



# Leerzame Schadeclaims

Leren van 'worst case scenarios' als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten

W.A. Eshuis  
M.H. Schaapman  
N.J. Philipsen  
J.R. Popma

G. van der Laan  
J.G. Bakker  
A.P. Nauta  
B. Sorgdrager

## **Colofon**

Dit onderzoek is één van de deelonderzoeken in het kader van het onderzoeksprogramma 'Preventie en vergoeding van arbeidsgebonden schade'. Met dit programma verrichten de drie daarin samenwerkende instituten (Hugo Sinzheimer Instituut voor Arbeid en Recht (UvA), het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (AMC-UvA) en onderzoeksinstituut METRO (UM)) multidisciplinair onderzoek naar het ontstaan van arbeidsgebonden schade, de financiële compensatie ervan en de mogelijkheden tot preventie. In het voorliggende deelonderzoek is samengewerkt met het Kwaliteitsbureau NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde).

## **Onderzoeksgroep**

Drs. W.A. Eshuis (HSI)  
Drs. M.H. Schaapman (HSI)  
Dr. N.J. Philipsen (METRO)

Drs. J.G. Bakker (NCvB)  
Drs. D. Janmaat (NCvB, tot 01-09-2008)  
Drs. G. van der Laan (NCvB)  
Dr. A.P. Nauta (NVAB)  
Dr. J.R. Popma (HSI)  
Dr. B. Sorgdrager (NCvB)  
Dr. D. Spreeuwiers (NCvB)  
Dr. C. van Vliet (NVAB)

**Het project 'Leerzame schadeclaims' is mede tot stand gekomen dankzij financiële ondersteuning door Stichting Instituut Gak.**

## VOORWOORD

Jaarlijks loopt een groot aantal werknemers een beroepsziekte op – in Nederland naar schatting 25.000 per jaar. De primaire oorzaak van een beroepsziekte is blootstelling aan risicovolle omstandigheden op de werkplek. In sommige gevallen leidt de beroepsziekte tot uitval en financiële schade voor de werknemer. Een deel van de getroffen werknemers dient vervolgens een schadeclaim in bij zijn (voormalig) werkgever. De verwachting is dat het aantal letselschadeclaims de komende jaren zal stijgen – mede als gevolg van de versobering van de sociale zekerheid.

Er is, in dit licht, opmerkelijk weinig kennis over de factoren die ertoe leiden dat beroepsziekten uitmonden in uitval, financiële schade en, in sommige gevallen, een schadeclaim. Ook is er betrekkelijk weinig kennis omtrent de motieven van de betrokken werknemers om een schadeclaim in te dienen.

Het voorliggende onderzoek beoogt inzicht te bieden in het traject tussen blootstelling aan ziekmakende arbeidsomstandigheden en, uiteindelijk, een schadeclaim door de werknemer. Lang niet alle gevallen van beroepsziekten leiden immers tot uitval, en lang niet alle gevallen escaleren tot een schadeclaim. Tussen de eerste signalen van een beroepsziekte en het indienen van een letselschadeclaim zijn immers meerdere momenten van interventie denkbaar, die kennelijk niet zijn onderkend. In zekere zin is sprake van ‘worst case scenarios’. Daaruit zou lering getrokken kunnen worden: waar lagen mogelijkheden om definitieve uitval te voorkomen? Waarom zijn die kansen kennelijk gemist? Wat valt er te leren uit de motieven van de betrokken werknemers?

Het traject van blootstelling naar uitval wordt onderzocht aan de hand van dossiers van het Bureau Beroepsziekten FNV. Er is voor deze dossiers gekozen omdat zij op gestructureerde en vergelijkbare wijze opgezet zijn en er via deze bron een voldoende grote groep afgeronde dossiers over een tweetal categorieën beroepsziekten beschikbaar was. Dit maakte het mogelijk om verschillende ‘worst cases’ op een systematische wijze te analyseren. De onderzoekers danken het Bureau voor de medewerking.

De tekst van dit rapport werd afgerond in mei 2009.



## SAMENVATTING

Jaarlijks loopt een groot aantal werknemers een beroepsziekte op – in Nederland naar schatting 25.000 per jaar. Een beroepsziekte is “een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden” (art. 1 lid 1 Arboregeling). Het ontstaan van een beroepsziekte, en zeker ook de escalatie van de beroepsziekte tot blijvende arbeidsongeschiktheid, kan worden opgevat als signaal van onvoldoende zorg voor gezonde arbeidsomstandigheden door de werkgever én van inadequate sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts.

Schending van de zorgplicht van de werkgever kan voor getroffen werknemers aanleiding zijn om een letselschadeclaim in te dienen tegen hun (voormalig) werkgever. Het voorliggende rapport is het verslag van de analyse van een aantal dossiers van dergelijke letselschadeclaims. Deze zijn onderzocht om de achtergronden van de genoemde tekortkomingen te doorgronden en mogelijk te *leren* van de kennelijk ontspoorde situatie binnen de betrokken bedrijven. Doel van het onderzoek is primair het *verkrijgen van inzicht* in:

- de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van beroepsziekten, i.c. van OPS en RSI;
- de mogelijkheden van verschillende betrokkenen (en met name bedrijfsartsen) om deze beroepsziekten te voorkomen;
- de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen;
- de mogelijkheden om het indienen van claims te voorkomen.

### **Hoofdvragen**

De hoofdvragen van het onderzoek waren:

1. *Welke factoren zijn van invloed op het ontstaan en beloop van beroepsziekten, i.c. OPS en RSI?*
2. *Wat zijn de factoren die van invloed zijn op het al dan niet nemen van preventieve maatregelen?*
3. *Welke mogelijkheden zijn er om preventie in het kader van de sociaal-medische begeleiding te versterken?*
4. *Wat zijn de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen?*
5. *Hoe is het indienen van een claim te voorkomen?*

Het onderzoek bestond uit drie onderdelen: een analyse van 37 dossiers van het Bureau Beroepsziekten FNV (vraag 1 en 2), interviews met de bij de onderhavige dossiers betrokken werknemers (vraag 4-5), en een aantal sessies met bedrijfsartsen (vraag 1-3).

De keuze voor ‘worst cases’ impliceert dat de bevindingen uit met name de dossieranalyse waarschijnlijk niet representatief zijn voor de situatie in alle bedrijven in Nederland. Daarvan zijn de onderzoekers zich terdege bewust. Aan de andere kant ging het er niet om een representatief beeld te schetsen, maar vooral om het destilleren van *leerpunten* uit de

betreffende dossiers (en de interviews met betrokken werknemers). Overigens kan op grond van andere onderzoeken worden geconcludeerd dat, hoewel in zekere zin sprake is van een negatieve selectie van bedrijven, de situatie in de onderzochte 'worst cases' niet uitzonderlijk is.

### ***Bevindingen dossieronderzoek en sessies met bedrijfsartsen***

#### *Type bedrijven waar beroepsziekten voorkomen*

De eerste conclusie uit het onderzoek luidt dat beroepsziekten in allerlei soorten bedrijven kunnen ontstaan. De 37 onderzochte gevallen doen zich voor in bedrijven van verschillende grootte (groot, middelgroot, klein) én in zeer verschillende sectoren (industrie, detailhandel, bouw, zakelijke en publieke dienstverlening). Bovendien was het niveau van de arbozorg in de bedrijven zeer verschillend: de onderzochte gevallen deden zich niet alleen voor in bedrijven met geen of een beperkte vorm van zorg, maar enkele gevallen ontstonden wel degelijk ook in bedrijven met een uitgewerkte arbo-infrastructuur.

#### *Factoren van invloed op het ontstaan van beroepsziekten*

Uit het onderzoek blijkt verder dat een beroepsziekte niet alleen het resultaat is van slechte fysieke arbeidsomstandigheden (blootstelling aan bepaalde risico's in de arbeid, i.c. oplosmiddelen dan wel repeterende arbeid), maar dat daarnaast andere belastende factoren in het arbeidsproces een rol spelen. Zo verhogen excessieve werktijden de blootstellingsduur, en een hoge werkdruk verhoogt bij het werken met oplosmiddelen de intensiteit van de blootstelling. Behalve de fysieke arbeidsomstandigheden, werkdruk en werktijden, spelen daarnaast de verhoudingen op het werk een rol in het ontstaan en verloop van een beroepsziekte. Deze zijn niet alleen van invloed op met name het ontstaan van RSI (omdat zij kunnen leiden tot stress), de verhoudingen op het werk zijn ook op een meer indirecte wijze van invloed. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat de communicatie over arbeid en gezondheid in de onderzochte gevallen te wensen overliet. In een deel van de gevallen werd hier zelfs helemaal niet of nauwelijks over gecommuniceerd. Waar dit wel het geval was, was de reactie van de direct leidinggevende vaak ontkenning van de klachten en druk op de werknemer om het werk snel te hervatten. In combinatie met een gebrek aan mondigheid van de werknemer leidde dit vaak tot te vroege werkhervatting in dezelfde of soortgelijke belastende arbeidsomstandigheden als waardoor de klachten waren ontstaan.

Eén en ander impliceert dat bij de analyse van (het proces van ontstaan van) beroepsziekten verder gekeken moet worden dan de directe risicofactor (i.c. blootstelling aan oplosmiddelen of repeterende arbeid). De kwaliteit van de arbeid in brede zin moet aan een analyse worden onderworpen: alle facetten van het arbeidsproces moeten in hun onderlinge samenhang (als systeem) worden beschouwd.

#### *Interventiemogelijkheden*

In vrijwel alle onderzochte gevallen was sprake van een lange periode van ontstaan van de beroepsziekte. Gedurende dit lange proces waren dan ook talrijke interventiemomenten aan te wijzen om de beroepsziekte of de escalatie daarvan te voorkomen: in de klachtenfase, in de

diagnostiek en behandeling, en in de terugkoppeling naar preventie, maar ook reeds vóór intrede in het werk en tijdens het werk voordat er klachten zijn. De instrumenten om te interveniëren in de verschillende fasen zijn al onderdeel van de arbowetgeving, maar werden in de onderzochte dossiers niet of nauwelijks gebruikt. De uitkomsten van het onderhavige onderzoek wijzen op het nut van de preventieve aanpak die in de wetgeving ligt besloten.

#### *De sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts in de onderzochte gevallen*

Centraal in het onderzoek staat de betekenis van die sociaal-medische begeleiding en overige interventies van de bedrijfsarts. De bedrijfsarts zou in staat moeten zijn, in samenwerking met overige medische hulpverleners, beroepsziekten vroegtijdig op te sporen en ervoor te zorgen dat een beginnende beroepsziekte niet uitloopt op definitieve uitval. Dat is in de onderzochte gevallen niet gebeurd. Uit de dossiers blijkt dat de sociaal-medische begeleiding door de bedrijfsarts te wensen overliet. In de meeste gevallen was de bedrijfsarts pas laat in beeld, na uitval van het werk (en niet al bij de eerste gezondheidsklachten). Indien een werknemer in contact kwam met de bedrijfsarts werd de juiste diagnose veelal gemist of pas in een zeer laat stadium gesteld. Ook legde de betrokken bedrijfsarts zelden een relatie met het werk. Als dit wél gebeurde, ondernam de bedrijfsarts nauwelijks of geen stappen richting het bedrijf om herhaling te voorkomen of de arbeidsomstandigheden in het bedrijf te verbeteren. Werkhervatting geschiedde veelal in de eigen of een andere belastende functie, zonder dat de belastende factoren werden weggenomen. In elke fase tussen initiële blootstelling en uiteindelijke uitval dienden zich diverse mogelijkheden voor interventie aan, maar in de praktijk werden die mogelijkheden, voor zover uit de dossiers valt op te maken, over het hoofd gezien of niet aangegrepen. Met andere woorden: in de onderzochte gevallen werd niet of nauwelijks geleerd. De kans om op te schalen van het individuele ziektegeval naar preventieve maatregelen werd niet gegrepen.

#### *Verklaringen voor de tekortkomingen in de sociaal-medische interventies door de bedrijfsarts*

Een belangrijke verklaring voor de gesignaleerde tekortkomingen in het functioneren van de betrokken bedrijfsartsen is dat de bedrijfsarts handelde vanuit het perspectief van *ziekte* van de individuele werknemer, en zelden of nooit vanuit het perspectief van kwaliteit van de arbeid en het arbeidsproces. Dit kan worden verklaard door een gebrekkige of eenzijdige *expertise* (primair medisch van aard), een weinig pro-actieve *houding* van de bedrijfsarts, en gebrek aan *communicatie* tussen bedrijfsarts en andere partijen (werknemer en werkgever). Deze tekortkomingen, op hun beurt, kunnen ten dele worden verklaard vanuit de (afhankelijke) positie van de bedrijfsarts ten opzichte van het bedrijf. De wetswijzigingen in het afgelopen decennium hebben de bedrijfsarts steeds meer in de rol van ziekteverzuimbegeleider geplaatst. Deze rolverandering, in combinatie met de neiging bij een deel van de werkgevers om beperkte contracten met de arbodienst af te sluiten, leidt ertoe dat de bedrijfsarts in zekere zin veroordeeld wordt tot een bestaan in de beschutting van de eigen spreekkamer. De afstand van de bedrijfsarts tot de praktijk binnen bedrijven is te groot, waardoor het voor de bedrijfsarts lastig wordt om in zijn diagnose en sociaal-medisch handelen een systeemgerichte aanpak te volgen – dat wil zeggen een aanpak waarin de beroepsziekte méér is dan een probleem van de individuele werknemer, maar veeleer een neveneffect van tekortkomingen in het arbeidsproces.

Anderzijds moet ook worden vastgesteld dat in die dossiers waar de bedrijfsarts wel ruimte had om de spreekkamer te verlaten, de werkplek te bezoeken en te onderzoeken en/of werknemers vroegtijdig te onderzoeken, dit nagelaten werd.

#### *De rol van de overige zorgverleners*

In het dossieronderzoek is ook aandacht besteed aan de interventies van andere medische en paramedische zorgverleners. De huisarts was meestal het eerste aanspreekpunt. In nagenoeg alle gevallen is verzuimd een robuuste diagnose te stellen die recht doet aan de relatie tussen werk en gezondheidsklachten. Doorgaans verwees de huisarts vaak door naar andere zorgverleners, zoals paramedici of een medisch specialist. Slechts weinig zorgverleners leken aandacht te hebben voor de relatie gezondheidsklachten en werk. Hun benadering kan worden gekarakteriseerd als eenzijdig (vanuit het eigen specialistisch oogpunt), vluchtig (er wordt weinig tijd uitgetrokken om een goede anamnese te maken die recht doet aan de relatie van de klachten met kwaliteit van de arbeid) en *trial and error* (als een behandeling niet werkte, werd overgegaan op een andere benadering zonder een verdere analyse te maken van het mislukken van die behandeling). Werknemers met de beroepsziekte OPS hadden doorgaans het geluk dat zij, vaak na kennis te hebben genomen van perspublicaties daarover, in contact kwamen met het Solvent Team, waardoor bij hen uiteindelijk wel een adequate diagnose kan worden gesteld.

#### *Aanbevelingen*

Uit de cases kan een aantal aanbevelingen worden gedestilleerd. Ten eerste leert het onderzoek dat de expertise van bedrijfsartsen en andere medisch zorgverleners over het ontstaan, het verloop, de behandeling en de preventie van beroepsziekten versterkt moet worden. Er zou pregnanter aandacht moeten worden besteed aan de bredere context waarin beroepsziekten ontstaan en zich ontwikkelen in opleiding, bijscholing, methodiekontwikkeling, informatievoorziening en protocollisering. Aandacht voor het complex van belastende factoren in het gehele *systeem van het bedrijfsproces* en voor de *kwaliteit van de arbeid* in bredere zin, moet ertoe leiden dat in de diagnostiek te allen tijde de vraag wordt gesteld naar de mogelijke werkgerelateerdheid van klachten en aandoeningen (ook als het antwoord op die vraag ontkennend luidt). Tenslotte moet, vanuit een meer systeemgerichte benadering, in de scholing, methodiekontwikkeling en protocolisering ook een bredere, geïntegreerde inzet van de reeds bestaande instrumenten voor preventie aan de orde komen.

Betere expertise alleen zal echter niet vanzelf leiden tot vroegtijdige onderkenning, betere diagnostiek, behandeling en preventie. Daarvoor zijn twee andere elementen van belang, te weten de *attitude* van de bedrijfsarts (en andere betrokken zorgverleners) én de *positie* die deze kan innemen. In de eerste plaats moeten zorgverleners, met name bedrijfsartsen, vroegtijdige onderkenning van de relatie tussen ziekte en kwaliteit van de arbeid, én aandacht voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden als een wezenlijk onderdeel van hun beroepsuitoefening beschouwen. Zij moeten de bereidheid hebben daarop alert te zijn. Ten tweede moeten zij ook de positie hebben om op een dergelijke wijze hun werk te kunnen uitoefenen. Daarom is het wenselijk dat bedrijfsartsen (al dan niet verbonden aan arbodiensten) een meer onafhankelijke positie kunnen innemen ten opzichte van bedrijven en, mede daardoor, meer ruimte krijgen om een grondig advies over preventie en werkplekaanpassingen te geven.



Uit het onderzoek blijkt dat werknemers met een beroepsziekte een lange weg afleggen in het medisch circuit. Het verdient overweging om ook voor andere beroepsziekten dan OPS landelijke of regionale voorzieningen te creëren, waar patiënten terecht kunnen voor gedegen diagnostiek en behandelingsadviezen (inclusief adviezen omtrent werk). Deze voorzieningen zouden mogelijk ook een rol kunnen spelen in de versterking van de expertise op het niveau van de onderneming.

### ***Bevindingen interviews met betrokken werknemers***

#### *Motieven voor het indienen van een claim*

Hoewel er vanuit met name de rechtseconomie redelijk wat onderzoek is gedaan naar de *mogelijke* motieven voor het indienen van letselschadeclaims, is er betrekkelijk weinig empirisch onderzoek gedaan naar de *feitelijke* motieven van de betreffende werknemers. Uit de interviews met 16 werknemers (die ook betrokken waren in de onderzochte 'worst cases') kan worden geconcludeerd dat de *motieven* om een claim in te dienen tegen de (voormalige) werkgever vooral sociaal-emotioneel van aard zijn. Hierbij kan gedacht worden aan verwerking van het leed en de pijn die zijn veroorzaakt door de beroepsziekte (bijvoorbeeld als gevolg van het verlies van gezondheid of werk), of kwaadheid jegens de werkgever en gevoelens van wraak. In dit opzicht werken dergelijke claims ook redelijk goed, omdat bijvoorbeeld wraak is genomen op de werkgever, gevoelens van kwaadheid zijn gecompenseerd of omdat er eindelijk erkenning is voor het feit dat betrokkene wel degelijk een serieus te nemen ziekte heeft.

#### *Effecten van het indienen van een claim*

Of van de letselschadeclaim ook een *preventief* effect uitgaat, mag worden betwijfeld. Uit de interviews waarin hierover informatie is gepresenteerd, blijkt dat de betrokken werkgevers weinig actie hebben ondernomen om de arbeidsomstandigheden in het bedrijf te verbeteren. In dit verband werd door sommige geïnterviewden opgemerkt dat het schikkingsbedrag te laag is om de werkgever echt te treffen. De effecten van de claim zijn dan ook voornamelijk sociaal-emotioneel van aard (erkenning, genoegdoening). Slachtoffers ervaren over het algemeen echter veel negatieve bij-effecten tijdens de claimfase (met name grote psychische belasting door de lange duur van de procedure). Desondanks werd door bijna alle geïnterviewden aangegeven dat in een soortgelijke situatie opnieuw een claim tegen de werkgever ingediend zou worden.

## Lijst met afkortingen

CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTE	Chronische Toxische Encefalopathie
CTS	Carpaal Tunnel Syndroom
HSI	Hugo Sinzheimer Instituut
KANS	Klachten aan arm, nek of schouder
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NCvB	Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
NES-test	Neurotoxic Evaluation System
OPS	Organisch Psycho Syndroom
PAGO	Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek
PMO	Preventief Medisch Onderzoek
RSI	Repetitive Strain Injury
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
UWV	Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen
VOS	Vluchtige Organische Stoffen
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
TZ	Wet Terugdringing Ziekteverzuim
Wulbz	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
Wvlbz	Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte
ZW	Ziektewet

## Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
1.1. Doelstelling van het onderzoek	1
1.2. Vraagstelling	2
1.3. Methode van onderzoek	4
1.4. Opbouw van het rapport	9
2. Theoretisch kader	11
2.1 Beroepsziekten	12
2.2 De Arbwet als aanjager van leerprocessen?	15
2.3 De rol van de bedrijfsarts bij beroepsziekten	20
2.4 Analyse kader: van blootstelling naar uitval	23
3. Leerzame schadeclaims: leren van dossiers	29
3.1 Belastende factoren in het productieproces	30
3.1.1 Arbeidsinhoud	30
3.1.2 Werktijden en werkdruk	33
3.1.3 Verhoudingen op het werk	34
3.1.4 Arbeidsvoorwaarden	36
3.1.5 Het relatieve belang van de belastende factoren	36
3.2 Belastende factoren samenhangend met de individuele werknemer	38
3.2.1 Constitutie, predispositie en/of pre-existentie	38
3.2.2 Attitude ten aanzien van arbeid en ziekte	39
3.2.3 Belastende factoren privé	42
3.2.4 Het relatieve belang van de individuele factoren	44
3.3 Klachtenverloop	45
3.3.1 Het ontstaan van de beroepsziekte in de tijd	45
3.3.2 Ontwikkeling van de aard van de klachten	49
3.3.3 Klachtenbeeld bij definitieve uitval	51
3.4 Het traject van (sociaal-)medische begeleiding en de interventies	54
3.4.1 Klachtenmelding	54
3.4.2 Diagnosestelling: de relatie tussen klachten en werk	57
3.4.3 Het traject van diagnosestelling: een lange weg van <i>trial and error</i>	61
3.4.4 De behandeling	69
3.5 Begeleiding en interventies door de bedrijfsarts	71
3.5.1 Klachtenmelding bij de bedrijfsarts	71
3.5.2 Diagnosestelling door de bedrijfsarts	72
3.5.3 Behandeling door de bedrijfsarts	76
3.5.4 Communicatie bedrijfsarts – huisarts en werkgever	79
3.5.5 Conclusie: de bedrijfsarts krijgt noch neemt de regie	80
3.6 Reïntegratie	81
3.6.1 Arbeidsongeschiktheid	81
3.6.2 Reïntegratieinspanningen	81

3.7 Conclusies	83
4. Motieven voor het indienen van schadeclaims	103
4.1 Motieven om een claim in te dienen	104
4.1.1 Theoretische achtergrond	104
4.1.2 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers	106
4.1.3 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers	107
4.1.4 Analyse	109
4.2 Effecten van de claim op werknemer en bedrijf	113
4.2.1 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers	113
4.2.2 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers	114
4.3 Stand van zaken anno 2008	115
4.3.1 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers	115
4.3.2 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers	116
4.4 Conclusies	117
Literatuur	119
Bijlagen	122
Bijlage 1: OPS en RSI	122
Bijlage 2: Trekking van dossiers en privacybescherming	127
Bijlage 3: Kenmerken van de steekproef	129
Bijlage 4: Korte gevalsbeschrijvingen OPS en RSI	137
Bijlage 5: Analyse kader dossieronderzoek	146
Bijlage 6: Bijeenkomst focusgroep	157
Bijlage 7: Samenstelling klankbordgroep	159
Bijlage 8: Vragenlijst ten behoeve van interviews	160
Bijlage 9: Lijsten van beroepsziekten	178
Bijlage 10: Vijfstappenplan voor de beoordeling van beroepsziekten	179
Bijlage 11: Beschrijvingen dossiers geïnterviewden	180





# 1. INLEIDING

Naar schatting lopen elk jaar 25.000 werknemers een beroepsziekte op.<sup>1</sup> Een deel van de getroffensten van beroepsziekten dient een schadeclaim in bij zijn (voormalig) werkgever. Het precieze aantal beroepsziekteclaims is onbekend<sup>2</sup>, maar alleen al het Bureau Beroepsziekten FNV heeft, sinds zijn oprichting in het jaar 2000, meer dan 4.000 aanmeldingen van veronderstelde beroepsziekten binnengekregen. In ruim 800 gevallen is een procedure gestart. De verwachting is dat het aantal letselschadeclaims de komende jaren zal stijgen – mede als gevolg van de versoering van de sociale zekerheid.

Er is, in dit licht, opmerkelijk weinig kennis over de factoren die ertoe leiden dat sommige gevallen van beroepsziekten uitmonden in financiële schade en uiteindelijk escaleren tot het indienen van een schadeclaim. Waarin onderscheiden deze ‘worst cases’ zich van andere gevallen van beroepsziekte die niet escaleren? Waar lagen mogelijkheden om escalatie te voorkomen? Wat is hierbij de rol van verschillende betrokkenen, zoals de werkgever en de bedrijfsarts? Op grond van een systematische analyse van *worst cases* zou veel geleerd kunnen worden over de mogelijkheden voor effectieve interventie: met name wààr en waarom partijen kansen op interventie hebben laten liggen. Een eerste aanzet om te leren van beroepsziekteclaims werd gegeven door een uitgave van Bureau Beroepsziekten FNV.<sup>3</sup> De voorliggende studie is, ten dele, een meer systematische uitwerking van deze eerste aanzet.

Voorts is (in Nederland) betrekkelijk weinig kennis voorhanden over de motieven en ervaringen van slachtoffers die een beroepsziekteclaim indienen. Met andere woorden: Wat zijn de kenmerken van slachtoffers die een letselschadeclaim indienen? Welke overwegingen hebben zij om een claim in te dienen? Welke mogelijkheden zijn er om het indienen van een claim te voorkomen? Zijn er andere mogelijkheden om slachtoffers te compenseren (bijvoorbeeld door adequate reïntegratie)? Wat zijn de ervaringen van slachtoffers tijdens het claimproces?

## 1.1. DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek ‘*Leerzame schadeclaims*’ beoogt antwoord te bieden op de hiervoor genoemde vragen. Doel van het onderzoek is primair het *verkrijgen van inzicht* in:

- de factoren die van invloed zijn op het ontstaan van beroepsziekten, i.c. van OPS en RSI;
- de mogelijkheden van verschillende betrokkenen (en met name bedrijfsartsen) om deze beroepsziekten te voorkomen;
- de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen;
- de mogelijkheden om het *indienen van claims* te voorkomen.

---

1 Spreeuwens 2009 (voor uitgebreidere referenties zie de Literatuurlijst)

2 Schattingen uit 2001 hebben een bijzonder brede onzekerheidsmarge: Van Ewijk et al, 2001

3 Eshuis & Van Eijck 2004

Naast het wetenschappelijk belang van het verkrijgen van inzicht beoogt het onderzoek versterking van de rol van bedrijfsartsen bij de preventie van beroepsziekten, door het samen met bedrijfsartsen op gang brengen van methodiekwontwikkeling. Hierbij is van belang dat bedrijfsartsen sleutelmomenten leren detecteren in het traject van preventie van beroepsziekten tot gevolgen van beroepsziekten, waaronder letselschadeclaims, en interventiemogelijkheden aangereikt krijgen.

Het tweede doel van het onderzoek is dan ook:

- methodiekwontwikkeling met het oog op de versterking van de rol van bedrijfsartsen bij de preventie van beroepsziekten.

Dit deel van het project wordt hier echter niet verder uitgewerkt, aangezien de methodiekwontwikkeling slechts een eerste aanzet betrof. Het voornemen bestaat om de eerste bevindingen nader uit te werken tot een module voor de opleiding van bedrijfsartsen.

## **1.2. VRAAGSTELLING**

Hierboven is in globale zin al een voorschot gegeven op de vraagstelling van het onderzoek. Meer specifiek zijn de vijf centrale onderzoeksvragen:

- I. Welke factoren zijn van invloed op het ontstaan en beloop van beroepsziekten, i.c. OPS en RSI?***
- II. Wat zijn de factoren die van invloed zijn op het al dan niet nemen van preventieve maatregelen?***

Factoren die hierbij in ogenschouw genomen worden, zijn:

- de arbeidsomstandigheden in het bedrijf;
- het arbeidsomstandighedenbeleid;
- de werknemer zelf (o.a. motivatie, persoonlijkheidskenmerken, levensgeschiedenis, coping);
- de sociale omgeving van de werknemer, zowel op het werk (opstelling werkgever, leidinggevende, rol ondernemingsraad, steun collega's) als in de privé-situatie (relatie, sociale structuur);
- de kwaliteit van het communicatieve proces tussen de verschillende actoren;
- de rol van de arbodienst (meer in het bijzonder van de bedrijfsarts).

De keuze voor deze factoren wordt nader uitgewerkt in § 2.4 (theoretisch kader).



### **III. Welke mogelijkheden zijn er om preventie in het kader van de sociaal-medische begeleiding te versterken?**

Een centrale rol in zowel het arbobeleid als de sociaal-medische begeleiding is weggelegd voor de bedrijfsarts. De bedrijfsarts zou signalen van beroepsziekten idealiter moeten aangrijpen als een aanleiding voor verbetering van arbeidsomstandigheden in het bedrijf (primaire preventie). Daarnaast heeft de bedrijfsarts als taak, door adequate sociaal-medische begeleiding, eventuele beroepsziekten zo vroeg mogelijk te signaleren en de duur van het ziekteverzuim te beperken (secundaire preventie) en uitstroom richting de arbeidsongeschiktheidsregelingen te voorkomen (tertiaire preventie)<sup>4</sup>. Daarnaast spelen ook andere zorgprofessionals, zoals huisartsen, medisch specialisten, paramedici en verzekeringsartsen een rol bij de sociaal-medische begeleiding. Deelvragen die in dit kader aan de orde komen, zijn:

- waar liggen voor bedrijfsartsen interventiemogelijkheden in het traject van blootstelling naar uiteindelijke letselschadeclaims?
- welke factoren bepalen of die mogelijkheden al dan niet worden benut?
- verschillen de diverse interventiemogelijkheden naar gelang de complexiteit van de ziekte (mono- of multifactorieel)?
- wat is de plaats van de bedrijfsarts in het systeem 'bedrijf', en welke mogelijkheden zijn er om de invloed van bedrijfsartsen op de procesvoering te versterken?
- heeft er terugkoppeling door de bedrijfsarts naar de betrokken bedrijven plaatsgevonden, meer in het bijzonder: wordt uit het ziektegeval lering getrokken om de arbeidsomstandigheden te verbeteren? En zo nee, waarom niet?
- welke aanpak is door de betrokken zorgprofessionals gevolgd?
- hoe was de onderlinge afstemming tussen de betrokken zorgprofessionals?

### **IV. Wat zijn de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen?**

#### **V. Hoe is het indienen van een claim te voorkomen?**

Deelvragen die in dit kader aan de orde komen zijn:

- wat zijn de *motieven* van de werknemer om een claim in te dienen (te denken valt enerzijds aan financiële overwegingen, anderzijds aan erkenning en rouwverwerking)?
- welke overige factoren hebben bij het indienen van een claim meegespeeld (bijvoorbeeld angst voor langdurige procedures of angst voor mogelijke repercussies bij een gecontinueerde arbeidsrelatie)?
- welke mogelijkheden zijn er om het indienen van een claim te voorkomen (bijvoorbeeld ruimere financiële compensatie, betere ziektebegeleiding/reïntegratie)?

---

<sup>4</sup> Onder tertiaire preventie wordt ook wel verstaan het adequaat behandelen van ziekte inclusief revalidatie Levy & Wegman, 2000

### **1.3. METHODE VAN ONDERZOEK**

Het onderzoek naar de deelvragen I-III is uitgevoerd middels een analyse van 37 dossiers van Bureau Beroepsziekten FNV. Deze dossiers besloegen over het algemeen vele tientallen (en soms honderden) pagina's, en bevatten onder meer het medisch journaal en informatie uit het zorgcircuit, een beschrijving van de arbeidsomstandigheden in de betrokken bedrijven, informatie van UWV, en correspondentie over de juridische procedure. De dossiers zijn geanalyseerd aan de hand van een gestructureerd analysekader, dat is ontleend aan het theoretisch kader in § 2.4. De bevindingen uit het dossieronderzoek zijn voorgelegd aan panels van bedrijfsartsen en een klankbordgroep van vertegerwoordigers uit het veld.

De deelvragen IV en V zijn onderzocht door middel van interviews met werknemers met een beroepsziekte van wie ook het dossier geanalyseerd was.

#### **Dossieronderzoek**

Aanvankelijk was voorzien dat vier klassen beroepsziekten zouden worden geanalyseerd: twee min of meer monocausale aandoeningen (lawaaidoofheid en OPS) en twee multifactoriële aandoeningen (RSI en burnout).

Om binnen de financiële kaders een voldoende robuust aantal cases per aandoening te kunnen analyseren, is ervoor gekozen om het onderzoek te beperken tot twee van de vier beoogde beroepsziekten: OPS en RSI. OPS staat Organisch Psycho Syndroom, een aandoening aan het zenuwstelsel als gevolg van langdurige blootstelling aan neurotoxische stoffen (in het bijzonder oplosmiddelen in o.a. verven, lijmen en drukinkten). Een andere aanduiding voor OPS is ook wel Chronische Toxische Encefalopathie (CTE). RSI staat voor Repetitive Strain Injury - een verzamelnaam voor werkgebonden klachten aan nek, schouders, armen of polsen (om die reden ook wel KANS genoemd). Belangrijke risicofactoren zijn repeterende bewegingen of langdurige statische belasting bij bijvoorbeeld beeldschermwerk. De keuze voor deze aandoeningen was vooral praktisch van aard: het aantal zaken rond lawaaidoofheid was te gering, zodat voor OPS is gekozen. De keuze voor RSI in plaats van burn out is ingegeven door het streven naar vergelijkbaarheid binnen de soort aandoening. Voor burn out was de diversiteit naar aard van de werkzaamheden toch te groot. Voor een meer uitgebreide beschrijving van de ziektebeelden OPS en RSI zie bijlage 1.

Uit de bestanden van Bureau Beroepsziekten FNV zijn 40 beroepsziektedossiers gelicht (over steekproeftrekking en privacyaspecten zie bijlage 2). Hierbij is de volgende indeling gemaakt:

- OPS ontstaan in arbeid met een mobiel karakter
- OPS ontstaan in arbeid op een vaste arbeidsplaats
- RSI ontstaan door werken met een beeldscherm
- RSI ontstaan in overige, veelal industriële arbeidssituaties

De tweedeling van OPS-dossiers is gebaseerd op het vermoeden dat preventiebeleid in mobiele situaties aanzienlijk zou kunnen verschillen van preventiebeleid op vaste werkplekken. Bij de

indeling van RSI-dossiers is de aard van de arbeid als criterium genomen: beeldschermwerk of industriële arbeid. Verwacht werd dat de werkzaamheden en de karakteristieken van de werknemers in deze twee situaties sterk zouden verschillen, hetgeen van betekenis zou kunnen zijn voor de analyse. De kenmerken van de steekproef zijn beschreven in bijlage 3.

Uiteindelijk zijn 37 dossiers bestudeerd, aangezien 3 RSI-dossiers niet bruikbaar bleken voor de analyse. Een korte karakterisering van alle dossiers is opgenomen in bijlage 4.

De dossiers zijn geanalyseerd aan de hand van een gestructureerd analysekader (zie bijlage 5). Door te werken vanuit één analysekader werd de uniformiteit en vergelijkbaarheid van de bevindingen op caseniveau bevorderd.

Uiteindelijk zijn de 37 dossiers geanalyseerd door in totaal negen onderzoekers. Door betrokkenheid van wetenschappers met verschillende achtergronden, ook wel onderzoekerstriangulatie genoemd, is gepoogd eventuele subjectiviteit in de beoordeling van de dossiers zoveel mogelijk uit te sluiten. Elk dossier is beoordeeld door twee onderzoekers, die elk een verschillende invalshoek hadden: een arbeidsgezondheidkundige – respectievelijk een sociologisch/juridische invalshoek. Zo is niet alleen de individuele subjectiviteit van de afzonderlijke onderzoekers beteugeld, maar ook zoveel als mogelijk ook de eventuele ‘beroepsblindheid’ van de diverse deskundigheden.

### **Representativiteit**

Benadrukt moet worden dat het onderzoek plaats heeft gevonden onder een zeer beperkte groep werknemers met een beroepsziekte. Zoals tabel 1.3 laat zien, vormen de dossiers slechts een fractie van het totaal aantal geregistreerde beroepsziekten in dezelfde periode (laat staan van het aantal niet-geregistreerde beroepsziekten), van het totaal aantal RSI- en OPS-registraties én van het totaal aantal aangemelde dossiers bij BBZ.<sup>5</sup> In statistische zin is het voorliggende onderzoek dus zeker *niet representatief* voor alle beroepsziekten in Nederland, en ook niet van de beroepsziekten waarbij een claim is ingediend.

Representativiteit is uitdrukkelijk ook niet beoogd. De bedoeling was wél om te *leren* van de dossiers. De dossiers worden beschouwd als een weerslag van een of meerdere *worst case scenarios*. Met andere woorden: het gaat om werknemers die gedurende kortere of langere tijd arbeid hebben verricht, die ziek zijn uitgevallen, zich hebben gemeld bij Bureau Beroepsziekten FNV, wier claim is onderzocht en voor wie door een verzekeraar een schadevergoeding is betaald.

Overigens kan, wat betreft de betrokken bedrijven, gesteld worden dat deze behoorlijk van elkaar verschillen – zowel qua sector, locatie, arbeidsorganisatie (bijvoorbeeld medezeggenschap, CAO) als qua omvang. Dit betekent niet dat daarmee de populatie representatief is voor de situatie in heel Nederland, maar het is in ieder geval wel een indicatie dat niet sprake is van een zeer eenzijdige selectie van bedrijven, die om die reden voor een vertekening van de uitkomsten gevreesd moet worden. Een uitgebreidere beschrijving van de bedrijven is opgenomen in bijlage 3.

---

<sup>5</sup> Het Centrum voor Verzekeringsstatistiek (CvS) kon bij navraag geen mededeling doen over het totaal aantal letselschadeclaims dat bij verzekeraars in behandeling is, zodat niet kan worden ingeschat in hoeverre de populatie uit het onderzoek dekkend is voor de totale populatie van werknemers die een schadeclaim indienen.

Het onderzoek onder de 37 dossiers is verkennend, exploratief van aard. Door middel van de bestudering van de worst cases kan worden achterhaald onder welke omstandigheden beroepsziekten ontstaan, welke interventies zijn uitgebleven of zelfs welke foute interventies zijn gepleegd. Het onderzoek is niet verklarend van aard, dat wil zeggen met het onderzoek kan geen sluitende verklaring worden gegeven voor het ontstaan van deze beroepsziekten. Wel kan inzicht worden geboden in de invloedsfactoren (zoals soort werk, blootstelling, verhouding werkgever-werknemer, aanpak van bedrijfsarts) en de onderlinge relatie van die factoren.

Het onderzoek vond plaats door intensieve bestudering van het beschikbare materiaal. Methoden van intensief onderzoek zijn vooral van nut bij het ontrafelen van complexe sociale problemen, dat wil zeggen problemen waarbij verschillende actoren in het geding zijn en waarbij verschillende factoren een rol kunnen spelen. Intensief onderzoek kan helpen met het opsporen van patronen in het handelen van betrokkenen.

**Tabel 1.3: overzicht onderzoekspopulatie ten opzichte van totale populatie**

	Alle beroepsziekten	RSI	OPS/CTE
1. Aantal meldingen NcvB 2000 t/m 2007	45.946  (5.300 tot 6.000 per jaar)	13.621  (daling van 3.011 in 2000 naar 889 in 2007)	2666 intakes bij Solvent Team, waarvan 411 daadwerkelijk gediagnostiseerd als CTE
2. aantal meldingen BBZ (1 mei 2000 - 1 september 2007)	3654	1086 (waarvan 319 in combinatie met andere aandoeningen)	330 (242 alleen OPS, 88 in combinatie met andere aandoeningen)
3. aantal ingediende claims BBZ (2000-2007)	868	362	74
4. aantal afgeronde claims BBZ (01-09-2007)	262	112	48
5. onderzochte populatie		17	20
6. totaal aantal compensaties	geen mededeling Centrum voor Verzekeringsstatistiek	geen mededeling Centrum voor Verzekeringsstatistiek	geen mededeling Centrum voor Verzekeringsstatistiek
Aard beroepsziekte		multicausaal	monocausaal
Aard populatie m/v		mannen én vrouwen	voornamelijk mannen
Aard populatie (opleiding)		hoog en laaggeschoold  industrie en kantoor	voornamelijk laaggeschoolde (vak) lieden
Categoriën in onderzoek en aantallen onderzochte dossiers per categorie		1.Beeldschermwerk (9)  2.Industrieel werk (8)	1.Mobiele werkplekken (10) 2.Vaste werkplekken (10)

### ***Focusgroepen en klankbordgroep***

Hoewel in statistische zin geen aanspraak kan worden gemaakt op representativiteit, is getracht na te gaan in hoeverre de *worst cases* inhoudelijk wel ‘representatief’ zijn voor de gang van zaken rond beroepsziekten in het algemeen. Hiertoe zijn de bevindingen uit het onderzoek getoetst aan de ervaringen van partijen uit het veld: bedrijfsartsen én vertegenwoordigers van van belanghebbenden (zoals patiëntenverenigingen en verzekeraars). In methodologische terminologie is sprake van een ‘peer review’.

Op 24 november 2008 zijn de eerste bevindingen van het dossieronderzoek voorgelegd aan een focusgroep van ervaren bedrijfsartsen. Doel van deze bijeenkomst was om na te gaan of en in hoeverre de onderzochte ‘worst cases’ representatief zijn voor de bedrijfsartsenpraktijk. Tevens wilde de projectgroep nagaan of de conclusies van de projectgroep herkenbaar waren voor de aanwezige bedrijfsartsen. Een beschrijving van deze bijeenkomst is opgenomen in bijlage 6.

Voorts zijn op 16 december 2008 respectievelijk 12 maart 2009 workshops gegeven ten behoeve van een ‘Werkgroep intercollegiale toetsing’ van bedrijfsartsen respectievelijk het ‘Netwerk Richtlijnen Bedrijfsgezondheidszorg’ van de NVAB. Tijdens deze bijeenkomsten is casuïstiek voorgelegd met de vraag wat men hiervan zou kunnen leren. Ook is gesproken over verklaringen voor de handelwijze van bedrijfsartsen en hoe een vertaalslag gemaakt zou kunnen worden van de *worst cases* naar verbeteringen in de bedrijfsartsenpraktijk.

Ten slotte zijn de bevindingen voorgelegd aan een klankbordgroep van vertegenwoordigers uit het veld (zie bijlage 7).

Uitkomst van de genoemde bijeenkomsten was dat alle betrokken ‘peers’ zich goed konden herkennen in het algemene beeld dat uit de dossieranalyses naar boven kwam. De bevindingen uit de bijeenkomsten met bedrijfsartsen zijn, waar zinvol of illustratief, verwerkt in hoofdstuk 3.

### ***‘Member’s check’ door geïnterviewden***

Een andere mogelijkheid om de kwaliteit van onderzoek te waarborgen, is een zogeheten member’s check: het voorleggen van de uitkomsten aan de ‘onderzoeksubjecten’ – in casu de betrokken werknemers. Dit was in het voorliggende onderzoek echter lastig: het betrof immers geanonimiseerde dossiers.

De betrokkenen zijn echter wél door het Bureau Beroepsziekten FNV aangeschreven met de vraag of zij wilden meewerken aan interviews. In totaal hebben 16 van de aangeschreven personen zich bereid verklaard aan de interviews mee te werken (zie hieronder). Praktisch gezien was het dus wel mogelijk geweest de respondenten de uitkomsten van het dossieronderzoek voor te leggen. Het leek het onderzoeksteam evenwel verkieslijk de toch al uitgebreide interviews hiermee niet te belasten. Bovendien zou een dergelijke aanpak een methodologische vertekening met zich kunnen brengen – in sommige gevallen zou het dossieronderzoek immers wél en in andere níet geconfronteerd worden met een andere bron (in casu de directe inbreng van de betrokkenen). Dat zou de vergelijkbaarheid van de cases wellicht verstoren. Bovendien zou voor een goede member’s check ook de opvatting van de betrokken werkgevers en bedrijfsartsen gevraagd moeten worden.

Om deze reden is, ook in de incidentele gevallen dat ongevraagd uit de interviews bleek dat de betrokkene een andere visie op 'de' werkelijkheid had dan uit het dossier naar voren kwam, ervoor gekozen de analyse van de dossiers niet aan deze andere visie aan te passen.

### **Interviews**

De vragen over de motieven van werknemers om een claim in te dienen (onderzoeksvragen IV en V) zijn beantwoord door middel van een aantal interviews met werknemers die ook in de dossierstudie een rol speelden. Van de 37 werknemers uit de geanalyseerde dossiers zijn uiteindelijk 16 personen betrokken bij het interview. Van de 16 interviews hadden er 4 betrekking op RSI industrie (50% respons), 2 op RSI beeldscherm (22%), 4 op OPS mobiel (40%) en 6 op OPS stationair (60%). Een uitgebreidere beschrijving van de responsgroep is te vinden in hoofdstuk 4, waar de bevindingen van de interviews worden gepresenteerd.

Dat het aantal interviews (16) lager ligt dan het aantal geanalyseerde dossiers (37) is eenvoudig te verklaren. Een deel van de betrokkenen wenste namelijk niet mee te werken aan een interview, terwijl in andere gevallen in het geheel geen reactie is ontvangen op het interviewverzoek en de herinneringsbrief. Dit is begrijpelijk omdat het voor betrokkenen vaak vervelend zal zijn om opnieuw geconfronteerd te worden met gebeurtenissen uit het verleden.

De interviews zijn gehouden in de maanden juli, augustus en september 2008. Zij werden afgenomen door onderzoekers Schaapman, Eshuis en Philipsen. De interviews zijn gehouden aan de hand van een gestructureerde vragenlijst (bijlage 8). De vragenlijst is in eerste instantie ontwikkeld door de interviewers, en ter commentaar voorgelegd aan de andere onderzoekers die betrokken waren bij het hele project.

De vragenlijst is niet vooraf aan de respondenten verstuurd, om eventuele bias in de vorm van "gewenste" antwoorden te voorkomen. Overigens was er tijdens de interviews nog voldoende ruimte om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan of zaken te bespreken die niet expliciet in de vragenlijst zijn opgenomen.

Het belangrijkste deel van de vragenlijst betrof de motieven van betrokkene om een claim in te dienen bij diens werkgever en de visie van de betrokkene op het verloop van de procedure. Deze vragen werden eerst als open vraag gesteld. Daarna werd telkens een 'checklist' met motieven aan de betrokkene voorgehouden. In de praktijk bleek dat op basis van de open vragen de meeste gevraagde informatie reeds naar boven kwam – en soms meer dan dat. Ook de vraag of, in het concrete geval volgens de betrokkene mogelijkheden waren geweest die het indienen van een claim hadden kunnen voorkomen, is eerst als open vraag gesteld, waarna voor de volledigheid een checklist met mogelijke antwoorden werd doorgenomen.

Bij het interview werd tevens gevraagd hoe het thans is gesteld met het bedrijf waartegen een claim was ingediend. Belangrijke vraag hierbij was meer algemeen of de claim enig effect heeft gehad op het gedrag (preventiebeleid binnen bedrijf) van de betrokken werkgever. In de praktijk bleek deze vraag lastig te beantwoorden, omdat er meestal geen contact meer is tussen betrokkene en bedrijf.

## **1.4. OPBOUW VAN HET RAPPORT**

Dit rapport is als volgt opgebouwd.

In hoofdstuk 2 wordt een korte schets gegeven van de achtergronden die bij het onderzoek in ogenschouw genomen zijn. Hierbij wordt met name aandacht besteed aan de filosofie achter de wetgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden en sociale zekerheid, de verantwoordelijkheden van de werkgever op het gebied van veiligheid en gezondheid en de rol van de bedrijfsarts terzake. Ook wordt een eenvoudig theoretisch kader geschetst dat leidend was bij de ontwikkeling van het analysekader voor het dossieronderzoek.

Hoofdstuk 3 doet verslag van de bevindingen uit het dossieronderzoek. De dossiers waren, zoals gezegd, veelal omvangrijk én informatierijk. Het hoofdstuk is een poging om de vele informatie op een zo gecondenseerd mogelijke wijze weer te geven en daarbij toch recht te doen aan de diversiteit tussen de 37 dossiers. Er is dan ook gekozen voor een combinatie van semi-kwantitatieve gegevens (waar mogelijk in grafiekvorm) én illustratieve casebeschrijvingen.

Hoofdstuk 4 geeft een samenvatting van de interviews met betrokken werknemers.

Na de presentatie het eigenlijke onderzoek volgen alle bijlagen, waaronder de beschrijving van het analysekader én de volledige interviewlijst.





## 2. THEORETISCH KADER

Het onderhavige onderzoek richt zich op letselschadeclaims naar aanleiding van bepaalde beroepsziekten. Een beroepsziekte is een aandoening die geheel of gedeeltelijk wordt veroorzaakt door werk of arbeidsomstandigheden.<sup>6</sup> Een groot deel van de beroepsziekten is vermijdbaar door goede preventie en zorg. Ten eerste kan hierbij gedacht worden aan verbetering van de arbeidsomstandigheden, teneinde risico's te verminderen en de gezondheid van werknemers te beschermen (primaire preventie). Ten tweede kan worden gedacht aan vroegtijdige herkenning van eventuele gezondheidsschade door bijvoorbeeld periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) of preventief medisch onderzoek (PMO): indien in een vroeg stadium gezondheidsschade wordt vastgesteld, kan snel worden ingegrepen om verdere verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen. Ook het spreekuur van de bedrijfsarts kan een belangrijk instrument zijn om beroepsziekten vroegtijdig te onderkennen. Vroegtijdige opsporing en behandeling worden wel gezien als 'secundaire preventie'. Ten derde kan, door adequate (sociaal-)medische begeleiding en reïntegratie, definitieve uitval worden voorkomen – en daarmee ook de aanleiding voor het indienen van schadeclaims.

In het geval van een beroepsziekte is kennelijk sprake geweest van onvoldoende primaire preventie. In gevallen dat de beroepsziekte uiteindelijk uitmondt in een letselschadeclaim, vrijwel altijd na blijvende arbeidsongeschiktheid, is kennelijk ook sprake geweest van onvoldoende adequate zorg. Zeker in arbeidsorganisaties waarin regelmatig werknemers uitvallen of zelfs arbeidsongeschikt raken, kan worden aangenomen dat deze arbeidsorganisaties onvoldoende *leren* van de ziektegevallen. Zowel de arbo-wetgeving als aanpalende regelgeving beoogt echter juist expliciet om *leren* in het hart van het arbo- en verzuimbeleid te plaatsen. Ook de 'Wet instroomcijfers WAO' (Stb. 2002, 647), die uitvoeringsorganisatie UWV verplichtte instroomcijfers van grote bedrijven te publiceren, beoogde expliciet dat openbaarmaking van die cijfer bedrijven ertoe zou aanzetten "activiteiten te ontplooiën ten aanzien van preventie-, arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid".<sup>7</sup>

Arbidsongeschiktheid, in dit verband met name ook het vóórkomen van beroepsziekten, is een aanleiding voor bedrijven om te *leren* hoe zij herhaling kunnen voorkomen en op een meer adequate wijze de gezondheid van hun werknemers kunnen beschermen. Dit is tevens één van de doelstellingen van het onderhavige onderzoek: *leren* van 'worst cases'.

In dit hoofdstuk wordt aangegeven welke elementen van *leren* zijn opgenomen in de huidige wet- en regelgeving (§ 2.2) en welke verantwoordelijkheden werkgevers respectievelijk bedrijfsartsen in dit verband hebben (§ 2.3. en 2.4). Voorts wordt, in § 2.4, een theoretisch kader geschetst dat de basis vormt voor de dossieronderzoeken. In § 2.1 wordt echter eerst een korte introductie gegeven op de problematiek van beroepsziekten, in het bijzonder RSI en OPS.

---

<sup>6</sup> Van der Laan 2004

<sup>7</sup> Kamerstukken II, 2001–2002, 28 159, nr. 3. In 2003 en 2004 publiceerde uitvoeringsorganisatie UWV op grond van de wet, uitstroomcijfers van grote organisaties met een hoge uitstroom naar de WAO. De regeling werd ingetrokken in 2006 (Stb. 2006, 223).

## 2.1 BEROEPSZIEKTEN

### Definitie

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). Het NCvB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten) hanteert een ruimere, bedrijfsgezondheidskundige definitie, te weten: “een klinisch waarneembare aandoening die in overwegende mate door het werk of arbeidsomstandigheden is veroorzaakt”.<sup>8</sup> Deze definitie heeft een expliciet preventief doel: het vaststellen van een relatie met de arbeid moet gezien worden als een signaal voor het nemen van preventieve maatregelen.

Of sprake is van een beroepsziekte hangt echter mede af van de wijze waarop naar de beroepsziekte wordt gekeken: vanuit preventief/gezondheidskundig of vanuit verzekeringstechnisch/juridisch perspectief. Vanuit preventief oogpunt is wetenschappelijke en maatschappelijke erkenning belangrijk, vanuit verzekeringstechnisch/juridisch oogpunt is wettelijke erkenning belangrijk. Voor dit laatste zijn, zeker in sommige landen waarin een aparte regeling voor beroepsziekten bestaat, meestal ook limitatieve lijsten met beroepsziekten opgesteld. Deze lijsten bevatten soms gedetailleerde criteriadocumenten, waarin als het ware de polisvoorwaarden omschreven staan (zie bijlage 9).<sup>9</sup>

### Het vaststellen van beroepsziekten

Of daadwerkelijk sprake is van een beroepsziekte, is bij systemen die gebaseerd zijn op lijsten betrekkelijk eenvoudig te beoordelen. In Duitsland, bijvoorbeeld, kan een ziekte als beroepsziekte worden beschouwd indien er door de overheid een 'Berufskrankheitverordnung' is vastgesteld. In een dergelijke Verordnung staan duidelijk de criteria vermeld waaraan een ziekte moet voldoen. Indien een aandoening geen onderwerp is van de Verordnung, is geen sprake van een beroepsziekte. In het Duitse systeem is er dus een duidelijke lijst van beroepsziekten met duidelijke criteria. Als sprake is van een beroepsziekte geeft dit recht op extra financiële compensatie in geval van arbeidsongeschiktheid.<sup>10</sup>

Een noodzakelijke basisvoorwaarde bij een lijstensysteem is natuurlijk nog wel een goede gevalbeoordeling volgens onomstreden criteria. Bij de beoordeling van een werknemer met een mogelijke beroepsziekte dient systematisch een aantal aspecten in beeld te worden gebracht: medische diagnostiek, vaststelling van de blootstelling, de aannemelijkheid van een causaal verband, het afwegen van andere mogelijke verklaringen. Tenslotte dienen conclusies te worden getrokken en kan worden geadviseerd over adequate behandeling én preventie van nieuwe gevallen. Een en ander vergt goede criteriadocumenten en protocollen voor de beoordeling van zo'n beroepsziekte, vaak in een multidisciplinaire setting.

---

<sup>8</sup> Men spreekt hierbij wel van werkgebonden aandoeningen. Aandoeningen met meer dan één oorzaak kunnen ook als werkgebonden worden aangemerkt.

<sup>9</sup> Van der Laan & Gryglicki 2006

<sup>10</sup> Voor ziektes die niet op de lijst staan maar waarvan wel een causale relatie met het werk kan worden vastgesteld, is echter wel erkenning als 'Quasiberufskrankheit' mogelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor gevallen van beroepsastma als gevolg van een nieuwe stof waar provocatietesten de causaliteit aantonen

In Nederland bestaat geen wettelijke erkenning van specifieke beroepsziekten. Vaststelling of sprake is van een beroepsziekte, bijvoorbeeld in verband met een eventuele letselschadeclaim, stelt daarom zeker zulke hoge eisen aan de diagnostiek als in landen met een lijstensysteem. De registratierichtlijnen van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten geven voor alle ziektes op de Europese lijst van beroepsziekten een duidelijke omschrijving met meldingscriteria.

Voor een aantal aandoeningen, waaronder OPS en RSI, bestaan uitgebreide protocollen c.q. richtlijnen. Voor RSI bijvoorbeeld bestaat een richtlijn, gebaseerd op een internationaal consensusdocument.<sup>11</sup> Voor het vaststellen van OPS wordt een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd met psychiatrische screening door middel van een semi-gestructureerd interview, en klinische neuropsychologische tests. Ook wordt een neurologisch onderzoek verricht en wordt de blootstelling aan oplosmiddelen zo goed mogelijk in kaart gebracht.

In hoofdlijnen geschiedt de systematische beoordeling van (mogelijke) beroepsziekten door de bedrijfsarts aan de hand van vijf opeenvolgende stappen<sup>12</sup>:

1. Vaststellen van *gezondheidsschade*.  
De ziekte moet worden herkend, beschreven en waar mogelijk geobjectiveerd. Door eigen onderzoek en door het opvragen van gegevens en overleg met huisarts of specialist moet inzicht in de aard van de aandoening worden verkregen.
2. Het vaststellen van de *relatie met arbeid*.  
Onderzocht wordt of over de relatie tussen ziekte en werk al iets bekend is binnen het bedrijf, bijvoorbeeld collega's met dezelfde klachten.
3. Het vaststellen van de *blootstelling*.  
Dit kan gebeuren door een systematische beroepsanamnese zodat een goede schatting van de blootstelling gemaakt kan worden. Verdwijnen de klachten na beëindiging van de blootstelling? Verergeren de klachten in de loop van de werkweek? Zijn de klachten ontstaan in aansluiting op een verandering in het werk? Soms is het ook nodig gericht onderzoek op de werkplek te laten uitvoeren of de oude werksituatie te reconstrueren.
4. *Differentiaal diagnose* (zijn er andere verklaringen mogelijk?)
5. Er moet een *conclusie* getrokken worden, geformuleerd in termen van waarschijnlijk, mogelijk of onwaarschijnlijk.

Voor een uitgebreide beschrijving van deze beoordelingssystematiek zie bijlage 10.

## Causaliteit

Niet alleen bij het *vaststellen* van een mogelijke beroepsziekte voor bijvoorbeeld het indienen van een letselschadeclaim speelt de causaliteit een centrale rol. Ook het *leren* van schadeclaims impliceert dat sprake is van een bepaalde causaliteit: preventie wordt bereikt door het wegnemen van de oorzaak. De relatie tussen ziekte en werk is echter niet bij alle beroepsziekten even sterk en eenduidig. Bovendien, doordat de gezondheidskundige en verzekeringstechnisch/juridische perspectieven verschillen, kan verschil van inzicht ontstaan

---

<sup>11</sup> Colombini 2001

<sup>12</sup> Van der Laan & Bier 2002

over de mate van causaliteit: aangezien causaliteit in het kader van aansprakelijkheidsstelling een cruciale schakel is tussen het ontstaan van ziekte en eventuele schadeplichtigheid (zie kader), kunnen bedrijven en/of hun verzekeraar geneigd zijn de causaliteit te ontkennen. Dit kan een hindernis vormen voor het in gang zetten van leertrajecten. In de dossiers die zijn bekeken in het kader van het voorliggende onderzoek, is echter sprake van een toegewezen claim (waarbij de causaliteit door de rechter is aangenomen) of een minnelijke schikking (waarbij causaliteit kennelijk ook door de verzekeraar en de werkgever niet evident onaannemelijk is bevonden).

**KADER: STAPPEN IN AANSPRAKELIJKHEIDSKWESTIES**

In aansprakelijkheidskwesties rond beroepsziekten dient de werknemer te stellen en aannemelijk te maken dat:

1. sprake is van schade aan de gezondheid
2. als gevolg van de uitoefening van de werkzaamheden (causaliteit), en
3. de werkgever is tekortgeschoten in zijn zorgplicht

Het aantonen van de causaliteit vergt in ieder geval dat sprake is van een *mogelijke* relatie met blootstelling tijdens het werk, waarbij de zwaarte van de bewijsvoering enigermate afhankelijk is van het type blootstelling. Bij blootstelling aan gevaarlijke stoffen brengen de redelijkheid en billijkheid met zich dat de gevolgen van het bewijsrisico bij de werkgever liggen (HR 17/11/2000; Unilever/Dikmans). Bij andere beroepsziekten ligt de bewijsplicht meer aan de kant van de werknemer.

De werkgever kan zich in voorkomende gevallen onder meer verdedigen door

1. de causaliteit te betwisten,
2. aan te tonen dat hij niet is tekortgeschoten in zijn zorgplicht, of
3. aan te tonen dat de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

Voor het onderhavige onderzoek kan dus worden uitgegaan van de volgende situatie. In de 37 dossiers is sprake van een beroepsziekte, dus van “een klinisch waarneembare aandoening die in overwegende mate door het werk of arbeidsomstandigheden is veroorzaakt”. Dat is een aanleiding om te leren: er is immers waarschijnlijk sprake van een tekortschieten bij de werkgever in diens verantwoordelijkheid voor gezonde arbeidsomstandigheden én mogelijk ook van inadequaat sociaal-medisch handelen. In de volgende paragrafen wordt kort aangegeven welke verantwoordelijkheden de werkgever respectievelijk de bedrijfsarts hebben bij het voorkomen van beroepsziekten én het voorkomen van definitieve uitval.

## 2.2 DE ARBOWET ALS AANJAGER VAN LEERPROCESSEN?

De verantwoordelijkheden van de werkgever op het gebied van arbeidsomstandigheden zijn goeddeels neergelegd in de Arbeidsomstandighedenwet (alsook in art. 7:658 BW). Daarnaast dient de werkgever zich te houden aan de bepalingen in met name het Arbeidsomstandighedenbesluit. Ook de positie van de bedrijfsarts wordt voor een belangrijk deel bepaald door de arbowetgeving, en daarnaast onder meer door de Wet Verbetering Poortwachter.

### De verantwoordelijkheden van de werkgever

De kern van de verantwoordelijkheidsverdeling rond veiligheid en gezondheid was reeds vastgelegd in de Arbowet van 1980 (*Stb.* 1980, 664):

- de werkgever heeft een algemene zorgplicht om zorg te dragen voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden
- hij dient hiertoe een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren
- in samenwerking met de werknemers(vertegenwoordigers)
- het beleid dient te worden aangepast indien veranderingen in de werkzaamheden of nieuwe technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

In de periode tussen 1994 en 2002 is het wettelijk kader echter tamelijk ingrijpend gewijzigd. Een eerste aanzet hiertoe werd gegeven in 1994, toen de Arbowet werd aangepast naar aanleiding de implementatie van de Europese Richtlijn 89/391/EG, ofwel de Kaderrichtlijn betreffende de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk. Deze kaderrichtlijn introduceerde een aantal nieuwe elementen in de Arbowet:

- de verplichting tot het uitvoeren van een risico-inventarisatie en -evaluatie en, bij de aanwezigheid van risico's, het opstellen van een plan van aanpak om die risico's weg te nemen of te beheersen;
- de verplichting voor de werkgever om zich bij de bescherming tegen en preventie van beroepsrisico's te laten bijstaan door één of meer deskundige werknemers (veelal preventiemedewerker genoemd);
- indien die deskundigheid in het bedrijf niet te organiseren valt, de verplichting om deskundigen (personen of diensten) van buiten het bedrijf en/of de inrichting in te huren – in Nederland veelal in de vorm van een arbodienst.

De filosofie achter de Kaderrichtlijn was te komen tot een systeem dat gericht is op *preventie* van werkgerelateerde schade en *leren* van eventuele gesignaleerde tekortkomingen of risico's. Met name de koppeling in de Arbowet van de risico-inventarisatie aan een plan van aanpak en, tot 2007, aan de verplichting om jaarlijks over de voortgang van dat plan van aanpak te rapporteren, was gefundeerd op de gedachte van permanente verbetering van de arbeidsomstandigheden – het bewerkstelligen van lerend vermogen binnen ondernemingen.

Waar risico's worden gesignaleerd middels de RI&E, is de bedoeling dat er adequate maatregelen worden genomen om het gesignaleerde risico in de toekomst weg te nemen of, indien dit niet mogelijk is, door adequate beheersmaatregelen de restrisico's voor de gezondheid te beperken.<sup>13</sup> Hierbij dient de werkgever idealiter te kiezen voor de zogeheten arbeidshygiënische strategie, die overigens ook al in de eerdere Arbowet was voorgeschreven. Deze arbeidshygiënische strategie behelst dat risico's zoveel mogelijk bij de bron moeten worden voorkomen en dat, indien dit niet kan, gekozen moet worden voor maatregelen die het collectief van werknemers beschermen. Indien dit niet mogelijk is, dient de werkgever individuerichte maatregelen te treffen – waarbij het uitreiken van persoonlijke beschermingsmiddelen als laatste stap wordt gezien. De koppeling van de beleidsverplichtingen van de werkgever aan de arbeidshygiënische strategie geeft aan dat de Arbowet in eerste instantie aanstuurt op preventie (aan de bron), en pas in tweede instantie op risicobeheersing.

#### **Materiewetgeving rond OPS en RSI**

Hoewel de Arbowet in essentie een systeem van arbozorg definieert, vormt hij ook het kader voor meer inhoudelijke regels. Deze zijn veelal neergelegd in het Arbobesluit en de Arboregeling. Het Arbobesluit bevat ook specifieke regels rond OPS en RSI.

#### **OPS**

OPS kan ontstaan door blootstelling aan vluchtige organische stoffen (met name in oplosmiddelen). Artikel 4.62b van het Arbobesluit behelst een verplichting om producten die dergelijke stoffen bevatten te vervangen door oplosmiddelarme alternatieven. Om welke producten het gaat, is nader uitgewerkt in § 4.8a van de Arboregeling. Gedacht moet worden aan onder meer oplosmiddelrijke lijmen en verven in binnensituaties, reinigingsmiddelen in offset- en zeefdrukkerijen, en lakken in autoherstelbedrijven.

De vervangingsplicht is ingevoerd per 1 januari 2000 (*Stb.* 1999, 105). Sinds 2000 is het aantal meldingen van OPS/CTE bij het Solvent Team gedaald (zie grafiek 2.2).

#### **RSI**

RSI-klachten kunnen ontstaan door langdurige statische belasting of door frequent repeterende bewegingen. Omtrent dit laatste onderwerp bepaalde artikel 3 van de Arbowet tot 1998: "ongevarieerde, zich in een kort tijdsbestek herhalende arbeid en arbeid waarbij het tempo door een machine of een lopende band op een zodanige wijze wordt beheerst dat de werknemer zelf verhinderd wordt het tempo van de arbeid te beïnvloeden, moeten, zoveel als redelijkerwijs kan worden gevegd, worden vermeden; indien dergelijke arbeid niet of onvoldoende kan worden vermeden, moet de werkgever deze door andersoortige arbeid of pauzes regelmatig afwisselen." In 1998 is deze bepaling verengd tot "monotone en tempogebonden arbeid wordt, zoveel als redelijkerwijs kan worden gevegd, vermeden dan wel, indien dat niet mogelijk is, beperkt", waarmee repeterende arbeid niet langer specifiek wordt benoemd.

Op het gebied van beeldschermwerk zijn specifieke regels opgenomen in art. 5.10 van het Arbeidsomstandighedenbesluit: "De arbeid aan een beeldscherm is zodanig georganiseerd dat deze arbeid telkens na ten hoogste twee achtereenvolgende uren wordt afgewisseld door andersoortige arbeid of door een rusttijd, zodanig dat de belasting van het verrichten van de arbeid aan een beeldscherm wordt verlicht."

---

13 Een indicatie dat de Arbowet mede gericht was op leren binnen organisaties, was de verplichting (tot 2007) om een register bij te houden van ongevallen met verzuim. Dit register diende onderdeel uit te maken van de risico-inventarisatie en –evaluatie. Vgl. Van der Poest Clement & Boere 2004

## Verzuimbeleid en de positie van de arbodienst

Het aspect van *leren* is ook terug te vinden in de (oorspronkelijke) vormgeving en positionering van de arbodienst bij de wetwijziging van 1994. Hoewel de arbodienst in eerste instantie is geïntroduceerd als Nederlandse invulling van de verplichtingen in de Kaderrichtlijn, is de wijze waarop deze arbodienst is vormgegeven niet los te zien van de wetgeving op het gebied van verzuimbeheersing. Zoals gezegd verplicht de Kaderrichtlijn de werkgever om zich bij de bescherming tegen en preventie van beroepsrisico's te laten bijstaan door één of meer deskundige werknemers en, indien die deskundigheid in het bedrijf niet te organiseren valt, door deskundigen (personen of diensten) van buiten het bedrijf (art. 7 KR). Het gaat dus om ondersteuning bij '*bescherming tegen en preventie van beroepsrisico's*'. In Nederland resulteerde dit in verplichte ondersteuning door een gecertificeerde arbodienst. Deze gecertificeerde arbodienst diende te beschikken over ten minste vier deskundigheden – veiligheidskunde, arbeidshygiëne, deskundigheid op het gebied van arbeid en organisatie, én bedrijfsartsen.

Het idee achter deze *multidisciplinaire* arbodiensten was dat binnen deze diensten een link zou moeten worden gelegd tussen ziekteverzuim en de eventuele veiligheidskundige, arbeidshygiënische of organisatorische risico's die tot dat verzuim hebben geleid. Een goede analyse van de (werkgebonden) oorzaken van het verzuim zou idealiter tot *preventie* moeten leiden. Hiertoe had de bedrijfsarts, naast zijn taak rond de verzuimbegeleiding, een aantal instrumenten tot zijn beschikking – in het bijzonder het arbeidsgezondheidskundig onderzoek en het arbeidsomstandighedenprekeuur.

De wijziging van de Arbowet in 1994 ging gepaard aan de gelijktijdige introductie van wetgeving gericht op terugdringing van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén van de meest in het oog springende maatregelen is de introductie van financiële prikkels, onder meer in de vorm van loondoorbetaling bij ziekte. Aanvankelijk (1994) ging het om een loondoorbetalingsplicht voor een periode van twee tot zes weken, maar reeds in 1996 werd deze loondoorbetalingsplicht verlengd tot één jaar (en in 2004 tot twee jaar).<sup>14</sup> Het idee achter deze financiële prikkels was dat, door het toegenomen financiële belang van ziektepreventie, werkgevers eerder bereid zouden zijn te investeren in verbetering van de arbeidsomstandigheden.

In de praktijk echter is de link tussen verzuim en preventie slechts in beperkte mate van de grond gekomen. Het accent binnen de meeste arbodiensten is zeer sterk komen te liggen op verzuimbegeleiding en verzuimcontrole (hoewel de Arbowet op dit laatste punt juist niets voorschrijft<sup>15</sup>). Verzuimreductie wordt vooral beoogd door middel van snelle werkhervatting. De logische link tussen bedrijfsgezondheidszorg en de andere arbodisciplines is waarschijnlijk nog meer verbroken door de wijziging van de Arbowet in 2005, die werkgevers meer ruimte bood voor 'maatwerk' in de arbodienstverlening. Werkgevers hoeven zich niet meer aan te sluiten bij

---

14 Wet Terugdringing Ziekteverzuim (Stb. 1993, 750). Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Stb. 1996,134), inwerkingtreding: 1 maart 1996 (Stb. 1996,141). Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte 2004 (Stb. 2003, no. 555)

15 Art. 14 Arbowet spreekt alleen van "bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten" en van ondersteuning bij registraties en het opstellen van het plan van aanpak in het kader van de WIA/WAO.

een gecertificeerde, multidisciplinaire arbodienst, maar hebben meer ruimte gekregen om arbozorg in te kopen bij monodisciplinaire arbodiensten (niet zelden zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen). Met de toename van het aantal 'overige' arbodiensten is tot op zekere hoogte een vorm van versplintering van de dienstverlening ontstaan. Hierbij is de inhoudelijke band tussen verzuimbegeleiding en deskundigheid op het gebied van preventie nog meer doorgesneden. Het accent ligt zeker bij een aantal nieuwe aanbieders waarschijnlijk nog meer dan voorheen op verzuimbegeleiding en –controle.<sup>16</sup> Bovendien dreigt, doordat een groeiend aantal arbodeskundigen niet opereert vanuit een arbodienst maar vanuit vrije vestiging of gespecialiseerde bureaus, hun gezamenlijke uitvalsbasis en daarmee de opbouw van gezamenlijke expertise af te brokkelen.<sup>17</sup>

Al met al kan worden opgemerkt dat het systeem van de Arbowet in principe gericht is op preventie van risico's en leren van eventuele tekortkomingen. Dit gold aanvankelijk ook voor de positie van de arbodienst. In de praktijk lijkt het accent echter sterk te liggen op verzuimbeleid, waarbij de voor de hand liggende relatie tussen (werkgebonden) verzuim en preventiebeleid onvoldoende van de grond komt. Gedacht vanuit de oorspronkelijke ambitie van de wetwijziging in 1994 is, in preventief opzicht, sprake van een gemiste kans: de fixatie op verzuimreductie en snelle werkhervatting staat het lerend vermogen van organisaties in de weg, en arbodiensten bieden op dit punt te weinig weerwerk.

Een zelfde conclusie kan worden getrokken wanneer gekeken wordt naar een andere wijziging in de wetgeving rond arbeidsomstandigheden en verzuimbegeleiding – de Wet Verbetering Poortwachter (WVP).<sup>18</sup> Deze wet is in 2002 in werking getreden omdat ondanks de eerder genoemde wetwijzigingen de toestroom tot de WAO relatief hoog bleef. Doel van de wet was zieke werknemers sneller te laten reïntegreren. Eén van de belangrijkste instrumenten hiertoe is de introductie van de verplichte probleemanalyse door de begeleidend bedrijfsarts – uiterlijk zes weken na de ziekmelding. Deze probleemanalyse zou een aanzet kunnen vormen voor een analyse van de *oorzaak* van het verzuim. In de praktijk wordt onder probleemanalyse echter vooral verstaan een analyse van de hindernissen die een snelle reïntegratie in de weg staan. De analyse richt zich op de beperkingen van de individuele zieke werknemer, diens geschiktheid voor eigen of (tijdelijk) passend werk, de prognose van de ziekte en mogelijke acties om tot werkhervatting te komen. Hierbij wordt met name gedacht aan aanpassingen aan het werk, activiteiten die de werknemer (weer) geschikt maken voor werk en begeleiding naar ander werk. Aandacht voor belemmeringen door slechte arbeidsomstandigheden is hierbij zeer beperkt: zo komt de term 'arbeidsomstandigheden' in de evaluatie van de WVP<sup>19</sup> in het geheel niet voor. De analyse richt zich vrijwel uitsluitend op het proces van verzuimbegeleiding, naleving van procedures en reïntegratieverslagen. Onderzoek naar de kwaliteit van de probleemanalyses wordt node gemist.

---

16 Zo zijn er verzuimverzekeraars toegetreden tot de markt die zich met name richten op een combinatie van verzuimverzekering, verzuimbegeleiding en reïntegratie, waarbij de preventiezorg meer binnen bedrijven zelf wordt georganiseerd (waarbij de vereiste competenties niet altijd gewaarborgd zullen zijn). Lötters & Veerman 2007, p. 51ff

17 Lötters & Veerman 2007, p.44

18 Wet van 29 november 2001, Stb. 2001, 628, tot verbetering van de procesgang in het eerste ziektejaar en nieuwe regels voor de ziekmelding, de reïntegratie en de wachttijd van werknemers alsmede met betrekking tot de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever

19 Reijenga, Veerman & Van den Berg 2006



Bij de analyse van de dossiers is het zinvol om in het achterhoofd te houden in welk tijdsgewricht de desbetreffende cases speelden. In tabel 2.2 is een overzicht gegeven van de diverse ontwikkelingen rondom ziekte, arbeidsongeschiktheid en arbowetgeving én, per dossier, de eerste ziektedag.

Tabel 2.2: tijdslijn wetgeving en cases

	Ontwikkelingen Arbowet	Ontwikkelingen wetgeving rond ziekte, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie	1 <sup>e</sup> ziektedag per dossier
1991			5. Schilder 1938
Tot 1992		Loondoorbetaling zieke werknemer via Ziektewet	
1992		Differentiatie Ziektewetpremie werkgever (Wet TAV)	
1993		WAO-gat voor werknemers: WAO uitkering verandert in tijdelijke loondervingsuitkering, gevolgd door lagere vervolguitering (Wet TBA)	
1994	Werkgever is verplicht tot sluiten contract met arbodienst; Bedrijfsarts, onderdeel van gecertificeerde arbodienst, inzetten bij verzuimbegeleiding	2-6 weken loondoorbetaling bij ziekte door werkgever (Wet TZ)	17. Industrieschilder/spuiter 1952
1995		Afschaffing malus en bevordering reïntegratie (Wet amber); Introductie nieuwe reïntegratie-instrumenten: loondispensatie, loonkostensubsidie, proefplaatsing	
1996		1 jaar loondoorbetaling van werkgever bij ziekte (Wulbz)	
1997		Werkgever krijgt fiscaal voordeel bij investeringen in arbeidsvriendelijke hulpmiddelen (Wet Farbo)	1. Schilder 1947 12. Allrounddrukker 1959
1998		Bedrijven worden geprikkeld tot verzuim middels de introductie van een gedifferentieerde WAO premie, met de mogelijkheid van volledig eigen-risicodragerschap (Wet Pemba)	3. Schilder 1964; 6. Schilder 1963; 19. Bankwerker/polyesterwerker 1957; 23. Magazijnmedewerker/chef aardappelgroothandel 1952; 31. IT-expert 1963;
	Wijziging art.3 Arbowet: term repeterende arbeid verdwijnt	Verbod op keuring nieuwe werknemer, tenzij werk dit vereist (Wet medische keuring)	
		(Her)plaatsingssubsidie arbeidsgehandcapte werknemers (Wet REA)	
1999			4. Schilder 1941; 13. Perchlorwasser 1947; 21. Fietsassemblagemonteur 1945; 22. Steenhouwer 1955; 30. Politietolk 1970; 32. Medisch secretaresse 1962; 35. Datatypiste 1965; 37. Fieldmanager 1944.
2000	Vervangingsplicht VOS		7. Stoffeerder 1949; 14. Tandtechnicus 1955; 15. Flexodrukker 1964; 18. Voorbereider offset 1953; 20. Offsetdrukker 1961; 24. Koekjesinpakster 1967;

			25. Vlekkenkijkster 1953; 26. Pantalonperster 1950; 27. Assemblagemonteur klinklijn 1961; 28. Keurster infuuszakken 1947; 29. Administratief medewerkster/optiek 1957; 33. Tekenaar cad 1973; 34. Schaderegelaar/accountmanager 1955;
2001		Recht op onbetaald verlof bij zwangerschap en bevalling (Wet arbeid en zorg)	2. Parketlegger 1964; 8. Parketlegger 1945; 9. Stoffeerder 1948; 10. Schilder 1949; 36. Grafisch ontwerper 1961;
2002		Indien werkgever kosten loondoorbetaling kan verhalen op aansprakelijke dader, dan geen verhoging gedifferentieerde (pemba) WAO- premie	16. Polyestherwerker 1951
2003		Werkgever verantwoordelijk voor herplaatsing zieke werknemer (Wet SUWI)	11. Offsetdrukker 1950
		Loondoorbetalingsverplichting voor 2 jaar (Wvlbz)	
		Afschaffing Wet Pemba voor bedrijven met minder dan € 600.000 loonsom	
2005	Verplichte aansluiting bij multidisciplinaire arbodienst vervalt ('maatwerkartikel' Arbowet)		

## 2.3 DE ROL VAN DE BEDRIJFSARTS BIJ BEROEPSZIEKTEN

De Arbowet schrijft als taak voor de bedrijfsarts voor: "de bijstand bij de begeleiding van werknemers die door ziekte niet in staat zijn hun arbeid te verrichten" (art. 14, lid 1 sub b dan wel 14a lid 2). Daarnaast dient de bedrijfsarts beroepsziekten te melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (art. 9, lid 3 Arbowet).<sup>20</sup>

Verzuimbegeleiding en louter het melden van een beroepsziekte is echter een wel erg magere invulling van de rol van de bedrijfsarts rondom beroepsziekten. De taken van de bedrijfsarts zijn, gereedeneerd vanuit de professionele standaarden voor bedrijfsartsen (zie hieronder), veel uitgebreider. Uitgaande van het primaire contact met een zieke werknemer (verzuimbegeleiding of 'case-management') kan de taak van de bedrijfsarts rond beroepsziekten als volgt worden gekarakteriseerd.

Indien sprake is van een mogelijke beroepsziekte dient, naast uitvoering van de medische diagnostiek, de blootstelling aan de verdachte oorzakelijke factor vastgesteld te worden (zie kader 'Speurwerk'). Dit is niet alleen van belang in het kader van de diagnostiek, maar zeker ook

<sup>20</sup> Melding aan het NCvB geschiedt op anonieme wijze. Via een eenvoudig meldingsformulier wordt een aantal aspecten in kaart gebracht zoals de aard van de ziekte, de oorzakelijke factor, de mate van waarschijnlijkheid van een causaal verband, leeftijd, geslacht en beroep van betrokkene, de economische activiteit van de werkgever en de genomen preventieve maatregelen. Codering vindt plaats door het registratiebureau van het NCvB. Meldingen kunnen schriftelijk of elektronisch worden aangeleverd. Via certificering wordt toegezien op de naleving van de meldingsplicht. Overigens gold tot 1998 dat de bedrijfsarts ook vermoede beroepsziekten diende te melden, zij het aan de arbeidsinspectie en niet aan het NCvB.

voor de preventie van nieuwe gevallen van dezelfde beroepsziekte (bijvoorbeeld bij collega's van de getroffen werknemer). Indien een oorzakelijke factor is vastgesteld, is het de professionele verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts om hierover in contact te treden met de werkgever en deze, zo mogelijk, te adviseren over verbetering van de arbeidsomstandigheden. Overigens kunnen signalen over mogelijke beroepsziekten niet alleen boven tafel komen tijdens daadwerkelijke verzuimbegeleiding, maar eventueel ook tijdens een zogeheten 'arbospreekuur'. Het houden van een arbeidsomstandighedenspreekuur behoorde tot 2007 tot de wettelijke taken van de bedrijfsarts. Met de meest recente wijziging van de Arbowet is de verplichting om een dergelijk spreekuur aan te bieden geschrapt. In de beoordeelde cases was die verplichting echter nog niet geschrapt.

#### **Speurwerk**

Het zoeken naar beroepsmatige oorzaken van ziekte vereist vaak nauwgezet speurwerk. Een goede beschrijving van de werkprocessen, de stoffen waarmee gewerkt is, de mogelijke tussenproducten die vrijkomen en de arbeidsomstandigheden waaronder gewerkt is vormt de basis. Ook de relatie in de tijd tussen de blootstelling en de ziekteverschijnselen is van belang.

Bij beroepsziekten met een korte latentietijd (periode tussen de blootstelling en het ontstaan van de ziekte) kan de karakterisering van de blootstelling betrekkelijk eenvoudig zijn. Lastiger wordt het bij beroepsziekten met een latentietijd van meerdere jaren, zoals bij beroepskanker door carcinogene stoffen of bij OPS door neurotoxische stoffen. Hierbij gaat het om retrospectieve blootstellingschatting: het achteraf schatten hoe de blootstelling vroeger is geweest. Hiertoe dient het arbeidsverleden in kaart te worden gebracht: een '*lifelong occupational history*', waarbij de verschillende werkzaamheden/beroepen chronologisch worden beschreven. Afhankelijk van de betreffende aandoening worden vervolgens aspecten van de blootstelling gekarakteriseerd door middel van werkplekonderzoek. Bij mesothelioom bijvoorbeeld zal het daarbij gaan om de vroegere blootstelling aan asbest, bij OPS om de blootstelling aan neurotoxische stoffen, bij RSI om karakterisering van de belasting van het houdings- en bewegingsapparaat in maat en getal. Vervolgens kan met behulp van modellen en/of vergelijking met analoge arbeidssituaties tot een 'expert judgement' van de blootstelling worden gekomen. Soms kan door stationaire metingen, personal air sampling of biologische monitoring de blootstelling in een bepaalde werksituatie bepaald worden. Ook heeft men soms de beschikking over eerder uitgevoerde metingen.

Naast het signalerende effect dat kan uitgaan van verzuimbegeleiding of case-management, zijn er nog andere mogelijkheden om beroepsziekten te signaleren. Zo kan de bedrijfsarts bij risicovolle werkzaamheden actief zoeken naar signalen van mogelijke gezondheidsschade – dit kan door middel van metingen of door preventief medisch onderzoek (pmo) of periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (pago). Artikel 18 Arbowet schrijft voor dat werknemers in de gelegenheid gesteld moeten worden een dergelijk onderzoek te ondergaan. In het Arbeidsomstandighedenbesluit is voor een aantal risicovolle werkzaamheden periodiek onderzoek voorgeschreven, bijvoorbeeld indien gewerkt wordt met gevaarlijke stoffen (art. 4.10a Arbobesluit). Indien bij een werknemer een schadelijke invloed op de gezondheid wordt gesignaleerd, dienen volgens de wet ook diens collega's in de gelegenheid te worden gesteld om zich te laten onderzoeken. Uiteraard behoort het ook hier tot de professionele verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts om mogelijke schadelijke invloed niet alleen te *signaleren*, maar ook met de werkgever in overleg te treden over mogelijke maatregelen. Ook dient de bedrijfsarts de (geanonimiseerde) uitkomsten van gezondheidskundige onderzoeken ter

hand te stellen van de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging van het bedrijf (art. 4.10c Arbobesluit).

**Artikel 4.10a. Onderzoek**

1. Iedere werknemer die voor de eerste keer kan worden blootgesteld aan gevaarlijke stoffen, wordt, in aanvulling op artikel 18 van de wet, in de gelegenheid gesteld om vóór de aanvang van de werkzaamheden waarbij blootstelling kan ontstaan een arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan.

2. Indien bij een werknemer een schadelijke invloed op de gezondheid dan wel een aantoonbare ziekte wordt geconstateerd die het gevolg zou kunnen zijn van blootstelling aan gevaarlijke stoffen, worden werknemers, die op soortgelijke wijze zijn blootgesteld, tussentijds in de gelegenheid gesteld een arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan.

3. Op verzoek van de werkgever of de betrokken werknemer wordt het arbeidsgezondheidskundig onderzoek opnieuw aangeboden, dan wel opnieuw uitgevoerd. De resultaten van het hernieuwde onderzoek treden in de plaats van het daaraan voorafgaande.

Bij de toetsing van of advies over de risico-inventarisatie en -evaluatie (art. 14 lid 1a Arbowet) zal de arbodienst of arbodeskundige bij risicovolle werkzaamheden kunnen voorstellen om voor bepaalde risicovolle werkzaamheden structureel te meten of te monitoren. Hiertoe kan de bedrijfsarts een plan de campagne opstellen. Soms betekent dit het volgen van een bestaand protocol, zoals bijvoorbeeld is uitgewerkt voor lawaaischade (multidisciplinaire richtlijn effectieve gehoorbescherming NVAB, NVvA, NVVK e.a.) of OPS.<sup>21</sup> In andere gevallen is maatwerk noodzakelijk; een goed voorbeeld is de opsporing van bakkersastma door blootstelling aan meelstof.<sup>22</sup> Overigens behoren metingen en andere vormen van biologische-effectmonitoring veelal niet tot de competentie van de bedrijfsarts zelf maar van de arbeidshygiënist. Deze zal uiteraard wel contact moeten onderhouden met de bedrijfsarts bij een vermoeden van gezondheidsschade.

Samengevat heeft de bedrijfsarts de volgende taken en verantwoordelijkheden (uitgebreider beschreven in het beroepsprofiel van de bedrijfsarts, zoals vastgesteld door de beroepsgroep NVAB (<http://nvab.artsenet.nl/Beleid/Professie/Competentie.htm>)). Hierbij kan worden onderscheiden naar verantwoordelijkheden op het gebied van arbeidsomstandigheden en op het gebied van verzuimbegeleiding en reïntegratie. Voor wat betreft de arbotaken kan worden onderscheiden naar het ondernemingsniveau en het individuele niveau:

*Op ondernemingsniveau*

Arbobeleid en arbozorg

- Onderkennen van specifieke risico's in de arbeid en risicogroepen, maken van een actieplan voor gerichte gezondheidsbewaking.

---

<sup>21</sup> Van der Laan et al, 2005

<sup>22</sup> Heederik et al 2005

- Bijdragen aan het arbobeleid van de klantorganisatie en (mede-)verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsgeneeskundige aandachtsgebieden.
- Dit mede in multidisciplinaire context.

#### Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)

- Een bijdrage leveren aan en medeverantwoordelijkheid dragen voor de RI&E.

#### Arbeidsgezondheidskundig onderzoek

- De aanwezige gegevens en gegevens uit RI&E betrekken bij arbeidsgezondheidskundig onderzoek zoals aanstellingskeuringen en PAGO.

#### Bedrijfshulpverlening

- Het organiseren en in voorkomende gevallen verlenen van eerste hulp bij ongevallen en het (doen) instrueren van hulpverleners.

#### Voorlichting

- Het geven van voorlichting aan werknemers over risico's voor de gezondheid in relatie tot het werk en hoe dit zoveel mogelijk te beperken.
- Het bevorderen van de deskundigheid van leden van de klantorganisatie door het geven van voorlichting.

#### *Op individueel niveau*

#### Arbeidsgezondheidskundig onderzoek

- Diagnostiseren en analyseren van een arbeidsrelevant probleem, opstellen van een plan van aanpak, inclusief eventuele verwijzing i.o.m. huisarts.

#### Melding en aanpak van beroepsziekten

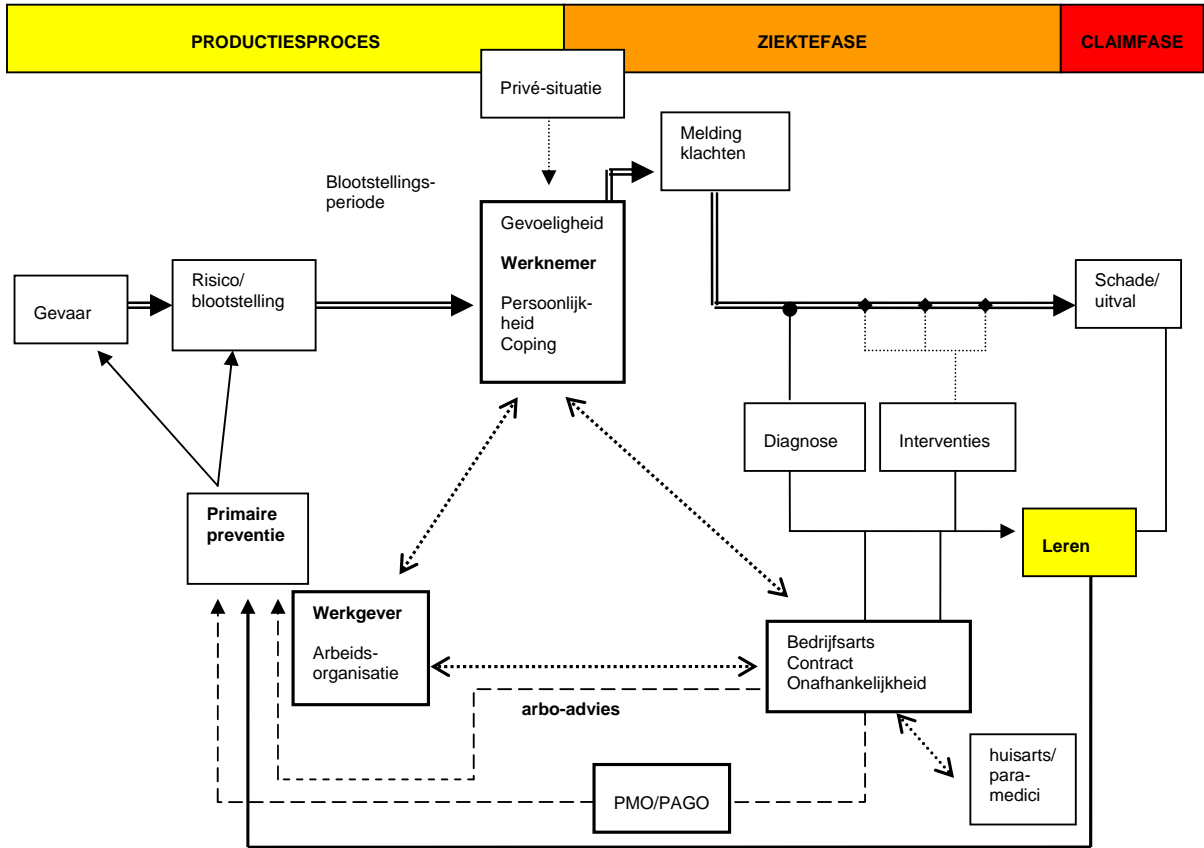
- Diagnostiseren van een (dreigende of vermoede) beroepsziekte, behandelplan opstellen, inclusief eventuele verwijzing in overleg met de huisarts, melden van de beroepsziekte en hierover adviseren aan werknemer en werkgever.

## **2.4 ANALYSEKADER: VAN BLOOTSTELLING NAAR UITVAL**

Samenvattend kunnen de voorgaande paragrafen worden ondergebracht in een stroomschema (schema 2.4) dat richtinggevend is geweest voor de ontwikkeling van het analysekader (bijlage 5). Hierbij zijn drie hoofdelementen onderscheiden:

- het productieproces (risicozetting) en verantwoordelijkheden van de werkgever
- de individuele werknemer (coping, factoren in de privé-situatie)
- verhoudingen tussen werknemer, werkgever en bedrijfsarts
- begeleiding en reïntegratie: diagnose, interventies, en verantwoordelijkheden bedrijfsarts

Daarnaast is ook van belang dat werkgever, werknemer en bedrijfsarts niet alleen handelen vanuit hun respectievelijke positie maar ook in onderlinge afhankelijkheid, én dat daarbij ook communicatieprocessen tot stand komen die van invloed kunnen zijn op ontstaan en beloop van eventuele beroepsziekten.



### *Productieproces*

De primaire bron van het ontstaan van een beroepsziekte is, per definitie, gelegen in het *productieproces* (blok 1): de aard van de werkzaamheden en, daaraan gepaard, de eventuele blootstelling aan gevaar. Op grond van de arbeidshygiënische strategie (Arbowet art. 3) dient het gevaar zo veel mogelijk te worden voorkomen, en als dit niet mogelijk is de blootstelling zo veel mogelijk te worden beperkt. De centrale actor in deze eerste stap van het proces is de werkgever. Ten eerste heeft deze een algemene zorgplicht om gevaar te voorkomen. Ten tweede kan de wijze waarop het bedrijfsproces is georganiseerd een belangrijke rol spelen in de blootstelling aan gevaar. Zo vergroot bijvoorbeeld vergaande taaksplitsing de blootstelling aan repeterende kort-cyclische arbeid, en daaraan gepaard het risico op RSI-klachten. In dit stadium speelt overigens ook de bedrijfsarts (of andere arbo-professionals) reeds een belangrijke rol – althans, zou die kunnen spelen. Zo hebben bij de vormgeving van het arbeidsomstandighedenbeleid en bij concrete interventies arbo-professionals een belangrijke adviserende taak (lijn ‘arbo-advies’). Ook kan het gebruik van gegevens uit het PMO/PAGO bijdragen aan primaire preventie, wanneer blijkt dat individuele of groepen werknemers gezondheidsklachten ontwikkelen die samenhangen met de aard en inrichting van het productieproces. Punten die hieruit te destilleren zijn voor de analyse van de cases zijn onder meer: welke preventieve acties heeft de werkgever ondernomen (RI&E, plan van aanpak, concrete maatregelen, proces-organisatie) om het risico te beperken, welke keuzes heeft de werkgever hierin gemaakt, en wat is de rol van de arbo-professionals hierbij geweest?

### *Individuele werknemer*

De tweede factor die in ogenschouw genomen dient te worden, is de werknemer zelf. Hoe komt het dat deze individuele werknemer klachten heeft ontwikkeld als gevolg van blootstelling aan bepaalde risico-factoren? Ligt dat louter aan de risico's zelf (én de blootsteldingsduur), of is wellicht sprake van een individuele gevoeligheid. Zo wordt bijvoorbeeld met betrekking tot OPS aangenomen dat in sommige gevallen erfelijke aanleg predisponeert tot het (sneller) ontwikkelen van encefalopathie.<sup>23</sup> Ook voor de ontwikkeling van carpale-tunnelsyndroom wordt een zekere predispositie aannemelijk geacht.<sup>24</sup> Voorts kan sprake zijn van ‘verworven predispositie’ als gevolg van eerdere blootstelling.

Daarnaast kunnen ook andere persoonsgebonden factoren van belang zijn bij de ontwikkeling van een bepaalde aandoening, zoals motivatie of persoonlijkheidskenmerken, of copingstrategieën van het slachtoffer. Zo kan bijvoorbeeld een assertieve houding tegenover de leidinggevende of werkgever ertoe leiden dat bezwarende arbeidsomstandigheden worden aangepast. Aan de andere kant kan een dergelijke assertieve opstelling in sommige situaties juist leiden tot verstoorde arbeidsverhoudingen.

### *Arbeidsverhoudingen*

Het communicatieve proces tussen werknemer, werkgever en bedrijfsarts (en anderen) is in dit verband een cruciale factor. Dat communicatieve proces speelt zich overigens niet in een vacuüm af. Beide partijen zijn ingebed in een sociale structuur, waarbij bijvoorbeeld ook de aanwezigheid van een krachtdadige ondernemingsraad of steun van collega's de positie van de betrokken werknemer kunnen schragen. Ook de sociale context *buiten* de onderneming kan van

---

23 Kezic 2006

24 Radecki 1994; Nordstrom et al 1997

invloed zijn: weet de werknemer zich gesteund vanuit de privé-situatie om adequaat om te gaan met de situatie, of hebben bijvoorbeeld de sociale partners in de branche initiatieven ontwikkeld die tot risicobewustzijn bijdragen?

*Ziektefase: begeleiding en reïntegratie*

Een laatste aspect dat in ogenschouw genomen dient te worden, is het traject dat in werking treedt nadat de werknemer melding heeft gemaakt van gezondheidsklachten – het traject van (sociaal-)medische begeleiding en reïntegratie (blok 2). Dit is in het kader van dit onderzoek het belangrijkste deel van het traject tussen blootstelling en uitstroom. Is in de casus sprake van adequate diagnostiek? Waren na het stellen van de diagnose effectieve interventies mogelijk en, aangezien in de cases sprake is van ‘worst cases’, waarom zijn die mogelijkheden dan niet of onvoldoende benut? Welke mogelijkheden tot reïntegratie waren er, en waarom zijn die kennelijk gemist? Verschillen de interventiemogelijkheden naar gelang de complexiteit van de ziekte (mono- of multifactorieel)?

Een belangrijke actor in dit traject is de bedrijfsarts: deze is immers de primair verantwoordelijke voor medische begeleiding. Ook speelt hij een belangrijke rol bij het vaststellen van de mogelijkheden tot eventuele reïntegratie. Dus de cruciale vraag voor het voorliggende onderzoek is: waar lagen voor bedrijfsartsen interventiemogelijkheden in het traject van blootstelling naar uiteindelijke letselschadeclaims, en hoe komt het dat die mogelijkheden wel of niet worden benut? En, omdat in het geval van beroepsziekten sprake kan zijn van een langdurig klachtenpatroon (dat zich bovendien kan ontwikkelen), zijn op het juiste moment de juiste interventies gekozen? En waarom in casu kennelijk niet?

In het traject van medische begeleiding is, naast expertise van de bedrijfsarts, de *communicatie* van de bedrijfsarts met alle betrokkenen een cruciale factor. Hoe verliep de communicatie tussen de bedrijfsarts en zieke werknemer? Heeft afstemming plaatsgevonden met andere zorgprofessionals (o.a. bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten, paramedici, verzekeringsartsen, sociaal psychologische hulpverlening)? Zo ja, is die afstemming als adequaat te bestempelen, of zaten er knelpunten in de professionele communicatie? Hoe verliep de communicatie tussen bedrijfsarts (of andere arbo-professionals) met de werkgever van de betrokken werknemer? Heeft de bedrijfsarts reeds bij de diagnose ‘beroepsziekte’ of bij PMO/PAGO een relatie met de werkomstandigheden gelegd, en die ook terugvertaald naar *preventieve* interventies om escalatie te voorkomen? Is de bedrijfsarts tijdens het proces van begeleiding tegen blokkades voor snelle reïntegratie aangelopen, en deze gecommuniceerd naar de werkgever? Hebben, met andere woorden, de bedrijfsarts én het bedrijf *geleerd* van de situatie? Zo nee, waarom niet? En welke mogelijkheden had de bedrijfsarts om te interveniëren in het bedrijfsproces? Wat leert dit over de positie van de bedrijfsarts binnen het systeem ‘bedrijf’ en zijn professionele handelen?

Op grond van het bovenstaande is een aantal aandachtspunten vastgesteld voor de beoordeling van de cases, die zijn verwerkt in een systematisch analysekader (bijlage 5). Hierbij is ten eerste gekeken naar het *proces* van het ontstaan van de beroepsziekte en het verdere beloop van de ziekte.

- belastende factoren in de arbeid / blootstelling
- belastende (en steunende) factoren privé
- de klachten



- diagnosestelling
- interventies

Ten tweede is gekeken naar het *handelen* van de betrokken actoren én hun onderlinge *communicatie*. Daarbij is onderscheiden naar:

1. handelen van de werknemer en communicatie in relatie tot bedrijf respectievelijk bedrijfsarts
2. handelen van actoren binnen de arbeidsorganisatie (werkgever, leidinggevende)
3. handelen van de bedrijfsarts en communicatie in relatie tot werknemer respectievelijk arbeidsorganisatie
4. handelen andere zorgverleners

Bij de analyse van de cases is gepoogd om overstijgende verklaringen te ontwikkelen omtrent met name het handelen van de betrokken partijen. Hierbij is mede in overweging genomen dat dit handelen voor een deel ook beïnvloed zal zijn door de aard van de aandoening (mono-causaal of multi-causaal, aard en omvang van het bedrijf). Tot slot is per casus een eindoordeel geveld over:

- factoren die hebben geleid tot het ontstaan van de beroepsziekte
- sleutelmomenten voor interventie
- factoren die van invloed zijn geweest op het interveniërend handelen
- leerpunten uit de casus



### 3. LEERZAME SCHADECLAIMS: LEREN VAN DOSSIERS

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het dossieronderzoek. De dossierstudie had betrekking op de eerste drie centrale onderzoeksvragen, te weten:

1. *Welke factoren zijn van invloed op het ontstaan van een beroepsziekte?*
2. *Wat zijn de factoren die van invloed zijn op het al dan niet nemen van preventieve maatregelen?*
3. *Welke mogelijkheden zijn er om preventie in het kader van de sociaal-medische begeleiding te versterken?*

Om deze vragen te beantwoorden, zijn in het theoretisch kader drie typen factoren onderscheiden die van invloed zijn op het ontstaan (en beloop) van een beroepsziekte:

1. *Het productieproces*
2. *De individuele werknemer*
3. *Ziektefase: begeleiding en reïntegratie*

Het hoofdstuk volgt hoofdzakelijk de lijnen van het *proces* van ontstaan van de beroepsziekte en het verdere beloop van de ziekte. Daarbinnen is aandacht besteed aan het *handelen* van de diverse actoren en hun onderlinge communicatie. Een aparte paragraaf gaat in op het handelen van de bedrijfsarts. Het hoofdstuk sluit af met een beschrijving van de *sleutelmomenten* voor de sociaal-medische begeleiding, waarin de leerpunten uit het onderzoek zijn verwerkt.

Hoewel de bevindingen in dit hoofdstuk goeddeels zijn gebaseerd op het dossieronderzoek, zijn deze in sommige gevallen tevens geconfronteerd met de bevindingen uit de drie sessies met bedrijfsartsen.

In § 3.1 wordt een overzicht gegeven van de factoren in het productieproces die van invloed zijn op het ontstaan van de beroepsziekte. Vervolgens worden in § 3.2 factoren die samenhangen met de individuele werknemer besproken. In § 3.3 wordt het klachtenverloop geanalyseerd. Dit wordt in de tijd geplaatst en gerelateerd aan de duur van de blootstelling. Ook wordt gezien hoe lang men met klachten heeft doorgewerkt en wanneer in dat traject de klachten zijn gemeld in het medisch circuit. Daarna wordt de ontwikkeling van de aard van de klachten weergegeven. Tenslotte wordt een beeld gegeven van de klachten op het moment van de definitieve uitval.

In § 3.4 wordt ingegaan op het traject van (sociaal-)medische begeleiding en de interventies die in dat kader worden gepleegd. Allereerst wordt het *patroon van klachtenmelding* door de werknemer zelf in kaart gebracht. Wanneer is de eerste klachtenmelding, wat is de aard van die melding, bij wie wordt voor het eerst gemeld? Met welke frequentie meldt een werknemer zich? Vervolgens wordt het *proces van diagnostisering* gezien. Het verloop ervan wordt geanalyseerd en aandacht wordt besteed aan de vraag in hoeverre, op welke wijze en wanneer er in de diagnosestelling een relatie wordt gelegd met het werk van de betrokken werknemer. Tenslotte komt in deze paragraaf de *behandeling* van de beroepsziekte aan de orde.

In § 3.5 wordt apart ingegaan op de rol van de bedrijfsarts in de (sociaal-)medische begeleiding. Ook hier wordt de klachtenmelding en frequentie van contacten in kaart gebracht. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de rol van de bedrijfsarts bij de diagnosestelling en bij de behandeling. Uiteraard kan van de bedrijfsarts bij uitstek aandacht voor de *werkgerelateerdheid* van de aandoening worden verwacht. Deze vraag komt dan ook in deze paragraaf opnieuw aan de orde. Paragraaf 3.6 gaat in op het thema reïntegratie. Naast de bedrijfsarts is het UWV hierin een belangrijke actor. Paragraaf 3.7, ten slotte, bevat de conclusie en biedt een overzicht van sleutelmomenten voor effectieve interventie. Onder sleutelmomenten wordt verstaan: die momenten tijdens het gehele traject vanaf het ontstaan van de eerste klachten tot en met de eventuele reïntegratie-inspanningen waarop een interventie had kunnen plaatsvinden door een van de betrokken actoren waardoor de beroepsziekte had kunnen worden voorkomen, dan wel de negatieve gezondheidseffecten van die beroepsziekte hadden kunnen worden gereduceerd.

### **3.1 BELASTENDE FACTOREN IN HET PRODUCTIEPROCES**

De primaire bron van het ontstaan van een beroepsziekte is, per definitie, gelegen in het productieproces. De aard van de werkzaamheden en de maatregelen die genomen worden om de eventuele blootstelling aan gevaar die hiermee gepaard gaat te beperken (het arbozorgbeleid), bepalen de mate waarin de arbeid belastend is voor de werknemer (§ 3.1.1). Daarnaast zijn hierin de werkdruk en de werktijden (§ 3.1.2) medebepalend. Naast arbeidsinhoud, werkdruk en werktijden, bleken in met name de RSI-gevallen ook de verhoudingen op het werk van invloed op het ontstaan van de beroepsziekte (§ 3.1.3). Tenslotte bleken in enkele gevallen de arbeidsvoorwaarden op de één of andere manier van invloed (§ 3.1.4). De paragraaf wordt afgesloten met een weging van de invloed van de verschillende factoren (§ 3.1.5).

#### **3.1.1 Arbeidsinhoud**

Het algemene beeld dat oprijst uit alle gevallen is dat van behoorlijk tot zeer hoge blootstelling aan risico's die samenhangen met de aard van het werk, terwijl het arbozorgbeleid in gebreke blijft, waardoor de blootstelling dus niet of nauwelijks wordt beperkt.

##### ***Blootstelling***

##### **OPS**

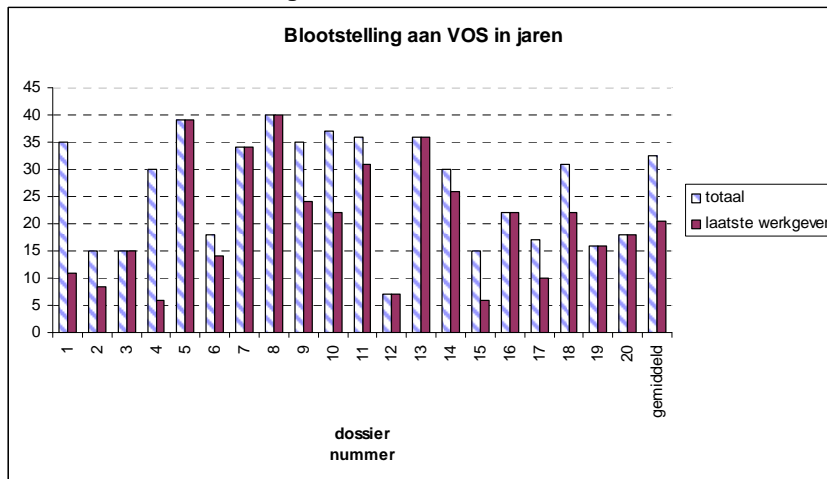
Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, wordt OPS veroorzaakt door langdurige blootstelling aan neurotoxische stoffen (vluchtige organische stoffen, VOS).<sup>25</sup> In alle onderzochte gevallen van OPS, zowel in mobiele als in stationaire werksituaties, is een dergelijke langdurige blootstelling aan VOS aan de orde. Gemiddeld was men 32,5 jaar blootgesteld, de kortst durende blootstelling was 7 jaar, de langst durende 40 jaar (zie grafiek 3.1.1a). In sommige gevallen

---

<sup>25</sup> Zie bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving.

doen zich op het werk bijzondere situaties (warme ruimtes, bewerking van zeer grote oppervlakten) voor waardoor de blootstelling verergert. In alle dossiers wordt bovendien melding gemaakt van acute intoxicatieklachten door piekblootstelling. Behalve aan VOS staan de betrokken werknemers tevens bloot aan langdurige zware lichamelijke belasting. Dit is in twee opzichten van belang. Ten eerste leidt zware lichamelijke belasting tot een verhoogde ademhaling, en daarmee mogelijk tot een verhoogde blootstelling aan oplosmiddelen. Ten tweede is uit de dossiers gebleken dat klachten van het bewegingsapparaat bij deze werknemers vaak op de voorgrond staan, waardoor de aandacht voor de OPS-klachten lang op de achtergrond kan blijven.

**Grafiek 3.1.1a: Blootstelling aan VOS**



Dossier 1 t/m 10 betreffen gevallen van OPS mobiel, dossier 11 t/m 20 van OPS stationair (zie bijlage 4 voor casusbeschrijvingen)

## RSI

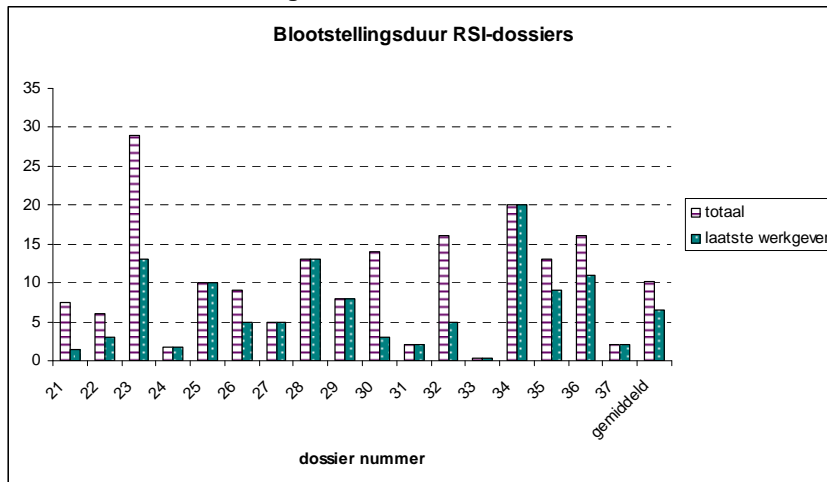
Bij de werknemers in de industrie die RSI hebben opgelopen ligt de belasting door het werk veelal in het *kort-cyclische karakter* ervan in combinatie met de *fysieke zwaarte* (tillen, werken in onnatuurlijke houdingen en boven de macht werken) en *weinig afwisseling* in het takenpakket. In enkele gevallen was bovendien het gebruik van *pneumatisch gereedschap* een belastende factor. De duur van de blootstelling wisselt bij deze groep sterk. Gemiddeld is deze 9 jaar, maar zij varieert van 1,5 tot 17 jaar (zie grafiek 3.1.1b).

Bij de beeldschermwerkers die RSI hebben opgelopen, is in alle gevallen sprake van *relatief veel beeldschermwerk* - veelal meer dan 6 uur per dag, in enkele gevallen meer dan 8 uur per dag.<sup>26</sup> Het werk kent bovendien in alle gevallen *weinig afwisseling*. In enkele gevallen is tevens sprake van slechte klimatologische omstandigheden (tocht, kou) en slechte lichtinval (reflectie op het beeldscherm). De duur van de blootstelling is moeilijker te bepalen omdat deze minder dan bij OPS en RSI industrie gelijk te stellen is met het dienstverband. In de loop van de jaren

<sup>26</sup> Dit is weliswaar niet in strijd met de letterlijke bepalingen in het Arbeidsomstandighedenbesluit, maar wel met de wetenschappelijke terzake (te langdurig beeldschermwerk leidt tot gezondheidsschade). Doordat in art. 3 van de Arboret is bepaald dat werkgevers zich ook rekenschap dienen te geven van de stand der wetenschap, is de jure wel degelijk sprake van een overtreding van de wettelijke regels. Vgl. Boere 2007, p. 401

wisselt de functie-inhoud (en daarmee dus ook het aandeel beeldschermwerk) én de werkdruk (en daarmee dus ook de intensiteit van het beeldschermwerk) van de beeldschermwerkers nogal eens.

**Grafiek 3.1.1b: Blootstellingsduur RSI-dossiers**



### Arbozorg

Voor alle onderzochte categorieën geldt dat, voor zover blijkt uit de dossiers, slechts in een beperkt aantal gevallen een risico-inventarisatie en –evaluatie (RIE) aanwezig is in het bedrijf, en zelden van goede kwaliteit. Opmerkelijk is dat ook in de gevallen waarin een adequate RI&E aanwezig is, in de praktijk geen maatregelen worden genomen. De RI&E lijkt hier dus meer een verplicht nummer dan echt een preventieinstrument.

### OPS

In vrijwel alle gevallen waarin OPS is ontstaan, werkt men structureel zonder adequate afzuiging en ventilatie – zowel in mobiele als in stationaire situaties. Ook persoonlijke beschermingsmiddelen ontbreken doorgaans. Daar waar deze wel aanwezig zijn, ontbreekt het aan kennis en veiligheidscultuur om er adequaat mee om te gaan. Wat tenslotte opvalt, is dat de hygiëne op de werkplek doorgaans slecht is (handen wassen met VOS-houdend middel, schaften op de werkplek of in de ruimte waarin verf lag opgeslagen).

### RSI

In alle gevallen van RSI industrie ontbreken maatregelen ter beperking van de met het werk samenhangende risico's. De ergonomische situatie is in alle gevallen slecht: werkplekken zijn niet aangepast aan de medewerkers. In beide gevallen waarin met pneumatisch gereedschap gewerkt wordt, zijn de persoonlijke beschermingsmiddelen ontoereikend. Tilhulpmiddelen ontbreken dan wel zijn in onvoldoende mate aanwezig. Er wordt in geen enkel geval taakrotatie toegepast.

Ook in de gevallen van beeldscherm-RSI worden nagenoeg geen beschermende maatregelen genomen. Er is in alle gevallen sprake van een slechte ergonomie: de werksituatie is in geen

enkel geval aangepast aan de werknemer. Wel wordt in enkele gevallen de ergonomische situatie in de loop van de tijd verbeterd, hetzij op grond van klachten van de medewerker, hetzij op grond van algemeen beleid, hetzij doordat de werknemer verhuist naar een andere werkplek waar toevallig betere ergonomische voorzieningen zijn. Dit gebeurt echter in alle onderzochte gevallen niet afdoende dan wel te laat. Er wordt in geen enkel geval taakrotatie toegepast.

### 3.1.2 Werktijden en werkdruk

#### **Werkdruk**

##### **OPS**

In iets minder dan de helft van de OPS-gevallen is sprake van hoge werkdruk. Deze wordt met name veroorzaakt door deadlines en prestatiebeloning. Hoge werkdruk heeft invloed op het ontstaan van OPS doordat het de blootstelling verhoogt. Pauzes worden overgeslagen, er wordt met sneller drogende middelen gewerkt, die meer oplosmiddelen bevatten en de dagproductie hoger komt te liggen, bijvoorbeeld doordat men een vloer niet één keer lakt, maar men de tweede laag nog dezelfde dag aanbrengt.

##### **RSI**

In nagenoeg alle gevallen van RSI beeldscherm en RSI industrie is sprake van hoge werkdruk. Bij RSI beeldscherm wordt deze hoofdzakelijk veroorzaakt door een slechte organisatie van het werk en tekorten aan personeel. Daarnaast spelen in bijna de helft van de gevallen deadlines een rol in de verhoging van de werkdruk. Als gevolg van een en ander ontstaat regelmatig piekbelasting en vaak voortdurende stress, waarvan bekend is dat het het ontstaan van RSI mede beïnvloedt.<sup>27</sup> Bij RSI industrie wordt de hoge werkdruk hoofdzakelijk veroorzaakt door een hoge productienorm en de onmogelijkheid het werktempo te beïnvloeden (vaak ten gevolge van een vast tempo van de lopende band). Daarnaast zijn er in meer dan de helft van de gevallen tevens personeelstekorten. Een en ander leidt er in feite toe dat het kort-cyclische karakter van het werk versterkt wordt. Daarnaast ligt het voor de hand te veronderstellen dat het hoge werktempo en de onmogelijkheid daarop invloed uit te oefenen leidt tot stress.<sup>28</sup>

#### **Werktijden**

Bij de werknemers die OPS hebben opgelopen is er in bijna alle gevallen sprake van lange werktijden (meer dan 40 uur per week) – meestal overwerk in het bedrijf, in enkele gevallen gaat het om bijklussen in eigen tijd. In de overige gevallen wordt er in ieder geval fulltime gewerkt (38-40 uur). Bij de beeldschermwerkers en de werknemers in de industrie lopen de werktijden uiteen. De meeste werknemers werken fulltime, een klein deel part-time en een deel maakt excessieve uren, met name onder de beeldschermwerkers zijn er die op reguliere basis 50 tot 60 uur per week werken.

---

<sup>27</sup> Sluiter et al, 2000

<sup>28</sup> ibid.

In tabel 3.1.2 worden de bevindingen met betrekking tot het arbobeleid en de werkdruk en werktijden samengevat.

**Tabel 3.1.2 Arbobeleid in bedrijven**

	OPS Stationair	OPS Mobiel	RSI Beeldschermwerk	RSI Industrieel	Nederland
<b>Arbobeleid</b>					
RI&E	40%	20%	11%	38%	51%*
Contract arbodienst	90%	80%	100%	100%	85%*
Adequate PBM/hulpmiddelen	10%	0%	-	0%	
Afzuiging	10%	10%	-	-	
Afwisseling in werk	0%	0%	0%	0%	91%*
Ergonomische maatregelen	0%	0%	0%	0%	56%*
Organisatorische maatregelen	0%	0%	0%	0%	
<b>Werktijden en werkdruk</b>					
<36 uur	0%	0%	33%	25%	30%***
36-40 uur	100%	100%	67%	75%	70%***
Overwerk (>40 uur)	70%	90%	33%	12%	9%***
Werkdruk	40%	50%	89%	88%	35%**

\* gebaseerd op Arbobalans (Houtman, Van Hooff en Hooftman 2007) en Arbomonitor (Bos et al, 2007)

\*\* gebaseerd op Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

\*\*\* gebaseerd op CBS-statline

- = niet van toepassing

Opvallend in de tabel is dat, in vergelijking met Nederlandse bedrijven in het algemeen, duidelijk sprake is van opvallend belastende arbeidstijden/werkdruk, minder aandacht voor arbeidsomstandigheden (RI&E, ergonomie en organisatorische maatregelen), terwijl er *niet* minder vaak een contract met een arbodienst is afgesloten.

### 3.1.3 Verhoudingen op het werk

De verhoudingen op het werk kunnen van invloed zijn op het ontstaan en beloop van de beroepsziekte door de ruimte die zij werknemers al dan niet bieden om de arbeidsomstandigheden en gezondheidsklachten aan de orde te stellen. Ook de wijze waarop op klachten wordt gereageerd, kan gezien worden als een weerspiegeling van de verhoudingen op het werk. Daar waar werknemers de ruimte ervaren hun klachten te uiten en in situaties waarin hierop adequaat wordt gereageerd, zullen waarschijnlijk eerder preventieve maatregelen worden genomen en bestaat een grotere kans dat de escalatie van klachten tot een beroepsziekte wordt voorkomen. Verhoudingen op het werk kunnen ook meer direct van invloed zijn op het ontstaan van de beroepsziekte RSI daar waar zij gezien kunnen worden als een stresserende factor.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> Volgens Sluiter et al (2000) vormt, naast de fysieke factoren, een aantal 'werkkenmerken in de periode voordat de klachten begonnen' een risicofactor. Deze kenmerken zijn: hoge psychologische belasting en lage sociale ondersteuning.



### ***Informatie over verhoudingen***

Wat in de gevallen van OPS (mobiel en stationair) allereerst opvalt, is dat er in de onderzochte dossiers weinig informatie beschikbaar is over de verhoudingen op het werk, hetgeen mogelijk iets zegt over de benadering van de bedrijfsartsen: zijn zij misschien vooral medisch en op de persoon gericht, en minder op de verhoudingen op de werkvloer en de veiligheidscultuur? Deze veronderstelling wordt mede gevoed door de benadering van de casuïstiek door de bedrijfsartsen in de diverse workshops. Zowel de voorgelegde OPS-casus als de RSI-casus werden overwegend op een geïndividualiseerde wijze benaderd, hetgeen leidde tot een medicalisering van de casus. Veel minder vaak werd overgegaan tot een degelijke analyse van de risico's in het werk en de aard en mate van blootstelling.

### ***Communicatie over arbeid en gezondheid***

De werknemers met OPS spreken veelal over goede verhoudingen binnen het bedrijf. Dit blijkt echter niet voldoende voor een proactieve houding ten aanzien van de preventie van beroepsziekten. Dit is in de eerste plaats af te leiden uit de reacties op pogingen van werknemers bij hun leidinggevende een verbetering gedaan te krijgen van hun arbeidsomstandigheden. Dergelijke pogingen worden het meest ondernomen in de mobiele werksituaties. Mogelijk dat dit mede voortkomt uit de beperkte omvang van de bedrijven waardoor de communicatielijnen meestal korter zijn. Daar waar werknemers hun arbeidsomstandigheden ter discussie stellen, volgt echter zowel in grote als in kleine bedrijven slechts een zeer beperkte, trage en veelal weinig professionele reactie.

Ook de beeldschermwerkers en de werknemers in de industrie stellen in een aantal gevallen hun arbeidsomstandigheden aan de orde, veelal naar aanleiding van hun klachten. Ook hier zijn de reacties traag of inadequaet, en in een aantal gevallen geheel afwezig. Klachten worden vaak genegeerd of terzijde geschoven.

### ***Omgang met manifestaties van de beroepsziekte***

De manier waarop omgegaan wordt met manifestaties van de beroepsziekte, zowel door leidinggevenden als door collega's, wijst evenmin op een proactieve houding ten aanzien van ziektepreventie. Ziekteverschijnselen (bijvoorbeeld acute intoxicaties, die in alle OPS-dossiers voorkwamen) of tijdelijk slechter functioneren worden niet aangegrepen om de werknemer naar de dokter te sturen of het werk aan te passen, maar worden als 'normaal' respectievelijk als 'lastig' gezien. Een andere verklaring waarom werknemers niet naar de bedrijfsarts worden gestuurd, is volgens een aantal bedrijfsartsen in de workshops de positie van de bedrijfsarts: de drempel om de bedrijfsarts te bezoeken is relatief hoog, en bedrijfsartsen zijn ook buiten beeld omdat zij slechts in beperkte mate zelf voorlichting geven op de werkvloer.

Opvallend is voorts dat indien zich meerdere gevallen van OPS binnen één bedrijf voordoen (wat in enkele dossiers wordt vermeld), dit niet tot actie aanzet. Ook dit werd in de workshops herkend, waarbij de betrokken bedrijfsartsen zelf aangaven dat er nadrukkelijker aandacht moet komen voor 'het rondmaken van de cirkel naar preventie' door een koppeling te maken tussen

de RI&E, het PAGO en het individuele verzuimspreekuur, en deze informatie te vertalen naar preventie op de werkvloer.

In de RSI-gevallen is vaak, meer dan bij de OPS-gevallen, al in de stadia vóór definitieve uitval sprake van ziekteverzuim. Reacties hierop van de werkgever blijven ofwel uit, of bestaan eruit druk uit te oefenen op een zo snel mogelijke hervatting (vaak te vroeg met het oog op de klachten), waarbij de werklust niet wordt aangepast aan de belastbaarheid. In enkele gevallen wordt duidelijk dat de werkgever bij al te veelvuldig en/of langdurig ziekteverzuim zijn werknemer liever kwijt dan rijk is. In geen enkel geval blijkt uit de dossiers dat er is gecommuniceerd over mogelijkheden tot preventie. Dit gebeurt in sommige gevallen wél wanneer de werknemer definitief is uitgevallen.

Positieve invloed op de arbeidsomstandigheden gaat in een enkel geval uit van een actieve arbocoördinator die, in weerwil van een onwillige leidinggevende, toch aanpassingen realiseert. Soortgelijke invloed zou ook kunnen uitgaan van personeelsfunctionarissen. Dit is echter niet gesignaleerd in de dossiers.

Ook collega's kunnen een positieve invloed hebben. In één geval wordt een werknemer door haar collega's gewaarschuwd dat ze niet langer moet doorwerken met haar klachten, die door hen als RSI worden beschouwd. In de overige dossiers waarin informatie over de rol van de collega's is te vinden, lijkt echter dat deze zich maar zelden bewust zijn van de ernst van de situatie en ook niet werkelijk adequaat optreden. Zo wordt een schilder die flauwvalt (waarschijnlijk als gevolg van acute intoxicatie), blijkens het dossier, door zijn collega's even in de schaftkeet gezet, waarna ieder weer gewoon aan het werk gaat.

### **3.1.4 Arbeidsvoorwaarden**

Hoewel er in het onderzoek niet expliciet is gelet op de arbeidsvoorwaarden als mogelijke beïnvloedende factor, komt er uit enkele gevallen naar voren dat met name de rechtspositie een rol kan spelen. Een onzekere rechtspositie (tijdelijk contract) kan leiden tot een inadequate presentatie (verdoezeling) van de klachten en een te grote bereidheid om snel het werk weer te hervatten, teneinde de verlenging van het arbeidscontract veilig te stellen. Hoewel dit punt in het onderzoek slechts in enkele gevallen naar voren kwam, werd het door de bedrijfsartsen in de workshops als herkenbaar en zeer plausibel aangemerkt.

### **3.1.5 Het relatieve belang van de belastende factoren**

Bij de beoordeling van de belasting door de factor arbeid is in bovenstaande onderscheid gemaakt tussen de invloed van:

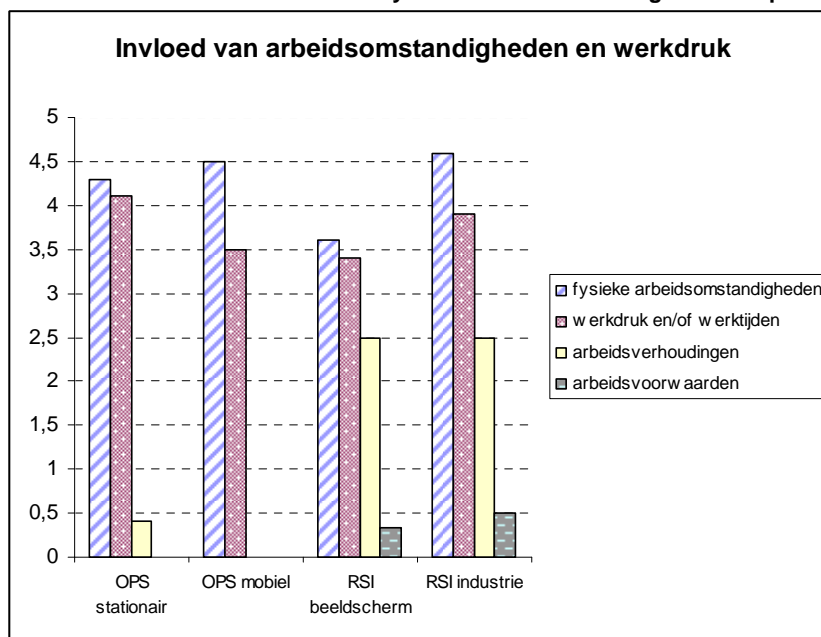
- de fysieke arbeidsomstandigheden (blootstelling en arbozorg);
- de werkdruk en de werktijden;
- de verhoudingen tussen werkgever en werknemer;
- de arbeidsvoorwaarden.

Aan deze factoren is, nadat alle dossiers al afzonderlijk door twee onderzoekers waren beoordeeld, in de dossiersessies van de complete onderzoeksgroep een score toegekend. Op

een schaal van 1 tot 5 werd voor elk dossier de ingeschatte invloed van de verschillende factoren aangegeven.

Voor alle onderzochte gevallen van OPS komen de fysieke arbeidsomstandigheden naar voren als de primaire belastende bron. Veelvuldig voorkomend overwerk (en in mindere mate werkdruk) vergroot in deze gevallen de blootstelling, bij de dossiers 'OPS stationair' meer dan bij 'OPS mobiel'. Voor de gevallen van RSI industrie worden eveneens de fysieke arbeidsomstandigheden als de primaire belastende bron beoordeeld. Daarnaast speelt de werkdruk weliswaar niet een even grote rol, maar wel één van betekenis. Bij RSI beeldscherm komen fysieke arbeidsomstandigheden in combinatie met werkdruk naar voren als de belangrijkste belastende bronnen. Voor beide categorieën RSI werd aan de verhoudingen op het werk in een aanzienlijk deel van de gevallen ook enige invloed toegekend. Het gaat daarbij met name om de directe invloed van de verhoudingen op het werk als stresserende factor.<sup>30</sup> De arbeidsvoorwaarden blijken slechts in een zeer beperkt aantal gevallen van RSI invloed gehad te hebben op het ontstaan en beloop van de beroepsziekte.

**Grafiek 3.1.5: Relatieve invloed van fysieke arbeidsomstandigheden respectievelijk werkdruk**



Schaal van 1-5, gemiddeld per onderzochte categorie, 0 = geen invloed, 5 = zeer veel invloed (schatting onderzoeksgroep bij dossieranalyse)

<sup>30</sup> Zie Sluiter et al 2000. De meer indirecte invloed van de verhoudingen op het werk gezien als de ruimte die er is om klachten aan de orde te stellen en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan, is moeilijk te beoordelen, en is daarom hier buiten beschouwing gelaten.

## **3.2 BELASTENDE FACTOREN SAMENHANGEND MET DE INDIVIDUELE WERKNEMER**

De tweede factor die in ogenschouw genomen dient te worden, is de werknemer zelf. Hoe komt het dat deze individuele werknemer klachten heeft ontwikkeld als gevolg van blootstelling aan bepaalde risicofactoren? Ligt dat louter aan de risico's zelf en de blootstellingsduur, of is er wellicht sprake van een individuele gevoeligheid of van predispositie (aanleg tot het ontwikkelen van een bepaalde aandoening)? In hoeverre waren er pre-existente klachten? Ook is bekeken in hoeverre sprake is van samenloop met andersoortige klachten en/of aandoeningen (co-morbiditeit).<sup>31</sup>

Daarnaast is gekeken naar andere persoonsgebonden kenmerken van de individuele werknemer die van invloed geweest kunnen zijn geweest op het ontstaan en de ontwikkeling van de beroepsziekte. Het gaat hierbij om de attitude van de werknemer ten aanzien van arbeid en ziekte, zoals bijvoorbeeld plichtsgetrouwheid ten aanzien van het werk, (sub)assertiviteit ten aanzien van de arbeidsomstandigheden en gebrekkige *coping* ten aanzien van ziekte.

Aangezien een werknemer niet in een vacuüm leeft, zijn voor zover mogelijk ook zijn privé-omstandigheden in onze beschouwing betrokken. Zijn er belastende factoren in de privé-situatie (fysiek dan wel psychosociaal) die mede hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de beroepsziekte, of is juist sprake van een steunende privé-situatie die bijdraagt aan een adequate omgang met de problematiek? Ten slotte wordt ingegaan op het relatieve belang van de afzonderlijke deelfactoren en de wijze waarop zij het ontstaan en beloop van de beroepsziekte hebben beïnvloed.

### **3.2.1 Constitutie, predispositie en/of pre-existentie**

#### ***Nauwelijks predispositie, zeer beperkt pre-existente klachten***

Slechts in een beperkt aantal gevallen zijn aanwijzingen gevonden voor predispositie van betrokkene voor de aandoening, dan wel van pre-existente klachten die vergelijkbaar zijn met het beeld van de beroepsziekte. Dit geldt zowel voor OPS als voor RSI. Bij de gevallen van RSI beeldscherm moet overigens worden aangetekend dat het hier weliswaar pre-existente klachten van het bewegingsapparaat betreft, maar niet de klachten waarmee men uiteindelijk uitviel. In enkele gevallen van RSI komt een verhoogde stressgevoeligheid voor. In één van die gevallen is sprake van hyperventilatie. In drie gevallen was sprake van werkneemsters met een klein postuur die mede daardoor RSI ontwikkelden. Twee van hen werkten op een "mannenwerkplek". Ook in het derde geval was de werkplek niet aangepast aan haar lengte. Een klein postuur vormt uiteraard op zich geen belastende factor voor RSI, maar kan als zodanig uitwerken wanneer de werkplek niet aanpasbaar dan wel aangepast is.

In de workshops met de bedrijfsartsen werd hierop overigens verschillend gereageerd. Eén van de cases van kleine vrouwen die op een 'mannenwerkplek' werkten, verleidde meerdere

---

<sup>31</sup> Co-morbiditeit is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of aandoeningen.

bedrijfsartsen tot de uitspraak dat de desbetreffende – behalve kleine ook oudere – vrouw fysiek simpelweg niet was toegerust voor deze functie. De vanuit preventief oogpunt voor de hand liggende aanpak om de werkplek aan te passen aan de specifieke kenmerken van deze kleine werkneemster werd minder vaak geopperd.

### ***Bij werknemers met OPS veelvuldig co-morbiditeit***

In alle gevallen van OPS is sprake van samenloop met andere klachten. Het betreft hier enerzijds klachten die gerelateerd lijken aan de blootstelling aan VOS, zoals maagklachten en KNO-klachten. Anderzijds betreft het klachten van het bewegingsapparaat, met name de rug. Deze co-morbiditeit is niet verwonderlijk gezien de zwaarte van het werk in combinatie met de langdurige blootstelling. De gezondheidsklachten lijken een weergave van de slijtageslag die werken voor deze werknemers is. Daarnaast is opmerkelijk dat in alle gevallen van OPS op zeker moment sprake is van psychische klachten. De aard van deze klachten verschilt echter per geval, hetgeen onder andere kan worden afgeleid van het moment van optreden. In sommige gevallen is al lang voor het ontstaan van de klachten sprake van psychische problematiek en hangt deze dus niet (primair) samen met de OPS. In andere gevallen ontstaan de psychische klachten in samenhang met de OPS-klachten, rond of op het moment van uitval of na de diagnose. Die samenhang bestaat bijvoorbeeld uit acceptatieproblematiek, onzekerheid over de toekomst, etcetera. Ook verhoogde prikkelbaarheid en stemmingswisselingen zijn (aspecifieke) symptomen van OPS.

Co-morbiditeit doet zich bij de gevallen van RSI veel minder voor. In sommige gevallen ontstaan psychische klachten als gevolg van de pijnklachten en/of de uitval van het werk. Verder doet zich in één geval samenloop voor met hypertensie en diabetes mellitus.

### **3.2.2 Attitude ten aanzien van arbeid en ziekte**

Een opvallend kenmerk van alle onderzochte werknemers is dat zij een hoog arbeidsethos hebben en een subassertieve houding ten aanzien van de eigen grenzen. De persoonlijke kenmerken die daaraan ten grondslag liggen, verschillen echter per categorie onderzochte gevallen.

#### ***OPS: plichtsgetrouwe werknemers***

In alle gevallen van OPS is sprake van een hoog arbeidsethos, lange dienstverbanden en, voor zover daarover informatie beschikbaar is, weinig ziekteverzuim. In al deze gevallen hebben betrokkenen lang doorgewerkt met beroepsgerelateerde gezondheidsklachten. Zij hadden achteraf gezien minstens vijf jaar oplosmiddelgerelateerde klachten voordat ze uitvallen. In zes gevallen gaan de eerste OPS klachten zelfs veel langer (6 tot 25 jaar) terug. Er is dus kennelijk een subassertieve houding: men slaagt er niet in de eigen grenzen te bewaken. Men werkt door totdat men niet meer kan. Vaak stoppen deze werknemers in de loop van de jaren met al hun activiteiten (hobbies, sporten), behalve met werken (zie kader). Een subassertieve houding is er bovendien ten aanzien van de arbeidsomstandigheden: als men al opmerkingen maakt over de

arbeidsomstandigheden dan pakt men niet door. Uit de dossiers blijkt dat de werknemers veelal geringe kennis hebben van de gezondheidsgevaaren van VOS en van OPS. In die gevallen waarin die kennis er wel is, leidt dit echter niet tot betere bescherming. In de groep OPS stationair zitten veel mensen met een mbo-niveau. Dit hogere opleidingsniveau lijkt geen invloed te hebben op kennis van VOS en op zelfbewustzijn.

Ook het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen blijkt gering. Aannemelijk is dat dit primair ligt aan de geringe beschikbaarstelling van deze middelen door de werkgever (zie § 3.1.1). Als er wel persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn, worden deze echter meestal slechts af en toe of onoordeelkundig gebruikt (filter wordt bijvoorbeeld niet luchtdicht opgeborgen). Slechts in één geval worden persoonlijke beschermingsmiddelen consequent gedragen gedurende de gehele arbeidscarrière.

**Casus tandtechnicus: doorwerken tot het niet meer gaat**

*De tandtechnicus (casus 14) werkt tussen 1974 en 2000 in een tandtechnisch laboratorium, en werkte dagelijks met onder meer methylmethacrylaat (MMA). Uit het dossier komt hij naar voren als een actieve en positief ingestelde man, gelukkig getrouwd, bewust kinderloos, met een druk sociaal leven en veel hobbies (paardrijden, muziek maken, tuinieren en vissen). Hij krijgt al in 1975 last van maagklachten, waarover in het huisartsendossier regelmatig bericht wordt tot 1977. Hij is in de tachtiger jaren vaak moe. Meestal gaat het aan het begin van de week nog wel, maar later in de week nemen de problemen toe. Na het weekend hervat hij dan niettemin zijn werk. In 1983 stopt hij echter met paardrijden. In 1986 en 1990 wordt in het dossier melding gemaakt van buikpijn, braken, diarree, bloed bij de ontlasting. In 1992 stopt hij met muziek maken en in 1995 met tuinieren. In 1997 is er de eerste melding van duizeligheid. Eind 1998 en in de loop van 1999 nemen de duizeligheidsklachten toe en wordt misselijkheid gemeld, braken en een verminderd gehoor. In 1999 stopt hij met de uitoefening van zijn hobby vissen. Tussen mei en september 1999 loopt de tandtechnicus in de Ziektewet. Kort daarna krijgen hij en zijn vrouw het vermoeden dat hij mogelijk OPS heeft. Dit wordt bevestigd in de diagnose van het Solvent Team van juli 2000.*

**Rsi industrie: werknemers met weinig keuzemogelijkheden**

Een gezamenlijk kenmerk van de werknemers in de industrie die RSI opgelopen hebben, is eveneens hun hoge arbeidsethos en grote inzet voor het werk. De noodzaak tot geld verdienen (kostwinners, m/v) en de beperkte mogelijkheden van deze werknemers ander werk te doen dan fysiek zware arbeid lijkt hier mede aan bij te dragen. Opmerkelijk is dat het in enkele gevallen gaat om uitzonderlijk goede werknemers, die soms juist hun (fysiek belastende) functie hebben gekregen omdat zij als enige in het bedrijf de vaardigheden bezitten om die functie uit te voeren. In alle gevallen is ook hier sprake van een subassertieve houding ten aanzien van de eigen grenzen.

Anders dan bij de gevallen van OPS, is bij de werknemers in de industrie in veel gevallen sprake van meerdere periodes van ziekteverzuim – ten gevolge van klachten van het bewegingsapparaat – voordat de werknemer definitief uitvalt. Meestal hervatten deze werknemers dan echter – vaak onder druk van de leidinggevende – hun werk wanneer ze nog niet helemaal klachtenvrij zijn. Ook werken alle werknemers een aanzienlijke tijd, tot wel 8 jaar, door terwijl ze klachten hebben. De subassertieve houding strekt zich ook in deze gevallen uit

tot de arbeidsomstandigheden. Weliswaar doen sommige werknemers hun beklag over de slechte arbeidsomstandigheden, maar als de werkgever daar niets mee doet, werken ze gewoon door.

#### **Hoog arbeidsethos**

*De koekjesinpakster (casus 24) werkt drie avonden (3 x 7,25 uur met 2x 1 kwartier pauze) per week aan de lopende band. Ze heeft vanaf het begin van haar werkzaamheden klachten, maar dacht dat dit normaal was omdat alle werknemers er last van hadden. De werkdruk was hoog en geregeld nog hoger dan normaal doordat er mensen werkten die niet als volle kracht geteld konden worden, bijvoorbeeld doordat er nogal eens wisselingen waren. Ook werkte er iemand op therapeutische basis, die voor het rooster wel voor 100% werd geteld. Mevrouw was zeer gemotiveerd voor haar werk; er werkte naast de uitzendkrachten een vaste ploeg parttimers (vrouwen) met wie ze het goed kon vinden, en ook de direct leidinggevende was aardig. Ze wilde dan ook graag een vaste aanstelling en had daar veel voor over. Ook het feit dat zij onlangs gescheiden was en dus voor de kost moest zorgen (ze had twee jonge kinderen), droeg hier mogelijk aan bij. Mevrouw werkt door totdat ze zodanig ernstige klachten krijgt dat ze definitief uitvalt*

#### **Specialisatie versus taakrotatie**

*Ook is in een aantal dossiers sprake van uitzonderlijk goede werknemers, die juist daardoor eenzijdig belast worden. Juist door hun specialisatie wordt het lastig om taakrotatie toe te passen. De assemblagemonteur klinklijn (casus 27) schiet de hele dag met een klinkhamer klinknagels in een stuk aluminium. Dit is een vaardigheid die niet iedereen zomaar onder de knie heeft. Daarom geeft de werkgever er de voorkeur aan het hem te laten doen in plaats van taakrotatie toe te passen. Omdat er verder geen mensen in het bedrijf werken die deze taak goed beheersen werkt hij bovendien met steeds wisselende collega's.*

#### **Subassertiële houding ten aanzien van de eigen grenzen:**

*De steenhouwer (casus 22) kent in de loop der jaren meerdere periodes van verzuim wegens pijnklachten van diverse aard. Haar werkgever oefent in die gevallen nogal wat druk uit om het werk zo snel mogelijk te hervatten. Hij wijst er daarbij op hoeveel geld het kost voor hem om freelancers in te huren. Zij hervat dan ook geregeld haar werkzaamheden terwijl ze nog niet klachtenvrij is. Ze heeft volgens de verslaglegging van het rugcentrum waar ze een intake heeft gehad, een karakter van 'dat het werk afkomt, is belangrijker dan mijn lichamelijke conditie.' Zij werkt op maandag, dinsdag en woensdag en komt dan woensdag thuis met hoofdpijn vanuit de nek/schouders, zo wordt enige tijd voor de definitieve uitval vermeld in het dossier. Zij gaat dan meteen naar bed, en ligt ook de hele donderdag op bed. Daarna gaat het weer wat beter, en op maandag zijn de klachten nagenoeg voorbij, en gaat zij gewoon aan het werk, waarna ze op woensdag weer thuiskomt met hevige hoofdpijn, etcetera.*

#### **RSI beeldscherm: intrinsiek gemotiveerd en ambitieus**

Ook de beeldschermwerkers die RSI hebben opgelopen, geven blijk van een hoog arbeidsethos. Hier wordt dit minder ingegeven door plichtsgetrouwheid (lange dienstverbanden) of beperkte mogelijkheden ander werk te doen (lage opleiding), maar veeleer door intrinsieke motivatie voor het werk en ambitie. Betrokkenen vinden hun werk belangrijk en willen zich graag ontwikkelen in hun werk. Ook perfectionisme is een kenmerk van deze werknemers. De

subassertiviteit die ook deze werknemers aan de dag leggen ten aanzien van de eigen grenzen, wordt dan ook met name door hun intrinsieke motivatie en ambitie ingegeven en minder door directe druk van de leidinggevendenden. Indirect is die druk er echter wel ten gevolge van slechte organisatie van het werk en personeelstekorten. Bij de taakverzwaring die daardoor ontstaat, protesteren deze werknemers niet of nauwelijks, en zoeken geen of onvoldoende steun bij collega's maar zetten in plaats daarvan steeds een tandje bij. In alle gevallen hebben deze werknemers dan ook enige tot langere tijd doorgewerkt met klachten.

**Perfectionisme**

*De datatypiste (casus 35) is al twee keer uitgevallen met klachten van overspannenheid voordat zij uitvalt met RSI. Naast andere factoren lijkt hierin haar perfectionistische instelling haar parten te spelen. Na de eerste keer overspannen te zijn geweest, ondergaat zij een demotie van marketing communications organisator naar cursusmanager. In die laatste functie organiseert zij het gehele logistieke proces van de cursussen. Op zeker moment vertrekken tegelijkertijd de verantwoordelijk directeur, de salesmanager en 10 van de 20 docenten. Niettemin probeert deze werknemster met slechts twee collega's de afdeling weer op te bouwen. Zij raakt dan opnieuw overspannen en valt enige tijd uit, waarna ze wederom een demotie ondergaat. In haar volgende functie van datatypiste werkt zij op een afdeling waar eigenlijk vier mensen zouden moeten werken. Zij doet het werk met drie mensen zonder over de onderbezetting te klagen.*

### 3.2.3 Belastende factoren privé

De manier waarop de privésituatie inwerkt op het ontstaan van de beroepsziekte is deels hetzelfde, maar deels ook verschillend bij OPS en RSI. In beide gevallen is nagegaan in hoeverre betrokkenen thuis ook belastende activiteiten ontplooiden. Bij OPS gaat het dan om de vraag in hoeverre men in de eigen tijd ook was blootgesteld aan VOS, met andere woorden, het gaat dan om de vraag of betrokkene 'bijklust'. Bij RSI is de vraag naar belastende activiteiten lastiger te beantwoorden. Allerlei activiteiten kunnen immers belastend zijn voor het bewegingsapparaat. Het gaat hier niet zozeer, althans niet uitsluitend, om de vraag naar 'bijklussen' als wel om een inventarisatie van alle activiteiten van het dagelijks leven en een inschatting van de mate van belasting daarvan.

Wat betreft de wijze waarop de psychosociale situatie inwerkt op het ontstaan van de beroepsziekte is een fundamenteel verschil aan de orde. Bij RSI mag aangenomen worden dat stresserende factoren van invloed zijn op het ontstaan van de aandoening, dus ook stress in de thuissituatie. Bij OPS hebben psychosociale factoren geen directe invloed op het ontstaan van de beroepsziekte. Hier speelt de privésituatie uitsluitend een rol in de wijze waarop betrokkene met zijn werk en zijn klachten omgaat. Is er bijvoorbeeld een dwingende financiële noodzaak tot werken? Ondervindt betrokkene als hij klachten heeft steun van zijn partner? Hoe meer dwang tot werken en hoe minder steun in geval van klachten, hoe meer de werknemer geneigd zal zijn door te werken met klachten.



### ***Bijklussen slechts in beperkt aantal gevallen***

Zoals hiervoor in § 3.1.2 al is opgemerkt, maken de werknemers die OPS hebben opgelopen lange werkdagen, maar wordt dit in de meeste gevallen veroorzaakt door overwerk. Slechts in drie gevallen is sprake van bijklussen in de vrije tijd. De blootstelling aan VOS in de privésituatie is dus in vrijwel alle gevallen nihil.

Bij RSI beeldscherm is er slechts in twee gevallen sprake van het verrichten van beeldschermactiviteiten in de privésituatie ('bijklussen'). Slechts in één geval van RSI industrie is er sprake van het uitvoeren van nevenwerkzaamheden die mogelijk belastend zijn voor het bewegingsapparaat. In twee andere gevallen is sprake van het samenvallen van de klachten met zwangerschap (verhoogde kwetsbaarheid) respectievelijk hervatting na zwangerschapsverlof (verhoogde belasting in de thuissituatie).

### ***Werknemers met OPS: vaak een steunende partner***

De psychosociale situatie van betrokkenen is niet altijd rooskleurig en er zijn in bijna de helft van de gevallen belastende *life events* geregistreerd zoals problemen met kinderen (gezondheid, opvoeding), scheiding, sterfgevallen (o.a. van een eigen kind, van een zeer goede vriend), relatieproblemen of psychische klachten bij de partner. Aan de andere kant moet worden opgemerkt dat in veel gevallen de partner steunend is. Een opmerkelijk feit is dat het veelal de partner is die als eerste denkt aan de diagnose OPS. Dit werd tijdens een bijeenkomst van de klankbordgroep ook onderstreept door de vertegenwoordiger van de OPS-patiëntenvereniging.

### ***RSI: slechts in beperkt aantal gevallen stress thuis medeoorzaak***

Stress in de thuissituatie is in de meeste gevallen van RSI geen factor geweest die de beroepsziekte heeft veroorzaakt. Slechts in twee gevallen is een stressvolle thuissituatie aangetroffen. In deze gevallen lijkt deze wel mede van invloed te zijn geweest op het ontstaan van de klachten. Hoewel er in ruim de helft van de gevallen belastende *life events* zijn geregistreerd, zoals echtscheiding, sterfgevallen, emigratie, is het ontstaan van de klachten hieraan niet toe te schrijven. In twee gevallen is een ongelukkige jeugd mogelijk mede van invloed geweest op de attitude ten aanzien van werk.

#### ***Grenzeloosheid***

*De datatypiste heeft doorzetten hoog in het vaandel. Zij heeft te kampen met een strenge werkhouding die haar is aangeleerd door haar vader naar aanleiding van zijn eigen traumatische ervaringen in de Tweede Wereldoorlog. Hij heeft haar onder andere geleerd om pijn weg te denken.*

### 3.2.4 Het relatieve belang van de individuele factoren

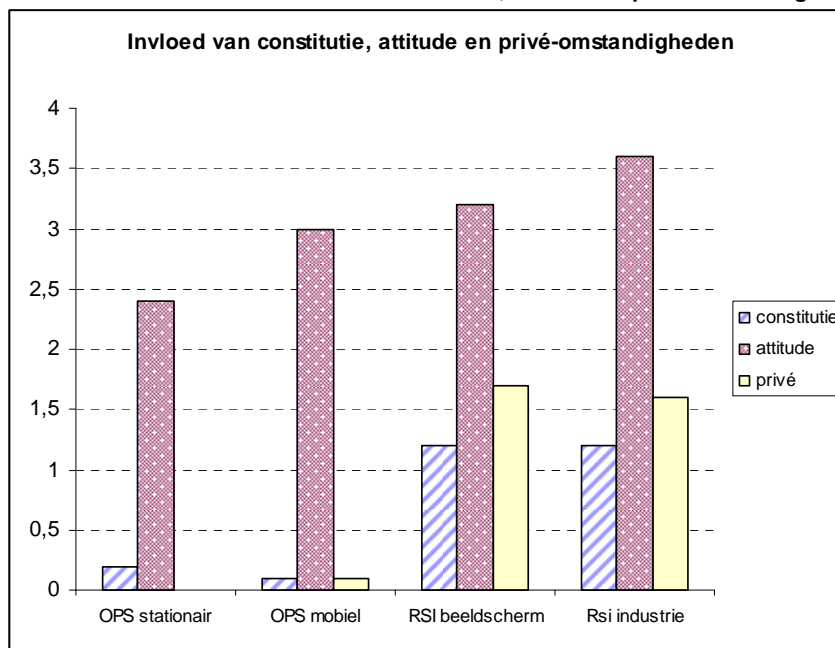
Bij de beoordeling van de belasting door factoren samenhangend met het individu is hierboven onderscheid gemaakt tussen de invloed van:

- de constitutie van de werknemer en eventuele predispositie en/of pre-existente klachten.
- de attitude van de werknemer ten aanzien van arbeid en ziekte
- eventuele belastende factoren vanuit de privé-situatie van betrokkene.

Ook aan deze factoren is in de dossiersessies van de complete onderzoeksgroep een score toegekend. Op een schaal van 1 tot 5 werd voor elk dossier de ingeschatte invloed van de verschillende factoren aangegeven.

Hieruit kwam naar voren dat in de meeste onderzochte gevallen predispositie en constitutie geen rol van betekenis spelen. Ditzelfde geldt voor belastende activiteiten in de thuissituatie en het inwerken van de psychosociale situatie op het ontstaan en beloop van de ziekte. Wel is er in alle gevallen sprake van enige, behoorlijke, veel of zelfs zeer veel invloed van de houding van betrokkenen ten aanzien van arbeid en ziekte op het ontstaan en beloop van de ziekte. Onderstaande grafiek laat zien hoe groot de invloed is van de onderscheiden factoren gemiddeld per categorie onderzochte gevallen.

**Grafiek 3.2.4: Relatieve invloed van constitutie, attitude en privé-omstandigheden**



Schaal van 1-5, gemiddeld per onderzochte categorie, 0 = geen invloed, 5 = zeer veel invloed (schatting onderzoeksgroep bij dossieranalyse)

### 3.3 KLACHTENVERLOOP

In deze paragraaf wordt het klachtenverloop van de betrokken werknemers geanalyseerd. Eerst wordt ingegaan op het ontstaan van de beroepsziekte in de tijd. Wanneer beginnen de klachten, wanneer verergeren ze, welke omstandigheden spelen daarbij een rol? Het ontstaan van de beroepsziekte wordt hier gerelateerd aan de melding van klachten door de werknemer aan een medicus, meestal de huisarts of de bedrijfsarts. Daarna komt de ontwikkeling van de aard van de klachten. Vervolgens wordt expliciet stilgestaan bij het klachtenbeeld op het moment van de definitieve uitval van de betrokken werknemer, omdat dat per definitie als een belangrijke caesuur mag worden beschouwd: met de uitval wordt in de meeste gevallen ook de blootstelling beëindigd, en daarnaast is het in potentie een belangrijk interventiemoment voor de betrokken medicus, doorgaans de huisarts of de bedrijfsarts.

#### 3.3.1 Het ontstaan van de beroepsziekte in de tijd

##### ***Het ontstaan van de OPS-klachten: jarenlange blootstelling***

In alle onderzochte gevallen ontstaat OPS geleidelijk na een jarenlange blootstelling aan VOS, waarbij opvalt dat de klachten in de onderzochte dossiers in stationaire situaties gemiddeld iets sneller ontstaan (gemiddeld na 14 jaar) dan in mobiele situaties (gemiddeld na 17 jaar). Overigens is er in beide categorieën gevallen wel een grote variatie in het moment waarop de eerste klachten ontstaan. In de categorie OPS stationair is er één geval (dossier 16) waarin al na twee jaar klachten optreden en in de categorie OPS mobiel doet zich één geval voor (dossier 2) waarin de eerste klachten zich al na 6 jaar blootstelling manifesteren. Ook naar de andere kant zijn er uitschieters: in één geval van OPS stationair (dossier 13) ontstaan de klachten pas na 33 jaar, in één geval van OPS mobiel (dossier 1) na 30 jaar.<sup>32</sup> Dit beeld is conform de ervaringen van andere gevallen die zijn beoordeeld door het Solvent Team.

##### ***Het ontstaan van de RSI-klachten: korte blootstelling en verandering van werkzaamheden***

RSI-achtige klachten ontstaan, in tegenstelling tot OPS, vaak al betrekkelijk kort na het begin van de blootstelling. Dit betekent overigens niet dat de desbetreffende werknemers dan ook meteen uitvallen met die klachten. Vooral bij RSI industrie is er vaak sprake van een jarenlange verergering van de klachten, voordat mensen hun werk noodgedwongen staken. Overigens is ook vaak sprake van verandering in het werk als uiteindelijke aanleiding tot de definitieve uitval.

---

<sup>32</sup> Het ontstaan van OPS-achtige klachten is achteraf niet altijd even exact te reconstrueren. Naast de meer specifieke klachten als stoornissen in de cognitie en veranderingen in de persoonlijkheid en het gedrag is bij deze reconstructie achteraf uitgegaan van het moment waarop een meer definitief effect lijkt te ontstaan. Daarbij zijn ook duizeligheidsklachten en klachten van acute intoxicatie als aanwijzingen opgenomen, voor zover deze achteraf gezien kunnen worden als begin van meer definitieve effecten. Dit is beoordeeld door het team van onderzoekers.

**Verandering in het werk als veroorzaker van RSI-klachten industrie**

*De fietsassemblagemonteur (casus 21) heeft voordat zij in de fietsfabriek komt werken al zes jaar gewerkt als productiemedewerker (van haar 47<sup>e</sup> tot haar 53<sup>e</sup>) en daarbij geen klachten van het bewegingsapparaat ondervonden. Zij deed dit werk halftime. Op haar 53<sup>e</sup> gaat zij fulltime in de fietsfabriek werken. Zij doet aanvankelijk inpakwerk en monteert sturen. Vier maanden na indiensttreding ontstaan haar eerste klachten. Weer vier maanden later gaat zij 'snelbinders trekken'. Al na enkele dagen geeft dit een flinke verergering van haar klachten en enkele maanden later valt ze voor het eerst vijf weken uit.*

*De pantalonperster (casus 26) heeft, voordat zij klachten ontwikkelt, al zes jaar gewerkt in een combinatiefunctie in hetzelfde bedrijf: zij streek kleding (behalve pantalons ook andere kledingstukken) en werkte gedeeltelijk op de afdeling administratie. Omdat zij zo goed en snel pantalons kan strijken (en daarin de enige is in het bedrijf), wordt zij echter voor haar volledige werktijd (32 uur per week) aangesteld als pantalonperster. Zij strijkt vanaf dat moment elke dag 175 pantalons. De werkdruk is hoog, er worden constant broeken aangevoerd. De strijklank staat te hoog ingesteld voor haar lengte. Om de pantalons goed te kunnen persen, moet zij de pijpen telkens naar boven trekken. Direct na de start in deze eenzijdige functie beginnen haar schouderklachten.*

Bij RSI beeldscherm is de definitieve uitval na het ontstaan van de eerste klachten vaak sneller een feit dan in de industriële beroepen. In deze categorie is slechts in twee van de negen gevallen sprake van jarenlange blootstelling aan risicofactoren in het werk. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat het begrip 'blootstelling' enige precisering behoeft. Deze kan beginnen met de indiensttreding, en dan is er veelal kort nadien sprake van het ontwikkelen van klachten. De meeste werknemers werken echter al langere tijd bij hun werkgever (dan wel hebben bij andere werkgevers al beeldschermwerk verricht) voordat ze klachten ontwikkelen. In die gevallen is echter altijd een verandering in het werk aanwijsbaar waarop de klachten herleidbaar zijn, zoals een verandering van de inhoud van de functie of de werkplek, toename van het aandeel beeldschermwerk in de werkzaamheden, een periode van piekbelasting, of een geleidelijke verhoging van de werkdruk. In die gevallen moet de verandering in het werk dus feitelijk worden aangemerkt als het begin van de relevante blootstelling en begint de blootstelling niet al met de indiensttreding.

**Verandering in het werk als veroorzaker van RSI-klachten beeldschermwerk**

*In de optiek waar de administratief medewerkster / verkoopster (casus 29) werkt is in 1995 sprake van een omzetverhoging. Deze wordt echter niet goed begeleid door de werkgever/leidinggevende, die eigenlijk nauwelijks contact heeft met zijn medewerkers. De buitendienstmedewerkers laten steken vallen, waardoor de binnendienst zwaarder wordt belast: klanten die ten onrechte niet zijn bezocht, bellen naar de winkel en dit levert naast extra telefoontjes tevens extra administratie op. De binnendienstmedewerkers kunnen hun klachten hierover niet kwijt (de leidinggevende is er immers bijna nooit) en zij kunnen zelf hun werkproces niet beïnvloeden. Evenmin worden er functioneringsgesprekken gehouden in dit bedrijf. Dit is de periode dat de administratief medewerkster/verkoopster voor het eerst klachten krijgt.*

*In 1998 doet zich een soortgelijke situatie voor. De werkgever heeft in dat jaar een conflict met de softwareleverancier van het bedrijf en haalt zonder overleg met zijn medewerkers van de ene op de andere dag alle software van de computer. Hierdoor moet het personeel maandenlang op typemachines werken en naderhand de gehele administratie (die net op orde was voor de ingreep van de directeur) opnieuw invoeren. In*

de loop van 1998 verergeren de klachten van de administratief medewerkster. Zij valt in april 1999 definitief uit. Haar directe collega heeft soortgelijke klachten.

De schaderegelaar (34) regelt de schade van de pleziervaart. Daardoor kent zijn werk een jaarlijks terugkerende piekbelasting in het najaar. In 1996 valt precies in die periode zijn collega uit, waardoor hij als enige voor deze taak komt te staan. Hij werkt wekenlang keihard door en ontwikkelt schouderklachten rechts.

De politietolk (30), werkt al vele jaren aan een roman. Daarnaast heeft zij ook al vele jaren 'baantjes' waarbij ook veel beeldschermwerk komt kijken. Haar klachten ontstaan echter pas nadat zij in dienst is getreden als tolk bij de politie waar de ergonomie slecht is en een zeer grote tijdsdruk op haar werk ligt.

### **Verloop tussen de eerste klachten, de eerste klachtenmelding en het moment van uitval**

Zowel werknemers die OPS ontwikkelen als werknemers met RSI, vallen niet direct definitief uit bij de eerste klachten. Vooral de werknemers met OPS en de werknemers met RSI in de industrie werken vaak jarenlang door terwijl ze werkgerelateerde klachten hebben. Bij RSI bij beeldschermwerkers is de definitieve uitval na het ontstaan van de eerste klachten vaak sneller een feit. Onderstaande tabel illustreert dit. Weergegeven is de blootstellingsduur, het moment van de eerste klachten na blootstelling, het moment van de eerste klachtenmelding, en het verloop tussen eerste klachten(melding) en moment van uitval. Voor elke categorie zijn zowel de gemiddelden als de grootste uitschieters naar boven en beneden weergegeven. Bij de gevallen van RSI is zowel de duur van de blootstelling aan werkzaamheden die belastend zijn voor het bewegingsapparaat aangegeven, als de duur van de blootstelling, gemeten vanaf het moment van de relevant geachte verandering in de werkzaamheden.

**Tabel 3.3.1: ontstaan van de beroepsziekte in de tijd**

	<b>OPS</b> <b>Stationair*</b>	<b>OPS</b> <b>mobiel*</b>	<b>RSI</b> <b>beeldscherm*</b>	<b>RSI</b> <b>beeldscherm**</b>	<b>RSI</b> <b>industrie*</b>	<b>RSI</b> <b>industrie**</b>
Duur blootstelling (in jaren)	g: 21,8 h: 36 l: 7	g: 29,8 h: 40 l: 15	g: 9,6 h: 20 l: 0,33	g: 6 h: 16 l: 0,33	g: 10,2 h: 29 l: 1,75	g: 8,7 h: 29 l: 1,5
Eerste klachten na blootstelling (in jaren)	g: 13,9 h: 33 l: 2	g: 16,9 h: 30 l: 6	g: 6,5 h: 15 l: 0	g: 3,7 h: 9 l: 0	g: 3,2 h: 6,5 l: 0	g: 1,7 h: 6 l: 0
Eerste melding klachten na blootstelling (in jaren)	g: 20,2 h: 34 l: 5	g: 23,5 h: 37 l: 10	g: 6,7 h: 15 l: 0	g: 3,9 h: 9 l: 0	g: 4,6 h: 12 l: 1	g: 3 h: 12 l: 0,25
Periode tussen eerste klachten en definitieve uitval (in jaren)	g: 6,9 h: 20 l: 2	g: 13,6 h: 30 l: 2	g: 3,1 h: 7 l: 0,17	g: 3,1 h: 7 l: 0,17	g: 6,9 h: 26 l: 1	g: 6,9 h: 26 l: 1

Periode tussen eerste klachtenmelding en uitval	g: 2,6 h: 9 l: 0	g: 6,3 h: 30 l: -3 (meldt zich dus 3 jaar na uitval)	g: 2,9 h: 7 l: 0	g: 2,9 h: 7 l: 0	g: 5,6 h: 17 l: 0	g: 5,6 h: 17 l: 0
---	------------------------	---	------------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------

\* Duur blootstelling = duur blootstelling aan VOS

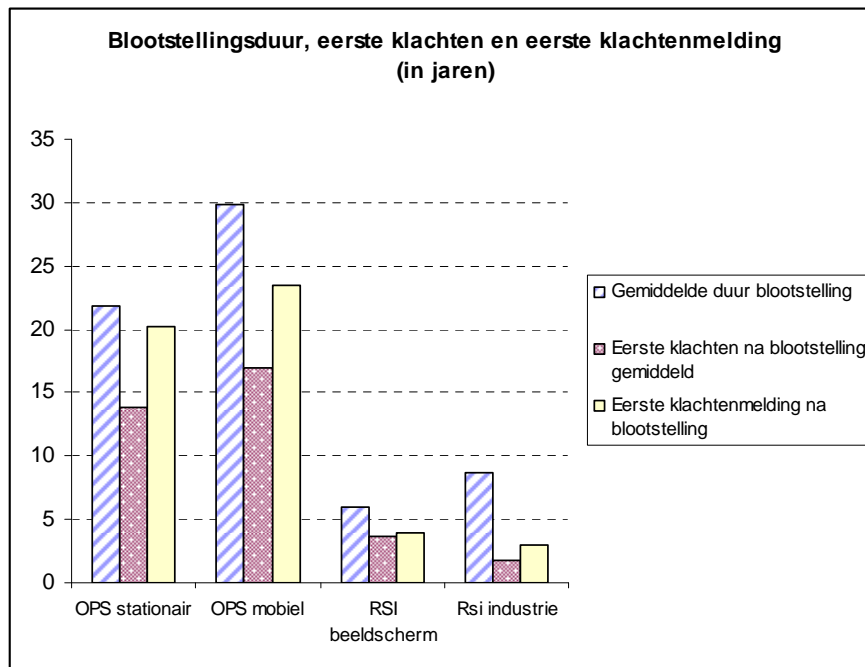
\*\* Duur blootstelling = duur blootstelling aan werkzaamheden belastend voor het bewegingsapparaat.

\*\*\* Duur blootstelling begint *bij verandering in de werkzaamheden* die de klachten veroorzaakt.

g = gemiddeld; h = hoogste; l = laagste

Wanneer van bovenstaande tabel de gemiddelden in een grafiek gezet worden (grafiek 3.3.1), komt duidelijk een aantal essentiële verschillen naar voren in het beloop van de verschillende ziekteprocessen en het gedrag van de werknemers in de verschillende categorieën.

**Grafiek 3.3.1: Blootstelling, eerste klachten en eerste klachtenmelding**



Opmerkelijk zijn de volgende elementen uit de tabel en grafiek:

- Bij de gevallen van OPS valt allereerst op dat er een betrekkelijk lange periode van blootstelling vooraf gaat aan het ontstaan van klachten. Bij RSI, vooral in de industrie, maar ook bij beeldschermwerkers, ontstaan de klachten al snel na het begin van de blootstelling.
- In alle onderzochte categorieën wordt gemiddeld jarenlang doorgewerkt met klachten. Werknemers met OPS werken het langst door met klachten, in sommige gevallen gaat het om meer dan 10 jaar. Er zijn aanwijzingen in dit onderzoek dat dit mede verklaard kan worden uit de aard van de klachten, die deels als 'vaag' worden ervaren (hoofdpijn,

vermoeidheid, duizeligheid, stemmingswisselingen), deels als iets om je voor te schamen (vergeetachtigheid, concentratie- en oriëntatieproblemen, stemmingswisselingen). Bovendien wordt de link met het werk bij OPS meestal pas laat gelegd. Bij de werknemers met OPS verloopt er veel tijd tussen het ontstaan van de eerste klachten en de eerste melding van klachten. Ook hier kan de aard van de klachten (vage klachten en klachten om je voor te schamen) een verklaring zijn. Werknemers in mobiele settings werken aanmerkelijk langer door met klachten dan werknemers in stationaire settings (13,6 jaar tegen 6,9 jaar).

- Werknemers in de industrie werken gemiddeld aanmerkelijk langer door met klachten dan beeldschermwerkers (6,9 jaar tegen 3,1 jaar). Het onderzoek geeft aanwijzingen dat dit verklaard kan worden uit de arbeidsmarktpositie van deze werknemers. Bij werknemers in de industrie bestaat, vanwege hun lage opleidingsniveau en weinig riant financiële positie, vaak een geen-keuze-situatie. Het lijkt erop dat zij (veel) te lang doorgaan met werk dat eigenlijk te zwaar voor hen is.

### 3.3.2 Ontwikkeling van de aard van de klachten

Er zijn grote verschillen in de ontwikkeling van de aard van de klachten tussen de twee beroepszichten. Daarnaast moet worden opgemerkt dat ondanks patronen die herkenbaar zijn binnen de verschillende onderzochte groepen, toch ook elk geval een uniek verloop kent.

#### ***Beloop van OPS***

Bij de werknemers die OPS hebben opgelopen zijn, zowel voor de werknemers in de mobiele situaties als voor de werknemers in de stationaire situaties, de volgende patronen zichtbaar: De eerste veelal beroepsgerelateerde klachten worden manifest vanaf ongeveer het 35<sup>e</sup> levensjaar. Bij stationaire werkers ontstaat in alle gevallen in de loop der jaren een opeenstapeling van allerlei soorten gezondheidsklachten/problemen, bij mobiele werkers in 80% van de gevallen. Zo ontstaan na 10 tot 20 jaar werkzaam te zijn geweest in het beroep klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. Dit patroon geldt voor beide groepen. Ook hebben alle betrokken voordat men uitvalt diverse andere klachten die mogelijk samenhangen met blootstelling aan VOS. Opvallend is het grote aantal meldingen van maagklachten: in 10 dossiers (5 stationaire en 5 mobiel). De meeste maagklachten ontstaan ver voor de eerste ziekte dag (12 tot 25 jaar) c.q. reeds snel na de eerste blootstelling. Ook is in alle gevallen sprake van psychische klachten. In de meeste gevallen (11) ontstaan deze klachten rond de eerste ziekte dag, maar in zeven gevallen al geruime tijd voor de eerste ziekte dag. In alle gevallen is regelmatig sprake van acute intoxicatie als gevolg van piekblootstelling.

#### ***OPS bij schilders***

*De schilder uit casus 4 werkt van 1969 tot 1999, steeds op tijdelijke contracten, bij zes achtereenvolgende werkgevers. Het klachtenpatroon ontwikkelt zich als volgt. Vanaf 1978 ontwikkelt hij gewrichtsklachten, in 1979 is de eerste melding van eczeem. Tussen 1981 en 1983 worden tevens klachten van benauwdheid, hoofdpijn,*

duizeligheid, 's ochtends hoesten, en bloed opgeven gemeld. Tussen 1985 en 1995 geen medische consumptie (althans niet gemeld in het medisch résumé). In 1994 worden bij een PAGO geen afwijkingen gevonden. In de negentiger jaren ontwikkelen zich echter klachten die later geduid zullen worden als OPS: karakterverandering (wordt opvliegend, prikkelbaar), snel moe, stress omdat hij het werk niet meer aankan, verslechtering visus. Eind jaren negentig: toename van klachten, zoals verminderde eetlust en overgeven (bijna dagelijks) en eczeem. Werknemer krijgt steeds vaker het verwijt dat hij te langzaam werkt. In december 1999 komt hij in de WW. In april 2000 meldt hij zich ziek op advies van de huisarts die dan OPS vermoedt. De arbodienst stuurt hem door naar het Solvent Team, dat op grond van neuropsychologisch onderzoek concludeert dat er aanwijzingen zijn voor CTE (en depressie).

### **Casus tandtechnicus**

De tandtechnicus is tussen 1974 en 2000 blootgesteld aan MMA. Betrokkene en zijn vrouw denken achteraf dat de OPS-achtige klachten al in de tachtiger jaren zijn ontstaan. In 1983 is sprake van een langdurige periode van vermoeidheid (met slapeloosheid en huilbuien) en tussen 1986 en 1990 van buikpijn, braken, diarree, bloed bij de ontlasting. Eind 1998 en in de loop van 1999 is sprake van duizeligheidsklachten, en daarnaast toename van misselijkheid en braken. Op 16 november 1999 wordt voor het eerst het vermoeden uitgesproken van OPS, door de echtgenote bij de huisarts. Dit naar aanleiding van een bijeenkomst van de FNV over OPS. De echtgenote meldt dan "gedragsverandering". In april wordt door een klinisch psycholoog – op verwijzing van de neuroloog - een neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd, waaruit cognitieve functiestoornissen naar voren komen "die kunnen passen bij CTE". Het Solvent Team stelt de definitieve diagnose. Inmiddels heeft betrokkene zich in mei 2000 weer ziek gemeld. Er wordt daarbij naast duizeligheid ook melding gemaakt van hoofdpijn en agressie, woedeaanvallen. Ondanks dat de klachten niet minder worden, probeert betrokkene nog een keer zijn werk te hervatten (december 2000). Dit gaat niet goed en hij valt definitief uit begin maart 2001.

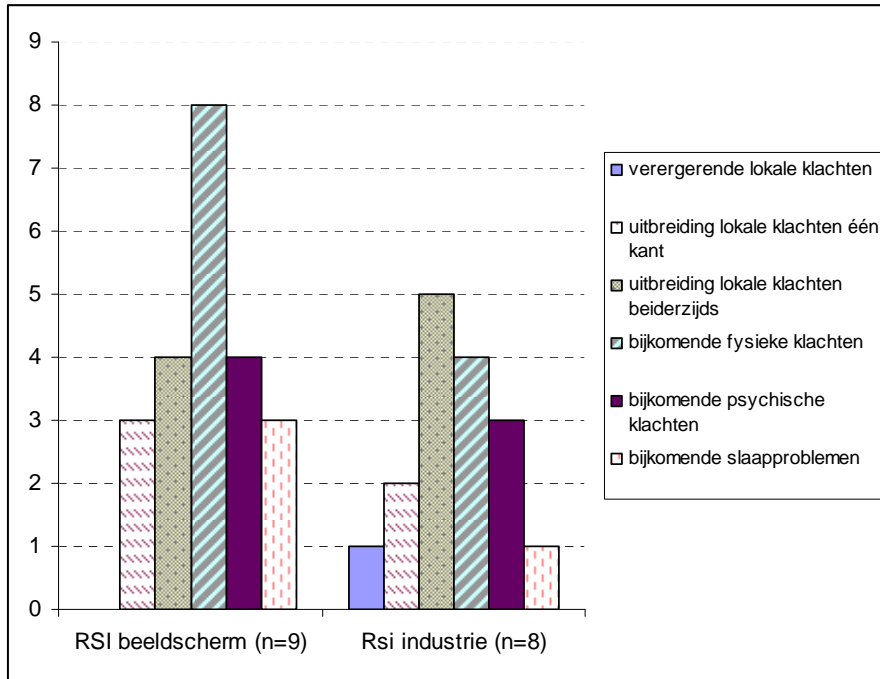
### **Beloop van RSI**

Bij de werknemers die RSI hebben opgelopen, zijn zowel voor de gevallen in de industrie als voor de beeldschermwerkers de volgende patronen zichtbaar.

- lokale pijnklachten worden steeds erger
- lokale klachten breiden zich uit
  - aan één kant van het lichaam
  - naar beide kanten van het lichaam of het hele lichaam
- ontstaan van bijkomende klachten
  - bijkomende fysieke verschijnselen zoals tintelingen, koud gevoel, doof gevoel, lam gevoel.
  - psychische klachten als reactie op de pijnklachten en/of als reactie op de ontstane problematiek op het werk.
  - slaapproblemen.

De mate waarin die patronen zich voordoen is bij RSI beeldscherm anders dan bij RSI industrie, hetgeen met onderstaande grafiek kan worden geïllustreerd.





### 3.3.3 Klachtenbeeld bij definitieve uitval

Uit de dossiers is ook helderheid te verkrijgen over de klachten die de werknemers hebben op het moment van definitieve uitval. Samenvattend levert dat het volgende beeld op.

OPS klachten zijn voor de medicus noch voor de werknemer duidelijk aan te wijzen en zijn soms verpakt in andere (vaak beroepsgerelateerde) vage klachten. Daarbij komt dat werknemers met OPS vaak ook andere beroepsgerelateerde klachten hebben. Meestal meldt de werknemer één of meerdere van de volgende gezondheidsklachten klachten die aan vos blootstelling gerelateerd zijn: misselijkheid, geheugenproblemen, overmatige vermoeidheid, slaperig, hoofdpijn, onwel geworden op het werk. Psychische klachten staan vaak op de voorgrond, zoals stemmingswisselingen, snel geïrriteerd zijn, het werk niet aankunnen, neerslachtigheid, hyperventilatie, somberheid, emotionele labiliteit. Daarnaast maakt de werknemer op de eerste ziektedag vaak melding van: maagproblemen, hartproblemen, klachten aan het houding en bewegingsapparaat, schildklierproblemen, oorklachten. Opvallend is dat de klachten bij eerste melding bijna nooit in termen van de beroepsziekte OPS worden verwoord door de werknemer noch door de medicus.

RSI klachten zijn doorgaans door de werknemer duidelijk aan te wijzen en door de medicus te duiden. Pijn van het bewegingsapparaat staat op de voorgrond, zowel kort en hevig als chronisch. Een deel van de industriewerkers met RSI heeft hoofdpijnklaften, als gevolg van uitstraling vanuit de nek. Beeldschermwerkers met RSI hebben altijd bijkomende fysieke klachten zoals tintelingen, bij industriewerkers met RSI komt dit in de helft van de gevallen voor.

Indien er slaapproblemen zijn, is dit meestal als gevolg van pijn, slechts in één geval is piekeren de oorzaak

Onderstaand schema bevat een inventarisatie van de gezondheidsklachten die de werknemer uit op het eerste medisch consult bij de huisarts en/of de bedrijfsarts vlak na de eerste ziektedag van definitieve uitval.

OPS Mobiel		OPS stationair	
Beroep	Klachten 1° ziektedag	Beroep	Klachten 1° ziektedag
Schilder (1947)	misselijkheid, spierpijn en geheugenproblemen	Offset drukker (1950)	nekkklachten, geheugenklachten
Parketlegger (1964)	overmatige vermoeidheid en slaperigheid	Allround drukker (1959)	rugklachten en depressieve klachten
Schilder (1964)	in de put, veel gebeurd, komt tot niets, wil rust	Operator per (1947)	geheugenklachten, klachten prikkeling ogen en huid, hyperventilatie
Schilder (1941)	hoofdpijn, gewrichtsklachten, wisselende stemming, snel geïrriteerd, kan werk niet meer aan, slecht slapen	Tandtechnicus (1955)	bij aanvallen kan hij niet lopen, daarnaast misselijk en braken. Men denkt aan oorklachten (benigne paroxysmale positie), totdat partner de huisarts attendeert op OPS aan de hand van de gedragsveranderingen, concentratiestoornissen en vergeetachtigheid
Schilder (1938)	regelmatig 2 dagen in bed vanwege spanning, neerslachtigheid	Flexodrukker (1964)	vermoeidheid hoofdpijn, somberheid, concentratiestoornis, grote slaapbehoefte, last van lawaai
Schilder (1963).	voortdurende klachten van hoofdpijn, vermoeidheid vergeetachtigheid	Polyesterwerker (1951)	moeheid, geheugen en concentratieproblemen, sufheid en spierpijnklachten
Stoffeerder (1949)	beroepsgerelateerde rugklachten	Industriespuiterschilder(1952)	diarreeklachten, hoofdpijn en is regelmatig de weg kwijt
Parketlegger (1945)	rugklachten en schouderklachten	Vorbereider offset (1953)	pijn in ledematen, snel te druk, somberder. Sneller emotioneel, geheugenklachten. Aanvankelijk zit men (exclusief) op het spoor van schildklierandoening.
Stoffeerder (1948)	pijnsteken rondom het hart en hartritmestoornissen	Bankwerker/polyesterwerker (1957)	Rugklachten
Schilder (1949)	3 keer onwel op het werk	Offsetdrukker (1961)	ziekmelding 1 dag na ontvangst diagnose Solvent Team

RSI Industrie		RSI Beeldschermwerk	
Beroep	Klachten 1 <sup>e</sup> ziekte dag	Beroep	Klachten 1 <sup>e</sup> ziekte dag
Fietsassemblagemonteur (1945)	pijn in de rechterelleboog nekklasten vingerklachten	Administratief medewerkster optiek (1957)	schouderklachten met uitstraling naar nek en hoofd, tintelingen in de armen, soms ook koud gevoel. Gecombineerd met migraineachtig beeld
Steenhouwster (1955)	nek-/schouder-/rugklachten die leiden tot ondraaglijke hoofdpijn	Politietolk/vertaler (1970)	tintelingen en pijn in beide handen en onderarmen, ook koude handen. Daarnaast stijve nek, schouders en bovenrug. Slaapstoornissen t.g.v. de pijn (slaapt enige tijd met handspalkjes)
Magazijnmedewerker (1952)	pijn rechterschouder uitstralend naar rechter arm; rugklachten	It-expert (1963)	polsklachten beiderzijds
Koekjesinpakster (1967)	doffe spierpijn vanuit de pols optrekkend naar de hand; zwelling vanaf de linkerzijde van het polsgewricht tot op de hand waar duim en wijsvinger; bloedingstoring	Medisch secretaresse (1962)	doof gevoel rechterhand, krachtsverlies rechts, tintelingen in rechterschouder en -arm, doofheid rechterarm, nekpijn
Vlekkenkijkster (1953)	elleboog- en schouderklachten, hoofdpijn- en nekklasten, surmenage, psychische klachten, concentratiestoornissen, evenwichtsstoornissen, duizeligheid, misselijkheid, slaapproblemen, hypertensie en diabetes mellitus	Schaderegelaar (1955)	eerste keer uitval in december 1996 na piekbelasting: pijn in nek, schouder en arm rechts. In mei 1999 opnieuw een ziekmelding: nek- en schouderklachten nemen toe, ook klachten in de linker onderarm
Kledingperster (1950)	pijn in haar linkerschouder	Tekenaar CAD (1973)	klachten in beide handen: tintelingen, pijn die 's nachts toeneemt, spanning en slaapproblemen
Assemblagemonteur klinklijn (1961)	pijn in zowel de rechter- als de linkerschouder, nek- en hoofdpijnklachten, tintelingen in arm en hand	Datotypiste (1965)	RSI van hand en pols, muisarm, al een paar maanden last, krampen
Keurster infuuszakken (1947)	pijn in de linkerschouder die verergert en uitstraalt tot in de hand. Tevens prikkelingen	Grafisch ontwerper (1961)	chronische hand-, pols-, duimklachten beiderzijds
		Field manager it (1944)	nekklasten en klachten van de rechterarm: lamme arm, pijn rechterschouderblad, forse beperkingen, kan niet eens meer schrijven

### **3.4 HET TRAJECT VAN (SOCIAAL-)MEDISCHE BEGELEIDING EN DE INTERVENTIES**

Deze paragraaf bevat een analyse van het traject van (sociaal-)medische begeleiding en de interventies die in dat kader zijn gepleegd. Allereerst wordt het patroon van klachtenmelding door de werknemer zelf in kaart gebracht (§ 3.4.1). Wanneer is de eerste klachtenmelding, wat is de aard van die melding, bij wie wordt voor het eerst gemeld? Hoe zien de vervolgmeldingen eruit? Met welke frequentie meldt een werknemer zich? Is het tijdstip van de eerste melding en de frequentie waarmee een werknemer zich meldt in overeenstemming met het klachtenverloop? Vervolgens wordt het proces van diagnosestelling bezien (§ 3.4.2 en 3.4.3). Beschreven wordt het verloop ervan en geanalyseerd wordt welke factoren hierbij een rol spelen. Ook wordt stilgestaan bij de vraag in hoeverre, op welke wijze en wanneer er in de diagnosestelling een relatie wordt gelegd met het werk van de betrokken werknemer. Tenslotte komt de behandeling van de beroepsziekte aan de orde (§ 3.4.4). Ook daarbij speelt weer de vraag naar de mate waarin, de wijze en het tijdstip waarop de werkgerelateerdheid van de aandoening betrokken wordt in de behandeling.

#### **3.4.1 Klachtenmelding**

Wat betreft de melding van klachten zijn er zowel overeenkomsten als verschillen tussen de onderzochte categorieën gevallen.

##### ***Huisarts eerste aanspreekpunt***

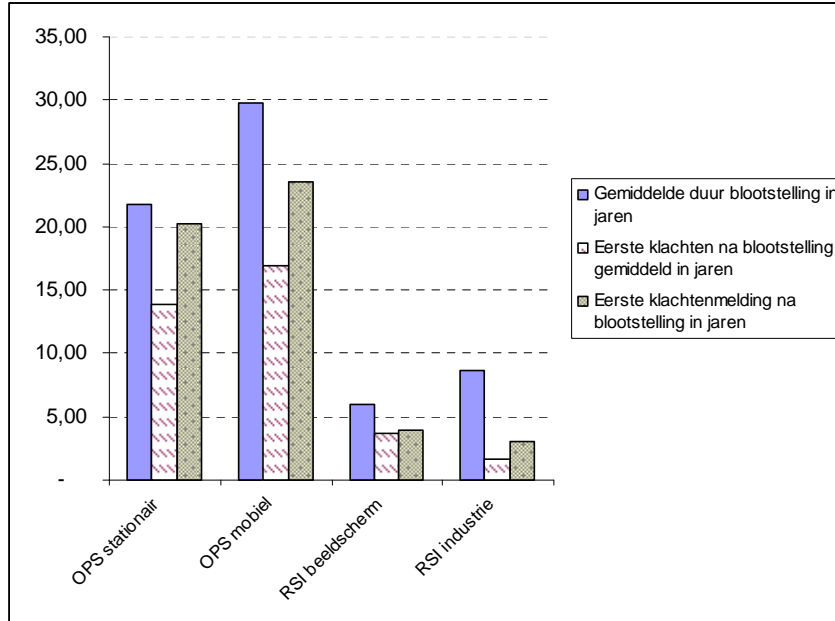
Het algemene beeld bij alle vier de onderzochte categorieën is dat veelal de *huisarts* het eerste aanspreekpunt is voor het melden van beroepsgerelateerde klachten. De bedrijfsarts is in de meeste gevallen pas laat in beeld – veelal zelfs pas na de definitieve uitval. Dit beeld moet alleen voor de gevallen van OPS stationair enigszins genuanceerd worden. Ook in deze categorie is weliswaar de huisarts altijd het eerste aanspreekpunt, doch in 60% van de gevallen van OPS stationair wordt vrijwel gelijktijdig tevens de bedrijfsarts geconsulteerd.

##### ***Tijdigheid van de eerste klachtenmelding***

Wat betreft de tijdigheid van de melding zijn er duidelijk verschillen tussen de werknemers die RSI hebben opgelopen en de werknemers met OPS, hetgeen in paragraaf 5.3 bij de analyse van het ontstaan van de klachten in de tijd ook al naar voren kwam. Uit onderstaande grafiek blijkt dat de werknemers die OPS ontwikkelen, althans gemiddeld, vele jaren doorwerken met klachten zonder deze te melden. Vaak melden zij hun klachten pas kort voordat zij uitvallen, dus wanneer zij echt niet meer kunnen. Bij de gevallen van RSI is dat anders. De beeldschermwerkers melden zich vrijwel zonder uitzondering direct of kort nadat hun klachten

zijn ontstaan. Bij de werknemers in de industrie gaat hier gemiddeld ruim een jaar overheen, maar zij melden zich vrijwel allemaal ruimschoots voordat zij uitvallen met hun klachten.

**Grafiek 3.4.1a Blootstelling, eerste klachten en eerste klachtenmelding (gemiddeld in jaren)**

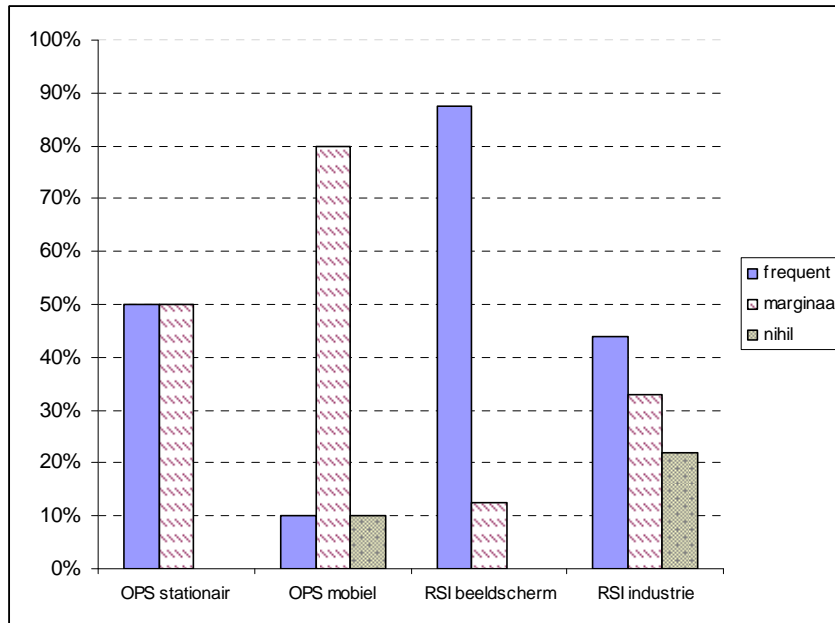


Wanneer niet naar gemiddelden wordt gekeken, maar naar het aantal gevallen waarin klachten tijdig gemeld wordt ontstaat het volgende beeld. In de meeste onderzochte gevallen van werknemers die RSI-achtige klachten ontwikkelen melden zij zich bij of kort na het ontstaan van hun klachten (meestal) bij hun huisarts met hun klachten. Bij de werknemers met OPS is dit weliswaar heel anders, maar toch ook niet helemaal conform de verwachting wanneer alleen naar gemiddelden wordt gekeken. Toch nog 60% van de werknemers in mobiele situaties en 50% van de werknemers in stationaire situaties meldt zich tijdig met klachten in het medisch circuit. De rest van de werknemers die OPS hebben opgelopen, meldt zich pas in een zeer vergevorderd stadium van de ziekte, vaak zelfs pas op of na de definitieve uitval van het werk.

***Frequentie huisartsencontact voor definitieve uitval***

De frequentie waarmee men zich meldt in het medische circuit levert eveneens een gevarieerd beeld op. Onderstaande grafiek geeft weer in hoeveel gevallen er voor de eerste ziektedag frequent contact was met de huisarts en in hoeveel gevallen dit contact marginaal of zelfs nihil was.

**Grafiek 3.4.1b Frequentie klachtenmelding aan de huisarts vóór de dag van definitieve uitval**



### **Melding van klachten aan de werkgever**

Wat betreft melding van beroepsgerelateerde klachten aan de werkgever is het beeld eveneens divers, zoals onderstaande grafiek weergeeft. Opvallend is dat de beeldschermwerkers duidelijk vaker melden dan de andere beroepsgroepen, en dat werknemers met OPS-klachten in stationaire omgeving zelden melden.

Bij het melden van de klachten aan de werkgever vragen de werknemers die RSI hebben opgelopen allemaal ook om maatregelen, zoals het aanbieden van aangepast werk, overplaatsing, maatregelen om het werk te verlichten, (tijdelijke) urenreductie of aanpassing werktijden. Bij de OPS-gevallen is in 30% van de gevallen om maatregelen gevraagd, zij het niet door de de werknemers die hun klachten melden, maar door andere werknemers.

Klachtenmelding en het vragen van maatregelen aan de werkgever brengen betrokkenen echter doorgaans weinig goeds. Klachten worden in de meeste gevallen domweg genegeerd. Waar er wel op gereageerd wordt, gebeurt dit vaak op inadequate wijze of (te) laat. Zo zijn er meerdere gevallen van ergonomische verbeteringen gevonden die pas plaatsvonden nadat de werknemer definitief was uitgevallen. Ook worden vragen om aangepast werk soms gehonoreerd (RSI beeldscherm en industrie), waarbij achteraf blijkt dat het aangepaste werk eveneens belastend is voor het bewegingsapparaat. Vergelijkbaar zijn twee gevallen van OPS waarin de werkgever overging tot overplaatsing naar een functie van een lager niveau, maar met even grote blootstelling aan VOS. In een aantal gevallen van OPS mobiel is gereageerd door het aanbieden van tijdelijk part-time werken en het gebruik maken van de winter-WW.

***Te late reactie: aanpassing werkplek datatypiste***

*Het geval van de datatypiste laat zien dat ook een goedwillend bedrijf te laat kan zijn met maatregelen. In het najaar van 1998 ontstaan bij mevrouw de eerste klachten: pijn in nek, schouder en arm rechts, stijve nek die last geeft bij slapen. Schoonmaken thuis gaat niet meer, af en toe kan ze ook niet meer eten met haar rechter hand. Mevrouw vraagt vanaf december 1998 om een in hoogte verstelbaar bureau, zoals die inmiddels op de salesafdeling zijn geïnstalleerd. Haar wordt te kennen gegeven dat ze daartoe een officieel verzoek tot het uitvoeren van een werkplekonderzoek moet indienen bij het Hoofd Facilites. Als dat werkplekonderzoek uitwijst dat ze zo'n bureau nodig heeft, dan krijgt ze het. Het werkplekonderzoek vindt plaats op 23 februari 1999. Op 11 maart valt mevrouw definitief uit wegens RSI-klachten. Het rapport van het werkplekonderzoek komt op 13-04-1999 en bevat een uitgebreid advies tot aanpassing van de werkplek. Te laat.*

### **3.4.2 Diagnosestelling: de relatie tussen klachten en werk**

Na melding van de klachten, vindt diagnosestelling plaats. Onder het stellen van een diagnose wordt hier verstaan: het identificeren van een ziekte op grond van de symptomen (dat wil zeggen: vanuit de gezondheidsklachten van de patiënt en de door de arts waarneembare ziekteverschijnselen).

Er zijn aanmerkelijke verschillen tussen de onderzochte categorieën in de manier waarop de diagnose tot stand komt. Deze verschillen betreffen het *moment* waarop de diagnose OPS of RSI wordt gesteld het en eventueel een relatie wordt gelegd met het werk, het traject van diagnosestelling, de kwaliteit van de diagnostiek en de betrokkenen bij de diagnostiek.

***Moment waarop de relatie met het werk gelegd wordt***

Voor beide groepen werknemers die OPS hebben opgelopen geldt dat de relatie met het werk pas laat wordt gelegd en de herkenning van OPS moeizaam verloopt. In een aanzienlijk deel van de gevallen wordt dit mede bemoeilijkt door de zeer beperkte medische consumptie van de desbetreffende werknemers. Hiervoor is al aangegeven dat in 40% van de onderzochte gevallen van OPS mobiel en 50% van de gevallen OPS stationair de werknemers zich pas melden kort voor of zelfs nadat zij definitief zijn uitgevallen van hun werk. Maar ook in de gevallen waarin men zich wel tijdig meldt met klachten, worden deze pas herkend als werkgerelateerd als betrokkenen letterlijk bijna niet meer op hun benen kunnen staan, dus kort voor de definitieve uitval van werk. Gemiddeld gaat er bij de mobiele werkers ruim drie jaar voorbij na de eerste melding van OPS-achtige klachten voordat gedacht wordt aan een relatie met het werk. Voor de werknemers in stationaire situaties is dat bijna vier jaar.

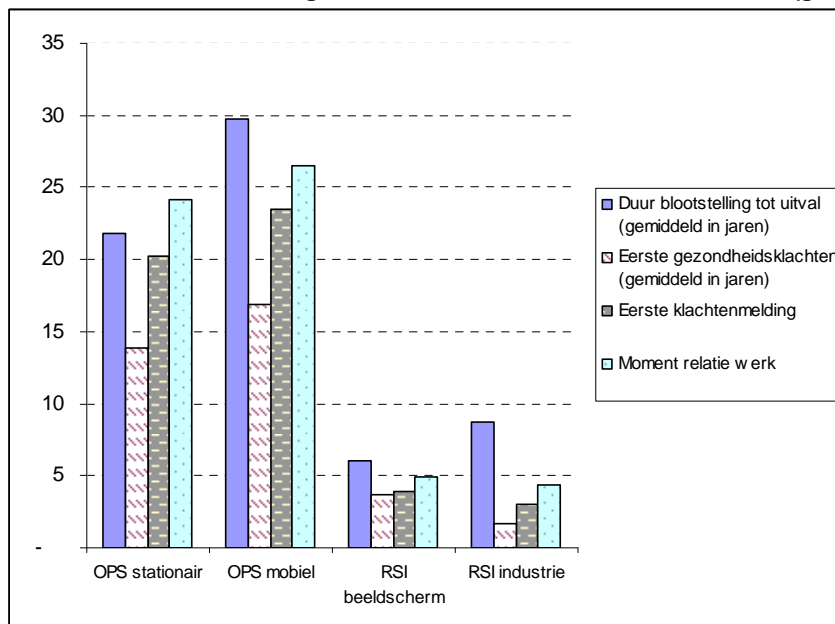
Bij de werknemers in de industrie met RSI duurt het in de meeste gevallen ook wel enige tijd voordat de relatie met het werk gelegd wordt (gemiddeld 1,33 jaar na de eerste melding, ten hoogste 5 jaar, maar ook in 3 gevallen direct bij de eerste klachtenmelding). Niettemin kan gesteld worden dat toch in de meeste gevallen (75%) sprake is van een vroegtijdige

onderkenning van de werkgerelateerdheid van de klachten, in die zin dat dit gebeurt nog voordat de betrokken werknemer uitvalt. In de onderzochte gevallen werken de werknemers in de industrie gemiddeld nog 3,2 jaar door na de eerste klachtenmelding (ten hoogste 8,25 jaar, in één geval valt de klachtenmelding samen met de uitval). Het is waarschijnlijk dat in de meeste gevallen op het moment dat de werkgerelateerdheid van de klachten wordt gesignaleerd, de klachten nog omkeerbaar waren. Doordat de werknemers daarna echter toch nog hebben doorgewerkt, zijn de klachten uiteindelijk uitgemond in definitieve uitval.

Bij de beeldschermwerknemers die RSI oplopen, worden de klachten gemiddeld nog iets sneller dan bij de industriewerkers in verband gebracht met het werk (gemiddeld één jaar na de klachtenmelding, in het hoogste geval was dit vier jaar na de eerste melding, maar ook in vier gevallen direct bij klachtenmelding). Dit is bij de meeste beeldschermwerkers (89%) dan echter al te laat in die zin dat ze kort daarna of zelfs daarvoor al definitief blijken te zijn uitgevallen van hun werk. Beeldschermwerkers werken gemiddeld 2,2 jaar door na de eerste melding van klachten (in het hoogste geval 6 jaar, in één geval valt klachtenmelding en uitval samen).

Onderstaande grafiek vat een aantal elementen uit het proces van ontstaan van de beroepsziekte samen, te weten het ontstaan van de eerste klachten en de eerste klachtenmelding, en het moment waarop voor het eerst een relatie wordt gelegd met het werk. Hieruit blijkt dat dit alleen voor de gevallen van RSI in de industrie ruimschoots voor uitval gebeurt. Bij de gevallen van OPS stationair gebeurt dit – althans gemiddeld – zelfs pas na uitval.

**Grafiek 3.4.2a Blootstellingsduur en voor het eerst relatie met het werk (gemiddeld in jaren)**





### **Wie legt de relatie met het werk**

Voor beide groepen werknemers met OPS geldt dat het vermoeden van OPS in de meeste gevallen (70% stationair, 60% mobiel) als eerste wordt geuit door de partner van het slachtoffer en het slachtoffer zelf. Dit gebeurt vaak naar aanleiding van bijvoorbeeld een brochure die ze hierover hebben gelezen, een informatieavond die ze hebben bijgewoond, of door toevallige contacten met mensen die ze kennen bij wie reeds OPS is gediagnostiseerd. Wanneer zij hun vermoeden uiten, krijgen zij echter lang niet altijd direct gehoor bij medici. Vooral de patiënten die werkzaam waren in mobiele situaties hebben in veel gevallen (67%) lang moeten aandringen om hierin serieus genomen te worden. De werknemers in stationaire situaties kregen in de meeste gevallen wel direct gehoor op hun uiting van vermoedens van OPS (86% van de gevallen). In enkele gevallen (twee stationair en één mobiel) vermoedt de huisarts als eerste dat er sprake is van OPS. In twee gevallen van OPS mobiel is het de psychiater geweest die het eerste OPS vermoedde, en in één geval (eveneens mobiel) de internist.

Bij RSI-klachten wordt de relatie eerder gelegd door een (para-)medicus. Bij de industriewerkers meestal (63% van de gevallen) de huisarts, in vier gevallen de bedrijfsarts, en in drie gevallen legt de Mensendiecktherapeute als eerste de relatie tussen klachten en werk. Ook andere behandelaars leggen in de loop van het diagnosestellingstraject wel eens de relatie met het werk, maar dat gebeurt lang niet altijd en vaak in een veel later stadium dan de huisarts. Dit is in veel gevallen overigens begrijpelijk omdat andere behandelaars veelal later worden ingeschakeld.

Twee dingen vallen hierbij op. Ten eerste dat de huisarts bij het constateren van werkgerelateerdheid geen contact opneemt met de bedrijfsarts, ook niet bij jarenlange klachten. In de tweede plaats is opmerkelijk dat werkgerelateerdheid door de ene behandelaar wel en door de andere niet genoemd wordt. Het wordt met andere woorden niet opgepikt in een totaalbeeld van de diagnose.

In de gevallen van RSI beeldscherm is het veelal (55%) de huisarts die de relatie met het werk legt. Er doen zich echter ook gevallen voor waarin de huisarts hierin niet leidend is en alleen paramedici de werkgerelateerdheid van de klachten onderkennen (22%). In één geval is het de bedrijfsarts die als eerste de werkgerelateerdheid van de klachten vaststelt. In één geval blijft de werkgerelateerdheid van de klachten tot het einde toe een punt van twijfel onder alle betrokkenen.

Opvallend is dus dat de bedrijfsarts, die daarop toch het meest gespist zou moeten zijn, maar zelden degene is die in deze dossiers als eerste de relatie met het werk legt. Dit kan ten dele verklaard worden doordat de betrokken werknemers zich veelal eerst bij de huisarts melden met hun klachten.

Anderzijds kwam in de sessies met de bedrijfsartsen ook naar voren dat bedrijfsartsen veelvuldig géén of onvoldoende kennis hebben van de arbeidsomstandigheden en de blootstelling aan risico's op het werk. Ook werd opgemerkt dat het bij bedrijfsartsen vaak schort aan *up to date* kennis van de werkgerelateerde aandoeningen die zich in een sector voordoen, hetgeen geweten wordt aan tijdgebrek, gebrek aan fondsen en ondersteuning door stafdiensten, en gebrek aan intercollegiaal overleg bij zelfstandige bedrijfsartsen.

### ***Hoe wordt de relatie omschreven?***

In de gevallen van OPS wordt de relatie met het werk, als die eenmaal gelegd wordt, altijd gelegd in termen van (het vermoeden van) de diagnose OPS. In het beperkte aantal gevallen waarin dit gebeurt door de huisarts, bestaat het leggen van deze relatie vaak uit niet veel meer dan de notitie in het huisartsendossier van de vraag: ‘kan hij schildersziekte hebben?’ of de opmerking: ‘werkt al x jaar als schilder’. Aangezien daarop vervolgens door de huisarts niet wordt gehandeld, is het in de meeste gevallen toch de partner van het slachtoffer die het traject van diagnosestelling daadwerkelijk in gang zet.

Bij werknemers in de industrie omschrijft de huisarts de relatie tussen klachten en werk op verschillende manieren. Soms slechts in zeer algemene termen, zoals bijvoorbeeld “overbelasting”, “fysiek zwaar werk”, maar soms ook meer specifiek, zoals “handbelastend werk” of “veel staand werk”. In enkele gevallen omschrijft de huisarts de werkzaamheden die geleid hebben tot de klachten preciezer, bijvoorbeeld: “het broeken persen is erbij gekomen, trekt broek naar boven”.

Ook bij de beeldschermwerkers wordt de relatie tussen klachten en werk meestal in algemene termen omschreven en niet nader uitgediept. Enkele in de dossiers aangetroffen omschrijvingen: ‘verkeerde werkhouding?’, buiten werk ook veel schrijfwerk, samen met werk gaf dit surmenage’, ‘muisarm?’, ‘klachten worden onderhouden door het typen’. In enkele gevallen wordt de relatie met het werk gelegd door de klachten direct te benoemen als RSI, echter zonder deze diagnose nader uit te diepen volgens het vijfstappenplan.

### ***Wanneer wordt de diagnose OPS/RSI gesteld?***

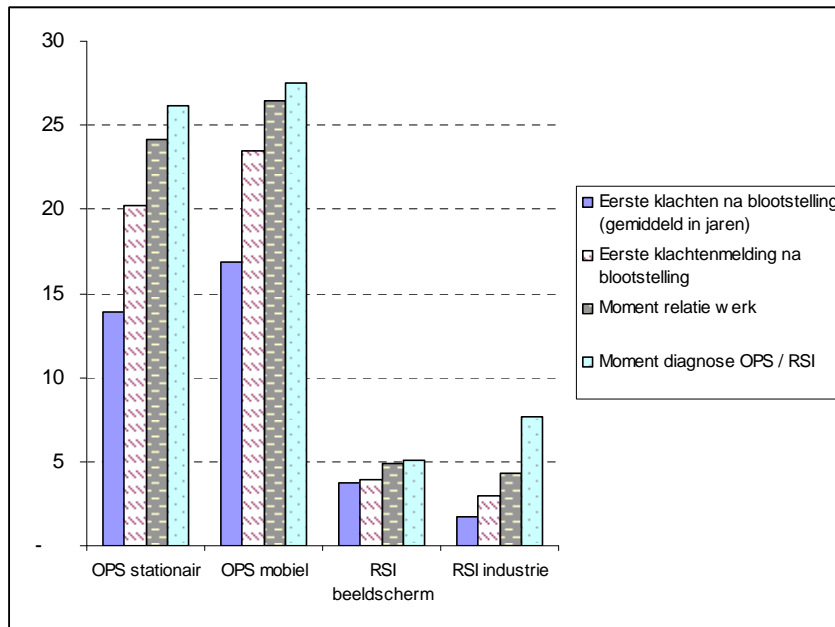
Als het vermoeden van OPS bestaat, is er nog lang geen diagnose. Het tijdsverloop tussen de eerste melding van OPS-achtige klachten en de uiteindelijke diagnose OPS is dan ook lang: gemiddeld gaat hier in de beoordeelde dossiers ruim vier jaar overheen en bij de werknemers in de stationaire situaties gemiddeld zelfs zes jaar. De diagnose OPS komt in de meeste gevallen dan ook wanneer de werknemers, soms al zeer lange tijd, zijn uitgevallen van hun werk.

De relatie tussen klachten en werk bij werknemers in de industrie wordt weliswaar in een relatief vroeg stadium gelegd, voordat de diagnose RSI wordt gesteld gaat er echter aanmerkelijk meer tijd voorbij – waarbij moet worden aangetekend dat in bijna 40% van de gevallen deze diagnose in het geheel niet wordt gesteld. In de vijf gevallen waarin dit wel gebeurt, duurt het gemiddeld 4,7 jaar na de eerste melding van klachten (in het hoogste geval 9 jaar, in het laagste geval bijna 2 jaar). Overigens is de diagnose RSI bij de werknemers in de industrie in geen enkel geval robuust te noemen (zie bijlage 10). Meestal wordt de diagnose slechts genoemd, en in alle gevallen wordt de relatie met het werk op geen enkele manier uitgediept. Slechts in één geval is deze uiteindelijk (bij de verzekeringsgeneeskundige) enigszins robuust.

Bij de beeldschermwerkers komt vaker en eerder dan bij de industriewerkers de diagnose RSI tot stand, veelal kort nadat of gelijktijdig met het moment waarop de relatie met het werk is gelegd. In twee gevallen wordt de diagnose RSI niet gesteld. In de overige zeven gevallen (78%) gebeurt dit gemiddeld 1,2 jaar na de melding van de eerste klachten (maximaal vier jaar,

in de snelste procedures direct bij de klachtenmelding). In slechts twee van die zeven gevallen is de diagnose RSI werkelijk robuust en wordt dus de relatie met het werk uitgediept. Dat is in beide gevallen gebeurd door een revalidatiearts c.q.-team.

**Grafiek 3.4.2b Periode tussen eerste klachten en diagnose (gemiddeld in jaren)**



### **Wie stelt de diagnose?**

De diagnose OPS wordt in alle gevallen op twee na gesteld door één van de Solvent Teams. In de overige twee gevallen wordt er in een *second opinion* aangevraagd door Bureau Beroepsziekten alsnog de diagnose OPS gesteld, in beide gevallen door een psychiater.

Bij de gevallen van RSI verschilt het per geval wie de diagnose stelt: soms is dit de huisarts, soms de bedrijfsarts, soms een specialist (neuroloog of revalidatiearts) en soms een paramedicus (fysiotherapeut of mensendiecktherapeut). Overigens is in de meeste gevallen – met uitzondering van de diagnostiek door de revalidatieartsen – de diagnose weinig robuust.

### **3.4.3 Het traject van diagnosestelling: een lange weg van *trial and error***

Met de vaststelling van het moment waarop in de verschillende gevallen een relatie wordt gelegd tussen de klachten en het werk, en de beantwoording van de vraag of dat – althans in theorie – tijdig is gebeurd, is een belangrijk aspect van de diagnosestelling van beroepsziekten voor deze gevallen ingekleurd. Daarmee is echter nog geen totaalbeeld verkregen van het gehele traject van diagnosestelling in de onderzochte gevallen. Ook voor- en nadat de

werkgerelateerdheid van de klachten is vastgesteld, gebeurt er van alles op diagnostisch gebied.

Vergelijkbaar in de trajecten van diagnosestelling voor alle onderzochte categorieën gevallen is dat deze vrijwel altijd zijn te karakteriseren als een lang proces van *trial and error*, dat voor beide beroepsziekten lange tijd niet tot een heldere diagnose leidt (en bij de werknemers met RSI zelfs helemaal niet).<sup>33</sup> Dankzij het Solvent Team komt het in de gevallen van OPS uiteindelijk meestal – ook al is dat soms pas na decennia zoeken – wel tot een heldere en robuuste diagnose. Onderstaand wordt weergegeven hoe het diagnosetraject voor de beide beroepsziekten eruit ziet en welke factoren daarin een rol spelen.

### **Complex beeld vertroebelt zicht op OPS-diagnose**

Kenmerkend voor de diagnostiek bij OPS is dat het vaak vele jaren, soms zelfs decennia duurt voor de uiteindelijke diagnose wordt gesteld. Het ziektebeeld ontwikkelt zich van oplosmiddelgerelateerde klachten die weer verdwijnen als de blootstelling wordt gestaakt (in weekenden en vakantie) tot een meer ernstig permanent ziektebeeld. Ook wordt het beeld vertroebeld doordat de werknemers, voordat de specifieke OPS-achtige klachten zoals cognitieproblemen en veranderingen in de persoonlijkheid (met vaak als voorbodes ernstige vermoeidheid, hoofdpijn, duizeligheid, slaapproblemen) zich openbaren, vaak al een lange geschiedenis met allerlei werkgerelateerde klachten achter zich hebben. Deels betreft het klachten van het bewegingsapparaat voortkomend uit de fysieke zwaarte van hun werk. Deels betreft het klachten zoals maagklachten en KNO-klachten die, achteraf, met redelijke waarschijnlijkheid kunnen worden toegerekend aan het werken met oplosmiddelen, maar die ook vaak een andere oorzaak zouden kunnen hebben en bij de eerste melding ook vanuit een ander dan het bedrijfsgezondheidskundige perspectief worden beoordeeld. Men bezoekt voor de maagklachten een internist, voor problemen met de slijmvliezen of de oren de KNO-arts, en voor de pijn in de rug wordt een fysiotherapeut ingeschakeld: elke geconsulteerde medicus bekijkt de manifeste klachten vervolgens vanuit de eigen deskundigheid, waarbij het werk van de patiënt buiten beschouwing blijft dan wel slechts oppervlakkig in de diagnose wordt betrokken. De specialisten in de dossiers vonden veelal geen oorzaak voor de klachten en komen met weinig robuuste diagnoses.

Een ander belangrijk aspect is dat ook door de manier waarop werknemers de klachten presenteren in veel gevallen andere dan de OPS-achtige klachten op de voorgrond staan. De werknemer brengt bij zijn huisarts bijvoorbeeld eerder zijn rug- of knieklachten naar voren dan zijn vergeetachtigheid. Vaak is ook sprake van co-morbiditeit: naast de OPS wordt ook melding gemaakt van onder meer lawaaidoofheid, artrose, hypertensie of gastritis.

---

<sup>33</sup> Diagnostiek blijkt niet alleen bij beroepsziekten lastig: zo werd eind maart melding gemaakt van onderzoek waaruit zou blijken dat eerste diagnoses vaak foutief worden gesteld. In veel gevallen geeft de second opinion een andere diagnose dan de eerste diagnose. (Algemeen Dagblad, 31 maart 2009). Overigens kan hierbij worden opgemerkt dat het ging om situaties waarin patiënten zelf om een second opinion hebben gevraagd, waarbij aangenomen mag worden dat zij dit deden juist omdat er getwijfeld werd of kon worden aan de kwaliteit van de eerste diagnose.

### **Klachten van het bewegingsapparaat**

Woningstofeerder (1949, dossier 7), werkt 35 jaar onder dagelijkse blootstelling aan grote hoeveelheden oplosmiddelen in lijm. Vanaf het begin van zijn arbeidscarrière heeft hij handeczeem, waarmee hij echter nooit naar de huisarts gaat. Daarnaast ontwikkelt hij vanaf 1994 recidiverende rugklachten die in 1999 worden gediagnostiseerd als hernia (HNP). Daarnaast is er sprake van hypertensie. In 1997, 1998 en 1999 zijn er verzuimperiodes ten gevolge van rugklachten met steeds weer geleidelijke werkhervatting. Betrokkene valt in 2000 definitief uit ten gevolge van zeer ernstige rugklachten. Achteraf meldt de echtgenote dat er daarnaast al langer klachten bestaan van vergeetachtigheid (het Solvent Team noteert: vanaf 1998). Deze zijn echter door betrokkene niet gemeld in het medisch circuit. In 2002 is er sprake van hyperventilatie en nek-/schouderklachten. In 2003 wordt 'moedeloosheid' genoteerd in het dossier en komt de echtgenote via informatie van de FNV op de gedachte van OPS. Betrokkene en zijn vrouw bespreken dit met de huisarts die dooverwijst naar het Solvent Team dat de diagnose milde CTE stelt.

Ook blijkt in veel van de bestudeerde OPS-dossiers sprake een *bias* bij de zorgverleners: de kenmerkende problemen in de cognitie of de veranderingen in de persoonlijkheid (stemmingswisselingen, agressie, depressie) worden lange tijd op het conto van psychische problematiek geschreven, zonder dat het werk als oorzaak wordt onderzocht.

### **Psychische problemen**

Een schilder (dossier 5) werkt vanaf zijn 14<sup>e</sup> bijna 40 jaar als schilder, vanaf 1957-1991 bij een klein bedrijf. De arbeidsomstandigheden zijn zodanig slecht dat de blootstelling aan vluchtige oplosmiddelen van deze schilder hoger geacht mag worden dan die van een gemiddelde schilder. De schilder heeft een lange ziektegeschiedenis, waarbij opeenvolgende periodes met bepaalde klachten te onderscheiden zijn. Eerst maag- en buikklachten (1961-1976), zonder duidelijke diagnose. Vanaf 1976 tot 1984 heeft de schilder specifieke rugklachten. In 1985 keelpijn en moeheid. 1985-1988: hoofdpijn met diarree en braken. Reeds in 1986 suggereert de werknemer zélf dat zijn klachten wellicht komen door blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Naast de lichamelijke klachten spelen echter psychische problemen. De schilder heeft een moeilijke jeugd gehad, zijn moeder is vroeg overleden en hij is opgegroeid in kindertehuizen. Deze klachten zullen de diagnose blijken te bemoeilijken. In 1986 wordt het RIAGG ingeschakeld. In 1990 oppert het RIAGG dat, naast de traumatische jeugdervaring wellicht toch ook sprake is van organisch lijden ten gevolge van blootstelling aan toxische stoffen. Werknemer zal ruim een jaar later definitief uitvallen uit zijn werk. Daarna verdwijnt de diagnose OPS weer van het toneel. Kort daarna wordt de werknemer een maand opgenomen op de PAAZ vanwege suïcidaliteit. De psychiater die over deze opname rapporteert, ruim een jaar later, in oktober 1999, schuift de mogelijkheid van OPS weer geheel terzijde en schuift alle klachten (dus) weer op de psyche. Dit ondanks een voorlopige diagnose, in 1998, van het Nederlands centrum voor Beroepsziekten van CTE stadium II.

### **Alcohol?**

Een schilder (casus 3) werkt vanaf 1983 bij zijn schildersbedrijf. Zijn partner merkt vanaf 1996 "veranderingen". In 1998 staan agressiviteit (slechte agressieregulatie), stemmingswisselingen (neerslachtige stemming), lusteloosheid op de voorgrond, daarnaast vermoeidheid, slecht slapen, vergeetachtigheid en concentratiestoornissen. In 1997 meldt hij zich eenmalig met dergelijke klachten bij de huisarts, die opschrijft: kan hij schildersziekte hebben? Medio 1998 meldt hij zich ziek. Dit betekent een einde aan de blootstelling. Althans, na enige tijd gaat hij weer schilderen bij kennissen, maar als hij merkt dat de klachten dan weer

toenemen, stopt hij daarmee. Intussen gebeurt er in dat jaar ook veel in zijn privéleven (sterfgevallen, ziekte moeder en schoonvader). Rouwverwerkingsproces kleurt mede het beeld. Daarnaast rijst uit de dossiers een beeld van een sterk aanpassende, faalangstige man, met tevens anticipatie-, bindings- en verlatingsangst. Tenslotte is de man een stevige roker en drinker (anderhalf krat bier per week).

De vriendin van de werknemer leest in 1998 een artikel over OPS en heeft het gevoel haar eigen dagboek te lezen. Sindsdien uiten werknemer en zijn vriendin in het behandelcircuit hun vermoeden van OPS. Eind 1998 uit hij de wens tot een onderzoek naar OPS bij de huisarts. Die verwijst hem eerst door naar de psychiater, die de nodige psychische problemen constateert en OPS niet waarschijnlijk acht. Niettemin adviseert de psychiater het OPS-onderzoek te entameren en af te ronden alvorens verder te behandelen op de psychogene factoren. De bedrijfsarts verwijst in mei 1999 door naar het Solvent Team op grond van een signalerende uitslag van neuropsychologisch onderzoek. In december 1999 diagnostiseert het Solvent Team een lichte vorm van CTE.

Ook in dit geval vertroebelden de psychische factoren danig het zicht op een OPS-diagnose. Bij bespreking van deze casus in diverse workshops met bedrijfsartsen die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, werd door een behoorlijk aantal deelnemers erkend dat zij in deze casus absoluut niet aan OPS gedacht zouden hebben. De klachten zouden ook verklaarbaar zijn vanuit het psychische beeld en de alcohol abusis. In het onderhavige geval heeft echter de psychiater adequaat gereageerd door OPS in ieder geval te willen uitsluiten. De man was tenslotte naast een psychisch problematisch mens óók schilder.

Zelfs in gevallen waarin al in een relatief vroeg stadium sprake is van OPS, blijkt het ingeslagen pad niet altijd doorgezet te worden.

#### **OPS of stemmingsstoornissen**

De voornoemde schilder (dossier 5) komt zelf reeds in 1986 met de suggestie van OPS, maar de KNO-arts legt geen verband met blootstelling op het werk. Na 1988 duikt de diagnose OPS/CTE af en toe op in het medisch dossier, maar is soms ook weer jarenlang uit de berichten verdwenen. In 1992 legt de huisarts weliswaar een relatie tussen de klachten en het werk, maar dan als zou de werknemer oververmoeid zijn van het werk (en zijn privésituatie). Pas in 1997 rapporteert de neuroloog n.a.v. onderzoek van een a-typische neuralgie (rechterslaap) dat een deel van de klachten kan passen bij OPS, maar later dat jaar trekt de neuroloog zélf deze diagnose toch weer in twijfel: de resultaten van het neuropsychologisch onderzoek (ernstige cognitieve stoornissen) zouden voornamelijk bepaald worden door de stemming. Uiteindelijk diagnostiseert het Solvent Team in mei 1998, dus 12 jaar later: een deel van de klachten past wel en een deel niet bij CTE.

Door de vertegenwoordiger van de OPS-patiëntenvereniging werd hieraan toegevoegd dat veel van haar aangesloten leden de ervaring hebben dat de bedrijfsarts vaak ontkent dat sprake zou zijn van OPS – zelfs in gevallen dat dit door het Solvent Team is vastgesteld.

#### **Dezelfde klachten worden steeds anders gelabeld (RSI)**

Hoewel wellicht minder troebel dan bij OPS, kan het klachtenpatroon bij RSI wel degelijk ook aanleiding geven tot een ellenlang traject van diagnostiek en gemiste kansen.

### **Diagnose vanuit verschillende perspectieven**

Een keurster van infuuszakken (casus 28) is vanaf 1986 blootgesteld aan kort-cyclische arbeid bestaande uit dozen tillen, infuuszakken tillen, in infuuszakken knijpen, deze weer in dozen leggen, dozen van zich af schuiven. Zij ontwikkelt vanaf 1994 pijnklachten, aanvankelijk in haar rechterelleboog, later in haar nek en linkerarm. De lijst van diagnoses ziet er als volgt uit:

10-1994: tenniselleboog (huisarts en bedrijfsarts)

01-1995: overgangsklachten (bedrijfsarts)

02-1995: chronisch recidiverende nekkklachten, arbeidsbelasting medeoorzaak en relatie tussen elleboog- en nekkklachten (anesthesioloog)

02-1995: slijtage nek en rug (bedrijfsarts)

06-1995: tenniselleboog (verzekeringsgeneeskundige)

03-1996: tendinitis (huisarts)

03-1996: brachialgie, mogelijk een Carpaal Tunnelsyndroom (CTS) (huisarts)

04-1996: zenuwontsteking van de linkerarm (bedrijfsarts)

05-1996: het beeld is niet typisch voor een CTS (huisarts)

07-1996: cervicobrachialgie waarvoor geen neurologische oorzaak gevonden kan worden (neuroloog)

08-1996: discopathie en spondylose (C5-C6) (orthopeed)

10-1996: artrose in de nek vormt een centraal probleem (bedrijfsarts)

12-1996: artrose en degeneratieve afwijkingen (bedrijfsarts)

04-1997: cervicale spondylose, cervicobrachialgie en surmenage (verzekeringsgeneeskundige)

05-1997: RSI (chiropractor)

06-1997: cervicobrachialgie met wisselende intensiteit (revalidatiearts)

07-1997: dreigend chronisch aspecifieke cervicobrachialgie, pijnsyndroom links, met mogelijk psychologische en sociale factoren als onderhoudende factor (revalidatiearts)

02-1997: neuralgie nervus ulnaris maar de klachten kunnen ook cervicaal van origine zijn of eventueel voortkomen uit de pols/elleboog (orthopeed)

02-1998: cervicobrachialgie (neuroloog)

02-1998: overbelasting (multidisciplinair onderzoeksteam revalidatie)

03-1998: cervicobrachialgie waarschijnlijk van cervicale oorsprong

03-1998: complex pijnsyndroom (revalidatiearts)

04-1998: cervicobrachialgie links, artrose centrale wervelkolom (CWK) (verzekeringsgeneeskundige)

11-1998: twijfel: ofwel TOS (Thoracic Outlet Syndrome) dan wel instabiliteit van de schouder dan wel een scalenuspoortsyndroom (orthopeed)

08-1999: psychiatrisch gezien een pijnstoornis die als ziekte te beschouwen is (psychiater in het kader van hoger beroep in WAO-zaak)

1999: ligamentaire pijnklachten door rotatoren cuff linkerschouder, waarbij heel goed uitstraling sensaties als referred fenomeen kunnen optreden.

Uit deze lange lijst van diagnoses blijkt dat de diverse specialisten eigenlijk steeds dezelfde klachten herdefiniëren in hun eigen termen: slijtage/discopathie/beklemde zenuw op 2 plaatsen (CTS en TOS)/complex pijnsyndroom. De eventuele arbeidsbelasting als (mede)oorzaak blijft buiten beschouwing. Ook de gedragscomponent (door willen gaan, over de grens gaan, deels karakterologisch bepaald, deels uit angst voor verlies van werk, deels gepushed door haar chef) blijft buiten beschouwing.

Het geval van de keurster infuuszakken is illustratief voor de wijze waarop in de onderzochte RSI-gevallen de diagnose tot stand komt. Zowel de beeldschermwerkers als de industriewerkers melden zich zonder uitzondering met enige tot grote regelmaat bij hun huisarts, de meeste van hen, zoals in paragraaf 3.4.1 geconstateerd is, doen dat ook tijdig, dat wil zeggen bij of kort na het ontstaan van hun klachten. Om de diagnostiek helder te krijgen verwijst deze vaak naar één of meerdere specialisten, soms is er ook sprake van onderling doorverwijzen en soms worden patiënten herhaaldelijk naar dezelfde specialist verwezen. Huisartsen verwijzen ook vaak door naar paramedici (met name fysiotherapeuten en mensendiecktherapeuten) voor behandeling. Deze komen ook geregeld met een diagnose. Ook wanneer de huisarts doorverwijst naar een revalidatiearts, veelal met als primaire doel behandeling, komt deze uiteraard met een eigen diagnose.

Zo ontstaat vaak een lang traject van diagnoses en 'pseudodiagnoses'<sup>34</sup>, waarbij de verschillende specialisten elk door hun eigen bril de aandoening bezien en deze op basis daarvan voorzien van een *label*. Let wel, het gaat in de meeste gevallen steeds om dezelfde of soortgelijke klachten die vanuit de verschillende specialismen *gelabeld* worden. Wat ontbreekt, is iemand die op basis hiervan een samenvattende conclusie trekt. Revalidatieartsen komen hier misschien nog het dichtste bij door niet te spreken in termen van *klinische diagnoses*, maar van *functionele stoornissen* (waarbij ze in het midden laten wat het exacte anatomische of fysiologische substraat is). Een revalidatiearts is echter slechts in een beperkt deel van de gevallen betrokken, en vaak ook pas in een laat stadium. De huisarts, die wel gedurende het hele traject betrokken is en door de verschillende specialisten en paramedici op de hoogte gehouden wordt van hun verrichtingen en conclusies, neemt deze taak echter niet op zich. De bedrijfsarts is vaak niet of nauwelijks op de hoogte van wat er in het medische circuit gebeurt.

Een andere illustratie van het moeizame traject (en verschillende diagnoses) is te vinden in de korte omschrijving van vier gevallen van RSI.

	huisarts	bedrijfsarts	orthopeed	neuroloog	revalidatiearts	paramedicus	verzekeringsgeneeskundige GAK
21 fietsassemblagemonteur	overbelastingklachten; peesontsteking duim ; spierpijn ; peesontsteking elleboog ; verkalking in spieren rond schouder ; iets slijtage nekwerfels	stelt geen diagnose; legt wel relatie met werk: werkdruk te hoog, snelbinderwerk te zwaar		ontregeling spijsvertering / bloedsomloop; hypertonie musculi trapezii, RSI fase 1 tegen 3 aan (2001).			
22 steenhouwer	Raynaud (1995); acute lumbago (1996)	RSI (1999)	onverklaarbare pijn linker bovenbeen (1998) psychosomatiek? (1999)		overbelasting (2000)	Fysiotherapeut: overbelasting (1999) Osteopaat: verstoord lichaamsritme	RSI pols hand en RSI schouder bovenarm Raynaud (1999)

34 Met het begrip pseudo-diagnose wordt bedoeld: een aanduiding van het klachtenpatroon zonder dat er een – orthopedische, neurologische, reumatologische, etc. – afwijking gevonden wordt, bijvoorbeeld: cervicobrachialgie.



23 magazijn- medewerker / chef aardappel- groothandel	hypertone rugspieren locus ilium (1998); lumbago; nek-, schouder- klachten van myogene aard (1999) geen grote pathologie gevonden (2001)	Pijnklachten in relatie met werk / overbelasting (11-1999) Psychisch? (12-1999)  lumbago met ischialgie		tendomyo- gene nek- en rugklachten zonder neurologische afwijkingen	a-specifieke lumbago en nek / schouder- klachten mogelijke neiging tot somatisatie (2000) tendomyogene lage rug-, nek en schouder- klachten (7- 2000) a-specifieke rugklachten (11-2000)	hypertone rugspieren locus ilium (1998) a-specifieke rugklachten, lumbago, matig spiercorset, problemen rond CWK en art. humeri (1999)	chronisch pijnsyndroom  geen psychopathologie
24 inpakster koekjes	overbelasting dig 1-2 tgv werk (3-2000) Tendovaginitis re-duim (4- 2000) cervico- brachiaal syndroom; cervicale HNP (6-2000)	tennisarm (3- 2000); peesontsteking duim (4-2000); L964 (11-2000)	Tendinitis Quervain re-duim (7- 2000); verhard weefsel (2- 2001) lichte degeneratie C5-C6, cervicale brachialgie, mogelijk CTS en schouder- klachten bij AC-gewricht	marginiaal CTS li, geen neurolo- gische uitval, geen aanwezig radiculaire syndroom, klachten mogelijk samen- hangend met werk (9-2001)		Fysiotherapeut: verkleving litteken (2- 2001)	overige aandoe- ning weke delen door druk en (over)belasting (3-2001); prognose niet hoopvol

**De werkgerelateerdheid van de klachten wordt niet uitgediept (OPS en RSI)**

Vanuit het perspectief van de organisatie van de medische zorg – namelijk in allerlei specialismen – zijn de beschreven trajecten van diagnosestelling wellicht wel te begrijpen: iedere specialist kijkt ‘nu eenmaal’ door zijn eigen bril naar het probleem. Vreemd lijkt op het eerste oog wel dat de huisarts in vrijwel geen enkel geval de taak op zich heeft genomen de verschillende invalshoeken samen te vatten in een conclusie, waarop vervolgens een behandeling te baseren valt. Dit valt echter beter te begrijpen wanneer in de analyse wordt opgenomen dat het besef van de werkgerelateerdheid van de aandoeningen vrijwel geheel ontbreekt in de diagnosetrajecten.

Bij de werknemers met OPS wordt de relatie met het werk vaak helemaal niet gelegd, bij de werknemers met RSI gebeurt dit slechts oppervlakkig. Ook in gevallen waarin op zeker moment wel een relatie met het werk wordt gelegd, blijft dit vaak bij een losse notitie in het dossier, die soms wel maar vaak ook niet wordt meegenomen in het verdere traject van diagnosestelling en behandeling. Daar waar het werk de centrale of althans belangrijke oorzaak is van de aandoening – zoals in de onderhavige gevallen achteraf is komen vast te staan – is het niet vreemd dat men niet tot een heldere diagnose komt als juist deze centrale factor niet wordt meegenomen in de beschouwing. Wat hier dus ontbreekt is de invalshoek van de bedrijfsarts. Deze is in veel gevallen niet betrokken geweest vóór de eerste ziektedag, vooral bij de gevallen van OPS. Daar waar hij wél een rol heeft gespeeld, heeft hij de regie niet naar zich toegenomen, maar veeleer een afwachtende houding aangenomen of bleek zelfs nauwelijks op de hoogte van wat zich afspeelde in de rest van het medisch circuit.

### ***Het belang van een robuuste diagnose***

In het bovenstaande is het lange proces van *trial and error* in beeld gebracht dat de werknemers die RSI of OPS doorlopen, om te komen tot een diagnose. In bijlage 10 is een vijfstappenplan voor het stellen van een diagnose van beroepsziekten beschreven. Kort gezegd komt die neer op de volgende vijf stappen<sup>35</sup>:

1. *Vaststellen van gezondheidsschade*
2. *Het vaststellen van de relatie met arbeid*
3. *Het vaststellen van de blootstelling.*
4. *Differentiaal diagnose (zijn er andere verklaringen mogelijk?)*
5. *Conclusie, in termen van waarschijnlijk, mogelijk of onwaarschijnlijk.*

Voor de werknemers met RSI komt hier uit de dossiers niet één keer een werkelijk robuuste diagnose naar voren. Ook als de klachten worden geduid als werkgerelateerd, of benoemd als RSI, worden de vijf stappen om te komen tot een diagnose van een beroepsziekte niet doorlopen, en blijven met name stap 2 en 3, de vaststelling van de relatie met het werk en het vaststellen van de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling, onderbelicht.

Voor de gevallen van OPS wordt het diagnosetraject echter in vrijwel alle gevallen – zij het na zeer lange tijd - wel afgesloten met een heldere en robuuste diagnose door inschakeling van het Solvent Team. Hoewel in het voorgaande duidelijk is geworden dat de huisarts meestal niet op de gedachte komt van OPS, speelt deze meestal wel de hoofdrol in de verwijzing naar het Solvent Team, meestal doordat hij door betrokkene zelf (en vooral diens partner) op de gedachte is gebracht van de mogelijkheid van de diagnose OPS. In vier gevallen speelt een psychiater of andere specialist (neuroloog, internist) een rol in de verwijzing. In vijf gevallen is de bedrijfsarts de verwijzer, echter veelal op aandringen van ofwel de huisarts, ofwel betrokkene zelf (en diens partner). In alle onderzochte gevallen van OPS is uiteindelijk een verwijzing naar het Solvent Team tot stand gekomen. Het Solvent Team kon in 90% van de gevallen de diagnose OPS stellen (in twee van de gevallen kon dit niet. Op basis van een contra-expertise in het kader van de letselschadeclaim werd in die twee gevallen alsnog OPS gediagnostiseerd).

Uit diverse dossiers is gebleken dat door het uitblijven van een robuuste diagnose (adequate) behandeling van de aandoening te laat is ingezet, met onherstelbare schade als gevolg. Vroegtijdig ingrijpen biedt vaak nog kansen op herstel, terwijl de schade in een verdergevoerd stadium onherstelbaar is. Een snelle, robuuste diagnose is dan ook van het grootste belang – niet alleen voor de werknemer in kwestie, maar ook om preventief te handelen op de werkplek. Dit laatste blijkt in de onderzochte gevallen niet of nauwelijks te gebeuren (zie § 3.4.4).

---

35 Van der Laan & Bier, 2002

### 3.4.4 De behandeling

#### ***Symptoombestrijding staat voorop, werk wordt nauwelijks aangepakt (RSI en OPS)***

De behandeling van RSI in de onderzochte gevallen blijkt zowel bij de werknemers in de industrie als bij de beeldschermwerkers vooral gericht op symptoombestrijding. Zo wordt veelvuldig een periode rust voorgeschreven door de huisarts. Daarnaast geeft de huisarts in veel gevallen pijnstillers. Bij de werknemers in de industrie zijn daarnaast in drie van de acht gevallen injecties gegeven, en in drie van de acht industrie-gevallen is een operatie verricht door een orthopeed. Verder verwijst de huisarts in vrijwel alle gevallen in een vroeg stadium naar een fysiotherapeut of een Mensendiecktherapeut. Ook bij deze paramedici is de behandeling veelal symptoomgericht. Het werk komt soms wel in beeld als oorzaak van de klachten, maar is in geen enkel geval aangepakt. Dit gebeurt evenmin wanneer werknemers zich wenden tot het circuit van alternatieve genezers. Uiteraard is er niks mis met het bestrijden van de pijn, maar de oorzaak ervan wordt zo niet weggenomen.

In enkele gevallen wordt de behandeling behalve op symptoombestrijding tevens gericht op de verhoging van de belastbaarheid via *graded activity therapy* of medische fitness. Ook hier wordt echter onvoldoende een brug geslagen naar het werk, waardoor ook deze therapieën, in die gevallen waarin ze zijn ingezet, onvoldoende effect sorteren op de lange termijn.

Bij de lange ziektegeschiedenissen van de werknemers die OPS hebben opgelopen, is een soortgelijk behandelpatroon te ontwaren – althans, voordat de diagnose is gesteld. Wanneer de klachten van het bewegingsapparaat buiten beschouwing worden gelaten, en alleen gekeken wordt naar klachten die zeer waarschijnlijk gerelateerd kunnen worden aan het werken met VOS, is het beeld dat er op basis van vage diagnoses (vaak is er ‘geen neurologische, fysiologische, of orthopedische oorzaak voor de klachten te vinden’) slechts aan symptoombestrijding wordt gedaan. Vermoedheid wordt bestreden met rust, hoofdpijn aangepakt met pijnstillers, maagklachten met medicatie, maar het werk als oorzakelijke factor wordt niet nader geanalyseerd en niet aangepakt.

#### ***Betrokkenheid revalidatiearts/-team vergroot kans op aanpak werk (RSI)***

Wanneer de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair revalidatieteam, wordt wél aandacht besteed aan het werk. Deze multidisciplinaire aanpak wordt echter slechts in een beperkt aantal gevallen bij de behandeling gevolgd, en dan meestal ook pas in een laat stadium. Weliswaar wordt tamelijk veelvuldig verwezen naar een revalidatiearts (87,5% van de gevallen RSI industrie, 44% van de gevallen van RSI beeldscherm), maar slechts in een beperkt aantal gevallen wordt betrokkene ook in behandeling genomen: drie van de gevallen RSI industrie, waarvan één bij een zogeheten rugschool, en drie van de gevallen RSI beeldscherm. In enkele gevallen strandt behandeling mede op het feit dat de behandeling niet vergoed wordt. Het betrekken van het werk in de behandeling door een revalidatieteam beperkt zich echter in alle gevallen tot *advisering*. *Ingrijpen* op de werkplek ligt niet op de weg van de revalidatiearts en zijn team. Aangezien de revalidatiearts veelal teruggaapporteert aan de huisarts, die op zijn beurt

zelden contact opneemt met de bedrijfsarts, komen deze adviezen zelden terecht op de plek waar ze moeten komen: de bedrijfsarts en uiteindelijk de werkgever. In slechts enkele gevallen was sprake van betrokkenheid van de bedrijfsarts bij een revalidatietraject – hetzij omdat hij zelf had verwezen, hetzij omdat hij contact onderhield met de huisarts.

### ***Gedragmatige component ten aanzien van werk eveneens onderbelicht (RSI en OPS)***

In een aantal gevallen (RSI 35%, OPS 40%) wordt een psycholoog of psychiater ingeschakeld. Soms gebeurt dit door de huisarts, soms door betrokkene zelf en soms in het kader van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Alleen binnen een multidisciplinaire revalidatiedagbehandeling is de psychologische behandeling mede gericht op het inzicht verkrijgen in de gedragmatige component van de klachten, die deze mede onderhouden. Door hier meer inzicht in te krijgen hebben betrokkenen geleerd beter grenzen te stellen in het werk. Dit is in slechts één casus geschied. Bij de betrokken werkneemster in de industrie heeft dit ertoe geleid dat zij haar werk voor halve dagen heeft kunnen voortzetten.

Het inschakelen van een psycholoog of psychiater bij werknemers die OPS richt zich in de meeste gevallen om behandeling van (pre-existente) psychische klachten. De attitude ten aanzien van werk komt hier niet aan de orde – althans, hiervoor zijn geen aanwijzingen gevonden in de dossiers. Evenmin worden de psychische klachten herkend als werkgerelateerd.

### ***Bij heldere OPS-diagnose wordt de blootstelling meestal, maar niet altijd, gestaakt***

Het behandelen van OPS-patiënten, wanneer zij als zodanig zijn gediagnostiseerd, bestaat er in de eerste plaats uit de blootstelling te staken. Dit wordt in alle gevallen waarin de diagnose is vastgesteld, dan ook geadviseerd door het Solvent Team. In de gevallen waarin men twijfelt, gebeurt dit echter niet. Ook is er één geval waarin de bedrijfsarts ondanks het advies van het Solvent Team toch meegaat met de wens van de werknemer zelf nog een poging te doen zijn werk te hervatten.

Idealiter wordt bij signalen van OPS niet alleen de betrokken werknemer van verdere blootstelling gevrijwaard, maar wordt ook getracht de blootstelling van diens collega's te beperken. Van enige actie terzake is in de dossiers niets gebleken. Sterker nog, in een aantal dossiers zijn signalen gevonden dat in de betreffende bedrijven ook collega's OPS-achtige klachten hadden, waarop niet adequaat is geïntervenieerd door de bedrijfsarts of arbodienst.

### **3.5 BEGELEIDING EN INTERVENTIES DOOR DE BEDRIJFSARTS**

In deze paragraaf wordt de rol van de bedrijfsarts in de (sociaal-)medische begeleiding behandeld. Allereerst komt aan de orde wanneer de eerste contacten met de bedrijfsarts zijn en welke de aard en frequentie van die contacten is. Vervolgens wordt de rol van de bedrijfsarts bij de diagnosestelling bezien en tenslotte zijn rol bij de behandeling.

In de dossieranalyse is ook gezocht naar activiteiten van de bedrijfsarts om naar aanleiding van de beroepsziekte adviezen te geven aan de bedrijfsleiding of de werknemers om herhaling van de beroepsziekte te voorkomen (terugkoppeling naar preventie). Dat zou de bedrijfsarts onder andere kunnen doen door adviezen te geven over verbetering van de arbeidsomstandigheden of door een PAGO in te lassen. In de dossiers zijn hiervoor geen aanwijzingen gevonden. Ook komt uit de dossiers een zeer beperkte rol van de bedrijfsarts naar voren met betrekking tot het melden van beroepsziekten: slechts in vier van alle zevenendertig dossiers is dit gebeurd.

#### **3.5.1 Klachtenmelding bij de bedrijfsarts**

Het algemene beeld bij alle vier de onderzochte categorieën is dat de rol van de bedrijfsarts als aanspreekpunt voor het melden van klachten marginaal is te noemen.

##### ***Bedrijfsarts meestal laat in beeld***

Allereerst komt de bedrijfsarts in veel gevallen pas laat (en soms zelfs helemaal niet) in beeld. In bijna de helft van alle OPS- en RSI-dossiers heeft de bedrijfsarts geen enkele betrokkenheid voordat betrokkene definitief uitvalt van het werk. In vier van die gevallen is er ook na de uitval geen bemoeienis geweest van een bedrijfsarts. Een en ander is deels te verklaren doordat de bedrijfsarts pas wordt ingeschakeld wanneer er (iets langer durend) ziekteverzuim optreedt, en werknemers niet altijd (langdurig) verzuimen wanneer ze klachten hebben. Ook zijn deze werknemers, wanneer ze niet verzuimen, kennelijk niet uit zichzelf met hun klachten naar de bedrijfsarts gegaan. Uit de dossiers kon niet worden opgemaakt in hoeveel bedrijven de arbodienst een arbospreekuur aanbood, maar de informatie die wél in de dossiers was te vinden wijst op zeer beperkte contracten met arbodiensten (zie bijlage 3).

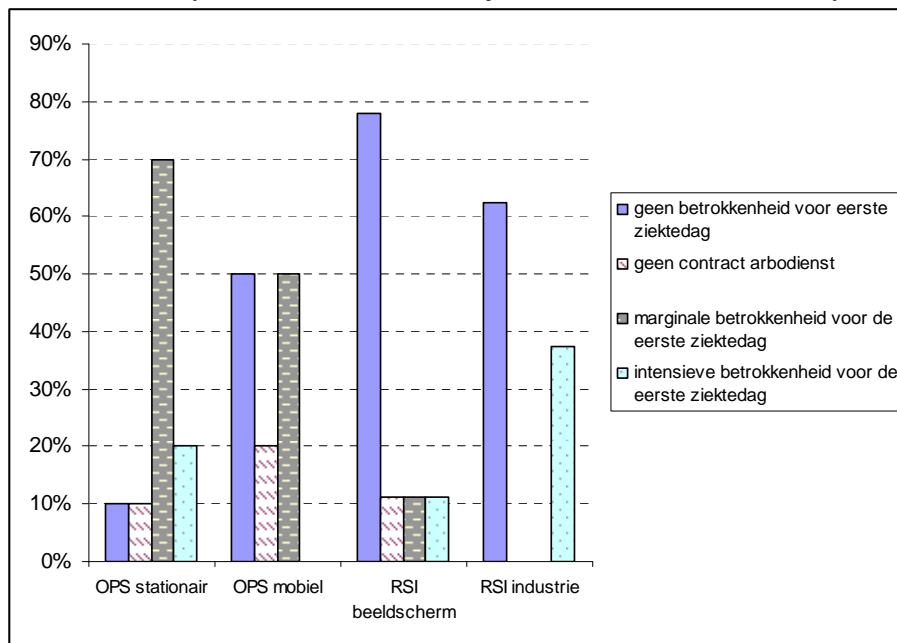
De bedrijfsarts komt hooguit in beeld bij verzuim en wordt niet gezien als aanspreekpunt bij gezondheidsklachten. In de vier gevallen waarin helemaal geen betrokkenheid van een bedrijfsarts was, lag dit aan het ontbreken van een contract tussen het bedrijf en de arbodienst. In de sessies met de bedrijfsartsen werd het punt van de late melding van klachten bij de bedrijfsarts en (derhalve) de late betrokkenheid van de bedrijfsarts breed herkend. Als verklaring werd aangevoerd de geringe zichtbaarheid en toegankelijkheid van de bedrijfsarts op de werkvloer.

*Frequentie en intensiteit contacten meestal gering*

In een aantal dossiers komt de bedrijfsarts weliswaar wel al vóór de definitieve uitval in beeld, maar ook dan is zijn bemoeienis veelal marginaal te noemen. Betrokkenheid bestaat in die gevallen slechts uit telefonisch of mondeling gevoerde verzuimgesprekken en spoedcontroles. Slechts in een zeer beperkt aantal van de dossiers is sprake van frequent contact met de bedrijfsarts voor de definitieve uitval.

Onderstaande grafiek geeft bovenstaande weer in percentages per categorie onderzochte gevallen en in totaal.

**Grafiek 3.5.1: Frequentie betrokkenheid bedrijfsarts voor de definitieve uitval per categorie gevallen**



**3.5.2 Diagnosestelling door de bedrijfsarts**

In § 2.3 is beschreven wat de rol van de bedrijfsarts zou kunnen en wellicht ook moeten zijn bij beroepsziekten. Behalve in de preventie en opsporing van deze ziekten, speelt hij een belangrijke rol in de diagnostiek. Indien sprake is van een mogelijke beroepsziekte dient, naast de medische diagnostiek, de blootstelling aan de verdachte oorzakelijke factor vastgesteld te worden. Dit vergt, behalve een medische anamnese, tevens het in kaart brengen van de arbeidsomstandigheden. Waar het gaat om ziekten met een lange latentietijd dient tevens een uitgebreide arbeidsanamnese gemaakt te worden.

### **Geen rol bij onderkenning van werkgerelateerdheid van klachten bij OPS**

In de gevallen van OPS waarbij een bedrijfsarts betrokken is (17 van de 20), speelt hij geen enkele rol in de vroegtijdige onderkenning van de werkgerelateerdheid van de klachten. Tot een werkplekbezoek komt het in vier gevallen van OPS stationair, echter in drie van die gevallen door een ander dan de bedrijfsarts: een medewerker van het laboratorium van het bedrijf, een machineleverancier, het GAK en een arbeidshygiënist van de arbodienst. In één geval legt de bedrijfsarts een werkplekbezoek af (tandtechnicus, dossier 14), waarbij hij echter niet de gebreken constateert die er aan die werkplek kleven (blootstelling, ontbreken van beleid voor het werken met chemische stoffen, onvoldoende PBM, onvoldoende gebruik PBM), maar de medewerker achteraf mondeling meedeelt 'dat hij een mooi plekje heeft'. In een beperkt aantal gevallen (5 van de 17) heeft de bedrijfsarts uiteindelijk wel doorverwezen naar het Solvent Team voor diagnostiek

De ondergeschikte (of marginale) rol van de bedrijfsarts in de diagnostiek van OPS kan deels verklaard worden uit het gegeven dat de bedrijfsarts pas in beeld komt na de definitieve uitval. Kennelijk voorzien de contracten met de arbodienst niet of nauwelijks in andere activiteiten dan ziekteverzuimbegeleiding. De werknemers in deze categorie kennen veelal geen langdurig ziekteverzuim voordat zij definitief uitvallen, nemen zelf geen contact op met de bedrijfsarts bij klachten, en dus ziet de bedrijfsarts hen te laat. Dit beeld werd herkend in de sessies met bedrijfsartsen: de bedrijfsartsen signaleerden een tendens tot zogenoemde kleine contracten enkel gericht op verzuimbegeleiding, waarin dus geen ruimte is voor preventiegerichte activiteiten of werkplekonderzoek.

Anderzijds speelt er waarschijnlijk ook een gebrek aan expertise, gezien het feit dat ook nadat het contact tussen werknemer en bedrijfsarts tot stand is gekomen – en ook in de enkele gevallen waarin wel zeer frequent contact heeft plaatsgevonden tussen werknemer en bedrijfsarts – deze niet snel aan OPS denkt. OPS is een relatief zeldzame aandoening en het stellen van de diagnose OPS vergt de nodige expertise - de kernsymptomen van OPS betreffen allerhande vage klachten die ook aan andere aandoeningen kunnen worden toegeschreven en de diagnose kan slechts *per exclusionem* worden vastgesteld -, opmerkelijk is echter dat de bedrijfsartsen in de onderhavige dossiers allen hebben nagelaten te onderzoeken of er sprake is geweest van relevante blootstelling aan neurotoxische stoffen, één van de basisvoorwaarden om de diagnose te kunnen stellen. Hieruit blijkt dat bij hen de diagnose OPS voor deze groep werknemers kennelijk niet in beeld is, terwijl het gezien de langdurige blootstelling toch voor de hand zou liggen deze mogelijkheid in ieder geval uit te sluiten. In plaats daarvan denken bedrijfsartsen daar waar psychische klachten op de voorgrond staan – en dat is in veel gevallen aan de orde – veelal primair aan individuele psychische problematiek. In andere gevallen, waarin de werknemer naast OPS-achtige klachten tevens fysieke klachten presenteert, worden de psychische klachten vaak als gevolg van deze fysieke klachten beschouwd. Een verklaring voor het volledig voorbijgaan aan iets dat toch als een kernrisico moet worden beschouwd voor de werknemers in de onderzochte gevallen, kan er tenslotte in gelegen zijn dat de bedrijfsarts primair gericht is op verzuimbegeleiding en een zo snel mogelijke hervatting van de werkzaamheden (zie hierna) en niet op een deugdelijke diagnose.

Een pregnant voorbeeld van het volledig missen van de werkgerelateerdheid van OPS-achtige klachten in de diagnostiek is het geval van de bankwerker/polyesterwerker (casus 19). Dit geval is in die zin atypisch dat er in de loop van de arbeidscarrière van deze man veelvuldig contact is tussen bedrijfsarts en werknemer. Typierend is echter de eenzijdige gerichtheid op werkhervatting zonder het werk zelf aan een analyse te onderwerpen. Daarnaast speelt in dit geval, zoals in de meeste gevallen van OPS, een multiple problematiek. Bij de bankwerker/polyesterwerker staan, naast nog allerhande andere klachten, de rugklachten steeds op de voorgrond. De OPS-achtige klachten worden daardoor verhuuld. Die klachten worden echter wel degelijk ook met enige regelmaat gemeld, al vanaf drie jaar na het begin van de blootstelling, zij het dat het om de wat vagere klachten gaat, zoals duizeligheid, hoofdpijn, extreme vermoeidheid, maar er is ook meermaals melding van een black out. Daarnaast ook maagklachten. De bedrijfsarts ziet er geen aanleiding in om – gezien de aard van het werk – de blootstelling aan VOS te laten onderzoeken. Pas als de klachten wat pregnanter ‘OPS-achtig’ worden (high gevoel, vergeetachtig) laat de bedrijfsarts (in 1997), nota bene van een *interne* arbodienst, een werkplekonderzoek (meting) uitvoeren. Hoewel daar een overschrijding van de MAC-waarde uitkomt, laat hij betrokkene toch doorwerken. Pas een jaar later, bij een PAGO, komt het klachtenbeeld helder genoeg naar voren om een verwijzing te entameren naar het Solvent Team.

#### **136 contacten met de bedrijfsarts**

*Een bankwerker/polyesterwerker (casus 19) werkt 16 jaar bij groot metaalbewerkingsbedrijf (>100 werknemers) op de polyesterafdeling onder hoge blootstelling aan styreen. Het werk is bovendien fysiek zwaar. Het bedrijf heeft een interne arbodienst.*

*Betrokkene komt uit het dossier naar voren als zeer werkwilleg, maar moet zich niettemin veelvuldig ziek melden wegens klachten. Er zijn in de loop der jaren 136 contacten met de arbodienst genoteerd. Het klachtenbeeld begint met rugklachten (in 1981 kort na indienstreding) die in de loop der jaren blijven bestaan. Daarnaast ontwikkelt hij echter tevens andere klachten. In 1984 al wordt voor het eerst melding gemaakt van moeheid en duizeligheid. Achteraf gezien lijkt dan al een meer definitief effect te ontstaan. In 1986 wordt genoteerd dat hij ‘doodmoe’ is. Daarnaast heeft hij nog steeds rugklachten, en vaatklachten, maar ook vage klachten zoals spierkrampen. In 1987 heeft hij een black out.*

*In 1988 heeft de bankwerker nog steeds rugklachten, waarop een herplaatsingsonderzoek wordt gedaan. In 1989 wordt een hernia geconstateerd en osteochondrose. De hernia geneest en hij wordt geschikt verklaard voor zijn eigen werk. In 1990 worden weer vage klachten genoteerd zoals tintelingen in het linker been, wederom een black out en gespannenheid met hyperventilatie. Er wordt door de huisarts een neuroloog ingeschakeld die zich afvraagt ‘wat ervoor zorgt dat cliënt steeds afknapt, is er sprake van kwade luchten op het werk? Discriminatie?’ (betrokkene is van Surinaamse origine). Het GAK doet een werkplekonderzoek in het kader van onderzoek naar de mogelijkheden van werkhervatting en noteert in zijn advies de bevindingen van de neuroloog. De bedrijfsarts doet daar niks mee, stuurt alleen een brief terug waarin hij schrijft: ‘Het blijft wisselend gaan, behoort tot de mensen die men zo langzamerhand liever kwijt dan rijk is, wat duizelig, longandoening, mogelijk sarcoidose, wisselende klachten vermoeidheid, extreme vermoeidheid.’ Betrokkene gaat weer aan het werk. De rugklachten blijven de boventoon voeren, naast andere klachten van de spieren en gewrichten (heup, schouder, nek). Hoofdpijn wordt genoemd, daarnaast keert in de loop van de jaren de melding van extreme vermoeidheid steeds terug.*



*In 1997, een jaar voor uitval, noteert de bedrijfsarts de volgende klachten: high gevoel aan het einde van de dag, vermoeid, erg vergeetachtig. Dan komt bij hem de vraag op of er mogelijk een relatie is met het werk en wordt een arbeidshygiënist ingeschakeld die een gedeeltelijke overschrijding van de mac-waarde constateert. Een jaar later besluit de bedrijfsarts een PAGO af te nemen waaruit voor betrokkene de verdenking van OPS naar voren komt. Dan zorgt de bedrijfsarts voor verwijzing naar het Solvent Team, dat een lichte vorm van OPS diagnostiseert. Betrokkene valt in 1999 definitief uit van zijn werk met rugklachten.*

De sessies met de bedrijfsartsen bevestigden het beeld dat bedrijfsartsen vaak signalen missen. Bij de bespreking van de OPS-casuïstiek werd door meerdere bedrijfsartsen erkend dat men zelf ook niet primair aan OPS gedacht zou hebben. Voor een deel kan dit worden verklaard doordat het ziektebeeld tamelijk complex is. Maar slechts één deelnemer opperde dat, gezien de risico's in de sector, deze mogelijkheid te allen tijde op zijn minst uitgesloten had moeten worden. De eventuele werkgerelateerdheid was bij deze bedrijfsartsen duidelijk niet het eerste punt van aandacht.

Als oorzaak hiervoor noemden de bedrijfsartsen zélf het gebrek aan adequate kennis van zowel werkomstandigheden als van complexe ziektebeelden. Dit mede als gevolg van tijdgebrek, gebrek aan fondsen voor bijscholing en gebrek aan ondersteuning bij zelfstandige bedrijfsartsen. Daarnaast werd de professionele houding van bedrijfsartsen “niet altijd adequaat” genoemd: gebrek aan kennis zou mede worden veroorzaakt door gebrek aan nieuwsgierigheid – naar bedrijfskennis, kennis van de specifieke arbeidsomstandigheden en kennis van de risico's en risicogroepen. Ten slotte werd gewezen op het gebrek aan continuïteit in de arbozorg ten gevolge van kortlopende contracten tussen werkgever en arbodienst, het toewijzingsbeleid (van bedrijfsartsen aan bedrijven) van arbodiensten, en het ontbreken van de verplichting tot dossieroverdracht.

### ***Relatie met het werk niet uitgediept bij RSI***

In alle gevallen van RSI waarbij de bedrijfsarts betrokken is – op één na waarbij niet duidelijk is wat de bedrijfsarts heeft gedaan -, legt deze wel de relatie tussen de klachten en het werk. Dit gebeurt meestal in een vroeg stadium van zijn betrokkenheid. Hij doet dit echter, net als de huisarts, veelal in algemene termen en doet in de meeste gevallen geen nader onderzoek naar de relatie tussen de klachten en het werk. Wonderlijk is dat in een viertal gevallen de bedrijfsarts aanvankelijk wel een relatie vaststelt tussen klachten en werk, en deze in een later stadium weer expliciet ontkent.

Tot een werkplekbezoek komt het in twee gevallen voordat betrokkenen uitvallen en in vijf gevallen na de definitieve uitval. Op enkele uitzonderingen na blijft het echter bij een oppervlakkige controle van de werkplek waaruit geen adviezen tot aanpassing voortkomen. Het feit dat het in een zo beperkt aantal gevallen tot een werkplekbezoek komt, kan mede verklaard worden doordat het contract tussen werkgever en arbodienst hierin blijkbaar niet voorziet. Het niet uitdiepen van de relatie met het werk door de bedrijfsarts kan echter ook mede verklaard worden uit zijn gerichtheid op ziekteverzuimbegeleiding en een zo snel mogelijke werkhervatting. In geen enkel dossier zijn aanwijzingen gevonden dat de arbodienst of de bedrijfsarts een arbeidsanamnese of blootstellingsonderzoek heeft uitgevoerd.

Bespreking van de casus van de fietsassemblagemonteur (21) in de sessie met bedrijfsartsen bevestigt dit beeld en de verklaringen die hier gesuggereerd worden. Gesteld werd dat het voor een bedrijfsarts lastig is om via *het spreekuur alleen* duidelijk te krijgen of de klachten wel of niet werkgerelateerd zijn. Het is echter niet te doen gebruikelijk meteen de werkplek te bezoeken nadat iemand met de eerste klachten komt. De bedrijfsarts geeft advies aan werknemer en vaak ook wel de werkgever. Pa als betrokkene blijft tobben, ziet men dat als aanleiding om wat dieper te interveniëren, te overleggen met de manager, etc.

Bovendien werkt de bedrijfsarts in eerste instantie doorgaans via het principe van *trial and error*. Men stelt een diagnose bij uitsluiting. Als na een eerste diagnose de werknemer door kan werken en niet bij de bedrijfsarts terugkeert, dan wordt aangenomen dat het juist was. Komt de werknemer terug bij de bedrijfsarts dan wordt verder gezocht naar een diagnose en oplossing.

### 3.5.3 Behandeling door de bedrijfsarts

Ook voor de behandeling door de bedrijfsarts in de onderzochte gevallen geldt dat deze niet voldoet aan de eisen zoals geformuleerd in hoofdstuk 2 van dit rapport. Nadat een diagnose is gesteld, waaronder een analyse van de mogelijke werkgerelateerdheid van de klachten en de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling, dient de bedrijfsarts een behandelplan op te stellen inclusief de eventuele verwijzing naar andere behandelaars, dit laatste in overleg met de huisarts. Aangezien het stellen van een robuuste diagnose in de onderzochte gevallen meestal achterwege blijft (RSI) dan wel pas in een zeer laat stadium plaatsvindt en dan meestal niet op initiatief van de bedrijfsarts (OPS), behoeft het geen verbazing te wekken dat het ook aan een gedegen behandelplan en het sturen van de uitvoering daarvan door de bedrijfsarts in alle onderzochte gevallen heeft ontbroken.

Wat heeft de bedrijfsarts wel gedaan in de onderhavige gevallen en in hoeverre zijn er aanzetten te vinden tot een werkgerelateerde behandeling? Is het mogelijk om oorzaken aan te geven voor de gebrekkige wijze waarop de arbeidsgeneeskundige behandeling in de onderhavige gevallen heeft vorm gekregen?

Wat in de eerste plaats opvalt in de casuïstiek, is dat de begeleiding van de bedrijfsarts primair gericht is op werkhervatting en in beduidend mindere mate op het aanpakken van de werksituatie dan wel op de behandeling van de betrokken werknemer. Daarnaast valt op dat de bedrijfsarts meestal eerder passief volgend is dan dat hij de behandeling regisseert. In het onderstaande worden deze bevindingen toegelicht.

#### ***Primaire gerichtheid op werkhervatting***

De activiteiten van de bedrijfsarts beperken zich in vrijwel alle gevallen tot het voeren van verzuimgesprekken en de betrokken werknemer teruggeleiden naar het werk. Bij de gevallen van RSI gebeurt dit veelal geleidelijk, dat wil zeggen dat men eerst voor een bepaald percentage van de werktijd hervat en dit geleidelijk weer uitbreidt naar de volledige werktijd. Bij de gevallen van OPS gebeurt dit vaker zonder geleidelijkheid. Ook zijn er betrekkelijk veel gevallen van OPS (circa de helft) waarin werkhervatting in het geheel niet meer aan de orde

komt, omdat betrokkene pas als hij echt niet meer kan, uitvalt, dan ook pas een bedrijfsarts ziet en werkhervatting dus niet meer tot de mogelijkheden behoort. In een aantal gevallen (zowel bij RSI als bij OPS) is geregistreerd dat er druk wordt uitgeoefend door de leidinggevende in het bedrijf om snel te hervatten dan wel meer uren te hervatten dan de werknemer denkt aan te kunnen. De bedrijfsarts heeft, voor zover uit deze dossiers valt op te maken, in deze gevallen veelal de neiging mee te gaan met de leidinggevende in plaats van tegenspel te bieden daar waar dat nodig is in verband met de klachten. Datzelfde geldt voor enkele gevallen waarin de werknemer de adviezen – voor het volgen van een bepaalde therapie, of met betrekking tot hervatting of aangepast werk - van de bedrijfsarts niet opvolgt. Ook in zulke gevallen komt uit de dossiers niet naar voren dat de bedrijfsarts tegenspel biedt. Wat tenslotte opvalt is dat de contacten met werkgevers in veel gevallen beperkt zijn tot schriftelijke berichten naar aanleiding van verzuimgesprekken dan wel telefonisch contact. Slechts in enkele gevallen komt het werkelijk tot *vis-à-vis* overleg.

De primaire gerichtheid op werkhervatting werd in de sessies met bedrijfsartsen breed herkend. Ook werd gesteld dat bedrijfsartsen vaak te geringe kennis hebben van de specifieke arbeidsomstandigheden van de betrokken werknemer. Eén van de oorzaken daarvan is volgens de bedrijfsartsen ‘de tendens om de bedrijfsarts niet in te schakelen bij het maken van de RI&E, met name in het MKB.’ Daarnaast werden hier de beperkte contracten weer genoemd: daar waar een bedrijf alleen verzuimbegeleiding inkoop, is er geen geld voor andere zaken. Naar aanleiding van de kennelijke gerichtheid van bedrijfsartsen op werkhervatting werd een aantal leerpunten opgepikt, Zo werd gesteld dat frequent ziekteverzuim zou moeten worden opgepikt als signaal dat er mogelijk iets aan de hand is met het werk. Daarnaast werd opgemerkt dat de bedrijfsarts te allen tijde aan zijn eigen expertise moet vasthouden met betrekking tot de (on)mogelijkheden voor hervatting door de werknemer, ook wanneer werkgever en/of werknemer aandringen op (te snelle of te veelomvattende) hervatting. De bedrijfsarts zou de werkgever respectievelijk de werknemer in zo'n geval moeten wijzen op de risico's van een te snelle hervatting.

### ***Werkplekadvisen regelmatig weinig gefundeerd en vrijblijvend***

Dit alles wil niet zeggen dat de bedrijfsarts zich in geen enkel geval met het werk bemoeit. Er wordt wel degelijk in een substantieel aantal gevallen advies gegeven over het werk of de werkplek. Ook dit gebeurt overigens weer vaker bij de gevallen van RSI dan in de gevallen van OPS. Wat echter opvalt aan deze adviezen is dat ze meestal weinig gefundeerd zijn (geen eigen onderzoek, geen of oppervlakkig werkplekbezoek), meestal in algemene termen zijn gesteld én dat de bedrijfsarts niet evalueert of zijn adviezen zijn uitgevoerd respectievelijk of ze ook helpen. Ook hier is ‘warm contact’ zelden tot nooit aan de orde, maar worden de adviezen schriftelijk gegeven, vaak in korte notities, of zelfs alleen aan de werknemer meegedeeld. Zo kan het gebeuren dat werknemers ondanks de adviezen van de bedrijfsarts toch weer in hun eigen werk hervatten, of dat er weliswaar ander werk wordt aangeboden maar dat dit werk ook te belastend blijkt te zijn. Twee gevallen van RSI bij beeldschermwerkers vormen hierop een uitzondering in die zin dat het advies dat ten aanzien van de werkplek van de betrokken werknemer wordt gegeven is gebaseerd op een gedegen werkplekonderzoek en dat er uiteindelijk ook een werkplekaanpassing plaatsvindt conform de advisering. Jammer genoeg gebeurt dit in deze

beide gevallen te laat: de betrokken werknemers hebben al te veel klachten om hun werk nog te kunnen hervatten. Ook is onder de gevallen van RSI bij beeldschermwerkers een geval geregistreerd waarin de bedrijfsarts langdurig heeft aangedrongen bij een zeer onwillige werkgever om een werkplekonderzoek te mogen doen. Het dossier geeft geen aanwijzingen dat hier vervolgens ook iets mee gedaan is door deze werkgever.

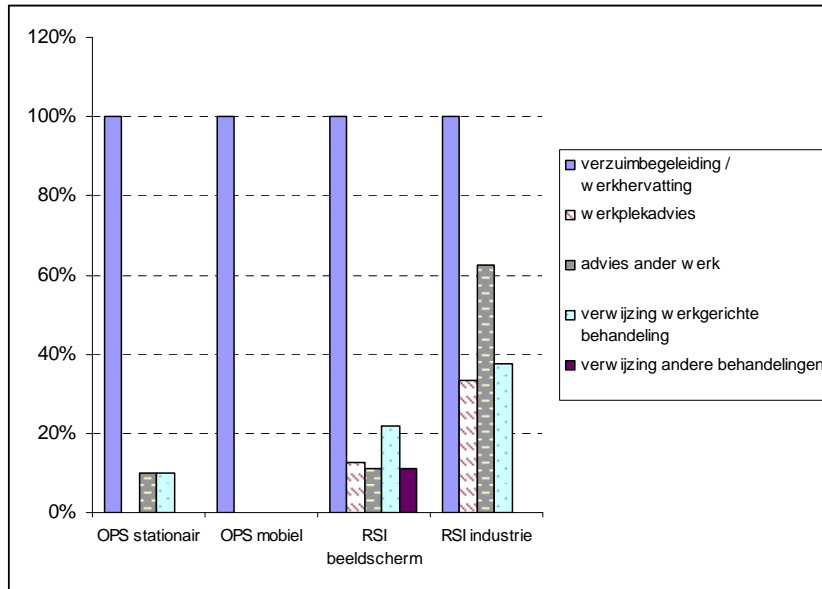
Het geringe aantal werkplekbezoeken en -onderzoeken werd in de sessies met de bedrijfsartsen herkend en mede geweten aan de beperkte omvang van de contracten die werkgevers afsluiten met arbodiensten: er is simpelweg geen geld voor. Bovendien werd opgemerkt dat kritiek van bedrijfsartsen op de arbeidsomstandigheden door de bedrijfsarts door werkgevers vaak niet wordt geapprecieerd. Een RI&E wordt dan aangemerkt als een 'betaalde belediging'. Ook vrezden veel bedrijfsartsen, met name in het MKB, dat ze bij kritiek 'eruit liggen'. Het contract met de arbodienst wordt dan simpelweg niet verlengd. Naast al deze marktgerelateerde gebreken in het systeem, werd echter ook opgemerkt dat het niet te doen gebruikelijk is om na een eerste contact met een werknemer direct de werkplek te bezoeken en te onderzoeken. Pas als iemand blijft komen met klachten, vormt dat een aanleiding om wat dieper te interveniëren.

### ***Bij RSI soms verwijzing voor werkgerichte behandeling, echter geen controle op verloop***

Met name in enkele gevallen van RSI bij beeldschermwerkers, maar ook in een beperkt aantal gevallen van RSI in de industrie, speelt de bedrijfsarts een rol in het verwijzen van betrokkene voor behandeling. Het betreft dan veelal behandelingen om de fysieke belastbaarheid te vergroten. Zo vinden in enkele gevallen verwijzingen plaats door de bedrijfsarts (in overleg met de huisarts) naar *graded activity therapy*, een rugschool of een revalidatieteam. Ook hier overheerst echter weer het beeld van een weinig doortastende houding. Er wordt weliswaar doorverwezen, maar daar waar een behandeling onverhoopt niet van de grond komt (hetgeen nogal eens gebeurt om financiële redenen: de behandeling valt niet onder de verzekering en de werkgever wil niet of niet meer betalen) dan wel niet aanslaat, worden door de bedrijfsarts geen verdere stappen ondernomen. In de gevallen van OPS heeft de bedrijfsarts geen rol gespeeld in eventuele verwijzingen voor behandeling.

Onderstaande grafiek geeft een beeld van de zeer beperkte betrokkenheid van de bedrijfsarts bij de behandeling van OPS en RSI in de onderzochte gevallen. Verzuimbegeleiding gericht op werkhervatting voert de boventoon.

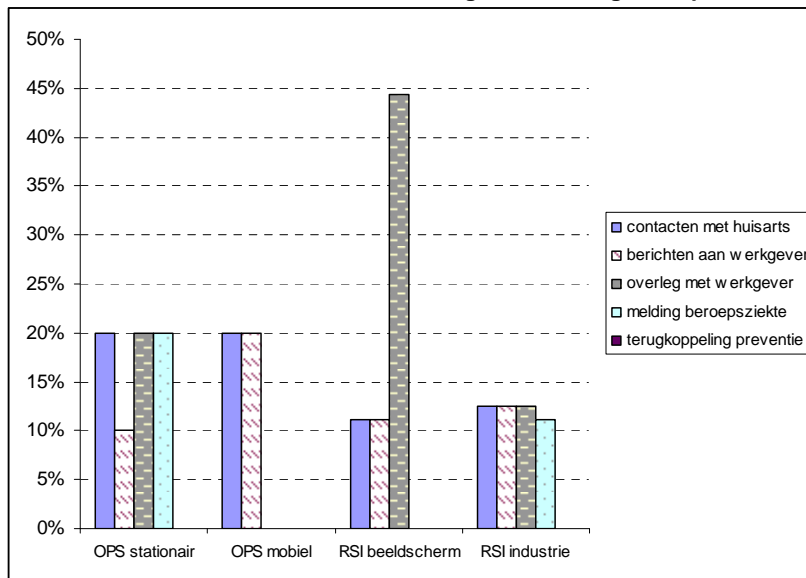
**Grafiek 3.5.3: Betrokkenheid bedrijfsarts bij behandeling OPS en RSI**



### 3.5.4 Communicatie bedrijfsarts – huisarts en werkgever

Onderstaand overzicht geeft aan in hoeveel gevallen er sprake is geweest van contacten met huisarts en werkgever. Daarnaast wordt weergegeven in welk percentage van de gevallen melding gedaan is door de bedrijfsarts van de beroepsziekte en dat in geen enkel geval is teruggekoppeld naar preventie.

**Grafiek 3.5.4: Contact met huisarts en werkgever, melding beroepsziekte, terugkoppeling naar preventie**



Dit beeld werd bevestigd in de sessies met bedrijfsartsen. Communicatie met de huisarts is er slechts zelden. De contacten met de werkgever zijn eveneens beperkt. De bedrijfsarts houdt zijn spreekuur niet 'op het werk', maar in het gebouw van de arbodienst en heeft vaak meerdere werkgevers in zijn pakket.

### **3.5.5 Conclusie: de bedrijfsarts krijgt noch neemt de regie**

Uit bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de kern van het probleem ten aanzien van de beperkte betrokkenheid van de bedrijfsarts bij de diagnosestelling en behandeling van beroepsgebonden aandoeningen erin lijkt te zitten dat deze niet de regie heeft over dit proces, maar veeleer, voor zover uit de dossiers valt op te maken, een passieve houding aanneemt ten aanzien van diagnose en behandeling. Meestal ontbreekt het overzicht over wat er met betrokkene gebeurt in het diagnostisch en behandelcircuit.

De bedrijfsarts kijkt wel degelijk naar het werk als oorzaak (bij RSI), zijn blikveld blijft beperkt tot algemene adviezen met betrekking tot werkhervatting. Hij komt in de bestudeerde cases nauwelijks uit de spreekkamer om een goede analyse te maken van het werk en de omstandigheden waaronder dit verricht wordt.

Weliswaar geeft de bedrijfsarts – zij het op basis van beperkte kennis (immers een oppervlakkige analyse) van het werk – in sommige gevallen wel degelijk adviezen omtrent aanpassing van de werkzaamheden, maar ook hier ontbreekt het aan diepgang, degelijkheid en controle. De adviezen zijn in algemene termen gesteld, en worden in het beste geval telefonisch medegedeeld aan de werkgever, maar soms ook alleen aan de werknemer. Evaluatie van de uitvoering van de adviezen ontbreekt ten ene male.

Ook aan werkhervatting stelt de bedrijfsarts soms wel degelijk grenzen. Als de werkgever, en in enkele gevallen de werknemer, zich daaraan niets gelegen laat liggen, gaat de bedrijfsarts, voor zover uit de dossiers valt op te maken, niet op zijn strepen staan.

Tenslotte speelt de bedrijfsarts in sommige gevallen (m.n. RSI) een rol in de verwijzing naar werkgerichte behandelingen, zoals *graded activity therapy*, rugschool of revalidatieteam. Ook hier houdt de bedrijfsarts in de meeste gevallen echter in onvoldoende mate de vinger aan de pols, zodat hij vaak pas achteraf bemerkt dat bepaalde voorgenomen behandelingen helemaal niet hebben plaatsgevonden.

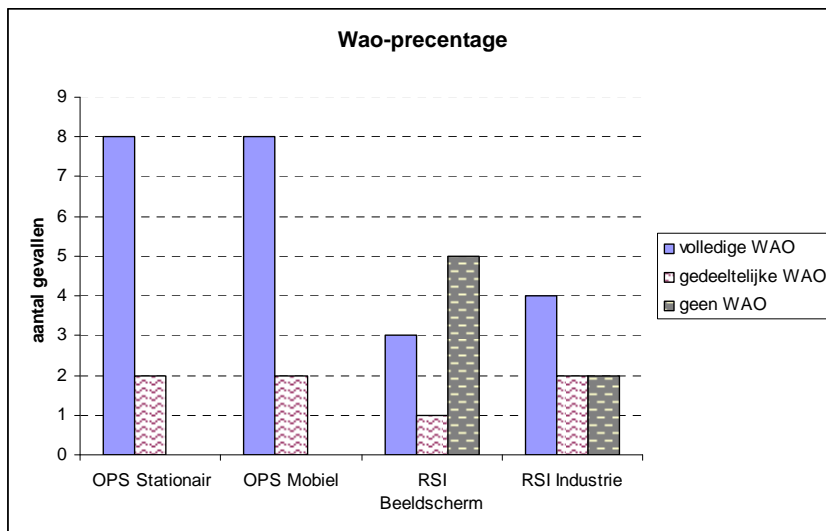
Een opmerkelijke uitkomst van de sessies met bedrijfsartsen was dat controle op en evaluatie van de uitvoering van de eigen adviezen door een aanmerkelijk deel van de deelnemers niet als onderdeel van hun takenpakket werd gezien.

## 3.6 REÏNTEGRATIE

In deze paragraaf wordt het thema reïntegratie besproken. Hieronder wordt verstaan het opnieuw instromen in werk nadat men ongeschikt is bevonden voor de eigen werkzaamheden. Naast de bedrijfsarts worden tevens andere betrokken actoren, met name het UVW, in de analyse betrokken. In hoeverre is er in de bestudeerde gevallen sprake geweest van inspanningen gericht op reïntegratie, wat is de inhoud van die inspanningen en door wie zijn ze verricht? In hoeverre zijn deze inspanningen voldoende en adequaat te noemen?

### 3.6.1 Arbeidsongeschiktheid

In een deel van de onderzochte gevallen komt betrokkene volledig in de WAO, maar in een ander deel is dit slechts gedeeltelijk of helemaal niet aan de orde. Onderstaande grafiek geeft hiervan een weergave.



### 3.6.2 Reïntegratieinspanningen

#### ***Ernstig klachtenbeeld OPS beperkt mogelijkheden, daardoor soms 'foute' reïntegratie***

In de gevallen van OPS is maar zelden sprake van een geslaagde reïntegratie in ander werk. Dit wordt mede veroorzaakt door het ernstige klachtenbeeld dat hier in veel gevallen bestaat. In een aanzienlijk deel van de gevallen is dan ook sprake van 80-100% arbeidsongeschiktheid. Betrokkenheid van de bedrijfsarts bij reïntegratieinspanningen is miniem. In twee gevallen schrijft de arbodienst een reïntegratieplan, hetgeen in beide gevallen echter op niets uitloopt.

Contact tussen bedrijfsarts en UWV (of GAK, SFB) over mogelijkheden voor reïntegratie is zeer uitzonderlijk. Hiervan is slechts één geval in de dossiers terug te vinden.

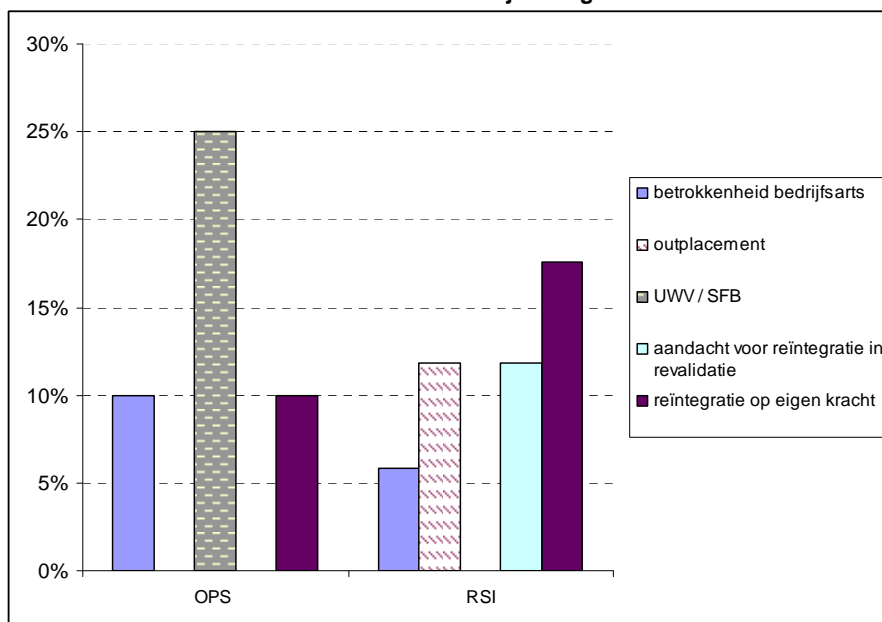
UWV is soms betrokken bij reïntegratieinspanningen, mede met behulp van de REA, maar hierbij wordt de plank soms ook flink misgeslagen. Zo is er in twee gevallen sprake van een advies aan werknemers met een matig ernstige OPS om chauffeurswerkzaamheden te doen. Gezien de concentratie- en oriëntatiestoornissen, lijkt dit een inadequaat advies, omdat bij chauffeurswerk juist een beroep gedaan wordt op deze bij OPS-patienten gestoorde functies. Kennelijk was in deze gevallen de kennis van het ziektebeeld bij UWV onvoldoende. In vijf gevallen is wel sprake van een geslaagde reïntegratie naar ander werk. Dit is veelal te danken aan de eigen initiatieven van de werknemers.

***Beperkte inspanningen bij RSI, bedrijfsarts niet in beeld***

In de gevallen van RSI wordt slechts zeer sporadisch actie ondernomen met betrekking tot reïntegratie door de betrokken instanties. Als er al actie wordt ondernomen, is dit door de werkgever (outplacementbureau) of door het UWV (advisering omtrent ander werk), maar ook dit gebeurt zelden. Soms is er in het kader van een revalidatieprogramma aandacht voor reïntegratie. In slechts één geval is de bedrijfsarts betrokken geweest bij een geslaagde reïntegratie. In dat geval volgde hij bovendien gewoon het gangbare patroon van geleidelijke werkhervatting, waarbij de werkneemster zelf heeft aangegeven dat dit voor haar haalbaar was indien zij slechts voor de helft van haar werktijd zou hervatten. In de overige gevallen waarin het komt tot een geslaagde reïntegratie is het steeds betrokkene zelf geweest die dit bewerkstelligt, hetzij door omscholing hetzij door zelf het initiatief te nemen ander werk te zoeken.

Grafiek 3.6.2 geeft e.e.a grafisch weer.

**Grafiek 3.6.2: Betrokkenheid diverse actoren bij reïntegratie**





### 3.7 CONCLUSIES

De centrale vragen van dit deel van het onderzoek waren:

- *Welke factoren zijn van invloed op het ontstaan en beloop van beroepsziekten?*
- *Wat zijn de factoren die van invloed zijn op het al dan niet nemen van preventieve maatregelen?*
- *Welke mogelijkheden zijn er om preventie in het kader van de sociaal-medische begeleiding te versterken?*

Alvorens op deze vragen in te gaan, zal eerst worden ingegaan op de centrale karakteristieken van de onderzoekspopulatie. Van belang bij de interpretatie van de bevindingen, is dat sprake is van een selecte populatie: werknemers met een beroepsziekte die dusdanig is geëscaleerd dat deze ziekte is uitgemond in een letselschadeclaim. Verwacht zou kunnen worden dat deze selecte groep werknemers een aantal kenmerken gemeen hebben, die de bevindingen in één richting zouden kunnen trekken. Wat echter opvalt aan de bestudeerde dossiers, is dat de betrokken werknemers juist opvallend weinig gemeen hebben. Afgezien van sekse (OPS vrijwel uitsluitend mannen, RSI overwegend vrouwen) is er weinig dat de betreffende werknemers op voorhand onder één noemer zou brengen – zeker voor de RSI-dossiers. Het opleidingsniveau loopt uiteen van lager onderwijs tot wetenschappelijk onderwijs, het aantal dienstjaren loopt sterk uiteen, en ook in de leeftijd bij uitval is sprake van een brede spreiding. Ook de kenmerken van de betrokken bedrijven lopen sterk uiteen (zie bijlage 3). Zo is er zeker geen oververtegenwoordiging van MKB-bedrijven, en in de grote bedrijven is bijvoorbeeld een redelijke vertegenwoordiging van werknemers in de vorm van een OR (zodat niet aangenomen mag worden dat hier in dit opzicht sprake is van 'slechte' werkgevers). Bij de analyse bleek het veronderstelde verschil tussen mobiele/stationaire bedrijven of beeldscherm/industrie evenmin relevant: ook hier blijkt uit dat de bedrijven niet in één hoek gezocht moeten worden. Zelfs op arbogebied waren er geen zeer opvallende uitschieters. Weliswaar hadden veel bedrijven geen risico-inventarisatie uitgevoerd, maar een aantal toch wel. Gemeenschappelijk is wel dat de arbeidsomstandigheden in de onderzochte bedrijven slecht waren (anders waren beroepsziekten per definitie niet ontstaan). Maar bezwarende arbeidsomstandigheden komen in veel bedrijven voor.<sup>36</sup>

*Het algemene beeld is dat van heel gewone werknemers in uiteenlopende bedrijven.*

***Kernconclusie 1 is dan ook:***

***Beroepsziekten kunnen overal voorkomen.***

---

<sup>36</sup> Houtman, Van Hoof en Hooftman 2007

Hieronder volgt een meer systematische beantwoording van de onderzoeksvragen. Bij de presentatie van de bevindingen is aangesloten bij het theoretisch kader in § 2.4, waarbij onderscheid is gemaakt in

- I. kenmerken van het productieproces (fysieke arbeidsomstandigheden en het preventiebeleid)
- II. de persoon van de werknemer én diens sociale omgeving (waaronder de privé-situatie alsook de opstelling van collega's in het eigen bedrijf)
- III. de arbeidsverhoudingen, in casu de opstelling van en relatie met de werkgever en leidinggevende én de eventuele rol van werknemersvertegenwoordigers
- IV. het proces van sociaal-medische begeleiding (diagnose, interventies, leervermogen), de positie van de bedrijfsarts, en de onderlinge afstemming van betrokken (para-)medici

**1a. Wat zijn factoren die van invloed zijn bij het ontstaan van een beroepsziekte?**

**I. Productieproces**

*Objectief ongunstige arbeidsomstandigheden*

Uit de cases komt een beeld naar voren dat de betrokken werknemers duidelijk te maken hebben gehad met objectief ongunstige arbeidsomstandigheden. In een beperkt aantal gevallen was overigens sprake van bedrijven die de arbozorg redelijk op orde hadden, maar waarbij de betrokken werknemer in een eerder bedrijf aan belastende factoren was blootgesteld.

Vooraf bij de **OPS**-patiënten was duidelijk sprake van langdurige blootstelling aan risicofactoren, in het bijzonder oplosmiddelen. Verder was niet alleen sprake van blootstelling aan oplosmiddelen, maar doorgaans ook van lange werktijden waardoor de blootstellingsduur werd verlengd. Voorts is opvallend dat de meeste werknemers een tamelijk langdurige, eenzijdige arbeidsgeschiedenis achter de rug hadden. Ook dit is een factor die leidt tot een lange blootstellingsduur.

Bij de **RSI**-patiënten is het beeld iets meer divers. Wat betreft de industriële arbeid was, net als bij de OPS-gevallen, sprake van langdurige blootstelling – in casu aan *eenzijdige fysieke belasting* onder *slechte ergonomische omstandigheden*. Bovendien was in vrijwel alle gevallen de werkdruk hoog. Bij de beeldschermwerkers was ook sprake van hoge werkdruk, eenzijdige belasting (allen meer dan zes uur per dag beeldschermwerk) en matige ergonomie. Desondanks had men soms behoorlijk lang klachtenvrij gewerkt. Opvallend in de beoordeelde cases was echter dat in vrijwel alle gevallen de klachten optraden kort na een belangrijke wijziging in het werk: reorganisaties, of het uitvallen van een collega en daardoor dubbele taakbelasting. RSI is in deze gevallen niet zozeer een gevolg van een langdurige slijtageslag, maar van een omslag in het werk met veelal verhoogde werkdruk als neveneffect.

### *Zeer rudimentair arbeidsomstandighedenbeleid*

In de meeste cases is sprake van een zeer rudimentair arbeidsomstandighedenbeleid. Een risico-inventarisatie en -evaluatie ontbrak veelal, Was verouderd of onvolledig, of kwam voor de betrokken werknemer te laat. De zorg voor arbeidshygiëne op de werkplek schoot vaak ernstig tekort. Ten dele zou dit verklaard kunnen worden doordat de gevallen van mobiele werkzaamheden overwegend betrekking hadden op MKB-bedrijven (waarin de arbozorg wellicht wat minder uitgewerkt is), maar ook in de grotere bedrijven was sprake van gebrekkig arbobeleid (dat zeker niet gebaseerd was op de arbeidshygiënische strategie). Ook ontbrak het veelal aan persoonlijke beschermingsmiddelen, en als al sprake was van het uitreiken van persoonlijke beschermingsmiddelen (OPS) dan ontbraken duidelijke instructie of toezicht. Ergonomische aanpassingen (RSI) werden soms gepleegd, maar tamelijk ondoordacht (incidentgericht, nà uitval). Uit de RSI-cases blijkt niet dat er aandacht was voor beperking van de werkdruk, voor taakrotatie of voor bredere vormen van organisatieverbetering. Een goed functie-ontwerp zou in veel van de bestudeerde cases een preventieve aanpak zijn geweest, maar één van de belangrijkste oorzaken van de klachten is nu juist de eenzijdige taakbelasting.

### *Vroegtijdige opsporing/monitoring ontbreekt*

Eén van de manieren om het ontstaan van beroepsziekten tegen te gaan, is vroegtijdige onderkenning door bijvoorbeeld inzet van de RI&E, PAGO's of monitoring. Zeker bij de OPS-gevallen, waar veelal sprake was van langdurige blootstelling, hadden hier zeker kansen gelegen. Deze kansen zijn echter niet benut.

## **II. Persoonskenmerken en sociale omgeving**

### *Geen aanleiding om uit te gaan van predispositie of privé-situatie*

Uit de beoordeelde cases bleek niet dat sprake zou zijn van predispositie van de betrokken werknemer of van een belangrijke invloed van de privé-situatie. Dit geldt in ieder geval heel duidelijk voor de OPS-gevallen. Bij de RSI-gevallen is incidenteel sprake van fysieke kenmerken die van invloed zouden kunnen zijn (klein postuur). In een beperkt aantal gevallen is sprake van een stressvolle thuissituatie. Het is echter niet aannemelijk dat die van doorslaggevende betekenis is geweest. De mogelijk bezwarende privé-omstandigheden bestonden in de betreffende gevallen ook al ruim vóór het optreden van gezondheidsklachten: ook in deze gevallen was sprake van de al genoemde omslag in de werkzaamheden.

Bij beeldschermwerkers valt op dat redelijk vaak sprake was van een perfectionistische werkhouding, hetgeen zeker in combinatie met (plotselinge) verhoging van de werkdruk een risicofactor zou kunnen zijn. Ook was sprake van het ontkennen of negeren van grenzen, en van stressgevoeligheid. Op grond van de dossiers concluderen wij echter dat dit zeker niet de overheersende factoren zijn geweest bij het ontstaan van RSI-klachten.

De rol van de sociale omgeving was beperkt – althans, er zijn weinig indicaties dat deze in het ontstaan of verergeren van de gezondheidsklachten een belangrijke rol hebben gespeeld (zie hieronder ook bij 'diagnose').

### *Subassertieve opstelling en te lang doorwerken*

Wat opvalt, is dat de betrokken werknemers relatief laat aan de bel trokken met hun gezondheidsklachten of met klachten over de arbeidssituatie. Als er wel aan de bel werd getrokken, werd zeker bij OPS de relatie met het werk zelden gelegd. Bovendien, in de gevallen dat deze relatie wél gelegd werd, leidde dat zelden tot actie. In de meeste gevallen waarin werknemers signalen hebben afgegeven, werd weinig tot niets gedaan met de klachten, waarna de werknemer veelal gewoon in de eigen functie doorwerkte. Ook de betrokken werknemer pakte dus niet echt door.

Deels zou dit verklaard kunnen worden door een weinig assertieve opstelling van de betrokken werknemer – dat is althans het beeld dat uit de cases opdoemt. Ook is sprake van plichtsgetrouwe werknemers met een hoog arbeidsethos en beroepstrots. In sommige gevallen lijkt ook aannemelijk dat de werknemers doorwerkten met klachten (of te snel terugkeerden na ziekte) omdat zij veel belang hechtten aan de eigen functie. In een aantal gevallen leek echter ook sprake van een verregaande mate van loonafhankelijkheid (en gebrek aan alternatieven), die werknemers ertoe bracht door te werken tot het echt niet langer ging.

### **III. Arbeidsverhoudingen**

#### *Druk vanuit werkgever*

Het beeld van de relatie werkgever/werknemer verschilt per aandoening. De werknemers met OPS hadden veelal een lange staat van dienst, gestoeld op individueel vakmanschap. De werkgevers leken in deze dossiers redelijk meelevend, hoewel na definitieve diagnose toch ook sprake was van een exit-strategie.

In sommige RSI-dossiers was echter duidelijk sprake van druk vanuit de werkgever op snelle terugkeer. Conflicten tussen werkgever en werknemer over terugkeer op het werk zouden, als gevolg van bijkomende stress, een versterkend effect kunnen hebben op met name de RSI-klachten. Dit is moeilijk na te gaan in de dossiers. Wel is duidelijk dat in een aantal cases conflicten reïntegratie in de weg hebben gestaan.

#### *Werkgever ontkent (de werkgerelateerdheid van) de ziekte*

Een veel voorkomende eerste reactie van werkgevers was ontkenning van de ziekte, of anders wel van het werkgerelateerde karakter van de ziekte. Overigens zagen ook bedrijfsartsen het werkgerelateerde karakter van een aandoening veelal over het hoofd (zie hieronder).

#### *Rol collega's, OR en vakbond beperkt*

Het is lastig gebleken eventuele effecten van de arbeidsverhoudingen op de werkvloer te beoordelen. In de cases waaruit wel iets over de rol van collega's is vermeld, was veelal sprake van redelijk harmonieuze collegiale verhoudingen. De beroepsziekten in de dossiers zijn voor een groot deel ontstaan in werksituaties die door betrokkenen plezierig (of ten minste niet

onplezierig) werden gevonden, waar werknemers jarenlang in dienst waren en, zeker waar het de OPS-dossiers betrof, waar de werknemers tot de vaste kern van het bedrijf behoorden. Het is niet aannemelijk dat de collegiale verhoudingen hebben bijgedragen aan verslechtering van de situatie (hoewel in het geval van RSI slecht presterende collega's wel zijn aangemerkt als bijkomend risico).

In sommige cases waren het collega's die wezen op de mogelijkheid van OPS. Hoewel in sommige cases sprake was van collega's met dezelfde klachten, werd de aandoening echter toch vooral gezien als een *individueel* probleem. Ook werd in sommige gevallen onderling wel geklaagd over de werksituatie, maar voorts gebeurde hier weinig mee. In een aantal dossiers was sprake van ernstig te nemen signalen (bijvoorbeeld bewusteloosheid) waarbij collega's nogal laconiek reageren.

OR/pvt en vakbonden waren in de bestudeerde cases geheel buiten beeld.

#### **IV. Sociaal-medische begeleiding**

Effectieve interventie door de bedrijfsarts vereist dat deze vroegtijdig in beeld is, bij eventueel verzuim vroegtijdig een adequate diagnose stelt en de relatie met het werk legt, en na het vaststellen van de oorzaak van een eventuele beroepsziekte actie onderneemt om het bedrijf aan te zetten tot preventie – voorkomen dat de zieke werknemer door hernieuwde blootstelling wederom uitvalt én voorkomen dat collega's worden blootgesteld aan dezelfde risicovolle omstandigheden die reeds tot uitval hebben geleid. De bedrijfsartsen die bij deze cases waren betrokken hebben deze interventiemogelijkheden echter onvoldoende opgepakt.

*Bedrijfsarts veelal laat in beeld*

Uit de cases blijkt dat vrijwel altijd de huisarts de eerste toevlucht was voor werknemers met gezondheidsklachten. De bedrijfsarts kwam veelal pas in beeld nadat een werknemer was uitgevallen en werd opgeroepen voor een verzuimconsult.

De afstemming tussen huisarts en bedrijfsarts liet te wensen over. Huisartsen verwijzen zelden naar de bedrijfsarts, maar veeleer naar het medisch-specialistische of para-medische circuit. Ook in de gevallen dat de huisarts (als eerste) de relatie met werkfactoren legde, nam deze geen contact op met de bedrijfsarts. Onduidelijk is of de huisarts de patiënt aanraade om contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Overigens is het zo dat werknemers, zoals gezegd, vaak doorwerkten met klachten en ook niet op eigen initiatief contact opnamen met de bedrijfsarts.

Ook in ander opzicht kwam de bedrijfsarts pas laat in beeld binnen het bedrijf. Uit de cases is niet gebleken dat de bedrijfsarts zich goed op de hoogte stelde van de omstandigheden in het bedrijf nog voordat een werknemer zich bij de arts meldde met een mogelijke beroepsziekte. Mogelijke instrumenten om zich op de hoogte te stellen zijn bijvoorbeeld het opvragen van een risico-inventarisatie of het uitvoeren van werkplekbezoek. Als dit in de bestudeerde cases al gebeurde, dan pas naar aanleiding van het verzuimgeval – en dan nog zeer incidenteel. Actieve opsporing van beroepsziekten door bijvoorbeeld periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek kwam in de onderzochte cases niet of nauwelijks voor.

### *Diagnose vaak gemist, in een laat stadium en weinig robuust*

Uit de verschillende cases blijkt dat de diagnose van met name OPS lang op zich liet wachten. In veel gevallen werd in eerste instantie gedacht aan psychische problematiek. Opvallend is dat de Solvent Teams er wel redelijk snel in slaagden een diagnose te stellen (hoewel soms met een zekere terughoudendheid). Een vergelijkbare diagnostisch specialisme op het gebied van RSI ontbreekt. De aandoening RSI werd weliswaar iets vaker onderkend, maar de diagnose was in die gevallen weinig robuust. In slechts een zeer beperkt aantal cases was sprake van een melding van de beroepsziekte aan het NCvB.

De diagnose richtte zich vrijwel uitsluitend op de *individueel-medische* kant van de ziekte, en zelden tot nooit op een bredere diagnose van het proces (waaronder de arbeidsomstandigheden en de arbeidsverhoudingen binnen bedrijven).

Opvallend is voorts dat het in meerdere OPS-gevallen de *partner* was die als eerste de verdenking van OPS koesterde – veelal na het lezen van een folder of het zien van een documentaire over de aandoening. Overigens zijn er meerdere voorbeelden gevonden van situaties waarin de bedrijfsarts ook na de ‘zelfdiagnose’ van de werknemer of diens partner geen adequate actie ondernam.

### *Relatie met werk zelden gelegd*

Onduidelijk is of de betrokken bedrijfsarts zich onvoldoende rekenschap geeft van het type werk dat de zieke werknemer verricht, en welke risico's deze werkzaamheden met zich brengen. Gezien het feit dat de diagnose vaak gemist is, lijkt echter evident dat de bedrijfsartsen in de onderzochte cases niet op de hoogte waren van de omstandigheden ter plekke óf er niet in slaagden de relatie te leggen tussen type werk en aard van de klachten. Ook blijkt uit de dossiers niet dat de bedrijfsarts serieus de arbeidsgeschiedenis van de betrokken werknemer meewoog bij de diagnose.

Als uiteindelijk een relatie met het werk werd gelegd, was dat in veel gevallen op suggestie van de werknemer zelf (of, bij OPS-gevallen van de partner).

In de gevallen dat er sprake was van een ‘mogelijke relatie met het werk’, was dat alleen in algemene termen. Werkplekbezoeken om zich ter plekke op de hoogte te stellen van de arbeidsomstandigheden werden in de onderzochte cases zelden uitgevoerd.

Voor zover daar zicht op is, beperkte de probleemanalyse zich tot het vaststellen van de belastbaarheid van de werknemer en diens mogelijkheden tot reïntegratie.

### *Na diagnose geen actie richting bedrijf om herhaling te voorkomen*

In geen van de dossiers is gebleken dat de bedrijfsarts actie ondernam richting het bedrijf om aan te dringen op verbetering van de arbeidsomstandigheden teneinde te voorkomen dat ook andere werknemers aan dezelfde risico's worden blootgesteld. Integendeel: in een aantal cases was sprake van collega's die met dezelfde klachten kampen, waarna geen enkele preventiegerichte actie werd ondernomen.

In meerdere gevallen was de 'oplossing' voor de gesignaleerde problematiek 'ander werk' voor de zieke werknemer. Van een structurele verbetering van de risicovolle werksituatie was in die gevallen geen sprake.

In de schaarse gevallen waarin de bedrijfsarts wél aanbevelingen had gedaan, zijn deze zeer algemeen van aard en is ook geen actie ondernomen om te achterhalen of de aanbevelingen daadwerkelijk worden opgevolgd.

Er zijn in de onderzochte cases vrijwel geen aanwijzingen voor een lerend effect gevonden. Werkgebondenheid werd vaak niet onderkend en erkenning van werkgebondenheid (en daarop volgende preventieve actie) vond zelden plaats.

*Samengevat vertoont het handelen van de betrokken bedrijfsartsen, blijkens de dossiers, een aantal opvallende overeenkomsten:*

1. *weinig kennis van (ontstaan, beloop, en behandeling) van beroepsziekten*
2. *geen toepassing van vijf-fasenmethodiek bij de diagnostiek*
3. *weinig tot geen onderzoek naar het werkgerelateerde karakter van de aandoening*
4. *geen 'lerend' vermogen (in de zin van 'opschaling' van individueel verzuim naar preventie op de werkvloer)*

*Werkhervatting veelal in de eigen of andere belastende functie*

De inspanningen van de bedrijfsarts waren in de meeste gevallen beperkt tot zo spoedig mogelijke reïntegratie. Vaak werd terugkeer naar het werk gepresenteerd als 'medicijn' om definitieve uitval te voorkomen, maar aan de werkbelasting werd in de meeste gevallen weinig tot niets gedaan. In meerdere gevallen was aannemelijk dat deze fixatie op 'snelle reïntegratie' de klachten bestendigde of zelfs verergerde.

In meerdere gevallen was sprake van reïntegratie in de eigen (belastende) functie of in een andere even belastende functie – in sommige (RSI-)gevallen overigens tegen het advies van de bedrijfsarts in. Uit de OPS-cases bleek regelmatig van een evident verkeerde inschatting van de belastbaarheid van OPS-patiënten.

*Ieder werkt vanuit eigen specialistische perspectief*

Er is sprake van een scherpe arbeidsdeling, waarbij de patiënt vaak snel wordt doorgeschoven naar een volgend loket. In het meest extreme (OPS-)geval is sprake van meer dan 100 consulten bij de verschillende zorgverleners voor er effectief actie wordt ondernomen. Er is sprake van langdurige specialistische diagnostiek, maar telkens vanuit het eigen referentiekader van de betrokken specialist/paramedicus.

### *Ontbreken van regie*

Opvallend is dat niemand de regie neemt: de huisarts niet en de bedrijfsarts evenmin. In meerdere cases is sprake van een slechte afstemming tussen de verschillende betrokken zorgverleners. Coördinatie ontbreekt. Ieder beperkt zich tot zijn eigen domein, en ook de andere zorgverleners dan de bedrijfsarts nemen geen actie om de omstandigheden in het bedrijf aan te kaarten. Dit betreft niet alleen de ziekenhuisgebonden of paramedische zorg maar ook, in het beperkte aantal cases, de Solvent Teams. Revalidatie richt zich met name op lichamelijk herstel en vergroting belastbaarheid, maar zelden of nooit op vermindering van de belasting.

### *Nazorg ontbreekt*

De regie ontbreekt helemaal wanneer de werknemer is uitgestroomd naar de WAO/WIA. In de gevallen dat een werknemer definitief uitviel en vertrok bij zijn werkgever, verdween hij ook uit het zicht van de bedrijfsarts. Nazorg ontbreekt. Er is uit de dossiers niet gebleken dat in dergelijke gevallen de verzekeringsgeneeskundige of de arbeidsdeskundige van UWV de regie overneemt.

## **1b. Wat zijn factoren die van invloed zijn bij het wel of niet nemen van preventieve maatregelen binnen het bedrijf?**

### **I. Productieproces en verantwoordelijkheid van de werkgever**

Duidelijk is dat het arbeidsomstandighedenbeleid in de betrokken bedrijven verre van optimaal was. Indien al sprake was van beheersmaatregelen, dan toch hooguit in de vorm van persoonlijke beschermingsmiddelen (waarbij ook het pbm-beleid onvoldoende is uitgewerkt). Van het nemen van preventieve maatregelen zijn zelden indicaties gevonden. Uit vrijwel alle cases blijkt dat bijzonder weinig is geïnvesteerd in arbozorg: de contracten met arbodiensten waren uiterst minimaal. Slechts in een beperkt aantal cases biedt het contract meer dan verzuimbegeleiding.

Welke factoren het ontbreken van een preventiebeleid verklaren, is echter lastig te achterhalen. Het is op grond van het onderzoek lastig te bepalen welke factoren er toe leiden dat in de desbetreffende bedrijven sprake is van ongunstige arbeidsomstandigheden en een slecht arbobeleid. De bedrijven vertonen geen opvallende kenmerken (bijvoorbeeld bedrijfsgrootte) die een verklaring zouden kunnen bieden. Dit onderstreept, prima vista, de conclusie dat beroepsziekten *overall* voor kunnen komen. Een nadere analyse van de achterliggende oorzaken voor het tekortschieten van de bedrijven (en arbodiensten) in de onderzochte dossiers zou een nader onderzoek vergen. Het feit dat sommige werkgevers druk uitoefenden op snelle herintreding geeft echter wel aan dat zij waarschijnlijk niet doordrongen waren van de ernst van de problematiek en de mogelijke lange-termijnevolgen die voortijdige hervatting van het werk (ook voor het bedrijf zélf) met zich brengen.



## II. Persoonskenmerken en sociale omgeving

### *Subassertieve opstelling en te lang doorwerken*

Eén van de factoren die er mogelijkwijs toe leidden dat er geen preventieve maatregelen zijn getroffen in de onderzochte bedrijven, is de subassertieve opstelling van de werknemer(s): de werknemer loopt niet te koop met zijn gezondheidsklachten, klachten over het werk werden niet snel geuit. Als ze wel werden geuit, werden de klachten niet serieus genomen en de relatie met het werk veelal ontkend. Vervolgens pakte de betrokken werknemer niet door.

Een verklaring voor deze subassertieve opstelling is echter lastig te destilleren uit de dossiers. Een mogelijke verklaring is dat in meerdere dossiers de relatie met het werk aanvankelijk niet werd gelegd zodat, zeker voor werknemers met beperkte kennis van met name OPS-risico's, terugkeer naar de oude werksituatie voor de hand lag.

Een andere verklaring die in sommige dossiers wordt genoemd is een weinig assertieve *persoonlijkheid*, waardoor de betrokkene zijn lot tamelijk gelaten ondergaat. Over de persoonlijkheid van de betrokken werknemers in algemene zin valt op grond van de dossiers echter geen duidelijk beeld te vormen.

Een mogelijke andere verklaring voor de subassertieve opstelling is echter dat in een aantal gevallen sprake was van vrees voor ontslag – niet alleen bij de werknemers met tijdelijke contracten (vooral RSI-Industrie), maar ook wel bij werknemers met een vaste aanstelling. Veelal betrof het werknemers met een betrekkelijk laag inkomen, die in hoge mate loonafhankelijk zijn. Hiervoor zijn in sommige dossiers wel aanwijzingen gevonden.

Voor het overige is uit de dossiers niet af te leiden welke factoren verklaren dat werknemers zo lang doorwerken met hun klachten of ziekte.

## III. Arbeidsverhoudingen

In het verlengde van de al genoemde vrees voor ontslag, kan een mogelijke verklaring voor het uitblijven van acties door de werknemer wellicht worden gevonden in de eerder geconstateerde druk vanuit de werkgever of het ontbreken van een 'countervailing power' binnen het bedrijf. Het waarom van die druk of het ontbreken van tegenmacht is echter lastig te achterhalen.

### *Druk vanuit werkgever*

Zoals aangegeven is in de gevallen van RSI sprake van meer druk op werkhervatting dan in de OPS-dossiers. Deels is dit wellicht te verklaren uit het gegeven dat de werknemers met OPS over het algemeen lange dienstverbanden hadden en daarmee een langdurige relatie met de werkgever. In de RSI-gevallen is sprake van kortere dienstverbanden, en in een aantal gevallen ook van tijdelijke dienstverbanden.

Het is voorts niet onaannemelijk dat werknemers in de gevallen van RSI eerder onder druk worden gezet omdat zij meer een onderdeel zijn van een langere productieketen, waardoor van hun ziekte sterker een verstoring effect uitgaat op het hele proces.

Deze beide verklaringen worden echter niet empirisch ondersteund door de dossiers.

#### *Rol collega's, OR en vakbond beperkt*

Ook is uit de dossiers niet op te maken wat ertoe leidt dat collega's, OR of vakbond niet krachtdadiger zijn opgetreden. In een aantal dossiers, met name de OPS-dossiers, kunnen indicaties worden ontleend dat ook collega's de ernst van de OPS-problematiek niet altijd onderkennen, maar de gegevens zijn te mager voor het trekken van conclusies terzake.

#### **IV. Sociaal-medische begeleiding**

Hierboven is al gesteld dat de betrokken bedrijfsartsen, blijkens de dossiers, niet of nauwelijks een rol hebben gespeeld bij het nemen van preventieve maatregelen. Althans, de beroepsziekten vormden voor de bedrijfsarts geen aanleiding om aan te dringen op preventie van nieuwe gevallen. Ook de *verklaring* dat bedrijfsartsen niet aandringen op preventie kan voor een deel worden afgeleid uit de hierboven al aangehaalde centrale bevindingen uit de dossiers:

- De bedrijfsarts speelt geen rol bij vroege opsporing van beroepsziekte
- De bedrijfsarts is pas laat in beeld bij eventuele beroepsziekten
- Beroepsziekten worden pas laat onderkend: de diagnose wordt vaak pas laat gesteld, en de relatie met het werk wordt onvoldoende geanalyseerd
- Eventuele wél gevonden werkgerelateerde oorzaken van de beroepsziekte worden niet teruggekoppeld naar het bedrijf.

De vraag is vervolgens *waarom* bedrijfsartsen zo laat in beeld komen of een weinig adequate rol hebben gespeeld in de bestudeerde cases.

##### *IV.1 Bedrijfsarts veelal laat in beeld*

Dat de bedrijfsarts laat in beeld komt, kan verklaard worden uit drie achterliggende fenomenen:

- werknemers werken lang door met hun gezondheidsklachten (zeker de OPS-gevallen)
- zieke werknemers gaan eerder naar hun huisarts dan naar de bedrijfsarts
- huisartsen wijzen zelden door naar de bedrijfsarts

Dat *werknemers*, zoals gezegd, vaak doorwerken met klachten en niet op eigen initiatief contact opnemen met de bedrijfsarts (of zich eerste tot hun huisarts wenden), kan wellicht worden verklaard uit angst voor baanverlies of een slechte reputatie bij de werkgever. Dit laatste impliceert overigens wel dat de bedrijfsarts in zijn contacten met de werkgever informatie over de werknemer overdraagt die mogelijk nadelig voor diens positie zou kunnen zijn. Uit meerdere dossiers is gebleken dat de privacy van de werknemer inderdaad niet altijd gewaarborgd was.

Een andere verklaring, die is geopperd in de workshops met de bedrijfsartsen, is de geringe zichtbaarheid en toegankelijkheid van de bedrijfsarts op de werkvloer. Dit wordt op zijn beurt weer toegeschreven aan de (te) beperkte contracten met de arbodienst, waardoor de

bedrijfsarts niet de tijd heeft om aanwezig te zijn in het bedrijf. Dit is ook één van de redenen waarom zo weinig gebruik wordt gemaakt van instrumenten voor vroegtijdige onderkenning van risico's: bedrijfsartsen krijgen te weinig tijd om zich echt te verdiepen in 'hun' bedrijven. De betrokkenheid bij de RI&E is zeer marginaal (veelal een toets op papier), werkplekonderzoek past niet binnen het budget. Hierdoor is de bedrijfsarts niet zichtbaar op de werkplek, en dus kennelijk ook niet de eerste persoon waaraan zieke werknemers denken als zij eventuele klachten willen bespreken.

Uit de dossiers waarin de huisarts als eerste de relatie met werkfactoren legt, valt niet af te leiden waarom deze niet doorverwijst naar de bedrijfsarts.

#### *IV.2 Diagnose vaak gemist en relatie met werk zelden gelegd*

Uit de dossiers blijkt dat de betrokken (para)medici slechts beperkte kennis hebben van beroepsziekten. In geen van de gevallen (behalve bij de Solvent Teams) blijkt van een evidence based diagnostische methode. In een aantal RSI-gevallen spelen revalidatie-artsen en multidisciplinaire teams een positieve rol, maar ook deze hanteren een weinig robuuste diagnostiek. Aannemelijk is dat ook hier de specifieke kennis van de arbeidsgerelateerdheid van de aandoening ontbreekt.

Eén van de mogelijke verklaringen waarom de relatie met het werk zelden wordt gelegd, is dat in veel gevallen de *huisarts* het eerste contact is bij ziekmelding. Dit geldt zeker voor de OPS-gevallen. Uit de dossiers blijkt dat de betrokken huisartsen zelden de relatie met het werk legden, en als ze dat al deden nalieten hierover contact op te nemen met de bedrijfsarts. Uit het dossieronderzoek kan niet worden afgeleid waarom dit is, maar de indruk bestaat dat alle medici (waaronder de huisartsen) zich terugtrekken op hun eigen expertise en weinig communiceren met andere partijen die rond de betrokken werknemers heenstaan. Er wordt weliswaar doorverwezen, maar terugkoppeling geschiedt nauwelijks.

Hetzelfde geldt voor het (para-)medisch handelen. In de verschillende dossiers is sprake van een indrukwekkend scala van (para-)medische behandelingen, maar voor zover dat kan worden opgemaakt uit de dossiers lijken deze weinig evidence based. Dit geldt in ieder geval ook voor een aantal cases waarin de deskundige van UWV blijf gaf van een te positief beeld van de belastbaarheid van met name de OPS-patiënten. In sommige cases was sprake van een gevaarlijke situatie, waarbij functies dienden te worden aanvaard waarbij adequate informatieverwerking een veiligheidskritisch belang heeft (bijvoorbeeld chauffeur).

Overigens zou men juist van bedrijfsartsen mogen veronderstellen dat zij de relatie met het werk wél leggen. Uit de dossiers blijkt hier echter weinig van, en ook uit de workshops kwam het beeld naar voren dat ziektegevallen vaak worden geïndividualiseerd en gemedicaliseerd. Hierover werd door de bedrijfsartsen zélf opgemerkt dat het hen vaak schort aan *up to date* kennis van de werkgerelateerde aandoeningen die zich in een bepaalde sector voordoen, hetgeen verklaard werd uit tijdgebrek, gebrek aan fondsen voor bijscholing en gebrek aan intercollegiaal overleg bij zelfstandige bedrijfsartsen. Mede door dit gebrek aan adequate kennis,

hebben veel bedrijfsartsen moeite met het tijdig en adequaat herkennen en diagnosticeren van complexe, werkgerelateerde ziektebeelden.

#### *IV.3 Geen actie richting bedrijf om herhaling te voorkomen*

Uit de gevallen waarin de bedrijfsarts er wel in slaagde een relatie met het werk te leggen, bleek deze niet terug te koppelen naar het bedrijf om herhaling te voorkomen. Uit de dossiers kan niet worden afgeleid waar dit aan ligt. Eén van de verklaringen die hiervoor gegeven is in de workshops, is de lastige positie van de bedrijfsarts. Ten eerste is veelal sprake van magere contracten, waarbij alleen budget is voor verzuimbegeleiding. Arbo-advies of werkplekonderzoek is een extra taak, die apart gefactureerd moet worden hetgeen bij de werkgever veelal op bezwaren stuit. Ten tweede heeft de bedrijfsarts, door zijn grote afstand tot het bedrijf, ook weinig direct contact met de werkgever. Dit is een extra drempel om terug te koppelen. Ten derde is sprake van gebrekkige continuïteit in de arbozorg: doordat veel arbodiensten werken met kortlopende ontracten, sprake is van frequent wisselende bedrijfsartsen en niet aan dossieroverdracht wordt gedaan, leren bedrijfsartsen de bedrijven niet kennen. Zij hebben geen historisch besef van eerdere gevallen van dezelfde aandoeningen, en hebben dus ook minder kans om patronen te herkennen.

## **2. Welke mogelijkheden zijn er om preventie in het kader van de sociaal-medische begeleiding te versterken?**

Eén van de doelen van het onderzoek was: versterking van de mogelijkheden van verschillende betrokkenen (en met name bedrijfsartsen) om *beroepsziekten* te voorkomen – met andere woorden: het aanreiken van instrumenten om preventie in het kader van sociaal-medische begeleiding te versterken. Hiertoe is een aantal deelvragen gesteld. Nadat op deze vragen een antwoord is gegeven, wordt ten slotte een aanzet gegeven voor de discussie over de versterking van de preventie in het kader van sociaal-medische begeleiding.

De deelvragen waren:

- I. Waar liggen voor bedrijfsartsen interventiemogelijkheden in het traject van blootstelling naar uiteindelijke letselschadeclaims?*
- II. Verschillen de interventiemogelijkheden naar gelang de complexiteit van de ziekte (mono- of multifactorieel)?*
- III. Hoe komt het dat die mogelijkheden wel of niet worden benut?*
- IV. Wat is de plaats van de bedrijfsarts in het systeem 'bedrijf', en welke mogelijkheden zijn er om de invloed van bedrijfsartsen op de procesvoering te versterken?*

## I. Interventiemogelijkheden

Mogelijkheden om beroepsziekten te voorkomen zijn er niet alleen gedurende het ziekteproces. Interventies kunnen al plaatsvinden voordat de werknemer bij de bedrijfsarts komt met een (beroeps)ziekte: tijdens het werk en zelfs al voor indiensttreding.

### ***Interventie voor intrede***

In sommige gevallen zou, nog voordat aan het werk begonnen wordt, een goede analyse van de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer in relatie tot het te verrichten werk zeer zinvol zijn geweest – bijvoorbeeld bij de fietsassemblagemonteur die met een klein postuur aan een te hoog opgestelde productielijn moest werken. Dit moet niet gelezen worden als een pleidooi voor aanstellingskeuringen, maar veeleer voor het uitvoeren van een ‘*werkplekkeuring*’ gerelateerd aan de specifieke werknemer die in dienst treedt.<sup>37</sup> Met name bij de gevallen van RSI in de industrie, maar ook bij sommige beeldschermwerkers had dit veel ellende kunnen voorkomen (simpelweg alleen al door werkplekken op de juiste hoogte af te stellen). Een goede RI&E is een middel om te bepalen in welke gevallen een analyse van de werkplek c.q. de mens-werk-aanpassing geïndiceerd is. In de onderzochte cases heeft de bedrijfsarts zich echter zelden of nooit op de hoogte gesteld van de feitelijke arbeidsomstandigheden of de inhoud van de RI&E, laat staan een actieve rol gespeeld bij het tot stand komen van de RI&E (eventueel in samenwerking met de andere kerndeskundigen, ergonomen of arbeidsdeskundigen).

### ***Interventies tijdens het werk***

Ook na indiensttreding zou een dergelijke werkplekanalyse met enige regelmaat moeten plaatsvinden. In feite geeft artikel 5 Arboret hiertoe al de opdracht: “De risico-inventarisatie en -evaluatie wordt aangepast zo dikwijls als [...] gewijzigde werkmethoden of werkomstandigheden [...] daartoe aanleiding geven.” Het gaat dus om de *dynamiek* in de relatie mens-werk: werksituaties veranderen in de tijd, werknemers veranderen van werk(plek) en worden ouder. Dit laatste is met name ook van belang voor werknemers die gedurende langere tijd werkzaam zijn bij dezelfde werkgever, zoals veel van de werknemers met OPS en veel van de industriewerkers. Het belang van alertheid voor de dynamiek wordt ook helder als wordt gekeken naar het ontstaan van RSI bij beeldschermwerkers. De RSI-klachten ontstonden vooral op het moment dat er veranderingen optraden in de werkbelasting en bij piekbelasting. Een periodieke taakanalyse en leeftijdsbewust personeelsbeleid zijn belangrijke instrumenten om overbelasting in het werk te voorkomen. Uit de dossiers is nergens gebleken dat van dergelijke instrumenten gebruik is gemaakt.

Een extra reden om dergelijke analyses standaard in te bouwen, is dat uit het onderhavige onderzoek is gebleken dat betrokkenen veelal subassertief waren ten aanzien van de eigen gezondheidsklachten; zij trokken veelal te laat aan de bel bij gezondheidsklachten, en al helemaal bij de bedrijfsarts.

---

<sup>37</sup> Zie art. 3, lid 1 onder e, Arboret: ‘De inrichting van de arbeidsplaatsen, de werkmethoden en de bij de arbeid gebruikte arbeidsmiddelen, alsmede de arbeidsinhoud worden zoveel al redelijkerwijs kan worden geveerd aan de persoonlijke eigenschappen van werknemers aangepast.’

Voor periodieke analyses of monitoring kunnen bestaande middelen worden ingezet: de RI&E geeft aanwijzingen op welke punten en voor welke groepen een PAGO moet worden ingesteld. Daarnaast is een laagdrempelig arbospreekuur geschikt om vroegtijdig werkgerelateerde aandoeningen op te sporen. Alleen het inzetten van deze middelen is echter niet genoeg: het gaat er vooral om dat ze *doelbewust* en adequaat worden ingezet. Een PAGO dient niet alleen vakkundig te worden opgesteld én geanalyseerd, maar ook worden nabesproken met de relevante betrokkenen – gericht op verbetering van de arbeidsomstandigheden (en het arbeidsproces) en niet louter op het in kaart brengen van eventuele schade.

RI&E en met name PAGO zijn van groot belang voor vroegtijdige opsporing van beroepsziekten, zoals OPS en RSI. Helaas is slechts in een enkel dossier hiertoe een poging gesignaleerd. Dat nauwelijks sprake is van vroegtijdige opsporing is echter niet uniek voor de *worst cases*. Uit de Arbomonitor 2006 van de Arbeidsinspectie blijkt dat slechts 19% van de bedrijven een PAGO laat uitvoeren door een arbodienst.<sup>38</sup> Ook bood (anno 2006) slechts de helft van de bedrijven een arbospreekuur aan, en na het schrappen van de bepaling terzake uit de Arbowet in 2007 is het spreekuur waarschijnlijk nog minder onderdeel van de arbodienstverlening. Versterking van dit instrumentarium zou vergen dat de toepassing ervan vaker wordt voorgeschreven en niet, zoals nu bijvoorbeeld op grond van art. 4.10a Arbobesluit, op initiatief van de werkgever of de werknemer.

### **Klachtenfase**

Terugkijkend op het klachtenverloop in de diverse cases waren er diverse aanknopingspunten voor *vroegtijdige onderkenning* van de beroepsziekte en het leggen van een relatie tussen de gezondheidsklachten en de arbeid. Voor een deel waren de manifeste gezondheidsklachten direct te koppelen aan de arbeidssituatie. Kennis van die situatie, expertise over de relatie arbeid-gezondheid, klachten serieus nemen: het zijn drie zaken die veel leed kunnen helpen voorkomen.

In de dossiers zijn met name de eerste signalen van OPS zelden opgepikt. Nu hadden de onderzoekers uiteraard het voordeel van de terugblik, waardoor na de definitieve diagnose de eerdere signalen eenvoudiger tot een totaalbeeld te construeren zijn. Maar juist ook bij de OPS-klachten waren er al andere klachten (rug, bovenste extremiteiten van het bewegingsapparaat, allergische klachten) die duidelijk arbeidsgerelateerd waren. Ook in die gevallen is niet gebleken van een grote alertheid op de risicofactoren in het werk. De manifeste arbeidsgerelateerde klachten hadden een *signaal* kunnen zijn voor onderzoek naar blootstelling aan belastende factoren, waarbij ook blootstelling aan minder manifeste factoren zoals VOS in ogenschouw genomen had kunnen worden. Een kwalitatief goed geschoolde en geëquipeerde professional kan in dergelijke gevallen (de kans op) OPS vaststellen door een combinatie van de volgende activiteiten: procesdiagnose, werkplekonderzoek, PAGO. In de cases is van een dergelijke aanpak niets gebleken.

Overigens komen werknemers meestal pas in contact met een bedrijfsarts op het moment dat er *ziekteverzuim* is. Vaak is een interventie dan al te laat. Dit bleek ook uit de cases, met name die van de OPS-slachtoffers. Dit is eens te meer een signaal dat *vroeg opsporing* belangrijk is. Dit vraagt om een pro-actieve opstelling van de bedrijfsarts, en ruimte voor uitvoering van een

---

<sup>38</sup> Bos et al 2007, p. 30

laagdrempelig (en wellicht voor werknemers periodiek verplicht te bezoeken) arbeidsomstandighedenspreekuur.

### **Diagnostiek**

*Uitgebreide diagnostiek* is essentieel om te komen tot een effectieve aanpak. Dat vergt, naast tijd en aandacht voor de gezondheidsklachten, een uitgebreide arbeidsanamnese en onderling overleg tussen medici (en andere kerndeskundigen, zoals in het geval van blootstelling aan gezondheidsschadelijke stoffen arbeidshygiënisten). Ook betrokkenheid van de partner blijkt een positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de diagnostiek. Dat impliceert een bredere diagnostiek die verder gaat dan louter een medische diagnose, maar zich richt op het totale proces – zowel risicofactoren binnen het productieproces als de verhoudingen waarbinnen de arbeid wordt verricht.

Dit wordt nog onderstreept door één van de leerpunten uit de dossiers. Zo is in veel van de onderzochte dossiers op enig moment sprake van psychische klachten. Diagnostisch gezien is dit een valkuil. Als er onvoldoende zicht ontstaat bij de behandelaar op de blootstelling aan belastende werkomstandigheden, kan te snel worden geconcludeerd dat er bij betrokkene sprake is van psychische stoornissen. Een evenwichtiger afweging tussen werk, privé-situatie en individuele psyche voorkomt het psychologiseren of individualiseren van de aandoening.

### **Behandeling**

Ook in de fase van de behandeling is oog voor de werksituatie van belang. Een behandeling zal er anders uitzien wanneer bijvoorbeeld de diagnose OPS in beeld is, of zelfs al gesteld, dan wanneer dit niet het geval is. Bij een heldere diagnose zal de eerste interventie bestaan uit het stopzetten van de blootstelling. Dit kan tijdelijk zijn, gedurende het diagnostisch proces, maar zal blijvend moeten zijn daar waar de diagnose is gesteld. De reïntegratie-inspanningen kunnen dan al in een vroeg stadium worden gericht op het vinden van ander werk, hetzij in het eigen bedrijf, hetzij elders. Ook bij RSI-klachten geeft bewustzijn van de werkgerelateerdheid van de klachten en van het feit dat in het werk dus ook de oplossing gezocht moet worden, een andere insteek voor de bedrijfsarts. Ook al is hier mogelijk vaker sprake van een multifactoriële oorzaak (hetgeen overigens in de gevallen die in dit onderzoek zijn bestudeerd slechts in beperkte mate het geval was), dan geldt alsnog 'minimaliseer de factor werk als oorzaak' als devies.

Ook in de behandelfase is dus kennis van het werk van groot belang. Als de bedrijfsarts geen idee heeft hoe de assemblagelijnen in de fabriek eruit ziet, welke ergonomische aanpassingen in kantoor situaties gedaan zijn, maar ook hoe de deadlines in een bedrijf de werkdruk bepalen, hoe de leiding in een bedrijf zicht opstelt en hoe de verhoudingen zijn tussen werkgever en werknemers, dan zal hij klachten minder snel relateren aan het werk én wellicht met inadequate werkherlevingsadviezen komt. Ook is een behandeling die louter gericht is op herstel van de werknemer weinig effectief als de belastende factoren in het werk niet worden aangepakt. Uit de cases is gebleken dat dit regelmatig voorkomt.

Een adequate, systeemgerichte behandeling betekent ook dat de bedrijfsarts meer de regie naar zich toe moet trekken, en de trajecten in het curatieve circuit meer moet laten aansluiten op de werksituatie.

## **Terugkoppeling**

In de cases is nauwelijks tot niet gebleken dat de betrokken bedrijfsartsen de situatie adequaat hebben teruggekoppeld naar bedrijven. Terwijl een beroepsziekte aanleiding kan zijn om te leren, en op te schalen van individuele gezondheidsklachten naar *preventieve* actie richting het bedrijf: overleg met de werkgever om de belastende factoren (arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen) zo goed als redelijkerwijs mogelijk is te beperken (zie het schema in § 2.4). Ook zouden de individuele verzuimgevallen op een hoger niveau geaggregeerd moeten worden, en een koppeling met andere bronnen van informatie over de arbeidsomstandigheden (RI&E, PAGO etcetera) gelegd moeten worden. In sommige dossiers was sprake van *meerdere* gevallen van OPS respectievelijk RSI zónder dat dit tot terugkoppeling heeft geleid.

## **II. Interventiemogelijkheden: monocausaal of multifactorieel**

Hoewel voorshands werd verondersteld dat de ruimte voor interventies wellicht zou afhangen van het monocausale of multifactoriële karakter van de aandoening of van de specifieke werkzaamheden (beeldscherm/industrie, mobiel/stationair), viel uit de cases weinig informatie te halen om die veronderstelling ook te onderbouwen of hier iets uit te leren voor effectieve interventie.

Wel kan uit de cases worden afgeleid dat de gedachte aan monocausale aandoeningen in veel gevallen hoe dan ook tekortschiet – wellicht is de aanvankelijke beroepsziekte tot op zekere hoogte monocausaal van aard (hoewel ook arbeidsinhoud, werkdruk en dergelijke een rol spelen), maar het verdere beloop van een aandoening tot aan uiteindelijke uitval wordt door vele factoren bepaald. Leerzaam uit de cases is dus juist dat er *altijd* breder gekeken moet worden dan de primaire risicobron.

## **III. Gemiste interventiemogelijkheden**

Hierboven is al aangegeven dat er in verschillende dossiers diverse mogelijkheden waren om te interveniëren. De instrumenten zijn ook al beschreven in de arbowetgeving én de achterliggende filosofie van de leercirkel (risico-inventarisatie, plan van aanpak, periodieke herziening van de RI&E). De instrumenten zijn, ten dele zelfs in samenhang, ook beschreven in het beroepsprofiel van de NVAB.<sup>39</sup>

Uit het dossieronderzoek en de bijeenkomsten met bedrijfsartsen komt echter naar voren dat een dergelijke, op leren gerichte benadering in de praktijk van de arbozorg lang niet altijd van de grond komt. De mogelijkheden zijn duidelijk onvoldoende benut. Die onderbenutting van die interventiemogelijkheden heeft te maken met vier factoren:

1. *Expertise* van de bedrijfsarts.

Uit de dossiers bleek dat kennis van het bedrijf, van het werk dat er verricht wordt en onder welke omstandigheden en met welke risico's, én het inzicht in de organisatie van

---

39 NVAB 2004



het werk en de verhoudingen op de werkvloer duidelijk tekortschoot. Evenmin bleek uit de dossiers veel kennis van diagnostiek en behandelmethoden.

Uit de dossiers én de casusbesprekingen met de bedrijfsartsen viel op dat de bedrijfsartsen sterk de neiging hadden de problematiek primair te benaderen vanuit hun *medische* expertise en de aandoening te *individualiseren*. Een systeemgerichte aanpak ontbrak.

Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat bedrijfsartsen vaak te maken hebben met beperkte contracten, en daardoor onvoldoende zicht kunnen ontwikkelen van de situatie ter plekke. Aan de andere kant is ook tijdens de sessies niet gebleken dat een systeemgerichte benadering van de casuïstiek voor de betrokken artsen vanzelfsprekend is, terwijl daarbij toch weinig belemmeringen in de randvoorwaarden aangevoerd konden worden.

## 2. *Houding* van de bedrijfsarts

In het verlengde van bovenstaande kan worden opgemerkt dat preventie van beroepsziekten en het vroegtijdig herkennen en verhelpen van beroepsgerelateerde gezondheidsklachten een *actieve houding* van de bedrijfsarts veronderstelt. Effectief handelen van de bedrijfsarts vergt een houding waarin deze precies wil weten wat er aan de hand is met de arbeidsomstandigheden in het bedrijf, de gezondheid van de werknemer/patiënt voorop staat en niet de werkhervatting-tegen-elke-prijs. Dat wil overigens niet zeggen dat de bedrijfsarts niet gericht zou moeten zijn op werkhervatting, maar dan alleen op basis van een gedegen analyse van de specifieke kenmerken van het geval (waarbij het geval dan niet moet worden opgehangen aan de individuele werknemer, maar aan de specifieke constellatie binnen het bedrijf).

## 3. *Communicatie* met alle betrokkenen

Onderzoek en aanpak van werkgerelateerdheid vergt tevens een goede overlegstructuur en cultuur in het bedrijf, alsmede een open *communicatie*. Het hanteren van allerlei interventie-instrumenten zal zonder een dergelijke communicatie in het bedrijf weinig effect hebben. In sommige bedrijven in de onderzochte gevallen lag er een prachtige RI&E, waar vervolgens niets mee gebeurde. Een enkele keer gaf een bedrijfsarts zeer relevante adviezen (bijvoorbeeld het advies tot taakrotatie in de industrie), waar ook niets mee gebeurde en waarbij het advies ook niet werd geëvalueerd door de bedrijfsarts. In sommige gevallen kwamen uit een PAGO wel degelijk klachten naar voren die gerelateerd konden worden aan het werken met VOS, maar deze conclusies bleven in het medisch dossier, er gebeurde niks mee. En als subassertieve werknemers gezondheidsproblemen signaleren, moet dat de bedrijfsarts ter ore komen. Het zou tot de taak van bedrijfsarts gerekend moeten worden om niet alleen zelf in open communicatie te staan met werkvloer en leiding, maar ook adviezen te geven over bevordering van een dergelijke communicatiecultuur. Uit de dossiers rijst echter het beeld op van een bedrijfsarts die zijn spreekkamer nauwelijks uitkomt en de cliënt vooral ziet als een patiënt in plaats van een mondige bron van informatie.

## IV De positie van de bedrijfsarts in het systeem 'bedrijf'

De hiervoor genoemde factoren – onvoldoende of eenzijdige expertise, een te afwachtende houding en onvoldoende communicatie met alle betrokkenen – kunnen niet los worden gezien van de positie van de bedrijfsarts. Daar waar de bedrijfsarts geen onafhankelijke positie heeft, zijn de mogelijkheden tot adequate preventie en behandeling beperkt. Naarmate een kwalitatief goede bedrijfsarts een meer *onafhankelijke positie* kan innemen, zijn de kansen op een kwalitatief professionele en betrokken houding het grootst.

De afhankelijkheid van financiering door de werkgever leidt, volgens de deelnemers aan de sessies, te vaak tot beperkte contracten. Hierdoor heeft de bedrijfsarts geen ruimte om op professionele wijze invulling te geven aan zijn taken. Daar waar alleen verzuimbegeleiding wordt afgenomen, is nauwelijks tijd voor betrokkenheid bij algemeen preventief beleid en werkplekonderzoek in individuele gevallen – nog los van de vraag of deze interventies door de werkgever geapprecieerd worden. Om in individuele gevallen de werkgerelateerdheid van een aandoening te kunnen onderzoeken, moet de toegang tot het bedrijf (en de relevante bedrijfsinformatie) voor de bedrijfsarts gegarandeerd zijn.

De huidige positionering van de arbodienst/bedrijfsarts biedt hiervoor echter onvoldoende garanties. De bedrijfsarts kan wel willen en zich pro-actief opstellen, maar als de ergernis over het optreden van de bedrijfsarts te groot wordt, kan een werkgever na afloop van het contract gewoon een andere arbodienst in de arm nemen. Dit staat een actieve, communicatieve benadering in de weg.

Ook op een aantal andere manieren staat de huidige organisatie van de arbodienstverlening een effectieve aanpak in de weg. Eén van de belemmeringen is het gebrek aan specialisatie van de arbodiensten. Het aantal gevallen van OPS dat jaarlijks wordt gemeld bij het NCvB ligt rond de honderd. Uitgaande van een vergaande onderrapportage mag worden aangenomen dat het aantal werknemers met OPS-klachten fors hoger ligt, maar dan nog is het aantal gevallen relatief klein. De kans dat een bedrijfsarts een geval van OPS tegenkomt, is gemiddeld hooguit één keer per jaar. Dit zal ook gelden voor andere tamelijk specifieke, vaak branchegebonden aandoeningen. Een meer branchegerichte organisatie van de arbodienstverlening zou in dit opzicht mogelijk een verbetering betekenen.

Een andere belemmering voor het opbouwen van expertise is de tendens dat bedrijfsartsen zich vaker als vrijgevestigde professional staande moeten zien te houden. Expertise vergt echter kennisontwikkeling en intervisie. Voor individueel werkende bedrijfsartsen zou een vorm van externe ondersteuning in deze leemte kunnen voorzien. Een dergelijke externe ondersteuning zou ook van betekenis kunnen zijn voor de overige betrokkenen in het medisch circuit, zoals huisarts, paramedici en medisch specialisten. Meer expertise in het behandelend circuit over ontstaan en beloop van beroepsziekten en adequate behandelmogelijkheden zou tot een breuk kunnen leiden met de praktijk van ‘trial and error verwijzing’, en zodoende veel kosten en leed kunnen besparen.

## Aanbevelingen

### *Bredere, meer systeemgerichte opleiding van bedrijfsartsen*

In de opleiding van bedrijfsartsen zou pregnanter aandacht moeten worden besteed aan de bredere context waarbinnen beroepsziekten ontstaan en zich ontwikkelen. Beroepsziekten dienen te worden geanalyseerd als de uitkomst van belastende factoren binnen een breder systeem (waarbij zowel de inrichting van het *bedrijfsproces* als de *arbeidsverhoudingen* binnen het bedrijf een belangrijke rol spelen). Bedrijfsartsen, kortom, dienen meer oog te krijgen voor *kwaliteit van de arbeid*.

Diagnostiek zou zich niet moeten beperken tot vaststelling van de ziekte, maar met name ook de werkgerelateerdheid van bepaalde aandoeningen boven tafel moeten zien te krijgen. Ook bij de reïntegratie van werknemers zou meer aandacht moeten worden besteed aan beperking van de risico's door verbetering van arbeidsprocessen.

### *Bredere inzet van diverse instrumenten voor preventie*

Bedrijfsartsen hebben in principe een aantal instrumenten tot hun beschikking. Naast de (geaggregeerde !) bevindingen uit individuele verzuimconsulten kan gedacht worden aan een beter gebruik van informatie uit periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek, arbospreekuur, en de risico-inventarisatie en –evaluatie. In de praktijk worden deze instrumenten onvoldoende in samenhang gebruikt. Deels komt dit doordat bijvoorbeeld het PAGO of het spreekuur, op een enkele uitzondering na, niet wettelijk zijn voorgeschreven. Deels komt dit doordat de bedrijfsarts te zeer gefocust is op de *medische* problematiek van de individuele werknemer (en dan nog met name op de reïntegratie van de zieke werknemer). In de opleiding van de bedrijfsarts zou een bredere, geïntegreerde inzet van de genoemde instrumenten meer aandacht verdienen.

### *Aanwezigheid van bedrijfsartsen in het bedrijf versterken*

Bedrijfsartsen zijn, mede door de beperkingen die het contract hen oplegt, onvoldoende aanwezig in het bedrijf. Contracten van arbodiensten met bedrijven zouden de bedrijfsarts meer ruimte moeten bieden om zich actief op de hoogte te stellen van de arbeidsomstandigheden en andere risicofactoren binnen het bedrijf.

### *Onafhankelijkheid van de arbodienst versterken*

Eén van de mogelijke verklaringen voor het tekortschieten van bedrijfsartsen is de afhankelijke positie van de arbodienst (of de vrijevestigde bedrijfsarts) op de markt van arbodienstverlening. Het is wenselijk dat de onafhankelijkheid van de arbodienst tegenover het bedrijf wordt versterkt. Wat betreft de manieren om die onafhankelijkheid te versterken, wordt hier geen stelling genomen.

### *Landelijke of regionale expertisecentra voor beroepsziekten creëren*

Uit het onderzoek blijkt dat werknemers met een beroepsziekte een lange weg afleggen in het medisch circuit. Het verdient overweging om ook voor andere beroepsziekten dan OPS landelijke of regionale voorzieningen te creëren, waar patiënten terecht kunnen voor gedegen diagnostiek en behandelingsadviezen (inclusief adviezen omtrent werk). Deze voorzieningen

zouden mogelijk ook een rol kunnen spelen in de versterking van de expertise op het niveau van de onderneming.

## 4. MOTIEVEN VOOR HET INDIENEN VAN SCHADECLAIMS

In dit hoofdstuk staat de derde groep onderzoeksvragen centraal, zoals gedefinieerd in hoofdstuk 1 van dit rapport. Het gaat dus om de volgende vragen:

- *wat zijn de factoren die ertoe leiden dat slachtoffers van beroepsziekten een letselschadeclaim indienen? en*
- *hoe is het indienen van een claim te voorkomen?*

De eerste vraag betreft met name de *motieven* van werknemers om een claim in te dienen. De tweede vraag betreft de mogelijkheden die (althans volgens de betrokken werknemers) het indienen van een claim wellicht hadden kunnen voorkomen. Daarbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan een betere ziektebegeleiding of reïntegratie. Het antwoord op deze vragen is gezocht aan de hand van interviews met de werknemers uit de hiervoor besproken dossiers. De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 8). De geïnterviewden die waren benaderd, waren werknemers van wie ook in de dossierstudie de casus gelicht was. Van de 37 werknemers uit de geanalyseerde dossiers zijn uiteindelijk 16 personen betrokken bij de interviews: vier uit de categorie 'RSI industrie', twee 'RSI beeldscherm', vier 'OPS mobiel' en zes 'OPS stationair'. De desbetreffende cases zijn uitgebreider beschreven in bijlage 11.

### Indeling van dit hoofdstuk

Dit hoofdstuk heeft een indeling die grotendeels is gebaseerd op de reeds genoemde vragenlijst. Deze was in vijf delen ingedeeld. Het eerste deel betrof vragen omtrent achtergronden van de betrokkene en het bedrijf waartegen een claim is ingediend. Alle respondenten hadden toestemming gegeven aan de onderzoekers om voorafgaand aan het interview het betreffende BBZ dossier te bekijken. Hoewel de gevraagde informatie over achtergronden van betrokkene en bedrijf grotendeels terug te vinden is in deze dossiers, was het niettemin nuttig om deze informatie op basis van de interviews te verifiëren en waar nodig aan te vullen. Daarnaast kon aan de hand van dit type (inleidende) vragen een goede basis gelegd worden voor het vervolg van het interview. Overigens bevat deel 1 van de vragenlijst ook enkele meer subjectief getinte vragen, zoals de vraag of de betrokkene zelf (mede) een rol heeft gespeeld in het ontstaan van de beroepsziekte, de vraag wat men vond van de arbeidsomstandigheden in het bedrijf, en de vraag hoe anderen (zorgverleners, familie, bedrijf etc) hebben gereageerd op de beroepsziekte. De antwoorden op deze vragen worden niet afzonderlijk gerapporteerd in dit hoofdstuk.

Het tweede, belangrijkste deel van de vragenlijst betrof de *motieven* van betrokkene om een claim in te dienen bij diens werkgever en de visie van de betrokkene op het verloop van de procedure. De vraag naar de belangrijkste motieven om een claim in te dienen werd eerst als

open vraag gesteld. Daarna werd telkens een 'checklist' met motieven aan de betrokkene voorgehouden. Deze motieven zijn ingedeeld in drie groepen: financieel, sociaal-emotioneel (erkenning, rouwverwerking en wraak) en altruïstisch (preventie beroepsziekte). In § 4.1 van dit hoofdstuk gaan we hier nader op in. In de vraagstelling werd ook expliciet rekening gehouden met andere factoren die de betrokkene mogelijk heeft meegenomen in de overweging om een claim in te dienen, waaronder de angst voor lange en kostbare procedures en belasting van de betrokkene en/of diens partner. Verder bevat dit deel van het interview vragen over de door de respondent gebruikte informatiekanalen (m.b.t. het inwinnen van informatie over het mogelijk indienen van een claim), de afwikkeling van de claim, en de vraag hoe personen in de directe omgeving van betrokkene hebben gereageerd op het feit dat een claim werd ingediend. De bevindingen over de motieven van de betrokken werknemers worden weergegeven in § 4.1.

Deel 3 van de vragenlijst bevatte slechts één open vraag, namelijk of er in het concrete geval van de betrokkene naar diens oordeel mogelijkheden waren geweest die het indienen van een claim hadden kunnen voorkomen. Het gaat derhalve om de vraag naar preventiemogelijkheden zoals betere ziektebegeleiding, betere reïntegratie, (tijdelijke) aanvulling van het inkomen, betere bejegening door bedrijfsarts, werkgever of UWV, etc. Het antwoord op deze vraag is eveneens opgenomen in § 4.1

De delen 4 en 5 van de vragenlijst betroffen respectievelijk een terugkoppeling (hoe is het nu met betrokkene?) en een terugblik (hoe kijkt de betrokkene terug op de gebeurtenissen?). Bij de terugkoppeling werd niet alleen naar de huidige gezondheidssituatie van betrokkene gevraagd, maar tevens naar de huidige werk- en inkomenssituatie. Bij de terugblik werd tevens een poging gedaan te achterhalen hoe het thans is gesteld met het bedrijf waartegen een claim was ingediend. Belangrijke vraag hierbij is meer algemeen of de claim enig effect heeft gehad op het gedrag (preventie binnen bedrijf) van de betrokken werkgever. In de praktijk bleek dat deze vraag lastig te beantwoorden is, omdat er meestal geen contact meer is tussen betrokkene en bedrijf. De effecten van de claim en de stand van zaken anno 2008 worden beschreven in § 4.2 en 4.3. In § 4.4 ten slotte wordt een aantal conclusies getrokken.

## **4.1 MOTIEVEN OM EEN CLAIM IN TE DIENEN**

### **4.1.1 Theoretische achtergrond**

In deze paragraaf worden zowel de door de betrokken werknemers genoemde motieven om een claim in te dienen besproken, als de factoren die volgens hen het indienen van een claim mogelijk hadden kunnen voorkomen. Zoals hierboven aangegeven werden deze vragen eerst als open vraag aan de betrokkenen voorgelegd. Daarna werd hen een checklist met mogelijke motieven en een checklist met mogelijke factoren ter voorkoming van een claim voorgelegd. Hier zullen wij kort ingaan op de samenstelling van deze lijsten.

## Verschillende motieven

Vanuit theoretisch perspectief zijn verschillende redenen te bedenken waarom werknemers met een beroepsziekte een claim zouden indienen tegen hun werkgever.<sup>40</sup> Deze zijn in het kader van het onderzoek ondergebracht in in drie groepen:

- A. financiële motieven,
- B. sociaal-emotionele motieven, en
- C. altruïstische motieven.

Deze indeling bleek niet alleen praktisch te zijn – immers, de resultaten van de interviews kunnen meer systematisch worden weergegeven - maar ook behoorlijk uitputtend. Hoewel er een categorie met 'overige motieven' was opgenomen in de vragenlijst werd deze namelijk niet gebruikt.

Tot de *financieel* gestuurde motieven worden gerekend:

- (A1): geldgebrek van de betrokkene (ook samenhangend met het financieel onderhouden van het gezin),
- (A2): de ontwikkeling van de sociale zekerheid, d.w.z. de verstrenging en versobering daarvan
- (A3): het feit dat het Bureau Beroepszaken op no cure no pay basis werkt
- (A4): de grote kans op werkloosheid en de verwachte financiële terugval die daarop volgt

De categorie '*sociaal-emotioneel*' bestaat uit de volgende motieven:

- (B1): het leed en de pijn veroorzaakt door de beroepsziekte, bijvoorbeeld als gevolg van het verlies van gezondheid of verlies van werk of perspectief op werkhervatting
- (B2): erkenning van de beroepsziekte (d.m.v. een succesvolle claim) helpt om leed te verwerken
- (B3): kwaadheid jegens de werkgever en gevoelens van wraak
- (B4): acceptatie: het indienen van een claim maakt het gemakkelijker om de beroepsziekte te accepteren.

De derde groep motieven, gebundeld onder de noemer '*altruïstisch*', betreft:

- (C1): preventie van beroepsziekten in algemene zin
  - (C2): preventie van de specifieke beroepsziekte, d.w.z. RSI of OPS
  - (C3): het feit dat (h)erkenning van de ziekte anderen kan helpen
  - (C4): preventie van beroepsziekten binnen het bedrijf waar de betrokkene werkt(e)
- C3 en C4 twee bleken in de praktijk soms moeilijk te scheiden.

De motieven die naar boven kwamen tijdens de interviews worden samengevat weergegeven in de paragrafen 4.1.2 en 4.1.3. Zoals verwacht werden vaak (maar niet altijd) meerdere motieven genoemd.

---

<sup>40</sup> Zie bijvoorbeeld Lippel et al 2007

## Mogelijkheden om claims te voorkomen

De vraag aan betrokkenen of in hun concrete geval het indienen van een claim had kunnen worden voorkomen, werd wederom eerst als open vraag voorgelegd. In de checklist, die door de onderzoekers is opgesteld, zijn de volgende mogelijke factoren ter voorkoming van een claim opgenomen:

- betere reïntegratie
- betere ziektebegeleiding
- (tijdelijke) aanvulling van het inkomen
- betere sociale zekerheid
- betere preventie op de werkplek
- betere bejegening door bedrijfsarts, werkgever en/of het UWV
- baangarantie

### 4.1.2 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers

Tabel 4.1.2a geeft een samenvatting van motieven die door de geïnterviewde personen met RSI genoemd werden.

**Tabel 4.1.2a: motieven om een claim in te dienen**

Casus nr.	Financiële motieven				Sociaal emotionele motieven				Altruïstische motieven			
	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4
21					++		+					
26					+		++					+
27						++	++					
28	++	++			++		+					
34	++	++		++	+		+				+	+
36						++	++			+		
Totaal	4	4		2	6	4	9		1	1		2

In de tabel zijn zowel dubbele als enkele plusjes terug te vinden. Dubbele plusjes duiden op een hoofdmotief (d.w.z. dat dit als eerste of als voornaamste motief genoemd werd door betrokkene), terwijl enkele plusjes duiden op een bijkomend motief. Het valt direct op dat sociaal-emotionele motieven het meest genoemd worden: hier komen maar liefst 19 plusjes voor. Binnen deze categorie werd wraak/kwaadheid (B3) zelfs door *alle* betrokkenen genoemd als hoofd- danwel bijkomend motief. Financiële motieven zijn veel minder vaak genoemd, namelijk slechts in twee van de zes dossiers (10 plusjes). Daarbij moet dan wel aangetekend worden dat het hier telkens een hoofdmotief betrof. Altruïstische motieven (in totaal 4 plusjes) werden in drie dossiers genoemd, telkens als bijkomend motief. Een nadere analyse van deze resultaten volgt in § 4.1.4.



Over de afhandeling van de claim door BBZ was men in het algemeen tevreden, hoewel door enkele betrokkenen werd benadrukt dat de procedure behoorlijk lang heeft geduurd (2 tot 2,5 jaar of meer), o.a. door tegenwerking van de werkgever en/of de verzekeraar. Het feit dat BBZ de slachtoffers serieus nam en dat men zijn of haar verhaal aan iemand kwijt kon, werd over het algemeen hoog gewaardeerd. De meningen over de hoogte van het schikkingsbedrag zijn echter wisselend: van tevreden tot (achteraf) te laag. Verdere details over de claimfase, bijvoorbeeld met betrekking tot de (wisselende) reacties uit de omgeving van betrokkene op het indienen van een claim, zijn terug te vinden in de casusbeschrijvingen in bijlage 11.

Tabel 4.1.2b geeft een samenvatting van de (door betrokkenen genoemde) factoren die mogelijk een claim hadden kunnen voorkomen. Betere reïntegratie, betere preventie (afwisselend werk, minder werkdruk) en betere bejegening door de werkgever werden allen vier keer genoemd. Ook een betere bejegening door UWV en een aanvulling op het inkomen kwamen in de antwoorden voor, namelijk elk twee keer.

**Tabel 4.1.2b: mogelijkheden om een claim te voorkomen**

Casus Mogelijkheden tot voorkomen indienen claim

nr.	
21	Betere bejegening door werkgever.
26	Betere reïntegratie. Preventie (afwisselend werk). Betere bejegening door werkgever en UWV.
27	Betere preventie (arbeidsomstandigheden).
28	Betere reïntegratie. Preventie. Betere bejegening door werkgever. Misschien ook een aanvulling van het inkomen.
34	Betere reïntegratie en ziektebegeleiding. Ook: aanvulling op het inkomen.
36	Betere reïntegratie. Preventie (afwisselend werk). Betere bejegening door werkgever en UWV.

### 4.1.3 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers

Zoals blijkt uit tabel 4.1.3a, werden financiële motieven (en dan met name geldgebrek en de ontwikkeling van de sociale zekerheid) het vaakst genoemd, hoewel het verschil met sociaal-emotionele motieven (m.n. wraak/kwaadheid en erkenning) bijzonder klein is. Als alle plusjes uit bovenstaande tabel bij elkaar geteld worden, dan komen we tot 18 plusjes in de categorie financieel, 17 in de categorie sociaal-emotioneel en 12 in de categorie altruïstisch. Het valt op dat ook altruïstische motieven nog behoorlijk vaak genoemd worden, namelijk in de helft van de gevallen, waarvan door twee personen zelfs als een hoofdmotief.

**Tabel 4.1.3a: motieven om een claim in te dienen**

Casus nr.	Financiële motieven				Sociaal emotionele motieven				Altruïstische motieven			
	A1	A2	A3	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4
3	+	+	+			++	++					
6						++	+					+
7	++	++										
9	++	++								+	+	
11							++			+		
14		+								++	++	++
16					++							
17	?		+			++	++					++
18	++			++								
20			+				++					
Totaal	9	6	3	2	2	6	9		4	3	5	

De informatie om een claim in te dienen kwam vaak van de vakbond (4 keer) of BBZ (2 keer), bijvoorbeeld via een foldertje, maar in twee gevallen kwam deze informatie ook via de publiciteit, d.w.z. een boekje of krantenartikel over OPS. Ook werden in dit verband de OPS vereniging (4 keer) en het Solvent team genoemd. In één geval kwam het idee om te claimen mede via de bedrijfsarts (20 offsetdrukker). Uit de interviews kwam bovendien naar voren dat de partner in de afhandeling van de claim over het algemeen een belangrijke ondersteunende rol speelde. Betrokkenen waren allen tevreden of zeer tevreden over de verleende bijstand door BBZ. Reacties op de claim uit de omgeving (familie, collega's, huisarts) vertonen een wisselend beeld. Soms waren deze heel positief, soms geheel afwezig. Vanuit de werkgever (directie) waren de reacties in enkele gevallen heel negatief, bijvoorbeeld door het opleggen van een spreekverbod of het tegenwerken van uitbetaling van de WAO uitkering. Meer informatie hierover is opgenomen in de casusbeschrijvingen in bijlage 11.

Tabel 4.1.3b geeft een samenvatting van de (door betrokkenen genoemde) factoren die mogelijk een claim hadden kunnen voorkomen. Opnieuw werd betere reïntegratie het meest genoemd, namelijk vijf keer. Ook een betere bejegening door de werkgever werd weer vaak (vier keer) genoemd. Betere ziektebegeleiding en een langere aanvulling van het inkomen (of sociale zekerheid) werden elk drie keer genoemd, preventie slechts twee keer. Door twee geïnterviewden werd aangegeven dat hun claim niet te voorkomen was geweest. Eén persoon gaf alleen twee *mogelijke* factoren aan (18 voorbereider offset).

**Tabel 4.1.3b: mogelijkheden om een claim te voorkomen**

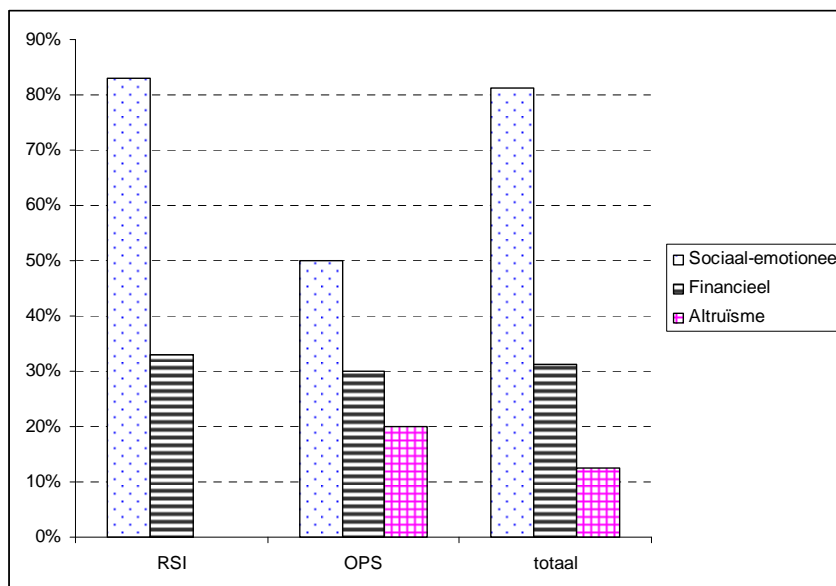
Casus Mogelijkheden tot voorkomen indienen claim

nr.	
3	Betere ziektebegeleiding. Langere aanvulling van het inkomen.
6	Betere reïntegratie en ziektebegeleiding. Baangarantie. Betere bejegening door werkgever. Ook betere preventie.
7	Betere reïntegratie.
9	Betere ziektebegeleiding. Aanvulling op het inkomen of betere sociale zekerheid.
11	Betere reïntegratie. Betere bejegening door werkgever.
14	Géén.
16	Géén.
17	Betere reïntegratie. Betere bejegening door werkgever. Tijdelijke aanvulling van het inkomen.
18	Misschien: een betere sociale zekerheid of aanvulling van het inkomen.
20	Betere reïntegratie. Preventie. Betere bejegening door werkgever.

#### 4.1.4 Analyse

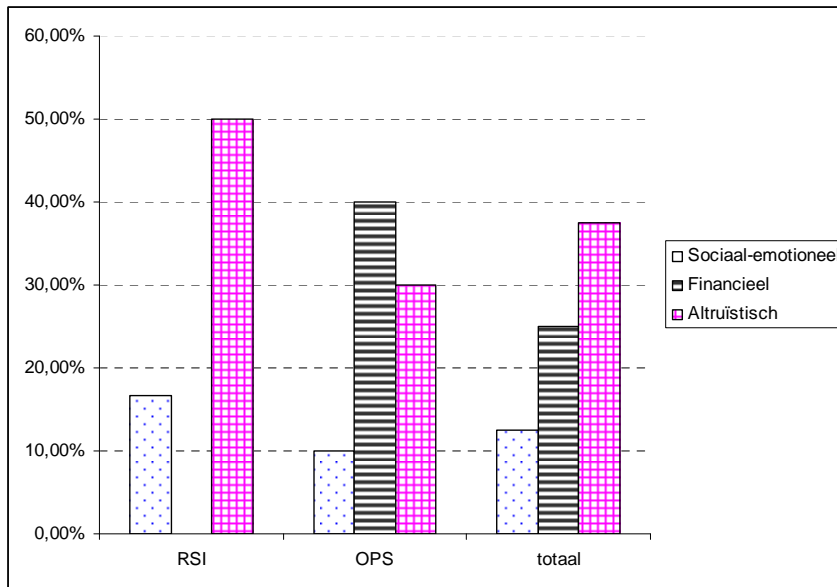
Uit het bovenstaande blijkt dat sociaal-emotionele motieven het vaakst als *hoofdmotief* genoemd werden, gevolgd door financiële motieven. Dit geldt zowel voor RSI als OPS. Altruïstische motieven werden zelden als hoofdmotief genoemd, hoewel het opvallend is dat dit in twee van de interviews met OPS slachtoffers toch het geval was. Dit zou te maken kunnen hebben met de onbekendheid van OPS. Door een claim in te dienen, komt het onderwerp OPS meer onder de aandacht en zou kunnen leiden tot preventie in het bedrijf.

Grafiek 1 geeft een overzicht van de hoofdmotieven per categorie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de percentages voorzichtig geïnterpreteerd dienen te worden. Immers, bij de categorie RSI gaat het om slechts zes interviews; bij OPS gaat het om tien interviews.



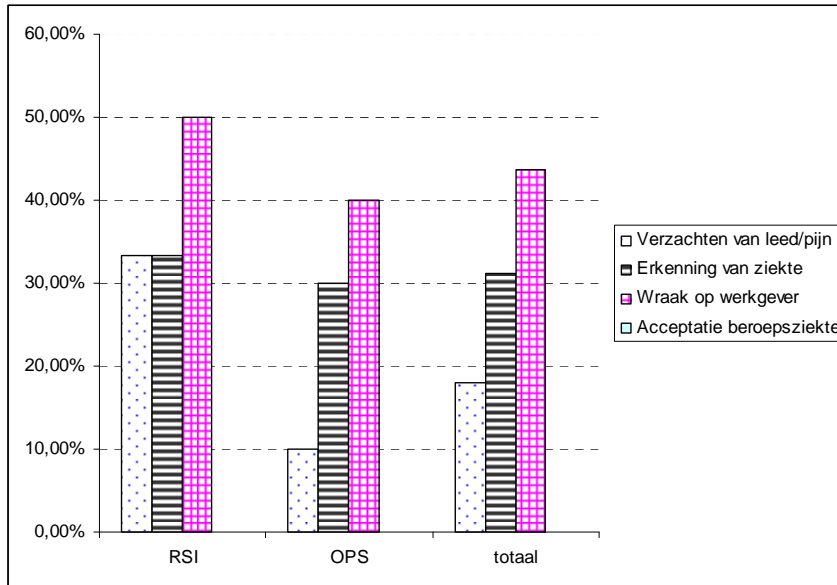
**Grafiek 1: hoofdmotieven**

Als *bijkomend* motief voor het indienen van een claim werd altruïsme het vaakst genoemd, zoals te zien is in grafiek 2. Het gaat daarbij telkens om preventie van beroepsziekten algemeen of binnen het bedrijf; en/of het feit dat (h)erkenning van de beroepsziekte anderen helpt. Dat laatste blijkt af en toe ook daadwerkelijk het geval te zijn, namelijk als collega's van RSI- of OPS-slachtoffers bij de betreffende werkgever vertrekken. Meestal is echter niet duidelijk of dit daadwerkelijk een resultaat is van de ingediende claim.



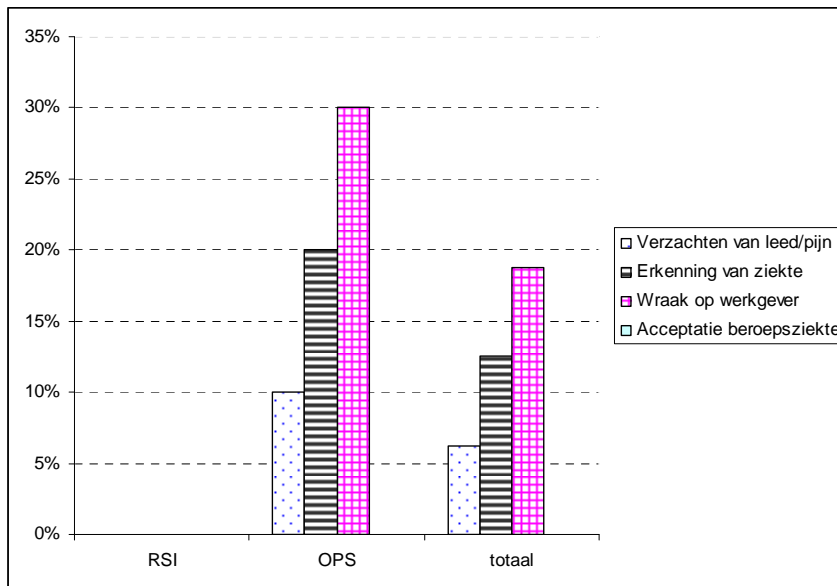
**Grafiek 2: bijkomende motieven**

In grafiek 3 wordt de groep sociaal-emotionele motieven verder gespecificeerd voor zowel OPS als RSI. Wraak op de werkgever (en/of kwaadheid) komt duidelijk naar voren als meest genoemd motief, zoals hiervoor reeds was aangegeven. Een van de redenen hiervoor zou kunnen zijn dat werkgevers veel druk op hun werknemers leggen om door te werken en daarbij klachten niet serieus nemen. Dit kwam vooral naar voren in de interviews met RSI slachtoffers. Bij de geïnterviewden met OPS lijkt dit motief vooral gekoppeld te zijn aan het feit dat ze vonden dat ze slecht behandeld werden door hun werkgever nadat de diagnose OPS was gesteld. In grafiek 3 zijn verder geen opvallende verschillen te vinden tussen de twee beroepsziekten, behalve dat 'verzachten van leed/pijn' met name door RSI'ers werd genoemd en veel minder door OPS'ers. Hulp bij acceptatie van de beroepsziekte werd niet als motief genoemd.



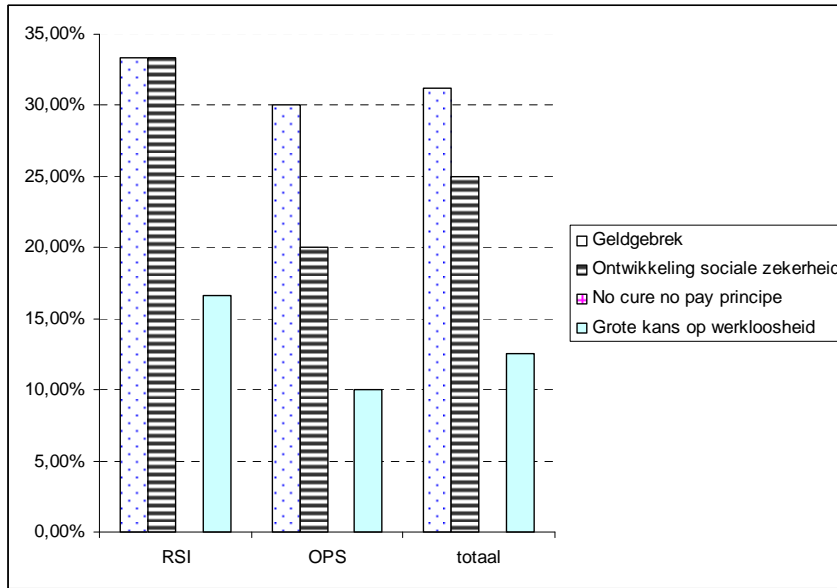
**Grafiek 3: sociaal-emotionele motieven als hoofdmotief**

Grafiek 4 geeft de sociaal-emotionele motieven als bijkomend motief weer. Opvallend is dat deze door RSI'ers niet genoemd werden, maar dat het bij hen telkens hoofdmotieven betrof.

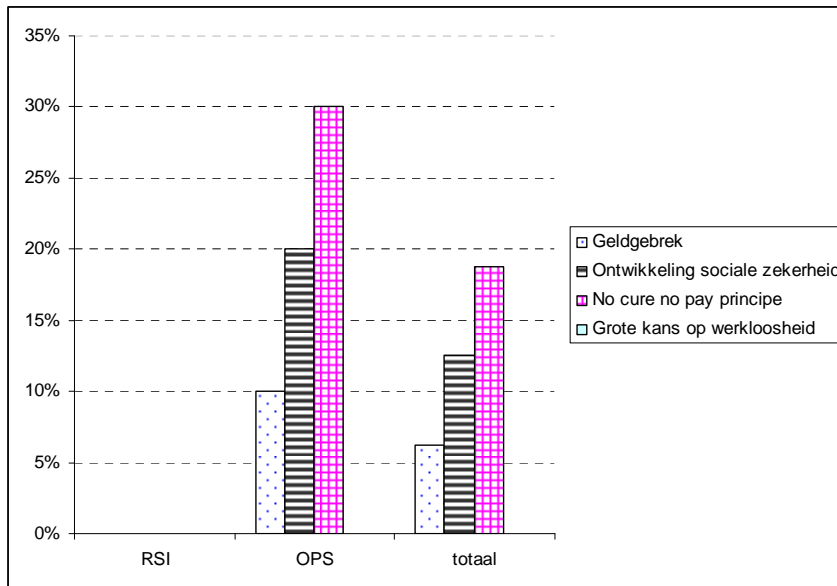


**Grafiek 4: sociaal-emotionele motieven als bijkomend motief**

De grafieken 5 en 6 geven een specificatie van de financiële motieven. Deze zijn nauw aan elkaar verwant: een grote kans op werkloosheid of een lagere uitkering (sociale zekerheid) zal immers leiden tot geldgebrek.



**Grafiek 5: financiële motieven als hoofdmotief**



**Grafiek 6: financiële motieven als bijkomend motief**

Opnieuw zijn de verschillen tussen de antwoorden van de OPS'ers en RSI'ers niet groot. Geldgebrek, of een dreiging hiervan, wordt in beide gevallen in zo'n 30% van de gevallen als hoofdmotief genoemd. Het feit dat BBZ op no cure no pay basis werkt, werd (althans expliciet) slechts als bijkomend motief genoemd, hoewel het op de achtergrond wellicht een grotere rol speelde. In paragraaf 4.3 zal blijken dat de angst voor een financiële terugval niet ongegrond was.

## **4.2 EFFECTEN VAN DE CLAIM OP WERKNEMER EN BEDRIJF**

Hieronder zal worden ingegaan op de effecten die de (afhandeling van de) claim gehad heeft op de betrokken (ex-) werknemer en het bedrijf. In het eerste geval gaat het voornamelijk om de vraag of de claim het effect heeft gehad dat de betrokkene er vooraf van verwachtte, vanuit financieel, sociaal-emotioneel en/of altruïstisch perspectief. In het tweede geval gaat het om de vraag of werkgevers als resultaat van de claim maatregelen hebben getroffen om bijvoorbeeld de arbeidsomstandigheden, werkdruk of sfeer op de werkplek te verbeteren. Vanuit rechtseconomisch perspectief wordt immers vaak gesteld dat het moeten betalen van een schadevergoeding als gevolg van een claim, mits dit bedrag hoog genoeg is, werkgevers zou kunnen aanzetten tot het nemen van preventieve maatregelen.<sup>41</sup>

### **4.2.1 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers**

Op de vraag of betrokkene in een soortgelijke situatie opnieuw een claim zou indienen via Bureau Beroepsziekten, antwoordden vijf van de zes geïnterviewden bevestigend. Eén persoon gaf aan dat hij dit niet zou doen (27 assemblagemonteur klinklijn), om de reden dat de financiële vergoeding naar zijn oordeel veel te laag was. Hij zou daarom een ander juridisch traject bewandelen. Overigens gaf de helft van de geïnterviewde RSI slachtoffers expliciet aan dat het effect van de claim dan wel (enigszins) positief mag zijn geweest, maar niet opweegt tegen de stress en de lange duur (28 keurster infuuszakken) ofwel niet in verhouding staat tot de kosten. Ook werd enkele keren genoemd dat het schikkingsbedrag lager lag dan verwacht.

Het meest is genoemd (vijf keer) dat de afhandeling van de claim positieve sociaal-emotionele effecten heeft gehad op de betrokkene, bijvoorbeeld omdat de werkgever in het ongelijk werd gesteld, er eindelijk een gevoel van erkenning is of een gevoel dat men serieus genomen wordt, of omdat voldaan is aan het motief om wraak te nemen op de werkgever. Als preventiemiddel voor RSI binnen het bedrijf, of voor RSI in het algemeen (dus de zogenaamde altruïstische motieven), lijkt het indienen van een claim echter weinig effect te hebben volgens de geïnterviewden.

Wat betreft de effecten van de claim op het bedrijf, werd tweemaal aangegeven dat er in het geheel geen contact meer was met het bedrijf en dus ook geen informatie hieromtrent. In twee andere gevallen werd aangegeven dat de arbeidsomstandigheden als geheel licht verbeterd zijn, hoewel onduidelijk is of dit een resultaat is van de claim (34 schaderegelaar/accountmanager zegt hierover: "waarschijnlijk niet, want dan moeten er tientallen zijn"). In de resterende twee gevallen werden ook lichte verbeteringen in het bedrijf genoemd, maar deze werden teniet gedaan door andere ontwikkelingen, waardoor de arbeidsomstandigheden per saldo hetzelfde zijn gebleven of zelfs zijn verslechterd: (34 schaderegelaar/accountmanager geeft aan dat de werkdruk hoog blijft en de organisatie

---

<sup>41</sup> Zie bijvoorbeeld Dewees et al 1996, en Philipsen 2007

hetzelfde; 28 keurster infuuszakken geeft aan dat de werkdruk is toegenomen en de werkverhoudingen nog immer slecht zijn: er wordt zelfs met gele kaarten gewerkt indien werknemers onvoldoende functioneren).

De genoemde verbeteringen bestaan uit gedeeltelijke automatisering (21 fietsassemblagemonteur en 28 keurster infuuszakken), betere begeleiding en reïntegratie van zieken in combinatie met betere ergonomie (34 schaderegelaar/accountmanager), en een verlaging van het percentage klinkwerk (27 assemblagemonteur klinklijn), hetgeen in feite ook een automatisering is te noemen. Vragen naar de mogelijke verklaringen voor de (spaarzame) lichte verbeteringen in de arbeidsomstandigheden bleken zoals verwacht lastig te beantwoorden door de betrokken (ex-) werknemers. Genoemd werden slechts mogelijke invloed van de arbodienst en invloed door de vakbond op directie en arbocoördinator.

Opvallend is verder dat enkele bedrijven inmiddels ofwel verhuisd zijn naar het buitenland (27 assemblagemonteur klinklijn en 28 keurster infuuszakken), veel met part-timers werken "vanwege het eentonige werk" (21 fietsassemblagemonteur) of veel mensen aannemen die minder mondig zijn, zoals Turken en Marokkanen (26 pantalonperser). Ook werden in enkele interviews nieuwe RSI gevallen binnen het bedrijf genoemd (27 assemblagemonteur klinklijn en 34 schaderegelaar / accountmanager).

In bijlage 11 worden per interview enkele kernpunten genoemd betreffende de effecten die de claim volgens de geïnterviewde heeft gehad. De eerste alinea beschrijft telkens de effecten op de werknemer, en de tweede alinea die op het bedrijf.

#### **4.2.2 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers**

Net als bij de geïnterviewde RSI slachtoffers, geeft ook de meerderheid van de (ex-) werknemers met OPS expliciet aan dat zij opnieuw een claim zouden indienen tegen hun werkgever in een soortgelijke situatie: het gaat om acht van de tien personen. Echter, opnieuw wordt ook regelmatig genoemd dat de positieve effecten van de claim niet opwegen tegen de negatieve. Dit werd in verschillende bewoordingen gedaan, bijvoorbeeld dat de uiteindelijke schikking niet opweegt tegen de "lange tijd van schade en het feit dat ik nu niets meer kan doen" (3 schilder) of simpelweg "niet opweegt tegen alle ellende" (17 industriespuiterschilder). Als wraakmiddel heeft het indienen van een claim volgens drie personen wél gewerkt (van de vijf die het eerder als motief noemden). Eén persoon noemde het bedrag echter te laag om de werkgever te kunnen treffen (20 offsetdrukker).

Als preventiemiddel van OPS in het bedrijf of van OPS of andere beroepsziekten in het algemeen, heeft de claim nauwelijks effect gehad volgens betrokkenen. Van de vier personen die een of meer van deze altruïstische motieven voor het indienen van een claim noemden (zie de voorgaande paragraaf), was er slechts één die vertelde dat het anderen geholpen heeft om OPS te herkennen; zelfs in dat geval heeft de claim binnen het bedrijf zelf echter weinig effect gehad vanwege een spreekverbod (14 tandtechnicus).



Enkele andere zaken die in de interviews naar voren kwamen als negatief effect van de claim waren teleurstelling vanwege tegenwerking door het UWV (3 schilder), teleurstelling in de verstoorde arbeidsrelatie (7 stoffeerder), en het blijven bestaan van een gevoel van onrecht omdat de werkgever geen schuld heeft bekend (11 offsetdrukker). Eén van de geïnterviewden (18 voorbereider offset) merkte op dat “de claim geen effect heeft gehad op de gezondheid”.

Opvallend was dat maar liefst zes van de tien geïnterviewden (60%) geen enkele informatie heeft over de huidige situatie binnen het bedrijf. Vandaar dat slechts vier personen konden antwoorden op dit gedeelte van de vragenlijst. Uit de antwoorden kwam naar voren dat in twee bedrijven de arbeidsomstandigheden hetzelfde zijn gebleven, in één bedrijf ze licht zijn verbeterd, en in een ander ze sterk zijn verbeterd. De genoemde verbeteringen bestaan uit betere persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals spuitmaskers en een veiligheidskoffer (6 schilder), minder gebruik van oplosmiddelen of een verbetering in de afzuiging en/of ventilatie (soms een combinatie hiervan, zoals in 18 voorbereider offset). Of zulke verbeteringen een resultaat zijn geweest van de claim blijft meestal een openstaande vraag. In één geval werd bijvoorbeeld genoemd dat de verbetering wellicht een gevolg was van de claim, maar wellicht ook van het aantreden van een nieuwe eigenaar, druk vanuit de Arbodienst, en nieuwe wettelijke ontwikkelingen (18 voorbereider offset).

Als het bedrijf geen pogingen heeft ondernomen om de arbeidsomstandigheden te verbeteren, zou dit volgens geïnterviewden kunnen zijn omdat oplossingen voor oplosmiddelen moeilijk te vinden zijn (16 polyesterwerker), juist de fabrikanten zouden moeten worden aangepakt (9 stoffeerder), of het te kostbaar zou zijn (17 industrieschilder/spuiter). In het laatste geval anticipeerde de werkgever bovendien op een bezoek van de Arbeidsinspectie, zodat dit bezoek in feite weinig nut had. In één van de gevallen is de betreffende vestiging van het bedrijf inmiddels gesloten (11 offsetdrukker). In een van de gevallen is het bedrijf in verschillende handen geweest, en was de situatie vooral slecht toen het bedrijf “in Spaans-Franse handen was” (17 industrieschilder/spuiter). Het percentage verhuisde of gesloten bedrijven ligt in deze OPS selectie dus lager dan in de hiervoor besproken RSI selectie.

In bijlage 11 is opnieuw een beknopte samenvatting opgenomen van de gegeven antwoorden per interview.

## **4.3        *STAND VAN ZAKEN ANNO 2008***

### **4.3.1 Resultaten uit interviews op basis van RSI-dossiers**

Navraag bij geïnterviewden over de huidige stand van zaken betreffende gezondheid en inkomen levert een zeer wisselend beeld op. Wat wél opvalt bij de RSI slachtoffers (zeker als dit vergeleken wordt met de hierna besproken OPS slachtoffers), is dat zij over het algemeen thans minder klachten hebben. Alle geïnterviewden gaven echter aan dat de gezondheidsklachten zeker niet geheel verdwenen zijn. In sommige gevallen komen deze bij bepaalde inspanningen

weer terug, in andere gevallen zijn de klachten continu, maar dan meer op de achtergrond, aanwezig. Eén geïnterviewde (27 assemblagemonteur klinklijn) gaf aan dat hij nu méér gezondheidsklachten heeft dan voorheen.

Twee van de zes geïnterviewden werken inmiddels weer, in een nieuw bedrijf en onder betere omstandigheden (34 schaderegelaar / accountmanager en 36 grafisch ontwerpster, in deeltijd). Drie anderen hebben geen werk meer, maar ontvangen in plaats daarvan een WIA- of vut uitkering, met in één geval een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering. Een laatste persoon heeft ook geen werk meer, maar ontving voor enkele jaren ziektegeld en een WW-uitkering en is thans afhankelijk van het inkomen van haar partner (26 pantalonperster). Zij gaf overigens aan dat dit mede met haar leeftijd te maken heeft en dat ze het feit dat ze nu geen werk heeft niet meer als een groot probleem ziet. In bijna alle gevallen is er dus een inkomensachteruitgang waar te nemen, zelfs ondanks de ontvangen schadevergoeding. Een uitzondering vormde de schaderegelaar/accountmanager (case 34).

### **4.3.2 Resultaten uit interviews op basis van OPS-dossiers**

De meeste OPS slachtoffers gaven tijdens de interviews aan dat zij thans nog dezelfde klachten hebben, maar er beter mee kunnen omgaan. Het gaat daarbij met name (maar niet alleen) om geheugenklachten en hoofdpijn. Soms zijn er nieuwe gezondheidsklachten, zoals gewrichtsklachten (9 stoffeerder en 14 tandtechnicus). In een aantal gevallen is bovendien duidelijk geworden dat betrokkenen door het oplopen van OPS in een sociaal isolement zijn geraakt, doordat zij thans weinig tot geen contact meer hebben met familie of vrienden (bijvoorbeeld 16 polyesterwerker).

Twee betrokkenen werken inmiddels als chauffeur, hetgeen zij als zeer stressvol ervaren (6 schilder en 7 stoffeerder). De (voornamelijk financiële) druk om te werken is in deze gevallen groot, maar de reïntegratie dient als foutief beoordeeld te worden, omdat een dergelijke functie niet geschikt blijkt voor mensen met OPS-gerelateerde klachten. Een derde persoon werkt weliswaar weer, maar moest daarvoor volgens UWV tekenen dat dit op "eigen risico" was (3 schilder). Een vierde persoon is daarentegen succesvol gereïntegreerd in passend werk, als schipper-kantonnier (20 offsetdrukker). Anderen hebben alleen een WIA uitkering, al dan niet met een aanvullende verzekering. In alle gevallen is het inkomen achteruit gegaan.

## 4.4 CONCLUSIES

Uit de interviews is gebleken dat de *motieven* om een claim in te dienen tegen de (voormalige) werkgever vooral sociaal-emotioneel van aard zijn.<sup>42</sup> In dat opzicht werken dergelijke claims ook redelijk goed, omdat bijvoorbeeld wraak is genomen op de werkgever, gevoelens van kwaadheid zijn gecompenseerd of omdat er eindelijk erkenning is voor het feit dat betrokkene OPS of RSI heeft. Dit neemt niet weg dat de geïnterviewden onderstrepen dat de gezondheid blijvend is geschaad. Ook geldt voor een aantal mensen dat men zijn werk kwijt is en geen uitzicht meer heeft op werkhervatting. De sociaal-emotionele genoegdoening kan in dit opzicht de pijn slechts gedeeltelijk verzachten.

Er blijken wat dat betreft weinig verschillen te zijn tussen RSI'ers en OPS'ers. Wel is het zo dat OPS'ers iets vaker dan RSI'ers financiële motieven noemden voor het indienen van een claim. Beide groepen geïnterviewden waren echter sceptisch over de vraag of de uiteindelijke vergoeding (d.w.z. het schikkingsbedrag) opweegt tegen de stress, de lange procedure en de kosten.

De *effecten* van de claim zijn ook voornamelijk sociaal-emotioneel, en niet zozeer preventief (behalve herkenning door collega's). De daadwerkelijke effecten op het arbo- en gezondheidsbeleid van het bedrijf zijn – voor zover bekend (meestal is dit helaas niet bekend) – klein. In dit verband werd door sommige geïnterviewden opgemerkt dat het schikkingsbedrag te laag is om de werkgever echt te treffen. Daarnaast speelt mogelijk een rol dat de werknemer niet meer werkzaam is bij het bedrijf en de beroepsziekte dus niet meer zichtbaar is voor zijn voormalig werkgever of zijn voormalige collega's.

Slachtoffers ervaren over het algemeen veel negatieve bij-effecten tijdens de claimfase, ondanks de goede afhandeling door BBZ. Desondanks werd door bijna alle geïnterviewden aangegeven dat in een soortgelijke situatie opnieuw een claim tegen de werkgever ingediend zou worden.

Een belangrijke conclusie die uit de interviews te trekken valt, is dat de meeste claims (misschien) te voorkomen waren geweest. Althans, door betrokkenen werden meerdere factoren genoemd die hiertoe zouden kunnen bijdragen. De belangrijkste hiervan zijn: een betere reïntegratie (en ziektebegeleiding), een betere bejegening door de werkgever, en betere preventie in de vorm van afwisselend werk en minder werkdruk. Ook betere sociale zekerheid, een langere doorbetaling bij ziekte, of een langere aanvulling op de uitkering werden genoemd als mogelijke drempel om een claim in te dienen.

---

42 Deze bevinding komt ook overeen met onderzoek van Akkermans et al, waaruit ook naar voren komt dat indieners van een schadeclaim niet alleen behoefte hebben aan financiële compensatie, maar ook aan erkenning. Akkermans 2007. Meer specifiek hadden zij behoefte aan erkenning van de aansprakelijkheid van de wederpartij, dat de wederpartij besef zou krijgen van hetgeen het slachtoffer is overkomen, en een vorm van medeleven en excuses door de wederpartij.

De huidige stand van zaken geeft aan dat de gevolgen van de beroepsziekte ook thans nog groot zijn, zowel qua gezondheidsschade als achteruitgang in inkomen. Het eerste vooral bij OPS'ers. Dit duidt nogmaals op het belang van preventie.

## LITERATUUR

### **Akkermans 2007**

A.J. Akkermans, R.M.E. Huver, K.A.P.C. van Wees & N.A. Elbers, *Slachtoffers en aansprakelijkheid Een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht - Deel 1: terreinverkenning*, Den Haag: WODC

### **Bos 2007**

M. Bos et al, *Arbo in Bedrijf: Een onderzoek naar de naleving van arbo-verplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2006*, Den Haag: Arbeidsinspectie, 2007

### **Colombini 2001**

D. Colombini, E. Occhipinti, N. Delleman, N. Fallentin, A. Kilbom & A. Grieco. Exposure assessment of upper limb repetitive movements: a Consensus Document. In: W. Karwowski (Ed.), *International Encyclopaedia of Ergonomics and Human Factors*. London: Taylor & Francis, 2001

### **Deweese et al 1996**

Deweese, D., Duff, D. en M. Trebilcock, *Exploring the Domain of Accident Law: Taking the Facts Seriously*, New York, Oxford: Oxford University Press, 1996

### **Eshuis & Van Eijck 2004**

W. Eshuis & A.M. van Eijck, *Ziek van je werk: een boekje open over beroepsziekten*, Amsterdam: FNV 2001

### **Van Ewijk et al 2001**

M. van Ewijk, M. Engelen & C. van der Werf, *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten*, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid/Elsevier, 2001

### **Hageman et al 2006**

G. Hageman, J.A.F. van der Hoek, M.S.E. van Hout, G. van der Laan & M.M. Verberk, Enkele ontwikkelingen in de neurotoxicologie, in: *Tijdschrift voor neurologie en neurochirurgie*, 2006; 107(3): 127-135

### **Heederik et al 2005**

D.J.J. Heederik et al, *Arbeidgezondheidskundige interventie bij werknemers met allergische beroepsziekten die blootgesteld zijn aan meelstof en enzymen in het kader van een branchebreed gezondheidsbewakingssysteem*, Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS), Universiteit Utrecht

### **Houtman, Van Hooff en Hooftman 2007**

I. Houtman, M. van Hooff en W. Hooftman, *Arbobalans 2006: Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven

**Kezic 2006**

S. Kezic, F. Calkoen, M.A.M. Wenker, J.J.L Jacobs & M.M. Verberk, Genetic polymorphism of metabolic enzymes modifies the risk of chronic solvent-induced encephalopathy, in: *Toxicology & Industrial Health*, 2006; 22; 281-289

**Van der Laan 2004**

G. van der Laan (2004), Het vaststellen van beroepsziekten: Gebruik van epidemiologische gegevens voor de individuele gevalsbeoordeling, In: W.H. van Boom en M.J. Borgers (red), *De rekenende rechter: Van 'Index Non Calculat ' naar actieve cijferaar?* Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2004

**Van der Laan et al 1995**

G. van der Laan, R.E.C.S. van Dun, Y. Roos, T. Huy, E.M. Wekking et al, *Organisch psychosyndroom door oplosmiddelen? Een protocol voor de diagnostiek*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, S-186. Den Haag: Sdu, 1995

**Van der Laan & Bier 2002**

G. van der Laan & L. Bier, Beroepsziekten, begripsbepaling en epidemiologie, in: G. van der Laan, T.M. Pal & D.P. Bruynzeel (red.), *Beroepsziekten in de praktijk*, Maarssen: Elsevier, 2002

**Van der Laan, Emmens & Besems 1998**

G. van der Laan, H.H. Emmens & A. Besems, Arbeidsgezondheidkundige begeleiding van werkers met oplosmiddelen, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1998

**Van der Laan & Gryglicki 2006**

G. van der Laan & J. Gryglicki, *Praktijkgids Arbeidshygiëne: Beroepsziekten*, Alphen a/d Rijn: Kluwer, 2006

**Van der Laan, Pal & Bruynzeel 2002**

G. van der Laan, T.M. Pal & D.P. Bruynzeel, *Beroepsziekten in de praktijk*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002

**Levy & Wegman 2000**

B.S. Levy & D.H. Wegman (eds.), *Occupational Health. Recognising and Preventing work-related disease and injury*. Philadelphia: Lippinkot, Williams & Wilkins (4<sup>e</sup> ed), 2000

**Lippel et al 2007**

K. Lippel, M. Lefebvre, C. Schmidt, & J. Caron, *Managing Claims or Caring for Claimants: Effects of the Compensation Process on the Health of Injured Workers*, Université du Québec à Montréal, 2007

**Lötters & Veerman 2007**

F.J.B. Lötters & T.J. Veerman, *Maatwerk in de vangnetregeling*, Leiden: AStri, 2007

**Nordstrom et al 1997**

D.L. Nordstrom et al (1997) Risk factors for carpal tunnel syndrome in a general population, in: *Occupational & Environmental Medicine* 1997;54, p.734-740

**Philipsen 2007**

N.J. Philipsen, Prevention and Compensation of Work Injury in the United States: An Overview of Existing Empirical Evidence, in Klosse, S. en T. Hartlief (eds.), *Shifts in Compensating Work-Related Injuries and Diseases*, Wien, New York: Springer-Verlag, 2007, pp.197-220

**Van der Poest Clement & Boere 2004**

P.E. van der Poest Clement en A.H.M. Boere, Handboek Arbowet (editie 2004-2005), Den Haag: Sdu 2004

**Boere 2007**

A.H.M. Boere, Handboek Arbobesluit (editie 2007-2008), Den Haag: Sdu 2007

**Radecki 1994**

P. Radecki, The familial occurrence of carpal tunnel syndrome, in: *Muscle Nerve* 1994;17, p.325-330.

**Reijenga, Veerman & Van den Berg 2006**

F. Reijenga, T.J. Veerman en N. van den Berg (2006), Onderzoek evaluatie wet verbetering poortwachter, Leiden: AStri

**Sluiter, Rest & Frings-Dresen 2000**

J.K. Sluiter, K.M. Rest, M. Frings-Dresen, *Richtlijnen voor de vaststelling van de arbeidsrelatie van aandoeningen aan het bewegingsapparaat in de bovenste extremiteit. Criteria document 00-05*, Amsterdam: Coronel Instituut AMC, 2000

**Spreeuwers 2009**

D. Spreeuwers, *Registries of occupational diseases and their use for preventive policy*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam (proefschrift)

**White & Proctor 1997**

R.F. White & S.P. Proctor, Solvents and neurotoxicity. *Lancet* 1997; 349:1239-1243

**IJmker 2008**

S. IJmker, *Risk factors for arm-wrist-hand and neck-shoulder symptoms among office workers. A longitudinal perspective*, Amsterdam: Academical thesis 2008

# BIJLAGEN

## **BIJLAGE 1: OPS EN RSI**

### **OPS: oorzaak, ziektebeeld, diagnostiek en preventie**

Organisch Psycho Syndroom (OPS), of ook wel Chronische Toxische Encefalopathie (CTE), is een aandoening aan het centraal zenuwstelsel die wordt veroorzaakt door langdurige blootstelling aan neurotoxische stoffen. Het betreft hier met name organische oplosmiddelen in verven, lijmen en drukinkten. Te denken valt aan toluen, trichloorethyleen, styreen en n-hexaan. Ook worden oplosmiddelen toegepast als verdunnings-, extractie-, schoonmaak- en ontvettingsmiddel. Behalve organische oplosmiddelen kunnen ook zware metalen en bestrijdingsmiddelen neurotoxische effecten hebben.

Kenmerkend voor OPS/CTE zijn vooral vergeetachtigheid, concentratiezwakte en (extreme) vermoeidheid.

#### *Risicofactoren*

Belangrijkste risicofactor is langdurige blootstelling (meer dan 5 tot 10 jaar) aan organische oplosmiddelen. Na extreme arbeidssituaties kunnen echter eerder verschijnselen ontstaan. Er bestaan aanwijzingen voor een verschil in individuele gevoeligheid op enzymniveau: de één kan neurotoxische stoffen sneller metaboliseren dan de ander (Kezic et al, 2006).

Blootstelling aan oplosmiddelen kan in veel beroepen en op uiteenlopende werkplekken plaatsvinden. Voorbeelden van beroepen in mobiele werkplekken waarbij relevante blootstelling aan oplosmiddelen op kan treden zijn schilder, stoffeerder en parketlegger. Bij beroepen met stationaire werkplekken met oplosmiddelen moet gedacht worden aan autospuiters, grafische beroepen en werk in de verf- en drukinktindustrie.

#### *Blootstellingsroutes*

Organische oplosmiddelen zijn vluchtig bij kamertemperatuur. Blootstelling vindt vooral door inademing plaats, maar kan ook via de huid plaatsvinden. Oplosmiddelen worden snel opgeslagen in goed doorbloede vetrijke weefsels zoals het brein en de zenuwbanen. Organische oplosmiddelen worden door de lever omgezet en met de urine uitgescheiden. Soms zijn de afbraakproducten meer toxisch dan de oorspronkelijke stof. De halfwaardetijd varieert van 30 minuten tot maximaal 36 uur.

#### *Gezondheidseffecten*

Kernsymptomen van OPS/CTE zijn vergeetachtigheid, concentratieproblemen en (extreme) vermoeidheid. Vaak kunnen eenvoudige taken slechts traag worden uitgevoerd. Hoofdpijn, oriëntatieproblemen, karakterveranderingen en stemmingsstoornissen kunnen eveneens optreden. De karakterveranderingen kunnen bestaan uit een initiatiefloze, teruggetrokken leefwijze of juist uit een geagiteerde, agressieve houding. Depressies komen frequent voor,



soms bestaan er psychosen. Veel CTE-patiënten kunnen slecht alcohol verdragen (alcoholintolerantie). Tevens kunnen er klachten op neurologisch gebied bestaan, waarvan gevoelsstoornissen en soms krachtsverlies aan de benen en armen (symmetrische perifere neuropathie), evenwichtstoornissen, afgenomen gehoor, reuk en kleurenzien, en parkinsonachtige verschijnselen de belangrijkste zijn.<sup>43</sup>

De klachten beginnen sluipend tijdens een periode waarin sprake is van expositie aan neurotoxische stoffen en zijn langzaam progressief zolang er blootstelling blijft bestaan. Bovendien zijn ze in de tijd gerelateerd aan de blootstelling: vaak knappen patiënten tijdens het weekend en vakanties op en nemen de klachten in de loop van de dag of week toe.

Behalve effecten na langdurige blootstelling kunnen ook de acute effecten van oplosmiddelen ontstaan (tabel 1).

Tabel 1: acute en chronische oplosmiddelenintoxicatie met effecten op het centraal zenuwstelsel

ziektebeeld	duur	Symptomen	Restverschijnselen
acute intoxicatie	minuten tot uren	verlaagd bewustzijn, aandachtsstoornissen, coördinatieproblemen, soms misselijkheid, 'dronken'/'high', hoofdpijn	geen (wel mogelijk na vele acute intoxicaties)
acute toxische encefalopathie	uren	tijdens intoxicatie: verwardheid, insulten, coma	soms permanente cognitieve stoornissen
neurastheen syndroom	dagen tot weken	depressie, prikkelbaarheid, moeheid, concentratiestoornissen	geen (wel mogelijk na meerdere episodes)
matig ernstige CTE	maanden tot jaren	moeheid, vergeetachtigheid, stemmings-, concentratie- en oriëntatiestoornissen	na staken van de blootstelling kan verbetering optreden, maar er kunnen cognitieve stoornissen blijven bestaan
ernstige CTE	jaren	dementiële ziektebeeld met een progressieve en globale aantasting van de intelligentie en ernstige geheugenstoornissen	Irreversibel

#### *Differentiaal diagnostiek*

De diagnose CTE kan slechts per exclusionem worden gesteld. De differentiaaldiagnose is vaak moeilijk en omvat onder meer vitaminedeficiënties (B<sub>1</sub> en B<sub>12</sub>), hypothyreoïdie, alcohol- en drugsabuis, (bij)werkingen van medicamenten, depressief en dementiële syndroom, slaap-apnoe syndroom, psychische overbelasting en het chronisch vermoeidheidssyndroom. Van groot belang voor het stellen van de diagnose is een relevante expositie aan neurotoxische

<sup>43</sup> Hageman et al 2006

stoffen, bij CTE passende afwijkingen op het neuropsychologisch onderzoek, de relatie van de expositie en de klachten in de tijd en het uitsluiten van andere mogelijke oorzaken.<sup>44</sup>

### *Preventie*

Vermindering van de blootstelling aan oplosmiddelen is de beste wijze van preventie. De eerste stap is vervanging van oplosmiddelrijke producten door alternatieven. In een aantal gevallen is dit wettelijk voorgeschreven in artikel 4.62b Arbeidsomstandighedenbesluit (zie § 2.2). In situaties dat er redelijkerwijs geen alternatieve producten toegepast kunnen worden, dient de werkgever adequate beheersmaatregelen te treffen. Hierbij is van belang te onderscheiden naar mobiele en stationaire werkplekken, omdat de beheersmaatregelen (bijvoorbeeld betere ventilatie, robotisering) in stationaire werkplekken in het algemeen gemakkelijker te realiseren zijn dan bij mobiele werkplekken.

Screening op OPS is een vorm van secundaire preventie. Om de neurotoxische effecten van oplosmiddelen in een vroeg stadium op te sporen zijn door TNO specifieke instrumenten ontwikkeld. Vooral in de bouw en de verf- en drukinktindustrie zijn deze uitgebreid toegepast. Het betreft een vragenlijst en een gecomputeriseerde testbatterij. De vragenlijst NSC-60 en het gecomputeriseerd psychometrisch onderzoek NES (neurotoxic evaluation system) worden ingezet bij de screening op OPS door oplosmiddelen. Bij schilders is deze screening gestopt nu de blootstelling aan oplosmiddelen bij schilders drastisch is verlaagd door het verbod op gebruik van oplosmiddelhoudende verf binnenshuis.

### *Therapie*

De behandelingsmogelijkheden bij CTE zijn uiterst beperkt. De eerste stap is de blootstelling aan neurotoxische stoffen te staken en te voorkomen dat de patiënt in de toekomst met dergelijke stoffen in aanraking komt. Na het staken van de expositie ondervinden de meeste CTE-patiënten langzamerhand minder klachten en beperkingen. Soms blijft het klachtenniveau onveranderd. Een sterke toename van de klachten na staken van de blootstelling is ongewoon. Bij specifieke klachten kan symptoomgerichte therapie geadviseerd worden, zoals antidepressiva bij stemmingsstoornissen, analgetica bij hoofdpijn en anxiolytica bij angststoornissen. Lotgenotencontact, training en begeleiding lijken van groot belang te zijn.

## **RSI/KANS: oorzaak, ziektebeeld, diagnostiek en preventie**

RSI (repetitive strain injury) is geen diagnose maar een verzamelnaam voor werkgebonden aandoeningen aan nek, schouders, armen en polsen. De term RSI is in wetenschappelijke kringen overigens minder gangbaar: de voorkeur wordt gegeven aan de termen 'arm-pols-hand en nek-schouder symptomen', 'aandoeningen aan het bewegingsapparaat in de bovenste extremiteit' (ABBE)<sup>45</sup> of 'klachten aan arm, nek of schouder' (KANS). KANS uit zich door uiteenlopende klachten, zoals pijn, overgevoeligheid, vermoeidheid, tintelingen, stijfheid, verminderde beweeglijkheid van gewrichten, verminderde spierkracht. Momenteel geven 1 op

---

<sup>44</sup> Ibid.

<sup>45</sup> Sluiter et al 2000

de 3 werknemers in Nederland aan regelmatig of langdurig klachten te ervaren in deze lichaamsregio's in de afgelopen 12 maanden.<sup>46</sup>

### Risicofactoren

De belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van RSI zijn:

- eenzijdige belasting, in het bijzonder repeterende bewegingen
- langdurig werken in één houding (statische belasting) of
- langdurig werken in een ongemakkelijke houding

Secundaire risicofactoren zijn onder meer een hoog werktempo, werkdruk, slechte klimatologische omstandigheden. Ook persoonsgebonden factoren zoals lichaamsbouw, verminderde conditie en een hoge mate van plichtsgetrouwheid hebben invloed op het ontwikkelen van RSI.

<b>FYSIEKE FACTOREN</b>				
	Nek regio	Schouder en bovenarm regio	Elleboog en onderarm	Pols en hand regio
Houding gerelateerd aan frequentie en/of duur	x	x	x	X
Kracht gerelateerd aan frequentie en/of duur			x	X
Herhaling van beweging gerelateerd aan duur	x	x	x	X
Vibrerend handgereedschap			x	X
Combinatie van fysieke factoren		x	x	X
Koude				X
<b>RISICO-VERHOGENDE NIET-FYSIEKE FACTOREN:</b>				
Te weinig hersteltijd	x	x	x	X
Hoge psychologische belasting	x	x	x	X
Lage sociale ondersteuning	x	x	x	X

Bron: Sluiter et al 2000

Bij de werkgebonden oorzaken van RSI wordt veelal onderscheid gemaakt in twee typen werkzaamheden: beeldschermwerk en kort-cyclische, repeterende arbeid (met name in de industrie).

### Beeldschermwerk

Bijna de helft van de Nederlandse beroepsbevolking verricht regelmatig beeldschermwerk. Daarmee is Nederland koploper op het gebied van computergebruik (Arbobalans 2006). Wie langer dan 6 uur per dag beeldschermwerk verricht, heeft een duidelijk verhoogde kans op RSI (Blatter e.a., 2000). Recent onderzoek (IJmker 2008) leert dat een verhoogd risico voor het optreden van arm-pols-hand klachten aanwezig is bij ten minste 4 uur per dag zelfgerapporteerd computergebruik op het werk, nooit stevig knijpen met de handen op het werk, vaak/altijd computer en telefoon tegelijk gebruiken, middelmatige tot lage waardering voor het werk, ten minste 4 uur per dag zelfgerapporteerd computergebruik tijdens vrije tijd, vrouwelijk geslacht,

46 IJmker, 2008

hogere leeftijd (49-68 jaar) en bovenmatige toewijding aan het werk. Een belangrijke risicofactor is ook langdurige statische belasting.

#### *Repeterende arbeid*

Hoewel beeldschermwerk in de publiciteit veel aandacht heeft gekregen, vormen beeldschermwerkers zeker niet de enige risicogroep. Risico's bestaan ook in diverse andere beroepen, met name als gevolg van repeterende arbeid. Zo zijn voor *carpaal tunnelsyndroom* (een beknelling van een handzenuw in de polsgroeve) prevalenties gevonden van 34% bij een groep industriële werknemers die voor hun werk herhaald excessieve krachten en repeterende bewegingen met de handen moeten uitvoeren (Van der Laan et al, 2002). Andere beroepsgroepen met hoge prevalenties van CTS zijn slagers, (kippen)slachters, assemblagewerkers, kassawerkers en kledingproductiemedewerkers.

*Tennisellebogen* 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 armarbeid 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%).

#### *Preventie*

Ter preventie van klachten en aandoeningen van de bovenste extremiteiten zijn enorm veel maatregelen en aanpassingen in zwang gekomen. Bij het verminderen van de blootstelling wordt veelal onderscheid gemaakt naar het verminderen van de *intensiteit* (bijvoorbeeld minder kracht zetten of minder ongunstige houding) of verminderen van de *blootstellingduur* (bijvoorbeeld belastende taken afwisselen met andere taken).

De interventies kunnen onderverdeeld worden naar *organisatie* (bijvoorbeeld niet alleen maar zwaar belastende klussen op een werkdag), *techniek* (bijvoorbeeld inzet van ander gereedschap) of *gedrag* (bijvoorbeeld afwisselen van de werkzaamheden tussen beide handen). De effectiviteit van de voorgestelde maatregelen is echter slechts spaarzaam onderzocht.

#### *Therapie*

Het aantal therapieën dat wordt aangeboden om RSI-klachten te behandelen is schier eindeloos. Therapie richt zich op onder meer verbetering van de doorbloeding, vermindering van de pijn, training van de houding, ontspanning, beweging, en bewustwording van de houding en spierspanning. Voor een overzicht zie [http://www.rsi-vereniging.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=64&Itemid=64](http://www.rsi-vereniging.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=64). Een systematische beschrijving is opgenomen in de NVAB-richtlijn 'Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouders of nek'.

## **BIJLAGE 2: TREKKING VAN DOSSIERS EN PRIVACYBESCHERMING**

### ***Privacybescherming***

Met Bureau Beroepsziekten FNV (BBZ) zijn afspraken gemaakt over de toegang tot de dossiers, in het bijzonder de privacybescherming. De dossiers bevatten immers privacygevoelige informatie over de gezondheid en het gedrag van individuen: niet alleen over de indieners van een claim en hun belangenbehartigers, maar ook over allerlei zorgverleners (huisarts, bedrijfsarts, specialist), de werkgever en verzekeraars. In het kort kwamen de afspraken erop neer dat één onderzoeker (onderzoeker 'A') toegang had tot de dossiers en de voor het onderzoek noodzakelijke informatie selecteerde. Onderzoeker 'A' leverde vervolgens aan de rest van de onderzoeksgroep deze informatie geanonimiseerd aan. Op de werkwijze van onderzoeker 'A' werd toegezien door BBZ. Meer in detail behelsde de privacybescherming de volgende stappen:

"De onderzoeker ontsluit deze dossiers op de volgende wijze:

1. de onderzoeker maakt ten kantore van BBZ kopieën van de inhoud van het dossier
2. de onderzoeker retourneert ten kantore van BBZ het oorspronkelijke dossier aan BBZ
3. de onderzoeker verwijdert ten kantore van BBZ alle gegevens uit het dossier die een verwijzing kunnen betekenen naar een herkenbaar individu of organisatie.
4. de onderzoeker voorziet ten kantore van BBZ elk dossier van een onderzoeksnummer.
5. BBZ gaat steekproefsgewijs na of de anonimiteit in de dossiers gewaarborgd is
6. de onderzoeker verdeelt de dossiers onder de betrokken onderzoekers en laat de onderzoekers een verklaring ondertekenen waarin zij de ontvangst van de desbetreffende genummerde dossiers bevestigen, verklaren de gegevens niet te zullen vermenigvuldigen en verder verklaren de gegevens alleen te gebruiken voor het desbetreffende wetenschappelijk onderzoek.
7. na afloop van het onderzoek neemt de onderzoeker de uitgegeven dossiers weer in
8. in overleg met BBZ zullen de ingenomen dossiers op een adequate manier worden opgeslagen of verwijderd".

### ***Trekking van de dossiers***

Op verzoek van de onderzoekers heeft Bureau Beroepsziekten FNV een overzicht gemaakt van de stand van de OPS- en RSI-dossiers per 1 september 2007. Gekozen is voor dossiers die afgerond waren en waarin de werkgever aansprakelijk is gesteld – hetzij via minnelijke regeling (met de verzekeraar of de werkgever) hetzij via een gerechtelijke uitspraak. Deze keuze is gebaseerd op de gedachte dat in dossiers waarin een regeling is getroffen danwel een uitspraak is gedaan, de kans relatief groot is dat betrokkenen overeenstemming hebben over het ontstaan van de ziekte, de causaliteit met het werk en de zorgplichtschending (relatief ten opzichte van andere dossiers).

Deze eerste selectie resulteerde in 112 afgeronde RSI dossiers en 48 OPS dossiers, elk voorzien van een *dossier*nummer. Onderzoeker 'A' heeft alle dossiers vervolgens ingedeeld in

vier categorieën: RSI-Beeldscherm, RSI-Industrie, OPS-Mobiel en OPS-Stationair, en de door BBZ toegekende dossiernummers op een afzonderlijk biljet genoteerd. Drie van de andere onderzoekers hebben vervolgens a-select en blind per categorie tien dossiernummers getrokken. Daarna zijn alle dossiers voorzien van een *onderzoeksnummer* (nummer 1 t/m 40)

### **Ontsluiting van de dossiers**

De ontsluiting van de dossiers is vervolgens in twee stappen verlopen. In eerste instantie zijn vier dossiers ontsloten (uit elke categorie één). Van de eerste vier dossiers is alle beschikbare informatie vermenigvuldigd en geanonimiseerd door een van de onderzoekers (onderzoeker A). Dit leverde per dossier gemiddeld 200 pagina's aan informatie op. Vervolgens heeft de onderzoeksgroep zich (voor deelproject 1 en 2 bestaande uit in totaal 7 onderzoekers) in twee bijeenkomsten gebogen over de inhoud van de vier dossiers. Tijdens die sessies kwam onder andere de vraag aan de orde welke informatie nodig geacht werd om de dossieranalyse adequaat uit te voeren. De onderzoeksgroep heeft besloten om niet alle beschikbare informatie te gebruiken. Een deel van de informatie bleek niet relevant voor het onderzoek. In tabel 1 is omschreven welke informatie wel als relevant beschouwd werd.

**Tabel 1: overzicht beschikbare informatie en geselecteerde informatie**

<b>Mogelijk beschikbare informatie in dossiers BBZ</b>	<b>Informatie die per dossier geselecteerd werd tbv onderzoek</b>
<b>I. Intakeformulieren en ingevulde vragenlijsten</b>	I. Van deze gegevens is geen gebruik gemaakt, tenzij deze bestond uit relevante informatie die nergens anders stond vermeld.
<b>II. Gegevens over arbeidsomstandigheden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rapportage arbeidsomstandigheden door expert BBZ</li> <li>- rapporten arbeidsinspectie</li> <li>- risico-inventarisatie en jaarplan</li> <li>- onderzoeksrapporten over specifieke situatie</li> </ul>	II. Al deze gegevens zijn voor alle dossiers geselecteerd.
<b>III. Medische gegevens</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medisch resumé medisch adviseur BBZ</li> <li>- informatie medisch specialisten (brieven, rapporten, aantekeningen)</li> <li>- journaal huisarts</li> <li>- informatie paramedici (brieven, rapporten, aantekeningen)</li> <li>- informatie psychologen en psychiaters (brieven, rapporten, aantekeningen)</li> </ul>	III. Voor alle dossiers is gebruik gemaakt van het medisch resumé van de medisch adviseur BBZ. Dit medisch resumé bevat een chronologisch overzicht van alle handelingen van medisch en psychologisch zorgverleners en van hun diagnoses.  Uit de overige medische gegevens is meestal een selectie gemaakt van die informatie die een aanvulling vormde op het medisch resumé
<b>IV. UWV dossier</b>	IV. De selectie van de gegevens uit het UWV dossier

<p>Dit dossier bevat doorgaans 3 soorten gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rapportage verzekeringsarts</li> <li>- rapportage arbeidsdeskundige</li> <li>- rapportage berekening uitkering en loon</li> </ul> <p>In sommige dossiers is ook informatie beschikbaar over bezwaar en beroep.</p>	<p>bestond uit de rapportage verzekeringsarts en de rapportage arbeidsdeskundige</p>
<p><b>V. Dossier arbodienst</b></p> <p>Dit dossier bevat doorgaans aantekeningen van bedrijfsarts of andere medewerkers van de arbodienst. In sommige gevallen bevat het gegevens over pago, informatie over werkplek i.v.m. een werkplekonderzoek.</p>	<p>V. Alle beschikbare gegevens zijn geselecteerd.</p>

### **BIJLAGE 3: KENMERKEN VAN DE STEEKPROEF**

Hierboven (bijlage 2) is aangegeven hoe de steekproef is getrokken. In deze bijlage wordt een aantal kenmerken van de steekproef beschreven van de werknemers die een beroepsziekte hebben opgelopen én van de arbeidsorganisaties waar zij de beroepsziekte hebben opgelopen. In de eerste paragraaf komen volgende kenmerken van werknemers aan bod:

- algemene kenmerken (geslacht, huwelijkse staat) en opleidingsniveau
- duur (laatste) dienstverband, duur blootstelling en leeftijd bij uitval

In de tweede paragraaf worden de kenmerken van de betrokken arbeidsorganisaties beschreven:

- soort bedrijf
- bedrijfsomvang
- medezeggenschap
- aard van de arbozorg

De beschrijving van de kenmerken gebeurt per subcategorie (omdat de kenmerken van de werknemers met OPS niet wezenlijk verschillen, worden deze in één categorie geplaatst).

#### **Kenmerken werknemers**

##### *Algemene kenmerken en opleidingsniveau*

<p><b>OPS stationair en mobiel</b></p>
<p><b>Algemene kenmerken</b></p> <p>Alle werknemers zijn van het mannelijk geslacht. Het merendeel (8) is voor 1950 geboren, waarvan 7 mobiele werkers. Vijf werknemers zijn tussen 1950 en 1955 geboren (allen stationair), 2 tussen 1955 en 1960, 5 tussen 1960 en 1965.</p> <p>Allen zijn gehuwd of gehuwd geweest en hebben kinderen. Eén werknemer is geboren in Engeland, de overige in Nederland.</p>

<p><b>Opleidingsniveau</b></p> <p>De groep werknemers bestaat uit grotendeels uit laaggeschoolden met alleen basisonderwijs, die hun vak in de praktijk hebben geleerd (7), of met een lbo opleiding (9), soms aangevuld met een vervolgopleiding. Vier werknemers (waarvan 3 stationaire werknemers) hebben een mbo opleiding. Werknemers in stationaire situaties zijn doorgaans hoger geschoold en hebben meer verschillende werkgevers.</p> <p>Bij drie werknemers (9. stoffeerder heeft tevens vakbekwaamheidsdiploma's en vestigingsdiploma's, 12. allround drukker met meao opleiding, 20. mbo grafische opleiding) bestaat de indruk dat men onder zijn niveau heeft gewerkt.</p>	
<p><b>RSI Beeldscherm</b></p> <p><b>Algemene kenmerken</b></p> <p>Zes vrouwen en drie mannen, van uiteenlopende leeftijd. De oudste van het is geboren in 1944, de jongste in 1973.</p> <p>Vier van betrokkenen zijn gehuwd met hun eerste echtgenoot, twee zijn gescheiden en opnieuw getrouwd/gaan samenwonen. Van deze zes hebben er vijf kinderen, waarvan twee <i>jonge</i> kinderen. Drie van de werknemers zijn alleenstaand en hebben geen kinderen.</p>	<p><b>RSI industrie</b></p> <p><b>Algemene kenmerken</b></p> <p>Zes vrouwen en twee mannen. Eén werknemster heeft de Turkse nationaliteit, de rest de Nederlandse. Het zijn veelal oudere werknemers. De meesten zijn geboren tussen 1945 en 1955.</p> <p>De burgerlijke staat van de werknemers varieert: beide mannen zijn gehuwd evenals twee van de vrouwen. Vijf van de vrouwen zijn gescheiden en drie van hen zijn nadien opnieuw gaan samenwonen dan wel getrouwd, twee van hen zijn alleenstaand gebleven. Alle onderzochte werknemers hebben één of meerdere kinderen.</p> <p>In alle vijf gevallen is er in meer of mindere mate een financiële noodzaak tot werken, met name bij de twee nog gescheiden levende vrouwen. Ook bij de zesde vrouwelijke werknemer bestaat die noodzaak, vanwege haar rol als hoofdkostwinster (echtgenoot is gepensioneerd) en de penibele financiële situatie van het gezin. Ook bij beide mannelijke is er een financiële noodzaak tot werken vanwege hun positie als (hoofd)kostwinner.</p>
<p><b>Opleidingsniveau</b></p> <p>Overwegend redelijk hoog opgeleide werknemers, niveau 5 t/m 7. Drie van hen hebben niveau 5 (MBO), vier niveau 6 (HBO). Eén van hen heeft niveau 5-6. Eén van de betrokkenen heeft een afgeronde universitaire opleiding. Drie van de werknemers bovendien geschoold in meerdere richtingen (omscholing) en in één geval is sprake van een veelzijdige loopbaan (de politietolk/vertaler werkte achtereenvolgens in diverse 'bijbaantjes'). In één geval is waarschijnlijk sprake van werk onder het opleidingsniveau, althans onder het intelligentieniveau. De datatypiste was, voordat zij als datatypiste ging werken, werkzaam in twee hogere functies.</p>	<p><b>Opleidingsniveau</b></p> <p>De betreffende werknemers in de industrie zijn merendeels laag opgeleid. Twee werknemers hebben opleidingsniveau 3 (lager onderwijs + enkele jaren vervolgonderwijs zonder diploma), en vijf niveau 4 (een afgeronde opleiding onder mavo/mulo-niveau). Eén van hen heeft opleidingsniveau 5, dat wil zeggen een afgeronde mavo/mulo-opleiding en/of een afgeronde Mbo-opleiding. De werknemster in kwestie had tevens enkele jaren HBO gedaan.</p>

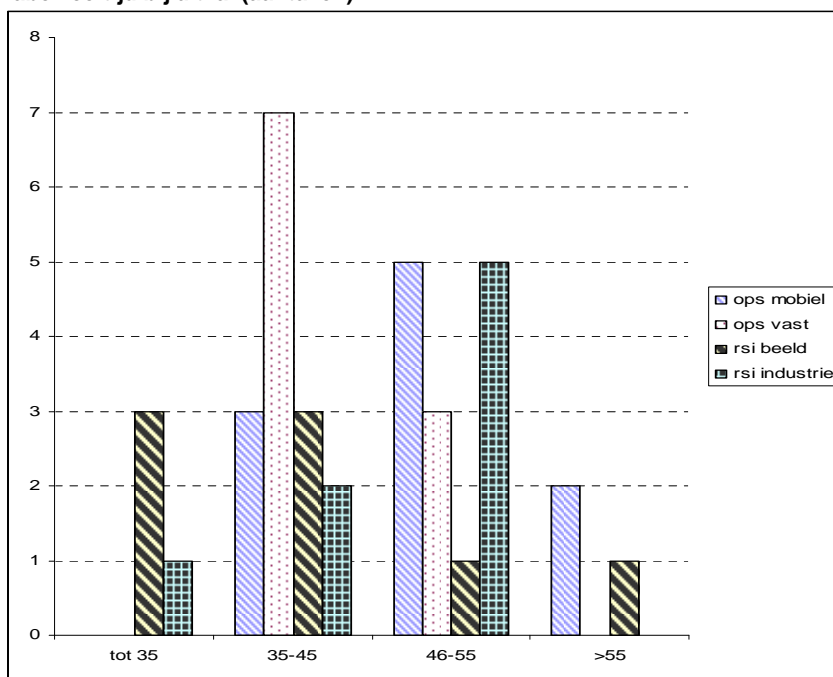


*Duur (laatste) dienstverband, duur blootstelling en leeftijd bij uitval*

<b>OPS stationair en mobiel</b>	
<b>Duur (laatste) dienstverband</b>	
<p>Alle werknemers van de totale onderzochte groep hebben betrekkelijk lang gewerkt: minimaal 15 jaar en maximaal 45 jaar. De gemiddelde duur van de arbeidsloopbaan is ruim 26,5 jaar voor de werknemers op een stationaire werkplek en ruim 32 jaar voor werknemers op een mobiele werkplek. Het merendeel van de werknemers is voor het 18<sup>e</sup> levensjaar tot de arbeidsmarkt toegetreden (alle mobiele werkers en 6 stationaire werkers; 4 stationaire werkers zijn na het 20<sup>e</sup> levensjaar tot de arbeidsmarkt toegetreden).</p> <p>Het zijn bovendien trouwe werknemers: men had lange dienstverbanden bij de laatste werkgever (minimaal 6 jaar, maximaal 40 jaar, gemiddeld meer dan 20 jaar). Zeven werknemers (3 stationair en 4 mobiel) hebben alleen het ene vak uitgeoefend bij één werkgever.</p>	
<b>Duur blootstelling</b>	
<p>Uit de aard van het soort dienstverband en type werkzaamheden kan worden afgeleid dat de betrokken werknemers lang zijn blootgesteld aan oplosmiddelen: de gemiddelde blootstellingsduur was 32 jaar. In sommige dossiers was ook sprake van piekblootstellingen.</p>	
<b>Leeftijd bij uitval</b>	
<p>De werknemers zijn allen uitgevallen in de periode tussen 1991 en 2003. De gemiddelde leeftijd bij uitval was 48 jaar voor mobiele en 43 jaar voor stationaire werkplekken. Er zijn zes 'jonge' uitvallers (tussen 34 jaar en 39 jaar), de twee oudsten zijn 58 jaar.</p>	
<b>RSI Beeldscherm</b>	<b>RSI industrie</b>
<b>Duur (laatste) dienstverband</b>	<b>Duur (laatste) dienstverband</b>
<p>De duur van de dienstverbanden van waaruit de werknemers zijn uitgevallen, varieert van 1½ tot 31 jaar. Vijf van hen vielen uit van dienstverbanden korter dan 10 jaar, vier van dienstverbanden langer dan 10 jaar. De meeste werknemers werkten op een vaste aanstelling, één van hen had een tijdelijke aanstelling, en één van hen werkte als freelancer.</p> <p>De loopbanen van deze werknemers zijn nogal divers, zowel in duur als in verloop:</p> <p>Er is een aantal eenduidige loopbanen bij met lange dienstverbanden en een zelfde type arbeid. Er is één herintreedster, die tot de geboorte van haar kinderen werkt als verkoopster, dan uittreedt en 11 jaar later het werk hervat als verkoopster/administratief medewerkster in de optiek, waarbij het beeldschermwerk een steeds groter onderdeel wordt van haar werk. In drie gevallen is betrokkene omgeschoold. De it-expert heeft een studie biologie afgerond, maar vindt daarin geen werk en laat zich na een aantal omzwervingen omscholen in de IT. De tekenaar CAD was eerst monteur. De field manager it is op 27-jarige leeftijd omgeschoold vanuit de elektronica naar de it. Heeft dan overigens nog een lange loopbaan voor zich in de it tot hij op 55-jarige leeftijd uitvalt.</p> <p>Er is één geval van een "omgekeerde loopbaan": de datatypiste heeft eerst een tweetal hogere functies. Zij maakt een geleidelijke demotie: van marketing</p>	<p>De duur van de dienstverbanden van waaruit de werknemers zijn uitgevallen varieert van 1½ jaar tot 17 jaar. Vijf werknemers hebben minder dan 6 jaar bij hun laatste werkgever gewerkt, drie langer dan 11 jaar. Vijf werknemers hebben een vaste aanstelling, twee een tijdelijk aanstelling na op uitzendbasis te zijn binnen gekomen, en van één werknemer is de juridische status onbekend. Vier van de zes vrouwelijke werknemers zijn herintreedster, van een vijfde was dit niet duidelijk uit het dossier te halen, maar is dit waarschijnlijk ook het geval. De vrouwen traden veelal op jonge leeftijd toe tot de arbeidsmarkt, traden uit vanwege de zorg voor kinderen, en traden op latere leeftijd weer in. De zesde werknemster heeft eerst 10 jaar als zelfstandig beeldend kunstenaar gewerkt en trad toen pas toe tot de arbeidsmarkt.</p>

<p>communications coördinator tot cursusorganisator tot 'education administrator' (= datatypiste).</p> <p>In één geval is het werk waarvan betrokkene uitvalt haar "bijbaantje": de politietolk/vertaler is eigenlijk schrijfster en heeft daarnaast (vanaf haar twintigste) allerlei "bijbaantjes": redacteur/documentalist, administratief werk, secretaresse, politietolk/vertaler.</p>	
<p><b>Duur blootstelling</b></p> <p>De gemiddelde duur van blootstelling aan beeldschermwerk is iets minder dan 10 jaar. De werknemer die voor uitval het kortst was blootgesteld aan de risico's van beeldschermwerk, verrichte dit werk slechts vier maanden. Opvallend aan de beeldscherwerkers die uitvielen met RSI-klachten, is dat deze klachten optraden kort nadat sprake was van een wijziging in de werkzaamheden (andere functie, piekbelasting en dergelijke).</p>	<p><b>Duur blootstelling</b></p> <p>De loopbaan van de meeste werknemers is te karakteriseren als dat zij "van alles" hebben gedaan. Zij werken achtereenvolgens in verschillende functies (en bij verschillende werkgevers), waar niet echt een lijn in zit, behalve dat het gaat om laaggeschoold en meestal fysiek zwaar werk.</p> <p>In meerdere gevallen kan de vraag worden opgeworpen of deze mensen "passende arbeid" verrichten. Dit betreft in de eerste plaats de fysieke zwaarte van de functie. Mensen met een klein of tenger postuur en/of een zwak gestel "kiezen" toch voor fysiek zware arbeid. Dit laat onverlet dat overigens veel van de niet-passendheid van de arbeid gelegen is in de slechte ergonomie ervan. In de zes gevallen van kort-cyclische arbeid die zijn onderzocht, is bijvoorbeeld geen sprake van taakrotatie, terwijl dat vrijwel per definitie is geïndiceerd bij dit soort werkzaamheden. Van een aantal van deze gevallen is bekend dat ook collega's klachten hebben. In een tweetal andere gevallen gaat het om een functie die alleen betrokkene uitvoert.</p>
<p><b>Leeftijd bij uitval</b></p> <p>De werknemers zijn alle uitgevallen in de periode 1998-2001. Eén van hen is al eerder uitgevallen, namelijk in 1996, maar hervatte daarna weer in aangepast werk, waar hij in 1999 opnieuw uitviel. Hij kreeg daarna wederom aangepast werk waarvan hij uitviel in 2000 (op basis van ontslag). De gemiddelde leeftijd bij uitval is 38 jaar. Belangrijker lijkt de constatering – althans op basis van de door ons onderzochte gevallen dat RSI bij beeldschermwerk minder leeftijdgebonden lijkt dan RSI in de industrie. De leeftijd bij uitval loopt namelijk sterker uiteen: van 29 tot 55 jaar. Eén werknemer is ouder dan 50 bij uitval, drie zijn ouder dan 40, drie van hen zijn dertigers, twee twintigers.</p>	<p><b>Leeftijd bij uitval</b></p> <p>De meeste werknemers zijn definitief uitgevallen in 1999 of 2000, één van hen in 1996. De meeste werknemers (5) vielen uit rond hun vijftigste jaar, drie werknemers eerder (44, 39 en 33 jaar). De gemiddelde leeftijd op de dag van uitval was ruim 45 jaar.</p>

Tabel leeftijd bij uitval (aantallen)

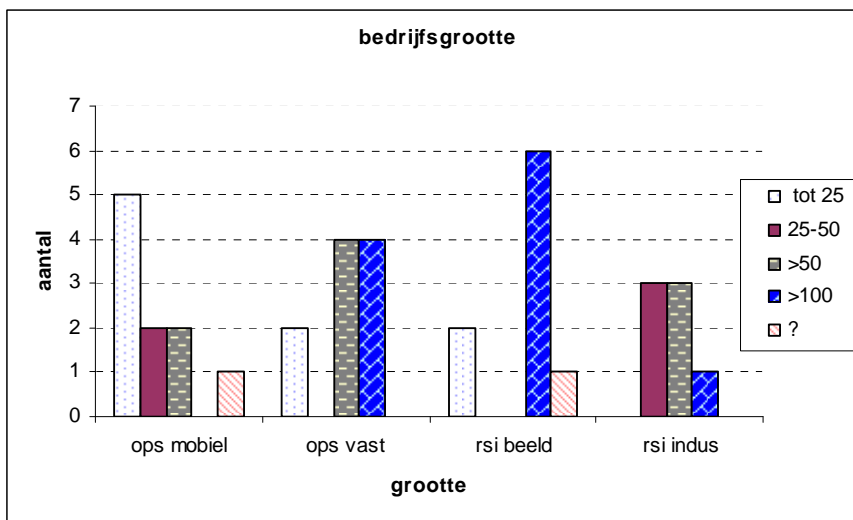


## Kenmerken bedrijven

### *Bedrijfsactiviteiten, bedrijfsgrootte en medezeggenschap*

OPS stationair	OPS mobiel
<p><b>Bedrijfsactiviteiten</b> Tot de populatie behoren 5 grafische bedrijven, 2 metaalbedrijven, 1 polyesterfabriek en 1 spuiterij.</p>	<p><b>Bedrijfsactiviteiten</b> In de meeste gevallen gaat het om bedrijven die één specifieke dienst aanbieden: schilderwerk of parket. In 2 gevallen gaat het om woninginrichtingbedrijven die meerdere activiteiten hebben (verkoop, verschillende soorten tapijt, meubels). De betrokken werknemers in die 2 bedrijven verrichtten grotendeels werkzaamheden als tapijtlegger.</p>
<p><b>Bedrijfsgrootte</b> In bijna alle gevallen gaat het om middelgrote tot grote bedrijven (vier meer dan 100 werknemers, vier 50 tot 100 werknemers en twee 10 tot 15 werknemers).</p>	<p><b>Bedrijfsgrootte</b> De meeste bedrijven in de dossiers zijn klein van tot middelgroot van omvang (5 bedrijven tot 10 werknemers, 3 bedrijven 10 tot 50 werknemers, 1 bedrijf meer dan 50 werknemers, 1 bedrijf onbekend). In één geval werkt de baas mee in het bedrijf.</p>
<p><b>Medezeggenschap</b> In vijf bedrijven bestaat een ondernemingsraad. In vier bedrijven is geen enkele vorm van medezeggenschap en van één bedrijf is niet bekend of er een vorm van medezeggenschap is.</p>	<p><b>Medezeggenschap</b> Geen enkel bedrijf kent tijdens de periode van het ontstaan van de beroepsziekte een of andere vorm van medezeggenschap van werknemers. Eén bedrijf introduceerde een OR in de ziekteperiode van een werknemer, een ander bedrijf een personeelsvertegenwoordiging in 1999. Overigens is</p>

	van drie bedrijven onbekend of er een of andere vorm van medezeggenschap is.
<b>RSI Beeldscherm</b>	<b>RSI industrie</b>
<b>Bedrijfsactiviteiten</b> Drie van de bedrijven zijn IT-bedrijven. Verder: een opticien, de politie, een bedrijfsvereniging, een bedrijf in de installatietechniek, een verzekeringsbedrijf, en een reclamebureau.	<b>Bedrijfsactiviteiten</b> Het gaat in de onderzochte gevallen om industriële bedrijven in diverse sectoren zoals de metaalverwerkende industrie en assemblage (fietsassemblage en medewerker klinklijn), voedingsindustrie (koekjesinpakster en aardappelgroothandel), natuursteenbedrijf, tapijtindustrie, stomerij, plasmaverwerking.
<b>Bedrijfsgrootte</b> In zes gevallen gaat het om grote bedrijven (> 100 werknemers). Daaronder vallen in ieder geval de drie IT-bedrijven. Eén daarvan is, in zijn branche, zelfs het op één na grootste bedrijf van de wereld. Een verzekeringsbedrijf is uitgegroeid van een middenbedrijf naar een bedrijf met 1000 werknemers. Een bedrijf in de installatietechniek heeft 5 filialen. Twee bedrijven zijn klein (optiek en reclamebureau, 10 respectievelijk minder dan 10 werknemers. Van één bedrijf (bedrijfsvereniging) is de omvang onbekend.	<b>Bedrijfsgrootte</b> Drie bedrijven hebben tussen de 10 en 50 werknemers, drie bedrijven hebben 50 á 100 werknemers, één bedrijf heeft er meer dan 100. Van één bedrijf is de omvang niet bekend.
<b>Medezeggenschap</b> Van slechts drie bedrijven is bekend dat zij een OR hebben. In de twee kleine bedrijven is geen OR c.q. pvt. Van de overige vier bedrijven is niets bekend over de medezeggenschapsorganisatie.	<b>Medezeggenschap</b> Het bedrijf met meer dan 100 werknemers heeft een ondernemingsraad. Van de andere bedrijven is het onbekend of zij een OR dan wel pvt hebben.



*Arbeidsomstandigheden zorg*

<b>OPS stationair</b>	<b>OPS mobiel</b>
<p><b>Aanwezigheid RI&amp;E</b></p> <p>In zes gevallen ontbrak een RI&amp;E voordat de betrokken werknemer uitviel. In de overige vier gevallen was de kwaliteit van de RI&amp;E onvoldoende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. in het geval van de tandtechnicus werd blootstelling aan mma niet vermeld,</li> <li>2. in het geval van de offsetdrukker werd wel aandacht gevraagd voor betere afzuiging op de werkplek, maar werd het gevaar van OPS niet genoemd,</li> <li>3. in het geval van de polyesterwerker is zowel in de RI&amp;E als in de eerdere arbojaarverslagen en jaarplannen (ruim 10 jaar voor uitval) aandacht voor blootstelling aan oplosmiddelen, maar heeft dit er niet toe geleid dat de betrokken werknemer gemonitord is, de blootstelling is verminderd en dergelijke.</li> </ol>	<p><b>Aanwezigheid RI&amp;E</b></p> <p>In de meeste situaties ontbrak het aan arbo-zorg die aan de wettelijke eisen voldoet. In 8 gevallen ontbrak een RI&amp;E. De overige 2 kwamen midden jaren '90 tot stand. Beide zijn ontleend aan de standaard RI&amp;E van de stichting Arbouw, de zogenaamde Abrie.</p>
<p><b>Werkplekonderzoek</b></p> <p>Specifiek werkplekonderzoek vond in drie situaties plaats. Er kunnen echter in twee gevallen vraagtekens worden gezet bij de kwaliteit van dat werkplekonderzoek: in het geval van de operator per is van te grote afstand van de blootstellingsbron gemeten, in het geval van de flexodrukker is de meting verricht door de leverancier van de machine (die tot de conclusie komt dat de machine goed functioneert). In het geval van de bankwerker/polyesterwerker is twee keer naar de werkplek gekeken: de eerste keer door een arbeidsdeskundige van het GAK i.v.m. fysieke belasting, de tweede keer door een medewerker van het laboratorium die gedeeltelijke overschrijding van de mac-waarde constateert. In beide gevallen worden geen maatregelen genomen om de werkplek aan te passen.</p> <p>In geen enkel geval was sprake van registratie van gevaarlijke stoffen. Voorlichting over gevaarlijke stoffen ontbrak eveneens.</p>	<p><b>Werkplekonderzoek</b></p> <p>Specifiek werkplekonderzoek vond in geen enkele situatie plaats.</p> <p>In twee dossiers was sprake van een registratie van gevaarlijke stoffen. Die registratie vond plaats als gevolg van de introductie van een kwaliteitszorgsysteem in de desbetreffende onderneming.</p>
<p><b>Arbodienst</b></p> <p>Twee (metaal)bedrijven kenden een interne arbodienst. Deze interne arbodienst had in beide gevallen een groot aantal mogelijkheden tot interventie. In één bedrijf was geen enkele vorm van</p>	<p><b>Arbodienst</b></p> <p>Twee (schilders)bedrijven kenden geen enkele inbreng van een arbodienst, twee (schilders) bedrijven pas vanaf 1994. In zes bedrijven was wel reeds langere tijd een contract met een arbodienst, maar vier van die</p>

<p>arbozorg. In zeven bedrijven was wel reeds langere tijd een contract met een arbodienst, maar werd alleen ziekteverzuimbegeleiding ingekocht. De betreffende externe arbodienst was in 6 van de 7 gevallen een landelijk arbodienst waar een bedrijfsarts de centrale rol had in de sociaal medische begeleiding. In één bedrijf was ook een contract met een landelijke arbodienst, maar werd het werk gedaan door een arboarts.</p>	<p>zes bedrijven hebben een beperkt pakket zorg ingekocht (alleen ziekteverzuimbegeleiding). De diensten die van de arbodienst zijn afgenomen, zijn in zeven gevallen ziekteverzuimbegeleiding en spreekuur, in één bedrijf aangevuld met goedkeuring RI&amp;E/werkplekonderzoek en in één bedrijf met sociaal medisch team. In één bedrijf heeft men de beschikking over een bijna volledig pakket: pago, goedkeuring RI&amp;E, spreekuur, verzuimbegeleiding, voorlichting en sociaal medisch team. Overigens is die situatie van vrij recente datum. De betreffende arbodienst was in alle gevallen een landelijke arbodienst waar een bedrijfsarts de centrale rol had in de sociaal medische begeleiding (m.u.v. één waarbij de arboverpleegkundige een centrale rol had).</p>
<p><b>RSI Beeldscherm</b></p>	<p><b>RSI industrie</b></p>
<p><b>Aanwezigheid RI&amp;E</b>                  Slechts één van de bedrijven (het grote softwarebedrijf) beschikte vóór uitval van de desbetreffende werknemer over een RI&amp;E. Deze dateerde overigens van 1998, de desbetreffende medewerkster viel begin 1999 uit. Van één bedrijf (de politie) is onbekend of het een RI&amp;E had.                  Twee bedrijven stelden pas een RI&amp;E op na uitval van de desbetreffende werknemer. Eén van die twee kon, ondanks goedkeuring door de arbodienst, als inadequaet worden bestempeld. De RI&amp;E ging namelijk enkel in op het onderwerp Veiligheid (BHV-ers, brandveiligheid, vluchtwegen, EHBO-middelen, etc.). Het onderwerp ergonomie kwam in deze RI&amp;E dus niet voor.</p>	<p><b>Aanwezigheid RI&amp;E</b>                  In vier van de acht gevallen is niet duidelijk of het bedrijf beschikte over een RI&amp;E voordat de betrokkene uitviel. In drie gevallen ontbrak deze, en één bedrijf had wel een RI&amp;E. Na uitval lieten nog twee bedrijven een RI&amp;E uitvoeren. Of dit het gevolg is geweest van de ziektegevallen dan wel van wettelijke verplichtingen c.q. aansporingen van de arbeidsinspectie om hieraan te voldoen, is niet duidelijk. De kwaliteit van de RI&amp;E's is verschillend. In één geval is er een uitgebreid RSI-onderzoek gedaan. In een ander geval ontbreekt in de RI&amp;E opmerkelijk genoeg het onderdeel ergonomie.</p>
<p><b>Werkplekonderzoek</b>                  De ergonomische situatie op de werkplek was in alle gevallen matig tot slecht. Dat wil zeggen dat de werkplek onvoldoende tot helemaal niet aanpasbaar was aan de werknemer. In alle gevallen was het meubiliair (werkblad, beeldscherm) onvoldoende instelbaar, stoelen hadden veelal geen armleningen. Ook ontbraken hulpmiddelen als een documenthouder en een headset, en vaak was zelfs een voetenbankje niet aanwezig. In een enkel geval was recht voor het beeldscherm zitten onmogelijk. Ook was er in geen enkel geval voorlichting gegeven over de ergonomie van de werkplek, noch waren werkplekken voor aanvang van het werk door de werknemer op deze afgesteld.</p>	<p><b>Werkplekonderzoek</b></p>
<p><b>Arbodienst</b>                  De pakketten die van de arbodienst werden afgenomen, waren in de meeste gevallen beperkt. Drie bedrijven namen alleen verzuimbegeleiding af, twee bedrijven daarnaast nog reïntegratie en een derde</p>	<p><b>Arbodienst</b>                  De pakketten die van de arbodienst werden afgenomen door de onderzochte bedrijven verschilden. Alle bedrijven namen in ieder geval verzuimbegeleiding af.</p>

<p>bedrijf naast verzuimbegeleiding nog advisering omtrent en goedkeuring van de RI&amp;E. Twee bedrijven (grote IT-bedrijven) namen een volledig pakket van de arbodienst af.</p>	
--	--

## **BIJLAGE 4: KORTE GEVALSBESCHRIJVINGEN OPS EN RSI**

### **OPS mobiel**

1. Schilder (1947) heeft een loopbaan/blootstelling van 35 jaar, waarvan 10 jaar bij de laatste werkgever(schildersbedrijf, meer dan 50 werknemers, met RI&E, OR, ISO-certificaat en arbodienstcontract); valt op 50 jarige leeftijd (1997) uit met klachten van misselijkheid, spierpijn en geheugenproblemen. Als hij vervolgens bij de internist komt, vermoedt deze OPS en verwijst hem door.

2. Parketlegger (1964) heeft een loopbaan/blootstelling van 22 jaar, waarvan 9 jaar bij laatste werkgever (parketbedrijf, gemiddeld 10 werknemers, geen RI&E, geen OR, wel arbodienst) valt op 37 jarige leeftijd (2001) uit: ziek thuis vanwege overmatige vermoeidheid en slaperigheid. Hij was in de weken voorafgaand aan de eerste ziektedag regelmatig de weg kwijt. De dag voor de uitval rijdt hij urenlang rond op de ring van amsterdam. Uiteindelijk parkeert hij zijn auto en valt in slaap. Door psychische problemen die hij heeft komt hij in contact met psychiater van de riagg die OPS vermoedt.

3. Schilder (1964) heeft een loopbaan/blootstelling van 19/17 jaar, waarvan 13 jaar bij de laatste werkgever (35 werknemers, geen RI&E, geen OR, arbodienst) valt op 34 jarige leeftijd (1998) uit met de volgende redenen: in de put, veel gebeurd, komt tot niets, wil rust. Betrokkene komt onder behandeling bij psychiater die mede door aandringen partner OPS onderzoek stimuleert

4. Schilder (1941) heeft een loopbaan/blootstelling van 45 jaar, waarvan 6 jaar bij de laatste werkgever (bedrijf 10–50 werknemers, geen RI&E, geen OR, arbodienst vanaf 1994) de heer behoort niet tot de vaste kern werknemers. Zit daardoor de laatste jaren in winter WW. Klachten van hem nemen toe: slecht zien, minder energie, opvliegend, geringe eetlust, misselijkheid en raakt de weg kwijt. Klachten over hem in het werk nemen ook toe: hij werkt te langzaam (terwijl hij zelf denkt dat hij zich te pletter werkt. Na de winter WW komt hij deze keer niet meer aan het werk, omdat werkgever hem niet meer terug wil (1999). Gaat naar huisarts met klachten: hoofdpijn, slecht slapen, gewrichtsklachten, wisselende stemming, snel egririteerd, kan werk niet meer aan. Huisarts vermoedt dan OPS. Via bedrijfsarts van UWV volgt dan een nes test en een verwijzing naar het Solvent Team.

5. Schilder (1938) heeft een loopbaan/blootstelling van 40 jaar bij 1 werkgever (maximaal 10 werknemers, de laatste jaren is hij de enige werknemer, geen RI&E, geen OR, geen arbodienst) ligt de laatste maanden voor de 1<sup>e</sup> ziektedag (1991) regelmatig 2 dagen in bed vanwege spanning, neerslachtigheid. Vervolgens legt de huisarts hem een werkverbod op. Betrokkene denkt zelf OPS te

hebben, komt 10 jaar na 1<sup>e</sup> ziektedag in contact met BBZ, die hem adviseert naar het Solvent Team te gaan.

6. Schilder (1963) heeft een loopbaan/blootstelling van 22 jaar, waarvan 14 jaar bij de laatste werkgever (maximaal 15 werknemers, geen RI&E, geen OR, geen arbodienst) Door voortdurende klachten van hoofdpijn, vermoeidheid vergeetachtigheid vanaf 1996 komt hij 'op advies van werkgever' in winter WW. Dan na twee maanden meldt hij zich ziek in WW vanwege die klachten (1998).

7. Stoffeerder (1949) heeft een loopbaan/blootstelling van 38/34 jaar, waarvan 34 jaar bij de laatste werkgever(ongeveer 10 werknemers, geen RI&E, geen OR, contract arbodienst) valt uit in 2000 wegens beroepsgerelateerde rugklachten. Hij meldt zich in 2003 bij Bureau beroepsziekten fnv. BBZ fnv suggereert dat betrokkene ook OPS zou kunnen hebben, naast hnp als beroepsziekte, waarop uiteindelijk huisarts overgaat tot doorverwijzing naar Solvent Team. Bijna 4 jaar na de 1<sup>e</sup> ziektedag wordt OPS vastgesteld

8. Parketlegger (1945) heeft een loopbaan/blootstelling van 40 jaar, waarvan 40 jaar bij de laatste werkgever (10 werknemers, geen OR, geen RI&E, arbodienst) valt uit (2001) in verband met rugklachten en schouderklachten. Daarnaast wordt gerapporteerd: vergeetachtig, humeurig en wazig. Een jaar later volgt de diagnose cte. Een jaar voor uitval heeft hij huisarts en bedrijfsarts gesuggereerd dat hij mogelijk OPS heeft en dat hij graag npo wil. Beiden zeggen dat npo niet wordt vergoed. In 2003 via FNV op spoor van Solvent Team.

9. Stoffeerder (1948) heeft een loopbaan/blootstelling van 35 jaar, waarvan 24 jaar bij de laatste werkgever(max 10 werknemers, geen RI&E, geen OR, arbodienst) valt in 2001uit als gevolg van pijnsteken rondom het hart en hartritmestoornissen. Na onderzoek blijkt betrokkene slokdarmkanker te hebben. Enkele maanden na de eerste ziektedag noteert de internist op: " zo dizzy als de pest; duizeligheidsklachten door lijmstoffen"?. Dit is naar aanleiding van een opmerking van het slachtoffer en zijn vrouw die een artikel hebben gelezen over OPS, en de klachten van de heer hiermee in verband brengen.

10. Schilder (1949) heeft een loopbaan/blootstelling van 37 jaar, waarvan 37 jaar bij de laatste werkgever (meer dan 50 werknemers, OR, RI&E, arbodienst) wordt in jaar van uitval (2001) 3 keer onwel op het werk. Hij meldt zich dan ziek, gaat naar huis en gaat slapen. Na de laatste keer is hij wekenlang ziek. Daarna wordt nog geprobeerd hem weer aan het werk te krijgen, maar door contact met oplosmiddelen wordt hij weer 'duizelig en warrig in het hoofd'. Zowel bedrijfsarts als huisarts uiten vermoeden OPS, waarna doorverwijzing naar Solvent Team.

### **OPS stationair**

11. Offsetdrukker (1950) heeft een loopbaan/blootstelling van 36 jaar, waarvan 30 jaar bij de laatste werkgever (grafisch bedrijf meer dan 100 werknemers, OR, RI&E). Regelmatig bezoek aan zowel huisarts als bedrijfsarts met klachten als duizeligheid, evenwichtsstoornissen, hoofdpijn, slaapproblemen, oogklachten, hoge bloeddruk functioneren op werk. Wordt echter niet in verband



gebracht met werk (behalve slaapproblemen i.v.m. ploegendienst). Betrokkene komt zelf met suggestie OPS . Terwijl OPS onderzoek loopt wordt werknemer i.v.m. slechter functioneren teruggezet van functie van bedrijfsleider naar hulpdrukker, en een half jaar later ontslagen (collectief ontslag i.v.m. bedrijfssluiting). Meldt zich uiteindelijk ziek in de WW (2003)

12. Allroundrukker (1959) heeft een loopbaan/blootstelling van 15/7 jaar, waarvan 7 jaar bij de laatste werkgever(industrieel bedrukker van textiel/kunststoffen, meer dan 50 werknemers, or onbekend, RI&E na uitval, arbodienst). Betrokkene bezoekt regelmatig huisarts en bedrijfsarts in verband met rugklachten, die door beiden worden gerelateerd aan werk in drukkerij.na ziekteperiode volgt werkhervatting in hetzelfde werk (drukkerij). Kort daarna volgen ook eerste OPS achtige klachten die zowel aan huisarts als bedrijfsarts worden gemeld. Werknemer ontwikkelt depressieve klachten en suïcidale gedachten. Dit wordt echter gekoppeld aan moeizame herintreding i.v.m. blijvende rugpijn. Huisarts vermoedt OPS en verwijst naar Solvent Team. Valt uit in 1996.

13. Perchlorwasser (1947) heeft een loopbaan/blootstelling van 38 / 37jaar, waarvan 38 jaar bij de laatste werkgever (industrieel bedrijf, meer dan 100 werknemers, OR,geen RI&E, wel interne arbodienst) bezoekt regelmatig zowel huisarts als bedrijfsarts met somatische, fysieke en psychische klachten. De fysieke klachten worden in verband gebracht met het werk. De somatische en psychische klachten worden gerelateerd aan persoonlijke problemen, scheiding, ploegendienst en cardiale problemen. Uiteindelijk noteert de huisarts, 5 dagen voor de definitieve uitval(1999): al ongeveer 33 jaar met per, OPS?. Vervolgens vraagt de huisarts aan de bedrijfsarts om hem door te verwijzen naar Solvent Team.

14. Tandtechnicus (1955) heeft een loopbaan/blootstelling van 31/27 jaar, waarvan 27 jaar bij de laatste werkgever(tandtechnisch laboratorium, ongeveer 50 werknemers, geen OR, RI&E 2 jr voor uitval, arbodienst) bezoekt regelmatig zowel huisarts als bedrijfsarts met maagklachten, vermoeidheid, duizeligheid en eczeem. Deze laatste klachten worden wél gerelateerd aan werk. De eerste klachten niet. Men vermoedt KNO problematiek. Uiteindelijk vermoedt partner OPS en volgt doorverwijzing naar regionale neuroloog en neuropsycholoog. 1<sup>e</sup> ziektedag 2000.

15. Flexodrukker (1964) heeft een loopbaan/blootstelling van 21 jaar, waarvan 6 jaar bij de laatste werkgever(industrieel bedrijf in bedrukken kunststoffen verpakking, 125 werknemers, OR, geen RI&E, wel arbobeleidsplan, arbodienst). Beperkte medische consumptie. Meldt 1 jaar voor definitieve uitval (2000) eerst bij huisarts en later ook bij bedrijfsarts klachten van vermoeidheid, lichte depressie, concentratiestoornis, slaapbehoefte en suggereert zelf aan hen OPS (omdat een collega ook dergelijke klachten heeft). Huisarts en bedrijfsarts denken echter vooral aan relatieproblemen en psychische problemen. Wat volgt is relatietherapie, onderzoek slaapapneu. Na een half jaar zorgt de huisarts voor de verwijzing naar het Solvent Team.

16. Polyesterwerker(1951) heeft een loopbaan/blootstelling van 31/24 jaar, waarvan 22 jaar bij de laatste werkgever(industrieel polyesterbedrijf, meer dan 50 werknemers, OR, RI&E, arbodienst) heeft amper contact met de huisarts. Meldt zich dan met klachten van moeheid en concentratiestoornissen, die door de huisarts worden gerelateerd aan werk met kunstharsen. Daarop volgt verwijzing naar Solvent Team.duurt 2 jaar voordat definitieve diagnose kan worden gesteld. De

heer werkt ondertussen 'gewoon' door. Met de bedrijfsarts is in die periode voordat de definitieve diagnose van het Solvent Team beschikbaar komt geen contact. Wel is er ruim 20 jaar voor de eerste ziektedag contact geweest met bedrijfsarts in verband met duizeligheidsaanval tijdens het werken aan een tank. Valt in 2002 uit.

17. Industrieschilder/spuiter (1952) heeft een loopbaan/blootstelling van 25/17 jaar, waarvan 17 jaar bij de laatste werkgever (ongeveer 15 werknemers, industriële spuiterij, geen RI&E, geen OR, geen arbodienst). Met de huisarts is tot 2 maanden voor de eerste ziektedag al 13 jaar geen consult. Dan noteert de huisarts echter 'schildersziekte' nadat partner van werknemer hem daarop attent heeft gemaakt. Wat volgt is doorverwijzing naar Solvent Team op de eerste ziektedag (1994).

18. voorbereider offset(1953) heeft een loopbaan/blootstelling van 29 jaar, waarvan 19 jaar bij de laatste werkgever(enveloppenfabriek, 50 tot 100 werknemers, geen OR, arbodienst, RI&E)heeft voor de 1<sup>e</sup> ziektedag (2000) alleen met huisarts contact, zij het beperkt (5 consulten tot 47 jarige leeftijd). Na de 1<sup>e</sup> ziektedag (agv maagklachten, vergeetachtigheid, problemen op werk) denkt men aan schildklierproblemen, burnout, neurastheen syndroom, aanpassingsstoornis door overbelasting, tekenbeet. De betrokkene en zijn partner suggereren na 1 jaar ziekte bij de arbodienst de mogelijkheid van OPS, waarna doorverwijzing naar Solvent Team volgt.

19. Bankwerker/polyesterwerker (1957) heeft een loopbaan/blootstelling van 21/16 jaar, waarvan 19 jaar bij de laatste werkgever (werkplaats rollend materieel, meer dan 100 werknemers, geen RI&E, wel OR, interne arbodienst) heeft zeer uitgebreid contact met bedrijfsarts en huisarts. Aandacht voor rugproblematiek staat voorop. Na jaren (15) blootstelling aan o.a. styreen wordt door de arbodienst een pago afgenomen, waarna doorverwijzing naar Solvent Team volgt. Dit is meteen de eerste ziektedag (1998)

20. Offsetdrukker (1961) heeft een loopbaan/blootstelling van 19 jaar, waarvan 19 jaar bij de laatste werkgever(grafisch bedrijf, 12 werknemers, geen OR, geen RI&E, arbodienst) heeft geen contact met de bedrijfsarts tot de eerste ziektedag (2000). Daarvoor bezoekt hij wel 8 keer de huisarts in verband met nekkklachten, hartkloppingen, rugklachten en OPS-verschijnselen (hoofdpijn, stemmingswisselingen, vergeetachtigheid, spierpijn en gewrichtsklachten. Hij suggereert zelf bij de huisarts OPS en krijgt doorverwijzing naar Solvent Team.

### **RSI Industrie**

21. Fietsassemblagemonteur (v, 1945) werkt vanaf 1960 in diverse functies: koffiejuffrouw, verkoopster, schoonmaakster, zelfstandige. Van 1992-1998 werkt ze halftime als productiemedewerkster. Ze had in die periode geen klachten. In maart 1998 begint ze als fulltime assemblagemonteur bij een fietsenfabriek (50-100 medewerkers, externe arbodienst, RI&E en OR onbekend). Ze doet daar eerst inpakwerk, daarna montage van sturen en vanaf november 1998 gaat ze "snelbinders trekken" (lopende bandwerk). Klachtenverloop: 4 maanden na aanvang ontstaan de eerste klachten (juli 1998, melding bij huisarts, diagnose: overbelasting). Klachtenverergering na aanvang snelbinderwerk (nov. 1998, melding huisarts, diagnose: peesontsteking duim, jan 1999 opnieuw melding huisarts, diagnose: peesontsteking elleboog, verkalking spieren rond elleboog, iets

slijtage nekwervels). In maart 1999: 5 weken ziekteverzuim, bedrijfsarts stelt geen diagnose, geeft wel advies: ander werk. Ze gaat dan – wederom aan de lopende band – achtereenvolgens bedrading trekken, sloten bevestigen en remkabels knippen. Lopende band staat te hoog (zij meet 1.63 m). Definieue uitval in november 1999 op 54-jarige leeftijd met pijnklachten aan rechterarm, -schouder en nek. Tevens tintelingen en koud gevoel in de vingers. Na de uitval verergeren de klachten en breiden zich uit van rechts naar links. In 2001 stelt de neuroloog de diagnose RSI fase 2 tegen fase 3 aan.

22. Steenhouwster (v, 1955) werkt van 1983 tot 1993 als zelfstandig beeldend kunstenaar, van 1993-1999 als steenhouwster, laatste dienstverband: 1996-2000 (steenhouwerij, 11 medewerkers, geen RI&E, OR onbekend, contract arbodienst mogelijk pas vanaf 1999). Verricht zeer zwaar werk, langdurig staan en in onnatuurlijke houdingen werken, werkt met pneumatisch gereedschap, werkt onder lage temperaturen, veel tilwerk, slechte ergonomie en ontoereikende persoonlijke beschermingsmiddelen. Ontwikkelt klachten vanaf februari 1995, anderhalf jaar na begin blootstelling: pijn rechterschouder en elleboog, dode vingers. Begin 1999 valt zij op 44-jarige leeftijd uit met nek-, schouder- en rugklachten die leiden tot ondraaglijke hoofdpijn. Ze komt met haar klachten met enige regelmaat bij de huisarts, die verwijst naar fysiotherapie, orthopeed voor diagnostiek (vindt niets) en revalidatiearts. De bedrijfsarts is pas in beeld kort voor de definitieve uitval. Hij diagnostiseert bij de uitval in 1999 RSI Hij verwijst naar een rugcentrum, waar de behandeling echter niet van de grond komt vanwege weigerachtigheid van de werkgever om die te betalen. Klachten verergeren bij poging tot medische fitness eind 1999.

23. Magazijnmedewerker / chef aardappelgroothandel (m, 1952) werkt van 1967 tot 1983 als metselaar. Van 1986 tot 2000 in diens van laatste werkgever (aardappelgroothandel, 20 werknemers, geen RI&E voor uitval, erna wel, OR onbekend, wel aansluiting bij arbodienst) in achtereenvolgens de volgende functies: pakhuismedewerker/reservechauffeur, magazijnchef, chauffeur. Is afgekeurd voor militaire dienst o.g.v. zwakke rug. Is gedeeltelijk afgekeurd als metselaar vanwege knieklachten. Met name het chauffeurswerk is te zwaar voor hem vanwege de knie- en rugbelasting en het vele en zware tilwerk. Hij valt in 1998 op 46-jarige leeftijd uit met rugklachten. Er wordt geen onderliggende pathologie gevonden. Zelf is hij ervan overtuigd dat er iets kapot is in zijn lichaam. Verdenking op psychische component van de klachten en neiging tot somatisatie. Bedrijfsarts is bij dit geval actief betrokken: onderhoudt contact met werkgever en bespreekt de mogelijkheden voor aangepaste arbeid. Hij houdt zicht op het behandeltraject. Hij zet de huisarts aan tot verwijzing naar revalidatie / rugschool.

24. Koekjesinpakster (v, 1967) werkt vanaf 1984 in verschillende functies (met vier jaar onderbreking vanwege kinderen): poelier, verkoopster, houtbewerkster. In 1999 gaat zij werken bij een koekjesfabriek (>50 werknemers, RI&E en OR onbekend, wel contract met arbodienst) eerst als schoonmaakster, na een paar maanden als inpakster aan de lopende band. Vanaf het begin van haar werkzaamheden aan de lopende band heeft ze last van ernstige vermoeidheid, spierpijn en een zwaar gevoel in de schouders, armen en handen. Na 9 maanden valt ze op 33-jarige leeftijd, in maart 2000, uit met een doffe spierpijn die in twee dagen toenam tot zeer hevig, vanuit de pols optrekkend naar de hand. Tevens een zwelling en bloeditstorting vanaf de linkerzijde van het polsgewricht tot op de hand waar duim en wijsvinger beginnen. Na uitval verergeren de klachten. Bedrijfsarts adviseert weliswaar ander werk, maar laat haar niettemin hervatten in eigen werk, op AT-basis (11-

2000), mede op instigatie van werkgever, en niet tegengewerkt door mevrouw zelf die graag een vaste aanstelling wil. Ze valt opnieuw uit in januari 2001. Allerlei diagnostiek (peesontseking duim, peesontsteking schouder, tennisarm, lichte degeneratie C5-C6, mogelijk CTS), waarin de relatie met het werk wel wordt wel gelegd door bedrijfsarts en anderen, maar werk wordt niet aangepakt.

25. Vlekkenkijkster (v, 1953) werkte in Turkije als secretaresse in de juridische sector. Werkte in Nederland van 1990-2000 fulltime in drieploegendienst als vlekkenkijkster in een tapijttegefabriek (>100 werknemers, OR aanwezig, RI&E 1996, herzien in 1999, contract met arbodienst). Het betrof controlewerk aan de lopende band, waarbij ze tegels moest oppakken en stapelen (kort-cyclisch, vast tempo), tevens tilwerk (27 kg) onder slechte ergonomie. De eerste klachten beginnen al een jaar na indiensttreding, maar mevrouw werkt daarna nog ruim 8 jaar door. Klachtenverloop: 1991: elleboog en schouderklachten; 1993: hoofdpijn- en nekklachten komen erbij; 1997: surmenage, psychische klachten, concentratiestoornissen komen erbij; 1999: benigne tumor in borst verwijderd; 2000: evenwichtsstoornissen, duizeligheid, misselijkheid, slaapproblemen; vanaf 2001: hypertensie en diabetes mellitus. Ze bezoekt met deze klachten veelvuldig de huisarts en er zijn ook jaarlijks enkele periodes van uitval variërend van één tot zes weken. Bedrijfsarts adviseert weliswaar in algemene termen dat zij ander werk zou moeten doen, maar is in de praktijk slechts gericht op stapsgewijze hervatting (verzuimbegeleiding op afstand). Mevrouw valt op 47-jarige leeftijd uit in januari 2000. De diagnostiek blijft vaag en de relatie met het werk wordt niet uitgediept. Mevrouw heeft in al die jaren eigenlijk nauwelijks enige behandeling gehad. Omdat er ook privéproblemen waren was een multidisciplinaire behandeling op zijn plek geweest (revalidatie met ft/et/me/psych en thuiszorg).

26. Pantalonperster (v, 1950) herintreedster vanaf 1990 (na 19 jaar geen werk, voorheen 4 jaar administratie), aanvankelijk in een combifunctie kleding persen / administratie, vanaf 1996 uitsluitend als pantalonperster, 32 uur per week, in dienst van stomerij (aanvankelijk 10 werknemers, na fusie 25, geen OR, geen RI&E, wel contract met arbodienst). Direct vanaf begin van haar werkzaamheden als pantalonperster ontwikkelt zij klachten van de linkerschouder, zij valt sindsdien meerder periodes van enkele maanden uit. De klachten leiden na de fusie van het bedrijf en daarmee gepaard gaande verhoging van de productienorm in 1999 / 2000 in augustus 2000 tot definitieve uitval op 50-jarige leeftijd. Ze meldt zich vanaf 1997 met haar klachten bij de huisarts. Deze legt direct de relatie met het werk, maar doet hier niks mee. De bedrijfsarts is pas na uitval in beeld en legt ook de relatie met het werk, diagnostiseert RSI, maar laat haar niettemin – op AT-basis – hervatten in het eigen werk. Uiteindelijk schakelt werkgever outplacementbureau in, hetgeen geen resultaat oplevert. Werkgever biedt geen administratief werk aan als vervanging, maar afkoopsom bij ontslag.

27. Assemblagemonteur klinklijn (m, 1961) werkt vanaf 1980 als productiemedewerker (10 jaar), monteur (4 jaar), en uitzendkracht (3 jaar). Van 1997 tot eind 2000 werkt hij als assemblagemonteur klinklijn in een middelgroot metaalbewerkingsbedrijf (50-100 werknemers, RI&E en OR onbekend, wel aansluiting bij arbodienst). Zijn werkzaamheden bestaan uit het maken van klinkverbindingen (enkele honderden per dag) met behulp van een zogenaamde klinkhamer (pneumatisch gereedschap). Hij werkte zittend op een krukje, boven zijn hoofd, onder voortdurende blootstelling aan trillingen. Tevens zware tilwerkzaamheden (80 kg samen met collega). Het productieniveau lag hoog, hij had steeds wisselende, minder vaardige collega's, waardoor het werk vooral op hem

neerkwam. De klachten ontstaan in 1998, ruim een jaar na indiensttreding: spierpijnen, pijn op de borst rechts, later pijn in de rechterschouder. Eind 1999 slaat de pijn over naar de linkerschouder en in oktober 2000 valt hij op 39-jarige leeftijd uit met deze pijnen en daarnaast nek- en hoofdpijn, tintelingen in arme en hand. De pijn is zeer ernstig en voortdurend aanwezig. Ontwikkelt vanaf september 2001 ernstig depressieve klachten. Hij meldt zich veelvuldig met zijn klachten bij de huisarts, maar de bedrijfsarts is pas na de uitval in beeld (er is slechts één spreekuuraantekening uit 1999). De huisarts legt – wel wat laat, pas in juli 1999 - de relatie met het werk, maar doet met name aan symptoombestrijding en verwijst door naar orthopeed en neuroloog voor diagnostiek en paramedische behandeling. Later ook doorverwijzing naar psychiater en psycholoog, en op instigatie van de laatste naar revalidatiearts. Orthopeed voert meerdere operaties uit zonder resultaat. De bedrijfsarts legt de relatie met het werk en adviseert aangepast werk, maar pakt niet door.

28. Keurster infuuszakken (v, 1947) herintreedster vanaf 1986, werkverleden onbekend. Werkt van 1986 tot 1996 fulltime, en daarna halftime bij een bedrijf voor de verwerking van bloedplasma (onbekend aantal werknemers, RI&E en OR onbekend, er is wel een RSI-onderzoek uitgevoerd, aansluiting bij arbodienst). Het werk bestaat uit dozen tillen, infuuszakken tillen en op tafels leggen, in infuuszakken knijpen, deze weer in dozen leggen, dozen van zich afschuiven. Mevrouw had al jarenlang pijnklachten. Melding van rugklachten in 1991, nekkklachten en tenniselleboog in 1994, wederom nekkklachten in 1995. In 1996 valt ze op 49-jarige leeftijd uit met heftige pijn in de linkerschouder. Zij ontwikkelt na uitval depressieve klachten, terwijl de pijnklachten persisteren en zich uitbreiden naar elleboog en vingers links. De huisarts doet aanvankelijk vooral aan symptoombestrijding en diagnostiek, maar onder tijdsdruk van de dreiging met ontslag wordt er uiteindelijk een revalidatiebehandeling gestart. De bedrijfsarts is vooral gericht op verzuimbegeleiding en telkens weer geleidelijk hervatten. Dit is mede dankzij het revalidatieprogramma waarin ook de gedragsmatige aspecten werden meegenomen (de eigen grenzen leren respecteren) gelukt voor 50% van de werktijd.

### **RSI Beeldscherm**

29. Administratief medewerkster / verkoopster optiek (v, 1957), herintreedster (1992), 1992-1999 werkzaam als verkoopster optiek met toenemende hoeveelheid administratief werk achter het beeldscherm, 26-urige werkweek (opticiën, 10 werknemers, geen RI&E, geen OR, contract arbodienst alleen verzuimbegeleiding). Slechte ergonomie, piekbelasting door slechte organisatie van het werk, beeldscherm 4 à 5 uur per werkdag, tevens belastende werkzaamheden aan ergonomische niet verantwoorde balie, spanningen op het werk vanwege junks die zich ophouden voor de winkel (ooit een schietincident). Klachten ontstaan geleidelijk (1996-1998) en verergeren. Werkgever reageert niet op klachten, bedrijfsarts is in deze periode niet in beeld. Ze valt uit op 4 april 1999 na een hyperventilatieaanval op het werk (naar spoedeisende hulp gebracht), met schouderklachten met uitstraling naar nek en hoofd, tintelingen in de armen, soms ook koud gevoel, gecombineerd met migraineachtig beeld. Bedrijfsarts legt de relatie met het werk en dringt aan op werkplekonderzoek. Werkgever is weigerachtig. Na uitval komen wordt mevrouw doorverwezen voor diagnostiek en behandeling. De relatie met het werk wordt gelegd door neuroloog en revalidatiearts. Er vindt paramedische behandeling plaats. In september 2000 wordt gemeld dat de klachten zijn verminderd.

30. Politietolk (v, 1970) is schrijfster en heeft vanaf 1990 allerlei “baantjes”: redacteur/documentalist, administratie, secretaresse, van 1996-1999: freelance tolk/-vertaler in dienst van de politie (waarschijnlijk >100 werknemers, OR RI&E onbekend, contract met arbodienst geldt niet voor freelancers). Mevrouw maakt wisselende werkweken van gemiddeld 16 uur. De ergonomie is slecht (grote mannenwerkplek voor kleine vrouw), de werkdruk is zeer hoog. De klachten beginnen een jaar na indiensttreding. Ze valt uit in maart 1999 met tintelingen en pijn in beide handen en onderarmen, koude handen. Daarnaast stijve nek, schouders en bovenrug, en slaapstoornissen ten gevolge van de pijn (slaapt enige tijd met handspalkjes). Bedrijfsarts niet in beeld, huisarts vanaf 1998, deze stelde geen diagnose, stuurde wel door naar fysiotherapie en mensendieck. Een vriend wees haar op mogelijke werkgerelateerdheid, fysiotherapie en mensendieck borduurden hierop voort. Werkplekadvies werd wel gegeven, maar er werd geen contact opgenomen met het werk. Werkneemster is zelf omscholingstraject aangegaan en ging werken als lerares Nederlands.

31. It-expert (v, 1963), biologe die geen werk vindt in eigen richting, doet poging tot eigen bedrijf die mislukt, daarna utizendwerk, omgeschoold naar it, belandt in belastende functie in de it-sector (>100 werknemers, OR onbekend, geen RI&E, contract arbodienst alleen verzuimbegeleiding). Ze werkt van 1996-1998 officieel 40 uur, maar in de praktijk 50-60 uur per week, onder hoge werkdruk, op verschillende niet aan haar aangepaste werkplekken, vele uren beeldschermwerk. De klachten ontstaan al direct maar verergeren begin 1998, wanneer zij een nieuwe werkplek krijgt. Zij loopt er nog ruim een half jaar mee door en valt eind augustus 1998 uit met pijnklachten aan beide polsen. Huisarts en bedrijfsarts stellen na verloop van tijd de diagnose RSI. Werkgever is niet op de hoogte van de diagnose. Behandeling komt traag op gang (coïncidentie met zwangerschap en bevalling) en reïntegratie al helemaal niet. Ze glijdt weg in de WAO, in 2000 80-100%, in 2003 15-25%.

32. Medisch secretaresse (v, 1962) werkt vanaf 1983 in administratieve functies, eerst fulltime, vanaf geboorte eerste kind (1994) halftime (bedrijfsvereniging, onbekend aantal werknemers, OR onbekend, geen RI&E, contract arbodienst alleen verzuimbegeleiding). Werkte 13 uur van de 18 per week achter een beeldscherm, ondeugdelijke ergonomie, echter met name werkdruk lijkt hier een factor. Vanaf 1994 steken een aantal malen RSI-achtige klachten de kop op (1994 en 1997) die na fysiotherapiebehandeling weer verdwijnen. In september 1998 ontstaan opnieuw klachten waarmee ze in oktober 1998 uitvalt. Ze herstelde slechts zeer gedeeltelijk. De werkgever, ondersteund door de bedrijfsarts oefende druk uit om meer uren te hervatten dan zij zei aan te kunnen, de klachten verergerden (ondanks inmiddels aangepaste werkplek) en ze viel definitief uit op 12 april 1999 met een doof gevoel rechterhand en -arm, krachtsverlies rechts, tintelingen in rechterschouder en -arm, nekpijn. De klachten worden na uitval gediagnostiseerd als RSI (neuroloog, revalidatiearts). Mevrouw krijgt een revalidatiebehandeling en wordt behandeld bij de RIAGG. In 2001 is mevrouw zover om nieuw werk te zoeken, ze solliciteert op een parttime functie, waarbij de revalidatiearts adviseert deze te verdelen over vijf dagen.

33. Tekenaar CAD (m, 1973) voorheen werkzaam als monteur, schoolde zich om tot technisch tekenaar, werkte slechts 4 maanden in dienst van de laatste werkgever (installatietechniek, waarschijnlijk >100 werknemers, OR onbekend, geen RI&E, contract arbodienst verzuimbegeleiding en reïntegratie). Werkte fulltime als tekenaar CAD, 90% beeldschermwerk, slechte ergonomie, geen

extreem hoge werkdruk. Ontwikkelde al na twee maanden klachten en viel na vierehalve maand (februari 2000) uit met tintelingen en pijn in beide handen, pijn die 's nachts toeneemt en spanningen, waardoor tevens slaapproblemen. Hij bezoekt na ontstaan van de klachten de huisarts die doorverwijst naar fysiotherapie. Deze diagnostiseert RSI en raadt aan de werkzaamheden te reduceren. Betrokkene krijgt weliswaar ander werk, maar ook dit is belastend. Werkgever reageert afwijzend op de klachten. Bedrijfsarts stelt *graded activity therapy* voor, hetgeen hij probeert maar stopt omdat hij dit niet adequaat vindt. Bedrijfsarts trekt daarop de handen van hem af. Betrokkene voelt zich niet serieus genomen. Wordt naderhand door huisarts nog doorverwezen naar neuroloog en psycholoog.

34. Schaderegelaar / accountmanager (m, 1955) 1980-2001 in dienst bij dezelfde werkgever (verzekeringsbedrijf, > 100 werknemers, voorheen middenbedrijf, OR onbekend, waarschijnlijk geen RI&E, contract arbodienst verzuimbegeleiding en reïntegratie). Werkt fulltime maar met structureel overwerk vele uren beeldscherm per dag, slechte ergonomie. Uitval gaat in fasen: eerste keer in 1996 na piekbelasting: pijn in nek, schouder en arm rechts. Hij hervat geleidelijk m.b.v *graded activity therapy*. In mei 1999 opnieuw een ziekmelding: nek- en schouderklachten nemen toe, ook klachten in de linkeronderarm. Hij hervat geleidelijk op andere werkplek, echter nog steeds veel beeldschermwerk. Advies; zoek ander werk extern, maar hij voelt hier niet voor (betrokkenheid bij het bedrijf is groot). Zoektocht naar ander werk intern loopt op niets uit. Verhoudingen raken verstoord. Nieuwe leidinggevende ziet er geen heil meer in. Betrokkene valt definitief uit in april 2000. Is uiteindelijk in 2001 toch opnieuw gaan werken: als parttime schaderegelaar (28 uur/week) bij ander bedrijf.

35. Datatypiste (v, 1965) werkt 11 jaar bij laatste werkgever en maakt geleidelijke demotie door: van marketing manager communicatie tot cursusorganisator tot education administrator (feitelijk: datatypiste) bij een groot softwarebedrijf (>1000 werknemers, OR, RI&E, uitgebreid contract met arbodienst). Ze werkt fulltime, veel beeldschermwerk, slechte ergonomie, hoge werkdruk (te weinig personeel). Ze valt twee keer eerder uit met depressieve klachten (1993 en 1996) en krijgt na beide keren een lagere functie. Najaar 1998 ontstaan de eerste RSI-achtige klachten: pijn in nek, schouder en arm rechts, stijve nek die last geeft bij slapen. Ze doet een aanvraag voor een aangepaste werkplek, maar voordat die is uitgevoerd, valt ze al uit op 11 maart 1999. Na uitval volgt nog een heel traject. Eerst RSI trainingsprogramma van het bedrijf, later ook fysiotherapie. De klachten persisteren. Er volgt een verwijzing naar een revalidatie behandeling gericht op reïntegratie buiten het eigen bedrijf. De werkgever vergoedt hiervan het eerste deel, maar niet het tweede, waardoor deze behandeling noodgedwongen stopt. Ze komt voor 80-100% in de WAO.

36. Grafisch ontwerper (v, 1961) werkt 18 jaar als grafisch ontwerper waarvan 13 jaar bij de laatste werkgever (1990-2003, reclamebureau, 1-10 werknemers, geen OR, geen RI&E voor uitval, later wel maar inadequaate, contract arbodienst verzuimbegeleiding en goedkeuring R&IE). Werkt fulltime, veel beeldschermwerk, matige ergonomie, hoge werkdruk (deadlines, opdrachten tussendoor). Klachten ontstaan geleidelijk vanaf 1995, toen benoemd door fysiotherapeut als RSI, de behandeling is symptomatisch, werk wordt niet aangepakt, ze werkt lang door met de klachten (wil zelf ook graag), valt uit op 7 mei 2001 met chronische hand-, pols- en duimklachten beiderzijds. Wederom wordt de

diagnose RSI gesteld. Ze krijgt revalidatiebehandeling, ergotherapeut bezoekt de werkplek. Ze doet meerdere pogingen tot hervatting, die op niets uitlopen.

37. Field manager it (m, 1944) begint zijn loopbaan in de electronica, maakt in 1971 de overstap naar de automatisering, van 1971-2002 bij hetzelfde bedrijf gewerkt, in 1997 functiewisseling van functie met vrijwel geen naar functie met zeer veel beeldschermwerk (it-bedrijf, >100 werknemers, OR, RI&E uitgebreid contract met arbodienst). Werkt 10-12 uur per dag achter een beeldscherm, waarvan 2 dagen laptop, hoge werkdruk, zeer intensieve blootstelling tussen 53<sup>e</sup> en 55<sup>e</sup> levensjaar. Klachten ontstaan in relatief korte tijd (september 1997 – maart 1998), verdwijnen na twee maanden therapie en wisseling muishand, maar komen weer terug in maart 1999. In september 1999 valt hij definitief uit met nekklachten en klachten van de rechterarm: lamme arm, pijn rechterschouderblad, forse beperkingen, kan niet eens meer schrijven. Niemand, met uitzondering van de fysiotherapie in maart 1999, legt voor de uitval in september 1999 de relatie met het werk. Daarna stellen huisarts en bedrijfsarts wel de diagnose RSI, maar met een vraagteken. De diagnose blijft eigenlijk in de lucht hangen: vermoeidheid, rug, artrose, leeftijd, stressreactie, werkplek? Bedrijfsarts pas in beeld na uitval en pleegt nauwelijks interventies, wel werkplekonderzoek na uitval, maar mager advies. Huisarts: veel verwijzingen naar paramedici, vooral symptoombestrijding. Komt voor 80-100% in de WAO.

## **BIJLAGE 5: ANALYSEKADER DOSSIERONDERZOEK**

Het analysekader is ontwikkeld op basis van literatuurstudie. In de wetenschappelijke literatuur is gezocht naar factoren die mogelijk van belang kunnen zijn bij het ontstaan en voorkomen van beroepsziekten. Tevens is een literatuurverkenning uitgevoerd naar mogelijke *motieven* van werknemers om een letselschadeclaim in te dienen.

Op grond van de literatuurverkenning is een ontwerp theoretisch kader (zie § 2.4) en een eerste ontwerp van een analysekader gemaakt – een controlelijst van items op basis waarvan de dossiers beoordeeld zouden moeten worden. Beide (theoretisch kader en controlelijst) zijn onderwerp geweest van een uitgebreide gedachtenwisseling door alle betrokken onderzoekers. Naar aanleiding van deze gedachtenwisseling is een tweede ontwerp controlelijst gemaakt, dat is beproefd aan de hand van de eerste vier dossiers – uit elke categorie één. Deze vier dossiers zijn door alle onderzoekers bestudeerd met het oog op de vraag welke items definitief een plaats zouden moeten hebben in de controlelijst. In een gezamenlijke bespreking is de controlelijst aangepast en het analysekader definitief vastgesteld. Dit analysekader (of controlelijst) bestaat voor het grootste deel uit controlepunten voor het beschrijven van de inhoudelijke details. Daarnaast is aan het eind van de controlelijst nog een aantal vragen opgenomen om te komen tot een eindoordeel per casus. Daarbij hebben *beide* onderzoekers een eindoordeel geveld over:

- factoren die hebben geleid tot het ontstaan van de beroepsziekte
- sleutelmomenten voor interventie
- factoren die van invloed zijn geweest op het interveniërend handelen
- leerpunten uit de casus.



**Controlelijst dossieronderzoek Leerzame schadeclaims**

**Onderzoeksnummer:**

**Onderzoeksdatum eerste onderzoeker:**

**Onderzoekers**

1.

2.

**Diagnose: RSI/OPS\***

**Type arbeid:** mobiel /stationair; beeldschermwerk/industrieel\*

**1. Kenmerken van de arbeid bij beroepsziekte**

A. Kenmerken werknemer

<b>Algemeen</b>	
1. Geboortedatum	
2. Nationaliteit geboorte	
3. Sekse	
4. Burgerlijke staat	
5. Kinderen (leeftijd? thuiswonend?)	
6. Opleidingsniveau <sup>47</sup>	
7. Hobbies	
8. Eerste ziekte dag	
9. In de WAO ja/nee, sinds	
10 Heeft aangepast werk binnen ander bedrijf ja/nee, sinds	
11. Gemeld bij BBZ d.d.	

47 Vul in Minder dan 6 klassen LO. 2= 6 klassen gewoon LO + vormen van buitengewoon LO die toegang geven tot het voorgezet onderwijs (bijvoorbeeld LOM onderwijs geeft toegang tot ITO/LTS/IHNO). 3=meer dan 6 klassen LO zonder verder afgesloten speciale opleiding (bijvoorbeeld het vroegere 8 klassen onderwijs, 1 jaar ULO/MAVO) alsmede het afgesloten VGLO en VBO. 4=Afgeronde opleiding minder dan MULO/MAVO-4: LTS (A+B), LEAO, huishoudelijk- en Nijverheidsonderwijs (A+B), Lagere Landbouw-en Tuinbouwschool, MAVO03. Verder diverse ("lagere") beroepsgerichte opleidingen als: kinderbescherming (A+B), Kinderverzorg(st)er, Zwakzinnigenverzorg(st)er, opleiding tot bloemist, baggeraar, banketbakker, slijter, textielverwerk(st)er. Voorts ook 3 achtereenvolgend afgesloten jaren onderwijs van niveau 5 (bijvoorbeeld Mulo, MTS en MEAO). 5=Afgeronde opleiding MAVO-4, MTS, MEAO, Detailhandelschool, Middelbare Landbouwschool, KJV-opleiding, opleiding tot verple(e)g(st)er, zwakzinnigenverzorg(st)er (na 1977), LTS (C), LHNO (C) en diverse MBO-opleidingen. Verder ook 3 achtereenvolgend afgesloten jaren onderwijs van niveau 6. 6=Afgeronde opleiding HAVO, Atheneum, Gymnasium, Lyceum, HBS, MMS, HTS, HEAO, Hogere Landbouwschool, Hogere Textielschool, opleiding tot onderwijzer, leraar (MO), analist. Voorts andere opleidingen op HBO-niveau en een aantal jaren onderwijs op niveau 7. 7= Afgeronde opleiding aan de Universiteit alsmede de Technische Hogeschool (Delft) en de Landbouw Hogeschool (Wageningen)

<b>Historie arbeid en arbeidscontracten</b>	
12. Vul de arbeidsgeschiedenis in voor zover bekend, begin met de laatste werkgever voor uitval. Indien geen volledige arbeidsanamnese mogelijk is, sla dan werkgever 2 en volgende over en geef aan het eind een samenvatting van de gegevens over de arbeidshistorie die wel beschikbaar zijn. Eventuele aanvullende opmerkingen over de arbeidshistorie kunnen daar ook worden toegevoegd.	
Werkgever 1	
Periode arbeidscontract	
Soort arbeidscontract	Vast/tijdelijk/anders, nl.*
Aantal uren per week	
Aard bedrijf / sector	
Type arbeid	Stationair/mobiel; beeldschermwerk/industrie*
Functie	
Werkgever 2	
Periode arbeidscontract	
Soort arbeidscontract	Vast/tijdelijk/anders, nl.*
Aantal uren per week	
Functie	
Werkgever 3	
Periode Arbeidscontract	
Soort arbeidscontract	Vast/tijdelijk/anders, nl.*
Aantal uren per week	
Functie	
Werkgever 4	
Periode arbeidscontract	
Soort arbeidscontract	Vast/tijdelijk/anders, nl.*
Aantal uren per week	
Functie	

<b>Arbeidshistorie beknopt en aanvullingen (alleen invullen indien nodig)</b>
13. Indien bovenstaande lijst niet volledig is in te vullen, geef dan hier een samenvatting van de gegevens over de arbeidsgeschiedenis die wel beschikbaar zijn. Hier kunnen ook aanvullende opmerkingen over de arbeidshistorie worden gemaakt. Bijvoorbeeld: werknemer heeft een bepaalde periode niet betaald gewerkt. Wat deed hij in die periode?

<i>Periodes risicovolle omstandigheden</i>	
14. Periode(s) en duur werkzaam in specifiek risicovolle omstandigheden die hebben geleid tot uitval door beroepsziekte	

<b>B. Kenmerken bedrijf</b>	
15. Omvang*	Klein/midden /groot/onbekend**
16. Aard van het bedrijf / sector	
17. Aantal werknemers met dezelfde of soortgelijke functie als slachtoffer	

18. Ondernemingsraad/personeelsvertegenwoordiging	
19. Arbocommissie / VGW-commissie	
20. Bezoek arbeidsinspectie d.d. (voor bevindingen zie hierna bij tijdsbalk interventies)	
21. RI&E (aanwezig, goedgekeurd, volledig, onbekend)	
22. Plan van aanpak (aanwezig, goedgekeurd, volledig, onbekend)	
23. Metingen binnen bedrijf gedaan, zo ja, welke en wanneer? Periodiek?	
24. Ergonomische analyse verricht?	
25. Inhoud (onderdelen) contract met arbodienst	

\* 1-9 werknemers = klein; 10-99 werknemers = midden; 100 en meer werknemers = groot (indeling CBS)

\*\* doorhalen/weghalen wat niet van toepassing is.

## 2. Het proces van het ontstaan van de beroepsziekte in beeld: de feiten

A. Chronologie van een aantal aspecten van het ziekte- en behandelproces

26. Maak met behulp van het programma Excell overzichten (**tijdbalken**) (onder elkaar geplaatst) van de volgende factoren in het ziekte- en behandelproces:

- blootstelling
- belastende gebeurtenissen in het privéleven van de werknemer
- klachten
- diagnoses
- interventies
- het leggen van een relatie met het werk
- vermeld voor zover relevant steeds de betrokken actor(en). Dus in het geval van klachten: aan wie meldde de werknemer zijn klachten? Bij diagnoses, het leggen van een relatie met het werk en interventies: wie stelde de diagnose, legde de relatie met het werk, pleegde de interventies?

### **B. Aantal en soort contacten werknemer – behandelaars**

Geef voor de volgende behandelaars aan hoeveel contacten de werknemer met hen heeft gehad gedurende de gehele in kaart gebrachte periode, <i>per jaar</i> . Dit moet gebaseerd worden op het dossier en niet op de tijdbalk, omdat de tijdbalk noodzakelijkerwijs een selectie weergeeft van de meest relevante momenten c.q. contacten.	
27. Bedrijfsarts, splits zo mogelijk uit naar:	
- Verzuim- en reïntegratiegesprekken	
- Consulten	
- PAGO	
- Werkplekbezoeken	
- Overige	
28. Huisarts	
29. Specialisten (welke?)	
30. Ziekenhuisopnames	
31. Alternatieve zorg	
32. Aantal en duur periodes behandeld door	

paramedische zorg	
33. Overige (welke?)	
34. Zijn er bepaalde vormen van zorg die niet gegeven zijn, maar die in dit geval wel gegeven hadden moeten worden (bijvoorbeeld, bepaalde specialistische zorg, paramedische zorg, etc.)? Licht toe.	

**C. Samenvatting van het geval**

Geef, na het maken van de tijdbalken, **een korte feitelijke beschrijving** (enkele zinnen) van het geval met verwerking van de aspecten die in de tijd zijn uitgezet. Geef geen interpretaties of oordelen.

35. Korte beschrijving van het ontstaan en verloop van deze beroepsziekte inclusief interventies

**3. Analyse van het proces van het ontstaan van de beroepsziekte: de aspecten van het ziekte- en behandelproces nader onderzocht**

In het onderstaande worden de aspecten van het ziekte- en behandelproces die zijn uitgezet in de tijdlijn nader belicht en geanalyseerd. Het leggen van een relatie met het werk is geen apart onderdeel, maar zit verwerkt in klachten, diagnosestelling en interventies.

**A. Belastende factoren in de arbeid / blootstelling**

36. Duur blootstelling	
37. Intensiteit blootstelling	
38. Arbeidstijden en overwerk	
39. Pauzes	
40. Mate van afwisseling in het werk	
41. Mate van autonomie / werkdruk / deadlines	
42. Werktempo	
42. Ergonomische situatie	
43. Preventieve en beschermende maatregelen	
44. Houding werkgever (op alle niveaus) ten aanzien van het ziekteproces van deze werknemer	
45. Verhoudingen op het werk, evt. in verschillende fasen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- werknemer – collega's</li> <li>- werknemer – werkgever (evt. op verschillende niveaus, bijvoorbeeld leidinggevende, P&amp;O)</li> </ul>	

**B. Belastende en steunende factoren privé**

46. Omschrijf de belastende gebeurtenissen uit de tijdbalk + aard en mate van ingeschatte belasting	
46. Kwaliteit relatie / houding partner ten aanzien van het ziekteproces	
47. Belastende activiteiten/taken privé	
48. Attitude werknemer ten aanzien van ziekte (ziektewinst, lijdensdruk, emotionele stabiliteit)	
49. Leefstijl (inclusief omgang met klachten / ziekte)	
50. Overige belastende of steunende factoren privé	

### C. De klachten

51. Fasering in de klachten?	
52. Legt de werknemer een relatie tussen de klachten en het werk? Zo ja, wanneer en hoe?	
53. Zijn er "breekpunten" aan te geven in het verloop van de klachten? Wanneer verergerden (of wellicht verminderden) de klachten? Aan welke factoren is dat mogelijk toe te schrijven (opstelling werkgever, ontbrekende steun uit omgeving, inadequaat optreden behandelcircuit)?	
54. Geef op grond van het klachtenverloop een omschrijving van de ontwikkeling van de beroepsziekte (geleidelijk, in korte tijd, intervallen, anders, nl.)	

### D. Diagnosestelling

55. Is er een fasering in de diagnosestelling?	
56. Hoe kan de diagnosestelling achteraf gezien worden beoordeeld? (adequaat / inadequaat, en waarom? Noem betrokken actoren)	
57. Is er in de diagnosestelling op enig moment een relatie gelegd met het werk? Wanneer, door wie en hoe?	
58. Wie heeft voor het eerst (wanneer) de diagnose RSI/OPS gesteld?	
59. Hoe robuust was deze diagnose (volgens het vijfstappenplan?)	
60. Is er consensus of conflict over de diagnose(s)? Licht toe.	
61. Is er melding gedaan van de beroepsziekte? Wanneer en door wie?	

62. Is er behalve een medisch-technische diagnose ook een procesdiagnose <sup>48</sup> gesteld of althans een aanzet daartoe? Wie heeft dat wanneer en hoe gedaan?	
64. Is er in de procesdiagnose op enig moment een relatie gelegd met het werk? Door wie wanneer en hoe?	
65. Geef zelf een procesdiagnose voor dit geval	

**E. Interventies<sup>49</sup>**

66. Is er een fasering aan te brengen in de interventies?	
67. Welke interventies zijn als adequaat te typeren en welke als inadequaar, en waarom? Geeft steeds aan welke actor de interventie pleegde.	
68. Is er geïnterveneerd in of met betrekking tot de werksituatie? Hoe, wanneer en door wie? Waarom?	
69. Zijn de interventies in de werksituatie als adequaat te kwalificeren? Licht toe. Welke interventies hadden er nog meer kunnen c.q. moeten plaatsvinden met betrekking tot de werksituatie? Wanneer en door wie? Is er een verklaring te vinden in het dossier waarom deze interventies niet hebben plaatsgevonden (contract arbodienst, houding werkgever, houding werknemer, houding bedrijfsarts, houding overige betrokken actoren, andere factoren, nl.)	
70. Zijn er breekpunten aan te wijzen in de wijze van interveniëren? Licht toe, en geef aan om welke actoren het gaat. Aan welke factoren is/zijn dit/deze breekpunt(en) mogelijk toe te schrijven?	
71. Heb je bepaalde interventies gemist (denk aan diagnosestelling, behandeling, maar ook aan bepaalde verzekeringstechnische interventies, zoals het geven van tijdelijk aangepast werk (TAW) door de bedrijfsarts of het afgeven van een zogenaamde blijvend medische beperking / blijvend aangepast werk volgens artikel 30 Ziektewet of de Wulbzvariant	

48 Een procesdiagnose betreft het antwoord op vragen als: waar gaat dit naartoe? Waar gaat het nu echt om in dit geval? Hoe komt het dat de gegeven diagnose tot deze uitkomsten (klachten, uitval) leidt? Waarom is het zoals het is? Waarom is het zo gelopen? Welke onderliggende factoren hebben afzonderlijk of in combinatie juist tot deze uitkomst geleid? Dat is geen medisch één-op-één verhaal, maar daarin spelen ook factoren als gedrag, beleving en dergelijke een rol.

49 Geef bij de analyse van de interventies steeds aan om wat voor interventie het gaat. Typeer zo mogelijk de interventies als verzuimbegeleiding, behandeling, reïntegratie, verzekeringstechnisch handelen. Geef ook aan welke interventies gerelateerd zijn aan het werk / de werksituatie.

**4. Het handelen van de betrokken actoren beoordeeld**

**A. Handelen werknemer**

Beantwoord de volgende vragen en licht de antwoorden toe. Geef aan in hoeverre er een ontwikkeling zit in het handelen van de werknemer. Geef voor zover relevant aan in hoeverre het handelen anders was voor en na de in het vorige hoofdstuk onderscheiden "breekpunten" (3C, 3E).	
72. Had de werknemer inzicht in zijn arbeidsomstandigheden en de risico's die hij liep?	
73. Heeft de werknemer zijn klachten – tijdig – gemeld? Aan wie?	
74. Heeft de werknemer inzicht in de relatie tussen zijn klachten en de aard van zijn werk? Heeft hij dat ook geuit? Bij wie?	
75. Is de werknemer adequaat met zijn klachten omgegaan?	
76. Heeft de werknemer actie ondernomen zijn arbeidsomstandigheden te verbeteren?	
77. Heeft de werknemer steun gezocht binnen de arbeidsorganisatie om zijn arbeidsomstandigheden te verbeteren? Hoe? Wanneer? Bij wie?	
78. Heeft de werknemer steun gezocht bij de vakbond om zijn arbeidsomstandigheden te verbeteren? Hoe? Wanneer?	
79. Heeft de werknemer steun gezocht bij de arbodienst/bedrijfsarts om iets aan zijn arbeidsomstandigheden te doen? Hoe? Wanneer?	
80. Heeft de werknemer steun gezocht binnen het behandelcircuit om iets aan zijn arbeidsomstandigheden te doen? Hoe? Bij wie? Wanneer?	
81. Heeft de werknemer adequaat gehandeld het zoeken naar reïntegratiemogelijkheden?	

**B. Handelen actoren binnen de arbeidsorganisatie**

<p>82. Geef voor alle bij het geval betrokken actoren binnen de arbeidsorganisatie (bijvoorbeeld P&amp;O, directe leidinggevende, etc.) aan in hoeverre zij competent dan wel incompetent hebben gehandeld. Geef ook aan in hoeverre zij hiermee hebben bijgedragen aan het voorkomen dan wel verergeren van de beroepsziekte.</p> <p>Aandachtspunten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kennis van en inzicht in arbeidsomstandigheden</li> <li>- actieve houding ten aanzien van problemen of tekortkomingen in de arbeidsomstandigheden; daadwerkelijke acties?</li> <li>- inzicht in ziektebeeld werknemer</li> <li>- inzicht in de relatie tussen de ziekte en het werk van de werknemer</li> <li>- bereidheid tot aanpassing werkplek aan werknemer; daadwerkelijke acties?</li> <li>- bereidheid tot zoeken naar ander werk binnen de organisatie; daadwerkelijke acties?</li> <li>- initieert en onderhoudt contact met bedrijfsarts; hoe?</li> <li>- anders, nl.</li> </ul>	
Actor 1, vul in:	
Actor 2, vul in:	

Actor 3: vul in:	
------------------	--

### C. Handelen bedrijfsarts

Beantwoord de volgende vragen met betrekking tot de bedrijfsarts en licht je antwoorden toe	
<p>83. Primaire preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heeft de bedrijfsarts geadviseerd over RI&amp;E. Wanneer?</li> <li>- Acties gericht op een breder personeelsbestand dan alleen deze werknemer, naar aanleiding van de ziekmelding en het ziekteverloop van deze werknemer.</li> <li>- Melding beroepsziekte? Wanneer?</li> <li>- Anders, nl.</li> </ul>	
<p>84. Secundaire preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hield de bedrijfsarts een PAGO? Zo ja, wat heeft dit opgeleverd met betrekking tot het onderhavige geval?</li> <li>- Was het houden van een PAGO opgenomen in het contract met de werkgever?</li> <li>- heeft de bedrijfsarts tijdig en adequaat gediagnostiseerd? (medische diagnose en procesdiagnose)</li> <li>- heeft hij adequaat verwezen voor hulp bij het diagnostiseren?</li> </ul>	
<p>85. Tertiaire preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft de bedrijfsarts tijdig en adequaat een relatie gelegd tussen de ziekte en het werk?</li> <li>- Heeft hij contact opgenomen met de werkgever? Hoe? Met welk resultaat?</li> <li>- Heeft hij een werkplekbezoek afgelegd? Wanneer, met welk resultaat?</li> <li>- Heeft hij een advies uitgebracht aan de werkgever omtrent de aanpassing van de werkplek c.q. het werk van de werknemer?</li> <li>- Heeft hij zich voldoende en adequaat ingespannen ten aanzien van de reïntegratie van de werknemer?</li> </ul>	
<p>86. Geef een oordeel over de vraag in hoeverre de bedrijfsarts in het onderhavige geval heeft gehandeld volgens de <i>state of the art</i>.<sup>50</sup></p>	
<p>87. Heeft de bedrijfsarts in het onderhavige geval de regiefunctie op zich genomen? Licht toe.</p>	
<p>88. Wat had de bedrijfsarts volgens jou in het onderhavige geval nog meer of anders moeten doen? Licht toe.</p>	

### D. Handelen andere zorgverleners

50 Hanteer bij de beoordeling van het handelen van de bedrijfsarts het principe van "the state of the art". Voor RSI geeft de Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met klachten aan arm, schouder of nek van de NVAB uit 2003 hierbij houvast. Voor OPS is een nuttige leidraad: Van der Laan, Emmens & Besems, 1998. Daarnaast moet er bij de beoordeling van de interventies steeds gerefereerd worden aan de context van dit specifieke geval.



89. Beantwoord voor alle andere betrokken zorgverleners de volgende vragen en licht je antwoorden toe:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er tijdig en adequaat gediagnostiseerd?</li> <li>- Was de behandeling adequaat?</li> <li>- Is er een relatie gelegd met tussen de klachten / ziekte en het werk?</li> <li>- Had de zorgverlener nog meer of iets anders moeten doen? Wat?</li> </ul>	
Zorgverlener 1:	
Zorgverlener 2:	
Zorgverlener 3:	

Voeg zorgverleners toe indien nodig

### E. Afstemming en samenwerking

Hoe was in het onderhavige geval de onderlinge afstemming en samenwerking tussen	
90. Huisarts en bedrijfsarts	
91. Bedrijfsarts en overige zorgverleners	
92. Huisarts en andere zorgverleners	
93. Bedrijfsarts en bedrijf	
94. Was de afstemming en samenwerking voldoende en adequaat? Zo ja, waarom? Zo nee, wat had er anders gemoeten?	

### 5a. Eindoordeel onderzoeker 1 (respectievelijk 2)

#### A. Factoren die hebben geleid tot het ontstaan van de beroepsziekte

Geef van onderstaande factoren aan in hoeverre en op welke wijze ze hebben bijgedragen aan het ontstaan van de beroepsziekte	
95. Factoren met betrekking tot het individu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- constitutie</li> <li>- attitude</li> <li>- handelen</li> <li>- privésituatie</li> <li>- anders, nl.</li> </ul>	
96. Factoren met betrekking tot de arbeidsorganisatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- risico's en blootstelling</li> <li>- arbobeleid (inclusief inhoud contract arbodienst)</li> <li>- verhoudingen</li> <li>- anders, nl.</li> </ul>	
97. Factoren met betrekking tot de begeleiding en behandeling: <ul style="list-style-type: none"> <li>- inadequaat handelen bedrijfsarts</li> <li>- inadequaat handelen andere behandelaars</li> <li>- gebrekkige communicatie, afstemming en samenwerking met bedrijf</li> <li>- gebrekkige communicatie, afstemming en samenwerking binnen behandelcircuit</li> </ul>	
98. Andere factoren	

#### B. Factoren die van invloed zijn geweest op het interveniërend handelen

<p>Probeer naar aanleiding van de chronologie en de analyse van de interventies factoren te vinden die van invloed zijn geweest op het inadequaaf dan wel adequaat handelen van bedrijfsarts en betrokken behandelaars.</p> <p>Aandachtspunten zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inhoud contract arbodienst</li> <li>- verhouding met het bedrijf / opstelling werkgever</li> <li>- houding werknemer</li> <li>- samenwerking in het behandelcircuit</li> <li>- kenmerken van de sociale verzekeringswetgeving</li> <li>- optreden door de uitkeringsinstantie</li> <li>- overige</li> </ul>	
99. Bedrijfsarts	
100. Huisarts	
101. Specialisten	

**C. Sleutelmomenten voor interventie**

102. Wat waren, achteraf gezien, de sleutelmomenten voor interventie in deze casus? (zie 3 E) Indien er op die momenten is geïntervenieerd, geef dan aan wat daar goed aan was. Indien niet, geef aan wat er had kunnen c.q. moeten gebeuren en door wie.	
103. Kun je verklaren waarom die wel/niet zijn benut?	
104. Wat zou er moeten c.q. kunnen veranderen om ervoor te zorgen dat deze momenten in een volgend, soortgelijk geval wel benut zouden worden?	

**D. Leerpunten uit deze casus**

<p>Hoe kan in de toekomst een geval als het onderhavige worden voorkomen? M.a.w. wat leren we uit deze casus?</p>	
<p>105. Geef puntsgewijs weer wat we leren uit deze casus. Geef aan welke actoren zich de leerpunten moeten aantrekken. Ga specifiek in op de rol van de bedrijfsarts. Splits uit naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primaire preventie (voorkomen van ziekte: arbobeleid)</li> <li>- secundaire preventie (vroeg opsporing van ziekte: PAGO en verzuimbegeleiding)</li> <li>- tertiaire preventie (complicaties en ziekteverergering voorkomen en leren leven met ziekte: behandeling en reïntegratie)</li> </ul>	

## **BIJLAGE 6: BIJEENKOMST FOCUSGROEP**

Op 24 november 2008 zijn de eerste bevindingen van het dossieronderzoek voorgelegd aan een focusgroep van ervaren bedrijfsartsen. Doel van deze bijeenkomst was na te gaan of, en in hoeverre, de onderzochte 'worst cases' representatief zijn voor de bedrijfsartsenpraktijk. Tevens wilde de projectgroep nagaan of de conclusies van de projectgroep herkenbaar waren voor de aanwezige bedrijfsartsen. De bijeenkomst had dus het karakter van een 'peer review'. In dit verslag wordt eerst de achtergrond van de deelnemers en de opzet van de workshop uiteengezet. Vervolgens worden de uitkomsten gepresenteerd, onderverdeeld in de herkenbaarheid van de cases in de bedrijfsartsenpraktijk en verklaringen van de focusgroep omtrent de handelswijze van bedrijfsartsen. Tenslotte volgt een beschouwing van de projectgroep omtrent de uitkomsten van de focusgroep.

De werving van de deelnemende bedrijfsartsen geschiedde door middel van een oproep in de e-mailnieuwsbrief van de NVAB (leden). Hierop kwamen acht reacties. Eén bedrijfsarts is op verzoek van de voorzitter van de bijeenkomst deelnemer geworden vanwege zijn expertise van arbozorg in de industrie.

De achtergrond van de deelnemende bedrijfsartsen is verschillend:

- Vier van hen zijn werkzaam bij een interne arbodienst van een groot concern. De rest is werkzaam als zelfstandig gevestigd bedrijfsarts.
- De deelnemende bedrijfsartsen zijn werkzaam in verschillende branches: chemie, bank- en verzekeringswezen, gezondheidszorg, MKB.
- Een aantal van hen vervult nevenfuncties: medisch adviseur letselschade bij een verzekeringsconcern, lid van de bedrijfsinterne commissie ongevallen- en beroepsziektenclaims, medisch adviseur ten behoeve van een bureau voor slachtoffers van beroepsziekten, medisch adviseur van enkele advocatenkantoren.

### **Opzet workshop**

Na een korte introductie van de probleemstelling, werkwijze en uitkomsten van het onderzoeksproject, werden de bedrijfsartsen eerst zelf aan het woord gelaten omtrent hun ervaringen met het opsporen van beroepsziekten. Daarna werden twee van de cases uit het onderzoek aan hen voorgelegd. Centrale vraag hierbij was in hoeverre de werkwijze van de bedrijfsartsen in deze cases voor hen herkenbaar was. Vervolgens werd ook gevraagd naar verklaringen voor (tekortkomingen in) de werkwijze van de bedrijfsartsen in deze cases en in de bedrijfsartsenpraktijk in het algemeen.

### **Herkenbaarheid cases**

Behalve uit de bespreking van de cases, komt ook uit de bespreking van de eigen ervaringen van de bedrijfsartsen die daaraan vooraf ging, naar voren dat de praktijken zoals die zich voordoen in de bestudeerde *worst cases* op belangrijke punten herkenbaar zijn voor de aanwezige bedrijfsartsen. De volgende elementen van herkenning werden genoemd:

- De late melding van klachten door de werknemer.
- De late betrokkenheid van de bedrijfsarts
- De moeite die een bedrijfsarts heeft om complexe ziektebeelden tijdig en adequaat te herkennen en te diagnostiseren.
- De geringe kennis bij de bedrijfsarts van de specifieke werkomstandigheden van de betrokken werknemer, zoals geen indruk van de blootstelling.
- Het nalaten van controle op en evaluatie van de eigen adviezen.
- De primaire gerichtheid op werkhervatting.
- Beperkte communicatie met de huisarts.

### Verklaringen focusgroep

Een element dat op basis van de onderzoeksgegevens slechts in de vorm van vermoedens kan worden geformuleerd, is in de focusgroep aan de orde gesteld, te weten: verklaringen voor de tekortkomingen in de werkwijze van de bedrijfsarts. De deelnemers aan de focusgroep geven de volgende verklaringen.

1. **De positie van de bedrijfsarts is een lastige**, onder andere ten gevolge van:
  - een tendens tot 'kleine' contracten: veel werkgevers kopen slechts verzuimbegeleiding in, dus dan is er geen geld voor activiteiten gericht op preventie. Ook werkplekonderzoek valt vaak niet onder het contract.
  - een tendens de bedrijfsarts niet in te schakelen bij het maken van de RI&E, met name in het MKB. Zo heeft deze hierin vaak geen inzicht.
  - de toename van concurrentie in de arbozorg door het mogelijk maken van het inkopen van 'arbozorg op maat' sinds 2005. Hierdoor wordt de bedrijfsarts die binnen een multidisciplinaire arbodienst opereert beconcurrereerd door vrijgevestigde bedrijfsartsen, maar ook heeft het scheppen van deze mogelijkheid tot gevolg gehad dat er in toenemende mate zogenaamde 'verzuimbureaus' opkomen, die fungeren als een schakel tussen werkgever en bedrijfsarts. Dit leidt ertoe dat de bedrijfsarts alleen nog wordt ingeschakeld voor een probleemanalyse en zodoende niet in de gelegenheid is complexere gevallen op te sporen. Overigens speelden de meeste cases uit het onderzoek reeds vóór 2005.
  - de bedrijfsarts heeft vaak hooguit incidenteel contact met de feitelijke werkgever .
2. **Er is onvoldoende continuïteit in de arbozorg.** Oorzaken die men hiervoor noemt zijn:
  - kortlopende contracten tussen werkgever en arbodienst, dus wisselende arbodiensten.
  - wisselende bedrijfsartsen, ten gevolge van wisseling arbodiensten, maar ook ten gevolge van toewijzingsbeleid van arbodiensten (toewijzing bedrijfsartsen aan bedrijven).
  - dossieroverdracht is niet verplicht en niet gebruikelijk. Door overgang naar een nieuwe arbodienst stopt dus het dossier en moet de anamnese opnieuw gemaakt worden.
3. **De kennis van de bedrijfsarts is niet altijd adequaat.** Factoren die hierbij een rol spelen:
  - geen tijd voor eigen (literatuur)onderzoek
  - gebrek aan fondsen die bedrijfsartsen in staat stellen aanvullend onderzoek te doen naar een bepaalde beroepsziekte

- gemis aan stafmatige ondersteuning en intercollegiaal overleg bij zelfstandige bedrijfsartsen.
4. **De houding van de bedrijfsarts is niet altijd professioneel.** Dit wordt geweten aan:
- gebrek aan nieuwsgierigheid (bedrijfskennis, kennis van de specifieke arbeidsomstandigheden, kennis van risico's en risicogroepen)
  - gebrek aan doortastendheid (uitvoering van eigen adviezen controleren en evalueren).
  - gebrek aan gerichtheid in de opleiding op een professionele beroepshouding, een gevoel van beroepseer.

### **Beschouwing onderzoeksgroep**

Er waren verschillende soorten bedrijfsartsen aanwezig in de focusgroep. De bedrijfsartsen werkzaam bij een interne arbodienst van een grote onderneming toonden zich kritischer ten aanzien van het handelen van hun eigen beroepsgroep dan degenen die – veelal als zelfstandig gevestigde bedrijfsarts – in het MKB werkzaam zijn. De laatstgenoemden lijken zich te hebben neergelegd bij de negatieve randvoorwaarden voor hun beroepsuitoefening, of althans lijken zich onmachtig te voelen om hier iets aan te veranderen. Zo 'accepteren' zij armoedige contracten, het ontbreken van zorg anders dan wanneer de werkgever er om vraagt, dominantie van marktgericht denken bij de klanten én de arbodienst ('we mogen de klant niet ontriefen', zo stelde één van hen), versnippering van zorg over meerdere arbofunctionarissen zonder samenhang, etc.

Wanneer het beeld dat uit de focusgroep naar voren komt omtrent de voorwaarden waaronder de zorg moet worden geleverd en de onmacht van de beroepsgroep om hieraan iets te veranderen, representatief is voor de rest van de arbozorg in Nederland<sup>51</sup>, zou dat impliceren dat voor een belangrijk deel van de werknemers in risicovolle bedrijven (o.a. MKB) kwalitatief goede arbozorg onmogelijk is.

## **BIJLAGE 7: SAMENSTELLING KLANKBORDGROEP**

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
Dhr. J. Boer	Delta Lloyd
Mevr. A. Goossens	Verbond van Verzekeraars
Mevr. E. Heerschop	MHP
Dhr. M. van Mierlo	MKB Nederland
Mevr. J. van Midlum	OPS Patiëntenvereniging
Mevr. S. Oudshoff	RSI Patiëntenvereniging
Mevr. D. Schiet	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

---

51 Na de workshop met de focusgroep, zijn nog drie workshops met bedrijfsartsen geëntameerd in het kader van dit onderzoek, waaruit een soortgelijk beeld naar voren kwam: slechte voorwaarden voor goede zorgverlening worden door een deel van de bedrijfsartsen kritisch gezien, door een ander (groter) deel als een gegeven waarop zij zelf in ieder geval geen invloed hebben.

## **BIJLAGE 8: VRAGENLIJST TEN BEHOEVE VAN INTERVIEWS**

De vragenlijst en de interviews kennen de volgende indeling:

### ***I: introductie en achtergronden***

Doel van de introductie is:

- kennismaken
- toelichting geven op het onderzoek,
- schets aanpak interview en
- achtergronden van betrokkene en bedrijf weten.

### ***II. Motieven om een claim in te dienen***

Hoofdvragen:

1. Wat waren voor u de belangrijkste motieven om een claim tegen uw (voormalige) werkgever in te dienen?
2. Zijn er andere factoren die van belang zijn geweest bij uw overweging om al dan niet een claim in te dienen? Denk bijvoorbeeld aan de angst voor een langdurige procedure, angst voor repercussies van de werkgever, en de kans dat de zaak verloren wordt.
3. Heeft u zelf informatie ingewonnen (over uw beroepsziekte, over uw recht om een claim in te dienen, etc.)? Zo ja, hoe en bij wie?
4. Bent u bij het maken van uw uiteindelijke keuze, d.w.z. het daadwerkelijk indienen van een claim, (mede) beïnvloed door andere partijen? Zo ja, door wie?

### ***III. Preventiemogelijkheden***

Hoofdvraag:

Wat had in uw concrete geval het indienen van een claim kunnen voorkomen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan een betere reïntegratie, betere ziektebegeleiding, (tijdelijke) aanvulling van uw / een betere sociale zekerheid, etc.

### ***IV. Terugkoppeling***

Hoofdvraag:

Hoe is het nu (in 2008) met u?

### ***V. Terugblik: Hoe kijkt u terug op de gebeurtenissen?***

Hoofdvragen:

- a) heeft het indienen van de claim het effect gehad dat u ervan verwachtte?
- b) effect op de preventie in het bedrijf
- c) wat zou u doen als u nu weer in een soortgelijke situatie zou zijn: weer een claim indienen?

## Ad I: introductie Informatie achtergronden

**1      Geboortedatum:**

.....

**2      Geslacht**

- Man
- Vrouw

**3      Burgerlijke staat**

- Gehuwd
- Samenwonend
- Gescheiden
- Alleenstaand

**4      Welke beroepsziekte heeft u?**

- OPS
- RSI
- OPS plus nog een of meerdere andere beroepsziekten
- RSI plus nog een of meerdere andere beroepsziekten

**5      Wie heeft de beroepsziekte vastgesteld?**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- Solvent Team Amsterdam
- Solvent Team Enschede
- Medisch specialist.....
- Dr. Van Eijdsen/Besseling
- een andere deskundige, namelijk.....
- niet van toepassing

Hebt u aanvullende opmerkingen over de diagnose, vermeld ze dan hier onder:

- 6** Hebt u geheel of gedeeltelijk moeten stoppen met werken als gevolg van de beroepsziekte?
- ja
  - nee (ga naar vraag 8)
- 7** In welk jaar bent u gestopt met werken door de beroepsziekte (1<sup>e</sup> ziekte dag)?
- jaartal: .....
- 8** Bij welk type bedrijf was u werkzaam?
- .....
- 9** Welk arbeidscontract had u bij dit bedrijf?
- vast contract, onbepaalde tijd
  - tijdelijk contract voor bepaalde tijd
  - uitzendkracht
  - anders
- 10** Is uw arbeidscontract officieel ontbonden?
- ja
  - nee
  - weet niet/nvt
- 11** Hebt u hiervoor een ontslagvergoeding ontvangen (naast uw aansprakelijkheidsclaim)
- ja (bedrag:.....)
  - nee
  - weet niet/nvt
- 12** Had u destijds een leidinggevende positie?
- nee
  - ja, ik was voorman
  - ja, ik was uitvoerder
  - ja, ik had een andere leidinggevende positie, namelijk.....
- 13** 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

**14 Hoeveel werknemers had het bedrijf destijds in vaste dienst?**

- minder dan 10 werknemers
- 11- 50 werknemers
- 51- 100 werknemers
- meer dan 100 werknemers
- weet niet

**15 Hoeveel van die werknemers waren ook blootgesteld aan dezelfde soort omstandigheden als u (en maakten kans op OPS en RSI)?**

.....

**16 Wat vond u van de arbeidsomstandigheden in het bedrijf?**

- .....
- .....
- .....
- .....

**17 Wat deed men in het bedrijf eraan om de arbeidsomstandigheden te verbeteren?**

- .....
- .....
- .....
- weet niet

**18 Hoe was de organisatie van de arbeidsomstandigheden binnen het bedrijf in het jaar dat u ziek uitviel (1<sup>e</sup> ziekte dag)? Vult u aub onderstaande tabel in. Zet een kruis bij ja, nee of weet niet.**

	ja	nee	weet niet
Was er in het bedrijf een arbo-coördinator (of kam -coördinator of coördinator vgw)?			
Was er een ondernemingsraad (OR)/personeelsvertegenwoordiging (PVT)?			
Was het bedrijf (of een deel ervan) VCA gecertificeerd?			
Was de vakbond actief met arbeidsomstandigheden binnen het bedrijf?			
Was in het bedrijf een arbocommissie of vgw commissie?			
Had het bedrijf een RI&E?			

**19 Waardoor is volgens u de beroepsziekte ontstaan?**

Let op: eerst open vraag stellen, daarna enkele factoren nagaan zoals:

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- blootstelling aan gevaarlijke stoffen
- onvoldoende ventilatie
- onvoldoende afzuiging
- werkmethoden
- organisatie van het werk
- onvoldoende toezicht
- onvoldoende voorlichting
- gedrag van collega's of betrokkene
- werkdruk
- overwerk
- geen kennis van de risico's op het werk

**20 Wat was uw eigen rol in het ontstaan van de beroepsziekte?**

- .....
- .....
- geen enkele rol

**21 Droeg u de vereiste persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's)?**

- ja
- nee
- weet niet/nvt

**22 Hoe werd er door verschillende mensen(actoren) op de beroepsziekte gereageerd? (aankruisen of men wist van beroepsziekte; achter betrokkene mening opschrijven)**

Zet een kruis bij de actor die weet heeft van de beroepsziekte bij betrokkene	Vermeld per actor de mening over ontstaan beroepsziekte (vermeld – als mening niet bekend is)
huisarts	
bedrijfsarts	
directie	
personeelszaken	
direct leidinggevende	
collega's (aantal noemen aub:.....)	
de arbocoördinator / kam -coördinator	
de ondernemingsraad/pvt	
de arbeidsinspectie	
verzekeringsarts UWV	

de vakbond	
andere mensen, namelijk.....	
weet niet	

**23 Is er naderhand een onderzoek geweest naar het ontstaan van de beroepsziekte?**

Let op: u mag meerdere antwoorden geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nee                          | <input type="checkbox"/> ja, door bedrijfsarts      |
| <input type="checkbox"/> ja, door de arbeidsinspectie | <input type="checkbox"/> ja, door extern deskundige |
| <input type="checkbox"/> ja, door de verzekeraar      | <input type="checkbox"/> ja, door anderen, namelijk |
| <input type="checkbox"/> ja, door de arbocoördinator  |   |
| <input type="checkbox"/> weet niet                    | <input type="checkbox"/> .....                      |

**24 Is de beroepsziekte gemeld bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten?**

- ja
- nee
- weet niet

**25 Hebben een of meerdere collega's ook de beroepsziekte opgelopen?**

- ja (vermeld aantal collega's:..... en jaar uitval: .....) )
- nee
- weet niet

**26 Hebben een of meerdere collega's ook een claim ingediend?**

- ja
- nee
- weet niet

**II. Motieven om een claim in te dienen**

**1 In welk jaar is de claim ingediend?**

.....

**2 Hoe kwam u op het idee om een claim in te dienen?**

Let op: u mag meerdere antwoorden geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ik kende mijn rechten
- collega's wezen mij op de mogelijkheid
- het bedrijf wees me op mogelijkheid een claim in te dienen
- de vakbond maakte mij erop attent
- de vereniging OPS/RSI-vereniging gaf mij dat advies
- door publiciteit werd ik attent gemaakt op deze mogelijkheid
- anderen kwamen op het idee, namelijk.....

Aanvullende Vraag:

**2.a. was u op de hoogte van het bestaan van de vereniging OPS/RSI patiëntenvereniging?**

- Ja, ik was op de hoogte van de vereniging OPS/RSI-patiëntenvereniging
- Ja, ik was lid van een van die verenigingen
- Nee
- Weet niet

Ps vermeld ook of men nu lid is.

**3 Wat waren voor u de belangrijkste motieven om een claim tegen uw (voormalige) werkgever in te dienen?**

Stel eerst open vraag en vraag daarop door

Ga vervolgens onderstaande checklist na

Vraag tenslotte: wat was de belangrijkste reden

**Checklist motieven om een claim in te dienen:**

a.financieel:

- geldgebrek
- ontwikkeling sociale zekerheid (hoogte wao/wia uitkering, geringere toelatingskans)
- no cure no pay was een goedkope en gemakkelijke toegang tot rechtshulp
- grote kans op werkloosheid

b.sociaal emotioneel:

- leed, pijn,
- erkenning ziekte helpt om leed te verwerken
- wraak tegen werkgever
- acceptatie beroepsziekte

c.altruïstisch

- preventie beroepsziekten algemeen
- preventie van deze specifieke beroepsziekte
- herkenning ziekte helpt anderen
- preventie beroepsziekten binnen dit bedrijf

d.andere motieven

**4 Zijn er andere factoren die van belang zijn geweest bij uw overweging om al dan niet een claim in te dienen? Denk bijvoorbeeld aan**

- de angst voor een langdurige procedure en de effecten daarvan op persoon
- angst voor repercussies van de werkgever
- de kans dat de zaak verloren wordt
- kosten
- belasting van mijzelf

- belasting van mijn partner, onzekerheid
- nvt

**5 Heeft u zelf informatie ingewonnen (over uw beroepsziekte, over uw recht om een claim in te dienen, etc.)? Zo ja, hoe en bij wie?**

- directe omgeving (familie, vrienden)
- zorg (bedrijfsarts, huisarts, overig)
- werkgever
- OPS/RSI-vereniging
- vakbond
- Bureau Beroepsziekten FNV
- anders, namelijk
- nvt

**6 Bent u bij het maken van uw uiteindelijke keuze, d.w.z. het daadwerkelijk indienen van een claim, (mede) beïnvloed door andere partijen? Zo ja, door wie?**

- directe omgeving (familie, vrienden)
- zorg (bedrijfsarts, huisarts, overig)
- werkgever
- OPS/RSI-vereniging
- vakbond
- Bureau Beroepsziekten FNV
- anders, namelijk
- nvt

**7 Wie heeft u bijgestaan bij het indienen en afhandelen van uw schadeclaim? En hoe waardeert u hun werk (cijfer 1-10)**

<input type="checkbox"/> een advocaat, namelijk.....
<input type="checkbox"/> arboclaim
<input type="checkbox"/> bureau beroepsziekten fnv
<input type="checkbox"/> bureau voor rechtshulp
<input type="checkbox"/> letselschadebureau Pals
<input type="checkbox"/> een ander letselschadebureau, namelijk.....
<input type="checkbox"/> een rechtsbijstandverzekeraar, namelijk.....
<input type="checkbox"/> mijn vakbond, namelijk.....
<input type="checkbox"/> de vereniging OPS
<input type="checkbox"/> anderen, namelijk.....
<input type="checkbox"/> niemand, ik heb mijn eigen belangen behartigd

**8 Welke personen weten van uw claim en hoe reageerden de volgende personen op uw claim?**

Kennis van de claim	Reactie: + = positief / - = negatief wn = weet niet/andere reactie...
<input type="checkbox"/> huisarts	
<input type="checkbox"/> bedrijfsarts	
<input type="checkbox"/> directie	
<input type="checkbox"/> personeelszaken	
<input type="checkbox"/> direct leidinggevende	
<input type="checkbox"/> collega's (aantal noemen aub:.....)	
<input type="checkbox"/> de arbocoördinator / kam -coördinator	
<input type="checkbox"/> de ondernemingsraad/pvt	
<input type="checkbox"/> de arbeidsinspectie	
<input type="checkbox"/> verzekeringsarts UWV	
<input type="checkbox"/> de vakbond	
<input type="checkbox"/> andere mensen, namelijk.....	
<input type="checkbox"/> weet niet	

Op welke datum is (of zijn) de schadeclaim(s) ingediend en afgehandeld?

Datum indiening claim	Datum afhandeling claim

**10 Zijn er problemen geweest in de afhandeling van de claim(s)?**

- ja (licht toe:.....)
- nee
- weet niet

**11 Had de afhandeling van de claim positieve of negatieve effecten op u?**

- ja psychisch
- ja, lichamelijk (licht toe:.....)
- ja, emotioneel
- nee
- weet niet

**12 Hebt u behalve van BBZ FNV ook nog andere vormen van juridische bijstand gehad?**

- ja (licht toe:.....)
- nee

- weet niet

**13 Wat is uw mening over de juridische bijstand van BBZ FNV?**

(Geef per onderwerp een rapportcijfer en geef per onderwerp eventueel een toelichting)

- kwaliteit van de bijstand door BBZ
- kosten van de bijstand door BBZ
- informatievoorziening door BBZ
- overige aspecten

**III. Preventiemogelijkheden**

- **Wat had in uw concrete geval het indienen van een claim kunnen voorkomen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan een**

Mogelijke factoren ter voorkoming claim	Toelichting
betere reïntegratie	
betere ziektebegeleiding	
(tijdelijke) aanvulling van uw inkomen	
een betere sociale zekerheid	
betere preventie	
betere bejegening door: a. bedrijfsarts b. werkgever c. UWV	
baangarantie	
anders, namelijk	
claim was niet te voorkomen geweest	

#### IV. Terugkoppeling: Hoe is het nu (in 2008) met u?

##### 1 Hoe omschrijft u uw huidige gezondheidssituatie?

- ik heb meer gezondheidsklachten dan voorheen, namelijk.....
- ik heb minder gezondheidsklachten dan voorheen, namelijk.....
- ik heb nieuwe gezondheidsklachten, namelijk.....
- ik ben geheel hersteld, namelijk.....
- anders, namelijk.....

##### 2 Hoe is uw huidige situatie ten aanzien van inkomen en werk?

Pas op: lees eerst de verschillende antwoorden goed door voordat u het juiste hokje aankruist.

- ik heb alleen een arbeidsongeschiktheidsuitkering  
(vermeld hier ao percentage:.....% en bedrag uitkering: .....)
- ik heb een arbeidsongeschiktheidsuitkering plus een werkloosheidsuitkering  
(vermeld hier ao percentage:.....% en bedrag uitkering: .....)
- ik heb een arbeidsongeschiktheidsuitkering plus een bijstandsuitkering  
(vermeld hier ao percentage:.....% en bedrag uitkering: .....)
- ik heb een werkloosheidsuitkering  
vermeld hier bedrag uitkering:.....
- ik ben nog in dienst van de werkgever waar ik door de beroepsziekte ben uitgevallen (zie vraag 3)
- ik ben in dienst bij een nieuwe werkgever (zie vraag 4)
- ik heb uitsluitend een volledige bijstandsuitkering
- ik heb aow/pensioen  
vermeld hier bedrag uitkering:.....
- ik heb een vut uitkering  
vermeld hier bedrag uitkering:.....

ik verkeer in een andere situatie, namelijk.....

##### 3 U bent werkzaam bij dezelfde werkgever

###### a. Welke functie hebt u op dit moment ?

- ik heb dezelfde functie als voorheen, namelijk.....
- ik heb een andere functie op een hoger niveau, namelijk.....
- ik heb een andere functie op een lager niveau, namelijk.....
- ik heb een andere functie op hetzelfde niveau, namelijk.....



b. Hoe hoog is uw netto befteedbaar inkomen (= eventueel loon, fhadevergoeding, wao/wia uitkering) in vergelijking met het inkomen voor het ontftaan van OPS/RSI ?

- mijn (netto)befteedbaar inkomen is verbeterd, namelijk.....
- mijn (netto) befteedbaar inkomen is verslechterd, namelijk.....
- mijn (netto) befteedbaar inkomen is gelijk gebleven, namelijk.....

c. Wordt u in uw huidige werk nog blootgefteld aan de belastende omftandigheden voor OPS?:

- neen, ik heb geen contact met oplofmiddelen
- ja, ik werk nog steeds met producten die oplofmiddelen bevatten en werk zonder befcberming
- ja, ik werk nog steeds met producten die oplofmiddelen bevatten maar wordt er goed tegen befcbermd
- ja, anders, namelijk.....
- weet niet

d. Wordt u in uw huidige werk nog blootgefteld aan de belastende omftandigheden voor RSI?:

- nee, ik doe werk dat geen RSI gevaar kent
- ja, maar de omftandigheden waaronder ik werk zijn beter, zoals
  - betere organisatie
  - geen eenzijdige arbeid meer
  - afwisseling met andere arbeid
  - betere ergonomie
  - goede pauzeregeling
  - minder werkdruk
  - voor een beperkt aantal uren in de week
  - anders, namelijk.....
- weet niet

e. Is uw eigen gezondheidsgedrag op het werk wel of niet veranderd door de OPS/RSI en de fhadedeclaim?

Let op: u mag meerdere antwoorden geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ik werk nu gezonder
- ik meld eerder ongezonde ftuaties aan de leiding
- ik meld eerder ongezonde ftuaties aan collega's
- ik meld ongezonde ftuaties aan de arbeidsinspectie
- ik meld ongezonde ftuaties aan de ondernemingsraad/arbocommissie/pvt
- ik meld ongezonde ftuaties aan de vakbond
- ik fchakel eerder de bedrijfsarts in
- de beroepsziekte (en de claim) heeft geen invloed gehad op mijn gedrag
- ik ga nu verantwoord om met gevaarlijke ftoffen
- ik ga nu verantwoord om met belastend werk
- anders, namelijk.....
- weet niet

**4 u bent werkzaam bij een *andere* werkgever**

a. Welke functie hebt u op dit moment ?

- ik heb dezelfde functie als voorheen, namelijk.....
- ik heb een andere functie op een hoger niveau, namelijk.....
- ik heb een andere functie op een lager niveau, namelijk.....
- ik heb een andere functie op hetzelfde niveau, namelijk.....

b. Hoe hoog is uw netto besteedbaar inkomen (= eventueel loon, schadevergoeding, wao/wia uitkering) in vergelijking met het inkomen voor het ontstaan van OPS/RSI ?

- mijn (netto)besteedbaar inkomen is verbeterd, namelijk.....
- mijn (netto) besteedbaar inkomen is verslechterd, namelijk.....
- mijn (netto) besteedbaar inkomen is gelijk gebleven, namelijk.....

c. Wordt u in uw huidige werk nog blootgesteld aan de belastende omstandigheden voor OPS?:

- nee, ik heb geen contact met oplosmiddelen
- ja, ik werk nog steeds met producten die oplosmiddelen bevatten en werk zonder bescherming
- ja, ik werk nog steeds met producten die oplosmiddelen bevatten maar wordt er goed tegen beschermd
- ja, anders, namelijk.....
- weet niet

d. Wordt u in uw huidige werk nog blootgesteld aan de belastende omstandigheden voor RSI?:

- nee, ik doe werk dat geen RSI gevaar kent
- ja, maar de omstandigheden waaronder ik werk zijn beter, zoals
  - betere organisatie
  - geen eenzijdige arbeid meer
  - afwisseling met andere arbeid
  - betere ergonomie
  - goede pauzeregeling
  - minder werkdruk
  - voor een beperkt aantal uren in de week
  - anders, namelijk.....
- weet niet

e. Is uw eigen gezondheidsgedrag op het werk wel of niet veranderd door de OPS/RSI en de schadeclaim?

Let op: u mag meerdere antwoorden geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ik werk nu gezonder
- ik meld eerder ongezonde situaties aan de leiding
- ik meld eerder ongezonde situaties aan collega's
- ik meld ongezonde situaties aan de arbeidsinspectie
- ik meld ongezonde situaties aan de ondernemingsraad/arbocommissie/pvt

- ik meld ongezonde situaties aan de vakbond
- ik schakel eerder de bedrijfsarts in
- de beroepsziekte (en de claim) heeft geen invloed gehad op mijn gedrag
- ik ga nu verantwoord om met gevaarlijke stoffen
- ik ga nu verantwoord om met belastend werk
- anders, namelijk.....
- weet niet

## V. Terugblik: Hoe kijkt u terug op de gebeurtenissen?

- A. Heeft het indienen van de claim het effect gehad wat u ervan verwachtte?

### Checklist motieven om een claim in te dienen cq evaluatie effect:

#### a. financieel:

- geldgebrek
- ontwikkeling sociale zekerheid (hoogte wao/wia uitkering, geringere toelatingskans)
- no cure no pay was een goedkope en gemakkelijk toegang tot rechtshulp
- grote kans op werkloosheid

#### b. sociaal emotioneel:

- leed, pijn,
- erkenning ziekte helpt om leed te verwerken
- acceptatie beroepsziekte
- wraak tegen werkgever

#### c. altruïstisch

- preventie beroepsziekten algemeen
- preventie van deze specifieke beroepsziekte
- herkenning ziekte helpt anderen
- preventie beroepsziekten binnen dit bedrijf (zie ook deel B)

#### d. andere motieven

- e. heeft de claim een negatief of positief effect gehad op uw gezondheid?  
(denk hierbij ook aan het effect van de claimafhandeling)**

- B. Heeft het indienen van de claim het effect gehad op de preventie in het bedrijf waar u werkte?

### 1 Hebt u informatie over de huidige arbeidsomstandigheden in het bedrijf waar u door OPS/RSI bent uitgevallen?

- ja, ik ben nog in het bedrijf werkzaam
- ja, ik kom af en toe nog in het bedrijf
- ja, ik heb nog contact met collega's

- ja andere redenen: .....
- nee, ik heb met niemand meer contact sinds.....
- nee, het bedrijf is opgeheven

**2 Zijn er binnen het bedrijf maatregelen genomen om OPS/RSI te voorkomen?**

- ja (ga naar vraag 3/4)
- nee (ga naar vraag 6)
- weet niet (ga naar vraag 6)

**3 Welke van de volgende maatregelen zijn genomen om OPS te voorkomen?**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- het gebruik van oplosmiddelen is gestopt
- het gebruik van oplosmiddelen is verminderd
- de afzuiging van oplosmiddelen is verbeterd
- er worden minder gevaarlijke producten toegepast
- werknemers komen niet meer in contact met oplosmiddelen
- de afzuiging is verbeterd
- de ventilatie is verbeterd
- werknemers hebben instructies gekregen over veilig gebruik van oplosmiddelen
- het toezicht op het werken met oplosmiddelen is verbeterd
- werknemers dragen (betere) persoonlijke beschermingsmiddelen
- het werken met oplosmiddelen is uitbesteed naar een ander bedrijf
- andere maatregelen, namelijk
- niet van toepassing

**4 Welke maatregelen zijn genomen om RSI te voorkomen?**

- betere organisatie
- geen eenzijdige arbeid meer
- afwisseling met andere arbeid
- betere ergonomie
- goede pauzeregeling
- minder werkdruk
- voor een beperkt aantal uren in de week
- anders, namelijk.....
- niet van toepassing

**5 Wie hebben deze maatregelen genomen?**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- de directie
- de direct leidinggevende

- de arbo-coördinator of kam-coördinator
- de werknemers zelf
- personeelszaken
- ikzelf
- anderen, namelijk...
- niet van toepassing

**6 Hoe is op dit moment (2007-2008) de organisatie van de arbeidsomstandigheden binnen het bedrijf waar u de beroepsziekte opliep? Vult u aub onderstaande tabel in. Zet een kruis bij ja, nee of weet niet.**

	ja	nee	weet niet
Is er in het bedrijf een arbo-coördinator (of kam -coördinator of coördinator vgwmm)?			
Is er een ondernemingsraad (OR)/personeelsvertegenwoordiging (PVT)			
Is het bedrijf (of een deel ervan) VCA gecertificeerd?			
Is de vakbond actief met arbeidsomstandigheden binnen het bedrijf?			
Is in het bedrijf een arbocommissie of vgwmm commissie?			
Heeft het bedrijf een RI&E?			

**7 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

- nieuwe schadeclaims van werknemers voorkomen
- herhaling van de beroepsziekte voorkomen
- de arbeidsomstandigheden in het bedrijf verbeteren
- in het bedrijf is men erg geschrokken van de ernst van de beroepsziekte
- voorkomen dat een hogere verzekeringspremie moet worden betaald
- voorkomen dat de verzuimkosten uit de hand lopen
- angst voor negatieve publiciteit
- voldoen aan de eisen van de arbeidsinspectie
- voorkomen dat het vca certificaat wordt ingetrokken
- voorkomen van strafvervolging
- andere redenen, namelijk.....
- de redenen zijn mij onbekend

**8 Wie hebben aangedrongen op het nemen van deze maatregelen?**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- de ondernemingsraad/personeelsvertegenwoordiging
- de arbodienst
- ikzelf
- mijn collega's
- de arbo-coördinator
- personeelszaken
- de arbeidsinspectie
- de vakbond
- de verzekeringsmaatschappij
- weet niet
- anderen, namelijk:.....

**9 Indien geen maatregelen zijn genomen naar aanleiding van de beroepsziekteclaim, 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 technisch onmogelijk om een dergelijke beroepsziekte te voorkomen
- het personeel wilde niet meewerken om het werk gezonder te maken
- andere redenen, namelijk.....

**10 Hebben meer (ex) collega-werknemers in het bedrijf in de toekomst de beroepsziekte OPS/RSI opgelopen sinds het moment dat u uitviel?**

- ja
- nee
- weet niet

**11 Verwacht u dat meer (ex) collega-werknemers in het bedrijf in de toekomst de beroepsziekte OPS/RSI zullen oplopen ?**

- ja
- nee
- weet niet

**12 Letten uw (ex) collega's beter op hun eigen gezondheid sinds zij weten dat u OPS/RSI hebt?**

- ja, iedereen
- ja sommige collega's
- nee
- weet niet

**13 Is de zorg voor de gezondheid van de werknemers in het bedrijf verbeterd nadat uw claim is afgerond ?**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- ja, werknemers bezoeken nu regelmatig de bedrijfsarts
- ja, de werknemers worden nu regelmatig onderzocht
- ja, er zijn nu regelmatig metingen naar gevaarlijke stoffen
- ja, de werknemers worden nu regelmatig voorgelicht over gevaarlijke stoffen
- ja, andere verbetering, namelijk.....
- nee, alles is bij hetzelfde gebleven
- weet niet

**14 Bent u van mening dat de arbeidsomstandigheden in het bedrijf zijn verbeterd of verslechterd doordat aan u een schadeclaim is toegewezen? U mag zowel positieve als negatieve invloed vermelden**

Let op: u mag **meerdere antwoorden** geven; kruis dan meerdere hokjes aan

- de claim(s) heeft geen enkele invloed gehad op de arbeidsomstandigheden
- de claim(s) heeft een positieve invloed gehad op de arbeidsomstandigheden
- de claim(s) heeft een negatieve invloed gehad op de arbeidsomstandigheden

**15 We willen graag van u weten hoeveel invloed de door u ingediende schadeclaim heeft gehad op de verbetering of de verslechtering van de arbeidsomstandigheden.**

U kunt dat aangeven door middel van een rapportcijfer dat tussen -10 (= de claim had een erg negatieve invloed en de + 10 (= de claim had heel erg veel positieve invloed) ligt. Omcirkel een 0 in als de claim geen invloed heeft gehad op de arbeidsomstandigheden, vul ook 0 in als u het niet weet.

**Rapportcijfer invloed schadeclaim(s) op arbeidsomstandigheden (svp omcirkelen):**

- 10 -9 -8 -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10

**C. Wat zou u doen als u nu weer in een soortgelijke situatie zou zijn: weer een claim indienen?**

## **BIJLAGE 9: LIJSTEN VAN BEROEPSZIEKTEN**

In landen waarin een aparte regeling voor beroepsziekten bestaat, zijn meestal ook limitatieve lijsten met beroepsziekten opgesteld. Deze lijsten tonen aanzienlijke verschillen tussen landen. Tussen landen met een dergelijk *risque professionnel* systeem bestaan echter grote verschillen: RSI bijvoorbeeld staat in Duitsland niet op de lijst, in Frankrijk wel sinds 1991 onder de naam 'les troubles musculosceletair', en vormt daar inmiddels de grootste categorie beroepsziekten.

In dit verband is het tevens interessant te wijzen op twee recente internationaal vastgestelde lijsten van beroepsziekten: van de EU, respectievelijk de ILO (International Labour Organisation) *Europese Lijst van Beroepsziekten*: deze is in 2003 opnieuw vastgesteld en opgenomen in een aanbeveling van de Europese Commissie waarin ze oproept om de beroepsziekten die op de lijst staan op te nemen in nationale bestuursrechtelijke bepalingen voor schadeloosstelling en er passende preventieve maatregelen voor te nemen. Er is ook een bijlage II toegevoegd waarin vermoede ('suspected') aandoeningen staan die op den duur ook voor schadeloosstelling in aanmerking dienen te komen.

*ILO lijst van Beroepsziekten*. In 2002 is door de Internationale Arbeidsconferentie ook een aanbeveling <sup>52</sup> gedaan met de oproep om in overleg met werkgevers- en werknemersorganisaties de geactualiseerde lijst van beroepsziekten vast te stellen voor doeleinden van preventie, registratie en –indien van toepassing- compensatie.

Bij bestudering van deze lijsten valt op dat bij de opstelling van de lijsten verschillende indelingsprincipes gehanteerd worden: zowel een indeling volgens orgaansystemen, (beroepsziekten van de ademhalingsorganen of huid bijvoorbeeld) als een indeling vanuit de oorzakelijke factoren (chemische agentia, biologische factoren). De ILO-lijst is wat uitgebreider dan de EU-lijst. Deze laatste maakt bijvoorbeeld geen melding van psychische beroepsziekten. Wel wordt opgeroepen het onderzoek te bevorderen op het gebied van arbeidsgebonden aandoeningen, ook waar het 'arbeidsgebonden stoornissen van psychosociale aard' betreft.

---

52 ILO-recommendation 194 concerning the list of occupational diseases and the recording and notification of occupational accidents and diseases



## **BIJLAGE 10: VIJFSTAPPENPLAN VOOR DE BEOORDELING VAN BEROEPSZIEKTEN**

Bij de beoordeling (diagnostiek) van mogelijke gevallen van beroepsziekten zijn 5 stappen te onderscheiden. Het systematisch volgen van deze stappen wordt aanbevolen om tot een gestructureerde beoordeling en verzameling van de gegevens van een individuele werknemer/patiënt te komen.

### **Stap 1. Vaststellen van de gezondheidsschade**

Als eerste stap moet de aard en het beloop van de aandoening of ziekte worden verkend, vastgesteld, beschreven en waar mogelijk geobjectiveerd. Dit kan het inwinnen van aanvullende informatie (bij huisarts of specialist) of eventueel laten verrichten van onderzoek nodig maken.

### **Stap 2. Vaststellen van de relatie met werk**

Nagegaan moet worden of en zo ja welke relatie er tussen de aandoening en het werk mogelijk is. Gegevens uit de literatuur en kennis van gegevens uit de risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) van het bedrijf waar de patiënt werkt, kunnen hierbij behulpzaam zijn. Artsen dienen dan ook kennis te hebben van de mogelijke beroepsziekten die voor kunnen komen in de populaties en patiëntengroepen die aan hun zorg zijn toevertrouwd.

Een belangrijke aanwijzing voor een relatie met het werk vormt de tijdsrelatie tussen het verrichten van werkzaamheden en het optreden van gezondheidsklachten; toename van de klachten tijdens de werkdag en werkweek en afname tijdens vrije dagen.

### **Stap 3. Vaststellen van de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling**

Door een systematische arbeidsanamnese kan een goede indruk worden gekregen van de werkzaamheden en arbeidsomstandigheden waaronder zij verricht worden. De verschillende belastende factoren (fysiek, fysisch, chemisch, psychomentaal, psychosociaal) dienen hierbij de revue te passeren en waar nodig uitgediept te worden. Het is van belang na te gaan of de klachten zijn begonnen na een verandering in het werk.

Bij sommige aandoeningen gaat het niet zozeer om de actuele blootstelling maar moet een beeld verkregen worden van de gehele blootstellingshistorie. Deze is van belang bij aandoeningen die na een lange latente periode ontstaan of aandoeningen die ontstaan na langdurige chronische blootstelling.

Idealiter moeten deze anamnestiche gegevens aangevuld worden met meetgegevens van werkplekonderzoeken. Bij beroepsastma en beroepshuidaandoeningen (eczeem, urticaria) kan een provocatietest en soms serologisch onderzoek de oorzakelijke blootstelling identificeren.

### **Stap 4. Nagaan van andere mogelijke verklaringen en de rol van individuele gevoeligheid**

Nagegaan moet worden of er factoren buiten het werk zijn die het optreden van de aandoening ook zouden kunnen verklaren. Het kan hierbij gaan om vormen van belasting die zich voordoen in de hobby- of anderszins privé-sfeer.

Verder moet ook getracht worden een beeld te krijgen van individuele factoren die iemand een toegenomen gevoeligheid geven voor het krijgen van de aandoening bij de betreffende belasting geven. In de meest uitgesproken zin kan die het karakter hebben van een reeds aanwezige

aandoening die door de belasting in het werk verergert. In dat geval is er in strikte zin niet sprake van een beroepsziekte maar van een door het beroep verergerende ziekte.

### **Stap 5. Concluderen en rapporteren**

Na het verzamelen en wegen van de diverse gegevens moet een conclusie getrokken worden. Voor wat betreft het aanwezig zijn van een relatie met het werk kan deze worden geformuleerd in termen die variëren van zeker via waarschijnlijk of mogelijk naar onwaarschijnlijk. Onderscheid moet worden gemaakt tussen een beroepsziekte en een reeds bestaande ziekte die door het beroep is verergerd. De aanwezigheid van een verhoogde gevoeligheid en factor(en) die deze verklaren, moet worden vermeld. Een op deze wijze geformuleerde conclusie zal in de rapportage en communicatie naar zowel de patiënt, diens werkgever als bij de melding aan het NCvB tot uiting moeten komen.

## **BIJLAGE 11: BESCHRIJVINGEN DOSSIERS GEÏNTERVIEWDEN**

### **Dossierbeschrijvingen RSI**

#### **21 Fietsassemblagemonteur**

##### *Motieven om een claim in te dienen*

B1 (leed/pijn): het voornaamste motief is gezondheid. Mevrouw wilde “gewoon kunnen werken”; zij werkte namelijk al sinds haar 15<sup>e</sup> met veel plezier. Ook: kwaadheid. Geen financiële motieven. De claim is enigszins toevallig ingediend n.a.v. informatie van de FNV. Betrokkene is zeer tevreden over de afhandeling van de claim en is ook tevreden over het schadebedrag. Als positief effect wordt gezien dat ze haar verhaal kwijt kon. Huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts reageerden positief op het indienen van een claim.

##### *Preventiemogelijkheden*

Alleen betere bejegening door de werkgever had kunnen helpen: klachten serieuzer nemen, ander (lichter) werk aanbieden. Betrokkene geeft overigens aan dat er minstens één andere claim is ingediend tegen ditzelfde bedrijf.

##### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

De werkgever heeft gevoeld dat hij ongelijk had en heeft een schadebedrag moeten betalen. En mevrouw heeft een compensatie voor de schade ontvangen. Echter, het feit dat ze niet meer kan werken weegt zwaarder. Ze zou in een soortgelijke situatie zeker opnieuw een claim indienen.

Via een leidinggevende die mevrouw later in het ziekenhuis tegenkwam hoorde ze dat veel van het werk is geautomatiseerd door de directie. Het is onduidelijk of dit een resultaat van de claim is. Ook heeft mevrouw gehoord dat de bedrijfsarts van de arbodienst zijn best heeft gedaan om betere

arbeidsomstandigheden te bepleiten. Verder hoort men "in de stad wel eens berichten dat veel van het werk door gekleurde mensen wordt gedaan en dat de uitzendbureaus niet graag samenwerken met het bedrijf. Het werk daar is verplicht vanuit de sociale dienst." Veel ex-collega's zijn inmiddels weg, allemaal vanwege het eentonige werk. Thans werken er nog meer part-timers in het bedrijf. Samenvattend, verwacht mevrouw dat er een licht positief effect op de arbeidsomstandigheden is geweest naar aanleiding van de door haar ingediende schadeclaim.

#### *Stand van zaken in 2008*

Thans meer gezondheidsklachten dan voorheen: mevrouw heeft een psychose gehad (door verkeerde medicatie), darmproblemen en suikerziekte. Ze weet niet of dit met het werk te maken heeft. Er zijn nog steeds schouderklachten.

Huidige situatie: WIA, 70% arbeidsongeschikt; bedrag uitkering 70%. Geen werk.

### **26 Pantalonperser**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B3 (wraak), daarna B1 (leed/pijn) en C4 (preventie binnen bedrijf). Géén financiële motieven, mede vanwege de leeftijd van betrokkene en het inkomen van haar partner. Informatie is ingewonnen bij BBZ, maar mevrouw kende ook zelf haar rechten. Ze is zeer tevreden over de afhandeling van de claim. Duur ± 2,5 jaar. Positieve emotionele effecten. Huisarts en collega's reageerden positief op het indienen van een claim.

#### *Preventiemogelijkheden*

Betere reïntegratie (in ander, namelijk administratief) werk had kunnen helpen. Mede vanwege de leeftijd werd dit echter onmogelijk geacht. Ook: betere preventie op de werkplek, door middel van meer afwisseling. Betere bejegening door werkgever en UWV ("wanneer kunt u weer beginnen"?) hadden ook kunnen helpen. NIET: betere ziektebegeleiding, want de huisarts had te weinig invloed, fysiotherapeut werkte niet, en de bedrijfsarts had te weinig invloed op de werkgever.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Als wraak tegen de werkgever heeft de claim gewerkt. Ook heeft deze een positief effect gehad op haar gezondheid. Als preventiemiddel binnen het bedrijf heeft de claim echter waarschijnlijk niet gewerkt, hoewel sommige (ex-)collega's nu wel wat beter op hun gezondheid letten. In een soortgelijke situatie zou mevrouw weer een claim indienen.

Mevrouw heeft geen informatie over de huidige arbeidsomstandigheden in het bedrijf, want sinds 2005 heeft ze alleen nog contact met enkele ex-collega's. De arbeidsomstandigheden waren blijkbaar tijdelijk een beetje verbeterd, maar of dat zo is gebleven is onbekend. Mevrouw was zelf destijds vakbondsvertegenwoordiger; daardoor weet ze dat er nu tenminste vanuit de CAO

gehandeld wordt (minimumloon etc). Echter, het bedrijf neemt veel mensen aan die niet mondig zijn (Turken, Marokkanen, etc) en is inmiddels van naam veranderd.

#### *Stand van zaken in 2008*

Mevrouw is geheel hersteld, maar bij grote of regelmatige inspanningen komen de klachten terug.

De eerste twee jaar heeft ze ziektegeld ontvangen; daarna heeft ze 5 jaar in de WW gezeten (tot twee jaar geleden). Thans geen werk, maar partner werkt wel.

### **27 Assemblagemonteur klinklijn**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B2 (erkenning) en B3 (meer *kwaadheid* dan wraak). Géén altruïstische motieven, want dat is vechten tegen de bierkaai. Geen andere overwegingen, want meneer zat al in de WAO. Informatie omtrent de mogelijkheid tot het indienen van een claim had betrokkene verkregen via een folder van BBZ bij de huisarts. Hij was destijds tevreden over het schadebedrag, maar achteraf niet (20.000 EUR schikking te laag). De afhandeling van de claim had verder geen effecten (“zelfs het winnen van de hoofdprijs van de staatsloterij had niet geholpen”). Sinds kort heeft meneer opnieuw juridische bijstand.

#### *Preventiemogelijkheden*

Er waren geen reïntegratiemogelijkheden, want het was al te laat. Alleen verbetering van de arbeidsomstandigheden (in een vroeger stadium) had kunnen helpen. De werkgever was nonchalant en de bedrijfsarts stond er te ver vanaf. Meer druk op de werkgever had echter weinig geholpen, want deze was afhankelijk van aandeelhouders.

Tenslotte meldt meneer meer in zijn algemeenheid een kwaadheid op UWV en de samenleving, mede in het licht van een zaak begin jaren 90 waarin UWV druk legde om door te werken. Hierdoor heeft betrokkene weinig vertrouwen in een eerlijke behandeling van zijn zaak.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Als wraak tegen de werkgever heeft de claim gewerkt; als erkenning van de ziekte gedeeltelijk. Financieel helaas niet. Meneer zou thans niet op dezelfde manier een claim indienen, maar in plaats daarvan langer zoeken naar de juiste advocaat.

Meneer heeft nog sporadisch (op straat) contact met collega's. De indruk bestaat dat het bedrijf weinig maatregelen genomen heeft om RSI te voorkomen en dat de werkdruk hoog is gebleven. Wel is het percentage klinkwerk omlaag gegaan. Enkele jaren na afloop van dit dossier heeft nog iemand RSI gekregen; deze persoon (een voormalig lid van de OR) is slecht behandeld. Eén jonge collega is door dit dossier beter op zijn gezondheid gaan letten. Het bedrijf is inmiddels verhuisd. De claim heeft volgens meneer geen invloed gehad op de arbeidsomstandigheden.

### *Stand van zaken in 2008*

Betrokkene heeft meer gezondheidsklachten dan voorheen, aan schouder en nek. Er lopen nog juridische procedures en een medisch traject.

Huidige situatie: WIA, 80-100% arbeidsongeschikt; bedrag uitkering € 950. Daarnaast een WAO verzekering van ongeveer € 200. Geen werk.

### **28 Keurster infuuszakken**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B1 (leed/pijn): mevrouw was altijd gewend te werken; en A1 (geldgebrek) en A2 (ontwikkeling sociale zekerheid): "als ik een normaal beroep op de WAO had kunnen doen, had ik denk ik geen claim ingediend". Ook B3 (wraak), hoewel niet expliciet zo genoemd. Betrokkene was boos omdat het bedrijf haar eruit probeerde te werken. Er was angst voor de langdurige procedure, mede door het ontmoedigingsbeleid ("rekken") van werkgever en verzekeraar. De afhandeling duurde inderdaad lang, inclusief allerlei onderzoeken. Dit had negatieve psychische en lichamelijke effecten. Er was wel veel begrip voor het indienen van de claim bij collega's, PZ, de eerste bedrijfsarts en de verzekeringsarts van UWV, maar niet bij de direct leidinggevende. Mevrouw was attent gemaakt op de mogelijkheid tot het indienen van een claim door een vakbondslid bij de OR. Ze is tevreden over de afhandeling van de claim (en het getoonde begrip) door BBZ.

#### *Preventiemogelijkheden*

Betere bejegening door de werkgever (mevrouw voelde zich aan de kant gezet) en een betere reïntegratie of preventie binnen het bedrijf hadden wellicht het indienen van een claim kunnen voorkomen. Daarnaast misschien een (tijdelijke) aanvulling van het inkomen. Er zijn volgens betrokkene ook claims door anderen (5 of 6) ingediend tegen dit bedrijf.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Het indienen van een claim heeft zin gehad, maar het bedrag staat absoluut niet in verhouding tot de vele kosten. Daarnaast heeft mevrouw een chronische pijn die nooit meer over gaat. Positief is echter dat ze haar eergevoel terug heeft; en genoegdoening voor het feit dat men haar zo aan de kant wilde zetten. Ze heeft geen spijt van het indienen van een claim en zou het – ondanks de stress en de lange duur – weer doen.

De productieafdeling van het bedrijf is opgeheven, want deze is verhuisd naar Tsjechië. Vele collega's van die afdeling zijn daarom ontslagen, soms per telefoon. Mevrouw heeft van (ex-)collega's die ze nog regelmatig ziet gehoord dat de werkdruk is toegenomen en dat de werkverhoudingen niet best zijn (er wordt met gele kaarten gewerkt). De claim heeft geen enkele

invloed gehad op de arbeidsomstandigheden; deze zijn eerder verslechterd dan verbeterd. Blijkbaar vond de directie het nemen van maatregelen te kostbaar.

#### *Stand van zaken in 2008*

Mevrouw heeft nu minder gezondheidsklachten.

Ze ontvangt een brutob uitkering van € 700. Zij en vele anderen liggen eruit, want de productie is verplaatst naar Tsjechië. Ze valt nu onder een uitgekleed sociaal plan van € 700 per maand: mevrouw was al op 50% basis gaan werken in verband met de gezondheidsklachten en van die 50% ontvangt ze nu 70%.

### **34 Schaderegelaar / accountmanager**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

Een combinatie van motieven, in de volgorde A1 (geldgebrek (lange termijn)), A4 (kans op werkloosheid), A2 (ontwikkeling financiële zekerheid), C3/4 (preventie beroepsziekten bedrijf), B1 (leed/pijn) na "20 jaar ziel en zaligheid" en B3 (wraak). Meneer kende zijn rechten; hij had naast BBZ ook een advocaat (voor de ontslagzaak) en hulp van de vakbond. Reacties op het indienen van de claim zijn veelal onbekend of neutraal: veel collega's wisten het niet. De arbocoördinator reageerde positief. De afhandeling van de claim had positieve psychische en emotionele effecten. Meneer was tevreden met de arboexpert van BBZ, maar minder met de schadeexpert (afstandelijk, vergoeding te laag).

#### *Preventiemogelijkheden*

De claim had kunnen worden voorkomen door een betere reïntegratie en door betere ziektebegeleiding. Betrokkene had het naar zijn zin bij de werkgever. Ook: aanvulling op het inkomen, want bij een goede reë hoort een goede financiële positie met zekerheid.

Ontslagvergoeding ontvangen (€ 150.000) na ontbinding contract door kantonrechter. NB meerdere personen hebben zich bij BBZ gemeld; uiteindelijk zijn twee claims geregeld.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Financieel en sociaal-emotioneel (in gelijk gesteld) heeft de claim ongeveer gebracht wat meneer ervan verwachtte. In een soortgelijke situatie zou hij opnieuw een claim indienen.

Via ex-collega's weet betrokkene dat de situatie bij het bedrijf enigszins verbeterd is. Het gaat dan met name om de begeleiding bij en reïntegratie van zieken (eigen gezondheidscentrum en betere voorlichting over RSI) en om de ergonomie. Echter, de werkdruk is nog constant hoog, de pauzeregeling is hetzelfde, de arbeidsorganisatie is gelijk gebleven en er is minder afwisseling. De maatregelen zijn genomen door directie en arbocoördinator, maar ook de vakbond heeft invloed

gehad. Er is een bedrijfsledengroep, die ook vertegenwoordigd is in de OR. De maatregelen zijn volgens meneer echter geen direct resultaat van de schadeclaim; daarvoor moeten er tientallen claims zijn. Wel is er waarschijnlijk angst voor negatieve publiciteit als RSI opnieuw voorkomt. Onlangs was er overigens een nieuw RSI geval in het bedrijf, en betrokkene denkt dat dit nog wel vaker zal gebeuren.

#### *Stand van zaken in 2008*

Meneer heeft minder RSI klachten dan vroeger (afgezien van enige last van hand/pols), mede vanwege een goede shiatsu therapeut. Wel heeft hij recentelijk een burnout opgelopen door een combinatie van tijdelijke werkdruk en privé belasting als gevolg van een verhuizing.

Meneer is nu letselschaderegelaar bij een ander, klein letselschadebureau. Het inkomen is verbeterd. Er is nog steeds blootstelling aan belastende omstandigheden voor RSI (werkplek op kantoor, werkdruk), maar er is meer afwisseling en een goede pauzeregeling. Bovendien is meneer nu alerter, meldt hij eerder ongezonde situaties en gaat hij nu verantwoord om met belastend werk (al lukt dat niet altijd). De bedrijfsarts is op de hoogte van het RSI verleden van betrokkene.

### **36 Grafisch ontwerpster**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B2 (erkenning) en B3 (wraak). Bijkomend motief is C2 (preventie specifieke beroepsziekte). Er speelden verder geen overwegingen om niet te claimen, want mevrouw was al ontslagen. Informatie is door haar ingewonnen bij BBZ, maar mevrouw kende ook haar rechten. BBZ was de enige die haar serieus nam – de rechtsbijstandsverzekering werkte niet mee. Ze is tevreden over de afhandeling van de claim, ondanks tegenwerking door de werkgever. Duur ± 2 jaar. Positieve psychische en emotionele effecten. Familie/vrienden en fysiotherapeut reageerden aanvankelijk wisselend op het indienen van de claim, omdat zij vonden dat dit “vechten tegen de bierkaar” was. Twee collega’s getuigden tegen, een oud-collega vóór.

#### *Preventiemogelijkheden*

Betere reïntegratie had kunnen helpen, maar was niet mogelijk omdat de verzekeringsarts van het UWV blijkbaar geen dwangmiddelen had (“werkgever kon doen wat hij wilde”). Ook: betere bejegening door werkgever en UWV in plaats van onbegrip. Toen mevrouw in de WAO kwam werd dit niet door de werkgever aangevuld tot boven de 70% in het eerste jaar. Ook heel belangrijk: betere preventie op de werkplek in de vorm van afwisselend werk. Het ontslag van mevrouw kwam als een verrassing. Conclusie: deze claim had voorkomen kunnen worden!

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

De claim heeft voldoening gegeven ten opzichte van de werkgever (wraak); en daarnaast is mevrouw eindelijk serieus genomen (door Bureau Beroepsziekten), dus erkenning was er ook. Het geld was prettig. Ze zou in een soortgelijke situatie dus opnieuw een claim indienen.

Mevrouw heeft geen enkel contact meer met het bedrijf en kan derhalve de vragen over de huidige arbeidsomstandigheden aldaar niet beantwoorden.

#### *Stand van zaken in 2008*

Er zijn nu minder gezondheidsklachten, maar het gaat op en neer (persoonsgebonden budget, thuiszorg). Destijds had de WAO-keuring als resultaat dat mevrouw volledig arbeidsgeschikt was, namelijk een arbeidsongeschiktheidspercentage van 15-25%. Hiertegen is zij in beroep gegaan, waarop ze te horen kreeg dat "ze wel erg bezig was met de UWV".

Het reïntegratiebureau kon niets voor haar doen, want mevrouw was "arbeidsongeschikt voor haar eigen vak". Via een omscholingstraject (marketing en communicatie) is mevrouw toch in ander werk terecht gekomen. Nu werkt ze vier dagen per week, met woensdag als rustdag. Dat is langzaam opgebouwd, na eerst drie dagen per week (ma-wo-vr) gewerkt te hebben. Er is nog altijd blootstelling aan belastende omstandigheden voor RSI, maar de ergonomie, pauzeregeling en organisatie van het huidige werk zijn beter. Het inkomen is echter achteruit gegaan, omdat mevrouw nu slechts vier dagen per week werkt en bovendien opnieuw moest beginnen.

### **Dossierbeschrijvingen OPS**

#### **3 Schilder (1964)**

##### *Motieven om een claim in te dienen*

B3 (wraak): de werkgever toonde geen medeleven na 16 jaar werken. Ook B2 (erkenning ziekte): eigenwaarde was weg. Daarnaast waren er ook duidelijke financiële motieven voor betrokkene: A1, A2 en A3 (no cure no pay). NIET: preventie t.b.v. collega's, omdat deze niets van zich lieten horen. Het idee om een claim in te dienen kwam toevallig, stapje voor stapje (boekje over OPS, krantenartikel, rol partner, doorverwijzing huisarts). Meneer is zeer tevreden over de bijstand verleend door BBZ, ondanks de ietwat lage schadevergoeding (€5300). De claim had psychische effecten. De bedrijfsarts reageerde positief op indienen claim.

##### *Preventiemogelijkheden*

De claim had voorkomen kunnen worden door betere ziektebegeleiding en door een langere aanvulling van het loon. Betere reïntegratie / werkhervatting in het schildersbedrijf was geen optie.

##### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

De claim heeft niet het effect gehad dat betrokkene ervan verwachtte: de vergoeding is niet in overeenstemming met de lange tijd dat hij schade heeft geleden en het feit dat hij thuis weinig meer kan doen. Ook is er grote teleurstelling in het UWV, waarvan hij alleen tegenwerking heeft gekregen. Hij zou opnieuw een claim indienen, maar de vergoeding zou hoger moeten zijn.



Meneer weet niet of er in het bedrijf iets veranderd is, want hij heeft geen contact meer.

#### *Stand van zaken in 2008*

Meneer heeft nieuwe gezondheidsklachten, namelijk diverse ontstekingen waarvan de oorzaak onduidelijk is. Ook nog af en toe agressiviteit (maar minder fel en minder vaak) en geheugenklachten. Maar daarnaast merken betrokkene en partner op dat zij “uit het dal zijn gekropen” en “weer naar boven kunnen kijken”. Meneer merkt verder nog op dat er veel te weinig aandacht is voor OPS en dat je niets hebt aan de hulpverlening.

Betrokkene werkt weer, maar moest daarvoor volgens UWV tekenen dat dit op eigen risico was. Hij heeft nooit enige steun van UWV gehad. Hij was eerst parttime gevelreiniger, toen sloper en sinds eind 2007 leerling monteur/industriële reiniger bij een industrieel schoonmaakbedrijf. Hij moet hierdoor de uitkering van UWV terugbetalen. De huidige baas weet dat meneer OPS heeft (al kende hij de ziekte niet). Het huidige werk kent geen OPS risico's, maar wel RSI (rug/knie/schouders) risico's. Betrokkene werkt thans gezonder, hetgeen vooral komt door VCA.

### **6 Schilder (1963)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

Het belangrijkste motief is B2 (erkenning), vanwege de vage diagnosestelling en het vele onbegrip in de omgeving, maar ook B3 (*kwaadheid*) na 25 jaar bij dezelfde werkgever gewerkt te hebben. Daarnaast C4 (preventie beroepsziekten binnen bedrijf). Vanwege de rol van BBZ waren er geen overwegingen om niet te claimen. Informatie kwam via FNV en later via BBZ. Duur: 2,5-3 jaar? De afhandeling van de claim (schikking van € 40.000) had positieve psychische gevolgen. Juridische bijstand door BBZ wordt als goed beoordeeld. Weinig reacties op claim uit omgeving.

#### *Preventiemogelijkheden*

Erkenning is het belangrijkste, dus de claim had wellicht voorkomen kunnen worden door een betere reïntegratie, baangarantie, betere bejegening door werkgever en/of betere ziektebegeleiding. Daarboven natuurlijk betere preventie. Financiële factoren spelen geen rol.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Ten behoeve van erkenning en als wraakmiddel heeft de claim het verwachte effect gehad. Als preventiemiddel tegen OPS in het bedrijf waarschijnlijk niet, al is een collega met dezelfde klachten naar aanleiding van verhalen van betrokkene gestopt met schilderen.

Meneer weet niet of er binnen het bedrijf maatregelen zijn genomen tegen OPS (hij vermoedt van niet) behalve dat werknemers betere PBM dragen (sputmaskers en veiligheidskoffer).

### *Stand van zaken in 2008*

Betrokkene heeft nu meer last van zijn ziekte, hetgeen samenhangt met zijn huidige baan: twee lange dagen per week als vrachtwagenchauffeur. Hij ervaart zijn huidige werk als stressvol en kan het aantal uren niet aan. Hij heeft last van hoofdpijn, benen en gewrichten, zere ogen en zijn maag. Daarnaast vergeetachtigheid. Hij werkt nu al bijna vijf jaar onder een subsidieregeling voor de werkgever en heeft een vast contract. Hij heeft bij de bedrijfsarts en bij het UWV aangegeven dat hij de functie eigenlijk niet aankan (angst om iemand aan te rijden), maar beiden doen hier niets mee.

Hij verdient thans € 772 incl reiskosten en telefoonvergoeding en heeft daarnaast 55-65% WAO (€ 542,56) en invaliditeitspensioen van het schildersfonds van € 140. Zijn netto besteedbaar inkomen is verslechterd. Echter, zijn echtgenote werkt nu 20 uur in een verpleeghuis als verzorgende.

### **7 Stoffeerder (1949)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

A2 (ontwikkeling sociale zekerheid) en A1 (geldgebrek). Het idee om een claim in te dienen kwam van een foldertje van BBZ. Er was enige angst voor de lange procedure. Meneer is bijzonder tevreden over de door BBZ verleende bijstand. Het bedrag van de schikking was € 18.000. Er waren wisselende reacties van collega's op het indienen van de claim. De afhandeling ervan heeft zowel positieve (informatie) als negatieve (nachtmerries) psychische en emotionele effecten gehad.

#### *Preventiemogelijkheden*

Het enige dat een claim had kunnen voorkomen is een betere reïntegratie. Meneer wilde graag weer aan het werk. Was hij niet op het reïntegratiebureau geweest, dan had hij ook het foldertje van BBZ niet gezien. Niettemin had ook de werkgever hem veel beter moeten bejegenen, aldus betrokkene.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Betrokkene en partner zaten in een diep dal: schulden, gezondheidsklachten, hartoperatie partner en problemen met de arbeidsdeskundige. Door de schadevergoeding hebben zij hun schulden kunnen afbetalen en een tweedehands autootje gekocht. Wel is betrokkene teleurgesteld in de verstoorde arbeidsrelatie.

Hij komt af en toe iemand uit het bedrijf tegen en denkt dat bijna alles nog hetzelfde is gebleven, al zijn de meeste ex-collega's weg of met pensioen en zijn er meer freelancers in dienst. Er worden minder oplosmiddelen en gevaarlijke producten gebruikt. Enkele (ex) collega's hebben achteraf gezien ook last gehad van OPS-verschijnselen: één is er aan overleden, één kwam in het gesticht, en enkele anderen hebben ook OPS-verschijnselen maar willen dat niet toegeven.

### *Stand van zaken in 2008*

Hij heeft nog steeds geheugenklachten en regelmatig nachtmerries. Ook blijft hij rugklachten houden, maar er zijn minder andere gezondheidsklachten.

Betrokkene heeft een nieuwe baan als chauffeur van taxibusjes. Echter, de druk is groot en de tijdsdruk ook. Hij probeert ritjes met een shuttlebus of met schoolkinderen te vermijden. Hij verdient nu €1300 incl onregelmatigheidstoeslag, aangevuld door €260 vanuit de WAO. Het betreft echter een tijdelijk arbeidscontract en de situatie is onzeker. Het netto besteedbaar inkomen is met ongeveer €500 verslechterd.

### **9 Stoffeerder (1948)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

A1/A2: geldgebrek en ontwikkeling sociale zekerheid zijn zonder meer de voornaamste motieven. Daarnaast C2/C3: preventie van specifieke beroepsziekte helpt anderen. Het gaat niet om de werkgever: "fabrikanten zouden aangepakt moeten worden" (NB: man was zelf mede-eigenaar bedrijf). Het idee om te claimen kwam via de OPS vereniging en het Solvent Team. Er was enige angst voor repercussies, belasting van betrokkene en partner (in begin), en de kans dat de zaak verloren wordt (later). De rechtsbijstandsverzekering wilde niet meewerken. Betrokkene is zeer tevreden over de bijstand die het BBZ verleend heeft. Het bedrag van de schikking is echter laag: €5.000 minus €1100 bijdrage aan BBZ. Duur: 2,5-3 jaar. Veel steun en begrip van familie en OPS vereniging. Geen reacties op claim. De afhandeling van de claim had verder geen effecten op betrokkene.

#### *Preventiemogelijkheden*

Wat de claim had kunnen voorkomen is een aanvulling van het inkomen danwel een betere sociale zekerheid en een betere ziektebegeleiding. Betere preventie was destijds niet mogelijk, en betere reïntegratie ook niet (gezien de omvang en aard van het betrokken bedrijf). UWV heeft heel adequaat gehandeld: snelle erkenning OPS en 80-100% WAO.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Financieel heeft de claim niet het verwachte opgeleverd, maar betrokkene heeft er vrede mee. Hij zou opnieuw een claim indienen.

Sinds twee jaar heeft meneer geen contact meer met het bedrijf, behalve met een ex-medewerker. Hij denkt dat er geen maatregelen zijn genomen tegen OPS, want hij was zelf de voortrekker van dit soort zaken. Bovendien zouden vooral de fabrikanten aangepakt moeten worden. Er zijn geen nieuwe OPS gevallen binnen het bedrijf bekend; wel was er 20 jaar geleden een OPS geval.

### *Stand van zaken in 2008*

Meneer heeft meer gezondheidsklachten dan voorheen, namelijk hoofdpijn, benen, spieren, gewrichten en vergeetachtigheid. Hij heeft echter geen last meer van overgeven. Wat hij nodig heeft is structuur in de dag (geen onverwachte dingen) en een eigen tempo: zwemmen, glas in lood als hobby en enige huishoudelijke activiteiten.

Huidige situatie: WAO 80-100%. Inkomensterugval 43% en geen extra's meer zoals winstuitkering. Echtgenote werkte vanaf dat de kinderen op de middelbare school zaten (20 uur), maar is onlangs vervroegd uitgetreden.

### **11 Offsetdrukker (1950)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B3 (wraak): slechte behandeling na 32 jaar werk. In mindere mate ook preventie beroepsziekte, in het algemeen dan, want in bedrijf was dat niet meer mogelijk (dus C2). Er waren ook geen financiële motieven, want meneer krijgt een volledige WAO uitkering en heeft een aanvullende WAO-gat-verzekering. De vakbond wees op de mogelijkheid tot het indienen van een claim. Betrokkene is zeer tevreden over de bijstand door BBZ, maar het ging wel langzaam. Schikking van €37.000 bruto, maar er blijft een gevoel bij betrokkene dat hem onrecht is aangedaan (werkgever heeft geen schuld bekend). Collega's hebben positief gereageerd op indienen claim.

#### *Preventiemogelijkheden*

Boven alles had de werkgever hem beter moeten bejegenen; dan was er geen claim ingediend. Daarmee samenhangend een betere reïntegratie: binnen het bedrijf waren er volgens betrokkene mogelijkheden hiervoor.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Zoals hierboven aangegeven, blijft bij betrokkene het gevoel bestaan dat hem onrecht is aangedaan, omdat de werkgever geen schuld heeft bekend.

De betreffende vestiging van het bedrijf is inmiddels gesloten, omdat het orderpakket van deze vestiging is verdeeld ("opgeofferd") onder twee noodleidende vestigingen van hetzelfde bedrijf.

### *Stand van zaken in 2008*

Meneer heeft dezelfde gezondheidsklachten als voorheen, maar doet lichamelijk nu veel minder. Daardoor loopt de hoofdpijn minder op. Kan beter omgaan met vergeetachtigheid. Vrijwel geen sociale contacten meer. IQ gedaald van 120/130 (voor de OPS) tot 80.

Betrokkene werkt niet meer. Hij heeft een volledige WAO-uitkering en een aanvullende WAO-gat verzekering.

#### **14 Tandtechnicus**

##### *Motieven om een claim in te dienen*

C2/3/4 (preventie specifieke beroepsziekte en preventie binnen bedrijf). In veel mindere mate ook A2 (ontwikkeling sociale zekerheid). Het idee om een claim in te dienen kwam van de OPS vereniging. Hoewel er vooraf enige angst was voor een langdurige procedure, viel dat uiteindelijk mee: ± 1,5 jaar. De afhandeling van de claim door BBZ wordt als bijzonder goed beoordeeld. Meneer is ook tevreden over de hoogte van het schikkingsbedrag (€90.000). Geen reacties van anderen, behalve een bos bloemen van OPS vereniging.

##### *Preventiemogelijkheden*

Waarschijnlijk was de claim niet te voorkomen geweest: OPS bouwt zich langzaam op en was bij betrokkene nog onbekend. Een betere preventie in het bedrijf had achteraf gesproken wel geholpen. Betere bejegening door bedrijfsarts ("hoe kun je dat je baas aandoen") en werkgever ook, maar "ze doen dit niet expres".

##### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

De claim heeft anderen geholpen om de ziekte te herkennen: enkele collega's zijn van werkgever veranderd of hebben een nieuw bedrijf opgestart. Als preventiemiddel binnen het bedrijf heeft het niet goed gewerkt: er is destijds zelfs een spreekverbod voor werknemers gekomen. Betrokkene zou in een soortgelijke situatie opnieuw een claim indienen: "zeker nu, want de media geeft immers meer aandacht aan OPS". Werkgevers zouden in het huidige klimaat dan ook aangepakt moeten worden.

Het effect van de claim op de huidige arbeidsomstandigheden in het bedrijf is onbekend, want betrokkene heeft sinds 2006 met niemand meer contact. Het is overigens mogelijk dat enkele (ex) collega-werknemers ook OPS-verschijnselen hebben opgelopen, hoewel dit niet meer bevestigd kan worden. Eén persoon is namelijk later overleden aan een hartinfarct (en is dus niet meer te traceren); een andere persoon is alcoholist geworden.

##### *Stand van zaken in 2008*

Nieuwe gezondheidsklachten, namelijk gewrichtsklachten (handen, knieën, heupen). Vrijwel geen sociale contacten meer.

Betrokkene werkt niet meer. WAO 80-100% (€1078).

## **16 Polyesterwerker**

### *Motieven om een claim in te dienen*

±B1 (gezondheid). Meneer leefde bij de dag (na 35 jr werken, waarvan 23 bij het betreffende bedrijf) en was niet kwaad op zijn werkgever. Hij is attent gemaakt op de mogelijkheid tot het indienen van een claim door een OR lid, die tevens lid was van de vakbond. Betrokkene is zeer tevreden over de verleende bijstand door BBZ, hoewel deze duur was. Geen reacties van anderen op indienen claim.

### *Preventiemogelijkheden*

Deze claim was niet te voorkomen geweest.

### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Betrokkene zou opnieuw hetzelfde gedaan hebben. Hij heeft overigens eigenlijk geen claim ingediend: "anderen hebben dat voor mij gedaan."

Hij heeft geen contact meer met het bedrijf. Wel heeft hij gehoord dat meer mensen van hetzelfde bedrijf een claim hebben ingediend. Ook weet hij dat er iets aan de afzuiging is verbeterd, maar niet of dat voldoende effect heeft. Oplossingen voor oplosmiddelen zijn moeilijk te vinden.

### *Stand van zaken in 2008*

Meneer heeft nog evenveel klachten als voorheen. Geen zelfvertrouwen, vergeetachtigheid. Komt de deur niet meer uit en krijgt ook geen bezoek. "Ik probeer de dag op te maken." Lang geleden gescheiden van zijn vrouw; ziet zijn broer nooit meer. Wel zijn zoon, die vier dagen per week in huis woont, maar OPS niet begrijpt. Meneer zou graag meer steun hebben, want hij ziet geen toekomst meer.

Betrokkene werkt niet meer. WAO 80-100% (ongeveer €1000) plus bijstandsuitkering. "Als ik huur, gas/water/licht en ziektekosten heb betaald dan blijft er weinig over." Zonder de schadevergoeding was hij niet rondgekomen.

## **17 Industrieschilder/spuiter**

### *Motieven om een claim in te dienen*

B3 (wraak en kwaadheid op werkgever), B2 (erkenning ziekte) en C4 (preventie binnen bedrijf). Pas later kwamen daar ook financiële motieven bij (A1). Zonder no cure no pay had betrokkene geen claim kunnen indienen. Er was geen angst voor repercussies of verlies van de zaak. Het idee om een claim in te dienen kwam via de publiciteit en de OPS vereniging. De partner speelde een grote rol. Betrokkene is niet tevreden over de advocaat van CNV, maar wel zeer tevreden over BBZ en de OPS vereniging. De directie reageerde zeer negatief op het indienen van een claim: collega's werd

verboden met meneer te spreken. De claimfase (CNV) was zwaar en had negatieve psychische en emotionele effecten. Schadevergoeding: € 50.000.

#### *Preventiemogelijkheden*

Betere reïntegratie, betere bejegening door de werkgever ("je bent me nog geen dubbeltje waard") en een tijdelijke aanvulling van het inkomen ("gedurende de periode die je nog moet werken").

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Financieel heeft de claim niet gebracht wat betrokkene ervan verwacht had ("weegt niet op tegen alle ellende"), maar hij heeft wel erkenning gebracht. Betrokkene zou in een soortgelijke situatie hetzelfde doen, maar dan zonder hulp van CNV.

Veel ex-collega's leven niet meer. Betrokkene sprak onlangs een oud collega, die er inmiddels slecht aan toe is. "Het is nog steeds een zootje". De werkplaats en de werf zijn hetzelfde gebleven en alles staat nog op dezelfde plek. De zoon van betrokkene liep destijds stage bij het bedrijf, maar kon vertrekken toen de claim werd ingediend, net als een collega die het eens was met betrokkene. De Arbeidsinspectie is op bezoek geweest n.a.v. een melding van de CNV, maar het bedrijf anticeerde daarop (tijdelijk). Ook de FNV is er geweest, undercover, maar ondanks de constatering dat de afzuiging niet klopte is er verder niets ondernomen. Volgens betrokkene zou de directie dat niet doen omdat dit te kostbaar zou zijn.

#### *Stand van zaken in 2008*

Betrokkene heeft minder gezondheidsklachten (geen spierpijn meer), maar zo gauw hij in aanraking komt met oplosmiddelen, krijgt hij acuut hoofdpijn en zere spieren. Het geheugen is "flut". Ook zijn er nieuwe klachten n.a.v. een motorongeluk (kunstknie, kunstheup), suikerziekte en allerlei littekens. Na het motorongeluk is hij anders tegen zijn OPS gaan aankijken: "pluk de dag."

WAO 75% (€1035). Vroeger verdiende hij ruim het dubbele. Met het bedrag van de schadevergoeding konden betrokkene en partner hun schulden afbetalen. Echter, het bedrag (€50.000) is te laag om 22 jaar salaris mee aan te vullen.

### **18 Voorbereider offset (1953)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

Het enige motief is financieel, met name A1 (geldgebrek) en A4 (grote kans op werkloosheid). De verhoudingen met de werkgever waren *destijds* nog goed, dus geen wraak. Erkenning was er al "toen de dokter OPS noteerde". Het advies om een claim in te dienen kwam van de vakbond, maar informatie kwam ook van de OPS vereniging en een man met OPS. Overwegingen om niet te claimen waren angst voor lange procedure, kans op verlies en belasting van de partner (die een en ander afhandelde). De direct leidinggevende getuigde voor betrokkene; de directie reageerde boos

op het indienen van de claim. De werkgever werkt ook nu nog tegen, bijvoorbeeld bij de uitbetaling van de WAO uitkering en het niet afgeven van een verklaring i.v.m. een nieuwe hypotheekvorm. Duur: 2,5-3 jaar? Meneer is tevreden over de door BBZ verleende bijstand.

#### *Preventiemogelijkheden*

Het was onwaarschijnlijk dat de claim voorkomen had kunnen worden. Omdat het hoofdmotief financieel was (meer specifiek, financiële *zekerheid*), had wellicht een betere sociale zekerheid danwel een aanvulling van het inkomen kunnen helpen. Betere preventie en betere reïntegratie waren geen reële, voorstelbare, opties.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Het geld naar aanleiding van de claim is prettig. Ook geeft het voldoening dat betrokkene gelijk heeft gekregen. De claim heeft geen effect gehad op de gezondheid. Hij zou opnieuw een claim indienen.

Het bedrijf is in wisselende handen geweest. Toen het in handen was van “Fransen en Spanjaarden” werd het gebruikt om “belasting af te schrijven”. Destijds werd niet gelet op de arbeidsomstandigheden en de directeur wisselde telkens. Het bedrijf heeft inmiddels een nieuwe eigenaar, en er zijn maatregelen genomen om OPS te voorkomen: betere afzuiging en ventilatie, verminderd gebruik van oplosmiddelen, betere PBM, nieuwe werkmethoden en minder gebruik van gevaarlijke producten. Twee werknemers zijn getest op OPS. Betrokkene kan niet beoordelen of de claim mede ten grondslag heeft gelegen aan deze veranderingen. Daarnaast zou de Arbodienst een rol gespeeld kunnen hebben, naast de directeur en wellicht nieuwe wettelijke verplichtingen.

#### *Stand van zaken in 2008*

Acute klachten, zoals spontane bloedneuzen, zijn over. Verder dezelfde klachten als voorheen, al kan meneer er nu beter mee omgaan: controle, regelmaat en luisteren naar lichaam. Hij komt langzaam weer wat meer onder de mensen.

Hij is nog in dienst bij de werkgever die van het UWV zijn WAO-uitkering ontvangt (75% van laatstverdiende loon) en deze aan hem uitbetaalt, plus een toeslag van €350. De toeslag wordt overigens voor 80% bekostigd door een WAO-gatverzekering van betrokkene. Samen met pensioenvoorziening en spaarloon komt dit op € 1500 netto. Partner werkt 3 dagen per week (€ 850).

### **20 Offsetdrukker (1961)**

#### *Motieven om een claim in te dienen*

B3 (wraak), want de werkgever wilde meneer laten afvloeien via de WAO. Géén financiële motieven, altruïstische alleen achteraf. Vanwege no cure no pay had hij het gevoel dat er niets te verliezen was (dus toch A3!). Het idee om te claimen kwam via een kennis bij FNV en de bedrijfsarts; dit leidde uiteindelijk naar BBZ. Betrokkene is tevreden met de bijstand door BBZ, maar het schikkingsbedrag



(€ 17.800 netto) wordt laag bevonden. De enige reactie (positief) is van een collega die ook een claim heeft ingediend.

#### *Preventiemogelijkheden*

Betere bejegening door de werkgever had deze claim kunnen voorkomen, d.w.z. de werkgever had moeten meewerken aan een oplossing. In samenhang daarmee dus: betere reïntegratie. Volgens betrokkene had dit in het eigen bedrijf gekund. Daarnaast: betere preventie.

#### *Effecten van de claim op werknemer en werkgever*

Als wraakmiddel viel de claimafhandeling enigszins tegen, omdat het bedrag niet hoog genoeg was om de werkgever hard te treffen. Als het weer zou gebeuren, zou betrokkene opnieuw een claim indienen, maar dan zou hij meer geld eisen.

Hij kon geen informatie verstrekken over de huidige situatie in het bedrijf.

#### *Stand van zaken in 2008*

De meeste klachten zijn er nog steeds (met name de zeurende hoofdpijn), maar door rust zijn deze minder frequent en minder erg. In zijn nieuwe baan gaat meneer verantwoord om met gevaarlijke stoffen en belastend werk en meldt hij eerder ongezonde situaties aan collega's.

Betrokkene heeft een nieuwe baan op een lager niveau, als kantonnier-schipper (via reïntegratiebureau ingeschakeld door UWV). Salaris is lager, namelijk ca. € 1350, maar er is ook minder werkdruk. Bovendien: als hij een slechte dag heeft, kan hij zich ziek melden. Naast het salaris ontvangt hij een WAO-uitkering (15-25%) van ca. € 85 en een uitkering via de verzekering van de baas bij Achmea van ca. € 156. Partner werkt vier dagen per week en verdient ca. € 1500 inclusief reiskosten.