

[852] Zie hoofdstuk 2 van dit boek.

> "Voor 92% van het personeel bestaat het werk uit kort cyclische repetitieve handelingen (vele malen per minuut dezelfde beweging): minimaal 5 tot maximaal 30 van de volgende handelingen per minuut uitvoeren: zittend op een stoel (instelbaar, zonder armleuning en met voetensteun), elementen uit tussenvoorraad pakken, handmatig opbrengen van elementen op een machine, snijden, machine activeren door knop in te drukken, visuele controle en draaien voorwerp, labellen, inpakken. Doorgaans werken met ongesteunde onderarmen op het werkblad, handelingen met grote reikwijdte; of zwaar werk: dozen tillen van pallet op band, product uit doos halen, knijpen, product in doos plaatsen, volle doos wegduwen, afgekeurde producten in bak; 5-10 handelingen per minuut. Dit werk wordt meer dan 4 uur per dag gedaan."

Volgens dit onderzoek zou taakroulatie niet mogelijk zijn omdat er teveel werknemers zijn met fysieke beperkingen en omdat niet alle medewerkers allround zijn. Daarnaast constateert men dat het werktempo als hoog wordt ervaren: het productietempo wordt gedicteerd door de machinesnelheid en de snelheid van de lopende band. Daarnaast voelen (veel) werknemers zich opgejaagd door de leidinggevende. Sommigen, waaronder mw. Lisa, leggen het verband met de werkmoraal bij Assemblage NL:

> "Ik was gewend te werken. ik werkte vanaf mijn achttiende. Ik had een goede arbeidsmoraal. Je wordt echt niet afgeremd hoor, als je aan het werk bent. De productiviteit stond voorop. Ik dacht: 'Het zal wel overgaan'; iedereen had klachten. Je raakte eraan gewend, ermee vertrouwd. Ik kreeg echter op een gegeven moment zo´n vreselijke pijnaanval, waarna ik permanent zware klachten bleef houden."

Letselschaderegelaar 1:

> "Ze hadden meer problemen met hoe binnen het bedrijf wordt omgegaan met klachten. Ontkenning van het bestaan van RSI. Ontkenning van klachten, door leidinggevenden. Als het een keer duidelijk was dat er sprake was van klachten, dan werd er wel eens wat mee gedaan. De reactie van de collega's was dan: 'als het mij maar niet gebeurt.' Er waren er een heleboel die last hadden. Er waren collega's die dat onderkenden en die zeiden: 'Als jij wat minder doet, moeten wij harder werken,' Ja, dat is een harde cultuur."

Arbeidsmarkt

Tevens speelt de zwakke (regionale) arbeidsmarkt, zeker voor oudere werknemers, een rol bij de beslissing te blijven werken. Collega 1(vanwege een operatie in verband met CTS thuis revaliderend):

> - "Ik heb me er ondertussen wel bij neergelegd, het wordt nooit meer wat. Van een loopbaan is geen sprake. Ik heb geen leuk werk. Ik heb leuke collega´s. En dan zeggen mijn dochter en schoonzoon, die allebei een goede baan hebben: 'Je moet wat anders gaan doen', en dan zeg ik: 'ja joh, en dan mag jij zeggen wat ik dan kan gaan doen, ik ben 56 en niemand zit op mij te wachten', en dan zeggen ze 'Als je het geen leuk werk vindt, waarom ben je dat dan gaan doen?' en dan zeg ik: 'Denk je dan dat ik, toen ik een jong meisje was, ervan droomde dit te gaan doen, dit is mijn carrière, nou echt niet'. Ik doe het gewoon omdat er brood op de plank moet. En ik heb leuke collega´s. Als je die niet hebt dan houd je het niet vol."
> - "Als je werkloos wordt, wat is dan je alternatief? Ergens anders werken? Nee, dan kom ik in het uitzendcircuit terecht. Waar kom je anders in terecht, schoonmaakwerk, maar dat is even belastend, daar wordt je niet blij van. Dat is eigenlijk te zwaar werk voor mij. Dus dan heb ik nog drie jaar WW en dan houdt het op. Mijn man heeft een WAO uitkering. Dus dan wordt het je huis verkopen. Dat is ook wel angstig hoor."
> - "Je gezondheid is alles ,daar draait het om of je het volhoudt., ik moet nog negen jaar mee, en dan heb ik zoiets dat als het bedrijf ermee ophoudt, dan heb ik nog een kans om wat mee te krijgen als er een sociaal plan is en dan heb ik hopelijk nog een paar jaar WW. Met die regering van nu blijft het voorlopig zo met de WW."

Sfeer

Ook wordt de slechte sfeer genoemd. Die zou zelfs intimiderend zijn. Dat wordt in verband gebracht met het functioneren van het management. Bedrijfsarts 2:

> "Het lager kader werkte keihard. Het had een groot commitment aan het bedrijf. Dat moest. Het hing samen met de marktpositie: steeds kleinere batches, altijd veel veranderingen en aanpassingen, onzekerheid over toekomst, beperkte marges. In de spreekkamer werden die klachten wel geuit, daarbuiten werd het niet besproken, men zat elkaar op te fokken, zestig uur werken in het bedrijf, negen tot tien uur per dag, en vervolgens eiste men dat ook van het personeel: niet zeuren, maar werken."

Een aanzienlijk deel van het personeel heeft volgens bedrijfsarts 2 psychische problemen:

> "Veel vrouwen in het bedrijf hebben ook psychische problemen, doorgaans niet werkgerelateerd, maar gerelateerd aan de sociaal maatschappelijke omstandigheden, de harde sfeer thuis. In die cultuur is er een sterke sociale controle. Hierin is overwerken voor de baas niet te doen. Soms leek het op een soap: dan was er weer eens gerotzooi thuis of was de leiding onbetamelijk."

Er worden ook andere, dan in de wetenschappelijke literatuur genoemde, risicofactoren naar voren gebracht:

- Bedrijfsarts 4: “80% van de bevolking was vrouw. Een aanzienlijk deel werkte er min of meer gedwongen, om meer geld te verdienen, om de werkloosheid van de man te compenseren.”
- Bedrijfsarts 2: “Er werkten veel vrouwen, die zorg met werk moesten combineren. Dan was er in het gezin weer een kind bij gekomen en dan moest de vrouw erbij gaan werken. Alhoewel een deel ook een auto-werkcombinatie had. Die term ontleen ik aan een uitspraak van een vrouw die tegen me zei: mijn man heeft een nieuwe auto gekocht en daarom moet ik gaan werken.”
- Vakbondsbestuurder 1 over de mogelijkheden om RSI op te lossen: “Het bedrijf zat op slot, geen in-, uit- of doorstroom; veel werknemers die moeten worden ontzien, niet meer kunnen rouleren, dat bemoeilijkte ook de oplossing van het RSI probleem.”

Verschillende opvattingen over RSI

Er bestaan verschillende opvattingen over RSI binnen Assemblage NL:

- De stafmedewerker van de FNV: “RSI hoorde voor het management gewoon bij het productieproces. Ze hadden veel mensen, huisvrouwen, die niet opgeleid waren, waar ze niet veel van verwachtten, en waarin ze niet investeerden. De leiding was gericht op de productie en niet op mensen. Dat is het beeld dat ik ervan heb overgehouden.”
- Bedrijfsarts 2: “De eerste directeur zei: ‘In dit bedrijf kennen we geen beroepsziekten, die hebben we niet. Als ik dat zou toegeven dan heb ik onmiddellijk een aansprakelijkheid aan mijn broek.’”
- Bedrijfsarts 2: “Het bedrijf was van mening dat klachten van werknemers over werk voortkwamen uit weerstand tegen verandering, terwijl wij van mening waren dat het om reële klachten ging.”
- De UWV manager: “Het bedrijf had heel veel dames in dienst. Die waren heel handig in het samenstellen van de producten. De bedrijfspolicy was destijds dat men vrouwen aannam op jonge leeftijd. Als vrouwen dan gingen trouwen en er kwamen kinderen, dan kwamen ook de problemen op het werk. Het bedrijf bood weinig mogelijkheden om parttime werk uit te voeren. Dan kwamen vrouwen voor lastige keuzes. Doorwerken, met dubbele belasting, of stoppen.”

Sommige geïnterviewden kennen het personeel zelf ook een rol toe in het doen ontstaan van RSI en in de instandhouding ervan. Er zijn geen signalen dat die houding in de onderzoeksperiode is gewijzigd.

- Collega 4: “Het probleem is natuurlijk ook: mensen leren met de omstandigheden omgaan. En die gaan naar de leiding en zeggen ‘We moeten een tafeltje hebben’ en dan krijgen ze een tafeltje. Die mensen zijn niet zo moeilijk. Ze zijn al lang blij dat ze werk hebben, dicht bij huis. Ze verdienen redelijk. Ze kunnen in deeltijdarbeid. Dat is allemaal mooi meegenomen.”
- Collega 1: “Je moet oppassen op wat je zegt. In het werkoverleg zeiden ze tegen mij: ‘De laatste tijd zeg je niets meer.’ Dat doe ik omdat wat je zegt alleen maar verkeerd kan worden uitgelegd. ‘Als jullie wat vinden, dan moet je dat zeggen; je weet toch dat ik erop gepakt word’.”
- “Er was een eens een weduwvrouw. Die was heel kwaad. Ze zei tegen de P&O manager : ‘Jij weet helemaal niet wat zich hier heeft afgespeeld’. Het ging om een nieuwe machine. Die machine zou weer weggesluisd worden. Hier zouden dan de kinderziektes eruit gehaald worden en dan zou die naar een Oostblokland gaan. En die vrouw vroeg daar details over en die manager werd kwaad toen ze dat vroeg. Ik vind dat een slecht teken. Hij zei: ‘Dat geouwehoer in de wandelgangen, dat moest maar eens afgelopen zijn.’ Het was allemaal niet waar en degene die dit verspreid had die was aan de beurt. Binnen veertien dagen was ze drie keer op kantoor geweest. En ze namen haar onder vuur. Ze hadden een case van haar gemaakt.”
- “Natuurlijk, iedereen wil dat de arbeidsomstandigheden verbeteren. Maar er is een cultuur waarin mensen bang zijn om hun mond open te doen. Daar begint het mee. Er is een cultuur waarin mensen zeggen dat ze al zo lang hebben gezegd dat de arbeidsomstandigheden moeten verbeteren. Dat ze al zo lang roepen dat het anders moet en dan verandert er toch niks.”

Onderzoek arbeidsomstandigheden 2000

Zoals reeds hiervoor is vermeld, doet de arbodienst in 2000 een onderzoek naar de mogelijkheden om de RSI problemen op te lossen. Naar aanleiding hiervan doet ze een groot aantal aanbevelingen. Het zijn aanbevelingen om de problemen verder in kaart te brengen (zoals het uitvoeren van een PAGO, inzetten van een objectieve testmethode om de fysieke capaciteit van de medewerkers te meten, uitvoeren van werkplekanalyses, opstellen van RIE-verslagen, verzuimanalyses bijhouden), organisatieveranderingen (taakroulatie, taakverbreding, productieproces, pauzes, werktempo), optimalisering van de ergonomie (aandacht voor werktafels, reikafstanden, werkhoogten) en gedragsbeïnvloeding (aandacht voor werkhouding, instructies aan de medewerkers, bewustmaking van het ontstaan van klachten; bewustmaking van eigen verantwoordelijkheid in het voorkomen van klachten; aanhoren van knelpunten vanuit de medewerkers, individuele begeleiding van medewerkers met klachten, promotie op de afdelingen, bijvoorbeeld via posters, communicatie in de organisatie).

Onderzoek arbeidsomstandigheden 2002

In 2002 wordt (nogmaals) een onderzoek opgezet naar de arbeidsomstandigheden, dit keer op aandringen van de vakbond. De financiering van het onderzoek is geregeld in de cao. Dit tweede onderzoek is een ergonomisch 'pilot' onderzoek in een productieafdeling. De hoofdconclusie is dat de werksituaties inderdaad aanleiding kunnen geven tot klachten aan het bewegingsapparaat. De volgende knelpunten constateert men: duur cycli van werkzaamheden (met daarin verschillende handelingen) vanaf vijftien seconden, geen mogelijkheid tot micropauzes, vaste hoogtes van tafels en banden zijn nadelig voor werknemers met klein postuur, te krappe beenruimte, te grote reikafstanden, te grote draaiing van polsen, nek, schouder, statische belasting door gebruik van een voetpedaal. In dit rapport worden vooral ergonomische voorstellen gedaan, zoals het creëren van meer beenruimte, reikafstanden verminderen, introductie van een andere werkmethode, de lijn ophogen, de werkplek dertig graden draaien, nieuwe stoelen aanschaffen, rouleren van werkplekken. Bewegings- en houdingsinstructie, zoals voorgesteld door de arbodienst, wordt niet zinvol geacht zolang het werk, het werktempo en de werkplekken een goede houding niet toelaten. Collega 1 vertelt over de ervaringen van het personeel met dergelijke onderzoeken:

> "De productiemedewerkers vinden het verschrikkelijk dat er van die bureaus rondlopen. Ze zeggen 'Die bureaus kosten vreselijk veel geld, maar als we hoog- laag tafels willen dan is er geen geld voor. Ze besteden meer geld aan onderzoek dan aan verbeteringen.' Daar lopen ze weer. Nog niet zo lang jaar geleden kwam er een onderzoek door een bedrijf en dat werd uitgevoerd door een grote kerel, Bokito werd hij genoemd (dan zeiden we in de pauze: 'Pas op kijk ´m niet in de ogen want dan wordt hij gevaarlijk'). Wat deden die dan: die gaan kijken hè. En die gaan de productiesnelheid meten. Naar het personeel toe wordt het gebracht dat die komen om de Arbo te verbeteren. Maar ondertussen meten ze de productiesnelheid op. We zijn wel productiepersoneel, maar niet helemaal gek. We snappen dat best wel. Helaas zijn er in de productie mensen die bang zijn dat ze, als ze niet hard genoeg werken, ontslagen worden, dus als er zo'n onderzoeker is dan gaan ze zich een slag in de rondte werken. Dan hebben ze niet in de gaten dat ze dat dan de rest van de tijd ook moeten doen en zo RSI oplopen. Die bureaus kosten zoveel geld, terwijl ze alleen maar opschrijven wat wij aangeven wat er mis is in het bedrijf."

Vervolgacties

Naar aanleiding van dit ergonomisch onderzoek maken directie, vakbonden en ondernemingsraad afspraken over een aantal vervolgacties. Er komt een intentieverklaring van de directie, een workshop van de arbodienst over taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de Arbowet, een Arbostuurgroep (plus budget 2003) en een stuurgroep per afdeling. De afspraken worden echter niet nagekomen.[853] De stafmedewerker van de vakbond:

> "Het onderzoek is uitgevoerd en er zijn aanbevelingen gedaan, maar er is niets mee gebeurd. Die werkgroep heeft ongeveer twee en half jaar bestaan en is daarna ter ziele gegaan."

Behandeling en re-integratie van betrokken werknemers

De zes claimanten ontwikkelen RSI klachten in de periode 1990-1997. Ze vallen met deze klachten uit in de periode 1997-2000, na een dienstverband van 15 tot 24 jaar. In de periode 1990-2000 verwisselen vier van de zes vrouwen in de periode 1990-2000 een fulltime contract voor een contract van 20 uur. In de dossiers wordt dit in verband gebracht met de geboorte van eerste kind en met de gezondheidsklachten. Voor alle zes claimanten geldt dat de re-integratie een aantal identieke kenmerken heeft. Werknemers wenden zich tot de huisarts en/of bedrijfsarts, komen terecht bij een medisch specialist, die stelt na verloop van lange tijd de diagnose[854] en de werkgever, bedrijfsarts (en werknemer) beslissen al of niet gezamenlijk dat snelle werkhervatting, meestal in repeterend werk, van belang is, waardoor klachten eerder verergeren dan verminderen. Bedrijfsarts 2:

> "Mensen werden door mij of door de huisarts doorverwezen naar orthopedie en revalidatiearts. Vooral met die laatste had ik goed contact. Hij kende het bedrijf en zei dan: 'daar gaan we weer'. Hij wist wat er komen ging, dweilen met de kraan open, vond hij. Hij was ook van mening: ik kan mensen niet meer aan het werk krijgen, alleen wat minder ziek maken"

[853] Pa-: afspraken naar aanleiding van ergonomisch onderzoek 2002 worden door het bedrijf (A) niet nagekomen en door de vakbond niet doorgezet (Ps). **fase 2-5**

[854] Si+: diagnose wordt doorgaans gesteld door orthopeed in het streekziekenhuis (G). **fase 1-7**

Re-integratie van de werknemers met RSI-klachten vindt doorgaans plaats in repeterend werk:

> -Mevrouw LISA: "De huisarts zette spuiten en adviseerde me te rusten en te stoppen met werken; de bedrijfsarts zorgde voor doorverwijzing naar de specialist. De direct leidinggevende toonde weinig interesse, was vooral bezig met de productie. De collega´s vonden het heel erg voor mij. Verschillende van hen hadden ook dit soort klachten, alleen bij mij was het extreem. Ik herstelde enigszins en kon voor de helft het werk hervatten, voor de andere helft werd ik ontslagen. Ik kon ook niet meer voor 100% terug. Sinds 2007 zit ik in de VUT."
>
> -Het letselschaderapport van mevrouw LISA: "na ziekteverzuim en gedeeltelijk ontslag voor twintig uur op medische gronden krijgt mevrouw aangepaste werkzaamheden in een apart deel van het bedrijf. Ze werkt daar samen met collega´s die daar om dezelfde reden werken. Deze werkzaamheden sloten wel aan op haar belastbaarheidsniveau."

Twee vrouwen zijn tijdelijk herplaatst in administratief werk binnen het bedrijf voordat ze ontslagen worden. Alle claimanten verdwijnen uiteindelijk uit het bedrijf. Vijf via ontslag (periode 2001-2003) en één (mevrouw Lisa) via een ouderenregeling in het kader van een reorganisatie (2007). Allen zijn slechts ten dele hersteld van hun gezondheidsklachten.[855] Voor zover de vrouwen werk hebben is dat van een lager niveau en slechter betaald:[856]

> Mevrouw JAS (1969):
>
> Is vrijwillig minder gaan werken (van 40 uur naar 20 uur) in verband met de geboorte van haar kind. Zij heeft een re-integratietraject via het UWV, waarbij het de bedoeling is dat ze voor 20 uur als taxichauffeur gaat werken
>
> Mevrouw DUIN(1970):
>
> Werkt sinds 2003 als buschauffeur voor 19 uur per week.
>
> Mevrouw SPEL(1962):
>
> Het toekomstperspectief voor participatie in het arbeidsproces is onduidelijk. Ze krijgt overal te horen dat zij 'moeilijk bemiddelbaar' is. Zij heeft nooit graag geleerd en is angstig om met een opleiding te beginnen. Zij solliciteert wel, maar wordt overal afgewezen. Ze is bemiddeld naar werk voor het maken van luchtroosters. Bij dit bedrijf is zij afgewezen in verband met haar RSI-problemen. Het bedrijf neemt geen personeel aan met RSI-problemen. Uitzendbureaus willen haar niet inschrijven. Zij heeft kans op een functie als beveiligingsmedewerker, inclusief opleiding. Zij kan er waarschijnlijk 'camerawerk' doen. Dit heeft ze via een advertentie gevonden. Ze wordt ook ondersteund door een reïntegratiebedrijf, maar daar gebeurt niks. Sinds 2009 is mevrouw werkzaam bij de WSW.
>
> Mevrouw GROT(1969):
>
> Uit het schaderapport: Mevrouw heeft, door haar klachten, nog veel beperkingen tijdens diverse activiteiten in het dagelijks leven, met name bij het uitvoeren van zware huishoudelijke activiteiten. Het toekomstperspectief van mevrouw met betrekking tot participatie in het arbeidsproces is onzeker. Zo nu en dan verricht zij arbeid in diverse functies op uitzendbasis. Daarnaast solliciteert zij geregeld op diverse vacatures. Tot op heden heeft dit nog geen resultaat opgeleverd.
>
> Mevrouw AS (1969)
>
> Mevrouw heeft een WAO uitkering van 80-100%. Ze ervaart door haar klachten nog veel beperkingen tijdens diverse activiteiten van het dagelijks leven, bij het uitvoeren van zware huishoudelijke activiteiten en activiteiten met haar kinderen. Het toekomstperspectief van mevrouw met betrekking tot participatie in het arbeidsproces is onzeker. De arbeidsdeskundige (03/04/2001): 'Thuis heeft ze hulp van haar schoonmoeder en een hulp in de huishouding.' De verzekeringsarts (24/12/2003)**:** 'Heeft constant hulp nodig bij bijna alles. Bij aankleden, eten. Is afhankelijk van anderen. Zij is zo niet zelfredzaam en zit tegen de grens aan van de noodzaak voor verzorging en oppas.'
>
> Mevrouw LISA(1947):
>
> Uit het schaderapport: "Mevrouw ondervindt nog beperkingen door haar klachten tijdens bepaalde activiteiten van het dagelijks leven, zoals zware huishoudelijke activiteiten. Sinds 01/07/1998 werkt mevrouw 20 uur per week verdeeld over vijf dagen. Het is niet waarschijnlijk dat zij haar werkzaamheden ooit nog voltijds zal kunnen hervatten. Mevrouw werkt tot 2007 door in het bedrijf en gaat dan in de zogenaamde Pre-VUT, een regeling in het kader van het toenmalig sociaal plan."

[855] Ti-: allen zijn slechts ten dele hersteld van hun gezondheidsklachten, als gevolg van een combinatie van te langdurige blootstelling in het verleden en als gevolg van inadequate re-integratie in het eigen bedrijf (A), gebrekkige gezondheidszorg (G), het handelen van de bedrijfsarts (Ps), het UWV (SZ) en het zwakke verweer van de werknemers tegen de werkgever (I). **fase 1-7**

[856] Ti-: voor zover vrouwen nog werk hebben, is dat van een lager niveau en met een zwakkere positie (SZ) **fase 1-7**

4. Indiening en afhandeling van de schadeclaims

Indiening schadeclaim

Ondertussen komen in 2002 de vakbondsbestuurder en zijn stafmedewerker tot de conclusie dat het tijd wordt voor een andere strategie. Het indienen van schadeclaims is voor de vakbond het laatste middel om druk te zetten op verbetering van de arbeidsomstandigheden. Daarnaast speelt de individuele belangenbehartiging voor de leden een rol. Volgens de stafmedewerker ging het als volgt:

> "Na het ergonomisch onderzoek (2002) had ik met de vakbondsbestuurder contact. We vroegen ons af: 'wat doen we nou?' We hebben wel een rapport. Maar men wil er niets mee. Het bleef trekken aan een dood paard. Dan houdt het een keer op. We hadden verschillende dingen ingebracht. En die bedrijfsarts die schreef dan ook maar weer rapportjes aan de directie en die deed dan daar niets mee en de OR die deed niets met zijn recht om een nieuwe arbodienst te contracteren. Dus ja, het was lastig, erg lastig en heel sneu dat onze inspanningen niets opleverden. We kwamen niet verder en hoorden wel permanent klachten van die vrouwen Een voorstel om tot financiële aanvullingen te komen voor die mensen werd van tafel geveegd. We besloten om, als het op korte termijn niet lukte iets aan preventie te doen, we dan maar claims zouden indienen. Dan is dat traject ingezet. De inzet van claims was de laatste poging om wat aan preventie te doen: je hoopt dat er door die claims preventief iets gaat gebeuren. Dat door de claims het bedrijf is gewaarschuwd en ze wat gaan doen."

De vakbondsbestuurder heeft een enigszins andere lezing:

> "Bij het (laten) indienen van claims had ik verder geen bijzondere strategie: er waren vrouwen die een probleem hadden met RSI en financiën. Primair ging het me om een fatsoenlijke compensatie. Waarbij ik wel de gedachte had dat er een zeker effect van die compensatie zou uitgaan. Wij hebben nooit een structurele focus gehad op RSI, je leeft van dag tot dag: je hebt cao-onderhandelingen, reorganisaties, arbeidsvoorwaardelijke kwesties."

Collega 2, destijds voorzitter van de OR en voorzitter VGWM commissie:

> "Wij vonden het goed dat er geclaimd werd, want er gebeurde niets aan arbeidsomstandigheden. We waren constant in gesprek, zowel met het bedrijf als met de arbodienst. Maar het bedrijf ging geheel zijn eigen gang, door zelf bureaus in te schakelen en personeel te reduceren."

Vervolgens is er contact tussen het letselschadebureau en de vakbondsleden in het bedrijf om een collectieve actie op te zetten. Letselschaderegelaar 1:

> "Nadat mevrouw SPEL zich had gemeld, hadden we contact met de vakbondsbestuurder. En die zag wel wat in een claimactie. Vervolgens belegde de bond een voorlichtingsbijeenkomst over claims. Daarvoor waren leden uitgenodigd, waarvan bekend was dat ze RSI hadden. De vakbond verwachtte dat uit zo'n avond tientallen claims zouden komen, omdat normaliter veel mensen naar een vakbondsvergadering komen. Er kwamen er maar vijftien. Een aantal van hen stond op de nominatie om ontslagen te worden Een en ander gebeurde vrij omzichtig. Er is geen publiciteit geweest rond de claim."

Individuele motieven

Daarnaast waren er individuele motieven om tot een claim over te gaan:

> Mevrouw LISA
>
> - "De vakbond was actief in dit bedrijf. Ik deed mijn verhaal daar. En toen zeiden ze: 'Je hebt een beroepsziekte. Je kunt je werkgever aansprakelijk stellen.' Ik had daar nog nooit van gehoord. Ik wist niet dat dat mogelijk was. De bond stelde voor om de werkgever aansprakelijk te stellen omdat de kans op een behoorlijke WAO uitkering nihil was."
> - "Met mij hebben nog vijf tot zes werknemers een claim ingediend. Allemaal van verschillende afdelingen. We zijn één keer samengekomen. Ik was de enige die nog in het bedrijf werkzaam was. Ik heb met de overigen geen contact meer gehad sinds die ene bijeenkomst."
> - "Ik voelde me aan de kant gezet. Als je je 22 jaar inzet voor honderd procent, eigenlijk tweehonderd procent, en je wordt dan zo aan de kant gezet. Ik vond dat afschuwelijk. Van enige vorm van begeleiding en re-integratie was geen sprake. Ik werd alleen maar tegengewerkt. In plaats van werk dat ik aankon, kreeg ik het zwaarste werk. Ze probeerden me eruit te werken. Als ze me normaal behandeld hadden, dan weet ik nog niet zo zeker of ik het advies van de vakbond om een claim in te dienen zou hebben opgevolgd."
> - "Ik ging altijd met plezier naar het werk. Toen dat niet meer kon en ik alleen nog maar voor vijftig procent mocht terugkomen en voor de rest in de WW moest, voelde ik me in mijn eer aangetast."
> - "Bij P&O zeiden ze: je hebt groot gelijk dat je het bedrijf aansprakelijk stelt. We zijn ervoor verzekerd."

Claimbeoordeling

In totaal melden zich twaalf werknemers bij het letselschadebureau van de vakbond. Zes dossiers worden door het letselschadebureau zelf afgewezen 'omdat men de zaken medisch niet kon rondkrijgen'. Zes dossiers worden afgerond met een schadevergoeding. De

doorlooptijd van de dossiers bedraagt 4 ½ jaar. Aan de hand van het dossier van mevrouw SPEL is duidelijk te maken waardoor de (lange) doorlooptijd van een dossier ontstaat:

- Het vooronderzoek van het letselschadebureau tot de formele aansprakelijkstelling: 6 maanden.
- Bespreking van de assurantiemakelaar met verzekeraars: 7 maanden.
- Inschakeling van een expert door de assurantiemakelaar en rapportage door de expert: 5 maanden.
- Een communicatiestoornis tussen de assurantiemakelaar, de verzekeraar en het expertisebureau: 5 maanden.
- Een nieuwe opdracht aan het expertise bureau, leidend tot het rapport over het medisch onderzoek : 7 maanden.
- De expert stelt aanvullende vragen aan de verzekerde, die na 6 maanden antwoordt.
- Onderlinge problemen tussen de verzekeraars: er is niet één leider, maar een aantal ondertekenaars van de polis, die voor een bepaalde periode dekking bieden. Een poging om alle partijen aan tafel te krijgen voor een definitief standpunt duurt 18 maanden (oktober 2005).
- Afronding van de onderhandelingen (november 2005).

De medische beoordeling van de claims gebeurt door een extern medisch adviesbureau. Dat bureau beoordeelt de zaak op basis van de haar aangereikte medische gegevens. In de rapportages van de medisch adviseur van de verzekeraar worden de RSI-klachten gerelativeerd en worden de gezondheidsklachten met name in verband gebracht met psycho-sociale problemen:

> "Of er sprake is van RSI is voor mij de vraag. Het is een veelgebruikt containerbegrip. Het is incorrect omdat er geen aantoonbare schade is vast te stellen. Daarbij is in wetenschappelijke studies niet aangetoond dat een repeterende beweging tot letsel van weefsel leidt. Ook de ergonomische omstandigheden zijn tot nu toe geen bewezen causale factor voor het ontstaan van RSI. Uit alles blijkt dat er geheel andere problemen bestaan. Het gaat om relatieproblemen en een uiteindelijke scheiding. Ik krijg de indruk dat betrokkene grote moeite heeft met de infertiliteitsproblematiek. Er is onvrede over de manier van leidinggeven door haar directe chef. Betrokkene lijkt tevens ontevreden over de inhoud van haar werkzaamheden."

Negatieve invloed

De claimbeoordeling heeft voornamelijk negatieve invloed gehad op de individuele re-integratie van de betrokkenen. De langdurige schadeprocedure lijkt niet bevorderlijk te zijn voor de re-integratie. Het houdt de betrokken té lang in onzekerheid over hun toekomst.[857] De lange duur van de claimafhandeling wordt in verband gebracht met de opvatting van de experts van de verzekeraar dat RSI een niet bestaand ziektebeeld is.

> Letselschaderegelaar 1:
> - "De reactie van de schade-expert die in opdracht van de verzekeraar werkte, was afwijzend. De argumenten waren vooral van medische aard. Zij beschouwden RSI als een onbestaand ziektebeeld. De tegenpartij heeft nooit RSI willen erkennen. Misschien hadden ze bij één dossier terechte twijfels. Daar was meer loos, ook psychische problemen. Bij de andere vrouwen was er sprake van RSI. Dat waren stevige boerentrienen. Van het soort 'mij maak je de pis niet lauw'. Een aantal van hen was er zo slecht aan toe dat ze huishoudelijke hulp nodig hadden."
> Mevrouw LISA:
> - "Het heeft al met al heel lang geduurd. Wel zes jaar. Ik moest allerlei onderzoeken ondergaan, door allerlei artsen en deskundigen. Namens de verzekeraar werd ik door zo´n arts ondervraagd. Zo'n arts die in de VUT zit en dit als bijbaantje heeft. Hij vroeg me het hemd van het lijf. Ook heb ik een psychiatrisch onderzoek gehad: 'wat maakt het uit wat ik voel? Dat is volkomen zinloos, wat heeft dat nu te maken met de gezondheidsklachten die ik heb? Ik snap echt wel dat zo´n claim goed beoordeeld moet worden. Ik snap heus wel dat de rotte appels eruit gehaald moeten worden, degenen die niets hebben'. De werkgever zei tijdens dat claimproces tegen mij: 'Het enige wat je tegen hebt is je uiterlijk, waardoor het lijkt of je simuleert'. Dat is heel erg. Het duurt lang. Altijd worden je klachten maar ontkend. Altijd moet je je maar weer bewijzen Dan moet je weer voor die commissie je verhaal doen, dan weer die deskundige, dan moet je weer een formulier invullen. Elk woordje wordt op een goudschaaltje gewogen. Dat heeft een negatieve invloed op je, in psychisch opzicht. Verder wordt je in die tijd niet gezonder, je klachten worden niet verholpen door al die onderzoeken. Het staat het herstel in de weg. Door die lange vervelende procedure bouw je spanning op. Je hebt altijd het gevoel dat je wat moet bewijzen."
> - "Er werd wel gezegd dat het lang zou duren, maar je weet echt niet waar je aan begint. Men heeft een soort ontmoedigingsbeleid: zo lang mogelijk rekken waardoor de mensen er flauw van worden en zich terugtrekken. Ik was niet bang voor repercussies van de werkgever (mevrouw LISA werkt tijdens de procedure voor 50%). Dat de zaak verloren kon worden, speelde voor mij geen rol. Ik was ervan overtuigd dat ik in mijn recht stond. Mijn man heeft mij altijd gesteund en zei: 'Baat het niet, dan schaadt het niet'. Van de bond heb ik in dat hele proces veel steun gehad."

[857] Ti-: lange duur claimbeoordeling (C) staat herstel in de weg. **Fase 4-6**

Positieve invloed

Het compensatiesysteem heeft ook een positieve invloed op de re-integratie, als gevolg van het begrip dat de eigen letselschaderegelaar heeft voor de RSI klachten.[858] Mevrouw Lisa:

> " Ik voelde me miskend door iedereen, het bedrijf, de artsen, de arbodienst. Toen kwam die meneer van dat schadebureau. Die had dezelfde klachten gehad. Daar kreeg ik zo´n begrip van. Hij snapte heel goed wat er door mij heen ging. Hij hield me van alles op de hoogte. Bijna te goed werd ik geïnformeerd. Dan lag er weer een brief in de bus. Van sommige informatie dacht ik: 'Houd dat maar voor jezelf dat wil ik niet weten'."

De aansprakelijkstelling is door Assemblage NL doorgezonden aan verzekeraar A. Omdat in het verleden twee andere verzekeraars de aansprakelijkheid droegen van Assemblage NL, zijn die twee verzekeraars door verzekeraar A ook betrokken bij de schadeafwikkeling. De drie verzekeraars hebben een expertbureau ingeschakeld om de schade en de causaliteit te beoordelen. Letselschadebehandelaar A, die de schadeafhandeling coördineerde namens de drie verzekeraars, over de schadeafhandeling:

> - "Doorgaans zijn schades door RSI lastig te bewijzen, omdat de oorzaak niet alleen in het werk kan liggen, maar ook in de psyche of in de belasting in de privé-sfeer. De medisch adviseur kwam tot de conclusie dat in vier van de zes gevallen geen medisch causaal verband was tussen de klachten en het werk. Maar het was voor ons als verzekeraars lastig om te zeggen: 'Het ligt niet aan het werk'; dat kun je niet volhouden."
> - "Zes mensen met klachten…. Als je dan die strijd aangaat, sta je niet sterk. De rechter neemt al gauw de slachtoffers in bescherming, en als er dan meerdere slachtoffers zijn, dan staan ze nog sterker. En je zit ook met de juridische kosten. Dan ga je je knopen tellen."
> - "We hebben uiteindelijk de discussie over de causaliteit in het midden gelaten, en de zaak geregeld."

De senior administrateur van Assemblage NL vertelt over de wijze waarop binnen Assemblage NL met de claimbeoordeling is omgegaan:

> - "Iemand van het expertbureau heeft dat voor ons beoordeeld. Die heeft managers en afdelingsleiders gesproken. Die klagers werden behartigd door de FNV."
> - "De RSI gevallen kwamen door repeterend werk. RSI had dus met het werk te maken. Je kunt niet beweren dat het niet zo is. We hebben na dat onderzoek een speciaal overleg gehad. Om de onderhandelingsstrategie vast te stellen. De cases waren niet allemaal even hard. Het ene geval is anders dan het andere geval. En dan volgt er handje klap. En dan speelt het imago van je bedrijf ook een rol. Die FNV is een organisatie, dat speelt natuurlijk wel een rol. Die weten de wegen ook te bewandelen. Als ze de publiciteit benaderen dan zit je ook niet zo leuk."

Schadevergoeding

De ontvangen schadevergoeding wordt door de geïnterviewden als een financiële verbetering beschouwd.[859] Dat neemt niet weg dat de hoogte van de schadevergoeding niet voldoende is om de individuele schade voor 100% te compenseren. De inkomens- en werksituatie van de betrokken claimanten is ten opzichte van de situatie voor indiening van de claim verslechterd.[860] Mevrouw Lisa hierover:

> "Toch is het bedrag (€ 20.000) niet in verhouding met de kosten: ik heb veel meer kosten gehad dan die € 20.000, zoals huishoudelijke hulp en woningaanpassingen. Daarnaast had ik 50% inkomensdaling en later nog eens 30% daling. Ook kreeg ik minder vakantiegeld. Ik ben weggepest. Ik heb langdurige chronische pijn die nooit meer over gaat. Als ik alleen was geweest, en geen partner met inkomsten, dan was het echt een belachelijk bedrag."

De berekening van de totale schade die de zes vrouwen hebben geleden (en zullen lijden) varieert van €50.000 tot € 121.749 per persoon. De schadeberekening is gebaseerd op factoren als verlies van het arbeidsvermogen, verlies van opbouw van het pensioen, smartengeld, kosten van huishoudelijke hulp. In de verschillende dossiers wordt melding gemaakt van verschillende klachten die huishoudelijk werk belemmeren. Mevrouw Lisa over de noodzaak van huishoudelijke hulp:

> "Ik heb zelf leren leven met mijn klachten, maar dat wil niet zeggen dat ik me goed voel. Alles kan ik wel doen, maar voor eventjes. Even één raam lappen kan ik, maar ik moet er niet meer doen. Dat geldt voor alle andere huishoudelijke klussen. Ik voelde me rot: ik moest de ramen lappen, maar dat lukte me niet: ik had hulp in huis nodig. Ik kreeg zelfs de garagedeur niet open. Mijn man heeft de garagedeur opening geautomatiseerd. Toen mijn chef dat hoorde zei hij: 'Nou dat zou ik ook wel willen'."

---

[858] Ti+: juridisch belangenbehartiger (C) van de werknemers toont begrip voor de RSI klachten, waardoor gevoel van miskenning reduceert. **fase 4-6**

[859] Qi+: alle vrouwen hebben schadevergoeding ontvangen (C) **fase 6**

[860] Qi-: alle vrouwen verkeren in een zwakkere financiële positie vanwege onvoldoende bescherming en compensatie via de sociale zekerheid (SZ) en een te lage schadevergoeding via de AVB (C). **fase 1-7**

De succesvolle schadeclaim heeft tenslotte ook sociaal emotioneel positieve gevolgen.[861] Mevrouw Lisa daarover:

> "De claim heeft zin gehad. Wat wel goed was voor mijn eergevoel, ik heb me niet zo aan de kant laten zetten. En ik heb genoegdoening gekregen voor het feit dat men mij zo aan de kant wilde zetten. Maar goed, het was wel geestelijk belastend."

Tabel 13 : Overzicht situatie zes claimanten

	(1) JAS (1969)	(2) DUIN (1970)	(3) SPEL (1962)	(4) GROT (1969)	(5) AS (1969)	(6) LISA (1947)
Start dienst-verband	1987	1987	1985	1987	1987	1985
Salaris	€ 750 bruto (19 uur) Tot 2000 38 uur	€ 818 brut (20 uur). Tot 1995 38 uur	€1400 bruto, 38 uur	€750 bruto (19 uur). Tot 2000 38 uur	€1500 bruto	€1200 bruto, (19 uur). Tot 1998 38 uur
Ontstaan RSI:	1997	1997	1990	1990	1995	1994
1e betrokkenheid bedrijfsarts	1998	1998	1996	1996	1995	1995
Genoemde Oorzaken	repeterend werk: - 30 handelingen p minuut -wel taakroulatie -werkvlak op vaste hoogte -hoog tempo -opgejaagd door leiding	repeterend werk: - 30 handelingen p. minuut -wel taakroulatie -werkvlak vaste hoogte' -goede stoel -hoog tempo -opgejaagd door leiding	6000 handelingen per dag	-2 ploegen-dienst. -30 handelingen per min. -hoog werktempo machinebepaald; opgejaagd door leiding,	-zwaar werk: grote verpakkingen vullen en inpakken op heuphoogte; - daarnaast repeterend werk -3 ploegen; - werkdruk, tempodruk - schouder+ armbelastend werk	-zwaar en repeterend werk: dozen tillen van pallet op band, product uit doos halen, knijpen, product in doos plaatsen, volle doos wegduwen, afgekeurde producten in bak; 5-10 handelingen per minuut
1e ziektedag wao	1/2000	9/1999	6/1999	3/ 1997	10/ 1999	9/1998
Einde dienstverband	2002	2002	2001	2003	2002	2007
WAO/WIA/ WW werk/VUT	WAO<15%: WW> werk	WAO<15%: WW>Werk	WAO<15%:[862] WW> werk	WAO15-25% + werk	WAO 80-100%[863]	Pre-VUT uitkering
Werk	Taxichauffeur 20 uur	Taxichauffeur 15 uur	WSW	Uitzendwerk	Geen	Geen
Inkomen (+ uitkering)	€ 600 bruto	€ 475 bruto	€ 1000 bruto	€ 700 bruto	€ 930 bruto	€ 1038 bruto
Aanmelding	2002	2002	2002	2002	2002	2002
Indienen claim:	2003	2003	2002	2004	2005	2003
Afhandeling claim:	2008	2008	2008	2008	2008	2008
Geschatte schade	121.749	55.000	90.000	90.690	126.747	95.971
Ontvangen schadebedrag	30.000	5.000	50.000	30.000	40.000	25.000
w.v. provisie	6.600	550	5.500	6.600	8.800	2.750
Bgk[864]	8000	2000	8000	8000	8000	8000

[861] Ti+: de succesvolle schadeclaim (C) heeft positieve sociaal emotionele gevolgen voor minstens een claimant. **fase 6-7**

[862] Was tot 200: 80-100% WAO.

[863] Was aanvankelijk 15-25% WAO.

[864] Bgk= buitengerechtelijke kosten.

5. Overige preventieve veranderingen tussen fase 2 en fase 7

Verschillende antwoorden

Naast de eerder genoemde veranderingen zijn nog een (beperkt) aantal andere veranderingen gesignaleerd. Zoals hierna zal blijken is een groot deel van die veranderingen reeds voor fase 7 ingezet. Het vragenlijstonderzoek biedt overigens geen consistent beeld van die veranderingen. Drie actoren binnen Assemblage NL hebben een vragenlijst ingevuld: mevrouw Lisa, mevrouw Spel en mevrouw As. Alleen het antwoord op de vraag naar het herstel van de werknemer is gelijk. De overige vragen worden verschillend beantwoord:[865]

- herhaling van de beroepsziekte?: werknemer Lisa: ja; werknemer Spel: weet niet; werknemer As: weet niet;
- maatregelen na de beroepsziekte?: werknemer Lisa: nee; werknemer Spel: weet niet; werknemer As: weet niet;
- houding van collega's gezonder?: werknemer Lisa: ja; werknemer Spel: nee; werknemer As: weet niet;
- houding van de werknemer gezonder?: werknemer Lisa: nvt; werknemer Spel: ja; werknemer As: niet van toepassing;[866]
- arbeidsomstandigheden zijn verbeterd?: werknemer Lisa: nee; werknemer Spel: weet niet; werknemer As: weet niet; [867]
- herstel van de werknemer?: werknemer Lisa: nee; werknemer Spel: nee; werknemer As: nee;[868]
- werknemer aan het werk?: werknemer Lisa: nee; werknemer Spel : ja; werknemer As: nee;:[869]

Primaire preventie

Op het gebied van de primaire preventie zijn een aantal veranderingen gesignaleerd, waarvan taakroulatie, automatisering, ergonomische verbetering en overplaatsing van de productie de belangrijkste zijn. De senior administrateur noemt een aantal maatregelen die genomen zijn naar aanleiding van de claims:

> - "En je weet dan dat het niet zo goed gegaan is en dan kies je daar je maatregelen op. Dat probeer je altijd. We doen aan werkplekaanpassingen, we automatiseren en rouleren: elke pauze wordt er gewisseld. We vragen werknemers hoe ze hun werk ervaren. De arbeidsdeskundige maakt daar een rapport van. En die probeert er dan wat aan te doen. De arbodienst en de managers zijn op de hoogte van de claims. Verder wordt het onderwerp arbo in het MT besproken. En in investeringsplannen wordt het ingebracht."
> - "Er is geen melding gedaan van de claims in het bedrijf, want dan gaan mensen op allerlei manieren proberen letselschade te verhalen."

Andere geïnterviewden stellen echter dat deze maatregelen reeds genomen waren voor afronding van de schadeclaims en daarmee niet in verband gebracht kunnen worden. Taakroulatie bestond in bepaalde afdelingen al sinds begin jaren '90. Het is in bepaalde afdelingen ingevoerd. Het is overigens niet duidelijk of taakroulatie tot vermindering van RSI leidt.[870] Collega 1:

> - "We wisselen om de twee uur van werkplek, maar als je aangeeft dat je even niet op een werkplek wil omdat je pijn hebt, dan mag dat niet. Maar dan willen we dat onderling regelen, maar dat mag niet. Want dan zegt de leiding: 'dan kun je je werk niet aan. Dus kun je beter verdwijnen'."
> - "We rommelen zelf ook wel eens wat, zoals een andere opstelling van een machine zodat je er beter bij kunt, dat werkt praktischer en dan hoeven we minder te draaien. Soms lukt dat wel en soms niet, want je hebt te maken met operators. Het is bij ons net een gemeentehuis: iedereen heeft een eigen winkeltje en denk erom dat je bij een ander in het winkeltje komt. Ze zijn bang dat wij het beter weten dan zij, maar dat is onzin, want niemand zit te azen op die baan van leidinggevende."

---

[865] De (verschillende) antwoorden zijn verwerkt in dit overzicht.
[866] Pi?: of de houding van alle zes claimanten gezonder is, is niet met zekerheid te zeggen. Op basis van het vragenlijstonderzoek verschillende antwoorden van de drie werknemers (I). **fase 2-7**
[867] Pa?: op basis van het vragenlijstonderzoek en de interviews kan geen uitsluitsel worden gegeven op de vraag of de arbeidsomstandigheden in het bedrijf (A) verbeterd zijn. **fase 2-7**
[868] Antwoord is reeds hiervoor verwerkt.
[869] Ti+: sommige claimanten/werknemers hebben voor of na de claim weer werk gevonden (I);
Ti-: andere werknemers hebben voor of na de claim (nog) geen werk gevonden. (I); beide groepen dankzij of ondanks betrokkenheid van gezondheidszorg (G), de arbodienst (Ps), het UWV (SZ). **fase 2-7**
[870] Pa?: welke zijn de gevolgen van verdere uitbreiding van taakroulatie? (A) **fase 1-7**

Een klein deel van de productie is geautomatiseerd.[871] Collega 1:

> - "De lijnproductie is voor een deel geautomatiseerd en de spuitgieterij is enorm uitgebreid. Dat is allemaal geautomatiseerd. Men kent daar geen RSI probleem meer."
> - "Verbeteringen worden soms bewust tegen gehouden: ik werkte op een afdeling waar we nog handmatig dozen moesten vouwen (op ander afdelingen waren dozenvouwmachines). Dozen vouwen is zwaar werk, het belast de schouders als je een pallet moet vol stapelen. Je begint laag en eindigt hoog."

Daarnaast is een beperkt aantal ergonomische verbeteringen gerealiseerd, zoals de aanschaf van hoog/laag tafels en modernere stoelen. Die stoelen waren vervangingsinvesteringen. De arbodienst adviseerde over het type stoelen.[872] Overplaatsing van een deel van de productie naar het buitenland biedt voor de preventie van RSI wel soelaas, daar het in kwantitatieve zin tot minder RSI leidt bij Assemblage NL.[873] Maar het is niet zeker dat in de buitenlandse vestiging geen RSI voorkomt. [874]

RSI bestaat nog steeds

De OR benadrukt dat RSI nog steeds een probleem is. Overigens is dat standpunt niet gebaseerd op kennis over de situatie van de zes claimanten met RSI. Collega 3 daarover:

> "Het moet al je directe collega zijn, wil je het merken en wil je nog contact houden."

Wel wordt eraan gerefereerd dat een aantal OR leden zelf RSI-klachten heeft. De OR is een voorstander van veranderingen in de primaire preventie zoals aanpassing van de arbeidsorganisatie en ergonomische aanpassingen. Daarnaast is men wel voor automatisering, zij het dat men weet dat dit banen kost. Automatisering lijkt hen een minder slechte optie dan doorgaan op de huidige voet. OR en directie lijken elkaar gevonden te hebben in het idee dat automatisering als oplossing kan dienen voor het RSI vraagstuk. Het lukt de OR echter niet om andere verbeteringen in de preventiesituatie af te dwingen. De OR leden zeggen ook suggesties aan te dragen, maar op het moment dat de directie tegengas geeft, houdt men zich stil. Naast de afhoudende opstelling van de directie wijst men op de slechte financiële situatie van het bedrijf in het verleden, waardoor investeringen in preventie onmogelijk waren. Tegenwoordig is de situatie wat eenvoudiger. Collega 2:

> - "Eind jaren '90 waren we failliet. Toen zijn we overgenomen. Kregen we wat geld. Ik vergeet het nooit meer. Dan moesten de rekeningen betaald worden. Dan ging de man van de debiteuren/crediteuren met een stapel rekeningen naar voren en dan kwam ie met een iets kleinere stapel terug en dan waren er een paar partijen die centen kregen. We zijn gekocht met enorm veel lijken in de kast. Was heel anders voorgespiegeld. Dat maakte ons allemaal heel bang."
> - "Ze hadden voor de reorganisatie van 2006 16 miljoen euro gereserveerd. Daarvan is nog een bedrag over waarmee ze nu kunnen investeren in automatisering."

Verbeteringen in de arbeidsorganisatie?

Het bedrijf kent geen innovatiestrategie, waarin aandacht is voor een arbeidsvriendelijke arbeidsorganisatie.[875] Dat wordt ook geweten aan de afdeling engineering. Collega 2:

> - "We hebben een nieuwe afdeling, daar zijn ze nu een jaar of drie mee bezig. En daar hebben ze een matrijs, die is in bezit van het bedrijf. Ze bestellen dan een machine. Maar dan komt er een machine. En dan plaatsen ze de matrijs erin. En dan denken ze: 'Ja maar, wacht eens even, als ik dit maak dan rolt het er daar uit en dan moeten we daar wat maken'. En dan wordt er eerst een tafeltje neergezet en dan wordt er een persoon achter gezet, en dan: 'Oh shit, die moet ook wat kwijt kunnen;. En dan moeten we een bak of zo hebben. Het is allemaal knutselwerk. Er zit niet echt visie achter."
> - "Ze zetten het bij ons neer en dan zijn er een paar proces-ingenieurs en die hebben de klote verstand ervan. Die zijn niet getriggerd op klachten van mensen. Maar op 'die machine moet productie draaien'."
> - "Er is een inleenfirma van spuit-gietmachines. Die jongens komen af en toe assisteren. En die zeggen: 'Als ze nou eens eerst gewoon bij ons gekomen waren en gezegd hadden wat ze van plan waren, dan hadden we ze goed kunnen helpen. En dan waren ze voor relatief weinig geld klaar'."

Overigens gebeurt er wel iets aan preventie bij de invoering van nieuwe technologie, maar het Effect daarvan wordt gering geacht. Collega 2:

---

[871] Pa+: verdere uitbreiding van automatisering heeft positieve invloed op de vermindering van RSI (A) **fase 7**
[872] Pa+: Ergonomische aanpassingen door de arbeidsorganisatie (A) na advies van de arbodienst (Ps) **fase 5-7**
[873] Pa+: overplaatsing van productie naar het buitenland (A) leidt tot minder RSI-klachten. **Fase 7**
[874] Pa?: leidt overplaatsing van een deel van de productie door de concernleiding (A) ook tot vermindering van RSI-klachten in de buitenlandse vestiging? **Fase 5-7**
[875] Pa-: het bedrijf (A) heeft geen adequate innovatiestrategie ontwikkeld waarin automatisering en humanisering hand in hand gaan. Dat heeft mede te maken met het niet optimaal functioneren van de afdeling engineering en de zwakke positie van de OR en de arbodienst (Ps). **fase 5-7**

> "Tja, en dan komt er een adviesaanvraag. Die behandelen we. RSI wordt erin meegenomen: voordat een machine geplaatst wordt, is ie door de arbeidshygiënist bekeken. Hij laat er een risicobeoordeling op los. Hij vermeldt de risico's en de grootste problemen, daar doen we het eerst wat aan. Op een gegeven moment komt die machine op de werkvloer en dan is die arbeidshygiënist er niet meer bij."

De houding van collega's is wel veranderd. Een deel van hen probeert gezonder te werken, maar dat heeft volgens de informanten weinig effect.[876] Over dat laatste zegt Mevrouw Lisa:

> "Mijn ex-collega´s letten wel op hun gezondheid, maar de druk en de stress is zo groot dat ze niets meer durven te doen of te zeggen."

De beroepsziekte RSI blijft zich herhalen. De informanten verklaren dat uit het feit dat de arbeidsomstandigheden eerder gelijk zijn gebleven of verslechterd, dan verbeterd. [877] Mevrouw Lisa verwoordt het als volgt:

> "Ik zie nog regelmatig-voor de gezelligheid- een groep ex-collega´s. En ik kom nog wel eens iemand tegen. De claim van mij en de anderen heeft geen enkele invloed gehad op de arbeidsomstandigheden. Wel zijn er nieuwe stoelen aangeschaft. Het personeel wordt gewoon verder uitgeknepen. Eigenlijk zijn de omstandigheden alleen maar verslechterd. Sinds ik een claim heb ingediend zijn er nog meer collega´s die RSI hebben opgelopen. Ik hoor dat de werkdruk is toegenomen en de verhoudingen op het werk ook niet best zijn. Ze werken nu met gele kaarten, als je iets doet wat hen niet zint. De productieafdeling waar ik bij hoorde is opgeheven. De productie gaat naar het buitenland."

Collega 1 daarover:

> - "Ik werk nu aan een klein lijntje met zes arbeidsplekken. Het is herhalend werk met veel handelingen per minuut: controle, lijmen, draaiende beweging, dopjes lijmen, klemmetjes pakken, draaiende beweging. Het moet hartstikke snel. De arbeidsbelasting is nog steeds erg hoog. Dat is niet verbeterd in de afgelopen tien jaar. Iedereen op de afdeling heeft nek- en schouderklachten. Door het hele bedrijf heen. Iedereen heeft er last van, behalve niet-productiepersoneel. Zelfs hele jonge mensen. Zoals de dochter van een vriendin van mij. In de pauze slikt meer dan de helft van de vrouwen pijnstillers, ibuprofen, Alève en dergelijke. Al mijn collega´s doen dat geregeld. Niemand durft dat te melden. Uit angst voor ontslag. Ik ken een jong meisje, dat werkt hier nog maar een paar maanden als uitzendkracht en die heeft ook al pijn. Die gaat er niet mee naar de bedrijfsarts, maar naar de sportmasseur, om het werk vol te kunnen houden."
> - "Er zijn nog maar weinig collega´s die niet in verband met een CTS zijn geopereerd."

Letselschaderegelaar 1:

> "De werknemers (claimanten) hadden ook problemen met hoe binnen het bedrijf wordt omgegaan met RSI. Er was sprake van ontkenning van het bestaan van RSI. Ontkenning van de klachten, met name door leidinggevenden binnen het bedrijf. Als het een keer duidelijk was dat er sprake was van klachten, dan werd er wel eens wat mee gedaan. De reactie van de collega's was dan: 'Als het mij maar niet gebeurt.' Er waren er een heleboel die last hadden. Er waren collega's die dat onderkenden en die zeiden: 'Als jij wat minder doet, moeten wij harder werken.' Ja, dat is een harde cultuur."

Collega 2 veronderstelt dat de indiening van de claims heeft bijgedragen aan ontkenning van de RSI problemen in plaats van erkenning daarvan. Collega 2 daarover:

> "In 2003 kwam er een nieuw hoofd P&O en die verordonneerde dat de term RSI niet meer genoemd mocht worden. Ik denk dat het een reactie was op de ingediende claims."

Als de arbo-coördinator, aangesteld in 2003, wordt gevraagd of er in de periode 2000 – 2010 beroepsziekten zijn geweest in het bedrijf, zegt hij dat dat niet het geval is. Als hem specifiek wordt gevraagd of in die periode gevallen van RSI zijn geweest, antwoordt hij ook ontkennend. Later tijdens het interview, als de onderzoeker doorvraagt over de oorzaken van ziekte en uitval zegt de arbo-coördinator:

> "Als mensen uitvallen dan kijken we naar de oorzaken van de klachten. Die mensen gaan dan naar de bedrijfsarts of de arbeidsdeskundige. We proberen de achterliggende oorzaken te achterhalen. We kijken of het met het werk te maken heeft, met de persoon of een combinatie van persoon en werk. Overigens is het in het algemeen een combinatie van persoonlijke oorzaken en werkoorzaken. We hebben wel eens wat klachten gehad over het Carpaal tunnelsyndroom of iets dergelijks. Mensen hadden dat soort klachten en naar aanleiding daarvan is onderzoek gedaan. De belastende factoren hadden te maken met het verrichten van repeterend werk. Daardoor ontstaat dat." [878]

---

[876] Pa?: de houding van de overgebleven collega-werknemers is wel verbeterd maar er worden vraagtekens gesteld bij het effect hiervan in de werkelijkheid van alledag als gevolg van de structuur en cultuur van de arbeid.(A) **fase 2-7**

[877] Pa-: herhaling van RSI doordat er door het bedrijf (A) amper (positieve) veranderingen in de belastende factoren voor RSI zijn aangebracht. f**ase 2-7**

[878] Pa-: er lijkt nog steeds sprake van ontkenning van RSI binnen de arbeidsorganisatie (A), de indiening van de claims lijkt bij te dragen aan die houding bij (C). Het antwoord van de arbo-coördinator duidt erop dat er weinig kennis bestaat over RSI, en blijkbaar CTS niet tot RSI wordt gerekend. **fase 2-7**

Secundaire preventie

Op het gebied van de secundaire preventie is eveneens vrij weinig veranderd. De volgende veranderingen zijn gesignaleerd:

- In sommige gevallen wordt de arbeidshygiënist ingeschakeld bij het onderzoek van ongezonde situaties en bij de beoordeling van de ergonomische aspecten van een nieuwe machine.[879]

> Collega 1: "Of ik wel eens werkplekonderzoek heb meegemaakt? Geen idee, dat is te lang geleden. Af en Toe komt er een arbeidshygiënist. We hebben aangekaart dat heel veel vrouwen zijn overleden aan kanker. We dachten dat zoiets te maken had met het gebruik van lijm. Daar is onderzoek naar geweest. Er is een rapport. De afzuiging voldoet aan de normen. Ook onze suggestie dat het te maken had met het werken onder overdruk, met nachtarbeid en weinig daglicht in het bedrijf kon niet worden bevestigd. Alles was te weerleggen."

- De ondernemingsraad brengt elk jaar de wens naar voren om een PAGO te organiseren, maar die wens wordt nooit gehonoreerd.[880]

> - Schaderapporten: werknemers werden niet periodiek in de gelegenheid gesteld een medisch onderzoek conform art. 18 van de Arbowet.
> - Collega 4: "De directie brengt echter elk jaar naar voren dat ze de inzet van dit instrument te kostbaar vindt."[881]

Er zijn geen signalen dat werknemers mondiger zijn geworden of eerder hun gezondheidsklachten melden.

> - Collega 2: "Natuurlijk, iedereen wil dat de arbeidsomstandigheden verbeteren. Maar er is een cultuur waarin mensen bang zijn hun mond open te doen. Daar begint het mee. En die bereid zijn voor hun mening op te komen. Er is een cultuur waarin mensen zeggen dat ze al zo lang hebben gezegd dat de arbeidsomstandigheden niet kloppen. Dat roepen we al zo lang en dan verandert toch niks."
> - Collega 1: "Mensen zijn best bang om wat te vragen en aan te kaarten. Je gaat er best snel uit, hoor. Ik zeg ook tegen collega´s:' Als je problemen hebt op je werk, zeg het niet, zegt het niet tegen de baas. Zeg niet dat het van het werk komt, je gaat eruit'. Dus zeggen ze nu als het niet goed gaat, dat het thuis niet lekker loopt en dat dat zijn weerslag heeft op het werk."
> - Collega 1: "Ik heb een vernauwing van de nekwervel. Dat heeft ook wel met het werk te maken. Het komt door de ongemakkelijke houding. Maar als ik zeg: 'Ik kan door die houding en die nek niet meer werken', word ik voor 15% afgekeurd. Daar zit ik niet op te wachten. Ik ga door tot ik omval."

Tertiaire preventie

Op het gebied van tertiaire preventie zijn, naast de hiervoor genoemde veranderingen (in vooral de individuele situatie van de zes claimanten), twee veranderingen in het beleid van de arbeidsorganisatie gesignaleerd. Ten eerste re-integratie via outplacement en de inschakeling van een re-integratiebureau. Er zijn geen aanwijzingen dat dit tot een betere situatie van betrokkenen heeft geleid.[882]

De rol van de bedrijfsarts

De mogelijkheden voor de bedrijfsarts om zijn vak uit te kunnen oefenen op basis van zijn professionele standaarden zijn verslechterd, waardoor de kwaliteit van de tertiaire preventie onder druk staat. Dit geldt reeds vanaf de jaren '90, maar lijkt medio jaren 2000 alleen maar te verslechteren.

> Bedrijfsarts 2: "De eerste bedrijfsarts werd vervangen omdat hij te zeer ageerde tegen de arbeidsomstandigheden, zodat hij geen krediet meer had bij de klant."

Bedrijfsarts 4 (2006) heeft een uitgesproken mening over de (on)mogelijkheden zijn vak uit te kunnen oefenen op basis van zijn professionele standaarden:

> - "Ik was er in 2006 voor negen maanden bedrijfsarts. Ik verving een collega die elders moest gaan werken. Waarom de arbodienst waar ik werkte mij hiervoor uitkoos is eigenlijk nooit goed gecommuniceerd. Misschien was wel de overweging dat ze een goede bedrijfsarts moesten hebben, die de ins en de outs kent van het vak. Ik zag het bedrijf als een uitdaging. Binnen onze dienst gold het als een categorie 1 bedrijf: geen knowhow, geen beleid, ziek is lastig en niet ziek betekent werken. Na een paar weken dacht ik: 'waar gaat dit heen?' Zeker toen de directie in die tijd riep dat de productie voor een groot deel naar het buitenland ging. Ze hadden een schoppende bedrijfsarts nodig, eentje die

[879] Sa+: bedrijf (A) schakelt de arbeidshygiënist (Ps) in bij het opsporen en oplossen van gezondheidsklachten bij nieuwe machines. **fase 2-7**

[880] Sa+: OR (A) pleit jaarlijks voor PAGO. **fase 2-7**

[881] Sa-: directie wil geen PAGO (A). **fase 2-7**

[882] Ta?: heeft inschakelen van re-integratiebureaus (Ps) door het bedrijf (A) tot betere begeleiding van zieke werknemers geleid? **fase 2-7**

werknemers aan het werk schopte en precies zei hoe de werkhervatting zou moeten verlopen. Men had maar weinig aandacht voor het ontstaan van de ziekte en het re-integratieproces."

- "Ik kwam één dag per week op het bedrijf en had tien tot twintig minuten per gesprek. Dat is een zeer beperkte tijdsduur gezien de problematiek die er was: conflictueuze sfeer, complexe werkhervatting, persoonlijke problemen."
- "Een activerende aanpak was dus niet mogelijk. Een dergelijke aanpak bestaat uit bespreking van de klachten en de betekenis van pijn, zelfinzicht ontwikkelen in wat wel en niet kan, blijven bewegen, en vertrouwen in het bedrijf hebben in verband met re-integratie, in combinatie met de bereidheid om werk te accepteren danwel af te staan."
- "De aanpak die het bedrijf voorstond was sterk geïndividualiseerd: soms nam men de klachten wel serieus, andere keren niet, dat was afhankelijk van de persoon."

Collega 1 vertelt in 2010 over de wijze waarop zij begeleid wordt:

- "Wanneer ik weer aan het werk ga?" Veertien dagen terug was ik bij arbo-arts. Zo´n operatie zou niets meer voorstellen. Maar eigenlijk ben je hartstikke ziek. En dan vraagt de arbo-arts: 'Wat zegt de neurochirurg?' En dan zeg ik: 'Die zegt dat ik helemaal genezen ben, dat de operatie helemaal is geslaagd.' Dat klopt wel, want de prikkelingen ben ik kwijt. Maar de beweging is beperkt. Dat wordt nu beter met fysiotherapie. Dus vroeg de arbo-arts of hij contact mocht opnemen met de fysiotherapie, want hij vond het veel te lang duren. Gelukkig zegt dan die fysiotherapeut: 'Jij gaat echt nog niet terug naar de productie. Dan ga je het weer forceren.' Ik mocht van hem wel licht administratief werk doen, maar dat is niet voorradig. Het bedrijf wil natuurlijk graag dat je aan het werk gaat. Dus die geeft die arbo-arts de opdracht dat te doen en dan volgt die arbo-arts dat op."
- "Ik vind wel dat die arbo-arts zorgvuldig werkt, goed luistert, ook naar mij. Maar als hij denkt 'die vrouw is niet te vertrouwen', dan neemt hij contact op met de behandelaar en dan luistert hij ook wel goed naar die behandelaar.
- "De arbodienst werkt in een sociaal medisch team (SMT). Mijn leidinggevende heeft één keer per maand zo'n SMT. Daar word ik in besproken. Medisch geheim? Dat bestaat niet. Dat vind ik met alles in het bedrijf: als die arbo-arts zegt in het medisch team 'Die mevrouw maakt op mij een labiele indruk' dan vertelt mijn leidinggevende op de afdeling: 'Oh, die is labiel." Er wordt een bepaald beeld van iemand gecreëerd waarop je geen invloed hebt."
- "De procedure ziekmelden is ook veranderd: je moet je ziek melden en het bedrijf beslist of je een afspraak mag of moet maken met de arbodienst. Die afspraak krijg ik nu rechtstreeks van het bedrijf. Het bedrijf beslist of ik contact moet met de arbodienst. Volgens mij is dat een inbreuk op het medisch geheim."[883]

Nadruk op ziekteverzuim

Vanaf 2002 zet het management van Assemblage NL in op beheersing van het ziekteverzuim door zich vooral te richten op verzuimgedrag. Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat dit te maken heeft met het indienen van schadeclaims. Het ziekteverzuim is rond 2002 ruim 9%. Een ziektegeval kent een gemiddelde duur van 23,5 dagen. De ziekteverzuimaanpak is vooral gericht op kort- en middellang verzuim. Daartoe heeft P&O een nieuwe meldingsprocedure ontwikkeld waarin de lijnmanagers medeverantwoordelijk worden voor de beperking ervan. Die procedure kent de volgende elementen:

- Bellen met de werknemer op de eerste dag (manager), tweede dag (arbodienst), vijfde dag bezoek aan de arbodienst.
- Daarnaast is er regelmatig een bijeenkomst met werknemers die meer dan drie keer per jaar ziek zijn.

Aanvullende elementen zijn dat leidinggevenden een training hebben gekregen in de benadering van zieke employees. Daarnaast is een omschrijving gemaakt van de zwaarte van het werk. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten worden medisch/arbeidskundig onderzocht door een arbeidsdeskundige om te voorkomen dat ze te lang licht werk houden. Een verzuimcoördinator regelt deze gang van zaken.

De daling van het ziekteverzuim gedurende de periode 2003-2004 wordt gerelateerd aan deze maatregelen. Anno 2007 ligt het verzuim echter weer hoog, op 9,5%. Collega 2:

"Het verzuim is al jaren min of meer op hetzelfde niveau. De belangrijkste factoren daarvoor zijn reorganisaties, die tot extra druk op het personeel leiden, een onvoldoende functionerend management (dat een slechte omgang heeft met het personeel, autoritair is, mensen onder druk zet bij ziekte en overwerk) en door het repetitieve assemblagewerk."

[883] Ta-: de mogelijkheden die bedrijfsartsen hebben om hun taak in de verzuimbegeleiding goed uit te oefenen zijn verslechterd, zowel door de opstelling van het bedrijf (A) als de leiding van de arbodienst (Ps) die meegaat met de eisen die het bedrijf stelt. **fase 1-7**

De instroom in de WAO/WIA is fors gedaald (van 2,6% in 2004 naar 0,42% in 2009). De geïnterviewden verklaren dit uit de toename van de uitstroom via ontslagregelingen, werkloosheid in verband met reorganisatie, uitstroom naar VUT regelingen, niet verlengen van tijdelijke contracten. Niemand van de geïnterviewden heeft echter precies inzicht in deze uitstroomcijfers.[884] In 2008 is het personeelsbestand bijna gehalveerd ten opzichte van 2001.

Kosten schadeclaims

De kosten van de schadeclaims bedroegen € 222.000, waarvan € 180.000 is uitgekeerd als schadevergoeding aan de zes werknemers[885] en € 42.000 als buitengerechtelijke kosten aan het letselschadebureau van de zes werknemers. Die schade is gelijkelijk verdeeld over de drie verzekeraars (waaronder verzekeraar A), die aansprakelijk waren voor een deel van de schade. Verzekeraar A heeft bovendien € 13.874 aan kosten betaald voor de inschakeling van experts (medisch en juridisch). Daarmee komen de totale kosten voor de zes schadeclaims op € 235.874. Verzekeraar A heeft de buitenlandse verzekeraar geïnformeerd over de schade. Eind 2006 is de polis door die verzekeraar geroyeerd. Schadebehandelaar A weet niet of de claims hierop van invloed zijn geweest. De andere twee verzekeraars hebben geen contact meer gehad met Assemblage NL over te nemen maatregelen. Assemblage NL bedingt bij de afronding van de letselschadezaken dat er geen publiciteit mag worden gemaakt over het bedrijf en de schade door RSI. Het aantal ingediende claims is tot nul gereduceerd.[886] Schadebehandelaar A:

> "De contactpersoon van het bedrijf vroeg uitdrukkelijk om geheimhouding om een sneeuwbaleffect te voorkomen. Men wilde op die manier meer claims van vrouwen tegengaan."

Eind 2006 is door de verzekeringsafdeling van het moederconcern een nieuwe masterpolis afgesloten en een nieuwe lokale polis. Assemblage NL heeft daarop geen invloed gehad: "We zijn maar een hele kleine speler binnen het concern", zegt de administrateur. De RSI-claims hebben evenmin invloed gehad op de inhoud van de lokale polis. Eigen risico en maximaal verzekerd bedrag per gebeurtenis zijn evenmin veranderd.

Veranderingen in de preventiestructuur

In de preventiestructuur zijn een aantal veranderingen opgetreden. Een daarvan is dat het UWV op afstand staat tot het bedrijf. De UWV manager daarover:

> - "Sinds 2002, met de introductie van WVP, staan wij op afstand. Bovendien houden we niet bij hoe hoog het ziekteverzuim is, hoe hoog de uitstoot is naar de WIA, en wat daarvan de oorzaken zijn. Dus adviezen van onze kant, bijvoorbeeld voor functieaanpassingen, worden niet meer gedaan. Intern wordt geen informatie uitgewisseld over het bedrijf. Dat behoort in ieder geval niet tot de standaard werkwijze."
> - "Wat we doen is op individueel niveau toetsen of men aan de re-integratie eisen heeft voldaan. We toetsen de initiatieven, we nemen ze zelf niet meer. De eerste twee jaar zijn wij niet meer in beeld."

De bedrijfsarts staat bij ziekte niet meer in onmiddellijk contact met de werknemers. Daartussen is een arbeidsdeskundige geplaatst die bij werknemers met gezondheidsklachten eerst vaststelt of zij, tijdelijk, elders in het bedrijf geplaatst kunnen worden. Indien er op dat moment geen arbeidsmogelijkheden zijn, wordt de betreffende werknemer doorverwezen naar de bedrijfsarts. De bedrijfsarts van de arbodienst heeft een zwakkere positie in het bedrijf, Hij staat verder af van de werknemers. Het is niet duidelijk geworden wat hiervan de positieve of negatieve gevolgen zijn.[887]

Sinds 2003 kent het bedrijf een interne arbo-coördinator. Deze zorgt, op parttime basis, voor het vernieuwen van de RIE door middel van maandelijkse audits. Bovendien registreert de arbo-coördinator de ongevallen; jaarlijks zijn dat er vier tot vijf. Beroepsziekten worden niet door de arbo-coördinator geïnventariseerd. Dat is de taak van de verzuimcoördinator. Als de

---

[884] Qa?: niemand van de geïnterviewden (A, Ps) heeft een compleet overzicht van de (kosten van) ziekteverzuim, instroom WAO/WIA, VUT, reorganisatie, ontslag en schadecompensatie RSI. **fase 1-7**

[885] Qi-: Betrokken werkneemsters moeten meer dan 20% van hun schadevergoeding (€ 42.000) afdragen aan het letselschadebureau voor provisie in verband met gemaakte kosten (C), zie tabel 14. **fase 6**

[886] Qa+: het aantal ingediende schadeclaims is door de aanpak van het management van Assemblage NL (A) tot nul gereduceerd. **fase 7**

[887] Preventiestructuur: Wijzigingen in de preventiestructuur (UWV op afstand, inzet arbeidsdeskundige, inzet Arbocoördinator en afschaffen van functie verzuimcoördinator) door wetswijziging sociale zekerheid (SZ), ingrijpen arbeidsorganisatie (A), en betrokkenheid van arbodienst (Ps) effecten onduidelijk. **fase 7**

arbo-coördinator door de onderzoeker wordt gevraagd of er in de periode 2000–2010 beroepsziekten zijn geweest in het bedrijf, zegt hij dat dat niet het geval is. Als hem specifiek wordt gevraagd of in die periode gevallen van RSI zijn geweest antwoordt hij ook ontkennend. Later tijdens het interview, als de onderzoeker doorvraagt over de oorzaken van ziekte en uitval zegt de arbo-coördinator:

> "Als mensen uitvallen dan kijken we naar de oorzaken van de klachten. Die mensen gaan dan naar de bedrijfsarts of de arbeidsdeskundige. We proberen de achterliggende oorzaken te achterhalen. We kijken of het met het werk te maken heeft, met de persoon of een combinatie van persoon en werk. Overigens is het in het algemeen een combinatie van persoonlijke oorzaken. We hebben wel eens wat klachten gehad over het Carpaal tunnelsyndroom of iets dergelijks. Mensen hadden dat soort klachten en naar aanleiding daarvan is onderzoek gedaan. De belastende factoren hadden te maken met het verrichten van repeterend werk. Daardoor ontstaat dat."

Met de reorganisatie van 2006 verdwijnt de verzuimcoördinator van het toneel. De verzuimregistratie en verzuimbegeleiding wordt vanaf dat moment uitgevoerd door het middenkader. Het is niet duidelijk geworden wat hiervan de positieve of negatieve gevolgen zijn.

Overige invloedsfactoren

Een respondent (stafmedewerker vakbond) heeft een alternatieve verklaring voor het ontbreken van preventieve opbrengst. De lage scholingsgraad in combinatie met gebrekkige werkgelegenheid wordt door haar als voornaamste oorzaak van het gebrek aan preventie beschouwd:

> - "Dat er geen preventie van de grond komt, hangt samen met verhaal van het bedrijf: de wereld houdt er op. Vrouwen uit de buurt durven er niet tegen in het geweer te komen. En als men wat probeerde dan werd er gedreigd de productie weg te halen. Dat was wel redelijk effectief omdat het in een gebied is met relatief veel werkloosheid. Zeker voor mensen met een ongeschoolde achtergrond. Het was het dumpputje voor de halve sociale werkplaats. Als je in dit bedrijf geen werk kreeg, kon je nergens meer werk vinden. De hele situatie in dat bedrijf is triest. Je kunt niet veel perspectief bieden. Voor die mensen is dat een vrij droevige situatie. Als je daar niet meer kunt werken, waar dan wel? Mensen zijn honkvast. Ze hebben een gezin, kinderen. Ze gaan niet verhuizen."
> - "Het is niet gelukt om samen met de kaderleden wat van de grond te krijgen. Je zou het niet zo erg moeten vinden dat zo'n bedrijf weggaat. En daar zit in de buurt nog zo'n bedrijf. Dat was ook laag, ongeschoold werk. Mensen die nog niet eens basisschool hadden afgemaakt. Al met al een droevig beeld."

Tabel 14: Preventiebalans Assemblage NL

Bijdrage factoren aan preventie			Compensatie systeem	Gezondheids-zorg	Sociale zekerheid	Preventie systeem	Arbeids organisatie	Individu
Casus	Preventieop-brengst individu	Preventieop-brengst arbeids-organisatie						
Assemblage NL								
Primair	0 , 0, ? 1	+3, -4 ? 4	*	-	-	**	***** *****	*
Secundair	+1, - 0, ?0	+2, -1, ? 0	-	*	-	*	***	-
Tertiair	+3, -4, ? 0	+0, -1, ? 1	***	**	***	** **	* **	***
Quartair	+2,- 2, ? 0	+1,- 2, ? 1	***	-	*	*	****	-
Preventiestructuur	Wijziging		-	-	*	*	*	-
Totaalbeeld			Beperkte Invloed	Geen invloed	Beperkte invloed	Veel invloed	Zeer Veel invloed	Geen invloed

6. Financiële balans

Op basis van de informatie die is verstrekt door het letselschadebureau, werkgever Assemblage NL en verzekeraar A, kan in deze case een indruk worden gekregen van de kosten van de beroepsziekten en de toedeling van deze kosten (zie tabel 15). Een deel van de kosten is geschat. De totale kosten van de beroepsziekten zijn becijferd op € 907.031. De kosten worden vooral gedragen door het UWV (€ 275.000), gevolgd door de werkgever (€ 139.800). De kosten van de overige actoren zijn ongeveer gelijk: AVB verzekeraar A (€

84.574), verzekeraar B en C (€70.700) en de zes werkneemsters (gemiddeld € 66.000). De kosten van de gezondheidszorg en de re-integratieactiviteiten tijdens het eerste jaar ziekte zijn niet vermeld aangezien daarover te weinig informatie beschikbaar was.

Tabel 15: Financiële balans: schatting van de kosten en toedeling van kosten beroepsziekte

Aard van de kosten	Schatting kosten l	Wie betaalt?
1. uitkering aansprakelijkheidsverzekering aan 6 werkneemsters € 180.000; (waarvan afdracht aan het letselschadebureau € 30.300)	€ 180.000	Eigen risico werkgever Assemblage NL: 6* € 3.300= € 19.800 Overige kosten verdeeld over 3 AVB verzekeraars: Verzekeraar A: € 56.700 Verzekeraar B: € 56.700 Verzekeraar C: € 56.700
2. transactiekosten verzekeraars: - vergoeding buitengerechtelijke kosten(bgk) aan het letselschadebureau werknemers: € 42.000 - kosten inschakelen experts: € 13.874	€ 55.874	Verzekeraar A: € 27.874 Verzekeraar B: € 14.000 Verzekeraar C: € 14.000
3. kosten van loondoorbetaling bij ziekte 6 x 1 jaar	€ 120.000	Werkgever [888]
4. kosten re-integratie eerste jaar ziekte	€ ?	Werkgever
5. kosten gezondheidszorg	€ ?	ziektekostenverzekeraar
6. verlies inkomen	€ 396.157	6 werkneemsters gemiddeld ruim € 66.000
5. uitkeringen WAO en WW: - tijdelijke kosten WW & WAO uitkeringen €35.000 (Mw. Jas, Mw. Duin, Mw. Spel) - permanente WAO-uitkeringen € 240.000 (Mw. Grot, Mw. AS)	€ 275.000	UWV
Totaal	**€ 1.027.031**	

[888] Qa-: kosten loondoorbetaling bij ziekte (A) voor de zes werkneemsters. **fase 1**