

Deel 2

De kennis uit het werkveld

Inhoud

Proloog	6
1 Beroepsziekten (opnieuw) in de aandacht	7
1.1 Beroepsziekten zijn van alle tijden	7
1.1.1 Beroepsziekten al honderden jaren in de samenleving	7
1.1.2 De historie van beroepsziekten in wetgeving en overheidsbeleid	8
1.1.3 De inspectie en beroepsziekten in vogelvlucht	12
1.1.4 Ongeval of beroepsziekte? Situaties uit de inspectiepraktijk	12
1.2 Definities, maatstaven, bronnen en cijfers	14
1.2.1 Definities van beroepsziekten	15
1.2.2 Maatstaven voor beroepsziekten	17
1.2.3 Bronnen en statistieken	18
1.2.4 Cijferbeelden	20
1.3 Beroepsziekten in internationaal perspectief	23
2 Beroepsziekten: inzoomen op de grootste boosdoeners	27
2.1 Psychosociale arbeidsbelasting (PSA)	27
2.1.1 Aard, omvang en impact	27
2.1.2 Ontstaan en oorzaken van een psychische beroepsziekte	29
2.1.3 Begeleiding, preventie en behoefte aan maatregelen	31
2.1.4 Beheersen risico's en handhaving	33
2.2 Fysieke belasting	35
2.2.1 Aard, omvang en impact	35
2.2.2 Preventie en actuele ontwikkelingen	37
2.2.3 Toezicht en handhaving	39
2.3 Gevaarlijke stoffen	40
2.3.1 De omvang van het probleem	41
2.3.2 Naleving van de arbowetgeving	42
2.4 Omgaan met nieuwe gezondheidsrisico's door veranderend werk	45
2.5 Longaandoeningen: van signalering naar preventie?	48
2.5.1 Signalering werkgerelateerde luchtwegklachten in de curatieve zorg	48
2.5.2 De toekomst? Arbozorg voor iedereen toegankelijk	50

3	Het stelsel rond beroepsziekten	52
3.1	Wettelijke bepalingen	52
3.1.1	Arbostelsel op hoofdlijnen	52
3.1.2	De werking van het Arbozorgsysteem	52
3.2	Stelselactoren	55
3.3	Inzoomen op diverse actoren	58
3.3.1	De rol van de OR	58
3.3.2	De rol van de preventiemedewerker	60
3.3.3	De rol van stakeholders in een onderneming	62
3.3.4	De rol van de bedrijfsarts	65
3.3.5	De rol van (kern)deskundigen	69
3.3.6	De rol van wetenschappelijke instellingen en expertisebureaus	71
3.3.7	De rol van werkgevers: VNO-NCW MKB-Nederland: kennis van arborisico's	73
3.3.8	De rol van zelfstandigen volgens ZZP NL	74
3.3.9	De rol van brancheorganisaties: Vollandis als voorbeeld	76
3.3.10	De rol van het Ministerie van SZW: beleid en toezicht	78
4	Compensatieregelingen slachtoffers beroepsziekten	87
4.1	Slachtoffers blootstelling asbest en de lange mars naar compensatie	87
4.2	Het FNV Bureau Beroepsziekten	90
4.3	Chroom-6 bij Defensie: erkenning, uitkeringsregeling en nazorg	93
4.4	Compensatiesystemen en preventie in het licht van actuele ontwikkelingen⁹⁵	
4.5	Wordt het beter voor slachtoffers beroepsziekten? Een stand van zaken.	97
5	Belemmeringen en mogelijkheden in het stelsel	104
5.1	Binnen bedrijven	105
5.1.1	De werkgever	105
5.1.2	Werknemers	107
5.1.3	Zelfstandigen en flexwerkers	108
5.1.4	De ondernemingsraad/personneelsvertegenwoordiging	109
5.1.5	De preventiemedewerker	111
5.2	De bedrijfsarts en overige deskundigen	112
5.2.1	De bedrijfsarts	112
5.3	Sociale partners, brancheorganisaties en andere belanghebbende actoren	118
5.3.1	Werkgeversorganisaties	118
5.3.2	Vakbonden	119
5.3.3	Brancheorganisaties	120
5.3.4	Juridische partijen	122
5.3.5	Belangengroepen	123
5.4	Het toezicht	124

Bijlage I Auteurs/deskundigen die hebben meegewerkt	126
Bijlage II Lijst met geraadpleegde literatuur	130

Proloog

In de inleiding van Deel I van dit rapport is beschreven wat de aanleiding is geweest om het rapport *Beroepsziekten in beeld* te maken. De twaalf kennisbijeenkomsten die door en voor het netwerk *Beroepsziekten Beter in Beeld* zijn belegd, brachten zoveel rijke informatie, dat is besloten de presentaties van de verschillende deskundigen te bundelen. De Inspectie en de beleidsdirectie G&VW van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben daarom gevraagd of de verschillende inleiders hun presentatie nog eens op papier wilden verwoorden. Daar is door alle deskundigen welwillend op gereageerd en daar willen we hen hartelijk voor bedanken. Hun bijdragen zijn nagenoeg onverkort en ongewijzigd opgenomen. Zonder hun bijdragen had dit rapport niet samengesteld en geschreven kunnen worden. In bijlage I worden per paragraaf de auteurs genoemd die hebben bijgedragen als ook de deskundigen die een aandeel hebben geleverd aan de kennisbijeenkomsten *Beroepsziekten Beter in Beeld*.

Er is besloten tot het splitsen van het rapport in een Deel I en een Deel II om een goed onderscheid te maken tussen de bevindingen over het geheel (Deel I) en de bijdragen van alle auteurs en deskundigen (Deel II). In dit Deel II komen de deskundigen uit het werkveld direct zelf aan het woord. Hun bijdragen zijn naar bepaalde hoofdonderwerpen gestructureerd. In hoofdstuk 1 komt eerst enige historie over het fenomeen van beroepsziekten aan bod en wordt daarna ingegaan op de verschillende definities en cijferbeelden over beroepsziekten. Elke bron heeft z'n voor- en nadelen, zo blijkt uit dit hoofdstuk. In hoofdstuk 2 komen de drie belangrijkste veroorzakers van beroepsziekten in beeld, te weten: blootstelling aan psychosociale arbeidsbelasting, fysieke arbeidsbelasting en gevaarlijke stoffen. De aard en omvang van deze drie worden besproken, als ook de mogelijkheden om het aan te pakken.

Het stelsel van beroepsziekten met al haar wettelijke bepalingen en actoren is het onderwerp van hoofdstuk 3. Eerst wordt er als het ware over het werkveld heen gekeken om vervolgens op de verschillende actoren in te zoomen. In hoofdstuk 4 komt het slachtoffer in beeld. Dat wil zeggen: er wordt namens en door deskundigen uit het veld uitvoerig stilgestaan bij de aansprakelijkheids- en compensatieregelingen waar slachtoffers van beroepsziekten mee te maken kunnen krijgen. De adviezen van de Commissie Vergemakkelijking Schadeafhandeling Beroepsziekten (VSAB), ook vaak aangehaald als de commissie Heerts, spelen daarin een belangrijke rol. Hoofdstuk 5, tenslotte, bevat op basis van wat deskundigen in dit rapport en in de kennissessies *Beroepsziekten Beter in Beeld* hebben aangedragen, een door literatuur ondersteunde samenvattende synthese. Daarin wordt, als het gaat om goede preventie van beroepsziekten, een aantal verbeterpunten en mogelijkheden in het stelsel benoemd. Niet agenderend, maar bedoeld om het verdere discours in dit werkveld te inspireren.

1 Beroepsziekten (opnieuw) in de aandacht

Er werd en wordt veel over beroepsziekten gepubliceerd. Dat is goed nieuws en suggereert dat beroepsziekten nog steeds of weer volop in de aandacht staan. Belangrijker dan het beantwoorden van de vraag of er daadwerkelijk sprake is van een toegenomen aandacht voor beroepsziekten, is de vraag of de aandacht voldoende en van blijvende aard is. Juist voor een onderwerp zoals beroepsziekten is het gewenst dat er permanent aandacht voor is.

In paragraaf 1.1 van dit hoofdstuk belichten we een stukje historie rond beroepsziekten. Dit vanuit de constatering dat het een probleem is van alle tijden. Paragraaf 1.2 gaat in op het belang van betrouwbare en eenduidige beroepsziektcijfers die iets zeggen over de werkelijke omvang en last. Cijfers die overtuigend laten zien dat de urgentie om iets aan het probleem te doen bijzonder groot is.

De laatste paragraaf gaat in op de internationale dimensie van beroepsziekten. Vanuit wetenschappelijk perspectief spelen landsgrenzen immers geen rol als het om beroepsziekten gaat: hoe een ziekte als mesotheliom door blootstelling aan asbest wordt veroorzaakt, en hoe bakkersastma zich ontwikkelt door inademing van meelstof, verschilt immers niet wezenlijk van land tot land. Beroepsziekten is dus niet alleen een probleem van alle tijden, maar ook een probleem van alle landen.

1.1 Beroepsziekten zijn van alle tijden¹

Het bestaan van beroepsziekten wordt al sinds de oudheid herkend, maar kreeg in Nederland pas een wettelijke verankering met de invoering van de Veiligheidswet in 1895. In 1921 werden door de oprichting van de ILO de risico's bij blootstelling aan gevaarlijke stoffen internationaal op de kaart gezet. Daarna is in veel (internationale) regelgeving het gevaar van beroepsziekten een structureel aandachtspunt geweest. Ging het in het begin vooral om blootstelling aan gevaarlijke stoffen, later in de vorige eeuw werden daar fysieke en psychosociale aandoeningen aan toegevoegd.

De verankering in wetgeving en instituties verhinderde echter niet dat het risico op beroepsziekten en de maatregelen om er iets aan te doen altijd het zwakke broertje is gebleven van risico's op acute en zichtbare onveiligheid. En dit terwijl het onderscheid tussen een arbeidsongeval en het oplopen van een beroepsziekte in de praktijk vaak lastig te maken is. De aandacht voor beroepsziekten schiet omhoog wanneer er zich ernstige incidenten aandienen, zoals recent met het bedrijf Dupont of met blootstelling aan chroom-6. In beleid en toezicht staat vanaf 2018 blootstelling aan gevaarlijke stoffen dan ook weer hoog op de agenda evenals het verbeteren van schadeloosstelling van slachtoffers van beroepsziekten.

1.1.1 Beroepsziekten al honderden jaren in de samenleving

Vroeger betrof het beroepsziekten zoals loodvergiftiging, stoflongen en kruipknieën. Of de hoedenmakersgekte, notarisarm, telegrafisten- of melkerskramp, de dienstmeidenknie en hangwangen.² Nu heeft men het over burn-out, PTSS en chroom-6. Oude beroepsziekten verdwijnen door beter en schoner werk, andere werkmethoden. Maar soms ook door veranderende definities en andere manieren van kijken kan een beroepsziekte uit het zicht verdwijnen. Nieuwe beroepsziekten verschijnen (zie paragraaf 2.4) en sommige beroepsziekten duren voort.

Hippocrates (ca. 460-370), 'de vader van de geneeskunde', gaf al een beschrijving van loodvergiftiging bij arbeiders. De Grieks Romeinse arts en anatoom Galenus van Pergamum (ca. 131 - ca. 200) beschrijft reeds stoflongen bij mijnwerkers en steenhouwers.³ Beroepsziekten zijn absoluut niet nieuw en de aandacht ervoor ook niet. Wat opvalt is dat de politieke en maatschappelijke aandacht voor beroepsziekten in de tijd wisselt.

¹ Door: Anne Tiemstra, coördinerend adviseur/onderzoeker, Inspectie SZW.

² Bron: <http://www.hephorst.nl/ziektes/ZIEKTES.HTM> of www.medischerfgoed.nl

³ Breedijk, J. (2014b)

“Dat een vorm van stoflongen (silicose) kan ontstaan door blootstelling aan kwartsstof (kristallijn silica) is al honderd jaar bekend, maar ondanks wettelijke grenswaarden komt deze aandoening, ook in Nederland, nog zeer regelmatig voor, met name in de bouwnijverheid. Silica is daarnaast kankerverwekkend en een bekende oorzaak van COPD”⁴.

Het oudste drukwerk over beroepsziekten is waarschijnlijk van de Duitse Ulrich Ellenbog uit 1473. Het betreft een beschrijving van, als ook de behandeling en preventie van, beroepsziekten bij goudsmiden en andere metaalbewerkers in het Duitse Augsburg in de Late Middeleeuwen. Ellenbog beschrijft dat bij het verwerken van (edel)metalen dampen, gassen en stoffen vrijkomen die ingeademd schadelijk zijn voor het lichaam. Ter vermijding van blootstelling dient de werkwijze aangepast te worden door het gebruik van droge i.p.v. natte kolen, het werken in open ruimten, het hoofd af te wenden en de mond te bedekken.⁵

De Italiaanse medisch hoogleraar Bernardino Ramazzini (1633-1714) wordt wereldwijd gezien als ‘de vader van de arbeidsgeneeskunde’. Hij zorgde namelijk voor een nieuw medisch paradigma door “het werk” als exogene factor voor het ontstaan van ziekten op zowel individueel als groepsniveau te identificeren. En hij schreef in 1700⁶ het eerste toonaangevende standaardboek, getiteld ‘Verhandeling over de ziekten der werkers’. Dit boek is in vele uitgaven vertaald en verscheen in 1724 in het Nederlands. Ramazzini beschrijft na dertig jaar onderzoek de ziektebeelden, beroepen en de werkplaatsen inclusief technische beschrijving van de werkzaamheden en eindigt met aanbevelingen ter preventie en behandeling van de gezondheidsschade.⁷

1.1.2 De historie van beroepsziekten in wetgeving en overheidsbeleid

Aan het einde van de 19e eeuw kwamen er in Nederland een aantal wettelijke verplichtingen over veilig werken met stoffen. Deze waren opgenomen in de toenmalige Arbeidswet 1889 en iets later de Veiligheidswet 1895. En in 1921 werd als een van de eerste verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) een verdrag over het terugdringen van blootstelling aan loodwit in verf vastgesteld. Dit verdrag is interessant, omdat daarin al werd voorzien in een algemeen verbod op het gebruik van gevaarlijke stoffen, tenzij binnen door de overheid vast te stellen grenswaarden. Ook voorzag het verdrag al in een aantal technische voorschriften, overleg tussen sociale partners en een registratie van beroepsziekten. De wetgeving richtte zich vooral op veiligheid en dus ongevallen op het werk. Slechts een beperkt aantal regels was gericht op bescherming van werknemers tegen schadelijke blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

De Veiligheidswet 1934 en de sectorale veiligheidsbesluiten (bijvoorbeeld het Veiligheidsbesluit voor Fabrieken en Werkplaatsen) bestonden over het algemeen uit gedetailleerde, technisch geformuleerde middelvoorschriften waaraan de werkgever moest voldoen. Ze richtten zich vooral op het voorkomen en het beperken van de gevolgen van ongevallen. In de jaren tachtig van de vorige eeuw werd de veiligheidswetgeving gefaseerd vervangen door de Arbowet.

Publicatie over beroepsziekten uit 1958 als voorbeeld van een rijk (kennis)verleden

Dat in een ver verleden bij de (toenmalige) Arbeidsinspectie het kennis- en activiteitsniveau met betrekking tot beroepsziekten op een behoorlijk hoog niveau lag, blijkt wel als diverse publicaties die toen verschenen zijn, er nog eens op nagelezen worden. Om een indruk te geven van de inhoud (en kwaliteit) van deze publicaties, hier een korte impressie, ontleend aan de in 1958 verschenen (jaarlijkse) publicatie over geneeskundige onderzoeken en mededelingen omtrent beroepsziekten.⁸

‘Naast het houden van medisch-hygiënisch toezicht op fabrieken en werkplaatsen, het verrichten van wettelijk voorgeschreven keuringen, het periodiek geneeskundig onderzoek van bepaalde categorieën arbeiders en het onderzoek van beroepsziekten, voltooiden of vervolgden de geneeskundigen bij de Arbeidsinspectie de in de laatste jaren begonnen onderzoeken bij grotere groepen arbeiders in bepaalde industrietakken; bovendien werd met een aantal nieuwe onderzoeken van deze aard begonnen.’

⁴ Rooijackers, J. & Zee, J. van der (2019)

⁵ Breedijk, J. (2014b)

⁶ Een tweede editie met 12 extra hoofdstukken verschijnt in 1713.

⁷ Breedijk, J. (2014a)

⁸ Geneeskundig onderzoeken en mededelingen omtrent beroepsziekten (overdruk uit het Jaarverslag van de Arbeidsinspectie 1956 en 1957). Gepubliceerd door Staatsdrukkerij- en uitgeverijbedrijf te. Den Haag, 1958

'Art. 82 der Arbeidswet 1919 legt aan iedere geneeskundige de verplichting op van bepaalde aan zijn behandeling onderworpen ziektegevallen schriftelijk aangifte te doen. In 1956 werden 20 en in 1957 21 ziektegevallen aangegeven. Voorts werden in 1956 838 en in 1957 695 ziektegevallen bekend uit aangiften ingevolge de Ongevallenwet. Behalve deze gevallen waren er 9 die geen verband hielden met het uitgeoefende beroep en 10 waarvan het verband hiermede twijfelachtig was.'

In de inleiding wordt daarnaast onder meer ingegaan op het onderzoek naar choline-esterasegetal in het bloed van spuiters van vruchtbomen, die hoofdzakelijk met parathion werken en het onderzoek naar dinitro-ortho-cresolgehalte (DNC) van het bloedserum van spuiters die grote hoeveelheden van deze stof verwerken. De voorlichting en beveiliging van reeds bekende en nieuwe bestrijdingsmiddelen in de land- en tuinbouw hadden (dat jaar) de bijzondere aandacht.

Ook wordt in de inleiding het onderzoek genoemd naar het vóórkomen van silicose in de aardewerkindustrie en uitbreiding van dat onderzoek naar een aantal andere met naam genoemde sub-sectoren. Aan het eind van de inleiding komt de bestaande samenwerking ter sprake. Zo wordt met betrekking tot het vraagstuk van bestrijdingsmiddelen samengewerkt met de Plantenziektkundige Dienst te Wageningen, het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en het RIVM. Ook wordt vermeld dat het contact met bestaande geneeskundige diensten zoveel mogelijk wordt gezocht en onderhouden en het instellen van dergelijke diensten wordt bevorderd. Tot slot wordt ingegaan op de goede samenwerking met het Centraal Bureau Keuringen op Medisch-Hygiënisch Gebied, verschillende consultatiebureaus voor tbc-bestrijding, het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde en TNO.

Na de inleiding wordt in de publicatie op zeer systematische, uitvoerige en gedetailleerde wijze een beschrijving gegeven van de geneeskundige onderzoeken van beroepsziekten en ongevallen met daarbij de in een voetnoot geplaatste kanttekening dat het aantal besproken beroepsziekten slechts het aantal onderzochte – en niet het aantal ter kennis van de Arbeidsinspectie gekomen – gevallen betreft. In de erop volgende 35 pagina's wordt ingegaan op een breed scala aan beroepsziekten, ingedeeld naar categorieën zoals aandoeningen veroorzaakt door micro-organismen, huidaandoeningen, aandoeningen van longen en luchtwegen, aandoeningen veroorzaakt door mechanische invloeden en aandoeningen veroorzaakt door straling. De publicatie wordt afgesloten met een toelichting op een aantal bijzondere onderzoekingen, zoals huidaandoeningen in een confectiefabriek en zuivelfabriek, loonspuiters, silicose, loodintoxicatie en vergiftingsgevaren als gevolg van trichloorethyleen-ontvettingsbaden en cyaanhardingsinrichtingen.

Eind jaren 80 wordt de invloed van 'Europa' groter met de invoering van de kaderrichtlijn 'Veiligheid en gezondheid op het werk' (89/391/EEG). In de richtlijn zijn voor heel Europa de minimumvoorschriften voor veiligheid en gezondheid bepaald, al staat het de lidstaten vrij om strengere maatregelen in te stellen. De arbozorg richt zich vanaf de jaren 90 steeds meer op het systematisch beheersen van gezondheids- en veiligheidsrisico's. Veroorzakers van beroepsziekten, zoals gevaarlijke stoffen, werkstress en fysieke overbelasting, krijgen meer aandacht.⁹

De Arbowet introduceerde doelvoorschriften, de arbeidshygiënische strategie en de stand der wetenschap. De werkgever moet dus risico's zo dicht mogelijk bij de bron beheersen gelet op wat op een bepaald moment technisch mogelijk is en wat redelijkerwijs van de werkgever kan worden gevergd. Vanaf 1994 is de werkgever verplicht een schriftelijke risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) uit te voeren.

De huidige Arbowet stelt het wettelijke kader om goede arbeidsomstandigheden te bevorderen en daarmee (onder andere) beroepsziekten te voorkomen. Dit houdt in dat de overheid een kader en een norm voor arbeidsomstandigheden en grenswaarden¹⁰ (zogenaamde doelvoorschriften) stelt. De middelen en maatregelen die moeten leiden tot het bereiken van die doelvoorschriften worden ingevuld door sociale partners.¹¹ Het gaat onder meer om het opstellen van een

⁹ Inspectie SZW (2018b), p. 6

¹⁰ Grenswaarden concretiseren het beschermingsniveau van doelvoorschriften in de vorm van een norm of een getalswaarde. Deze norm/waarde mag om gezondheidsschade te voorkomen niet worden overschreden

¹¹ Via de sectorale instrumenten zoals de arbocatalogi en de branche-RI&E spelen dus de werkgeversorganisaties en vakbonden een rol in het concretiseren van beleid.

arbocatalogus, waarin is uitgewerkt met welke middelen en methoden aan de normen op sectoraal niveau is te voldoen. Dit kunnen bedrijven gebruiken bij het opstellen van hun RI&E en het bijbehorende Plan van Aanpak (zie paragraaf 3.1 en 3.3.10.2).

De beleidsafdeling Gezond & Veilig Werken (G&VW) van het Ministerie van SZW is belast met de wetgeving en het beleid gericht op preventie van beroepsziekten. De beleidsagenda 2012 waarin meer aandacht werd gevraagd voor preventie is recent geëvalueerd¹² en er worden stappen voorbereid om te komen tot een nieuwe Arbovisie 2040. Vanaf medio 2018 loopt het beleidsprogramma 'Preventie beroepsziekten' waarin vooral aandacht wordt gevraagd voor de risico's op het gebied van gevaarlijke stoffen en meer recent ook van fysieke belasting. (zie paragraaf 3.3.10.1)

In de achteruitkijkspiegel: het ontstaan van NCvB in 1995 en een korte terugblik in 2020

Het NCvB registreert en signaleert beroepsziekten via het nationale melding- en registratiesysteem en meerdere specifieke peilstations. Het NCvB is hét kennisinstituut voor Arboprofessionals, werkgevers- en werknemersorganisaties, overheidsinstellingen en beleidsmakers. De missie van het NCvB is het bevorderen van de kwaliteit van preventie, (vroeg)diagnostiek, behandeling en begeleiding van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen. Hiertoe ontplooit het NCvB samen met de polikliniek mens en arbeid (PMA) activiteiten op drie gebieden, namelijk monitoring en signalering van beroepsziekten, kennisverspreiding en klinische arbeidsgeneeskunde.

In de in 2005 verschenen NCvB-publicatie 'Kop in de wind (10 jaar werken aan beroepsziekten)' staat een mooi overzicht van de aanloop tot de oprichting van het NCvB.¹³ In 1989 ligt er een door Gert van der Laan opgesteld voorstel tot oprichting van een Centrum voor Beroepsziekten, dat door het Coronel Laboratorium ondersteund wordt. In de erop volgende periode vindt een haalbaarheidsstudie plaats (NCvB, illusie of noodzaak?), gefinancierd met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Arbeidsongeschiktheidsfondsen. In 1992 verschijnt in opdracht van SZW de publicatie 'Op weg naar protocollering van beroepsziekten?'.¹⁴ In de periode 1994-1995 vindt met subsidie van het Praeventiefonds de opbouw van een documentatie- en informatiesysteem plaats. In dezelfde periode wordt in overleg met het Nederlands Astmafonds een module beroepslongaandoeningen ontwikkeld. In verband met Eurotop-31 wordt de eerste Registratierichtlijnen ontwikkeld¹⁵ en vindt de opbouw van een correspondentennetwerk plaats. Op 30 maart 1995 vindt dan eindelijk op een tweedaagse studiebijeenkomst in Papendal in aanwezigheid van de deelnemers aan het Eurotop-31 project de officiële opening plaats van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.

Ondertussen zijn we 25 jaar verder in de tijd. In het [jaarverslag 2019](#) van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid ('samen 100 jaar arbeid en gezondheid') wordt een terugblik op deze 25 jaar gegeven. Daaruit blijkt dat in 25 jaar ruim 130 duizend beroepsziekten bij het NCvB zijn geregistreerd. Met 45 diagnostische registratierichtlijnen – veelal gebaseerd op systematische literatuurstudies – kunnen bedrijfsartsen beroepsziekten vaststellen en melden. Naast richtlijnontwikkeling en registratie doet het NCvB op tal van andere manieren aan kennisoverdracht, zoals de jaarlijks georganiseerde Heijermans lezingen, workshops, nieuwsbrieven, helpdeskfunctie en de (na) scholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Ook de komende jaren gaat het NCvB zich richten op de preventie van beroepsziekten, onder andere door risicocommunicatie over beroepsziekten. De infographics in de jaarlijkse overzichten van de beroepsziekten (Beroepsziekten in Cijfers en Kerncijfers beroepsziekten) zijn hier al een uiting van. Vroegsignalering van beroepsziekten door preventief medisch onderzoek en gerichte onderzoeksprojecten zijn de andere speerpunten waarop ingezet wordt.

¹² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/02/17/kamerbrief-evaluatie-arbobeleidsagenda-2012-en-arbovisie2040>

¹³ NCvB (2005)

¹⁴ Van der Laan (1992)

¹⁵ Eurotop-31 verwijst naar de lijst van beroepsziekten die was geselecteerd in het kader van een pilot, in 1995, gericht op de registratie van beroepsziekten in Nederland, gebaseerd op een selectie van 31 ziekten uit het "European Schedule of Occupational Diseases" van het Europese Statistiekbureau Eurostat. Het Eurostat-31 project was het feitelijke begin van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. Doel van het project was de ontwikkeling van criteria voor beroepsziekten en een vernieuwd systeem van signaleren van beroepsziekten.

Politieke en maatschappelijke belangstelling voor (de consequenties van) specifieke beroepsziekten ontstaat vaak doordat slachtoffers die, door middel van protesten of media, aandacht voor hun beroepsziekten opeisen. Een recent voorbeeld daarvan is Dupont. Vanaf 2015 verschijnen er in diverse media regelmatig berichten over mogelijke gezondheidsschade bij (voormalig) werknemers van het bedrijf Dupont in Dordrecht als gevolg van onveilige arbeidsomstandigheden in het verleden bij de Lycra en Teflon fabriek. Het ging hier specifiek om mogelijke blootstelling aan de stoffen dimethylacetamide (DMAC), een oplosmiddel, en perfluorooctaanzuur (PFOA), ook bekend als C8. Ook de gezondheidsschade als gevolg van blootstelling aan chroom-6 (Tilburg en bij Defensie) heeft recent in de media en politiek volop in de aandacht gestaan (zie paragraaf 4.3).

Het onderwerp beroepsziekten bestrijkt een zeer breed terrein dat vele uiteenlopende onderwerpen raakt, zoals:

- Arbeidsgerelateerde zorg/bedrijfsgezondheidszorg; de samenwerking in de zorgketen;
- De manier waarop werkgevers invulling geven aan de doelvoorschriften in de arbowetgeving (arbocatalogi en RI&E's);
- Het melden van beroepsziekten; en
- De schadeloosstelling bij beroepsziekten.

Op deze uiteenlopende onderwerpen spelen steeds terugkerende discussies en werden verbetervoorstellen gedaan. Veel van die voorstellen haalden het niet vanwege het ontbreken van draagvlak en de complexiteit van het onderwerp. Een verbetervoorstel dat vrij recent wel gerealiseerd is, is de verbetering van de schadeloosstelling bij beroepsziekten en de gedragscode voor de letselschadebranche.¹⁶ Andere voorstellen voor betere schadeafhandeling en versterking van de positie van slachtoffers haalden het niet.

Voorlopig sluitstuk van de discussie over schadeloosstelling van slachtoffers van een beroepsziekte is het advies van de commissie Heerts. Staatssecretaris van SZW Van 't Wout heeft 13 juli 2020 de Tweede Kamer de Kabinetsreactie op het advies van de commissie vergemakkelijking schadeafhandeling beroepsziekten toegezonden.¹⁷

De commissie constateert dat er voor een algemene financiële tegemoetkoming voor de slachtoffers van beroepsziekten als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen een breed draagvlak bestaat bij alle partijen. Echter voor de vaststelling dat sprake is van een werkgerelateerde aandoening, moet in het advies van de commissie het slachtoffer nog steeds terugvallen op het private aansprakelijkheidsrecht. Bovendien geldt het advies louter voor beroepsziekten als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Verschillende deskundigen, die over deze problematiek een bijdrage leverden aan dit rapport, spreken van een gemiste kans (zie paragraaf 4.2, 4.4 en 4.5).

Advies Cie Heerts: Introduceer een algemene tegemoetkoming en een fonds

- Het recht op een (gefixeerde) financiële tegemoetkoming: in de vorm van een eenmalig uit te keren vast normbedrag;
- Een korte en snelle route naar erkenning van een beroepsziekte;
- Daartoe beoordeelt een per geval samengesteld multidisciplinair en deskundig panel van in beroepsziekten gespecialiseerde medische specialisten en arbeidshygiënisten samengesteld door een onafhankelijke arbeidsgeneeskundige organisatie/fonds (nieuwe instelling) de aard van de aandoening en de blootstellingsgeschiedenis van de werkenden; en
- De onafhankelijke arbeidsgeneeskundige organisatie/het fonds:
 - neemt aanvragen in ontvangst en is verantwoordelijk voor de intake van aanvragen;
 - doet een eerste beoordeling en selectie van aanvragen;
 - verstrekt opdracht aan een panel van deskundigen;
 - beslist over toekenning tegemoetkoming na advies van panel van deskundigen; en
 - keert toegekende tegemoetkomingen uit.

¹⁶ De Letselschaderaad heeft een consultatiedocument gepubliceerd met de titel Goede Praktijken Beroepsziektezaken: handreiking voor de afwikkeling van schade door beroepsziekten (gbz). Doel: een betere en snellere afhandeling van claims.

¹⁷ VSAB (2020)

1.1.3 De inspectie en beroepsziekten in vogelvlucht

Voor de gehele geschiedenis van het toezicht geldt dat met de komst van nieuwe nationale wetgeving, wetswijzigingen en nieuwe Europese Richtlijnen steeds ook de werkwijze en het handhavingsbeleid van de Arbeidsinspectie veranderde. Tussen 1890 en 1900 werd de voorloper van de Arbeidsinspectie opgericht (en de Veiligheidswet ingevoerd). Veertig jaar na de invoering van de veiligheidswet, breidde het aantal inspecteurs en de regelgeving zich uit. In die tijd richtte de Arbeidsinspectie zich vooral op technische aspecten van arbeidsveiligheid¹⁸.

Pas vanaf de jaren tachtig wordt veiligheid binnen bedrijven verbreed naar arbeidsomstandigheden in bredere zin (waaronder welzijn bij de arbeid), en komt er meer aandacht voor risico's op beroepsziekten. Binnen bedrijven worden arbozorgsystemen opgezet met het oog op beheersing van risico's voor gezond en veilig werken. Voor de Arbeidsinspectie betekent dit voortaan ook systeemgericht handhaven, namelijk gericht op de manier waarop het werk is georganiseerd. De arbozorg professionaliseert zich verder vanaf de jaren negentig. Veroorzakers van beroepsziekten, zoals gevaarlijke stoffen, werkstress en fysieke overbelasting, krijgen steeds meer aandacht.¹⁹

Tot 1994 was er geen sprake van een landelijk handhavingsbeleid en vond er geen landelijke registratie van inspecties plaats. De inspecties waren in deze tijd vooral gericht op fysieke arbeidsveiligheid. In 1994 maakt het decentraal georganiseerde handhavingsbeleid plaats voor een centrale aanpak. In de periode daarna werd vooral sectorgewijs geïnspecteerd met daarbinnen aandacht voor risico's op blootstelling voor gevaarlijke stoffen (chemische industrie, asbest, metaalsector, bouw), fysieke belasting (met name in de bouw en industrie) en psychosociale arbeidsbelasting (zorgen welzijn en overheidsdiensten). Echter ook toen bleef de focus van inspecteurs gericht op acute veiligheidsrisico's en arbeidsongevallen en minder op het voorkomen van beroepsziekten.

Met de vorming van de Inspectie SZW (2010) werd de aandacht voor de preventie van beroepsziekten meer thematisch aangepakt. Sommige inspectieprogramma's richten zich volledig op het voorkomen van een beroepsziekte zoals de programma's arbeids(markt)discriminatie en psychosociale arbeidsbelasting (PSA) en blootstelling aan gevaarlijke stoffen (in het bijzonder asbest). In andere programma's zijn elementen van fysieke/psychische belasting en gevaarlijke stoffen onderdeel van reguliere inspecties. Ook zijn er specifieke inspectieprojecten, zoals lasrook in het programma metaal of kwartstof in de bouw.²⁰

1.1.4 Ongeval of beroepsziekte? Situaties uit de inspectiepraktijk²¹

Een aantal inspectieprogramma's richt zich dus op gezond werk en daarmee op de preventie van beroepsziekten. Naast deze actieve inspectieprogramma's kent de Inspectie SZW ook een reactief programma waar meldingen rond ongezond en onveilig werk worden opgepakt. Vanwege de beperkte capaciteit kunnen niet alle meldingen door de Inspectie worden opgepakt. De focus ligt op meldingsplichtige arbeidsongevallen en ernstige overtredingen, waar acuut of ernstig gevaar dreigt voor de veiligheid en gezondheid van werknemers.

De manier waarop het wettelijke geregeld is, leidt tot een tweedeling t.a.v. het melden van letsel door ongevallen en het melden van beroepsziekten. Werkgevers in Nederland zijn namelijk verplicht om ernstige - en daarmee dus meldingsplichtige - ongevallen die een werknemer in dienst van de werkgever - en onder zijn gezag - tijdens werktijd overkomen, te melden bij de Inspectie SZW. Ongevallen - en niet beroepsziekten! - moeten volgens de Arbowet (art. 9) direct bij de Inspectie SZW gemeld worden. Het betreft (meldingsplichtige) ongevallen die leiden tot de dood, een blijvend letsel of een ziekenhuisopname (art. 9 lid 1).

Het onderscheid tussen een arbeidsongeval en een beroepsziekte is soms lastig te maken. Bij een ongeval is er sprake van een plotselinge ongewilde gebeurtenis waardoor letsel (gezondheidsschade) vrijwel aansluitend optreedt. Beroepsziekten treden meestal op na langdurige (over)belasting. Er zijn echter ook 'acute' beroepsziekten. Er is dan geen sprake van een

¹⁸ Vanaf de jaren vijftig verschuift de aandacht binnen bedrijven naar preventie. En vanaf eind jaren zestig is veiligheid niet langer een zuiver technische aangelegenheid. Ook organisatorische aspecten, menselijk gedrag en arbeidsmotivatie krijgen in toenemende mate aandacht.

¹⁹ Inspectie SZW (2018b), p. 5.

²⁰ Inspectie SZW (2018b), p. 15.

²¹ Door: Annewies de Vries, senior inspecteur arbeidsomstandigheden, Inspectie SZW

plotselinge ongewilde gebeurtenis, maar van 'plotseling optredend gezondheidsschade, ontstaan bij reguliere werkzaamheden'. Met de ongewilde gebeurtenis wordt dus niet het effect (de acute gezondheidsschade) bedoeld, maar de aanleiding tot de gezondheidsschade.

Praktijksituaties waarbij onderscheid ongeval of beroepsziekten lastig is

De eerste situatie komt uit de bouwsector. Het gaat over twee werknemers die zware kozijnen stellen. De eerste situatie betreft een arbeidsongeval, waarbij één van de werknemers struikelt, het kozijn plotseling loslaat, waardoor de andere werknemer ernstig pijn krijgt aan zijn schouder met als gevolg dat hij in een ziekenhuis wordt opgenomen. De tweede situatie betreft een beroepsziekte. Tijdens het stellen van de kozijnen krijgt één van de werknemers plotseling acute schouderpijn, waardoor hij zijn werk moet staken en hij vervolgens naar de huisarts gaat die hem doorverwijst naar het ziekenhuis.

Omdat in de eerste situatie sprake is van een plotselinge ongewilde gebeurtenis, die vooraf gaat aan het schouderletsel is er sprake van een arbeidsongeval. In het tweede geval is er geen sprake van een plotselinge ongewilde gebeurtenis bij de uitvoering van het werk, maar wel van het regelmatig tillen van zware kozijnen, wat in overwegende mate heeft kunnen bijgedragen aan het acuut manifest worden van de schouderklachten (en dus is er sprake van een beroepsziekte). Alleen het eerste geval van gezondheidsschade moet – omdat het een meldingsplichtig ongeval betreft - bij de Inspectie SZW gemeld worden.

In de praktijk komt het soms voor dat een gebeurtenis als 'ongeval' bij de Inspectie gemeld wordt, maar dat na onderzoek geconcludeerd wordt dat er geen sprake is van een plotselinge ongewilde gebeurtenis maar van een acuut opgetreden beroepsziekte. Bijvoorbeeld in het geval dat een brandweerman bij het blussen van een schuur een acute oogandoening heeft gekregen en met een ambulance naar het ziekenhuis is vervoerd. Er zou sprake zijn van een brandwond in het hoornvlies. De brandweerman is in de loop van de tijd diverse keren geopereerd aan het oog en er bleek sprake te zijn van blijvende schade (verminderd zicht).

Wat aanvankelijk een plotselinge gebeurtenis leek waardoor ernstige oogschade is opgetreden en daarmee dus een ongeval dat bij de Inspectie moet worden gemeld. De arbeidsinspecteur die deze zaak onderzoekt, richtte zich in eerste instantie op oogschade vanwege rondvliegende brandende deeltjes. Dit risico is bij de Brandweer bekend. De inspecteur stelt daarbij vast dat de brandweerman tijdens het bestrijden van de brand, volledig beschermd was conform de eisen die de 'stand van de techniek' daaraan stelt. Een aantal weken later vraagt de inspecteur door over het letsel. Het blijkt dat in het ziekenhuis is geconstateerd dat hij bloedingen in het oog had die waarschijnlijk veroorzaakt waren door de hoge oogdruk op dat moment. Mogelijk door de stress tijdens het blussen. Uiteindelijk is hij verschillende keren geopereerd, waarna er een netvliesloslating is ontstaan, resulterend in blijvend verminderd zicht.

De brandweerman legt zelf een verband tussen de hitte waaraan hij die dag is blootgesteld en het loslaten van het netvlies. Bij de inspecteur gaat nu een lichtje branden. Is hier wel sprake van een plotselinge ongewilde gebeurtenis, of is hier sprake van een acuut opgetreden beroepsziekte? Zou het kunnen dat bij regelmatige blootstelling aan extreme hitte, het gevolg kan zijn dat het netvlies van een oog kan loslaten? Met andere woorden is dit een bekend verschijnsel bij brandweermannen en is dit wellicht een beroepsziekte? Dit risico bleek in de sector min of meer een bekend fenomeen te zijn. Echter de medisch adviseurs van de Inspectie konden oorzaak en gevolg niet eenduidig vaststellen.

Richting de Veiligheidsregio was geen overtreding van de arbeidsomstandigheden en regelgeving geconstateerd. De brandweerman was immers uitgerust met beschermende kledij volgens de hoogste standaard. Ook kon niet worden vastgesteld dat er een 'plotselinge ongewilde gebeurtenis was'. Bij de bestrijding van de brand en na overleg met het NCvB constateerde de medisch adviseur dat een oogbloeding geen in Nederland bekende beroepsziekte is. Wel zijn er mogelijke mechanismen denkbaar via welke een dergelijke oogbloeding kan worden veroorzaakt door het werk als brandweerman.

Bij nader bevragen van de brandweerman, gaf deze spontaan aan dat er in het ziekenhuis het vermoeden is uitgesproken dat hier mogelijk sprake is van een beroepsziekte. Daarop heeft de Inspectie het slachtoffer aangeraden

dit voorval te melden bij het Nederlands centrum voor beroepsziekten. Het is immers mogelijk om bij het NCvB een vermoede beroepsziekte door een nieuw risico te melden bij het Loket Signaal. Deze meldingen hoeven niet aan dezelfde voorwaarden te voldoen als de meldingen van gediagnosticeerde beroepsziekten.

De Inspectie onderzoekt ook klachten van werknemers over hun huidige arbeidsomstandigheden, zoals op hoogte moeten werken zonder randbescherming, het moeten werken met gevaarlijke stoffen zonder de juiste gelaatsbescherming en het moeten werken met verouderde machines zonder bescherming. De Inspectie krijgt echter zelden meldingen van (vermoedens over en angst voor) het oplopen van een (acute) beroepsziekten.

Wel krijgt de Inspectie meldingen die op termijn tot het ontstaan van een beroepsziekte kunnen leiden zoals regelmatig te zwaar handmatig moeten tillen of werken in een omgeving met onvoldoende lasrookafzuiging. In deze situaties inspecteert de Inspectie wel en sommeert de werkgever de overtreding op te heffen. Maar wat er gemeld wordt, is waarschijnlijk het topje van de ijsberg. Wanneer ondernemingsraden, personeelsvertegenwoordiging of Arbo deskundigen melding doen van gezondheidsrisico's in een bedrijf, dan worden deze altijd door de Inspectie onderzocht. Echter de Inspectie krijgt via genoemde kanalen zeer zelden meldingen binnen. Waarschijnlijk omdat de mogelijkheid tot melden niet (erg) bekend is.

1.2 Definities, maatstaven, bronnen en cijfers²²

Wie zich verdiept in de cijfers die circuleren over beroepsziekten, loopt onherroepelijk tegen het probleem aan dat er weliswaar veel cijfers uit diverse bronnen over beroepsziekten te vinden zijn, maar dat niet altijd meteen duidelijk is wat deze cijfers uitdrukken en waar ze precies betrekking op hebben, hoe ze tot stand zijn gekomen, uit welke bron ze komen en welke definitie aangehouden wordt. Het is niet zozeer een uniek probleem rond cijfers over beroepsziekten, maar het ontbreken van inzicht in hoe de cijfers tot stand zijn gekomen, kan het lastig maken om deze cijfers te 'lezen', te begrijpen, te interpreteren en van een juiste duiding en betekenis te voorzien. Nog ingewikkelder wordt het als blijkt dat cijfers die op hetzelfde aspect betrekking hebben ver uiteen kunnen liggen, zoals dat het geval is bij cijfers die uitdrukken hoeveel (nieuwe) beroepsziekten er in enig jaar ontstaan of op enig moment zijn.

Dit roept de vraag op welke cijfers betrouwbaar zijn, welke cijfers waarvoor gebruikt kunnen worden, en hoe het toch komt dat er zulke grote verschillen zijn tussen cijfers die blijkbaar op hetzelfde gegeven betrekking hebben. Moet er - omwille van de eenvoud - een keus gemaakt worden uit al uit dit cijfermateriaal? Of is het juist zo dat deze rijkdom aan informatie bijdraagt aan beter zicht op de werkelijkheid, omdat de cijfers elkaar aanvullen en naast elkaar gebruikt kunnen worden?

Voordat op deze vragen een antwoord wordt gegeven, wordt eerst een overzicht gegeven van de verschillende gehanteerde definities van beroepsziekten zoals deze in diverse publicaties (en op websites) gehanteerd worden, de verschillende beschikbare bronnen en de verschillende maatstaven waarmee de omvang, ziektelast en kosten van beroepsziekten wordt uitgedrukt. Daarbij is dankbaar gebruik gemaakt van o.a. de Arbobalans²³, de website volksgezondheidszorg.info en de publicaties (en website) van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).^{24, 25}

²² Door: Rolf Spijkerman, strategisch onderzoeker/adviseur Inspectie SZW. Voor de inhoud van deze paragraaf is gebruik gemaakt van de uitwisselingen en discussies die plaats gevonden hebben tijdens de aan dit onderwerp gewijde kennissessie Beroepsziekten Beter in Beeld (maart 2019). Sprekers tijdens deze sessie waren Henk van der Molen en Steven Visser (beiden NCvB), Petra Eysink (RIVM), Romy Steenbeek (TNO) en Alex van der Werf (Inspectie SZW).

²³ De Arbobalans, die iedere twee jaar verschijnt, geeft een breed overzicht van de kwaliteit van de arbeid in Nederland en van de ontwikkelingen hierin. Aan de hand van recente monitors en onderzoeken schetst de Arbobalans een beeld van de omvang en de gevolgen van blootstelling aan arbeidsrisico's, van de betrokken risicoberoepen en -sectoren, en van maatregelen die in bedrijven op dit gebied worden getroffen. In de Arbobalans 2018 worden ziekteverzuim, arbeidsongevallen en beroepsziekten belicht.

²⁴ Zie ook artikel van NCvB: Wat is de beste schatter?

²⁵ Het NCvB is een (inter)nationaal kennisinstituut voor arbo-professionals (m.n. bedrijfsartsen) dat beroepsziekten via het nationale melding- en registratiesysteem en meerdere specifieke peilstations registreert en signaleert.

1.2.1 Definities van beroepsziekten

Afhankelijk van het doel waarvoor en de context waarbinnen de definitie gebruikt wordt, worden verschillende soorten definities van beroepsziekten gehanteerd. In de eerste plaats is er de wettelijke definitie.

(1) Een beroepsziekte is in de Arboregeling (art. 1.11) gedefinieerd als ‘een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die *in overwegende mate* in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden.

Het woord ‘overwegend’ geeft aan dat de ziekte voor *meer dan de helft* veroorzaakt is door het werk. In Nederland kan in principe elke ziekte of aandoening - vallend binnen deze definitie - een beroepsziekte zijn. In tegenstelling tot veel andere landen kent Nederland namelijk géén ‘gesloten’ lijst met beroepsziekten. Deze wettelijke definitie wordt ook aangehouden door het NCvB, dat deze beroepsziekten rapporteert aan Eurostat.

Risque social versus Risque professionnel²⁶

Het verschil tussen risque social en risque professionnel is dat bij het optreden van een beroepsziekte en het recht op een sociale uitkering geen of juist wel onderscheid wordt gemaakt tussen oorzaken gerelateerd aan het werk of aan andere oorzaken. In Nederland is gekozen om *geen* onderscheid te maken in de oorzaak van arbeidsongeschiktheid (risque social). Nederland neemt daarmee een uitzonderlijke positie t.o.v. de rest van Europa. De meeste andere Europese landen hebben een zogenaamd risque professionnel.

Bij risque professionnel komen uitsluitend die ziekten en ongevallen waarbij de relatie met het werk onomstotelijk vaststaat in aanmerking voor vergoeding. Vaak is sprake van zogenaamde lijsten met beroepsziekten waarbij die relatie is bewezen. Indien de getroffen werkenden een ziekte van “de standaardlijst” van te verzekeren gebeurtenissen/ beroepsziekten heeft, spreekt hij/zij de verzekeraar van zijn werkgever aan. Werkgevers zijn verplicht verzekerd tegen schade, die werkenden in hun werk oplopen ten gevolge van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Via de verplichte premieafdracht aan de verzekering is de werkgever gevrijwaard van civiele aansprakelijkheidsclaims, behoudens gevallen van opzet of grove nalatigheid.

Voor zowel risque social als risque professional zijn verschillende voor- en nadelen te benoemen, die veelvuldig in literatuur besproken zijn en worden. Het belangrijkste klassieke argument dat Nederland al sinds de invoering van de WAO in 1967 gebruikt voor het risque social is “dat het niet beslissend dient te zijn hoe iemand arbeidsongeschikt is geworden, maar de omstandigheid dat men arbeidsongeschikt is geworden”. En daarmee samenhangend dat werkgever en werknemer gezamenlijk de mogelijkheden tot re-integratie dienen te benutten. Het beeld is dat de focus op re-integratie en activering beter geborgd zijn in een risque social.

De drie meest gehoorde argumenten tegen het risque social zijn:

1. Sinds de invoering van de WAO in 1967, en daarna de WIA, zijn de uitkeringshoogte en -duur versoerd, waardoor werkenden die daadwerkelijk inkomensschade lijden ten gevolge van gezondheidsrisico's in het werk niet volledig worden gecompenseerd.
2. Risque professionnel zorgt voor meer kennis en deskundigheid binnen de klinische arbeidsgeneeskunde én preventie (veel kennis en gegevens bij verzekeraars en het centrale adviesorgaan).
3. Nederland in wezen helemaal geen zuiver risque social kent doordat er inmiddels specifieke uitzonderingen bestaan op het uitgangspunt dat niet wordt gedifferentieerd naar beroepsrisico. Dit betreft: de regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers 2014 (Tas-regeling) en regelingen ten behoeve van OPS- en chroom-6 slachtoffers.

Een beroepsziekte is ‘een klinisch waarneembare aandoening die in overwegende mate door het werk of arbeidsomstandigheden is veroorzaakt’, wat anders geformuleerd erop neerkomt dat het gaat om gezondheidsschade die er niet zou zijn geweest als de werkzaamheden niet zouden zijn uitgevoerd. De afweging of er sprake is van een

²⁶ SZW (2001)

beroepsziekte wordt daarbij gemaakt door de bedrijfsarts (of arts in de arborol), die voor de vaststelling van een beroepsziekte gebruik kan maken van het zes-stappenplan voor beroepsziekten²⁷ en de [registratierichtlijnen](#) die het NCvB voor aandoeningen heeft ontwikkeld. In deze registratierichtlijnen worden de diagnostische en mogelijke blootstellingscriteria beschreven.²⁸

De website Volksgezondheidszorg.info toont naast de wettelijke definitie twee andere definities, namelijk een juridisch-verzekeringsgeneeskundige en een bedrijfsgezondheidskundige. Juridisch-verzekeringsgeneeskundige definities worden gebruikt bij aansprakelijkheidskwesties of compensatieregelingen (voor uitkeringen). Binnen deze definities vallen bijna uitsluitend gemakkelijk te bewijzen klassieke beroepsziekten zoals mesothelioom en lawaaislechthorendheid. Er is dan sprake van een exclusieve relatie tussen (één) oorzaak en (één) aandoening. Bedrijfsgezondheidskundige definities zijn gericht op het vaststellen van een relatie tussen aandoening en arbeid en hebben een preventief doel. Ze zijn ruimer geformuleerd. Er wordt dan vaak gesproken van werkgebonden aandoeningen omdat er sprake kan zijn van meer dan één oorzaak.

Een andere definitie van beroepsziekten die hier aan toegevoegd kan worden, is de definitie die het gevolg is van de wijze waarop door werknemers zélf beroepsziekten in de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) en Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA) worden aangegeven.²⁹ De NEA en ZEA zijn enquêtes onder werkenden waarin onder meer wordt gevraagd of de respondent één of meer van twaalf geformuleerde beroepsziekten heeft, of een 'andere' beroepsziekte en om wat voor soort aandoening(en) het dan gaat, of de beroepsziekte in de 12 maanden voorafgaand aan het invullen van de enquête is ontstaan, en of de beroepsziekte is vastgesteld door een arts.³⁰

(2) Een beroepsziekte is in deze enquête dus gedefinieerd als een ziekte die, *volgens de werknemer*, is ontstaan door het werk en bovendien (*volgens de werknemer*) is vastgesteld door een arts.³¹

Wat in deze definitie opvalt, is dat het een zelfrapportage (door de werknemer) betreft. Daarnaast valt op dat in deze definitie het criterium 'dat een beroepsziekte overwegend veroorzaakt moet zijn door het werk er niet expliciet in opgenomen is, maar 'gedekt' wordt door de toevoeging dat de beroepsziekte door een arts moet zijn vastgesteld.³² Het beeld dat langs deze weg van beroepsziekten wordt verkregen, is dus vanuit het perspectief van de werkende. De beroepsziekte is dan een door de werkende zelf gerapporteerde aandoening of klacht waarvan de werkende in de enquête heeft aangegeven dat deze door een arts is vastgesteld.

²⁷ Wanneer de bedrijfsarts een beroepsziekte vermoedt ('stap 0'), worden bij de beoordeling daarvan diverse aspecten systematisch in kaart gebracht. Deze diagnostische aspecten zijn beschreven in de eerste vijf stappen van het zes-stappenplan. De zesde stap betreft het inzetten van preventieve maatregelen wanneer de bedrijfsarts een beroepsziekte heeft geconstateerd. Het doel van het NCvB zes-stappenplan voor bedrijfsartsen is om op deze manier het melden te vergemakkelijken en om juiste preventieve maatregelen in te zetten.

²⁸ Registratierichtlijnen zijn samengesteld op basis van internationale wetenschappelijke literatuur over werkgerelateerde aandoeningen. Een voorbeeld van een uitgewerkte casus houdings- en bewegingsapparaat: <https://www.beroepsziekten.nl/book/export/html/74>

²⁹ De NEA is een jaarlijks onderzoek naar de werksituatie van werknemers in Nederland. De tweejaarlijks uitgevoerde ZEA richt zich op de zelfstandig ondernemer. Eén van de hoofdthema's in deze enquêtes naast arbeidsomstandigheden is arbo en gezondheid. De enquêtes worden door TNO in samenwerking met het CBS - uitgevoerd, met het Ministerie van SZW als medefinancier.

³⁰ In de eerste vraag kan de werknemer aangeven of hij één of meer van de twaalf genoemde beroepsziekten heeft, of een andere beroepsziekte en zo ja welke dat is. Bij de tweede vraag kan hij aangeven of deze klachten in de afgelopen twaalf maanden zijn ontstaan. Bij de derde vraag geeft hij tenslotte aan of de beroepsziekte is vastgesteld door een arts. NEA 2018, methodologisch gecorrigeerde versie, (Hooftman 2018), p. 77-79; ZEA 2019 (Van der Zee 2020), p. 70-71

³¹ TNO heeft in samenspraak met NCvB een aantal jaren geleden drie extra vragen over beroepsziekten laten opnemen in de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA).

³² Bij de vraag wordt tevens vermeld: 'Onder een beroepsziekte verstaan we een ziekte die volgens u is ontstaan door uw werk.'

1.2.2 Maatstaven voor beroepsziekten

Er zijn verschillende maatstaven ontwikkeld waarmee de omvang (incidentie, prevalentie), ernst (sterfte, DALY) en kosten (verzuim, maatschappelijke kosten) van beroepsziekten uitgedrukt kunnen worden, namelijk:

1. Omvang beroepsziekten: incidentie en prevalentie

Prevalentie en incidentie zijn de begrippen die gebruikt worden om de mate waarin beroepsziekten vóórkomen uit te drukken. Deze begrippen zijn afkomstig uit de epidemiologie. Bij incidentie gaat het om de nieuwe gevallen in een bepaalde periode (bv. een bepaald jaar). Prevalentie betreft de bestaande gevallen op enig moment

2. Ernst van beroepsziekten (ziektelast): sterfte en DALY, verzuim en arbeidsongeschiktheid

Gezondheidseffecten kunnen op verschillende manieren geoperationaliseerd worden. Zo kan er gekeken worden naar het aantal sterfgevallen. In diverse studies is aangegeven dat sterfte als maatstaf wellicht het zicht ontneeft op andere beroepsziekten die weliswaar niet leiden tot voortijdig overlijden, maar wel serieuze gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven.³³ Een maatstaf die niet alleen vroegtijdige sterfte meeneemt, maar ook rekening houdt met het verlies aan kwaliteit van leven (en daarmee ook ernst en duur van de gezondheidsproblemen), is DALY ([Disability Adjusted Life Years](#)). DALY wordt als volgt berekend:

$$DALY = \text{verloren levensjaren} + \text{ziektejaarequivalenten}$$

Als bijvoorbeeld een ziekte een wegingsfactor van 0,5 heeft, dan betekent dit dat een jaar leven met deze ziekte gelijk gesteld wordt aan een half jaar dat verloren is gegaan door vroegtijdige sterfte.³⁴ Op deze manier kunnen de verloren levensjaren en de ziektejaarequivalenten bij elkaar opgeteld worden tot DALY Disability Adjusted Life Years. Maat voor ziektelast ('burden of disease') in een populatie; opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte) en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een ziekte), gewogen voor de ernst hiervan (ziektejaarequivalenten). De DALY kan gebruikt worden om de ziektelast van de gehele populatie in kaart te brengen en maakt het mogelijk om het effect van aandoeningen onderling te vergelijken. Volgens de meest recente publicatie over gemelde beroepsziekten, is 5 à 6% van de werknemers met een (gemelde) beroepsziekte blijvend arbeidsongeschikt.³⁵

3. Kosten van beroepsziekten: verzuim en maatschappelijke kosten

Beroepsziekten leiden tot extra verzuim, wat productieverlies en extra kosten voor de werkgever en werknemer met zich meebrengt. Het extra verzuim geeft een (eerste) indicatie van de ermee gepaard gaande kosten. Een completer beeld van de maatschappelijke kosten wordt verkregen door deze te berekenen en in geld uit te drukken. Gezondheidsproblemen die (grotendeels) het gevolg van het werk zijn, brengen naast persoonlijk leed en daaraan gekoppelde kosten (zoals medische kosten) ook andere maatschappelijke kosten (zoals inkomens- en productiviteitsverlies, ziekte- en uitkeringskosten) met zich mee. TNO heeft een [methode](#) ontwikkeld om de gezamenlijke door het werk veroorzaakte kosten van verzuim, arbeidsongeschiktheid en zorg te schatten. De schattingen lopen uiteen, maar ruwweg kunnen deze worden geschat op 10 miljard.³⁶

³³ Eysink et al (2012)

³⁴ Zo heeft bijvoorbeeld lichte bijziendheid een wegingsfactor van 0.004, en ernstige COPD van 0.383. Zie J.A. Salomon et al (2012), Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010, *The Lancet* 2012;380, p. 2129-2143

³⁵ NCvB (2019), p. 7; NCvB (2020), p. 17

³⁶ De schatting in de Arbobalans van TNO, die gepresenteerd wordt in tabel 1.2.2, komt op een bedrag van bijna 9 miljard, maar houdt geen rekening met de kosten van presentisme (ziek doorwerken, maar met lagere productiviteit) of immateriële kosten van verloren levensjaren.

1.2.3 Bronnen en statistieken

Op de website van Volksgezondheidszorg.info worden de in tabel 1.2.3 genoemde bronnen genoemd. De verschillende bronnen worden in deze tabel kort toegelicht.

Tabel 1.2.3: Bronnen bij cijfers over beroepsziekten³⁷

Bron	Maatstaf	Definitie (operationalisatie)	Methode	Populatie
Bron	maatstaf	Definitie (operationalisatie)	methode	populatie
a) NCvB a) PIM (NCvB)	incidentie incidentie	wettelijke definitie beroepsziekte	meldingen van bedrijfsartsen meldingen van PIM- bedrijfsartsen, gewogen naar omvang (groepen) werknemers	werknemers in Nederland
b) NEA + ZEA	incidentie, prevalentie	zelfrapportage, werkgerelateerde ziekte	enquête, zelfrapportage (representatief door weging)	werknemers en Zelfstandigen in Nederland (15-75 jaar)
c) Eurostat (NCvB meldingen en labor force survey)	incidentie, prevalentie	meldingen en zelfrap- portage, werkgerela- teerde ziekte	enquête, zelfrapportage (representatief door weging)	beroepsbevolking 15-65 jaar EU
d) Volksgezondheid- en zorg-registraties	incidentie, sterfte, DALY	werkgerelateerde ziekte (modelschatting)	statistieken (Letselinformatiesysteem, CBS doodsoorzaken-statistiek, Nivel zorgregistratie 1 ^e lijn, Kankerregistratie), en modellering	beroepsbevolking in Nederland (werkend en gepensioneerd)

a. De Nationale Registratie (NCvB) en het Peilstation Intensief Melden (PIM)

De Nationale Registratie (NCvB) is gebaseerd op de meldingen van beroepsziekten die arbodiensten en bedrijfsartsen in Nederland krachtens artikel 9 lid 3 van de Arbowet verplicht zijn door te geven aan het NCvB.³⁸ Het Peilstation Intensief Melden (PIM) is een onderdeel van de Nationale Registratie.³⁹ Eind 2017 namen 101 bedrijfsartsen hieraan deel.⁴⁰ Dit peilstation maakt het mogelijk tot een betere beoordeling te komen van de door bedrijfsartsen bij NCvB gerapporteerde beroepsziekten. Het gaat om meldingen van (extra) gemotiveerde bedrijfsartsen die beroepsziekten betrouwbaar vaststellen en melden. Omdat de deelnemende bedrijfsartsen ook de omvang van hun werknemerspopulatie aangeven, kan op basis van PIM een schatting gemaakt worden van de incidentie van beroepsziekten in de populatie werknemers.

³⁷ Bronnen: volksgezondheidszorg.info en Arbobalans 2018

³⁸ In de praktijk wordt op het melden van een beroepsziekte vanuit NCvB geen actie ondernomen naar het betreffende bedrijf (en wordt dus geen nader onderzoek gedaan). Ook de Inspectie SZW neemt hierop geen actie, zoals bij een melding van een (ernstig) arbeidsongeval de bij de Inspectie gedaan is, wel het geval is.

³⁹ Het Peilstation intensief Melden (PIM) is opgestart in 2009, naar aanleiding van signalen dat de registratie van beroepsziekten zeer te wensen overliet. Uit een pilot in 2003-2005 bleek dat bedrijfsartsen die volgens de PIM-methodiek registreerden 13 keer vaker een beroepsziekte meldden dan de bedrijfsartsen die niet volgens deze methodiek registeren. Ook was sprake van selectieve onderrapportage in bepaalde sectoren. Dit is aanleiding om aan te nemen dat de reguliere melding van beroepsziekten niet representatief is voor de Nederlandse beroepsbevolking.

⁴⁰ Na een pilot (2003-2005) is het peilstation op 1 januari 2009 gestart met 180 deelnemende bedrijfsartsen. PIM- bedrijfsartsen melden hun werk-gerelateerde aandoeningen op de gebruikelijke wijze. Daarnaast wordt extra gevraagd naar informatie over de verzorgde populatie: de 'epidemiologische noemer'.

Ondermelding beroepsziekten⁴¹

Het NCVB heeft al in 2012 geconstateerd dat in Nederland al jarenlang sprake is van ondermelding van beroepsziekten. Onderzoek uit 2014 stelt vast dat 46% van de bedrijfsartsen nooit een beroepsziekte meldt (de 'chronische nulmelders'). De meldingen zijn afkomstig van 30% van de bedrijfsartsen (de 'consequente melders'). In de aanscherping per 1 juli 2017 van de Arbeidsomstandighedenwet en -besluit is voorzien in de mogelijkheid om bedrijfsartsen die niet melden, te gaan beboeten. Dit voornemen is afhankelijk van de uitkomsten van een evaluatie in 2020.

Dat er sprake is van ondermelding hangt niet alleen samen met het niet melden door een groot deel van de bedrijfsartsen, maar heeft ook andere redenen. Bedrijfsartsen zien immers niet alle werkenden met een mogelijke beroepsziekte. Bijvoorbeeld omdat nog steeds niet alle werkenden toegang hebben tot een bedrijfsarts, men niet naar een bedrijfsarts gaat, maar rechtstreeks de huisarts of medisch specialist bezoekt of helemaal geen arts inschakelt.

Sluipende beroepsziekten komen pas (laat) aan het licht wanneer verzuim optreedt en een deel van de aandoeningen die werkgerelateerd kunnen zijn, openbaren zich pas wanneer de werknemer met pensioen is. Ondermelding doet zich dus voor en de omvang ervan laat zich lastig vaststellen. Beroepsziekten waar geen ziekmelding van aanwezig is, zullen dus niet worden opgemerkt en meegeteld worden.

b. NEA (en ZEA)

De NEA, die vanaf 2005 wordt uitgevoerd onder een zeer grote steekproef van alle Nederlandse werknemers, is een onderzoek naar de werksituatie van werknemers in Nederland, bekeken door de ogen van werknemers zelf. TNO en het CBS voeren de NEA uit, in opdracht van het Ministerie van SZW. In 2019 vulden ruim 58.000 werknemers de NEA in.⁴² De verzamelde gegevens zijn, na weging, representatief voor de gehele populatie. Daardoor is het mogelijk om op basis van de NEA betrouwbare uitspraken te doen over alle werknemers van Nederland. De ZEA, die in 2019 ingevuld is door bijna 6.000 respondenten, is een met de NEA vergelijkbare enquête die uitgevoerd wordt onder zelfstandigen met en zonder personeel.

c. Eurostat (NCvB-meldingen en Labour Force Survey)

De officiële beroepsziektcijfers worden namens Nederland door het NCVB aan Eurostat aangeleverd en sinds kort ook weer op hun website gepresenteerd. De resultaten van de landelijke surveys, een met een andere methodiek verkregen inzicht, vormen weliswaar een belangrijke aanvulling op de officiële beroepsziektcijfers, maar worden in deze kringen niet gezien als officiële beroepsziektcijfers. De Labour force survey is een enquête die in 27 EU-landen wordt uitgezet. De lidstaten bepalen zelf wat als een beroepsziekte dient te gelden.⁴³ Een onderlinge vergelijking van beroepsziektcijfers tussen EU-lidstaten is dan ook een lastige opgave vanwege de verschillen die er tussen landen bestaan in beroepsziektstelsels. Zo werken sommige landen in het kader van werknemersverzekeringen of andere compensatiesystemen met een (gesloten) lijst van beroepsziekten, terwijl andere landen zoals Nederland niet zo'n lijst kennen of hanteren. Binnen de EU wordt gestreefd naar meer harmonisatie van de beroepsziektedata (zie paragraaf 1.3).

d. Volksgezondheidsregistraties zoals Nivel zorgregistraties (NZR), Kankerregistratie (NKR) van de IKNL en doodsoorzaakstatistiek van het CBS

Een andere mogelijkheid om de omvang en ernst van beroepsziekten vast te stellen is het maken van een modelschatting. Zo maakt het RIVM gebruik van de hier genoemde registraties. Het levert schattingen op over incidentie, sterfgevallen en ziektelast van verschillende beroepsziekten van zowel de werkzame als de gepensioneerde beroepsbevolking.

De werkgerelateerde ziektelast wordt door het RIVM berekend met behulp van de berekende populatie attributieve fractie (PAF) die - simpel gesteld - aangeeft hoeveel procent van het gezondheidsverlies van een ziekte veroorzaakt wordt door

⁴¹ Inspectie SZW (2018b)

⁴² Sinds 2014 bestaat de steekproef uit 140.000 werknemers.

⁴³ Bijlage V. bij Verordening (EG) nr. 1338/2008 van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 betreffende communautaire statistieken over de volksgezondheid en de gezondheid en veiligheid op het werk: "A case of occupational disease is defined as a case recognised by the national authorities responsible for recognition of occupational diseases. The data shall be collected for incident occupational diseases and deaths due to occupational diseases."

ongunstige arbeidsomstandigheden.⁴⁴ Voor een aantal ziekten, zoals bepaalde kankersoorten, astma en COPD, is een (internationale) PAF aanwezig die ook gebruikt kan worden voor Nederland. Voor andere ziekten moet de PAF geschat worden.⁴⁵ Voor het maken van beleid is de PAF interessant omdat het inzicht geeft in hoeveel gezondheidsschade kan worden vermeden door de blootstelling te reduceren.⁴⁶

1.2.4 Cijferbeelden

Tabel 1.2.4a geeft een aantal kerncijfers over beroepsziekten weer. De cijfers zijn afkomstig uit de Arbobalans (2018) en de NEA (2018). In hoofdstuk 2 wordt op de aandoeningen, die het gevolg zijn van blootstellingen aan gevaarlijke stoffen, PSA en fysieke belasting specifiek en in meer detail ingegaan. Tabel 1.2.4a is hier opgenomen om de cijfers die uit diverse bronnen afkomstig zijn op overzichtelijke naast elkaar te presenteren en de verschillen tussen cijfers zichtbaar te maken.

Tabel 1.2.4a: Kerncijfers beroepsziekten (op jaarbasis, diverse bronnen)⁴⁷

	PIM 2017 (NCvB)	NEA 2018 (TNO/ CBS)	VZ-registraties 2015 (RIVM)	Sterfte, DALY, verzuim, maatschappelijke kosten (RIVM, TNO)
Incidentie (absolute aantallen, in personen)	12.500 (t.o.v. 7,2 miljoen werknemers)	270.000 (t.o.v. 7,3 miljoen werknemers) ⁴⁸	420.600 (t.o.v. 8,3 miljoen personen in de werkende beroepsbevolking)	
Fysieke belasting	0,05%	1,6%	2%	
PSA	0,10%	1,5%	0,9%	
Gevaarlijke stoffen	0,01%	0,2%	1,6%	
Overig	0,01%	0,5%	0,2%	
Totaal (in %)	0,18%	3,2% ⁴⁹	4,7%	
Sterfte 2016 (RIVM)				4.100 personen
DALY 2015 (RIVM)				226.000 DALY
Verzuim 2016 (TNO)				6,9 miljoen dagen
Maatschappelijke kosten 2016 (TNO)				8,7 miljard euro

Op basis van door PIM-bedrijfsartsen gedane meldingen is voor 2017 het aantal nieuwe beroepsziekten geschat op 12.500 per jaar (0,18% op een totaal van 7,2 miljoen werknemers). Op basis van de NEA kan worden geschat dat voor 2018 het aantal nieuwe beroepsziekten die zijn vastgesteld door een arts op 270.000 ligt (3,7% van 7,3 miljoen werknemers). Het aantal nieuwe beroepsziekten zoals dat voor 2015 berekend is op basis van VZ-registraties wordt geschat op 420.600 personen (zijnde 4,7% op een totaal van 8,3 miljoen werkenden, vermeerderd met 30.100 gepensioneerden).

Jaarlijks overlijden naar schatting 4.100 mensen als gevolg van een beroepsziekte, waarvan ruim driekwart reeds gepensioneerd is. Deze laatste categorie betreft met name ex-werknemers met werkgerelateerde kanker. De ziektelast is voor 2015 berekend op 226.000 DALY's, die overwegend veroorzaakt wordt door ziekten van de ademhalingswegen (21%),

⁴⁴ De PAF geeft aan welke fractie van het risico van de blootgestelde groep te wijten is aan de blootstelling zelf. Voor een (deel)populatie hangt de impact van de risicofactor af van de omvang van de (deel)populatie die is blootgesteld en van het relatief risico (RR).

⁴⁵ Dit schatten gebeurt met behulp van de prevalentie van de risicofactor in de populatie (op basis van NEA) en een maat die de sterkte van het verband tussen de risicofactor en de ziekte uitdrukt (afgeleid van de uit de literatuur verkregen relatieve risico (RR) en odds ratio's (OR)).

⁴⁶ Recent heeft het NCvB ook modelschattingen van het aantal beroepsziekten in Nederland gemaakt met PAF's die berekend zijn op basis van gegevens uit de registratierichtlijnen en de NEA. Voor acht veel voorkomende beroepsziekten varieerden PAF's tussen 3% en 25% voor de Nederlandse beroepsbevolking. Epicondylitis lateralis en overspanning/ burn-out hebben het hoogste aandeel met percentages of 25% en 18%. Voor knieartrose (13%), subacromiaal pijnsyndroom (10%) en aspecifieke lage rugpijn (10%) worden ongeveer 1 op de 10 gevallen veroorzaakt door lichamelijke werkbelasting. PAF's voor irritatief contacteczeem, lawaaislechthorendheid en COPD zijn respectievelijk 15%, 6% en 3%. ([bron](#))

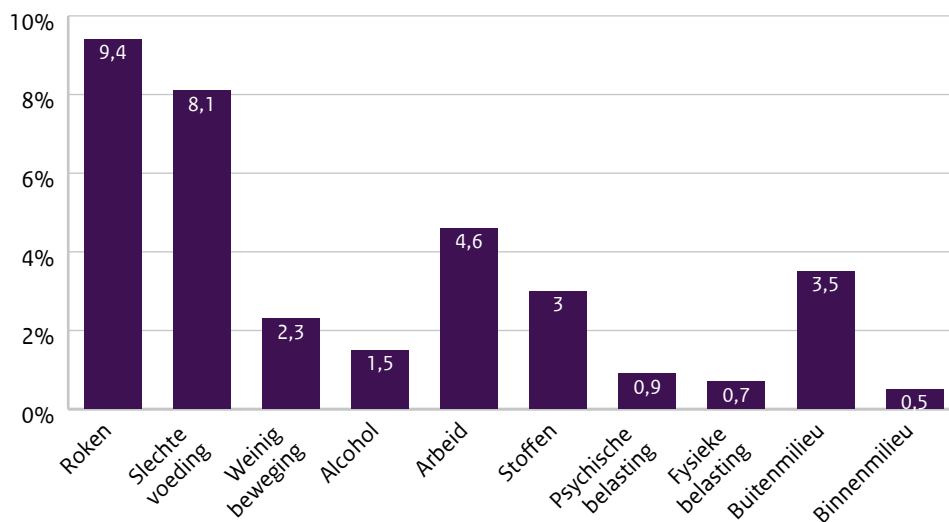
⁴⁷ Bron: Arbobalans (2018)

⁴⁸ Cbs Statline, Arbeidsdeelnamen; Kerncijfers

⁴⁹ De som van de delen is groter dan het totaalcijfer. Een werknemer kan dan meer dan één beroepsziekte hebben.

psychische stoornissen (20%), kanker (18%) en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (16%). Volgens gegevens van het RIVM zijn slechte arbeidsomstandigheden (4,6%), na roken (9,4%) en ongezonde voeding (8,1%), de op twee na belangrijkste bijdrage aan de totale ziektelast in Nederland.

Figuur 1.2: Bijdrage aan totale ziektelast in Nederland (per risicofactor)⁵⁰



Bron: RIVM (Volksgezondheid en zorg): <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/ziektelast-dalys-o/bijdrage-risicofactoren>

Het aantal extra verzuimdagen als gevolg van beroepsziekten voor werknemers is geschat op 6,9 miljoen verzuimdagen per jaar, wat neerkomt op 14% van het totale aantal verzuimdagen van werknemers. Gemiddeld verzuimt een werknemer 6 dagen per jaar. Voor een werknemer die aangeeft een beroepsziekte te hebben opgelopen, is dat gemiddeld 31 dagen extra.

De gezamenlijke door het werk veroorzaakte kosten van verzuim (5 miljard), arbeidsongeschiktheid (2,1 miljard) en zorg (1,6 miljard) zijn door TNO voor 2016 geschat op in totaal 8,7 miljard euro. Indien de immateriële schade als gevolg van verloren levensjaren ook wordt meegenomen, liggen de maatschappelijke kosten overigens nog aanmerkelijk hoger.⁵¹ Opvallend is dat de kosten voor werkgerelateerde ziekte vooral bij de werknemer (73%) en de maatschappij (13%) neerslaan.⁵²

In deze paragraaf zijn, net zoals dat in de Arbobalans gedaan is, de drie belangrijkste bronnen naast elkaar gezet, namelijk PIM (NCvB), NEA (TNO, CBS) en VZ-registraties (RIVM). Iedere bron is van waarde en heeft naast sterke kanten zijn beperkingen. Tabel 1.2.4b laat deze sterktes en zwaktes zien. De kracht van NEA (ZEA) en VZ-registraties is o.a. gelegen in de grote datasets en de mogelijkheden die deze bieden. Daar komt voor VZ-registraties bij dat deze datasets betrekking hebben op zowel werkenden als gepensioneerden.

De kracht van PIM is gelegen in de gedegen klinische diagnose en gevalsbenadering. Daar staat als zwakte tegenover dat bij de PIM niet iedere werkende toegang heeft tot de bedrijfsarts of daar gebruik van maakt, wat kan doorwerken in de cijfers (bias). De zwakte van de NEA (en ZEA) is de zelfrapportage wat kan leiden tot overschatting – maar ook tot onderschatting! van beroepsziekten.⁵³ De zwakte van de VZ-registraties is het gevolg van de gemaakte aannames bij modellering en er niet wordt uitgegaan van daadwerkelijk gerapporteerde beroepsziekten.

⁵⁰ Bron: RIVM (Volksgezondheid en zorg)

⁵¹ Alleen al de maatschappelijke kosten als gevolg van werkgerelateerde kanker worden voor Nederland geschat op 8 à 10 miljard: Vencovsky et al (2017), p. 63; Jongeneel et al (2016), p. 10, terwijl de directe kosten geschat worden op ongeveer 1 miljard (Inspectie SZW, Staat van Gezond Werk (nog te verschijnen).

⁵² Tompa et al (2019)

⁵³ Daarnaast zijn er ook vragen te stellen rondom de vertegenwoordiging van laagopgeleiden en –geletterden in de steekproefpopulatie.

Tabel 1.2.4b: Kracht en beperking van de bronnen (en betekeniswijze)

	Kracht	Beperking
PIM	klinische diagnose van beroepsziekte door bedrijfsarts	mogelijke onderschatting beroepsziekten
NEA/ZEA	grote dataset met door werknemers zelfgerapporteerde beroepsziekten die het mogelijk maakt analyses te doen (vergelijking in de tijd, verdiepend)	zelfrapportage kan leiden tot overschatting (en ook onderschatting)
NEA in combinatie met andere gegevens	bv. inzicht in maatschappelijke kosten (doorbetaling loonkosten, verzuim, zorg)	
VZ-registratie (en UWV gegevens)	grote dataset van ziektelast door beroepsziekten bij werkenden en gepensioneerden	modelleren maakt gebruik van aannames

Verschillende (cijfer)beelden over dezelfde werkelijkheid

Het kunnen beschikken over meerdere bronnen en berekeningswijzen om aantal, ernst, ziektelast en kosten van beroepsziekten te schatten wijst eerder op rijkdom dan op armoede. Wel is het van belang steeds goed zicht te blijven houden op de gebruikte definitie en de wijze waarop deze geoperationaliseerd is in combinatie met de wijze waarop de data verzameld is. Het betreft een algemene ‘vuistregel’, maar geldt zeker voor beroepsziektcijfers die - vanwege de ver van elkaar liggende schattingen - soms de schijn hebben totaal van elkaar verschillende werkelijkheden te presenteren.

De klassieke definitie van beroepsziekten die uitgaat van een enkelvoudig verband tussen oorzaak en aandoening, zoals bij mesotheliom door asbest, is vervangen door één waar gesproken wordt over werkgebonden aandoeningen. Daar is weliswaar de relatie met het werk aanwezig (en plausibel), maar is deze relatie minder eenduidig en één op één, dan bij de klassieke definitie. Er spelen dan (vaak) meerdere oorzaken een rol: de aandoening kan ook voorkomen zonder dat deze het gevolg is van een werkgerelateerde oorzaak. Voorbeelden van werkgebonden aandoeningen zijn overspannenheid na overbelasting in het werk, rugklachten bij zwaar tillen, of longaandoeningen die zowel door het werk als (mede) door roken of luchtvervuiling veroorzaakt kunnen zijn.

De uit verschillende bronnen (en via verschillende methodieken) verkregen cijfers en schattingen geven ieder vanuit vaak verschillende invalshoeken iets van de werkelijke ziektelast van beroepsziekten weer. Het bekijken van deze cijfers in hun onderlinge samenhang - een vorm van triangulatie - draagt bij aan een completer beeld van de oorzaak en omvang van beroepsziekten, wat hopelijk niet alleen leidt tot een beter inzicht, maar ook tot er aan gekoppelde acties, bijvoorbeeld in de vorm van betere preventie.

De ambitie om met een eenduidig cijfermatig beeld de samenleving goed te informeren over de stand van zaken rondom beroepsziekten, is zonder meer aanwezig. En er zijn op dat vlak al forse stappen gezet. Het leidt geen twijfel dat het op nationaal niveau het bij elkaar brengen van cijfers uit verschillende bronnen, heeft bijgedragen aan meer bewustwording over de werkelijke omvang en (maatschappelijke) gevolgen van beroepsziekten. Wat dat betreft zijn met de publicaties ‘Arbobalans’ in de afgelopen jaren forse stappen de goede richting gezet.

Input voor het Risicomodel Inspectie SZW

De Inspectie SZW heeft in haar risicomodel (IRA) ervoor gekozen om de NEA en ZEA als basis te nemen voor het bepalen van de risico's op beroepsziekten. Een keuze die overeenstemt met die van de beleidsdirectie. In de begroting en het jaarverslag van het ministerie van SZW wordt ook uitgegaan van cijfers uit de NEA en ZEA. Wel betreft de Inspectie, vanuit oogpunt van triangulatie (en daarmee validatie), ook de uitkomsten van andere bronnen – waaronder de PIM-cijfers van het NCvB - in de risicoanalyse. De discussie over welke bronnen (en cijfers) nu maatgevend of gezaghebbend zijn, kan het maatschappelijke en politieke gesprek over de urgentie van het voorkomen van beroepsziekten in de weg zitten. Een gezamenlijke inspanning van zowel de producenten als de afnemers van cijfers is daarom gewenst om toe te werken naar een transparant en eenduidig cijfermatig beeld van beroepsziekten in Nederland. De weg daarnaartoe is reeds ingeslagen, wat blijkt uit diverse publicaties over beroepsziektcijfers, zoals de Arbobalans, waar een apart hoofdstuk aan het onderwerp beroepsziekten gewijd is.

1.3 Beroepsziekten in internationaal perspectief⁵⁴

Vanuit wetenschappelijk perspectief spelen landsgrenzen geen rol als het om beroepsziekten gaat: hoe een ziekte als mesotheliom door blootstelling aan asbest wordt veroorzaakt, en hoe bakkersastma zich ontwikkelt door inademing van meelstof, verschilt immers niet wezenlijk van land tot land. Met de medische en maatschappelijke zorg voor patiënten met een beroepsziekte is het anders gesteld. Deze loopt sterk uiteen tussen verschillende landen wat betreft de erkenning van een bepaalde aandoening als beroepsziekte, gehanteerde criteria daarbij en mogelijke compensatie. Nederland neemt daarbij een bijzondere uitzonderingspositie in, omdat in vrijwel alle andere landen een ‘*risque professionnel*’ systeem van kracht is met een verplichte verzekering tegen arbeidsongevallen en beroepsziekten. In Nederland bestaat sinds 1967 een ‘*risque social*’ systeem, waarbij de oorzaak van arbeidsongeschiktheid geen invloed heeft op een eventuele uitkering; aanvankelijk de WAO- en thans de WIA (zie ook paragraaf 1.2.1). In tabel 1.3 staan enkele kenmerken van beroepsziekteregelingen, zoals die in de meeste Europese landen gelden.

Tabel 1.3 Kenmerken van beroepsziekteregelingen in andere EU landen.

Beroepsziekteregeling:	Dekking financiële risico's van arbeidsongevallen en beroepsziekten, verplichte verzekering; werkgever betaalt premie
Geld voor zorg en preventie:	Medische zorg, arbeidsgerichte revalidatie, eventuele omscholing, preventie gaat vóór compensatie
Uitsluiting werkgeversaansprakelijkheid:	Alleen bij grove schuld kan de werkgever aansprakelijk gesteld worden
Lijsten van beroepsziekten (zie kadertekst X.2):	Twee varianten: Limitatieve wettelijke lijsten + criteriadocumenten Gemengde systemen: ziekten van de wettelijke lijst + andere ziekten waarbij in elk individueel geval een causaal verband aannemelijk moet worden gemaakt

Een wettelijk verplichte beroepsverzekering biedt werknemers, die getroffen zijn door een arbeidsongeval of een beroepsziekte een structurele, wettelijk gegarandeerde aanspraak op vergoeding van hun inkomensschade conform de bepalingen in ILO-Verdrag 121.⁵⁵ Een dergelijke regeling is gebaseerd op compassie voor en solidariteit met de ‘onfortuinlijken’ op de arbeidsplek.⁵⁶ Via premiedifferentiatie, waarbij bedrijfstakken of grote bedrijven met de hoogste ongevalscijfers of met relatief veel werknemers met een beroepsziekte hogere premies dan anderen betalen, wordt recht gedaan aan het principe van ‘de vervuiler betaalt’.

COVID-19 als beroepsziekte

In veel landen is – sinds kort – COVID-19 bij mensen die door beroepsmatig contact met het SARS-CoV-2 virus ziek zijn geworden, als officiële beroepsziekte erkend.⁵⁷ Hierdoor wordt voor slachtoffers of hun nabestaanden indien nodig financiële compensatie en financiering van zorg en revalidatie geregeld via de instituten die belast zijn met regelingen rond beroepsziekten en arbeidsongevallen.

Naast werkenden in de gezondheidszorg komen ook werkenden in andere beroepen hiervoor in aanmerking. Bijvoorbeeld politieagenten, medewerkers in de ouderenzorg, winkelpersoneel en openbaar vervoer en slachtery medewerkers die de ziekte hebben ontwikkeld na contact met Corona patiënten. Een goede regeling genereert ook statistische gegevens voor analyse en planning van preventieve maatregelen.

⁵⁴ Door: Gert van der Laan. Initiatiefnemer van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; lid van expertcommissies van de EU, WHO en ILO inzake beroepsziekten; visiting professor aan de Universiteit van Milaan; stafmember [Foundation for Learning and Developing Occupational Health](#) LDOH.

⁵⁵ Verdrag 121 van de International Labour Organisation (ILO) geeft minimumnormen voor de compensatie van inkomensschade door arbeidsongevallen of beroepsziekten. Het Nederlandse stelsel, waarin een belangrijk deel van de schade wordt gecompenseerd vanuit de WIA, voldoet volgens sommige rechtsgeleerden niet aan het Verdrag. Met name mensen die voor minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn en gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA-ers) die aangewezen zijn op een vervolguitkering worden vaak te weinig gecompenseerd. Reparatie via cao's ondervangt dit probleem onvoldoende. Klosse (2016)

⁵⁶ De naam van het Italiaanse instituut dat belast is met de regelingen rond beroepsziekten en arbeidsongevallen luidt INAIL: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. De term ‘onfortuin’ zit al besloten in het Italiaanse Infortuni sul Lavoro (ongevallen op het werk)

⁵⁷ <https://ww1.issa.int/news/can-covid-19-be-considered-occupational-disease>

In Nederland is na een particulier initiatief de Stichting *Zorg na werk in Coronazorg* opgericht voor medewerkers in de gezondheidszorg, een collectebusfonds waarbij de overheid de donaties aan dit noodfonds verdubbelt.

Lijsten van beroepsziekten geven duidelijkheid

In landen waarin een aparte regeling voor beroepsziekten bestaat, zijn limitatieve lijsten met beroepsziekten opgesteld - soms met gedetailleerde criteriadocumenten die dienen voor de individuele vaststelling van een ziekte als beroepsziekte. In deze documenten worden als het ware de polisvoorwaarden omschreven. Deze lijsten en criteria verschillen aanzienlijk tussen landen; in Frankrijk zijn de criteria bijvoorbeeld veel ruimer geformuleerd dan de meer strikte Duitse regels. Statistieken van beroepsziekten tussen landen zijn mede daarom moeilijk vergelijkbaar.

Internationaal vastgestelde lijsten van beroepsziekten zijn gemaakt in een poging om harmonisatie te bevorderen; het gaat om de lijst van de EU en die van de ILO, die iets uitgebreider is. In sommige landen zijn deze lijsten integraal overgenomen in de nationale beroepsziekteregeling. De *Europese Lijst van Beroepsziekten* is in 2003 opnieuw vastgesteld en opgenomen in een Aanbeveling (*Recommendation*⁵⁸), waarin de Europese Commissie oproept om de beroepsziekten die op de lijst staan op te nemen in nationale bestuursrechtelijke bepalingen voor schadeloosstelling en passende preventieve maatregelen tegen beroepsziekten te nemen. De medische en blootstellingscriteria zijn beschreven in de '[Information Notices](#)' gepubliceerd in 2009. De *ILO lijst van Beroepsziekten* (uit 2010) is een geactualiseerde lijst van beroepsziekten vastgesteld ten behoeve van preventie, registratie en - indien van toepassing - compensatie. Binnenkort wordt als aanvulling op de lijst een serie '*mini monographs*' gepubliceerd met *evidence-based* criteria per beroepsziekte.

Occupational Disease Intelligence

Ook in landen met goed functionerende beroepsziekteregelingen bestaat onderrapportage van beroepsziekten: *Underreporting*, *Sousdeclaration*, *Dunkelziffern* zijn de gebezigde termen. Soms worden beroepsziekten niet herkend of staan ze niet op nationale lijsten van beroepsziekten. Beroepsziekten die zijn ontstaan in informele arbeid blijven meestal onder de radar. Ziektes die na de pensionering ontstaan, worden meestal niet gemeld. Aanvullende bronnen moeten worden benut en geïnterpreteerd om tot realistische schattingen te komen: '*Occupational Disease Intelligence*', zoals dat in het Verenigd Koninkrijk is ontwikkeld in [RIDDER](#) - *Reporting of Injuries, Diseases and Dangerous Occurrences Regulations*.⁵⁹ Kenmerkend voor dit systeem is de goede samenwerking tussen de Universiteit van Manchester met netwerken van artsen die beroepsziekten rapporteren ([THOR](#): *The Health and Occupational Research Network*) en de deskundig bemenste *Health and Safety Executive* (HSE) met goede epidemiologen binnen een '*Long Latency Health Risk Division*'.

Meer dan een uitkeringsinstantie

De instellingen die belast zijn met de beroepsziekteregelingen in het buitenland hebben vaak een breed takenpakket. Premies worden niet alleen benut voor beoordeling en compensatie van individuele gevallen van beroepsziekten en arbeidsongevallen, maar worden ook aangewend voor onderzoek, voorlichting en preventie. In Duitsland bijvoorbeeld worden wetenschappelijke en technische onderzoeksinstituten gefinancierd door [DGUV](#), de overkoepelende organisatie voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Ook voorlichtingscampagnes, inspecties en metingen op de werkplek worden daar op grote schaal georganiseerd. De IFA (*Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung*)/GESTIS database over blootstelling aan toxische stoffen op de werkplek is internationaal toonaangevend. Al deze activiteiten dragen bij aan schadelastbeperking.

Klinieken voor Beroepsziekten

Het is vaak lastig om vast te stellen of een ziekte door een specifieke factor in het werk is veroorzaakt. Richtlijnen en criteriadocumenten kunnen daarbij helpen, en soms is voor de vaststelling specialistisch klinisch arbeidsgeneeskundig onderzoek nodig. Een diagnostische infrastructuur met (poli-) klinieken voor beroepsziekten is in veel landen aanwezig.

⁵⁸ Commission Recommendation of 19 September 2003 concerning the European schedule of occupational diseases (number C(2003) 3297).

⁵⁹ Deze aanpak wordt internationaal als toonaangevend beschouwd, ook in een recente US studie naar 'A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century' National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Sciences Policy; A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29648768/>.

In Scandinavische landen hebben alle grote ziekenhuizen een afdeling *Occupational and Environmental Diseases*, gefinancierd via de reguliere zorg. Huisartsen en bedrijfsartsen kunnen patiënten met een mogelijke beroepsziekte of een ziekte die mogelijk door milieuverontreiniging veroorzaakt is naar deze afdelingen verwijzen. Vanuit deze afdelingen die beschikken over medische en arbeidshygiënische expertise, wordt ook onderzoek gedaan naar clusters.

Men zou kunnen zeggen dat de preventie van en zorg voor slachtoffers van ongevallen en beroepsziekten in de Scandinavische landen voor een belangrijk deel wordt gezien als een verantwoordelijkheid van de openbare gezondheidszorg. Zorg voor alle werkenden als een onderdeel van de public health. Een dergelijke opvatting kun je ook waarnemen in bijvoorbeeld de USA (NIOSH is een onderdeel van de CDC). Brazilië, Thailand en Turkije hebben de zorg voor werkenden opgenomen in de community health care of in de eerstelijnsgezondheidszorg; Kroatië kent een afdeling *Occupational Health* in het nationale instituut voor *Public Health*.

Signalering, Preventie, Re-integratie en Compensatie

De kernelementen die bij internationale regelingen van beroepsziekten aan de orde komen zijn signalering, preventie, re-integratie en compensatie. Deze elementen vertonen samenhang: compensatie leidt tot betere signalering en kennis die aangewend kan worden voor gerichte preventie. Als preventie- en controlemaatregelen te kort schieten kunnen, beroepsziekten ontstaan als *'collateral damage'* van werk. Actief opsporen van (vroeg) negatieve gezondheidseffecten van werk, registratie hiervan en benutten van deze gegevens voor gerichte preventie is een internationaal algemeen geaccepteerd principe. Sluitstuk is dat werkenden die door een beroepsziekte getroffen worden hier niet financieel voor boeten, maar worden gecompenseerd en gere-integreerd waar dat mogelijk is.

Eurostat

Het in kaart brengen van goed vergelijkbare statistische data over het aantal beroepsziekten is een kwestie die nogal ingewikkeld is en vraagt om lange adem. Al in 2002 gaf de Europese Raad aan dat de Europese statistiek beter moest, met name ook om de effectiviteit van het beleid beter te kunnen beoordelen. Er was sprake van een veelheid aan nationale en internationale statistieken, die echter niet op elkaar aansloten. Dat ging ten koste van de vergelijkbaarheid van de data.⁶⁰

Om meer eenheid in de data te krijgen, is in 2008 de Europese Verordening 1338/2008 uitgevaardigd.⁶¹ Deze Verordening bestrijkt een breed terrein, waarbij beroepsziekten één van de vijf deelonderwerpen vormen. Implementatie van deze Verordening geschiedt per deelonderwerp, zoals bijvoorbeeld de implementatie met betrekking tot arbeidsongevallen die in 2011 heeft plaatsgevonden.⁶² Met betrekking tot beroepsziekten is de implementatie anno 2020 echter nog steeds een onderwerp van discussie. Eén van de knelpunten is dat de Verordening beroepsziekten definieert als “een ziektegeval dat als zodanig is erkend door de nationale instanties die bevoegd zijn voor de erkenning van beroepsziekten”.

Wat als beroepsziekte wordt erkend, verschilt echter van land tot land.⁶³ Ook worden verschillende definities gebruikt om de omvang van het aantal beroepsziekten te bepalen (zie paragraaf 1.2). Ook is er verschil tussen de definitie die ILO hanteert en die door Eurostat wordt aangehouden.

ILO definitie beroepsziekte

De ILO definieert in 1993 een beroepsziekte als “*a disease, having a specific or a strong relation to occupation, generally with only one causal agent, and recognised as such*”. In de definitie komt duidelijk de relatie tussen een bepaalde werkomgeving en/of activiteit en een specifieke aandoening of ziekte. De eerder aangehaalde definitie waar Eurostat haar statistiek op reflecteert is de soevereiniteit van lidstaten in relatie tot hun nationale beleid. Dit vormt een belangrijke uitdaging voor een meer geharmoniseerde en vergelijkbare statistiek van beroepsziekten in Europa.

⁶⁰ Zo besloot het Europese Bureau voor de Statistiek Eurostat in 2009 dat het beter was geen data over beroepsziekten meer te plaatsen op zijn website, omdat de data onvergelijkbaar waren.

⁶¹ Verordening (EG) nr. 1338/2008 van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 2008 betreffende communautaire statistieken over de volksgezondheid en de gezondheid en veiligheid op het werk

⁶² Verordening (EU) Nr. 349/2011 van de Commissie van 11 april 2011

⁶³ Zie ook SWD (2017) 10 final: “as regards occupational diseases, comparable and harmonised data is not available to date at EU level. This is mainly due to the major differences in the recording and recognition practices within the different social security systems across the Member States.”

In 2014 is vanuit het Europees Statistisch Bureau Eurostat een proces gestart om te komen tot een meer uniforme lijst van beroepsziekten. Dit traject heeft echter nog niet tot definitieve besluitvorming geleid. Eén van de mogelijke complicaties is namelijk dat de beroepsziektestatistiek, op grond van Verordening 1338/2008⁶⁴, dient aan te sluiten op bestaande statistieken van onder meer de ILO, de World Health Organisation en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), wat een bijzonder complexe operatie is. Wel is er een pilotproject gestart, waarbij voor een beperkt aantal beroepsziekten onder meer gekeken wordt naar de aard en ernst van de aandoening, maar ook naar de oorzakelijke factoren.

Een dynamische 'short list' (EODS)

De oorspronkelijke lijst van beroepsziekten bestaat uit alle beroepsziekten die gerapporteerd zijn door de landen die deelnemen aan de EODS dataverzameling.⁶⁵ De extra EODS pilot data verzameling wordt gebruikt om deze lijst te verfijnen door beroepsziekten die door een meerderheid van de deelnemende landen kunnen worden gerapporteerd.

Al met al is - anno 2020 - Eurostat ver gevorderd in de opzet van een geharmoniseerde en gedeelde dataset op basis waarvan in EU-verband over beroepsziekten gerapporteerd kan worden. Dit is een goede ontwikkeling, want het belang van goede data over beroepsziekten wordt op EU-niveau breed erkend. Deze informatie is immers nodig om de ontwikkelingen rond beroepsziekten te kunnen evalueren in het licht van de betreffende wet- en regelgeving en ontwikkelde beleidskaders. Deze informatie dient ook bij te dragen aan het ontwikkelen van nieuwe initiatieven en impulsen.

Daarnaast zijn er Europese studies waarin data verzameld zijn over arbeidsomstandigheden in de verschillende lidstaten.⁶⁶ Deze studies geven vooral inzicht in blootstelling aan risicofactoren in de verschillende landen en bevatten betrekkelijk weinig informatie over het aantal beroepsziekten. Een complicerende factor bij deze harmonisatie is dat het, nog los van de definitie en een eventuele lijst van beroepsziekten, waarover wordt gerapporteerd, uitermate lastig is om te bepalen of daadwerkelijk sprake is van een beroepsziekte. Daarvoor is niet alleen een duidelijke diagnostiek van de ziekte nodig, maar vooral ook onderzoek naar de werk gerelateerde oorzaak.⁶⁷ Het klinisch-arbeidsgeneeskundige onderzoek dat nodig is voor een goede beoordeling van de eventuele beroepsziekte, is soms zeer tijdrovend en kostbaar.

In landen waarin dergelijk onderzoek deel uitmaakt van het stelsel van verzekering, wordt dit uitgevoerd. In andere Europese landen echter niet, wat op zich weer een extra complicerende factor is bij het vergelijken van de statistieken uit verschillende landen. Voor Nederland is het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten het nationale instituut dat de beroepsziekten gegevens aanlevert aan Eurostat. Eurostat heeft nu voorbereidingen getroffen om de data en trends van beroepsziekten voor ieder land apart weer te gaan publiceren op hun website.

⁶⁴ Overweging 8 bij Verordening 1338/2008

⁶⁵ EODS staat voor [Election Observation and Democratic Support](#)

⁶⁶ Met name de ESENER onderzoeken van het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA), de European Working Conditions Survey en de EU Labour Force Survey.

⁶⁷ ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Chapter 26

2 Beroepsziekten: inzoomen op de grootste boosdoeners

In dit hoofdstuk staan in de eerste drie paragrafen de drie grootste veroorzakers van beroepsziekten centraal, namelijk psychosociale arbeidsbelasting, fysieke belasting en gevaarlijke stoffen. Dat werk en werkomstandigheden veranderen, is in onze wereld die voortdurend in beweging is, als een gegeven te beschouwen. In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de vraag wat deze veranderingen betekenen voor nieuwe beroepsziekteterisico's. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt een warm pleidooi gehouden voor nog meer en nog betere preventie, onder meer door tijdige signalering. Boven alles geldt immers dat voorkomen altijd beter is dan genezen.

2.1 Psychosociale arbeidsbelasting (PSA)⁶⁸

In Nederland melden bedrijfsartsen vermoede beroepsziekten bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). De laatste jaren zijn de meldingen van psychische beroepsziekten in de meerderheid. In 2019 betroffen 2.222 van de in totaal 3.691 meldingen psychische beroepsziekten (60,2%). Psychosociale arbeidsbelasting (PSA) kan bijdragen aan het ontstaan van psychische beroepsziekten. Onder PSA vallen alle factoren die werkstress kunnen veroorzaken, zoals werkdruk en intern (door collega's en leidinggevenden) en extern ongewenst gedrag zoals agressie en geweld, seksuele intimidatie, pesten en discriminatie. Werkstress kan leiden tot de (beroeps) ziekten overspannenheid en burn-out en arbeidsgerelateerde depressie. Ernstige traumatische ervaringen op het werk kunnen leiden tot een Post Traumatische Stress stoornis (PTSS).⁶⁹

2.1.1 Aard, omvang en impact

In 2019 ervaart bijna 1 op de 5 Nederlandse werknemers burn-outklachten (bijvoorbeeld gevoelens van emotionele uitputting). Dit percentage is de afgelopen jaren toegenomen van 14,4% in 2014 tot 17,0% in 2019. Dit blijkt uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA), een representatief onderzoek naar de werksituatie onder Nederlandse werknemers die jaarlijks door meer dan 40.000 respondenten wordt ingevuld. Driekwart van de meldingen psychische beroepsziekten bij het NCvB hebben de diagnose overspannenheid en burn-out, waarbij burn-out gezien wordt als een overspanning die langer duurt dan zes maanden en gevoelens van vermoeidheid en uitputting domineren (zie tabel 2.1)

Tabel 2.1 Het aantal meldingen bij het NCvB van psychische aandoeningen verdeeld naar diagnose over 2015-2019

Diagnose	2015		2016		2017		2018		2019	
	N=2631	%	N=2613	%	N=2639	%	N=2249	%	N=2222	%
Overspannenheid en burn-out	1989	75,6	1941	74,3	1962	74,3	1712	76,1	1664	74,9
Posttraumatische stress-stoornis	289	11,0	309	11,8	319	12,1	245	10,9	298	13,4
Depressie	146	5,5	130	5,0	129	4,9	102	4,5	94	4,2
Overige reacties op ernstige stress	90	3,4	118	4,5	127	4,8	83	3,7	84	3,8
Overige aandoeningen	117	4,4	115	4,4	102	3,9	107	4,8	82	3,7

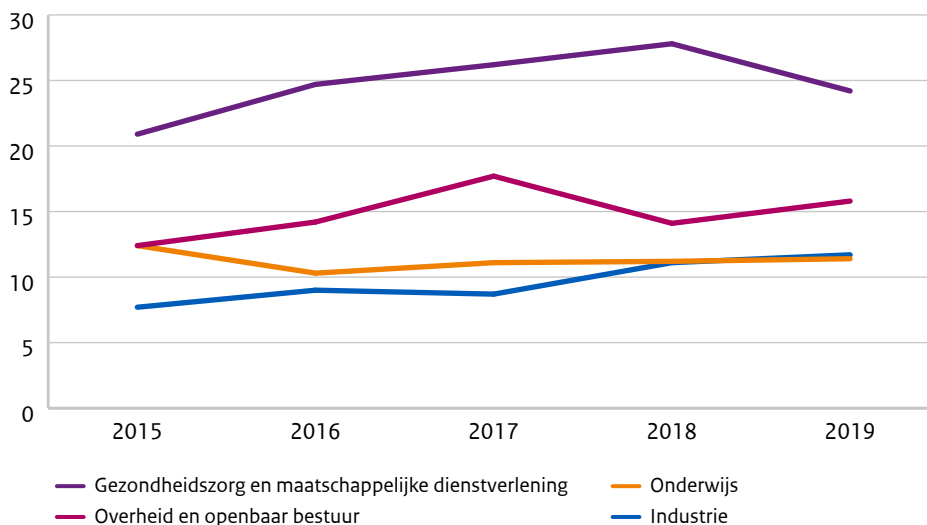
Bron: Beroepsziekten in cijfers/ [Kerncijfers](#) (NCvB)

⁶⁸ Door: Maartje Bakhuys Roozeboom (TNO), Gerda de Groene (NCvB), Lisa Hummel (TNO), Hélène Plaggenborg (ISZW), Sandra Roodenburg (ISZW), Roos Schelvis (Erasmus Universiteit Rotterdam).

⁶⁹ Bron: [Nederlands Centrum voor Beroepsziekten](#)

De top drie van gemelde beroepsgroepen zijn onderwijs, zorg en administratief personeel. De meeste meldingen van alle psychische beroepsziekten samen komen uit de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, gevolgd door de overheid en op de gedeelde derde plaats staan onderwijs en de industrie (zie figuur 2.1). Aan de hand van de meldingen van bedrijfsartsen van het Peilstation Intensief Melden NCvB (PIM) wordt een schatting van de incidentie (het aantal nieuwe ziektegevallen) van psychische beroepsziekten gemaakt. Deze was 78 per 100.000 werknemersjaren in 2019.

Figuur 2.1 Vier sectoren met hoogste % meldingen PSA (2019)



Bron: Beroepsziekten in cijfers/ Kerncijfers (NCvB)

Gevolgen van een burn-out zijn van invloed op de werknemer zelf, de organisatie en de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat burn-outklachten onder andere hart- en vaatziekten, diabetes en bewegingsapparaat klachten kunnen bevorderen.⁷⁰ Werknemers met burn-outklachten vallen bij verzuim vaak langdurig uit en hebben een grotere kans op arbeidsongeschiktheid.

Wanneer we kijken naar het gemiddelde extra verzuim per werknemer, blijkt dat de beroepsziekten depressie (61 extra dagen) en overspannenheid/burn-out (49 extra dagen) het hoogste aantal dagen extra verzuim veroorzaken. Als we kijken naar het totale verzuim in de populatie blijkt nog steeds dat de beroepsziekten overspannenheid/burn-out (ruim 4,5 miljoen dagen) en depressie (bijna 1,8 miljoen dagen) aan de top staan.⁷¹

Voor de organisatie brengt een werknemer die verzuimt als gevolg van psychische klachten (waaronder burn-out klachten) hoge kosten met zich mee. De maatschappelijke kosten aan loondoorbetaling bij verzuim als gevolg van werkstress, werkstress en/of burn-out klachten worden geschat op 2,8 miljard euro per jaar oftewel € 8.100 verzuimkosten per werknemer in 2017.⁷² Een burn-out kost de werkgever gemiddeld € 60.000, uitgaande van 242 dagen die een burn-out gemiddeld duurt (Zilveren Kruis). De maatschappelijke kosten van burn-out liggen nog veel hoger: € 20 miljard in 2010.⁷³

Posttraumatische Stressstoornis (PTSS)

De meeste meldingen van psychische beroepsziekten bij het NCvB hebben de diagnose overspannenheid en burn-out. Burn-out wordt hier gezien als een chronische overspanning. Op de tweede plaats staat de Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS), een ziektebeeld dat kan optreden na een of meer zeer traumatische gebeurtenissen, met 298 meldingen (zie tabel 2.1).

⁷⁰ Kivimäki (2012); Da Costa (2010)

⁷¹ Douwes, M. et al (2019)

⁷² <https://www.tno.nl/nl/over-tno/nieuws/2019/11/verzuimkosten-door-werkstress-lopen-op-tot-2-8-miljard/>

⁷³ Arends (2014)

De meldingen kwamen vooral van de politie, defensie en de psychiatrische- en gehandicaptenzorg. Wat is PTSS? Lees bijvoorbeeld het interview met politieagent Ray, geschreven door Maud Effting in de [Volkskrant op 29 februari 2020](#): “We waren onvoorbereid tussen agressieve, dronken mensen gezet. En nu werden wij vervolgd”.

2.1.2 Ontstaan en oorzaken van een psychische beroepsziekte

Bij het melden bij het NCvB kunnen de bedrijfsartsen oorzaken aangeven van de beroepsziekte. De vier belangrijkste oorzaken van overspanning en burn-out in 2019, zoals gemeld bij het NCvB door bedrijfsartsen, zijn: het hebben van teveel werk (51,4%); weinig sociale steun leidinggevende (11,2%); procedurele onrechtvaardigheid (5,2%) en hoge psychologische taakeisen (5%).⁷⁴

Naast de oorzaken van overspanning of burn-out die bedrijfsartsen bij diagnose melden, zijn er vanuit de wetenschappelijke literatuur factoren bekend die het risico op het ontstaan van een psychische beroepsziekte vergroten. Deze risicofactoren heeft het NCvB opgenomen in haar registratierichtlijnen. Een registratierichtlijn is bedoeld behulpzaam te zijn voor de bedrijfsarts bij het diagnosticeren van een beroepsziekte.⁷⁵ De registratierichtlijnen zijn opgebouwd volgens het zes stappenplan van het NCvB voor het vaststellen van een beroepsziekte.⁷⁶ Voor stap 2 (vaststellen van relatie met werk) worden die risicofactoren gebruikt en staat omschreven op welke wijze en in welke mate zij een bijdrage kunnen leveren aan het ontstaan van overspanning/burn-out (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2 Psychosociale risicofactoren voor het ontstaan van overspanning

Psychosociale risicofactoren in werk	Aantal deelnemers	Aantal studies	Effect Odds Ratio (95% BI)
Disbalans inspanning en beloning	76.760	6	1.91 (1.70-2.15)
Procedurele onrechtvaardigheid	64.676	5	1.74 (1.62-1.86)
Relationele onrechtvaardigheid	64.676	5	1.55 (1.44-1.67)
Hoge psychologische taakeisen	41.397	8	1.56 (1.41-1.72)
Weinig sociale steun collega's	22.920	4	1.29 (1.17-1.43)
Weinig sociale steun leidinggevende	23.382	5	1.27 (1.16-1.38)
Hoge emotionele taakeisen	13.641	2	1.58 (1.35-1.84)
Weinig taakautonomie	13.312	2	1.34 (1.20-1.49)

Bron: www.beroepsziekten.nl

De derde kolom in deze tabel geeft de Odds Ratio aan. Bij een Odds Ratio (OR) of een Relatief Risico (RR) ≥ 2 wordt aangenomen dat de factor een voldoende individuele bijdrage levert aan het ontstaan van de overspanning om te spreken van een beroepsziekte. Bij minder sterke verbanden ($1 < OR$ of $RR < 2$) is het slechts aannemelijk dat de factor een bijdrage levert aan het ontstaan van een beroepsziekte. Van geen enkele van deze psychosociale risicofactoren is op dit moment vastgesteld dat de onafhankelijke bijdrage voldoende groot is om het ontstaan van overspanning daarmee in overwegende mate te verklaren. Er zal altijd sprake moeten zijn van meer dan één risicofactor.

Naast de hierboven genoemde risicofactoren, geeft de NEA zicht op de mate waarin medewerkers risicofactoren voor overspanning en burn-out ervaren in hun werk (zie tabel 2.3). Zo blijkt in 2019 dat 37,6% van de werknemers hoge taakeisen ervaart. Het gaat dan om snel moeten werken, extra hard moeten werken en heel veel werk moeten doen. Van alle sectoren komen deze hoge taakeisen het vaakst voor in het onderwijs, gevolgd door de horeca en de zorg. Daarnaast geeft 43,2% van de werknemers aan weinig autonomie in het werk te ervaren. Het gaat hierbij om invloed op de manier waarop het werk wordt gedaan, en bijvoorbeeld de tijdsplanning. Autonomie is lager onder vrouwen dan mannen, en neemt toe met de leeftijd. Sectoren waarin werknemers weinig autonomie ervaren zijn de horeca en het vervoer.

⁷⁴ www.beroepsziekten.nl

⁷⁵ Voor psychische beroepszaken is er een registratierichtlijn overspanning en burn-out, geüpdatet 2019, depressie 2011, en Posttraumatische stressstoornis (PTSS) die heden wordt geüpdatet. De registratierichtlijnen zijn openbaar en te vinden op de [website van het NCvB](#)

⁷⁶ stap 1 diagnose, stap 2 vaststellen van relatie met werk, stap 3 vaststellen van de blootstelling, stap 4 zijn er andere verklaringen mogelijk, stap 5 concluderen en melden en stap 6 preventie en interventie.

Steun van collega's en leidinggevendenden kan een gunstige invloed hebben op de ervaren werkdruk. En het ontbreken ervan is zoals eerder gesteld een risicofactor. In 2019 geeft 14% van de werknemers aan weinig sociale steun van de leidinggevende te ervaren. Van collega's ervaren werknemers in de regel wel voldoende steun. Slechts 3,8% van de werknemers ervaart weinig steun van collega's. Sociale steun van de leidinggevende is het hoogst onder jongere werknemers (15-24-jarigen). Van alle sectoren ervaren werknemers in het vervoer de minste sociale steun, zowel van de leidinggevende als van collega's.

Tabel 2.3 % door werknemers genoemde risicofactoren overspannenheid

Hoge taakeisen (% vaak/altijd)	37,6
Lage autonomie (% nee/soms)	43,2
Lage sociale steun leidinggevende (% (zeer) weinig)	14,0
Lage sociale steun collega's (% (zeer) weinig)	3,8

Bron: NEA, 2019

Niet alleen werkdruk, maar ook ongewenst gedrag op de werkvloer kan werkstress en/of burn-out klachten veroorzaken. Werknemers kunnen in hun werk op verschillende manieren te maken krijgen met ongewenst gedrag. Ze kunnen worden geconfronteerd met ongewenst gedrag door externen (denk aan leerlingen, passagiers, patiënten, etc.). Evengoed kunnen ze te maken krijgen met ongewenst gedrag door internen, ofwel dat zijn collega's of leidinggevendenden (zie tabel 2.4).

Extern en intern ongewenst gedrag kent verschillende risicogroepen. Vrouwen hebben vaker te maken met ongewenste omgangsvormen door mensen van buiten de organisatie dan mannen, en dan vooral met seksuele intimidatie. Mannen hebben daarentegen vaker te maken met pesten of intimidatie door leidinggevendenden en collega's dan vrouwen. Jongere werknemers hebben vaker te maken met ongewenst gedrag door externen, maar ouderen ervaren juist vaker ongewenst gedrag van collega's of leidinggevendenden.

Tabel 2.4 Mate waarin medewerkers last hebben met ongewenst gedrag

In de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken met	Door externen		Door internen	
	Een enkele keer t/m zeer vaak (%)		Een enkele keer t/m zeer vaak (%)	
Ongewenst gedrag	28,9		19,3	
Seksuele intimidatie	8,4		3,1	
Intimidatie	23,6		13,2	
Lichamelijk geweld	7,3		0,8	
Pesten	7,9		10,1	
In de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken met discriminatie vanwege...	% 'ja'			
Geslacht	1,3			
Huidskleur	1,4			
Geloofsovertuiging	0,8			
Seksuele geaardheid/voorkeur	0,4			
Leeftijd	2,2			
Andere reden	3,0			

Bron: NEA, 2019

De mate waarin werknemers te maken hebben met ongewenst gedrag door externen verschilt sterk per sector. In de gezondheids- en welzijnzorg komt ongewenst gedrag door externen het meest voor, en heeft meer dan de helft van de werknemers ermee te maken (53,2%) gevolgd door de horeca (36,6%) en het onderwijs (34,1%). Ten aanzien van ongewenst gedrag door internen, zijn de verschillen tussen sectoren minder groot. In het openbaar bestuur (23,7%) en de industrie (22,6%) is het percentage werknemers dat te maken heeft met intern ongewenst gedrag het grootst.⁷⁷

⁷⁷ <https://www.arboportaal.nl/externe-bronnen/publicaties/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden>

2.1.3 Begeleiding, preventie en behoefte aan maatregelen

De NEA brengt ook de behoeften die werknemers hebben aan maatregelen in kaart om het risico op burnout en overspanning tegen te gaan. Van alle werknemers geeft 44,2% aan dat er (aanvullende) maatregelen nodig zijn tegen werkdruk en/of werkstress. Daarnaast heeft 7,8% behoefte aan (aanvullende) maatregelen tegen ongewenst gedrag door externen en 5,6% aan maatregelen tegen ongewenst gedrag door internen.

In het onderwijs en in de zorg is de behoefte aan maatregelen tegen werkdruk of werkstress het grootst, te weten: in het onderwijs 65,6% en in de zorg (58,2%). In de zorg is ook de behoefte aan maatregelen tegen ongewenst gedrag door externen het grootst: 14,6% van de werknemers geeft aan dat de getroffen maatregelen onvoldoende zijn en 2% geeft aan dat er nog geen maatregelen zijn getroffen.

Wanneer het gaat over de begeleiding van mensen met burn-out/overspanning heeft de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) de richtlijn Psychische Problemen, geactualiseerd in 2019. Deze richtlijn gaat met name over werkenden met stressgerelateerde klachten zoals overspanning en burn-out eventueel in combinatie met lichte psychiatrische aandoeningen. De richtlijn gaat uit van een procesmatige aanpak waarbij de bedrijfsarts en/of verzekeringsarts begeleidt en de werkende en de werkomgeving de regie houden.⁷⁸

Voor de diagnose, herstel en reïntegratie is het van belang om de bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen, zowel bij de werkende als bij de werkomgeving, zoals de eerder genoemde psychosociale risicofactoren. Hieruit volgen de aandachtspunten voor de interventies, zowel voor de betreffende werkende met klachten als mogelijk ook voor de collega's ter preventie van klachten. De richtlijn adviseert dat de bedrijfsarts voor steunende en/of coachende interventies verwijst naar bijvoorbeeld bedrijfsmaatschappelijk werker, POH GGZ, psycholoog of psychiater.

Aanpakken van psychosociale arbeidsrisico's

Er kunnen verschillende maatregelen getroffen worden om psychosociale arbeidsbelasting, en dus de risico's op psychische beroepsziekten, te verlagen. Deze maatregelen kunnen zich richten op het individu (bijvoorbeeld een individueel traject voor timemanagement) of op de organisatie (bijvoorbeeld het anders organiseren van werk). Een aanpak van risico's bij de bron heeft altijd de voorkeur omdat hiermee voorkomen kan worden dat werknemers stressklachten ontwikkelen. Zo handelt een werkgever bovendien in lijn met de Arbwet. Daarnaast treft een bron en organisatorische aanpak over het algemeen veel meer medewerkers dan een individuele aanpak.

Werkdrukaanpak

Het aanpakken van werkdruk en werkstress is niet eenvoudig. Er is geen maatregel die altijd, en voor iedereen werkt. Werkstress kan per organisatie verschillende oorzaken hebben. Om werkdruk en werkstress terug te dringen is het belangrijk om allereerst te onderzoeken wat de belangrijkste oorzaken in de organisatie zijn. Vervolgens kunnen passende maatregelen worden getroffen. De [Werkdruk Wegwijzer](#) is een interactieve pdf die een organisatie gerichte, participatieve aanpak van werkdruk beschrijft. Het ondersteunt grote en kleine organisaties bij het doorlopen van een werkdrukaanpak in 5 stappen.

In stap 1 stelt de organisatie vast of er sprake is van werkdruk. In stap 2 stelt de organisatie samen met medewerkers vast wat de oorzaken zijn voor de werkdruk. In stap 3 worden maatregelen gekozen en gevat in een plan van aanpak. In stap 4 wordt het plan van aanpak in de praktijk gebracht. In stap 5 wordt geëvalueerd of de aanpak succesvol is geweest, en of er nog knelpunten aanwezig zijn die aangepakt dienen te worden. De aanpak vormt een cyclisch proces, waarbij het aanpakken van (knelpunten voor) werkdruk onderdeel wordt van de organisatiepraktijk.

Er zijn een aantal kritieke succesfactoren, die bepalend zijn voor het succes van de aanpak.⁷⁹ Zo is het belangrijk dat de gekozen oplossingen goed aansluiten op de geconstateerde knelpunten. Om te voorkomen dat er een mismatch ontstaat, is het van belang medewerkers te betrekken bij alle stappen van de aanpak. Werknemers weten vaak het beste waar de werkdruk door veroorzaakt wordt. Door werknemers te betrekken bij het kiezen van maatregelen, wordt het draagvlak voor maatregelen vergroot. Bovendien vormt participatie van werknemers bij de besluitvorming een belangrijke regelmogelijkheid en bekend is dat regelmogelijkheden werkdruk kunnen verminderen.

⁷⁸ Zie voor het fase-takenmodel pagina 58 van [één lijn in de eerste lijn](#)

⁷⁹ Schelvis (2017); Bakhuis Roozeboom (2020)

Het succesvol betrekken van medewerkers bij de aanpak vereist dat er vertrouwen is tussen management en werknemers. Wanneer dit vertrouwen ontbreekt, is het belangrijk dit eerst te adresseren voor men met de aanpak aan de slag gaat. Ook communicatie is erg belangrijk gedurende het gehele proces. Het is belangrijk om medewerkers op de hoogte te houden van de voortgang en successen met hen te delen, maar ook om input van medewerkers te gebruiken om het proces waar nodig bij te sturen.

Daarnaast vraagt de aanpak een projectmatige manier van werken. Organisaties die hier geen ervaring mee hebben, zijn sterk gebaat bij een externe begeleider die hen helpt bij het doorlopen van de stappen en de voortgang bewaakt. Externe gebeurtenissen (zoals reorganisaties) kunnen de aanpak doorkruisen. Daarom is het belangrijk om alvorens men met de aanpak aan de slag gaat, vooruit te kijken welke veranderingen er gepland staan.

Voor het slagen van de aanpak is het van belang dat alle werknemers betrokken worden. Teamleiders en werknemers moeten de mogelijkheid krijgen een eigen invulling te geven aan de verandering. Daarnaast is het belangrijk om het stap voor stap aan te pakken, één verandering tegelijk en de voortgang onder de aandacht te brengen. En ten slotte is het belangrijk om de aanpak technisch en organisatorisch goed voor te bereiden. Dit kan door duidelijke doelstellingen te formuleren, goed na te denken over de informatieoverdracht, op korte termijn aansprekende resultaten te boeken en sleutelfiguren het goede voorbeeld te laten geven.

Aanpak ongewenste omgangsvormen

Om ongewenst gedrag op de werkvloer te voorkomen, is het belangrijk dat duidelijk is wat gewenst en wat ongewenst gedrag is. Een gedragscode waarin dit duidelijk staat beschreven biedt handvatten voor het voorkomen en aanpakken van ongewenst gedrag. Met een gedragscode draagt de werkgever uit dat de aanpak van ongewenst gedrag prioriteit heeft. Daarnaast zorgt een gedragscode voor eenduidige communicatie en biedt het medewerkers houvast om collega's aan te spreken. De [Handreiking Gedragscode Ongewenste Omgangsvormen](#) ondersteunt organisaties bij het ontwikkelen van een gedragscode interne (on)gewenste omgangsvormen. Naast een algemene gedragscode voor ongewenst gedrag, kunnen maatregelen getroffen worden om specifieke vormen van ongewenst gedrag te voorkomen of te verminderen.

Hoewel pesten op de werkvloer veelvuldig voorkomt (namelijk bij 1 op de 10 werknemers) en ernstige gevolgen kan hebben zowel voor het slachtoffer (psychische klachten, slaapproblemen,) als voor de organisatie (verzuim, verloop, negatieve sfeer), ontbreekt het op dit moment echter nog aan wetenschappelijk bewezen effectieve interventies. Duidelijk is wel dat een aanpak gericht op de oorzaken van pesten de voorkeur heeft. Risicofactoren in de organisatie die de kans op pesten vergroten, zijn bijvoorbeeld een hoge werkdruk, weinig sociale steun, veel conflicten op de werkvloer, onduidelijkheden over rollen, taken en verantwoordelijkheden en procedurele onrechtvaardigheid. Een aanpak die zich richt op deze risicofactoren verkleint de kans op herhaling.⁸⁰

Net als pesten, vormt ook seksuele intimidatie op het werk een probleem in onze samenleving, dit blijkt bijvoorbeeld uit de grote respons op #metoo. De gevolgen kunnen ernstig zijn, zowel voor de directbetrokkene als ook voor zijn of haar directe (werk) omgeving en de organisatie. Seksuele intimidatie komt weliswaar in alle soorten organisaties voor, maar de kans hierop is groter in organisaties die sterk hiërarchisch georganiseerd zijn. Dat geldt ook voor organisaties waarbij tussen de 10- 20% van het personeelbestand uit vrouwen bestaat of organisaties met een masculiene cultuur. Bij organisaties waar sprake is van losse omgangsvormen is de grens tussen gewenst en ongewenst gedrag onduidelijk en is de kans op seksuele intimidatie ook groter.

Om pesten en seksuele intimidatie te voorkomen, is het belangrijk om de risicofactoren aan te pakken. Daarnaast is het belangrijk dat leidinggevend en medewerkers weten hoe zij pesten en seksuele intimidatie kunnen herkennen en wat zij eraan kunnen doen. De [Wegwijzer Pesten](#) en de [Wegwijzer Seksuele Intimidatie op het werk](#) zijn erop gericht het slachtoffer, de omstanders en de leidinggevende/HR-medewerker te helpen bij het (h)erkennen van respectievelijk pesten en seksuele intimidatie en handvatten te geven om deze ongewenste omgangsvormen aan te pakken.

Wanneer een werknemer toch wordt geconfronteerd met ongewenste omgangsvormen, is het belangrijk dat hij of zij terecht kan bij een vertrouwenspersoon. Een vertrouwenspersoon vormt een laagdrempelig aanspreekpunt bij wie iedereen uit de organisatie terecht kan voor opvang, advies, ondersteuning en begeleiding. De [Wegwijzer Vertrouwenspersoon](#)

⁸⁰ Zie ook: [Tijd voor agressiebeleid, 2013/06/](#), [RATOG-KMO constructie en gebruiksaanwijzing](#)

[Ongewenste Omgangsvormen](#) biedt informatie voor werknemers, vertrouwenspersonen en werkgevers over de rol, opleiding en randvoorwaarden van de vertrouwenspersoon. En verder: hoe je bij een vertrouwenspersoon terecht kunt, hoe je een vertrouwenspersoon kunt worden, en hoe je er een aan kunt stellen.

2.1.4 Beheersen risico's en handhaving

De definitie die vanuit de Arbowet wordt gebruikt voor psychosociale arbeidsbelasting (PSA) is: *“de factoren direct of indirect onderscheid met inbegrip van seksuele intimidatie, agressie en geweld, pesten en werkdruk, in de arbeidssituatie die stress teweegbrengen”*. Hieruit volgt ook dat PSA uiteenvalt in drie belangrijke onderwerpen:

- Werkdruk;
- Intern ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie & geweld, pesten, direct en indirect onderscheid (discriminatie));
- Extern ongewenst gedrag (seksuele intimidatie, agressie & geweld, pesten, direct en indirect onderscheid (discriminatie)).

Deze onderwerpen kunnen werkstress veroorzaken. Werkstress kan weer leiden tot de (beroeps) ziekten burn-out, overspannenheid en arbeidsgerelateerde depressie. Ernstige traumatische ervaringen op het werk kunnen leiden tot Post Traumatische Stress stoornis (PTSS).⁸¹ Kaders en doelvoorschriften in de wet vormen een basis om werkgevers maatregelen te laten nemen om werkstress bij medewerkers te voorkomen. Deze doelvoorschriften zijn uitgewerkt in artikel 3 van de Arbowet en artikel 2.15 van het Arbobesluit (zie tabel 2.5).

Tabel 2.5 Uitwerking artikel 3 Arbowet en artikel 2.15 Arbobesluit

Artikel	Omschrijving	Wat wordt er verwacht van de werkgever?
Arbowet art. 3, lid 1	Samengevat: De werkgever zorgt voor de gezondheid van de werknemers inzake alle met de arbeid verbonden aspecten en voert daartoe een beleid dat is gericht op zo goed mogelijke arbeidsomstandigheden, waarbij hij, gelet op de stand van de wetenschap en professionele dienstverlening (SWPD) , het volgende in acht neemt: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeid mag geen nadelige gevolgen hebben voor de gezondheid van medewerkers. • Collectieve maatregelen boven individuele maatregelen (arbeidshygiënische strategie). • Voorkomen van monotone, tempo gebonden arbeid • Arbeidsinhoud afgestemd op individu 	Kennen van de SWPD op het vlak van PSA en maatregelen nemen die allereerst gericht zijn op het collectief.
Arbowet art. 3, lid 2	De werkgever voert, binnen het algemeen arbeidsomstandighedenbeleid, een beleid gericht op voorkoming en indien dat niet mogelijk is beperking van psychosociale arbeidsbelasting.	Een beleid voeren ter voorkoming van dan wel beperking van PSA, rekening houdend met SWPD en arbeidshygiënische strategie (zie onder art. 3 lid 1).
Arbobesluit, art. 2.15, lid 1	Indien werknemers worden of kunnen worden blootgesteld aan psychosociale arbeidsbelasting worden in het kader van de risico-inventarisatie en –evaluatie de risico's ten aanzien van psychosociale arbeidsbelasting beoordeeld en worden in het plan van aanpak met inachtneming van de stand van de wetenschap maatregelen vastgesteld en uitgevoerd om psychosociale arbeidsbelasting te voorkomen of indien dat niet mogelijk is te beperken.	Inventariseren van de risico's op het gebied van werkdruk, intern en extern ongewenst gedrag en neemt hierbij passende maatregelen op basis van de SWPD.
Arbobesluit, art. 2.15, lid 1	Aan werknemers die arbeid verrichten waarbij gevaar bestaat voor blootstelling aan psychosociale belasting wordt voorlichting en onderricht gegeven over de risico's voor psychosociale arbeidsbelasting alsmede over de maatregelen die er op zijn gericht die belasting te voorkomen of te beperken.	Medewerkers worden voorgelicht over de PSA risico's en de maatregelen die genomen worden. Tevens wordt het geleerd hoe ze deze maatregelen in het werk moeten toepassen.

Bron: Inspectie SZW

⁸¹ https://www.beroepsziekten.nl/datafiles/kerncijfers/NCvB-Kerncijfers-Beroepsziekten_2019.pdf

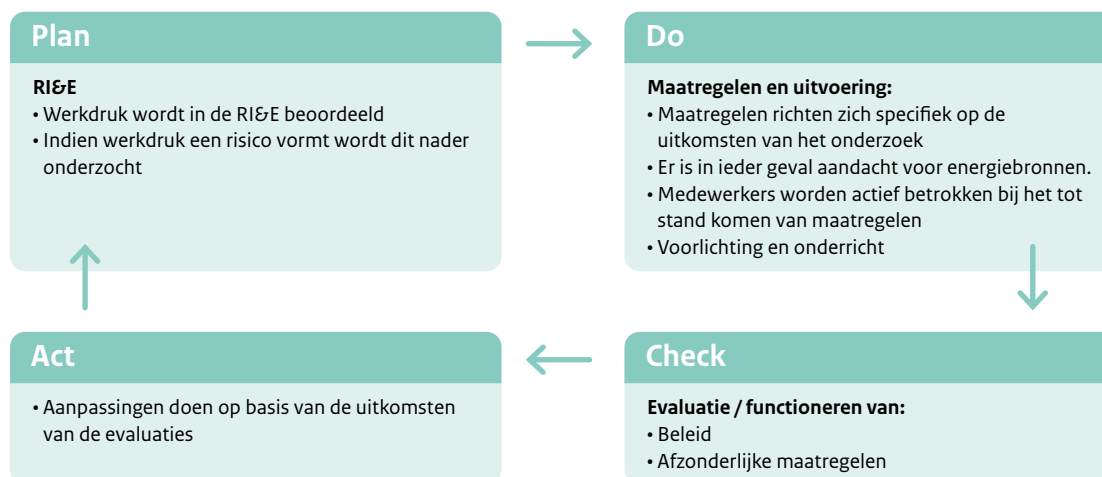
De PDCA-cyclus

De wetgeving vereist dus dat de werkgever een beleid voert om PSA te voorkomen of te beperken indien voorkomen niet mogelijk is. Voor beleidsvoering op arbeidsomstandigheden rondom veiligheidsrisico's op de werkvloer is de PDCA-cyclus al jaren een veelvuldig gebruikt en geaccepteerd model dat zijn doeltreffendheid heeft bewezen.⁸² Ook voor het domein van sociale veiligheid, het domein waar PSA onder valt, werkt dit model goed. Met de toepassing ervan wordt gestreefd naar een continue verbetering, waarbij de werkgever, vanwege het cyclische karakter van het model, leert hoe PSA steeds effectiever kan worden aangepakt. Volgens het PSDA-model worden verbeteringen van kwaliteit effectief als de volgende stappen worden doorlopen:

- Maken van een beoordeling van de knelpunten en risico's en daaruit voortkomend een plan ter verbetering (P = Plan);
- Activiteiten worden ondernomen die aansluiten bij de doelen van het plan (D = Do);
- De resultaten gecheckt worden op effectiviteit (C=check); en
- Acties worden genomen vanuit de resultaten van de check (A= Acteren op bevindingen).

Voor het structureel voorkomen en beheersen van PSA-risico's verwacht de Inspectie SZW dat werkgevers een arbeidsomstandighedenbeleid voeren dat de kenmerken heeft van een PDCA-cyclus. Figuur 2.1.4 geeft aan hoe dit eruit zou kunnen zien voor het beheersen van het risico op werkdruk. Soortgelijke PDCA-cyclus figuren zijn er voor de risico's intern ongewenst gedrag en extern ongewenst gedrag.

Figuur 2.1.4 De PDCA-cyclus voor het beheersen van werkdruk



Bron: Inspectie SZW

Stand van de wetenschap en professionele dienstverlening (SWPD)

Uit de memorie van toelichting bij de Arboret blijkt wat er moet worden verstaan onder de “stand van de wetenschap en professionele dienstverlening”. Dat zijn ontwikkelingen die door vakdeskundigen in brede kring worden aanvaard als goed toepasbaar in de praktijk. Uit de wetgeschiedenis blijkt dat ontwikkelingen die door vakdeskundigen in brede kring worden aanvaard kenbaar zijn uit (wetenschappelijke) onderzoeken, leidraden, NEN-normen, brancherichtlijnen, convenanten, jurisprudentie, catalogi en beleidsregels. Zodoende wordt door de Inspectie SZW van de werkgever verwacht dat hij voor de risico's rondom werkdruk, intern ongewenst gedrag en extern ongewenst gedrag de stappen doorloopt conform een op PSA-risico's toegespitste PDCA-cyclus.

Programma Psychosociale arbeidsbelasting en arbeids(markt)discriminatie

De inspectie is voor haar toezichtstaak georganiseerd in programma's. Binnen het programma Psychosociale arbeidsbelasting en Arbeids(markt)discriminatie geeft de Inspectie invulling aan het toezicht op discriminatie op de werkplek (arbeidsdiscriminatie), discriminatie bij het werving en selectieproces (arbeidsmarktdiscriminatie en psychosociale

⁸² De PDCA-cyclus is een model dat werd ontwikkeld als een probleemoplossend model voor kwaliteitsmanagement. Cowley (1997) en Maruta (2012)

arbeidsbelasting op de werkplek. Dit toezicht bestaat o.a. uit inspecties, stakeholdermanagement en communicatiecampagnes. Daarnaast worden binnen het programma, aan de thematiek gerelateerde, onderzoeken uitgevoerd. Verdere informatie over de wijze van inspecteren en maatregelen om PSA te beheersen zijn te vinden via:

- [Basis Inspectiemodule werkdruk](#)
- [Basis inspectiemodule agressie en geweld](#)
- [Basis Inspectiemodule ongewenste omgangsvormen](#)
- [Arboportaal.nl](#)
- [Inspectieszw.nl](#)
- [Zelfinspectietool werkdruk, ongewenst gedrag en agressie en geweld](#)

2.2 Fysieke belasting⁸³

Beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat zijn het gevolg van fysieke overbelasting. Fysieke belasting in het werk is de belasting die het houdings- en bewegingsapparaat ondervindt bij het innemen van bepaalde werkhoudingen, uit te voeren bewegingen en uit te oefenen krachten tijdens het werk. Er zijn verschillende fysiek belastende factoren, te weten:

- Tillen en dragen, duwen en trekken;
- Repeterende bewegingen;
- Trillingen (hand-arm en hele lichaam);
- Werkhoudingen (zoals knielen, gebukt werken, langdurig staan en bovenhands werken);
- Beeldschermwerk;
- Energetische belasting van het hart, vaat- en longstelsel.

Het blootstaan aan fysieke belasting of het uitvoeren van fysiek belastende werkzaamheden is niet schadelijk, tenzij dit leidt tot fysieke overbelasting. Of fysieke belasting in het werk een gevaar voor de gezondheid met zich brengt hangt samen met de grootte, aard, duur en frequentie van de belastende factoren, alsook de herstelmogelijkheden. Er is sprake van overbelasting wanneer het evenwicht tussen fysieke belasting en belastbaarheid verstoord raakt. Lichamelijke klachten en specifieke ziekten aan rug, nek, schouders en armen, ellebogen, handen en polsen, heupen, knieën, enkels en voeten kunnen het gevolg zijn. Met andere woorden, aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat.

2.2.1 Aard, omvang en impact

Het totaal aantal werknemers met een beroepsziekte aan het bewegingsapparaat in 2018 (prevalentie) wordt, op basis van de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2018, geschat op 460 duizend. Dit is 55% van het totaal aantal werknemers met een beroepsziekte in dat jaar (830 duizend).⁸⁴ Schattingen op basis van dezelfde NEA tonen aan dat van alle werknemers met een in het voorafgaande jaar naar eigen zeggen door een arts vastgestelde beroepsziekte (incidentie), 16% een beroepsziekte heeft aan de nek, schouder, arm, pols en hand (KANS), 15% een beroepsziekte aan de lage rug, 6% werkgerelateerde knieartrose en 3% heupartrose. Van alle werkgerelateerde verzuimdagen van werknemers is gemiddeld 28% te wijten aan klachten aan het bewegingsapparaat.⁸⁵ Van de bij het NCvB *gemelde* beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat leidt 9% tot blijvende arbeidsongeschiktheid.⁸⁶

Beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat zorgen voor veel extra verzuim. Een werknemer zonder beroepsziekte verzuimt gemiddeld 6 dagen. Een werknemer die aangeeft het afgelopen jaar naar eigen zeggen een (door een arts vastgestelde) beroepsziekte aan de lage rug te hebben opgelopen, verzuimt gemiddeld 32 dagen. Dat is 26 dagen

⁸³ Door: Marieke van den Oord, Bert Moss en Maroesja Bonsen. Allen zijn werkzaam bij het Inspectie Brede Kennis Centrum van de Inspectie SZW. De netwerkbijsamenkomst fysieke belasting heeft als basis gediend voor deze paragraaf. Sprekers tijdens deze sessie waren Paul Kuijer (Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, NCvB), Marjolein Douwes (TNO) en Bert Moss (Inspectie SZW).

⁸⁴ Preventie Beroepsziekten door Fysieke Belasting, TNO-vooronderzoek voor SZW Programma Preventie Beroepsziekten, Leiden: TNO, oktober 2020

⁸⁵ Idem

⁸⁶ Beroepsziekten in cijfers 2018 (NCvB)

meer ten opzichte van alle werknemers.⁸⁷ En hoewel beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat niet blijvend hoeven te zijn, is herhaling van dezelfde aandoening een grote risicofactor. Zeker wanneer werkomstandigheden niet veranderen.

Beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat leiden tot een groot gezondheidsverlies en daarmee tot verlies van de kwaliteit van leven. In de werkzame beroepsbevolking zorgen op dit moment aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat, na psychische aandoeningen, (in 2015 met 24%) voor de hoogste ziektelast door arbeid (uitgedrukt in DALY's).⁸⁸ Anders dan bij beroepsziekten als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen, waarbij de ziekte zich vaak ook na het werkzame leven manifesteert, vindt de grootste ziektelast als gevolg van fysiek belastend werk plaats tijdens het werkzame leven. Daarnaast zijn lichamelijke klachten al aanwezig voordat daadwerkelijk uitval van het arbeidsproces plaatsvindt, wat vaak gepaard gaat met productieverlies.

Er bestaat al veel kennis over de etiologie van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat. Dit heeft onder andere geleid tot 23 beroepsregistratierichtlijnen voor deze aandoeningen (www.beroepsziekten.nl). Beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat zijn het gevolg van fysiek belastende factoren in het werk, zoals het tillen en dragen van lasten en het veel kracht moeten zetten met handen, zoals bij het duwen en trekken van rollend materiaal.

Maar niet alleen bij het verplaatsen van zware lasten komen fysiek belastende factoren voor. Ook het werken in ongunstige houdingen en het maken van repeterende armbewegingen zijn fysiek belastende factoren die bij een bepaalde blootstelling tot aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat leiden (bijvoorbeeld bij inpakwerkzaamheden aan een lopende band). Van alle werknemers in Nederland geeft maar liefst 32% aan regelmatig repeterende armbewegingen te moeten maken.⁸⁹

Knieartrose zal in 2025 met 78% toenemen ten opzichte van 2013⁹⁰

Werken is een onafhankelijke risicofactor voor knieartrose. Veelvuldig knielen en hurken vergroten de kans op artrose met 84%. Ook tillen is een risicofactor. Knieartrose is niet te genezen. Een stijging van 300% tot een aantal van 57.900 geplaatste knieprotheses per jaar wordt verwacht in 2030. De helft van deze patiënten is dan jonger dan 65 jaar. Uit onderzoek blijkt dat 3 op de 10 patiënten na de operatie niet meer werken. Door het inzetten van hulpmiddelen kunnen belastende factoren als knielen en hurken in het werk worden verminderd. Zo neemt het risico op knieartrose voor Nederlandse vloerenleggers af wanneer zij mechanische hulpmiddelen gebruiken. Als alle risico's in het werk weggenomen zouden kunnen worden, kan het aantal werkenden met knieartrose idealiter met 3.200 afnemen. Dat betekent een vermindering van de zorgkosten van 5,7 miljoen euro en een productiviteitswinst van 27,8 miljoen euro.

Het idee dat door toenemende mechanisering en automatisering het zware handmatige werk is verdwenen, is onjuist. Dit blijkt uit de cijfers van de NEA 2019, waar 41% van alle werknemers aangeeft fysiek belastend werk te doen. Ten eerste zijn er nog veel werkzaamheden die heden ten dage niet gemechaniseerd of geautomatiseerd kunnen worden. Er blijven beroepen bestaan waarbij het dagelijks verplaatsen van lasten en het uitoefenen van grote krachten veelvuldig blijft voorkomen, zoals bij bouwvakkers, verpleegkundigen, orderpikkers, pakketbezorgers en sjorders.

Ten tweede kleeft er ook een gevaar aan automatisering en robotisering met betrekking tot fysieke belasting, namelijk dat de resttaken binnen een werkproces die niet kunnen worden gerobotiseerd, alsnog uitgevoerd moeten worden door mensen. In veel gevallen maken deze resttaken het werk eenzijdiger, plaatsgebonden en met een aanzienlijk hogere frequentie van beweging, en dus fysiek zwaar belastend.⁹¹

⁸⁷ TNO/CBS, NEA, 2019

⁸⁸ Volksgezondheidszorg.info: volksgezondheidszorg.info, volksgezondheidszorg.info, [beroepsziektencijfers](http://volksgezondheidszorg.info), [ziektelast](http://volksgezondheidszorg.info)

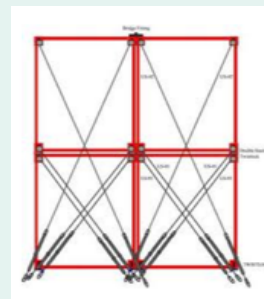
⁸⁹ TNO/CBS, NEA, 2019

⁹⁰ Door: Paul Kuijjer, Medisch contact, <https://medischcontact.nl>

⁹¹ Krause (2019)

Het vastzetten en losmaken van sjorstangen is fysiek zwaar werk

Op containerschepen worden containers vastgezet door sjorders. Containers worden met sjorstangen en spanschroeven vastgezet om te voorkomen dat ze tijdens de reis gaan schuiven en mogelijk van boord vallen. Een sjorstang is circa 2,5 - 5 meter lang en moet in een hoek van een container gehaakt worden om te kunnen spannen. Een stang weegt circa 11 - 20 kg. Een behoorlijke lengte en een behoorlijk gewicht. Maar belangrijker hierbij is dat voornamelijk boven schouder- en onder kniehoogte gewerkt moet worden. Dat én het grote aantal stangen dat een sjorder in een dienst vastzet/losmaakt (gemiddeld tussen de 200 en 400 stangen per dag per sjorder) maakt het werk zwaar.



Naast het inhangen van sjorstangen worden spanschroeven aan- of losgedraaid om de container goed zeevast te zetten. Bij het vastzetten, maar met name bij het losdraaien van spanschroeven moet soms extreem veel kracht gezet worden. Er is vastgesteld dat er krachten van meer dan 70 kilo nodig zijn om spanschroeven los te draaien. Voor deze taak zijn nog geen geschikte hulpmiddelen beschikbaar, en dus kan deze taak nog steeds alleen maar handmatig worden uitgevoerd.

Uit een inspectieonderzoek (2011) naar de fysieke belasting van sjorders blijkt dat het sjorren gepaard gaat met normoverschrijdende fysieke belasting, die maakt dat het werk een verhoogd risico vormt op het ontstaan van met name rug- en schouder/arm-klachten. Er is al sprake van een te hoge fysieke belasting bij circa 1 uur sjorren. Dit betekent dat de oplossing voor deze fysieke-belastingproblematiek niet ligt in taakrotatie (reductie blootstellingduur).

Een oplossing om de zwaarte iets te reduceren is het sjorren in tweetallen, een sjortechniek die inmiddels is doorgevoerd. De meest effectieve oplossing is verbetering van sjormaterialen en herontwerp van de wijze van vastzetten, wat door het internationale karakter van deze werkzaamheid zo goed als onmogelijk is.

2.2.2 Preventie en actuele ontwikkelingen

Eerdergenoemde cijfers geven het belang van preventie aan als het gaat om de werkgerelateerde aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat. Verbeteringen van werkomstandigheden zijn nodig en vereisen kennis, actuele inzichten en een passend arbobeleid.

Kennis over de etiologie van klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat heeft, naast de 23 beroepsregistratierichtlijnen, ook geleid tot gebruiksvriendelijke beoordelingsinstrumenten en tot een 'wegwijzer fysieke belasting' (www.fysiekebelasting.tno.nl). Werkgevers en werknemers kunnen deze instrumenten gebruiken voor het beoordelen en verbeteren van de fysieke belasting op de werkvloer. Ook worden ze met een stappenplan op weg geholpen om fysieke belasting aan te pakken en werkomstandigheden te verbeteren. Uiteraard dient deze kennis actueel te worden gehouden, omdat werkomstandigheden blijven veranderen door onder andere nieuwe technologieën. Deze leiden vaak tot betere tools om fysieke belasting te meten en daarmee beter inzicht te krijgen in de belastende factoren van specifieke werkzaamheden.

Pakketbezorgers, niet overal zijn oplossingen voor

Het door de FNV gefinancierde SOMO-rapport "Status: Bezorgd" (december 2012) zegt dat de arbeidsomstandigheden in de pakketdienstensector onder druk staan. Kamerleden stellen op grond van het rapport dat er onder meer problemen rondom arbeidsomstandigheden zijn. De Inspectie SZW krijgt de opdracht een verkenning hiernaar uit te voeren en zo nodig maatregelen ter verbetering op te leggen.

Uit het onderzoek blijkt onder meer dat pakketbezorgers aan een te hoge fysieke belasting worden blootgesteld. Pakketgewichten van meer dan 40 kilo die handmatig worden bezorgd komen regelmatig voor. De helft van de geïnterviewde bezorgers gaf aan lichamelijke klachten door het werk te ervaren. Elk pakket wordt minimaal drie keer

opgetild en ergens neergelegd; niet altijd op een prettige tilhoogte of in een goede houding. Voorbeeld: een doos hondenvoer van 31 kilo wordt van de band gehaald en op de vloer gelegd, vervolgens in de auto gelegd en er bij de klant weer uit gehaald. Een bezorger bleek gemiddeld tussen de 70 en 150 stops per dag te maken.

Als gevolg van de vele handmatige handelingen in het distributiecentrum en bij de bezorg-stops onderweg wordt er veel (handmatig) getild. In een distributiecentrum zijn volgens de Inspectie oplossingen mogelijk om het aantal handmatig uitgevoerde tilmomenten te verminderen. Als een bezorger onderweg is, is het aantal hulpmiddelen dat hij/zij kan inzetten momenteel beperkt, en ook staan de bezorger geen hulpmiddelen ter beschikking om pakketten mechanisch te verplaatsen of in ieder geval zo veel mogelijk op dezelfde hoogte te kunnen houden en weg te kunnen leggen. Een realistisch streven voor deze sector is om het aantal handmatige tilmomenten te reduceren naar één (bij de klant), en voor dit tilmoment innovatieve hulpmiddelen te (laten) ontwikkelen.

De indruk is dat de bestaande actuele kennis nog onvoldoende bij werkgevers en werknemers terecht komt. Dit betreft de kennis over zowel de fysiek belastende factoren in het werk, als het optreden van ziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat. Ook gaat het om de praktische tools om risicofactoren in het werk in kaart te brengen, en om de actuele inzichten om werkomstandigheden te verbeteren. Zo blijkt dat slechts 30% van de bedrijven een RI&E heeft waarin, naar oordeel van de inspecteur, alle belangrijke risico's zijn geïnventariseerd.⁹² De verplichte inventarisatie van fysieke belasting ontbreekt vaak, is onvoldoende of onvolledig. Een passend beleid op fysieke belasting door de werkgever is van essentieel belang om werkgerelateerde aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat te voorkomen. Dit begint bij het opnemen van fysieke belasting in de RI&E.

De RI&E wordt getoetst op volledigheid, betrouwbaarheid en actuele inzichten door een kerndeskundige of geregistreerde bedrijfsarts. Deze kerndeskundigen – op grond van de Arboret bevoegde toetsers – zijn de (gecertificeerde) hoger veiligheidskundige, de arbeidshygiënist en de arbo- en organisatiedeskundige. Geen van hen, net zomin als de geregistreerde bedrijfsarts, heeft aantoonbare kerndeskundigheid met betrekking tot ergonomie. De geregistreerde, en daartoe aantoonbaar deskundige ergonomoom ontbreekt in de wet- en regelgeving als bevoegd toetsers, en dus is de bewaking van dit gevaaraspect nu minimaal; terwijl het hier een arbeidsrisico betreft dat, zoals in dit hoofdstuk is beschreven, verantwoordelijk is voor de op een-na-hoogste ziektelast door arbeid.

Ook blijkt uit recent belevingsonderzoek naar fysieke belasting dat werkgevers het risico van uitval als gevolg van fysieke belasting weliswaar aanwezig, maar niet heel groot achten ten opzichte van andere risicofactoren.⁹³ Dit is opmerkelijk aangezien 28% van alle werkgerelateerde verzuimdagen te wijten is aan lichamelijk belastend werk. Dit zou kunnen betekenen dat de urgentie tot het nemen van maatregelen door werkgevers minder wordt gevoeld. Dit geldt ook voor sectoren en branches, waardoor initiatieven uitblijven om tot innovaties te komen die leiden tot fysiek minder belastend werk.

Ook komt uit dit belevingsonderzoek naar voren dat bepaalde risico's met betrekking tot fysiek belastend werk door zowel werkgever als werknemer als onontkoombaar worden gezien. Ze zijn onlosmakelijk verbonden aan het werk. Deze beleving van "het hoort bij het werk" kan innovatieve ontwikkelingen belemmeren om bepaalde risico's op fysieke belasting te voorkomen. Dit sluit aan bij de constatering dat in veel bedrijven nog altijd veel geld en tijd wordt geïnvesteerd in zogenaamde tiltrainingen (advies over tiltechniek), in plaats van te investeren in bronaanpak. Werkgevers denken hier wellicht goed aan te doen, maar er is geen wetenschappelijk bewijs dat tiladviezen effect hebben op het voorkomen van rugklachten. Dit onderstreept het belang van de huidige aanpak in het programma 'Preventie beroepsziekten' van het Ministerie van SZW. Dat programma richt zich op aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat en besteedt aandacht aan het stimuleren van bronaanpak en de toepassing van ergonomische kennis in bedrijven.

⁹² Inspectie SZW (2018a)

⁹³ Ministerie van SZW, Belevingsonderzoek fysieke (onder)belasting in het werk, 2020

Echografisten: een fysiek belastend beroep, waarvoor nog geen oplossingen bestaan

Bij fysieke belasting denkt men al snel aan tillen, duwen en trekken van zware lasten. Maar ook ogenschijnlijk 'licht' werk kan leiden tot lichamelijke klachten met een beroepsziekte als gevolg. Een voorbeeld hierbij is het werk van echografisten en echoscopisten.

Een echografist is een specialist op het gebied van echografie (ook wel echoscopie), waarbij door middel van geluidsgolven organen in beeld gebracht worden ten behoeve van beeldvormende medische diagnostiek. Binnen deze beroepsgroep worden veel klachten aan het bewegingsapparaat gesignaleerd; met name klachten aan rug, nek, schouder, arm en hand waarbij de oorzaak multifactorieel lijkt te zijn. Werken in statische en ongunstige houdingen, met repeterende bewegingen waarbij er met precisie kracht moeten worden uitgeoefend door het vasthouden en positioneren van de echografie transducer, kan tot klachten leiden.

Maar ook het soort onderzoek dat uitgevoerd moet worden (bepalend voor werkhouding) en het toenemend overgewicht bij patiënten (hoe meer overgewicht, hoe meer kracht er op de transducer moet worden uitgeoefend) zijn van invloed op het ontstaan van klachten. Tot op heden bestaan er nog geen bewezen effectieve oplossingen - technische noch organisatorische oplossingen - om klachten aan het bewegingsapparaat bij deze beroepsgroep te voorkomen.

2.2.3 Toezicht en handhaving

De regels omtrent fysieke belasting liggen vast in hoofdstuk 5 van het Arbobesluit en in de Arboregeling. De artikelen 5.2 tot en met 5.6 van het Arbeidsomstandighedenbesluit omvatten wettelijke bepalingen omtrent fysieke belasting op basis van de Europese Richtlijn 90/269/EEG. Daarbij gaat het om het voorkomen van gevaren voor de gezondheid en veiligheid van de werknemer. Dat richt zich op de organisatie van arbeid, de inrichting van de arbeidsplaats, de productie- en werkmethode en het gebruik van hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen. Verder gaat het om het hebben van een adequate RI&E, de ergonomische inrichting van werkplekken, en voorlichting aan werknemers die lasten handmatig hanteren. Dit zijn allemaal verplichtingen, die aan werkgevers zijn opgedragen.

De artikelen 5.7 tot en met 5.12 gaan specifiek over beeldschermwerk en artikel 5.13 gaat over bijzondere sectoren en bijzondere categorieën werknemers. In hoofdstuk 5 van de Arboregeling staan nadere voorschriften aan apparatuur en inrichting van de beeldschermwerkplek. In het Arbobesluit zijn in (onder meer) de artikelen 1.43 tot en met 1.53 ook regels opgenomen voor thuiswerken ('plaatsonafhankelijke arbeid'). Zo moet de werkplek in de eigen woning voldoen aan de ergonomische beginselen (art. 5.4) en aan de eisen die worden gesteld aan beeldschermarbeid (art. 5.12). Het toezicht speelt een belangrijke rol bij het versterken van het gevoel van urgentie om de werkomstandigheden te verbeteren; ook als het gaat om het voorkomen van beroepsziekten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

In haar toezicht werkt de Inspectie programmagestuurd en maakt zij binnen programma's gebruik van verschillende interventies (inspecties, communicatie, onderzoek, etc.). Op dit moment bestaan er bijvoorbeeld inspectieprogramma's voor blootstelling aan psychosociale arbeidsbelasting en aan gevaarlijke stoffen. Opvallend genoeg is er geen afzonderlijk (thema)programma voor fysieke belasting. Wel wordt fysieke belasting als onderwerp meegenomen in diverse sectorprogramma's, als binnen een sector grote risico's bestaan op fysieke overbelasting (bijvoorbeeld het programma Bouw en Infra). Een inspectieprogramma gericht op fysieke belasting is kansrijk in het licht van de aanstaande EU-campagne over fysieke belasting en de koppeling daarvan aan het programma over preventie van beroepsziekten van het Ministerie van SZW. Deze initiatieven kunnen elkaar goed versterken, en vergroten zo mogelijk het maatschappelijk effect van een inspectieaanpak.

Een overtreding van de arbovoorschriften met betrekking tot fysieke belasting valt onder het type overige overtreding.⁹⁴ Dat betekent dat er een waarschuwing of een eis ter verbetering van de situatie wordt gegeven om het gevaar dat de fysieke belasting met zich meebrengt te voorkomen dan wel te beperken. Pas nadat dezelfde of een soortgelijke overtreding opnieuw wordt geconstateerd, wordt overgegaan tot boeteoplegging. Artikel 28 van de Arbeidsomstandighedenwet geeft de mogelijkheid om bij ernstig gevaar voor de werknemer de werkzaamheden direct stil te leggen. Hiervan wordt door de inspecteur gebruikgemaakt bij onveilige situaties, zoals bij het kunnen vallen van hoogte bij afwezigheid van de benodigde veiligheidsmaatregelen.

Een overweging is om ook fysiek zwaar werk in aanmerking te laten komen voor stillegging. Fysiek zwaar werk kan namelijk leiden tot ernstig gevaar voor de gezondheid van de werknemer: het kan ziekte, ziekenhuisopname en zelfs blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben, bijvoorbeeld bij aandoeningen als een tenniselleboog, een hernia in de lage rug of knieartrose. Ernstig gevaar voor de gezondheid van de werknemer zou dan plausibel kunnen worden gemaakt op grond van de blootstellingscriteria voor het aanmerken van een beroepsziekte volgens de registratierichtlijn.

Het melden van specifieke lage rugklachten als beroepsziekte heeft volgens registratierichtlijn Doo4 als blootstellingscriterium een NIOSH⁹⁵-liftingindex > 2. Dat wil zeggen dat als uit de blootstellingsbeoordeling blijkt dat er tilhandelingen worden uitgevoerd met een liftingindex van > 2, specifieke rugklachten bij betreffende werknemer als beroepsziekte gemeld dienen te worden (zie voorbeeld over cacaozakken). Werkzaamheden waarbij deze tilindex ruimschoots wordt overschreden, zouden in deze lijn geclassificeerd mogen worden als ernstig gevaar voor de gezondheid van de werknemer, en daarmee stilgelegd kunnen worden. Pas wanneer de omstandigheden zijn aangepast, zodanig dat het ernstig gevaar voor de gezondheid niet meer aanwezig is, kan het bevel worden ingetrokken.

Het lossen en palletiseren van cacaozakken

Wereldwijd gezien worden er veel cacao bonen via Nederland verhandeld. Een groot deel van deze cacao bonen komt via jutezakken, die in zeecontainers zijn gestapeld, ons land binnen. Gemiddeld bevat een container 246 zakken en weegt een cacaozak circa 65 kilo. Bij binnenkomst van containers met cacaozakken worden deze zakken gepalletiseerd om verder verhandeld te kunnen worden. Het palletiseren kan mechanisch gebeuren, maar helaas heeft de Inspectie geconstateerd dat dit nog veelvuldig handmatig gebeurt.

De liftingindex (Li), die met het beoordelingsinstrument NIOSH kan worden berekend, blijkt voor het handmatig palletiseren van cacaozakken veelvuldig ≥ 8 te zijn. Bij waarden ≥ 1 is er een kans op gezondheidsschade. Bij waarden ≥ 2 is er volgens de Inspectie een onacceptabele situatie die verbeterd moet worden.

Volgens de Registratierichtlijn "Aspecifieke lage rugklachten" (Doo04) van het NCvB blijkt dat een NIOSH Li > 2 kan leiden tot deze beroepsziekte; dat geldt dus voor het handmatig palletiseren van zakken cacao. Om deze reden en ook door de hoogte van de Li bij deze werkzaamheid (Li > 8.0) zal de Inspectie deze werkzaamheid classificeren als ernstig gevaar voor de gezondheid van de werknemer.

2.3 Gevaarlijke stoffen⁹⁶

Beroepsziekten door gevaarlijke stoffen zijn lang een onderbelicht probleem gebleven. Een belangrijke reden hiervoor is dat de gevolgen van blootstelling aan gevaarlijke stoffen betrekkelijk onzichtbaar zijn. Bij beroepsaandoeningen als RSI en een versleten rug worden de klachten vaak eerder en directer ervaren door de getroffen werknemer. Ook de link met het werk wordt vaak wel gelegd. Maar werkgerelateerde kanker manifesteert zich bijvoorbeeld pas vele jaren na de blootstelling - meestal pas na pensionering.

⁹⁴ Beleidsregel boeteoplegging arbeidsomstandighedenwetgeving. Met uitzondering van een aantal bouwhandelingen waarvoor een overtreding met directe boete geldt (toegelicht in voetnoot 85 van beleidsregel boeteoplegging arbeidsomstandighedenwet), en het overtreden van artikel 5.13a van het Arbobesluit dat betrekking heeft op fysiek belastende handelingen door zwangere werknemer of werknemer tijdens de lactatie, waarvoor een zware overtreding geldt.

⁹⁵ NIOSH is een beoordelingsmethode van tilhandelingen en wordt beschouwd als de stand van de wetenschap.

⁹⁶ Door: Jan Popma, werkzaam als senior onderzoeker bij de Inspectie SZW en de Vrije Universiteit

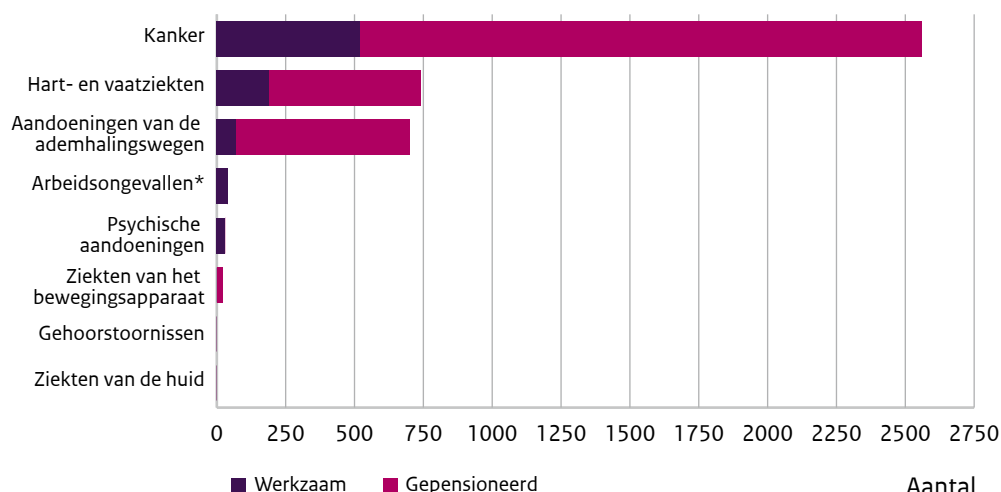
Andere door stoffen veroorzaakte ziekten, zoals astma of COPD, worden veelal wél aan den lijve ervaren door nog actieve werknemers, maar in die gevallen is de relatie met het werk vaak lastig te leggen.⁹⁷ Er zijn zeer veel mensen met longaandoeningen (ruim 1 miljoen), en veruit de meerderheid daarvan heeft een andere oorzaak dan blootstelling op de werkplek. Bovendien kunnen de meeste werknemers met longaandoeningen, ondanks hun beperkingen, veelal gewoon doorwerken. Zij komen daarom niet of pas laat in beeld bij de bedrijfsarts. En huis- of longartsen leggen nog te weinig een relatie met blootstelling op het werk - wat overigens ook bij andere werkgerelateerde aandoeningen een probleem is (zie paragraaf 2.5.1 en 3.3.4).

2.3.1 De omvang van het probleem

Het inschatten van de omvang van het probleem van gevaarlijke stoffen is ingewikkeld, zeker ook in vergelijking met bijvoorbeeld arbeidsongevallen. Ongevallen zijn vrijwel altijd direct te turven, en of een ongeval op of door het werk is ontstaan hoeft zelden te worden betwijfeld. Voor veel ziekten, zeker ook die welke zijn ontstaan door gevaarlijke stoffen, is de causaliteit op individueel niveau echter minder evident. Longklachten kunnen zijn ontstaan door blootstelling aan stoffen op de werkplek, maar ook door roken of door aangeboren aandoeningen. Op basis van epidemiologisch onderzoek kan echter wel een 'attributief risico' op groepsniveau worden berekend. Zo kan bijvoorbeeld voor verschillende soorten kanker worden vastgesteld dat deze in bepaalde beroepsgroepen significant vaker voorkomen dan gemiddeld.⁹⁸ Diverse schattingen geven een redelijk eenduidig beeld: rond de 5% van alle kankergevallen bij mannen wordt door blootstelling op het werk veroorzaakt; voor vrouwen geldt een percentage van rond de 1% (overigens wel met een onzekerheidsmarge).⁹⁹

Een eerste verkenning van werkgerelateerde sterfte in Nederland (FNV, 2005) schatte het aantal Nederlandse werknemers dat voortijdig overlijdt als gevolg van blootstelling aan kankerverwekkende stoffen tussen de 1.000 en 3.000 per jaar.¹⁰⁰ De bevindingen uit die eerste verkenning zijn sindsdien bij herhaling bevestigd. Het RIVM komt in zijn meest recente schattingen op ruim 2.500 voortijdige sterfgevallen als gevolg van werkgerelateerde kanker, en 700 sterfgevallen als gevolg van longaandoeningen die zijn veroorzaakt door blootstelling op de werkplek (zie figuur 2.3.1). Ook kunnen sommige stoffen tot fatale hart- en vaatziekten leiden. Daarnaast hebben jaarlijks naar schatting 200 werknemers een miskraam als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen.¹⁰¹

Figuur 2.3.1 Werkgerelateerde sterfte in Nederland



Bron: [Volksgezondheidszorg](#)

⁹⁷ De Longalliantie Nederland schat het percentage longaandoeningen dat door het werk wordt veroorzaakt op 15%. LAN (2017), p. 18. Zelfs door bedrijfsartsen wordt de juiste diagnose vaak gemist of pas in een zeer laat stadium gesteld, volgens de Longalliantie. De bedrijfsarts vraagt zich niet structureel af of een longziekte wordt veroorzaakt door het werk. Bovendien is het vaststellen van beroepslongziekten bijzonder complex. Idem, p. 19

⁹⁸ Van der Laan et al (2010), p. 8

⁹⁹ Van der Laan et al (2010), p. 9

¹⁰⁰ Popma (2005)

¹⁰¹ Van der Laan et al (2010), p. 24

Ook als de patiënt/(ex-)werknemer niet overlijdt, veroorzaakt blootstelling aan gevaarlijke stoffen een fors verlies aan gezonde levensjaren én hoge maatschappelijke kosten. Deze worden voor stofgerelateerde gezondheidsschade, afhankelijk van de gehanteerde methodiek, geraamd op een bedrag van tussen de 400 miljoen en 1,4 miljard euro per jaar - onder meer voor zorgkosten, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteitsverlies.¹⁰² Als ook de immateriële kosten worden meegewogen, in het bijzonder de schade van verloren levensjaren, wordt de schade geschat op ruim 8 miljard euro per jaar.¹⁰³

Wat zijn CMR-stoffen? ¹⁰⁴

Carcinogenen: Kankerverwekkende stoffen, waaronder asbest, chroom-6 en diverse andere metalen (bijvoorbeeld in lasrook). In totaal zijn er zo'n 200 bewezen en ruim 2.500 vermoedelijk kankerverwekkende stoffen. Overigens wordt het grootste aantal kankergevallen niet veroorzaakt door bewust gebruikte stoffen, maar door 'bijproducten' van bedrijfsprocessen, zoals dieselmotoremissie, kwartsstof en houtstof.

Mutagenen: Stoffen die het erfelijk materiaal beschadigen en in combinatie met andere stoffen kanker kunnen veroorzaken. Te denken valt aan verschillende metalen of metaalzouten en aardolieproducten.

Reproductietoxische stoffen: Voor de voortplanting giftige stoffen, stoffen die een negatieve invloed kunnen hebben op de vruchtbaarheid van mannen en vrouwen, op de zwangerschap of op de gezondheid van een zuigeling via de borstvoeding. Specifieke stoffen zijn onder meer toluen, xyleen, bisfenol-A en diverse metalen/metaalzouten.

Andere gevaarlijke stoffen

- Sensibiliserende stoffen: Stoffen die een overgevoeligheid (allergie) kunnen veroorzaken via het afweersysteem, waaronder epoxyharsen en isocyanaten, metalen zoals nikkel en kobalt, maar ook stoffen van natuurlijke oorsprong, zoals meelstof en andere biologische agentia.
- Corrosieve stoffen: Bijtende stoffen, zoals zuren en logen, die leiden tot huidandoeningen, en bij inademing ook tot schade aan de luchtwegen.
- Oplosmiddelen: Stoffen die irriterend effect kunnen hebben, maar ook tot hersenschade kunnen leiden (vluchtige organische stoffen, zoals toluen).
- Stoffen met acute risico's voor de veiligheid: Explosieven, brandbare stoffen, oxiderende stoffen.

2.3.2 Naleving van de arbowetgeving

Ondanks de enorme maatschappelijke schade - zowel in verloren levensjaren als financieel - staat het onderwerp gevaarlijke stoffen bij een groot deel van de werkgevers nog steeds onvoldoende op het netvlies. Zo blijkt op basis van inspectiegegevens van de Inspectie SZW dat slechts een zéér kleine minderheid van de werkgevers de regels over het werken met gevaarlijke stoffen naar behoren naleeft. Ruim de helft van de bedrijven heeft in het geheel geen risico-inventarisatie uitgevoerd, en in de helft van de bedrijven mét een RI&E wordt het onderwerp gevaarlijke stoffen niet benoemd.

¹⁰² RIVM (2015) noemt een beste schatting van 1,1 miljard alleen al voor zorgkosten door blootstelling aan gevaarlijke stoffen <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroepsziekten/kosten/kosten>. Een verklaring voor de ruime marge is ook te vinden in de onzekerheid van het aantal ziektegevallen. Een uitgebreidere onderbouwing van de financiële kosten wordt gegeven in Inspectie SZW (2021), De Staat van gezond werk

¹⁰³ D. Vencovsky et al (2017); W.P. Jongeneel et al (2016)

¹⁰⁴ Voor een overzicht van CMR-stoffen zie: De SZW-lijst van kankerverwekkende stoffen en processen, mutagene of voor de voortplanting giftige stoffen wordt elk half jaar geactualiseerd en gepubliceerd in de Staatscourant (meest recentelijk op 1 juli 2020, Stscr. 2020, 30592).

Tabel 2.3.2a Arbeidsrisico onderkend in risico-inventarisatie

	2012	2014	2016
In het geheel geen RI&E	55%	53%	55%
Aandacht voor stoffen in RI&E (% van bedrijven met een RI&E waarin de betreffende stof aanwezig is)			
Kankerverwekkende stoffen	57%	38%	45%
Reproductie-toxische stoffen	60%	47%	Niet onderzocht

Bron: Inspectie SZW, Arbo in bedrijf, jaargangen 2012-2016

En als het onderwerp wél wordt meegenomen in de RI&E, voldoet die RI&E slechts zelden aan de eisen zoals deze gesteld zijn in de artikelen 4.2 en 4.3 van het Arbobesluit. Minder dan 10% van de bedrijven met een RI&E waarin aandacht wordt besteed aan stoffen, houdt zich aan alle regels over de inventarisatie van de risico's van gevaarlijke stoffen (tabel 2.3.2b). Gedurende een recent onderzoek van de Inspectie SZW bij 80 'complexe bedrijven' diende in negen van de tien bedrijven handhavend opgetreden te worden.¹⁰⁵

Tabel 2.3.2b Naleving bijzonder RI&E-verplichtingen, art. 4.2 Arbobesluit

Beoordeling aard, mate en duur	CM Stoffen			Reproductie-toxische stoffen		Gevaarlijke stoffen		
	2008	2012	2016	2008	2012	2009	2012	2016
Volledig	9%	6%	7%	11%	8%	10%	5%	7%
Gedeeltelijk	9%	19%	23%	5%	13%	9%	10%	14%
Niet	82%	75%	70%	84%	79%	81%	86%	80%

Bron: Inspectie SZW, Arbo in Bedrijf (2008, 2009, 2012, 2016)

Ook de wettelijk verplichte registratie van CMR-stoffen of van werknemers die tijdens hun werk aan deze stoffen kunnen worden blootgesteld, geschiedt bij slechts een kleine minderheid van de bedrijven waar met dergelijke stoffen wordt gewerkt - 14% respectievelijk 5%.

Een simpele rekensom laat zien dat slechts 2% van de bedrijven de risico's van kankerverwekkende stoffen volledig in kaart brengt: 46% (wél RI&E) * 50% (kankerverwekkende stoffen in RI&E) * 7% (volledige beoordeling) ≈ 1,6%

Dit betekent overigens niet dat werkgevers in het geheel geen maatregelen treffen om werknemers te beschermen tegen gevaarlijke stoffen. Uit Arbo in Bedrijf blijkt namelijk dat werkgevers wel degelijk beheersmaatregelen treffen, maar veelal door het volgen van werkwijzen die in hun sector nu eenmaal gebruikelijk zijn, en minder op basis van een systematische analyse van de risico's. Ook zijn die maatregelen volgens inspecteurs van de Inspectie SZW, in vergelijking met beheersmaatregelen met betrekking tot andere arborisico's, relatief vaak 'matig of slecht' (ruim 25% van de bedrijven).¹⁰⁶ En als men niet weet hoe groot het risico is, is het ook lastig om te beoordelen of de maatregelen het gewenste resultaat opleveren. Er valt dus nog een wereld te winnen wat betreft het gevaarlijke-stoffenbeleid in bedrijven. Het gevolg is dat vele tienduizenden werknemers onvoldoende beschermd zijn tegen gevaarlijke stoffen, met de hierboven al aangehaalde gezondheidsschade tot gevolg (zie tabel 2.3.2c).

¹⁰⁵ Inspectie SZW (2019)

¹⁰⁶ Arbo in Bedrijf (2012, 2014, 2016). Zie ook Inspectie SZW (2019), p. 4: "Bij verreweg de meeste van de [...] bedrijven heeft de Inspectie SZW een handhavingstraject ingezet". Uit het onderzoek van de Inspectie SZW blijkt voorts dat het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen veruit de meest getroffen maatregel is, maar dat ook nog eens veel van de pbm's ongeschikt waren of onjuist werden gebruikt. En gangbare maatregelen in de sector werden slechts beperkt aangetroffen. Aan de andere kant werd in deze complexe bedrijven wél vaker dan gemiddeld een risicobeoordeling uitgevoerd. Bij herinspectie bleek het aantal bedrijven dat alle kankerverwekkende stoffen had beoordeeld, gestegen van 34% naar 89%. Het aantal bedrijven waarin blootstelling boven de grenswaarde plaatsvond, was gedaald van 83% naar 49%. Een duidelijk signaal dat handhaving effectief is.

Tabel 2.3.2c Geschat aantal werknemers blootgesteld aan gevaarlijke stoffen bij bedrijven die risico's niet adequaat beheersen.

	Maximaal potentieel blootgesteld ¹⁰⁷	Niet-adequate beheersing (Arbo in Bedrijf)	Geschat blootgesteld
Kankerverwekkend			
Dieselrook	867.000	13%	112.710
Houtstof	740.000	13%	96.200
Asbest	560.000	13%	72.800
Kwartsstof	457.000	13%	59.410
Lasrook	400.000	13%	52.000
Overige stoffen			
Huid-irriterende stoffen	1.500.000	12%	180.000
Oplosmiddelen	769.000	12%	92.280
Isocyanaten	716.000	12%	85.920

Bron: Inspectie SZW, Arbo in bedrijf 2018, en TNO

Gezien de ernstige gevolgen van blootstelling aan gevaarlijke stoffen, is het de vraag hoe het komt dat werkgevers zich onvoldoende gelegen laten liggen aan de regels. Hiervoor is een aantal verklaringen te noemen. De eerste verklaring is dat werkgevers (én werknemers) zich nog steeds onvoldoende bewust zijn van de risico's. Op basis van een expertmeeting met externe en interne deskundigen schat de Inspectie SZW in dat ruwweg de helft van de bedrijven (met name de kleinere bedrijven) de risico's van gevaarlijke stoffen simpelweg onderschat. Een tweede, hiermee samenhangende verklaring is dat bedrijven in de regel te weinig investeren in het inschakelen van de juiste deskundigheid (arbeidshygiënisten) bij het beoordelen van de risico's. Het inschakelen van arbeidshygiënische kennis zou allicht bijdragen aan het risicobewustzijn.

Maar ook als het risico wél in kaart is gebracht, blijkt dat werkgevers veelal wel maatregelen treffen, maar niet in lijn met de arbeidshygiënische strategie. Uit diverse onderzoeken van de Inspectie blijkt dat veel werkgevers vooral hun toevlucht nemen tot het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, en duidelijk minder investeren in beheersmaatregelen van een hoger niveau van de arbeidshygiënische strategie, zoals substitutie of het nemen van technische maatregelen. Dit komt wellicht omdat dergelijke maatregelen moeilijk zijn in te passen in het proces, maar voor een deel waarschijnlijk ook doordat investeringen in de beheersing van gevaarlijke stoffen zich nauwelijks terugverdienen. Veruit de grootste ziektelast doet zich immers voor na pensionering, en werknemers met beginnende gezondheidsklachten kunnen veelal gewoon doorwerken. Hoe onaangenaam dat ook klinkt: van gevaarlijke stoffen valt geen business-case te maken. Eventuele investeringen in meer afdoende beschermende maatregelen verdienen zich niet terug door bijvoorbeeld een lager ziekteverzuim. Voor calculerende werkgevers is er geen prikkel om (veel) te investeren in de bescherming van werknemers tegen de risico's van gevaarlijke stoffen. Over de exacte motieven van werkgevers is echter weinig empirisch onderzoek beschikbaar. Tijdens een expertmeeting binnen het programma *Bedrijven met gevaarlijke stoffen* is deze vraag wel voorgelegd aan externe en interne experts. Daarin werd geschat dat het percentage calculerende werkgevers rond de 10% ligt.

De Inspectie SZW

Het toenemend inzicht in de langetermijneffecten van chronische blootstelling aan stoffen, in termen van sterfte en ziektelast, heeft ertoe geleid dat de Inspectie SZW in het toezicht sinds een aantal jaar opnieuw en intensiever aandacht besteedt aan de risico's van gevaarlijke stoffen. Weliswaar was er altijd al veel aandacht voor acute risico's zoals explosiegevaar (Major Hazard Control), maar sinds 2016 heeft de Inspectie SZW ook een apart programma Bedrijven met gevaarlijke stoffen.

¹⁰⁷ Houtman et al (2019), p. 13

Blootstelling beter op het netvlies: lessen DuPont

Op 6 juni 2016 deed toenmalig minister Asscher van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Tweede Kamer de toezegging een 'eenmalig diepgaander onderzoek' te laten verrichten naar mogelijke gezondheidsschade bij oud-werknemers van DuPont. Het onderzoek werd uitgevoerd door de Inspectie SZW.

Aanleiding voor de toezegging waren berichten uit 2015 en 2016 in diverse media over mogelijke gezondheidsschade als gevolg van onveilige arbeidsomstandigheden bij de Lycra-fabriek en de Teflon-fabriek. De vraagstelling voor het onderzoek luidde: "Wat heeft DuPont in het licht van de geldende wet- en regelgeving gedaan om zijn werknemers te beschermen tegen de gezondheidsrisico's van PFOA en DMAC, en wat waren de activiteiten van de Inspectie in deze periode?"

Vanuit de bevindingen van het onderzoek is een aantal lessen getrokken voor de toekomst, mede gericht op de ontwikkeling van een apart inspectieprogramma ter voorkoming van beroepsziekten als gevolg van gevaarlijke stoffen. Belangrijke programmadoelen zijn:

- Betere kennisdeling over gevaarlijke stoffen;
- Versterking van de verantwoordelijkheid bij de werkgever;
- Meer bewustwording over de risico's bij werkgevers en werknemers;
- Versterking van de positie van werknemers door de OR betere toegang te verstrekken tot de (geanonimiseerde) blootstellingsdossiers van werknemers;
- Aanscherping van het beleid ten aanzien van reproductie-toxische stoffen;
- Intensivering van het toezicht.

De lessen van DuPont, maar ook het toenemende inzicht in de enorme schadelast, hebben onder meer geleid tot de vorming van een 'dedicated team gevaarlijke stoffen' en voor de komende jaren een forse uitbreiding van het aantal inspecteurs.¹⁰⁸ Daarnaast is ervoor gekozen tijdens de periode 2019-2023 een aantal heldere prioriteiten aan te houden, met bijzondere aandacht voor kankerverwekkende en sensibiliserende stoffen. Het aantal kankerverwekkende en sensibiliserende stoffen is echter groot, en effectieve interventies vergen heldere prioritering. Hierbij zijn werkgerelateerde sterfte en ziektelast belangrijke criteria. Veruit de grootste ziekmakers zijn dieselmotorenemissie (DME), kwartsstof, lasrook, asbest, houtstof en isocyanaten. Deze stoffen zijn dan ook aangewezen als prioritair voor de komende programmaperiode.

Naast het uitvoeren van inspecties zet de Inspectie SZW ook in op betere voorlichting, met name omdat de risico's toch nog steeds onvoldoende bekend zijn bij werkgevers (en werknemers). Tevens heeft de Inspectie een aantal tools ontwikkeld waarmee werkgevers, werknemers en ondernemingsraden het onderwerp 'gevaarlijke stoffen' daadkrachtiger kunnen aanpakken. Denk aan de [Zelfinspectietool gevaarlijke stoffen](#) en een app waarmee werknemers bewust worden gemaakt van de risico's van gevaarlijke stoffen ([Stoffencheck](#)). Voor ondernemingsraden heeft de Inspectie SZW een [Handreiking gevaarlijke stoffen](#) ontwikkeld. Al met al is duidelijk dat het doel om het aantal beroepsziekten door blootstelling aan gevaarlijke stoffen terug te dringen, de komende jaren hoog op de agenda van het Ministerie van SZW (beleid en toezicht) zal (blijven) staan (zie ook paragraaf 3.3.10).

2.4 Omgaan met nieuwe gezondheidsrisico's door veranderend werk¹⁰⁹

De wereld van werk verandert snel en dat kan nieuwe gezondheidsrisico's opleveren. Om potentiële gezondheidsschade bij werknemers te voorkomen, is het belangrijk om deze nieuwe risico's te voorspellen, of op zijn minst tijdig te herkennen, omdat dit de kans biedt op snel ingrijpen en, liefst, het voorkomen van gezondheidsschade. Maar kunnen we deze nieuwe en nog onbekende risico's wel voorzien? Hoe doe je dat?

¹⁰⁸ Kamerstukken II 2016-2017, 25883 nr. 294. Ook in de periode 1990-2010 werd al aandacht gegeven aan gevaarlijke stoffen, via onder meer inspectieprojecten, sectoraanpakken, het VAS (Versterking Arbobeleid Stoffen) en de ontwikkeling van Stoffenmanager, maar na 2010 is de aandacht voor gevaarlijke stoffen in de verdrinking gekomen door bezuinigingen op de Inspectie SZW.

¹⁰⁹ Door: Annet Lenderink. Beroepsziekt specialist NCVB, Coronel Instituut, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Divisie EPM: Afdeling Public and Occupational Health. En: MODERNET (Monitoring Occupational Diseases and tracing New and Emerging Risks in a NETWORK), KU Leuven, Centre for Environment and Health

Vanzelfsprekend helpt het om bij veranderingen in werk en werkomstandigheden te beoordelen of er kans is op gezondheidsrisico's. Dit is de aanpak van de risicobeoordeling en het risicomangement. Maar desondanks blijven er ook onverwachte risico's. Het kan gaan om risico's die voortvloeien uit onvoorziene gebeurtenissen of om nu nog onbekende gevolgen van doorgevoerde veranderingen. Hoe gaan we ons voorbereiden op zowel de te verwachten als de onverwachte risico's van werk in de toekomst?

Te verwachten gezondheidsschade door werk

De meest gebruikte benadering om mogelijke gezondheidsgevolgen van werk te voorspellen is vanuit het identificeren van verwachte risico's op de werkplek. Vanuit de risico's valt te beredeneren of sprake zou kunnen zijn van gezondheidsschade bij de werknemers die eraan blootstaan. Dit scheidt de mogelijkheid om tijdig in te grijpen en die schade te voorkomen. Een voorbeeld van zo'n *al geïdentificeerde verandering* is de vergaande *digitalisering van werk* door de snelle introductie van steeds modernere informatie- en communicatietechnologieën. Zeker nu mensen door de COVID-19-crisis veel meer thuis werken, zien zij de diepgaande impact daarvan op ons werk en leven.

De positieve aspecten van digitalisering zullen ze omarmen. Zo stelt de continue online verbondenheid mensen in staat om op elke tijd en plaats te werken. Dat geeft hun de kans hun eigen werktijden te bepalen, en maakt het mogelijk om samen te werken met mensen over de hele wereld. Maar wie 24/7 verbonden is, merkt ook dat het nadelige gevolgen kan hebben; denk aan de neiging om de werktijd te verlengen, en een afnemende scheiding tussen werk en privéleven. De neiging en mogelijkheid om continu "aan te staan", verhoogt de kans op stress met mogelijk ernstige gevolgen voor de gezondheid.

Het is niet moeilijk om zo een toename van psychische problemen, zoals burn-out, depressie en angst, te voorzien. Maar een verstoord evenwicht tussen werk en rust kan ook bepaalde chronische ziekten doen toenemen. Wereldwijd slapen mensen steeds minder: was dat in 1942 nog 8 uur per nacht, momenteel ligt het gemiddelde aantal slaapuren onder de zeven en in Japan zelfs onder de zes.¹¹⁰ Dat is zorgelijk, omdat slaapgebrek het ontstaan van chronische ziekten als Alzheimer, kanker, obesitas en diabetes kan bevorderen.¹¹¹

Een voorbeeld van een *te verwachten verandering* is het *stijgen van de omgevingstemperatuur door klimaatverandering*. Onderzoek heeft al duidelijk gemaakt dat de verwachte stijging van minimaal 1,5-2,5°C de komende decennia ernstige gevolgen kan hebben. De verwachte toename van hittebelasting op het werk (d.w.z. het effect van een hoge omgevingstemperatuur op het lichaam) bedreigt het vermogen van werknemers om gezond te werken. Stijgende dagtemperaturen zullen steeds vaker de fysiologische grenzen overschrijden. Dat kan het werk vooral overdag steeds moeilijker of zelfs onmogelijk maken. Het zal ook het risico verhogen op werkgerelateerde ziekten door hittebelasting, zoals hart- en vaatziekten en nieraandoeningen. Een ander gevolg van klimaatverandering zijn regionale verschuivingen in het optreden van infectieziekten. Het gaat bijvoorbeeld over door muggen, teken of water overgedragen ziekten. Als gevolg van zelfs kleine veranderingen in temperatuur en neerslag zullen voorheen tropische ziekten ook opduiken in gebieden met gematigde temperaturen.¹¹²

Onverwachte gezondheidsrisico's in werk

Maar er zal ook werkgerelateerde gezondheidsschade zijn die men niet gemakkelijk kan voorzien. Dan gaat het bijvoorbeeld over *ziekten door blootstelling aan chemische stoffen op de werkplek*. Jaarlijks worden naar schatting ongeveer duizend nieuwe chemische stoffen in het werk geïntroduceerd. Deze komen bovenop de ongeveer 100.000 chemicaliën die al in gebruik zijn. En hoewel veel bekend is over de gevaren en risico's van chemicaliën voor de gezondheid van werknemers, is veel meer (nog) onbekend. Weliswaar valt te verwachten dat nieuwe werkgerelateerde ziekten gaan optreden door blootstelling aan nieuwe chemicaliën, maar het is moeilijk om vooraf hun precieze aard te voorspellen.

Het kan gaan om bekende ziekten door nieuwe stoffen: elk jaar worden nieuwe stoffen gevonden die eczeem of astma veroorzaken. Maar het kunnen ook bekende stoffen zijn die in nieuwe toepassingen leiden tot gezondheidsschade. Recente voorbeelden daarvan zijn de ernstige gevolgen van het inademen van boteraroma of talk in de voedingsindustrie. Ook

¹¹⁰ <https://www.sleepcycle.com/>

¹¹¹ Kecklund (2016)

¹¹² Watts, N. et al. (2018); Levi (2018)

treedt de oude ziekte silicose in nieuwe vormen op in nieuwe werksituaties, zoals het zandstralen van spijkerbroeken, het verwerken van composiet in keukens en badkamers, of werkzaamheden in de tandheelkunde.¹¹³ Veelal komen deze risico's pas aan het licht als mensen ernstig ziek worden.

Toekomstige gezondheidsrisico's voorspellen

Er is veel onderzoek gedaan naar veranderingen in werk in de toekomst, zoals naar de effecten van digitalisering en klimaatverandering. Om de te verwachten risico's het hoofd te bieden, zijn er welomschreven methoden voor risicobeoordeling en -beheer. Hoewel niet perfect, kunnen hiermee risico's worden geïdentificeerd vanuit de blootstelling. Vervolgens kunnen door het beperken van die blootstelling de gevolgen worden voorkomen of beperkt.

Maar het voorbereiden op onverwachte gevaren en risico's is lastig. Die gevaren en risico's komen pas in beeld als mensen al gezondheidsschade hebben. Daarmee geven ze een signaal, maar dat leidt pas tot een vervolg als gedacht wordt aan een relatie met werk of werkomstandigheden. Dat vraagt om waakzame gezondheidswerkers die ook nog bereid zijn een mogelijke relatie verder uit te zoeken; iets dat tijd kost, vaak moeilijk is door gebrek aan onderbouwende literatuur en niet zelden door anderen wordt betwist. Desalniettemin kunnen we het vinden van signalen van nieuwe werkgerelateerde ziekten zien als *een vroege waarschuwing* dat iets in het werk de gezondheid bedreigt. De geschiedenis van bijvoorbeeld asbest leert dat wie dergelijke vroege signalen niet serieus neemt, later mogelijk dure lessen moet leren.¹¹⁴

Niet elk signaal zal op een ernstig risico wijzen, maar dat weet je pas als er serieus en structureel naar wordt gekeken. Al jaren geleden is daarvoor bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen een methodiek bedacht, die *farmacovigilantie* wordt genoemd. Dit laat zich samenvatten als een proces van achtereenvolgens signaleren, trachten het signaal te versterken, onderzoeken of het signaal valide is en tot slot zo nodig overgaan tot gepaste actie. In analogie daarmee zou je kunnen spreken van *arbovigilantie*, waarbij nieuwe en opkomende gezondheidsrisico's bij werkenden gezien worden als bijwerkingen van werk, waarvan de relatie met werk moet worden onderzocht. Omgaan met onverwachte risico's verschilt uiteindelijk weinig van omgaan met verwachte risico's. Het belangrijkste verschil is de extra stap die nodig is om een oorzakelijk verband te leggen tussen gezondheidseffect en blootstelling.

Ontwikkelen van arbovigilantie voor toekomstige arbeidsrisico's

Preventie van nieuwe werkgerelateerde gezondheidsrisico's is alleen mogelijk met methoden die rekening houden met zowel verwachte als onverwachte risico's. Enerzijds zijn dit methoden van risicobeoordeling en -beheer die verder moeten worden verbeterd. Anderzijds is het nodig een complementaire aanpak te ontwikkelen waarbij het optreden van ziekten bij werknemers een waarschuwingssignaal en een startpunt voor actie is.

Dat vraagt om een sterk verband tussen het beoordelen van gevaren en risico's op de werkplek, het genereren van klinische signalen vanuit de bedrijfsgeneeskunde, het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek en het nemen van beleidsmaatregelen. Dat kan alleen multidisciplinair en veronderstelt het verzamelen, delen en verspreiden van informatie over zowel ziekten als blootstellingen. Pas dan kunnen we vroegtijdig waarschuwen voor reële nieuwe gezondheidsproblemen door werk, en kan veel schade en leed worden voorkomen.

Panel van beroepsziekt specialisten

Zowel in [Nederland](#) als [België](#) bestaat sinds enkele jaren de online mogelijkheid om vermoedens van nieuwe verbanden tussen gezondheid en werk voor te leggen aan een panel van beroepsziekt specialisten: in Nederland via [Signaal.info](#) aan de beroepsziekt specialisten van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), en in België via [MySignal.be](#) aan deskundigen van het Centrum Omgeving en Gezondheid KU Leuven en de Externe Dienst voor Preventie en Bescherming IDEWE.

Via het internationale netwerk [MODERNET](#) (Monitoring Occupational Diseases and Emerging Risks in a Network, [www.modernet.info](#)) is de afgelopen jaren veel informatie uitgewisseld over nieuwe en opkomende arbeidsrisico's.

¹¹³ Hoy, R. F., & Chambers, D. C. (2020)

¹¹⁴ EEA (2013); Weel, A., & van der Laan, G. (2019)

Ook is door leden van dit netwerk gezamenlijk onderzoek verricht naar het opsporen van nieuwe risico's via arbovigilantie. Binnen het netwerk wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een met SIGNAAL vergelijkbaar systeem - OccWatch - dat wordt ondergebracht bij het Franse ANSES.

2.5 Longaandoeningen: van signalering naar preventie?¹¹⁵

Jaarlijks sterven er 4.100 mensen aan beroepsziekten, waarvan 3.000 mensen door blootstelling aan stoffen op het werk.¹¹⁶ Het aantal werknemers met een beroepsziekte is hoog (zie paragraaf 2.2), en ieder jaar komen er veel nieuwe slachtoffers van beroepsziekten bij. De maatschappelijke kosten van verzuim als gevolg van gezondheidsproblemen op het werk worden geschat op zo'n 9 miljard euro per jaar.¹¹⁷ Bij ca 15% van de patiënten met astma en COPD spelen werkgerelateerde factoren een rol (1 op de 7 patiënten).¹¹⁸

Voor de Long Alliantie Nederland (LAN) (zie kader 1) is dit aanleiding geweest om actief in te zetten op het creëren van meer bewustwording van de gevaren van stoffen bij diverse actoren in het veld. Het voorkómen van beroepslongziekten kan alleen worden gerealiseerd als verschillende partijen en domeinen samenwerken, kennis uitwisselen en actief preventieve maatregelen nemen. Ook voor artsen geldt dat zij een belangrijke rol kunnen spelen in de signalering van werkgerelateerde klachten en daarbij goed samenwerken met arboprofessionals.

De Long Alliantie Nederland (LAN)

De LAN is de federatieve vereniging op het gebied van chronische longaandoeningen. Binnen de LAN bundelen partijen uit het longenveld, zoals patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen, onderzoekers en bedrijven hun krachten. Doel is preventie en het verbeteren van zorg voor longpatiënten.

In de afgelopen jaren heeft de LAN zich ingezet om beroepslongziekten te voorkomen door meer bewustwording te creëren van de gevaren van blootstelling aan stoffen op het werk. Dit heeft de LAN gedaan door het onderwerp blijvend te agenderen bij alle stakeholders, waaronder de politiek en de curatieve zorg. Voorbeelden hiervan zijn onder andere het [Manifest Integrale Aanpak Beroepslongziekten](#) (2017) en het boekje *Ademnood* (2016), die zijn aangeboden aan de Tweede Kamer.

Met subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zijn in 2019 pilots uitgevoerd om zorgverleners (huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen en praktijkondersteuners) te stimuleren meer aandacht te besteden aan de factor 'werk' in consulten met patiënten. Daarnaast zijn in samenwerking met RPS twee publicaties gelanceerd over gezond werken met stoffen op de werkvloer. Deze publicaties zijn te downloaden via www.opgelucht.nl

Meer informatie over de projecten en publicaties van de LAN: <http://www.longalliantie.nl/>

2.5.1 Signalering werkgerelateerde luchtwegklachten in de curatieve zorg

Om beroepslongziekten te voorkomen is primaire preventie van groot belang, en is het zaak dat bedrijven stappen zetten om blootstelling aan stoffen op het werk te voorkomen. Veel mensen zijn zich echter niet bewust van de gevaren van blootstelling aan stoffen op het werk. Een aanzienlijk aantal patiënten heeft gezondheidsklachten, maar realiseert zich niet dat deze worden veroorzaakt door het werk. In veel gevallen wordt de link met het werk niet, of pas in een laat stadium gelegd.

¹¹⁵ Door: Heleen den Besten, Senior projectleider Arbeid en Zorg, Long Alliantie Nederland.

¹¹⁶ VWS-site www.volksgezondheidenzorg.info, Arbobalans 2018, p. 161

¹¹⁷ Douwes et al (2018)

¹¹⁸ Balmes (2003); Blanc et al. (2019)

Werk en Longencheck, voor werknemers

Met de '[Werk en longen check](#)' kunnen werknemers zelf aan de hand van zes vragen nagaan of ze op het werk worden blootgesteld aan (gevaarlijke) stoffen, en of dit mogelijk effect heeft op de longen. De check geeft inzicht in risico's en biedt handvatten om blootstelling te voorkomen. De tool bevat *factsheets* met branchespecifieke informatie.

Mensen die klachten hebben gaan meestal in eerste instantie naar een huisarts, en niet naar een bedrijfsarts. In de praktijk blijken huisartsen echter onvoldoende door te vragen naar mogelijke oorzaken in het werk.¹¹⁹ Wanneer door de huisarts niet wordt doorgevraagd naar de werksituatie blijft er een kans tot signalering onbenut, en blijven mensen onnodig lang doorlopen met klachten zonder dat de bron, de risico's op de werkplek, wordt aangepakt.

Beroepslongziekten kunnen worden voorkomen als in een vroeg stadium adequate preventieve acties worden ingezet. Artsen en andere zorgverleners spelen hierin een belangrijke signalerende rol door naar het werk van de patiënt te vragen en samen te werken met bedrijfsartsen. Om de vroegsignalering van beroepslongziekten te vergroten zijn door de LAN in 2019 twee pilots opgezet, namelijk in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam en in samenwerking met Cohesie, een zorggroep in Noord Limburg.¹²⁰

Het doel van de pilots was:

- het vergroten van de bewustwording van arbeid bij zorgverleners;
- het verbeteren van de vroegsignalering van beroepslongziekten; en
- het bieden van handvatten bij de verdere begeleiding van de patiënt.

In beide pilots vroegen zorgverleners (longartsen en huisartsen) patiënten naar hun beroep en mogelijke blootstelling aan stoffen.¹²¹ Vermoedens van werkgerelateerde casuïstiek kon gedurende de pilots worden ingebracht in een MDO, met daarin expertise van een arbeidshygiënist en een bedrijfsarts.

Bevindingen pilots

De pilots zijn geëvalueerd door interviews na afloop met alle betrokken zorgverleners en negentien patiënten, waarbij werkgerelateerde klachten waren gesignaleerd. Het heeft veel nieuwe inzichten opgeleverd voor de betrokken zorgverleners. Werkgerelateerde problematiek bleek meer voor te komen dan op voorhand werd gedacht, ook in beroepen waar men voorheen geen weet van had.

Dat gevaarlijke stoffen voorkomen in de bouw is algemeen bekend, maar dat ook ogenschijnlijk onschuldige stoffen klachten kunnen veroorzaken, zoals pollen in de paprikateelt, was minder bekend. Gedurende de pilots is een aanzienlijk aantal patiënten met werkgerelateerde klachten gesignaleerd. Dit waren voor een groot deel patiënten die op het moment van bevragen (nog) geen toegang hadden tot de bedrijfsarts.

Helaas bleek het voor een deel van de patiënten lastig te zijn om passende vervolgstappen in te zetten. Op basis van de evaluatie van de pilots en de interviews met patiënten en zorgverleners zijn de volgende knelpunten geformuleerd:

- Bij niet alle bedrijven is er voldoende preventie en worden medewerkers blootgesteld aan stoffen;
- In de praktijk blijken de verplichtingen in de Arbwet niet altijd te worden uitgevoerd;
- Juist kwetsbare groepen met een minder goede uitgangspositie (lagere opleiding, geen vast contract) ontvangen onvoldoende bescherming;
- Niet alle patiënten hebben toegang tot een bedrijfsarts, zoals ZZP-ers, uitzendkrachten en werkenden zonder dienstverband;
- Het contact met de bedrijfsarts vindt meestal plaats naar aanleiding van ziekteverzuim, is gericht op re-integratie van de patiënt, en onvoldoende op preventie; en
- Door angst voor verlies van baan of inkomen durven patiënten niet naar de bedrijfsarts te gaan (wantrouwen).

¹¹⁹ De Kock (2020)

¹²⁰ Bron: Rapport Pilots Signaleren beroepslongziekten, Long Alliantie Nederland 2020. Volledige rapportage is te downloaden op de website: www.longalliantie.nl/beroepslongziekten

¹²¹ De volgende screeningsvragen zijn gesteld: *Wat voor werk doet u? Wordt u beroepsmatig of tijdens hobby's blootgesteld aan stoffen, gassen of dampen? Legt u een relatie tussen uw klachten en blootstelling aan stoffen? Treden klachten op kort nadat u met bepaalde werkzaamheden bent gestart of na meerdere uren? Nemen de klachten af als u langer thuis bent, tijdens weekends of vakanties?* Bron vragen: Stap 1 uit [Richtlijn Werkgerelateerd Astma](#), NVALT 2017

“Mijn werkgever zou afzuiging moeten plaatsen, maar dat gaan ze natuurlijk nooit doen, want dat is te duur” en “Je kunt er lang en breed over lullen, als je te lastig bent dan lig je eruit”.

Twee uitspraken van patiënten met longklachten. Op het werk werden ze blootgesteld aan schadelijke stoffen. In plaats van hun werkgever erop aan te spreken zetten ze bewust hun gezondheid op het spel. (Bron: onderzoek pilots)

Bovengenoemde factoren maakten het voor zorgverleners lastig om tot adequate vervolgstappen te komen, grotendeels omdat de situatie op de werkvloer en het naleven van de Arbowet buiten de invloedssfeer van de curatieve zorgverleners liggen. Door het ontbreken van structurele toegang tot arbozorg schiet het arbo-zorgstelsel in Nederland tekort om goed te kunnen inzetten op preventie. In de optimale situatie leidt signalering bij een individuele patiënt tot preventieve maatregelen op de werkvloer, niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor diens collega's die aan dezelfde schadelijke stoffen wordt blootgesteld.

2.5.2 De toekomst? Arbozorg voor iedereen toegankelijk

We hebben een systeem nodig dat preventie garandeert voor iedereen. Arbozorg moet toegankelijk zijn voor alle werkkenden in Nederland. Om dit te kunnen realiseren ligt er een belangrijke regietaak bij de overheid. Hierbij moeten er geen financiële drempels zijn voor verwijzing voor de diagnostiek en benodigd werkplekonderzoek (informatie over blootstellingsgegevens). Daarnaast dient de positie van de bedrijfsarts te worden verbeterd, zodat deze een sterke rol kan innemen bij het voorkómen van beroepslongziekten.¹²² Op basis van bovengenoemde pilotstudie en eerdere verkenningen heeft de Long Alliantie Nederland een aantal aanbevelingen geformuleerd.

1. *Breng werk en gezondheid onder bij één minister*

Door werk en gezondheid bij één minister - met regiekracht - onder te brengen, worden domeinoverstijgende maatregelen gerealiseerd. Een belangrijke opgave voor deze Minister van Werk en Gezondheid is het beter op elkaar laten aansluiten van de stelsels rondom werk en gezondheid, met onder meer als doel het opstellen van een samenhangend overheidsbeleid gericht op preventie van werkgerelateerde klachten en werkbehoud bij chronische aandoeningen. Hiervoor is een integrale, interdepartementale aanpak en betrokkenheid nodig van onder andere de ministeries van SZW en VWS.

2. *Bedrijfsgeneeskundige zorg financieren binnen de Zorgverzekeringswet*

Door bedrijfsgeneeskundige zorg onderdeel te laten zijn van de Zorgverzekeringswet wordt deze zorg toegankelijk voor alle werkkenden in Nederland. Dit is niet alleen van belang voor bijvoorbeeld ZPP-ers, maar ook voor werknemers in gevallen waarbij de werkgever geen adequate arbozorg biedt. Beschikbaarheid van bedrijfsgeneeskundige zorg via de Zorgverzekeringswet stimuleert de samenwerking tussen zorgverleners in de curatieve zorg en arboprofessionals: financiering zal geen drempel meer zijn die deze afstemming tegenhoudt. Met een duidelijke rolverdeling kan de kwaliteit van de bedrijfsgeneeskundige zorg worden verbeterd, en kunnen arboprofessionals zich meer toeleggen op preventie op de werkvloer.

Voor een betere arbocuratieve samenwerking moet de factor werk onderdeel zijn van het takenpakket van curatieve zorgverleners. Daarnaast zijn goede verwijzingsmogelijkheden voor specifieke expertise op het gebied van werk noodzakelijk. De toegang hiertoe dient niet afhankelijk te zijn van de bereidheid tot vergoeding door werkgevers, maar moet in alle gevallen mogelijk zijn voor alle werkkenden, in loondienst, zelfstandig werkend, of met een flexibel contract. De te benoemen Minister van Werk en Gezondheid kan verantwoordelijk worden gesteld voor het uitwerken van een oplossing voor de bekostiging van bedrijfsgeneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk is.

3. *Meer preventie op de werkvloer*

Er moet meer aandacht komen voor preventie op de werkvloer. Dit is nodig om te voorkomen dat mensen ziek worden door het werk. Preventie op de werkvloer kan verder worden versterkt door het vaker uitvoeren van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO) en werkplekonderzoek. Hiermee kunnen klachten in een eerder stadium worden gesignaleerd, en preventieve maatregelen worden genomen. Ook het gebruik van de RI&E en de registratie van gevaarlijke stoffen zouden veel beter moeten worden nageleefd.

¹²² Zie ook VSAB (2020)

4. Netwerk voor goede werkgerichte zorg

Het leveren van adequate zorg aan patiënten met werkgerelateerde longklachten vereist een hoog niveau van kennis en expertise binnen verschillende disciplines, onder andere op het gebied van longgeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde, arbeidshygiëne en toxicologie. Deze kennis en expertise moeten worden gedeeld binnen een netwerk van werkgerichte zorg. Door samenwerking tussen verschillende expertisecentra wordt een landelijk, multidisciplinair netwerk opgebouwd, waarvan zorgverleners en arboprofessionals flexibel gebruik kunnen maken. De opgedane kennis uit dit netwerk kan worden ingezet om de preventie op de werkvloer te verbeteren en goede zorg te leveren aan de werkende (patiënt).

5. Arbeid in opleidingen en nascholingen van zorgverleners

Om aandacht te blijven geven aan arbeid in consulten met patiënten is kennis nodig bij zorgverleners. Informatie is nodig over wat de rol van stoffen kan zijn bij het ontstaan en verergeren van longziekten. Zo kunnen zorgverleners patiënten goed informeren over mogelijke stappen die ze kunnen zetten bij werkgerelateerde problemen.

E-learning signaleren beroepsziekten

In de e-learning 'Signaleren beroepslongziekten' leren artsen en andere zorgverleners welke vragen zij kunnen stellen om werkgerelateerde problematiek vast te stellen, wat nodig is om patiënten hierbij op een goede manier te begeleiden, en welke verwijsopties er zijn.

De e-learning is gratis te verkrijgen via de webshop van Bohn Stafleu van Loghum (BSL): www.bsl.nl/shop/signaleren-van-beroepslongziekten-42830.html.

6. Informatie en ondersteuning van patiënten

Vanuit de curatieve zorg zou er een goede toeleiding moeten zijn naar informatie over gezond werken met (gevaarlijke) stoffen. Veel patiënten die op het consult bij de arts komen, hebben geen weet van de informatie die beschikbaar is (zoals op arboportaal.nl) Van belang is dat patiënten (en artsen) van het bestaan van deze informatie afweten en de route ernaartoe weten te vinden.

3 Het stelsel rond beroepsziekten

Een goed stelsel voor gezond en veilig werk - kortweg Arbostelsel genoemd - zorgt niet alleen voor veilige, maar ook voor gezonde arbeidsomstandigheden, en draagt daarmee dus bij aan het voorkomen van beroepsziekten. Werkgevers, werkenden en de Nederlandse samenleving hebben hier een groot belang bij. Gezondheid is een groot goed en het voorkomen van gezondheidsschade draagt bij aan welvaart en welzijn. Bedrijven vormen de kern van dit Arbostelsel. De verantwoordelijkheid voor een gezonde en veilige werkomgeving ligt niet alleen bij werkgevers, maar ook bij werknemers. De overheid scheidt met wet- en regelgeving de kaders waarbinnen het arbeidsomstandighedenbeleid in bedrijven vorm moet krijgen.

3.1 Wettelijke bepalingen

De wetgeving omtrent arbeidsomstandigheden is ingedeeld in drie niveaus: de Arbowet, het Arbobesluit en de Arboregeling. De Arbowet is een kaderwet waarin verplichtingen zijn opgenomen waaraan werkgevers en werknemers zich moeten houden. Deze gelden voor alle plekken waar arbeid wordt verricht. De algemene bepalingen in de Arbowet over het arbobeleid in bedrijven zijn verder uitgewerkt in het Arbobesluit en de Arboregeling. In dit verband dient ook de Arbeidstijdenwet genoemd te worden. Die beschermt werknemers tegen het maken van te lange werktijden en het werken op zondagen en bij nachtdiensten, en regelt werken door kinderen.

3.1.1 Arbostelsel op hoofdlijnen

De nationale wetgeving voor gezond en veilig werken is overwegend gebaseerd op richtlijnen, verordeningen en verdragen die in Europees en internationaal verband zijn vastgesteld. De Nederlandse arbowetgeving is gebaseerd op doelvoorschriften en concrete grenswaarden die ruimte laten voor een praktische invulling door werkgevers en werknemers. Sinds 2007 hebben werkgevers en werknemers meer mogelijkheden gekregen om zelf te bepalen hoe ze de normen van de Arbowet (de zogenaamde *doelvoorschriften*) in hun onderneming bereiken. Ook op brancheniveau maken werkgevers en werknemers hierover afspraken, die ze vastleggen in een arbocatalogus.

De werkgever moet ten behoeve van zijn werknemers zorgen voor goede - en daarmee dus gezonde en veilige - arbeidsomstandigheden. Dit is in het Burgerlijk Wetboek geregeld (art. 7:658 BW). De zorgplicht van de werkgever is in de Arbowet verder uitgewerkt. Zo is in artikel 3 van de Arbowet bepaald dat de werkgever zorgt voor de veiligheid en de gezondheid van de werknemers inzake alle met de arbeid verbonden aspecten. Naast de zorgplicht van de werkgever bestaat er een plicht voor werknemers tot goed werknemerschap (artikel 7:611 BW).

3.1.2 De werking van het Arbozorgsysteem

Het Burgerlijk Wetboek, de Arbeidsomstandighedenwet en de Arbeidstijdenwet stellen alle drie de zorgplicht van de werkgever voor de gezondheid van de werkenden centraal. De Arbowet verlangt dat de maatregelen in een bepaalde volgorde worden genomen, waarbij allereerst naar de bron van het probleem wordt gekeken. Deze zogenaamde arbeidshygiënische strategie is een hiërarchisch stelsel van beheersmaatregelen voor risico's. Als er niets aan de bron kan worden gedaan, zijn andere maatregelen mogelijk. Daarbij moet eerst gekeken worden naar collectieve maatregelen, daarna naar individuele maatregelen en pas als laatste naar het verschaffen van persoonlijke beschermingsmiddelen.

De zorgplicht van de werkgever wordt geoperationaliseerd door de volgende 'systeembepalingen' in de Arbowet.¹²³ Er zijn negen algemene systeembepalingen die voor alle bedrijven met ten minste één werknemer gelden, ongeacht hun economische activiteit en de daarbij behorende specifieke risico's. De vier zogenoemde kernverplichtingen zijn:

¹²³ Voor een korte omschrijving zie Inspectie SZW (2018a), p. 6

1. Het hebben van een Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E);
2. De aanwezigheid van een preventiemedewerker;
3. Een contract met een arbozorgdienstverlener; en
4. De organisatie van bedrijfshulpverlening.

Op de keper beschouwd kunnen acht van de negen algemene systeembepalingen aangemerkt worden als relevant voor de preventie van beroepsziekten:

- De RI&E als basis voor het arbozorgsysteem, waarin de werkgever schriftelijk vastlegt welke risico's de arbeid voor de werkenden met zich meebrengt. Tenzij de werkgever 25 of minder medewerkers heeft en gebruikmaakt van een reeds getoetste branche-RI&E, is hij verplicht de ondersteuning van één of meer gecertificeerde deskundige personen in te schakelen voor het toetsen van de RI&E en het adviseren daarover.¹²⁴
- Het *plan van aanpak* waarin de werkgever beschrijft welke maatregelen genomen worden om de geïnventariseerde risico's aan te pakken, en op welke termijn deze maatregelen worden uitgevoerd. Het plan van aanpak is een verplicht onderdeel van de RI&E.
- Met *voorlichting en onderricht* moet de werkgever ervoor zorgen dat werkenden doeltreffend worden ingelicht over hun werkzaamheden en de risico's daarvan. De werkgever ziet daarnaast toe op de naleving van de gegeven instructies en het juiste gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zo wordt kennis en bewustzijn bij de werknemers vergroot om gezond en veilig te kunnen werken.
- De werkgever is *verplicht een contract met een arbodienst of bedrijfsarts* te hebben. Bij constatering van een beroepsziekte is de bedrijfsarts wettelijk verplicht deze te melden bij het NCvB.
- Het basiscontract met de arbodienst of een andere arbodeskundige stelt *minimumeisen aan de overeenkomst tussen arbodienstverleners en werkgevers*. In het basiscontract staat bij welke taken de werkgever zich in ieder geval moet laten ondersteunen door een arbodienstverlener of bedrijfsarts. Het betreft ziekteverzuimbegeleiding¹²⁵, toetsen van en adviseren over de RI&E, het periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO), aanstellingskeuring, toegang tot bedrijfsarts, overleg met OR en preventiemedewerker, bezoek aan de werkplek door de bedrijfsarts, second opinion van een andere bedrijfsarts, klachtenprocedure over de dienstverlening door de bedrijfsarts, melden beroepsziekten en advisering over preventie.
- De *aanstelling van een preventiemedewerker*. Dit betreft een deskundige medewerker die de werkgever bijstaat in de uitvoering van de arbeidsomstandigheden op het gebied van preventie en bescherming. Deskundigen dienen onafhankelijk te kunnen opereren en tevens zodanig gefaciliteerd te worden dat zij hun bijstand naar behoren kunnen verlenen.
- *Betrokkenheid van werknemers bij het arbobeleid van het bedrijf*. Ten minste één keer per jaar vindt overleg plaats tussen de werkgever en werkenden, OR of personeelsvertegenwoordiging over het arbobeleid. Aanstelling en positionering van de preventiemedewerker behoeven instemming van OR of personeelsvertegenwoordiging.
- De werkgever dient de werknemers periodiek in de gelegenheid te stellen een *arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO)* te ondergaan, dat erop is gericht de risico's die de arbeid voor de gezondheid van de werknemers met zich meebrengt zoveel mogelijk te voorkomen of te beperken.

Constateringen van de Inspectie SZW over het systeem van arbozorg

In 2013 constateert de Inspectie SZW dat het systeem van arbozorg, zoals de Arbowet dat voorschrijft, niet tot volle wasdom is gekomen. Zowel kwantitatief (het aantal bedrijven dat aan de arbozorgverplichtingen voldoet) als kwalitatief (de manier waarop bedrijven met de arbozorgverplichtingen omgaan) zijn er op- en aanmerkingen te maken. Het gaat dan vooral om de achterblijvende naleving bij kleine bedrijven en de waarneming dat onder andere

¹²⁴ Tevens verlangt de Arbowet dat de RI&E wordt aangepast wanneer daartoe aanleiding is op grond van gewijzigde werkomstandigheden, of nieuwe kennis en inzichten uit de wetenschap of het vakgebied. Ook zorgt de werkgever ervoor dat iedere werknemer kan kennismaken van de RI&E.

¹²⁵ Het voeren van een ziekteverzuimbeleid is een impliciet omschreven wettelijke plicht voor de werkgever en wordt expliciet genoemd in het Arbeidsomstandighedenbesluit (art. 2.9). Volgens dit artikel adviseert de arbodienst inzake het voeren van een gestructureerd, systematisch en adequaat arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid. De arbodienst moet bijdragen aan de effectuering daarvan, waarbij het met name rekening moet houden met bijzondere groepen van werknemers. Het voorkomen en beperken van ziekte is immers de belangrijkste doelstelling van het arbobeleid.

de RI&E meer als administratieve verplichting wordt ervaren dan als belangrijk fundament voor het veiligheidsbewustzijn in een bedrijf. Meer recent blijkt uit de Arbo in bedrijf 2018 dat een kleine meerderheid (53%) van de bedrijven voldoet aan de vier kernverplichtingen Arbozorg.

Naar het oordeel van de Inspectie heeft slechts 27% van de bedrijven een RI&E waarin alle belangrijke risico's zijn geïnventariseerd. Daar werkt 60% van alle werknemers; 40% werkt dus bij bedrijven zonder een volledige RI&E. De naleving van arbozorgverplichtingen is over de hele linie veel lager bij bedrijven met minder dan tien werknemers. Tegelijkertijd is het aantal ernstige ongevallen bij deze bedrijven verhoudingsgewijs veel hoger dan bij middelgrote en grote bedrijven.¹²⁶

Arbocatalogus

Door het opstellen van een arbocatalogus kunnen werkgever en werknemers, op eigen initiatief, nader invulling geven aan de doelvoorschriften van de Arbowet. In een branche-arbocatalogus kunnen werkgevers- en werknemersorganisaties op branche- of sectorniveau concreet uitwerken hoe de door de overheid vastgestelde doelvoorschriften uit de Arbowet en -regelgeving in de eigen branche of sector ingevuld kunnen worden. Deze dient ter toetsing aan de Inspectie te worden voorgelegd. Een getoetste arbocatalogus is een privaat instrument waaraan de Inspectie SZW bij de handhaving betekenis geeft. Het opstellen en laten toetsen van de arbocatalogus is niet verplicht. Het instrument wordt aangereikt als een hulpmiddel om te voldoen aan de doelvoorschriften van de Arbowet.

Op basis van deze 'systeembepalingen' kunnen al een aantal van de belangrijkste actoren in het Arbostelsel onderscheiden worden, zoals werkgever, werkenden, brancheorganisaties, gecertificeerde deskundige personen, bedrijfsarts, ondernemingsraad (OR) of personeelsvertegenwoordiging, en preventiemedewerker. De volgende paragrafen gaan verder in op de actoren in het stelsel van beroepsziekten.

Evaluatie arbobeleid

In 2012 heeft het toenmalige kabinet een (Arbo)beleidsagenda aan de Kamer gestuurd (30 maart 2012, kamerstuk 25883-209). In deze agenda gaf het kabinet haar visie op de ontwikkeling van het stelsel voor gezond en veilig werken voor de komende jaren, en formuleerde het een aantal activiteiten om het stelsel vitaal te houden. De in de agenda opgenomen activiteiten en maatregelen zijn in te delen in drie kerntaken die de overheid voor zich zag, namelijk wet- en regelgeving, informatievoorziening- en uitwisseling, en toezicht en handhaving.

Begin 2020 is deze beleidsagenda geëvalueerd (zie TK-brief van 17 februari 2020, kamerstuk 25883-374). Enkele van de bevindingen uit dit onderzoek in relatie tot beroepsziekten zijn:

- Mede door Nederlandse inzet zijn in de afgelopen jaren zo'n 25 Europese grenswaarden tot stand gekomen die bescherming bieden tegen blootstelling aan kankerverwekkende stoffen.
- Er zijn iets meer getoetste arbocatalogi dan in 2012 (152 ten opzichte van 145). Circa 16-20% van de werkgevers geeft aan een arbocatalogus te gebruiken.
- De afgelopen jaren is ingezet op strengere straffen. De uitvoering van dit voornemen is volgens het onderzoek niet goed van de grond gekomen. Debet daaraan zijn taakstellingen die de Inspectie in de jaren na 2012 heeft moeten verwerken, waardoor relatief veel aandacht is gegaan naar bijvoorbeeld het onderzoeken van ongevallen. Vanaf 2018 heeft het kabinet weer meer geïnvesteerd in inspectiecapaciteit, onder meer ten behoeve van het toezicht op blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

Om ervoor te zorgen dat in Nederland zo gezond en veilig mogelijk wordt gewerkt, nu én in de toekomst, is een visie voor de aankomende jaren van belang en worden stappen gezet om te komen tot een nieuwe Arbovisie 2040. Daarom gaat SZW een open dialoog aan om huidige en toekomstige vraagstukken onder de loep te nemen. Dit gebeurt door informatie te verzamelen via verschillende kanalen, waaronder bijeenkomsten, schriftelijke bijdragen en online peilingen.

¹²⁶ Inspectie SZW (2018b), p. 4

Evaluatie Arbowetwijziging 25 januari 2017

In 2014 verscheen het SER-advies 'Betere zorg voor werkenden'. De raad schetst in dit advies een toekomstvisie voor een kwalitatief betere arbeidsgerelateerde zorg. In 2015 presenteerde het Kabinet een beleidsinzet om de arbeidsgerelateerde zorg in Nederland te verbeteren (28 januari 2015, TK: 25883-247). De beleidsinzet richt zich op concrete maatregelen die de preventie in het bedrijf verbeteren en een goede samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg bevorderen; wetwijziging maakt hier deel van uit.

De implementatie verloopt via het meerjarenprogramma Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg (TAZ). Met de gewijzigde Arbeidsomstandighedenwet is beoogd de arbodienstverlening in de bedrijven te versterken. Naast een verplicht basiscontract met een bedrijfsarts of arbodienst zijn er verplichtingen toegevoegd die de positie van de preventiemedewerker en bedrijfsarts versterken. De betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij de arbodienstverlening is vergroot en preventie staat nog meer centraal.

Verkenning door de Inspectie over de uitvoering van de gewijzigde Arbowet¹²⁷

In 2018 heeft de Inspectie SZW een [kwalitatieve verkenning](#) laten uitvoeren naar nieuwe wettelijke verplichtingen van werkgevers op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg (de TAZ, die op 1 juli 2017 van kracht werd). Het onderzoek geeft weer hoe ver werkgevers in 2018 zijn met de implementatie en uitvoering van de nieuwe verplichtingen, en welke factoren dat stimuleren of belemmeren.

Een belangrijke conclusie was toen dat met name kleinere werkgevers achterblijven bij de implementatie. Ook wordt een belangrijk doel van de wet, namelijk meer preventie en betrokkenheid van werkgevers en werknemers, niet altijd behaald. Bedrijven kennen de wetwijzigingen niet of geven weinig prioriteit aan arbeidsgerelateerde zorg. Nieuwe contracten met arbodienstverleners voldoen doorgaans aan de nieuwe eisen, alleen worden werknemers niet altijd daarbij betrokken, en wordt er in de praktijk (nog) geen invulling gegeven aan de nieuwe elementen. Er zijn ook bedrijven, met name grotere bedrijven, die de nieuwe verplichtingen geheel of gedeeltelijk hebben ingevoerd, en waar preventie en betrokkenheid van werkgever en werknemers zijn versterkt.

Een relatief succesvolle implementatie kan worden verklaard door factoren als het aanwijzen van een specifieke functionaris, de aanwezigheid van een OR, een bedrijf met veel arbeidsrisico's, en een goede preventiecultuur (elkaar aanspreken). Ook eisen van klanten of opdrachtgevers en inspecties dragen bij aan betere aandacht voor arbozorg. Factoren die belemmerend werken zijn personeelstekorten, uitbesteding van arbozaken aan een administratiekantoor, een dreigend tekort aan bedrijfsartsen, en de verwachting dat de nieuwe elementen in de wet tot hoge kosten leiden, zoals een open spreekuur en de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen.

De verkenning is in de zomer van 2019 aangeboden aan de Tweede Kamer. Mede naar aanleiding van dit onderzoek heeft de Inspectie het toezicht op arbozorg in 2019/2020 een impuls gegeven, onder andere door bij brancheorganisaties en werkgevers het belang van gezonde arbeidsomstandigheden te benadrukken, en (administratieve) inspecties uit te voeren op aanwezigheid en kwaliteit van RI&E's en basiscontracten.

3.2 Stelselactoren

Vanuit een systeem- of stelselgerichte benadering bezien is het belangrijk te weten welke actoren (in)direct een rol spelen in het voorkomen en terugdringen van beroepsziekten. In de eerste plaats betreft het de actor die direct verantwoordelijk is voor de naleving van de Arbowet- en regelgeving, namelijk de werkgever. Een andere voor de hand liggende actor is de werkende (werknemer of zelfstandige) waar het zijn gezondheid betreft. Naast deze actoren zijn er tal van andere actoren die allemaal - zij het soms op enige afstand of op bepaalde onderdelen - een rol spelen in dit stelsel.

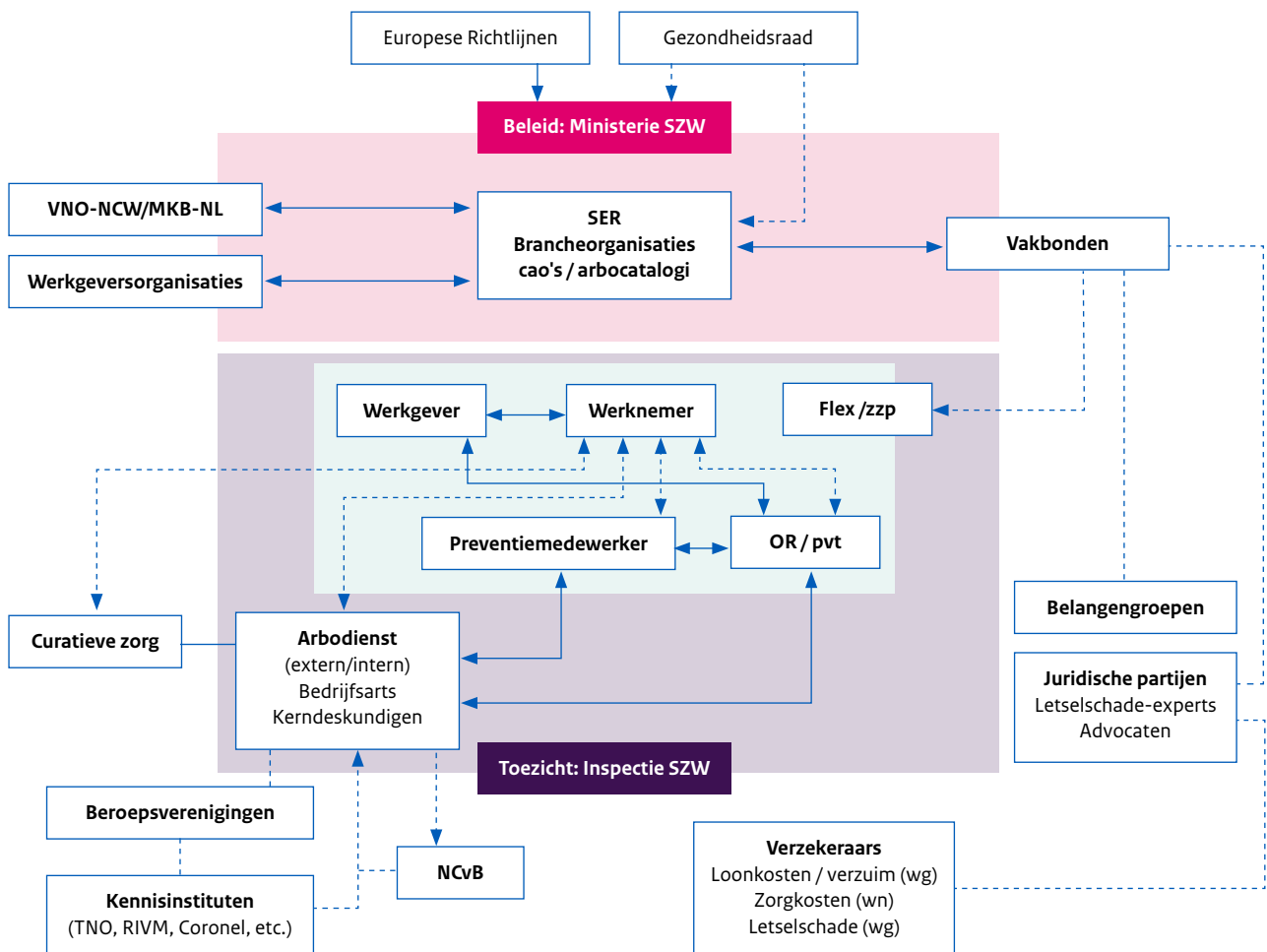
¹²⁷ Door: Sandhya Badal, senior onderzoeker Inspectie SZW

Deze paragraaf geeft schematisch een overzicht van de meest relevante actoren in het stelsel van beroepsziekten. Daarbij is de keuze gemaakt om deze actoren in te delen rond zeven clusters, namelijk:

1. Arbeidsrelatie (werkgever, werknemer, zelfstandige)
2. Invloeden van binnen (het bedrijf)
3. Invloeden van buiten (het bedrijf)
4. Vertegenwoordigende organisaties
5. Toezicht en beleid
6. Aansprakelijkheid en schadeafhandeling
7. Werkbehoud, re-integratie en arbeidsongeschiktheid

Een samenvattende weergave van het stelsel is opgenomen in figuur 3.2. Het 'stelsel beroepsziekten' is in essentie overigens hetzelfde als dat van arbozorg in bredere zin. De werkgever heeft een zorgplicht om te voorkomen dat werknemers gezondheidsschade (lees in dit verband 'een beroepsziekte') oplopen (art. 3 Arbowet), en in samenspraak met de werknemers (vertegenwoordigers) maatregelen te treffen om de gezondheid van werknemers te waarborgen. De werkgever dient zich daarbij te laten bijstaan door 'deskundige werknemers' (preventiemedewerkers), én voor een aantal taken 'aanvullende deskundige bijstand' in te schakelen (arbodienst). Met betrekking tot beroepsziekten ligt er in het bijzonder, maar zeker niet uitsluitend, een belangrijke taak voor de bedrijfsarts. Dit systeem op bedrijfsniveau (het blauw/gele gebied) staat onder toezicht van de Inspectie SZW.

Figuur 3.2 Stelsel van beroepsziekten



Bron: Inspectie SZW

1. Arbeidsrelatie

De werkgever is, gezien vanuit de Arbowet, primair verantwoordelijk als het gaat om goede en gezonde arbeidsomstandigheden. De werkgever bepaalt uiteindelijk onder welke condities de werkzaamheden door de werkende worden verricht. De wetgeving (zie paragraaf 3.1) beoogt werkgevers aan te zetten tot preventie van beroepsziekten. Naast wettelijke voorschriften bevat het stelsel ook financiële prikkels, vanuit de gedachte dat investeringen in preventie lonend zijn voor de werkgever (terugverdieneffecten).¹²⁸

De werknemer wordt geacht op een veilige en gezonde manier te werken (art. 11 Arbowet). Daarnaast heeft de werknemer ook een signalerende functie richting de werkgever, OR of arbodienst indien de werkzaamheden niet veilig (kunnen) worden verricht. ZZP'ers verrichten in het algemeen werkzaamheden die vergelijkbaar zijn met die van 'gewone' werknemers die in dienst zijn van een werkgever. Wanneer ZZP'ers gelijktijdig met werknemers werkzaamheden verrichten, dienen zij in veel gevallen dezelfde regels na te leven.

2. Invloed van binnenuit

Het bedrijf is te zien als een samenstel van diverse krachtenvelden die - idealiter - allen invloed kunnen uitoefenen op het tot stand komen en uitvoeren van het arbeidsomstandighedenbeleid. De OR (of personeelsvertegenwoordiging) kan één van deze invloeden zijn. Zo heeft de OR een formele rol bij het tot stand komen van het arbobeleid binnen bedrijven, en kan hij de rol van aanjager vervullen als het bedrijf zelf onvoldoende actief is op het gebied van gezondheid. Medezeggenschappers hebben recht op informatie, die zij kunnen gebruiken om in overleg met de werkgever en de arbodienst het arbeidsomstandighedenbeleid bij te sturen. Uit onderzoek blijkt dat betrokkenheid van de OR samenhangt met betere arbeidsomstandigheden, al is het effect niet heel sterk.¹²⁹

De preventiemedewerker kan eveneens een beïnvloedende factor zijn. De preventiemedewerker ondersteunt de werkgever bij de uitvoering van het arbobeleid binnen de onderneming (in het bijzonder de totstandkoming van de RI&E). Een goede preventiemedewerker kan een verbinding leggen tussen de directie, strategisch personeelsmanagement (HRM) en de werkvloer. Door inzichtelijk te maken welke knelpunten in de praktijk spelen en voorstellen voor concrete maatregelen te doen, kan de preventiemedewerker de kwaliteit van het arbobeleid stimuleren.¹³⁰ Hij of zij wordt geacht daarbij samen te werken met onder andere de medezeggenschap, de arbodienst en de werknemers.

3. Invloed van buitenaf

Bedrijven kunnen deskundigheid, expertise en kennis betrekken van buiten het bedrijf, hetzij via wetenschappelijke instellingen, hetzij via andere organisaties die een rol spelen bij preventie, signalering, behandeling van beroepsziekten en re-integratie (in geval van verzuim). Het kan dan gaan om medische deskundigheid (zoals curatieve zorg of bedrijfsarts), kerndeskundigen (zoals arbeidshygiënist, hogere veiligheidskundige of arbeidsorganisatie-specialist) of andere deskundigen (zoals paramedici en casemanagers).

Zo heeft de bedrijfsarts - werkend als zelfstandige of in dienst van een arbodienst - een centrale rol bij de verzuimbegeleiding, en daarmee ook bij het signaleren van eventuele beroepsziekten wanneer er sprake is van langer verzuim. De bedrijfsarts maakt daarbij - al dan niet in samenspraak met andere kerndeskundigen - een vertaalslag naar adviezen voor preventie.

4. Vertegenwoordigende organisaties

Tot de vertegenwoordigende organisaties worden de sociale partners, brancheorganisaties (zoals de Land- en Tuinbouworganisatie Nederland of Bouwend Nederland) en organisaties zoals de Longalliantie Nederland gerekend. Het betreft organisaties die de (specifieke) belangen van hun leden behartigen en vertegenwoordigen.

5. Toezicht en beleid

Ten aanzien van toezicht en beleid zijn voor beroepsziekten een aantal publieke beleidsmakers en publieke en private toezichthouders van belang. In de eerste plaats is er het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, dat de Arbowet beheert en verantwoordelijk is voor het goed functioneren van het stelsel van arbeidsomstandigheden.¹³¹ Het toezicht op en

¹²⁸ Sinds medio jaren '90: onder andere TZ/Arbo, Pemba

¹²⁹ Popma (2003); Popma (2009)

¹³⁰ Van der Kemp (2011), p. 64

¹³¹ <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbowedgeving/visie-en-strategie-ministerie-van-sociale-zaken-en-werkgelegenheid>

handhaven van de Arbowet geschiedt door de Inspectie SZW (inclusief BRZO). Andere toezichthouders naast BRZO-partners zijn bijvoorbeeld NVWA, ILT en SodM. Privaat toezicht vindt bijvoorbeeld plaats in [certificatiestelsels](#) die de wetgever heeft ingericht om zelfregulering van de marktsector mogelijk te maken, en ten behoeve van gezonde en veilige producten en processen.

6. Aansprakelijkheid, schadeafhandeling, compensatie en erkenning

De juridische basis voor beroepsziektezaken is gelegen in artikel 7:658 BW, dat de zorgplicht van de werkgever beschrijft. Slachtoffers van beroepsziekten hebben vaak een lange weg te gaan als ze hun schade willen verhalen. Slachtoffers van een beroepsziekte kunnen bij het bedrijf waar ze de gezondheidsschade hebben opgelopen een claim indienen. Zij kunnen daarbij gebruik maken van mediation of, wanneer dat geen kans van slagen heeft, een juridische partij inschakelen, zoals een letselschadeadvocaat. Ook kan het slachtoffer het Bureau Beroepsziekten van de FNV inschakelen om een klacht of claim te behandelen. Voor een aantal beroepsziekten is een speciale regeling ingesteld, zoals de Regeling tegemoetkoming asbestslachtoffers, die bedoeld is voor werknemers met mesothelioom of asbestose als gevolg van het werken met asbest. Het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) adviseert de Sociale Verzekeringsbank (SVB) over het recht op een tegemoetkoming voor asbestslachtoffers met mesothelioom of asbestose.

7. Werkbehoud, re-integratie en arbeidsongeschiktheid

Tot dit cluster behoren onder andere arbodiensten, verzekeraars, re-integratiebureaus en UWV. De inspanningen zijn er in de eerste plaats op gericht om de werknemer op een gezonde manier in het bedrijf aan het werk te houden (aanpassing arbeidsomstandigheden of arbeidsplaats, of inzet van persoonlijke beschermings- en hulpmiddelen). Bij arbeidsuitval draait het om re-integratie van de werknemer naar een andere arbeidsplaats binnen of soms zelfs buiten het bedrijf.

3.3 Inzoomen op diverse actoren

Werken brengt in alle bedrijven risico's met zich mee. Het is dan ook belangrijk dat deze risico's in kaart worden gebracht en maatregelen worden genomen om deze risico's te voorkomen of te beperken; dit om niet alleen ongevallen, maar ook werkgerelateerd verzuim en beroepsziekten te voorkomen. De basis hiervoor is een kwalitatief goede risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E), waarin alle risico's zijn opgenomen waaraan medewerkers kunnen worden blootgesteld.

Hierbij hoort een praktisch uitvoerbaar plan van aanpak, waarin minimaal staat aangegeven welke maatregel wordt genomen om het risico te voorkomen of te beperken, wanneer de maatregel uitgevoerd is, wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van deze maatregel, en desgewenst welk budget hiervoor nodig is. In de navolgende subparagrafen wordt ingezoomd op een aantal actoren in het stelsel van beroepsziekten die tijdens de kennissessies hun verhaal hebben gedaan.

Actoren die zich richten op aansprakelijkheid, schadeafhandeling en compensatie komen apart in hoofdstuk 5 aan bod, vanwege hun bijzondere positie in het stelsel en het toenemende maatschappelijke belang van compensatieregelingen voor slachtoffers van beroepsziekten.

3.3.1 De rol van de OR¹³²

De arbowetgeving richt zich primair op de werkgever, vooral ook gezien diens zorgplicht. De werkgever bepaalt immers onder welke condities de werkzaamheden door de werkenden worden verricht (art. 7:610 BW). De Arbowet kent echter ook een belangrijke rol toe aan de werknemers. Dan gaat het niet alleen om de verplichting tot het naleven van de instructies van de werkgever (art. 11 Arbowet), maar ook het recht op een actieve inbreng bij de vormgeving van het arbobeleid (art. 12 Arbowet). Hiervoor zijn fundamenteel-rechtelijke overwegingen aan te voeren.¹³³ Het zijn immers de werknemers die gezondheidsschade oplopen indien de arbeidsomstandigheden niet op orde zijn. Zij hebben het recht om mee te praten, maar er zijn ook meer pragmatische redenen voor betrokkenheid van werknemers. Medezeggenschap over de arbeidsomstandigheden binnen bedrijven zou kunnen leiden tot een effectiever arbobeleid.¹³⁴

¹³² Door: Jan Popma. Werkzaam als senior onderzoeker bij de Inspectie SZW en de Vrije Universiteit

¹³³ Popma et al (2008)

¹³⁴ Popma (2009); Walters et al (2012), p. 30ff, 62ff.

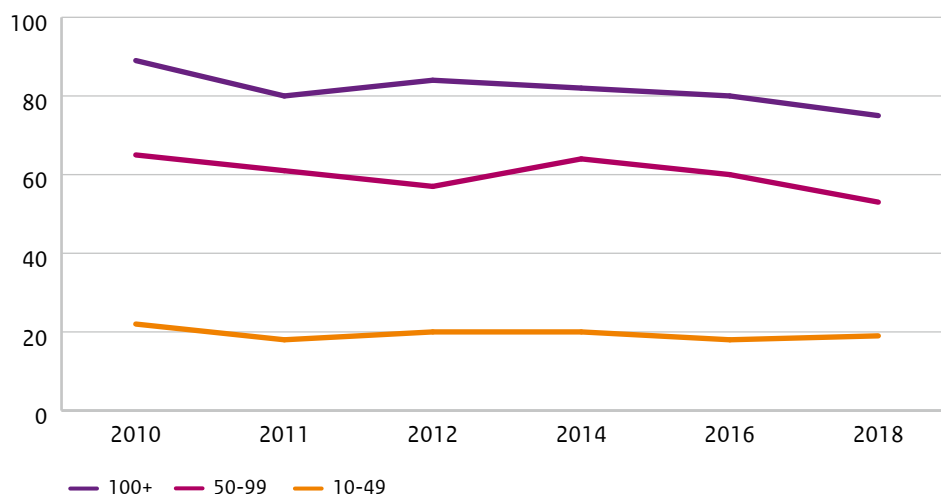
In de praktijk wordt het arbo-overleg tussen werkgever en werknemers meestal gevoerd via de formele medezeggenschap. De juridische kaders voor het overleg met de OR/pvt zijn met name te vinden in de Wet op de ondernemingsraden (WOR). De OR/pvt heeft in het arbo-overleg diverse formele bevoegdheden, in het bijzonder een instemmingsrecht bij 'regelingen' op het gebied van arbeidsomstandigheden (art. 27 WOR), maar ook een uitgebreid informatierecht¹³⁵ en adviesrecht (art. 25 WOR). Daarnaast verplicht de Arbowet zelf tot samenwerking tussen de OR/pvt enerzijds en de preventiemedewerker en arbodeskundigen anderzijds.

Het instemmingsrecht van de OR/pvt geldt onder meer ten aanzien van de keuze van de arbodienst en de uitvoering van de RI&E. In 2017 is bovendien expliciet in de Arbowet opgenomen dat de OR/pvt instemmingsrecht heeft bij het aanwijzen van de preventiemedewerker(s) in de eigen onderneming (zie paragraaf 3.3.2). Door het gebruik van zijn instemmingsrecht kan de OR een nadrukkelijk stempel drukken op de kwaliteit van de RI&E, en een eigen rol opeisen gedurende de uitvoering van de RI&E, bijvoorbeeld door een gesprek te voeren over het niveau van het arbobeleid binnen het eigen bedrijf met de uitvoerder van de RI&E, door mee te lopen met de rondgang door het bedrijf, en door het conceptrapport van de RI&E te beoordelen.

Bij de invulling van de maatregelen en de prioritering van de maatregelen kan de OR opnieuw gebruikmaken van zijn instemmingsrecht. De OR heeft namelijk ook instemmingsrecht op de inhoud van het plan van aanpak. Voorts heeft de OR/pvt recht op structureel overleg met de bedrijfsarts. In dit overleg kan de OR de bedrijfsarts ook vragen stellen over beroepsziekten binnen het bedrijf, en eventueel zorgelijke werkomstandigheden bespreken.

Op basis van zijn juridische positie heeft de ondernemingsraad (en de pvt) dus ruim voldoende mogelijkheden om een serieuze rol te spelen bij het overleg over de preventie van beroepsziekten. In de praktijk zijn er echter wel een aantal belemmeringen. Zo neemt het aantal bedrijven dat een OR/pvt instelt al jaren af (zie figuur 3.3.1).¹³⁶ Daarnaast is bij herhaling vastgesteld dat ondernemingsraden regelmatig worden gepasseerd bij besluiten waar zij formeel een advies- of instemmingsrecht hebben.¹³⁷ In meer dan de helft van de 100+ bedrijven, bijvoorbeeld, wordt de preventiemedewerker aangewezen zonder overleg met de OR.¹³⁸

Figuur 3.3.1 Nalevingspercentage ondernemingsraden in Nederland



Bron: Inspectie SZW (2018), *Arbo in Bedrijf*, 2018

¹³⁵ Dit informatierecht is niet alleen neergelegd in de Wet op de ondernemingsraden, maar ook in vele bepalingen in het Arbobesluit. Van Leeuwen & Popma (2020), p. 189-191. Het Arbeidsomstandighedenbesluit bevat bijvoorbeeld meerdere bepalingen over het rapporteren van meetgegevens en de uitkomst van arbeidsgezondheidskundig onderzoek aan de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging. Dergelijke informatie kan het startpunt zijn van een grondige analyse van de oorzaak van het ontstaan van beroepsziekten.

¹³⁶ Zie ook Wajon & Vlug (2017)

¹³⁷ Popma (2003); Popma (2009), p. 85-103. Er is weinig recent onderzoek over de naleving van de verplichtingen op dit punt, maar er is weinig aanleiding te denken dat de situatie inmiddels beter is, ook gezien het recente onderzoek van Wajon & Vlug (2017).

¹³⁸ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 121

Ondanks hun wettelijk scholingsrecht is ook de kennis van OR-leden van de arbowetgeving niet altijd optimaal.¹³⁹ Dit zal de laatste jaren niet verbeterd zijn, gezien het verdwijnen van de wettelijk verplichte bijdrage van ondernemingen aan het scholingsfonds in 2013, en het afnemende aantal scholingsactiviteiten.¹⁴⁰

3.3.2 De rol van de preventiemedewerker¹⁴¹

Bij de wijziging van de Arbowet in 1994 werd een belangrijke rol toebedeeld aan deskundige ondersteuning van de werkgever. In de praktijk bleek die deskundigheid vooral te worden ingevuld door *externe* deskundigen (i.c. arbodiensten). Dit was niet in de geest van de Europese regels, waarna in 2005 explicieter werd bepaald dat de werkgever zich dient te laten bijstaan door één of meer *interne* 'deskundige werknemers' (art. 13 Arbowet). Deze 'deskundige werknemers' worden in de praktijk preventiemedewerkers genoemd. In 2017 is de rol van de preventiemedewerker verder versterkt, doordat het aanwijzen van preventiemedewerkers door de werkgever de instemming vereist van de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging. Dit zou het draagvlak voor de preventiemedewerker op de werkvloer moeten versterken. De preventiemedewerkers zelf ervaren dat dit daadwerkelijk zo is.¹⁴² Omgekeerd ervaren preventiemedewerkers die met instemming benoemd zijn veel verantwoordelijkheidsbesef bij de medezeggenschap, terwijl preventiemedewerkers die *niet* met instemming benoemd zijn overwegend negatiever oordelen over de OR.

Het is de primaire taak van de preventiemedewerker om bij te dragen aan de uitvoering van de RI&E en te ondersteunen bij de uitvoering van het bijbehorende plan van aanpak. Daarnaast dient de preventiemedewerker nauw samen te werken met de medezeggenschap, en dient hij deze te adviseren. In veel bedrijven is dit de OR of pvt. Ook moet de preventiemedewerker de mogelijkheid hebben om samen te werken met de arbo(kern)deskundige, of om deze om advies te vragen.

De preventiemedewerker functioneert, idealiter, als spin in het web bij de totstandkoming en uitvoering van het arbobeleid. In verschillende bedrijven speelt de preventiemedewerker ook een rol in de voorlichting van werknemers.¹⁴³ Goede samenwerking tussen de preventiemedewerker, OR en arbo(kern)deskundigen draagt bij aan een veilige en gezonde werkomgeving, en daarmee aan het voorkomen van beroepsziekten. Voor een goede samenwerking is deskundigheid bij alle partijen en duidelijkheid over elkaars rol van groot belang (zie ook paragraaf 3.3.3).

Preventiemedewerker en RI&E

In bedrijven waar SBI Formaat trainingen geeft, is de preventiemedewerker vaak degene die invulling geeft aan de manier waarop de RI&E uitgevoerd gaat worden.¹⁴⁴ Denk hierbij aan de keuze om de RI&E zelf uit te voeren met behulp van een erkende branchemethode; dit inclusief de toetsing door een gecertificeerde arbo(kern)deskundige, of door de uitvoering van de RI&E in zijn geheel uit te besteden aan een gecertificeerde arbo(kern)deskundige.

Ook wordt hier vaak al de keuze gemaakt wie betrokken worden bij de uitvoering van de RI&E. Denk hierbij aan medewerkers, OR, HR-medewerkers en de bedrijfsarts. Deze keuzes zijn uiteindelijk bepalend voor de kwaliteit van de (uitvoering van de) RI&E. De preventiemedewerker treedt hierbij vaak op als adviseur, soms ook als uitvoerder. Echter, de bevoegdheid om over de RI&E en de uitvoering daarvan te beslissen ligt bij de werkgever en de OR (zie ook paragraaf 3.3.1).

¹³⁹ Popma (2003)

¹⁴⁰ Van den Tillaart & Warmerdam (2016), Wajon & Vlug (2017), p. 35

¹⁴¹ Door: Carolina Verspuij, trainer/adviseur Arbeid & Gezondheid, SBI Formaat. Met bijdragen van Jan Popma, senior onderzoeker bij de Inspectie SZW.

¹⁴² Hoorweg, Kool & Schoenmakers (2020), p. 34

¹⁴³ De meest recente gegevens van Arbo in Bedrijf laten zien dat in één op de vijf bedrijven een rol is weggelegd voor de preventiemedewerker bij de voorlichting over veilig en gezond werken. Arbo in Bedrijf 2009 en 2010, meer recente gegevens ontbreken.

¹⁴⁴ Eigen waarneming van de auteur binnen bedrijven als trainer en adviseur op het gebied van gezond en veilig werken.

Een belangrijke rol van de preventiemedewerker is ook om de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak te monitoren, en hierover in gesprek te gaan met de werkgever en de OR. Daarnaast heeft de preventiemedewerker in veel bedrijven ook een belangrijke taak in de concrete uitvoering van het arbobeleid, zoals het geven van voorlichting over risico's op de werkplek, of het adviseren over beeldschermwerkplekinrichting.

Goede samenwerking komt tot stand wanneer de verschillende partijen weten dat deze samenwerking van hen wordt verwacht, wanneer zij hiervan het nut inzien, en wanneer de werkgever de partijen in de gelegenheid stelt om invulling te geven aan die samenwerking. Het hebben van een gezamenlijk doel, zoals samenwerken aan het voorkómen van beroepsziekten, is hierbij een belangrijk uitgangspunt, evenals het besef dat wanneer er wordt samengewerkt meer kan worden bereikt bij de werkgever.

Deskundigheid is de belangrijkste factor om een bijdrage te kunnen leveren aan een goede samenwerking en het voorkómen van beroepsziekten. Zonder kennis van zaken is het niet mogelijk om als preventiemedewerker op een goede manier invulling te geven aan de eigen rol binnen de samenwerking. Helaas is voor de preventiemedewerker niets concreet vastgelegd over opleiding en training op het gebied van arbowetgeving, arbobeleid en arbeidsomstandigheden. Wel moet in de RI&E worden aangegeven welke maatregelen het bedrijf heeft genomen met betrekking tot onder meer de deskundigheid van en de beschikbare tijd voor de preventiemedewerker.

Er zijn diverse opleidingsinstituten die opleidingen en trainingen aanbieden op dit gebied. De inhoud van de opleiding en trainingen moet afgestemd zijn op de risico's binnen een bedrijf waaraan de medewerkers worden blootgesteld. Daarnaast moet er specifiek aandacht zijn voor een goede invulling van de eigen rol. De mogelijkheid om hierover advies te vragen is ook belangrijk. Trainers en adviseurs op dit terrein merken dat regelmatige scholing en het vragen van advies kunnen bijdragen aan een goede invulling van de rol van de preventiemedewerker en de OR in relatie tot de RI&E. Onderstaand voorbeeld geeft goed weer hoe een goede samenwerking en voldoende deskundigheid kunnen leiden tot het gewenste resultaat.

Een goede samenwerking met deskundige inbreng van de OR

Bij een bedrijf in de bouwsector was in de VCA-audit aangegeven dat de RI&E niet voldeed aan de eisen van de arbowetgeving wat betreft het inventariseren van de risico's door blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Het was voor het bedrijf in het kader van de certificering van belang om hieraan zo snel mogelijk te voldoen. De preventiemedewerker had de OR gevraagd om hierin mee te denken en een gezamenlijk voorstel voor de uitvoering van de nieuwe RI&E op te stellen, met hierin uitgebreid aandacht voor de risico's van blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

Op de training van de OR heeft de OR - op basis van de informatie over blootstelling aan gevaarlijke stoffen in de bouw en de regels uit de arbowetgeving voor het voeren van een gevaarlijke-stoffenbeleid - een voorstel gemaakt voor de uitvoering van de nieuwe RI&E. Onderdeel van dit voorstel was de toetsing door een gecertificeerde kerndeskundige. Dit voorstel is daarna besproken met de preventiemedewerker.

Het resultaat was dat het uitgewerkte voorstel voor de uitvoering van de RI&E, inclusief specifieke aandacht voor de risico's van blootstelling aan gevaarlijke stoffen, is ingediend bij de directie van het bouwbedrijf, met als doel de RI&E begin 2020 te laten uitvoeren.

Op basis van de resultaten wordt het beleid rondom blootstelling aan gevaarlijke stoffen verder uitgewerkt in een plan van aanpak; dit met als doel beroepsziekten ten gevolge van blootstelling aan gevaarlijke stoffen te voorkomen.

3.3.3 De rol van stakeholders in een onderneming¹⁴⁵

'Neem eigenaarschap in het voorkomen van beroepsziekten'

Beroepsziekten die worden veroorzaakt door gevaarlijke stoffen, zijn een 'sluipmoordenaar'. De effecten van onveilig werken met gevaarlijke stoffen worden vaak pas op latere leeftijd zichtbaar. Dit maakt het lastig om mensen het belang van preventie te laten inzien. Het gaat immers niet over nu, maar over (veel) later. Er zijn verschillende stakeholders binnen een onderneming die een belangrijke rol hebben om beroepsziekten te voorkomen. Zijn ze zich hiervan wel in voldoende mate bewust? En (h)erkennen ze hun rol? Hoe creëer je een cultuur die de stakeholders eigenaarschap doet nemen, anders gezegd, hun verantwoordelijkheid doet nemen op dit onderwerp? Op die vragen probeert deze bijdrage antwoord te geven.

Cirkel van invloed en betrokkenheid

Iedereen in een organisatie heeft een rol als het gaat om veilig en gezond werken met gevaarlijke stoffen. Die rol is voor iedereen anders. De verschillende rollen bieden ruimte waarbinnen iemand daadwerkelijk invloed kan uitoefenen (de cirkel van invloed).

Het RIVM heeft uit de individuele analyse van dossiers van mensen met de schildersziekte (OPS/CTE) en van werknemers met onherstelbare rugklachten een aantal conclusies getrokken. Deze richten zich op niet goed werkende maatregelen en falende managementfactoren die ertoe hebben geleid dat medewerkers een beroepsziekte hebben opgelopen.¹⁴⁶ Vanuit Storybuilder zijn acht organisatorische basisrisicofactoren gedefinieerd die, indien ze falen, mogelijk bijdragen aan een beroepsziekte. In onderstaand kader zijn deze organisatorische basisoorzaken vermeld, en wordt zichtbaar dat iedere medewerker, of het nu de directie, inkoop, facilitair, onderhoud, de OR of de medewerker zelf betreft, een belangrijke schakel is in het voorkomen van beroepsziekten.

Managementfactoren die van invloed zijn op het ontstaan van beroepsziekten

1. **Competentie** (Hebben personen de juiste kennis en vaardigheden om hun taak gezond en veilig uit te kunnen voeren? Hebben de ondersteunende functies de juiste kennis en vaardigheden om het belang van veiligheid en gezondheid te laten meewegen in hun eigen werk (bijvoorbeeld een inkoper die niet enkel op prijs selecteert?)
2. **Beschikbaarheid van mensen** (De beschikbaar gestelde hoeveelheid tijd en/of capaciteit aan competente medewerkers om de taak veilig en gezond te kunnen uitvoeren)
3. **Motivatie, betrokkenheid en alertheid** (Is de juiste intentie en motivatie aanwezig bij alle medewerkers om hun taak uit te voeren die bijdraagt aan de veiligheid en gezondheid van iedereen binnen de organisatie?)
4. **Ergonomie** (De fit tussen de gebruiker en het materieel / de middelen. Dit refereert aan al het gebruikte/bediende materieel dat wordt ingezet bij de werkzaamheden, om daarmee de kans op blootstelling aan gevaarlijke stoffen of fysieke overbelasting te voorkomen.)
5. **Materiaal** (Zijn de middelen geschikt en beschikbaar en van de juiste kwaliteit voor uitvoering van de taak?)
6. **Communicatie en coördinatie** (Zorgen werkinstructies en de onderlinge communicatie tijdens het uitvoeren van een taak ervoor dat deze wordt uitgevoerd volgens de geldende relevante richtlijnen?)
7. **Tegenstrijdige belangen** (De afweging tussen veiligheid/gezondheid versus andere bedrijfsdoelstellingen. Denk aan tijdsbesparing, maar ook aan sociale druk en gemakzucht.)
8. **Plannen en procedures** (Gedetailleerde beschrijving van procedures, regels en specifieke prestatiedoelstellingen)

Het conceptuele model achter Storybuilder pleit er ook voor om bij het constateren van een beroepsziekte niet alleen te focussen op het re-integreren van de zieke medewerker, maar zeker ook om een onderzoek in te stellen naar de basisoorzaken, de zwakke schakel(s) binnen de organisatie die mogelijk geleid hebben tot deze beroepsziekte.

Zoals uit de basisrisicofactoren blijkt, is het onmogelijk om als individu op alle factoren (directe) invloed te hebben. Belangrijk is te onderkennen op welke basisoorzaken men direct invloed heeft, om vervolgens hierop zijn of haar energie te

¹⁴⁵ Door: ir. Cyril Litjens, Innovatiemanager RPS Analyse, gecertificeerd Arbeid & Organisatiedeskundige en Hoger Veiligheidskundige

¹⁴⁶ Van Guldener et al. (2017)

richten. Dit besef is van belang om te voorkomen dat er energie gestopt wordt in zaken waarop men geen invloed heeft. *Choose your battles*, en wijs anderen op hún rol. Soms is het verrassend om te zien dat functionarissen hun verantwoordelijkheid nemen.

“De aanschaf van persoonlijke beschermingsmiddelen moet een goede match zijn met de veiligheidseisen. Draagcomfort en levensduur leveren meer op dan alleen naar de euro’s te kijken. Kleding inkopen die in de praktijk niet wordt gedragen, dat is pas echt een dure investering.” (Remco Hoekstra, manager inkoop, Johnson Control Industrial Refrigeration)

”Medewerkers krijgen alle ruimte om zelf met ideeën te komen en die te testen. Als iets bevalt, wordt het verder uitgerold.” (Bud Pronk, Operationeel Manager Facilitair Bedrijf Brandweer Amsterdam-Amstelland)

Bron: *Opgelucht, 2020, Eigenaarschap nemen in veiligheid en gezondheid*

Eigenaarschap nemen

Eigenaarschap nemen gaat over verantwoordelijkheid nemen. Dit kan als er ruimte wordt gecreëerd, en medewerkers worden gefaciliteerd om hieraan invulling te geven; als medewerkers zich bewust zijn waarvoor ze verantwoordelijkheid nemen, en dat ze die verantwoordelijkheid daadwerkelijk kunnen beïnvloeden. Eigenaarschap nemen heeft veel weg van intrinsieke motivatie: iets doen omdat je het graag wil en niet omdat het van buitenaf wordt opgelegd. Die motivatie betreft bijvoorbeeld de eigen gezondheid en die van directe collega’s. Afhankelijk van de vraag vanuit welke functie/rol je eigenaarschap naar je toetrekt, kan de invloed verder reiken dan het individu of team.

Of iemand zich daadwerkelijk eigenaar voelt van zijn gezondheid en veiligheid wordt bepaald door de factoren begrijpen, willen en kunnen. Dit zijn drie aspecten waarover de organisatie in dialoog moet gaan met de medewerkers.¹⁴⁷ Begrijp ik wat eigenaarschap nemen inhoudt, waartoe leidt dit, en heb ik de vaardigheden en middelen om hieraan invulling te geven?

Begrijpen

Stakeholders die beseffen dat ze vanuit hun rol invloed kunnen uitoefenen op het eigen functioneren dan wel het functioneren van een collega, pakken de ruimte om hieraan binnen hun functie goede invulling te geven. Het zijn mensen die zelf initiatief nemen en niet afwachten totdat iemand anders iets doet. Ze verbinden zich bewust met medestanders. Ze zorgen dat ze weten wat er speelt in de directe omgeving en handelen proactief. Daarvoor is inlevingsvermogen nodig in de verschillende rollen en functies binnen een organisatie; je moet kunnen inschatten wat de noodzaak is van verschillende werkzaamheden in het geheel.

Bij diverse ondernemingen zijn veiligheidsambassadeurs aangesteld. Medewerkers die invulling geven aan een dergelijke rol begrijpen dat ze invloed kunnen uitoefenen op de veiligheid en gezondheid van zichzelf maar ook op die van hun collega’s. Er zijn voorbeelden hoe bevlogen de medewerkers de rol van veiligheidsambassadeurs oppakken en in eigen woorden kunnen uitleggen wat die rol inhoudt en voor hem of haar betekent.

Willen

Medewerkers zullen bereid zijn om eigenaarschap te nemen in gezondheid en veiligheid als hiervan de meerwaarde wordt ingezien. Anders is de kans groot dat de investering in geld en tijd niet tot het gewenste resultaat leidt. Vaak daalt bij werknemers pas het besef in dat ze zelf verantwoordelijkheid hadden moeten nemen voor de eigen veiligheid en gezondheid, wanneer ze zelf worden geconfronteerd met een beroepsziekte. Het is bijvoorbeeld lastig om aan medewerkers duidelijk te maken wat de noodzaak van het dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen is, als niet direct de relatie wordt gelegd met klachten op latere leeftijd. Het benadrukken van de urgentie kan een belangrijk middel zijn om dit wel duidelijk te maken.

Een middel om besef te creëren is storytelling. Storytelling bestaat bijvoorbeeld uit echte verhalen van slachtoffers die een beroepsziekte hebben opgelopen en de impact hiervan vanuit verschillende perspectieven (sociaal, thuis, werk) toelichten. Dergelijke verhalen zijn erg krachtig en effectief om de juiste discussie te voeren binnen een bedrijf, en bij iedereen

¹⁴⁷ Balm (2000)

bewustwording te creëren. Storytelling wordt vaak gebruikt bij trainingen, bijvoorbeeld gericht op het dragen van gehoorbescherming. Na die training blijkt dat werknemers die aanvankelijk anti-PBM waren, deze beschermingsmiddelen nu wél willen dragen. Ze realiseren zich namelijk de impact op hun eigen functioneren als ze dat niet doen.

Kunnen

'Kunnen' gaat over de vaardigheden en middelen om invulling te geven aan eigenaarschap. Bij kunnen wordt vaak gedacht aan vaardigheden, zoals het vermogen of de kennis om een taak bekwaam uit te voeren. Veel tijd wordt daarom besteed aan kennisoverdracht en het verstrekken van de juiste fysieke middelen, werkinstructies en procedures. Eigenaarschap nemen over je eigen veiligheid en gezondheid vraagt echter meer dan het vermogen om een taak conform de opgedane kennis en met de verstrekte middelen uit te voeren. Belangrijke andere randvoorwaarden zijn dan ook de sociale veiligheid en de wijze waarop leiderschap wordt getoond.

Heerst er een cultuur waarin mensen elkaar mogen aanspreken, zonder dat dit wordt gezien als 'politieagentje spelen'? Wordt men gefaciliteerd en is er sociale steun van collega's en (direct-)leidinggevendenden op momenten dat er wellicht privé iets speelt waardoor men minder alert is? Wat gebeurt er bijvoorbeeld als er een idee wordt aangedragen om de veiligheid bij het uitvoeren van het werk te verbeteren? Wordt dit omarmd en serieus overwogen, of wordt het idee de grond in gedrukt zonder het überhaupt een kans te geven?

Sociale veiligheid gaat ook over interactie binnen teams. In de praktijk gebeurt het weleens dat jonge medewerkers, net van school en met de juiste attitude op veiligheid en gezondheid, binnenkomen en al na enkele dagen deze attitude aanpassen aan de groepsnorm. Het bereiken van sociale veiligheid heeft veel te maken met de vraag welke leiderschapsstijlen gehanteerd worden. In onderstaande paragraaf worden hiertoe enkele handvatten gegeven.

Het roepen dat iemand eigenaarschap moet nemen over zijn of andermans veiligheid en gezondheid is onvoldoende. Dit vraagt ook iets van de leidinggevende / het management. Naast voorbeeldgedrag tonen en mensen aanspreken vraagt dit ook om het toepassen van leiderschapsstijlen die een stimulerende uitwerking hebben op het nemen van eigenaarschap. Denk aan inspirerend leiderschap, coachend leiderschap en dienend leiderschap; drie stijlen die ieder vanuit hun eigen dynamiek ondersteunend zijn aan het willen en kunnen nemen van eigenaarschap voor veilig en gezond werken.

Een inspirerende leider motiveert vanuit persoonlijke waarden en overtuigingen, neemt de medewerkers mee, enthousiasmeert en geeft zijn visie op veilig en gezond werken. Hij of zij daagt medewerkers uit om vanuit eigen kracht deze visie te omarmen met oog voor (individuele) haalbare doelen en het inzetten van individuele kwaliteiten. Het is dan ook belangrijk dat er ruimte gegeven wordt aan een houding die past bij het nemen van eigenaarschap; een houding waarbij mensen zichzelf en elkaar uitdagen om te veranderen van een te controleren productie-eenheid naar een zelfdenkend en proactief persoon die waarde wil toevoegen. Het ontwikkelen van dat vermogen vraagt van de leidinggevende om vanuit een coachende en/of dienende leiderschapsstijl continu af te tasten wat de medewerkers nodig hebben in dit ontwikkelproces.

Belangrijke overweging om eigenaarschap te laten beklijven, is inzicht te hebben in wie de informele leiders zijn binnen het bedrijf en/of de teams. Juist zij hebben vaak grote invloed binnen een team: op hoe de waarden en normen van een bedrijf binnen een team worden vertaald. Zorg ervoor dat zij begrijpen en inzien wat eigenaarschap hun brengt, zodat zij ambassadeur worden van deze visie en daarmee het gedachtengoed binnen de teams omarmen en uitstralen. Een coachende en dienende leiderschapsstijl om hen hierin te ondersteunen en hen te helpen zich hierin te ontwikkelen, en om een voorbeeld te zijn binnen hun team, is de investering waard en zal zijn vruchten afwerpen. Eigenaarschap nemen vraagt om het nemen van verantwoordelijkheid. Door werknemers te faciliteren en te coachen zullen zij de bevoegdheid hebben om de juiste beslissing te nemen, en het vertrouwen hebben dat er fouten gemaakt mogen worden om van te leren.

Eigenaarschap nemen in eigen gezondheid én die van collega's is iets moois. Het geeft voldoening en motiveert, omdat het beroepsziekten helpt voorkomen. Het leidt tot inspirerend werken en een gevoel van saamhorigheid om - met elkaar - uitval te voorkomen.

3.3.4 De rol van de bedrijfsarts¹⁴⁸

Een bedrijfsarts is een onafhankelijk geneeskundig specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. De bedrijfsarts zet zich preventief en curatief in. De advisering heeft als doel de werknemer gezond te houden en/of te krijgen, en de werkgever te adviseren wat daarvoor nodig is op uitvoerings- en beleidsniveau. Bedrijfsartsen kijken naar de persoon en naar de belangrijke aspecten van het werk, zoals de arbeidsinhoud, -omstandigheden, -verhoudingen en -voorwaarden. De titel bedrijfsarts is wettelijk voorbehouden aan BIG-geregistreerde geneeskundig specialisten die na hun opleiding tot basisarts de vierjarige specialisatie Arts voor Arbeid en Gezondheid hebben afgerond.¹⁴⁹

Op basis van artikel 14 van de Arbowet heeft de bedrijfsarts de volgende mogelijke rollen in het kader van beroepsziekten:

1. Adviseren over preventie;
2. Adviseren, opzetten en uitvoeren van een Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO), waarin gericht gekeken wordt naar gevolgen van de aanwezige arbeidsrisico's¹⁵⁰;
3. Uitvoeren van eventuele aanstellingskeuringen;
4. Adviseren naar aanleiding van open spreekuren of verzuimspreekuren;
5. Diagnostiek beroepsgebonden aandoeningen en beroepsziekten; en
6. Signaleren en melden van beroepsziekten aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).

Adviseren over preventie

De bedrijfsarts kan vanuit een onafhankelijke expertrol preventieve adviezen geven aan de werkgever op basis van alle informatie die hem/haar ter beschikking staat; dit zowel ten aanzien van een individuele werknemer als ten aanzien van de bedrijfsvoering in het algemeen. Door bekend te zijn met een bedrijf en de branche kan een bedrijfsarts vroegtijdig signalen onderkennen en onderzoek adviseren naar ongezonde arbeidsomstandigheden. Informatie die de bedrijfsarts idealiter ter beschikking staat om de preventieve adviesrol goed te kunnen vervullen:

- Bezoek werkplek
- Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E)
- PAGO
- Sociaal-medische teams (SMT)
- Arbeidsomstandighedensprekuren/open spreekuren
- Verzuimspreekuren
- Overleg met OR en preventiemedewerker
- Overleg met directie/managementteam
- Deelname aan arbobeleidsoverleg/VGWM-commissie (Veiligheid, Gezondheid, Welzijn en Milieu) en overleg met andere arboprofessionals
- Verzuimanalyse

Sinds de herziening in 2017 regelt de Arbowet een vrije toegang voor de bedrijfsarts tot de werkvloer, en ook de samenwerking met de preventiemedewerker. Er was wettelijk gezien al een mogelijkheid om met de OR te spreken.

Toegang tot bovenstaande activiteiten, verslagen en rapporten is echter lang niet altijd mogelijk. Uit de monitrorrapportage Arbo in Bedrijf (AiB) 2018 komt namelijk naar voren dat een RI&E aanwezig was (getoetst + ongetoetst) bij 49% van de bedrijven, en een preventiemedewerker bij 54%. Bij grote werkgevers is er een betere naleving dan bij kleine bedrijven. Om die reden is naleving uitgedrukt als percentage van alle werknemers beter: 82% van de werknemers werkt bij een

¹⁴⁸ Door: Annette Notenbomer, Fridolijn Jongevos, Sophia Franklin en Erik Stigter. Bedrijfsarts/medisch adviseur Inspectiebreed Kenniscentrum van Inspectie SZW

¹⁴⁹ Het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) is een Nederlands register, waarin het basisberoep is opgenomen van personen die werkzaam zijn in een aantal beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener.

¹⁵⁰ Het aanbieden van een PAGO aan de werknemers is een wettelijke verplichting van de werkgever. Een PAGO is een medisch onderzoek dat de gezondheid van werknemers beoordeelt, op die aspecten waarin zij risico's lopen in het werk. Deze risico's kunnen worden vastgesteld in een Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E)

organisatie met een RI&E en 79% bij een bedrijf met een preventiemedewerker¹⁵¹. Volgens cijfers van de Inspectie SZW zijn de volgende diensten opgenomen in de arbodienstverleningscontracten: werkplekbezoek 31%; contact bedrijfsarts-preventiemedewerker 32%; contact bedrijfsarts-OR 21%; advisering over preventie door bedrijfsarts: 21%, PAGO: 27%.¹⁵²

In de praktijk blijkt dat het sterk afhankelijk is van de werkgever in welke mate de bedrijfsarts de ruimte krijgt om zijn rol te kunnen vervullen, en welke adviezen de werkgever al dan niet opvolgt. Per 1 juli 2017 heeft de wetgever daarom de Arbowet aangepast om de randvoorwaarden voor het handelen van de bedrijfsarts te verbeteren. Eén van de belangrijke punten van de vernieuwde Arbowet is de invoering van minimumeisen aan het contract voor arbodienstverlening tussen bedrijfsarts of arbodienst en werkgevers ('basiscontract'). Er is geregeld dat de bedrijfsarts elke werkplek mag bezoeken. In het basiscontract moet ook worden ingegaan op preventief advies door de bedrijfsarts. Daarbij speelt tevens de samenwerking met de preventiemedewerker en de OR, de personeelsvertegenwoordiging of belanghebbende werknemers een rol.

De vraag is echter of bedrijfsartsen voldoende tijd hebben voor de preventieve taken in het huidige stelsel. Het aantal bedrijfsartsen daalt al vele jaren, en de verplichtingen voortkomend uit de Wet verbetering Poortwachter zijn omvangrijk en tijdrovend. Voor de uitvoering van de nieuwe wettelijke bepalingen is het van belang dat er voldoende bedrijfsartsen beschikbaar zijn om bedrijven te adviseren bij preventie en het voorkómen van (dreigende) uitval.

Beroepsverenigingen van bedrijfsartsen en van verzekeringartsen, brancheorganisaties van arbodienstverleners en de opleidingsinstituten voeren een campagne *Bedrijfsarts worden. Het betere werk!*. Deze campagne richt zich op het vergroten van de interesse voor en kennis over het vak en over de opleiding. In vervolg daarop is recent de [campagne De andere dokter](#) van start gegaan. Deze richt zich op geneeskundestudenten met als doel hen kennis te laten maken met het veld van de sociale geneeskunde en het vak van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts.

Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO)

Een PAGO dat gericht is op de arbeidsrisico's in een organisatie kan werknemers opsporen die een (beginnende) beroepsgebonden aandoening of beroepsziekte hebben. De bedrijfsarts kan feedback geven aan de individuele werknemer en eventueel verder onderzoek (laten) doen. Ook kan de bedrijfsarts op groepsniveau aan de werkgever en de ondernemingsraad terugkoppelen dat er sprake is van een werkgerelateerde ziekte en wat daarvan de vermoedelijke oorzaak is.

Het is aan de werkgever om te bepalen wat deze met het advies doet. In de praktijk is er (nog) niet altijd een goede financieringsstructuur voor het arbeidsgezondheidskundig onderzoek en het eventueel benodigde vervolgonderzoek. In de praktijk komt het PAGO maar héél moeizaam van de grond. Uit de monitor AiB 2018 blijkt dat slechts één op de vier bedrijven het onderwerp PAGO heeft opgenomen in een contract met een arbodienst en dat "de afgelopen 12 maanden" slechts in 4% van alle bedrijven daadwerkelijk een PAGO/PMO is uitgevoerd.¹⁵³

Aanstellingskeuringen

Bij aanstellingskeuringen wordt de gezondheid van de medewerker in kaart gebracht om zo vast te stellen of er eventuele gezondheidsrisico's aanwezig zijn en of de medewerker fysiek geschikt is voor de werkzaamheden. Op deze wijze kunnen beroepsziekten voorkomen worden.

Aanstellingskeuringen mogen slechts in een beperkt aantal situaties uitgevoerd worden. De wet op de Medische Keuringen (WMK, art 4, lid 1) stelt het als volgt: aanstellingskeuringen worden slechts verricht indien binnen de functie zogenaamde *bijzondere functie-eisen* aanwezig zijn die *bijzondere eisen* stellen op het punt van de medische geschiktheid van de werknemer (bijzondere belastbaarheidseisen); dit ter bescherming van de gezondheid en de veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid. Zie verder ook [de leidraad aanstellingskeuringen 2020](#).

Adviseren naar aanleiding van verzuim of open spreekuren

Een verzuimende werknemer met een beroepsgebonden aandoening of beroepsziekte moet gere-integreerd worden; indien mogelijk bij voorkeur op de eigen, aangepaste werkplek waarbij er geen sprake meer is van blootstelling, of anders

¹⁵¹ Inspectie SZW (2018a), p 7, tabel I

¹⁵² Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p 20, tabel 1.21. Blijkens een recente evaluatie van de wijziging van de Arbowet in 2017 lijkt op een aantal van deze elementen wel sprake van vooruitgang (Hoorweg, Kool en Schoenmaker (2020), p. 13)

¹⁵³ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 20-21

op een andere plek binnen of buiten het eigen bedrijf (Wet verbetering Poortwachter). De bedrijfsarts mag in de terugkoppeling naar de werkgever (naar aanleiding van een verzuimspreekuur) aangeven of er sprake is van een werkgerelateerde oorzaak van het verzuim en kan dan, naast re-integratieadvies, ook preventieadvies geven aan de individuele werknemer. Verzuimspreekuren vormen een geanonimiseerde bron van informatie en gegevens, waardoor de bedrijfsarts ook een breder gesprek over preventie met de werkgever kan aangaan.

Ook als een werknemer niet verzuimt, kan hij of zij in het kader van werkrelevante klachten een bedrijfsarts bezoeken op een open, arbeidsgeneeskundig spreekuur. Deze klachten kunnen soms een beginnende beroepsziekte betreffen. De bedrijfsarts kan in een dergelijke situatie de werknemer adviseren, en zal naar wegen moeten zoeken om preventie bij de werkgever te bespreken en te bewerkstelligen. Bij een open spreekuur is altijd toestemming van de werknemer nodig voor terugkoppeling naar de werkgever. Toestemming is zowel nodig voor het vermelden dat er contact is geweest als voor de inhoud van de terugkoppeling. Indien de werknemer niet akkoord gaat met terugkoppeling, zal de bedrijfsarts een ander gespreksmoment moeten kiezen om met de werkgever in meer algemene bewoordingen over preventie te spreken. Zo blijft de anonimiteit van de werknemer tijdens een open spreekuur gewaarborgd.

Diagnostiek van beroepsgebonden aandoeningen en beroepsziekten

Op basis van anamnese en een beoordeling van de werksituatie kan een bedrijfsarts een vermoeden hebben van een beroepsgebonden aandoening of beroepsziekte. De bedrijfsarts stelt een werkdiagnose, waarbij gekeken wordt naar de (meest waarschijnlijke) klinische diagnose in relatie tot allerlei factoren die een mogelijke rol spelen. Het gaat zowel om factoren die mogelijk een ziekmakende rol hebben gespeeld, als om factoren die in positieve of negatieve zin verder van invloed zijn op de gezondheid van de werknemer.

Om een aandoening een beroepsziekte te noemen (en om deze aandoening te melden), moet er sprake zijn van een klinisch waarneembare ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate ($\geq 50\%$) in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. Als het werk wel een rol heeft gespeeld bij de ziekte, maar het niet duidelijk is dat dit $\geq 50\%$ is, is er sprake van een beroepsgebonden of werkgerelateerde aandoening. Bedrijfsartsen kijken hierbij naar medische causaliteit. Bij juridische causaliteitsvragen spelen andere overwegingen en juridische principes. Voor het vaststellen van de diagnose van een beroepsziekte is er het 6-stappenplan, zoals te vinden op de website van het NCVB. In het [6-stappenplan](#) worden de volgende stappen doorlopen:

- Vaststellen van de aandoening of ziekte;
- Vaststellen van de relatie met het werk;
- Vaststellen van de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling in het werk;
- Nagaan of er andere mogelijke verklaringen zijn en de rol van individuele gevoeligheid;
- Concluderen en melden van de beroepsziekte bij het NCVB; en
- Preventieve maatregelen en interventies inzetten en evalueren.

Bij diverse ziektebeelden, zoals beroepslongaandoeningen, is echter uitgebreidere diagnostiek nodig dan een algemene bedrijfsarts kan verrichten. In dergelijke situaties is het belangrijk dat de bedrijfsarts kan verwijzen naar een (klinisch) expertisecentrum. In de praktijk liggen hier flinke belemmeringen, zoals het financiële aspect. Zorgverzekeraars betalen namelijk niet de kosten voor het vaststellen van een beroepsziekte (door een klinisch expertisecentrum). Voor een werknemer zijn dit zeer hoge kosten. Dit betekent dat er een verzoek aan de werkgever gedaan moet worden voor financiële ondersteuning voor het vaststellen van een beroepsziekte bij één of meerdere werknemers. Belemmerend hierbij is dat werkgevers vaak huiverig zijn voor het vaststellen van een beroepsziekte uit angst voor claims. Ook het in kaart brengen van de aard en het niveau van de oorzakelijke blootstelling in het werk kan een belemmering zijn. De werkgever zal in dat geval toegang tot de werkplek moeten geven en/of blootstellingsgegevens van de werknemer ter beschikking moeten stellen.

Klaas¹⁵⁴, GEEN geval apart¹⁵⁵

Maak kennis met Klaas Miedema. Klaas verzuimt vaak vanwege luchtwegklachten en heeft vele jaren gerookt. Ik ben zijn bedrijfsarts. Klaas vertelt opgebrand te zijn, en de huisarts vermoedt een “burn-out”, zegt hij. Klaas is moe en het lukt in de loop van de dag en de week steeds slechter om het werk te doen. Met zijn leidinggevende Mindert heeft Klaas niet zo’n goed contact: Mindert vindt dat Klaas te veel verzuimt, dat moet maar eens ophouden.

Enkele jaren geleden is Klaas bij de longarts geweest. Deze stelde COPD vast, en deed onderzoek naar allergie op huisstofmijt, pollen, katten en hond. Dat leverde niets op. Klaas is al jaren productiemedewerker in de bakkersindustrie. Gezien de gemelde klachten van vermoeidheid en COPD en het werk in de bakkersindustrie denk ik aan bakkersastma. Ik vraag mij af of ook blootstelling aan bakkersproducten te maken kan hebben met de ervaren vermoeidheid! Ik bel met de longarts. Ook deze heeft de gedachte blijkbaar al gehad: hij meldt dat onderzoek is gedaan naar allergie voor tarwe, rogge en sesamzaad. De diagnostiek was ook voor deze allergenen NEGATIEF. Dus toch de stress en de onvrede en het roken?

Ik herinner mij de campagne van de bakkersbranche Blij met Stofvrij! De bakkersbranche heeft afspraken gemaakt voor vrije toegang tot de bakkerspoli voor onderzoek naar beroepsastma. Met het uitsluiten van tarwe-, rogge- en sesamallergie is een bakkersastma tenslotte niet uitgesloten! Daarvoor is meer nodig. In overleg met de longarts lijkt verder onderzoek zinvol, maar waar? Blij met Stofvrij! heeft onderzoek door de bakkerspoli gemakkelijker gemaakt voor mensen in de bakkersbranche. Zou je denken! De HR-manager gaat uitzoeken of dit ook voor Klaas geldt. In afwachting van het onderzoek adviseer ik tijdelijk ander werk: werk zonder blootstelling aan bakkersproducten. Dat is bijna vloeken in de kerk. Dat is niet mogelijk bij deze werkgever. Ik moet iets anders verzinnen. Voor het vaststellen van de relatie is een periode met en zonder blootstelling wel handig; liefst enkele maanden, maar op zijn minst twee weken. Klaas zal een piekflowapparaatje van mij meekrijgen en bekijken of de piekflow beter is als hij niet werkt dan wanneer hij wel werkt. Gelukkig stonden er al weken vakantie gepland voor Klaas.

Ik heb het dossier gelezen, de anamnese gedaan, lichamelijk onderzoek uitgevoerd, gebeld met de longarts, een brief voor de longarts opgesteld, overleg gehad met de HR-manager, en instructies gegeven over het gebruik van de piekflowmeter en het noteren van de resultaten. De activiteiten lukken niet in de 45 minuten, maar het is wat het is! Vrije tijd is ook tijd.

De piekflow-waarden zijn laag, maar er zijn geen verschillen tussen werk- en vrijedagen. Twijfel! Moet ik wel blijven hameren op de beroepsziektediagnostiek? Intussen komt vanuit de werkgever groen licht voor verwijzing naar de bakkerspoli, mits de werkgever er geen last van heeft (qua tijd, productie, en financieel). Gelukkig is Groningen dichtbij. Helaas is de bakkerspoli in Groningen niet meer actief! Onderzoeken vinden nu plaats in Utrecht.

Voor het allergie en het blootstellingsonderzoek betekent dat in elk geval: intakegesprekken, allergieonderzoek met provocatietesten onder gecontroleerde omstandigheden, en drempelwaarden meten met blootstelling, en drempelwaarden meten na opnieuw minimaal twee weken absoluut ZONDER blootstelling. In de praktijk betekent dat minimaal zes dagen niet werken. Daarnaast is voor het onderzoek nog meer nodig! Namelijk de RI&E. Welke risico’s staan daarin vermeld? Met welke producten wordt exact gewerkt? Welke werkzaamheden worden waar gedaan? Welke beschermingsmiddelen worden gebruikt? Is het verstandig een werkplekbezoek te brengen? Ga ik dat doen of de arbeidshygiënist?

Vanwege de campagne Blij met Stofvrij! kost het onderzoek de werkgever nu in directe zin niets. Toch zal ik op basis van mijn vage vermoeden aan de werkgever moeten verkopen dat extra geld voor het onderzoek nodig is, en dat Klaas vanwege het onderzoek zeker zes dagen niet zal kunnen werken. De werkgever vreest dat het niet bij zes dagen zal blijven. De HR-manager is niet blij met mijn advies en maakt dat goed duidelijk. Zij is de beslisser, ik ben de adviseur. Kan ze om mijn advies heen? Wat wil Klaas zelf: staat die te springen om het onderzoek in Utrecht? Wat is zijn risico? Als hij beroepsastma heeft, wat is dan zijn situatie?

¹⁵⁴ De naam van Klaas is een gefingeerde

¹⁵⁵ Door: Dr. Frank Jungbauer, zelfstandig bedrijfsarts

Ik realiseer mij dat ik nu geen tevreden klant heb, en dat de rapen gaar zijn als er uiteindelijk niets uitkomt, maar vraag mij ook af wat de reactie zal zijn als uiteindelijk toch blijkt dat Klaas ziek is geworden van zijn werk. Verliest hij zijn baan? Bij zijn werkgever zijn immers geen andere opties. Wordt hij gecompenseerd? Wat is de kans op ander werk als je 63 bent? Betaalt zijn werkgever of iemand anders? En heeft hij kans op een WIA-uitkering als je wel ander werk kan doen?

Signaleren en melden van beroepsziekten bij het NCvB

Artikel 9 lid 3 Arbowet verplicht de bedrijfsarts om beroepsziekten te melden bij “een door Onze Minister hiertoe aangewezen instelling” (in casu het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten). Concluderen dat er sprake is van een vermoedelijke beroepsziekte is soms eenvoudig en in andere gevallen juist heel ingewikkeld. Nadat een bedrijfsarts heeft geconcludeerd dat er sprake is van een beroepsziekte, is melden bij het NCvB een administratieve handeling voor de bedrijfsarts (diverse vragen moeten beantwoord worden op de website van de NCvB). Werknemer en werkgever zijn anoniem.

Het NCvB controleert de melding en verwerkt deze vervolgens in zijn statistieken. De melding bij het NCvB heeft niet als doel dat er vanuit het NCvB of een andere instantie, zoals de Inspectie SZW, actie wordt ondernomen richting de individuele werkgever. Het betreft zuiver een statistische melding, die wordt gebruikt voor inzichten op groepsniveau. De melding van een beroepsziekte bij het NCvB leidt op zich niet tot directe preventie.

Overigens zien bedrijfsartsen lang niet alle werkenden met een mogelijke beroepsziekte, bijvoorbeeld omdat nog steeds niet alle werkenden toegang hebben tot een bedrijfsarts of niet naar een bedrijfsarts gaan. Sluipende beroepsziekten komen pas (laat) aan het licht wanneer verzuim optreedt. Een deel van de aandoeningen, die werkgerelateerd kan zijn, openbaren zich bovendien pas wanneer de werknemer met pensioen is. Geschat wordt dat bijna 40% van de werkgerelateerde ziektelast zich voordoet na het werkzame leven. Het betreft hier vooral ziekten van de ademhalingswegen en maligniteiten¹⁵⁶.

Samenvattend

Alles bij elkaar genomen kan gesteld worden dat de bedrijfsarts een cruciale rol heeft bij het voorkómen en vaststellen van beroepsgebonden aandoeningen en beroepsziekten, maar dat hij deze rol vanwege een aantal omstandigheden niet altijd optimaal kan vervullen. In slechts 21% van de contracten was in 2018 advisering over preventie opgenomen. De bedrijfsarts is (financieel) afhankelijk van de toestemming van de werkgever om zijn rollen en taken volgens de regels der kunst uit te voeren. Daarnaast moeten er voldoende bedrijfsartsen beschikbaar zijn om alle taken rondom zowel verzuim als preventie te kunnen vervullen. Het aantal bedrijfsartsen neemt al jaren af. Er worden nu campagnes gevoerd om dit tij te keren.

3.3.5 De rol van (kern)deskundigen

Naast de bedrijfsarts spelen ook andere deskundigen potentieel een belangrijke rol bij de preventie van beroepsziekten; in het bijzonder de arbeidshygiënist en de arbeids- en organisatiekundige. Deze deskundigen zijn geïntroduceerd bij de wijziging van de Arbowet in 1994, vanuit de gedachte dat de (wettelijk verplichte) inschakeling van een multidisciplinaire arbodienst, met deskundigen op meerdere vakgebieden, zou leiden tot een dekkend aanbod van deskundigheid op het gebied van veilig en gezond werken.

Naast een bedrijfsarts, een arbeidshygiënist en A&O-deskundige moest de gecertificeerde arbodienst ook een hoger veiligheidskundige aan zich verbonden hebben. Ondanks dat fysieke (over)belasting een van de belangrijkste oorzaken is van uitval op het werk (zie ook paragraaf 2.2), is er medio jaren 90 voor gekozen om de ergonomie niet als verplichte deskundigheid op te nemen in de gecertificeerde arbodienst - mede omdat werd aangenomen dat de arbeidshygiëne als brede discipline ook het domein van ergonomische risico's bestrijkt, en de arbeidshygiënist de weg naar specialistische ergonomische kennis wel zou weten te vinden. Wel hebben meerdere arbodiensten ergonomen in de gelederen, evenals Arbo-verpleegkundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, arbo-adviseurs en verzuimconsulenten/casemanagers.

¹⁵⁶ Douwes & Hooftman (2019), par. 5.7.4

Van de kerndeskundigen zijn met name de arbeids- en organisatiekundige en de arbeidshygiënist voor de hand liggende professionals op het gebied van beroepsziekten. De A&O-deskundige richt zich op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting, de arbeidshygiënist op een zeer breed scala aan risico's (van gevaarlijke stoffen en biologische agentia tot lawaai, klimaat, straling en elektromagnetische velden). De deskundigheidseisen aan gecertificeerde arbeidshygiënist en A&O-deskundigen zijn hoog (HBO+), en vastgelegd in de Arbeidsomstandighedenregeling.

De meeste van de genoemde deskundigen zijn aangesloten bij beroepsverenigingen, zoals de [BA&O \(Beroepsvereniging Arbeids- en organisatie deskundigen\)](#) en de [NVvA](#) (Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne, met 500 leden). De BA&O stelt nadrukkelijk dat de aandacht van de arbeids- en organisatiekundige niet louter gericht is op het welzijn van de individuele werknemer, maar met name ook op organisatie, team- en groepsverbanden.

De vierde kerndeskundige in het kader van de arbowetgeving is de hoger veiligheidskundige.¹⁵⁷ De veiligheidskundige heeft niet primair een taak op het gebied van beroepsziekten, maar is vooral gericht op het voorkomen dan wel het beheersen van acute risico's (arbeidsongevallen). Desondanks zijn er diverse veiligheidskundigen die zich wél met de preventie van beroepsziekten bezighouden. Zo zijn er veiligheidskundigen die tevens gecertificeerd arbeidshygiënist zijn. Bovendien zijn veiligheidskundigen, meer dan arbeidshygiënist, dagelijks actief binnen bedrijven (terwijl arbeidshygiënist veelal externe deskundigen zijn, die vaak voor kortstondige opdrachten worden ingehuurd en minder betrokken zijn bij de implementatie van hun eventuele adviezen).¹⁵⁸

Voorts is de veiligheidskunde, meer dan de andere vakgebieden, gericht op het *leren* van incidenten.¹⁵⁹ Een tool die veel door veiligheidskundigen wordt gebruikt om ongevallen te analyseren, is de zogeheten Storybuilder-methode. Die systematiek kan, blijkens een eerste verkenning van het RIVM, ook worden ingezet voor de analyse van beroepsziekten (zie uitgebreider paragraaf 3.3.3). Dan helpt het als kerndeskundigen op het gebied van arbeidshygiëne bij het blootleggen van de factoren die tot beroepsziekten leiden, gebruik maken van de ervaring van veiligheidskundigen met systematische analysetechnieken.

Zoals gezegd was het idee achter de multidisciplinaire arbodiensten dat de verschillende professionals intensief zouden samenwerken, met als oogmerk een brede aanpak van eventuele risico's op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk. Alle drie de beroepsgroepen hebben interdisciplinaire samenwerking ook hoog in het vaandel staan.

In 2005 is de verplichting om een multidisciplinaire arbodienst in te schakelen echter vervangen door een zogeheten 'maatwerkregeling aanvullende deskundige bijstand'. Daardoor is het mogelijk geworden dat werkgevers nog slechts één of twee deskundigheden inschakelen. In de praktijk betekende dit dat er een zwaar accent kwam te liggen op de bedrijfsgeneeskunde, en dat het aantal arbeidshygiënist en A&O-deskundigen binnen een arbodienst is gedaald. Het gevolg hiervan is dat de geïntegreerde deskundigheid op het gebied van preventie van beroepsziekten is afgenomen¹⁶⁰, en de samenwerking tussen de verschillende arboprofessionals te wensen over laat: *"De dienstverlening rondom een klant is momenteel opgeknipt in onderdelen (vaak bij meerdere partijen) [...]. Er is sprake van verzuiling waardoor samenwerking tussen verschillende disciplines wordt bemoeilijkt"*.¹⁶¹

Bovendien is duidelijk dat veruit de meeste bedrijven geen beroep doen op de genoemde kerndeskundigen: in 2018 had minder dan 20% van de bedrijven in het contract met de arbodienst aandacht voor het inhuren van een arbeidshygiënist, veiligheidskundige of A&O-deskundige.¹⁶² Het belang van deskundige inbreng door arboprofessionals bij de preventie van beroepsziekten wordt dus kennelijk nog onvoldoende gezien.

¹⁵⁷ In Nederland zijn 2.900 veiligheidskundigen aangesloten bij de NVVK (Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde).

¹⁵⁸ Van Alphen (2013)

¹⁵⁹ Van Alphen et al (2008)

¹⁶⁰ Bartels (2015), p. 12

¹⁶¹ NVvA (2020)

¹⁶² Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 21

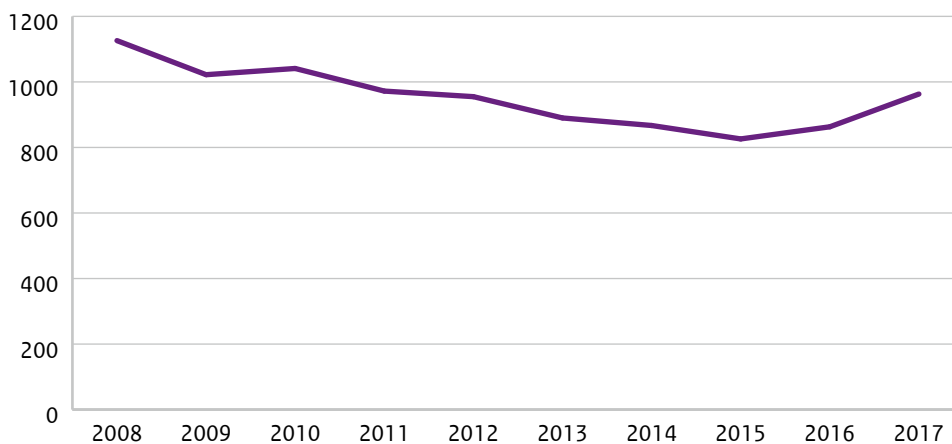
Tabel 3.3.5 Percentage bedrijven dat andere deskundigen inschakelt

	Veiligheidskundige	Arbeidshygiënist	A&O-deskundige
2007	26%	10%	17%
2018	24%	21%	19%

Bron: Inspectie SZW, Arbo in bedrijf, 2007-2018

De percentages in bovenstaande tabel blijven voor veiligheidskundigen en A&O-deskundigen opmerkelijk constant over de periode 2007-2018, al blijkt sinds 2014 relatief wel sprake van een toegenomen vraag naar arbeidshygiënisten. Maar absoluut is de omzet bij arbodiensten tussen 2008 en 2017 fors gekrompen (15%, zie figuur 3.3.5). Bij een omzet van ongeveer één miljard euro per jaar betekent dat minder dan 150 euro per werknemer per jaar - waarbij dus de bulk van het geld naar verzuimbegeleiding gaat.¹⁶³ Deze gegevens laten zien dat werkgevers, ook over een langere periode bezien, betrekkelijk weinig investeren in preventie.

Figuur 3.3.5 Bedrijfsopbrengsten arbodiensten (in miljoen euro)



Bron: CBS StatLine

3.3.6 De rol van wetenschappelijke instellingen en expertisebureaus¹⁶⁴

Expertise op het gebied van beroepsziekten is grofweg in te delen in drie clusters: wetenschappelijke instellingen (gericht op algemene kennis), individuele klinische expertises (vaststellen beroepsziekten bij individuele werknemers) en ondersteunende diensten en organisaties. De eerste twee clusters omvatten veel organisaties, die hierna kort de revue passeren.

Wetenschappelijke instellingen

Preventie van beroepsziekten is een kerntaak binnen de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Het herkennen en signaleren van beroepsziekten vergt specifieke kennis en expertise waarop een aantal academische centra en expertisecentra zich heeft toegelegd. Deze centra ondersteunen het reguliere werkveld van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde; de belangrijkste zijn:

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB)

Het NCvB houdt zich bezig met het bevorderen van de kwaliteit van preventie, (vroeg)diagnostiek, behandeling en begeleiding van beroepsziekten en arbeidsgebonden aandoeningen. Hiertoe is het NCvB actief op het gebied van:

- monitoring en signalering van beroepsziekten (landelijk meldings- en registratiesysteem, peilstation intensief melden);
- kennisverspreiding (websites, branche- en themarapporten, lezingen)

¹⁶³ In de praktijk komt 75% van de omzet uit verzuimbegeleiding. HR Navigator, Belangrijkste trends en ontwikkelingen arbodiensten 2015. Recentere cijfers zijn niet gevonden, maar de trend die in 2015 werd gesignaleerd was die richting verdere afschaling van preventie, en bij verzuimbegeleiding een trend richting 'verlengde-armconstructies', waarbij de bedrijfsarts nog verder van het primaire proces kwam af te staan.

¹⁶⁴ Door: Erik Stigter, Annette Notenbomer, Sophia Franklin. Bedrijfsartsen/medisch adviseur Inspectiebreed Kenniscentrum van Inspectie SZW

Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid

Het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid is onderdeel van het Academisch Medisch Centrum van het Amsterdam UMC. De afdeling doet onderzoek naar het ontstaan, voorkómen en behandelen van arbeidsgerelateerde ziekten.

Nederlands Kenniscentrum Arbeidsdermatosen (NECOD)

NECOD houdt zich bezig met het vergaren, bundelen, ontwikkelen, toegankelijk maken en distribueren van kennis over arbeidsrelevante huidproblematiek zoals eczemen. NECOD maakt deel uit van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Amsterdam UMC. NECOD werkt nauw samen met het NCvB.

Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS)

IRAS verzorgt onderwijs over en onderzoek naar gezondheidsrisico's door blootstelling aan ziekteverwekkers en mogelijk schadelijke stoffen in het (arbeids-)milieu en via de voedselketen. Effecten op ecosystemen worden ook onderzocht.

Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO)

TNO is een publiekrechtelijke organisatie, in 1932 bij wet opgericht. TNO houdt zich bezig met het toepasbaar maken van kennis voor bedrijven en overheden. TNO werkt vanuit het perspectief van beheersing van blootstellingrisico's onder andere samen met arbeidshygiënist, werknemers en werkgevers om beroepsziekten te voorkomen.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Het RIVM ontwikkelt en onderhoudt kennis over arbeid en gezondheid door (inter)nationale kennisvelden met elkaar te verbinden. Daarnaast houdt het RIVM zich bezig met risicobeoordelingen van stoffen op de werkvloer. Internationaal bestaan er samenwerkingsverbanden met het Europees Agentschap voor chemische stoffen (ECHA), de Occupational Safety and Health Organisation (OSHA) en de World Health Organisation (WHO).

Radboud Institute for Health Sciences

Deze organisatie is verbonden aan het Radboud UMC, en houdt zich onder meer bezig met onderzoek en onderwijs op het gebied van beroepsgebonden aandoeningen ten gevolge van blootstelling aan toxische stoffen en de gezondheidseffecten van stoffen in het milieu.

Klinisch diagnostische expertisecentra (individuele patiëntenzorg)¹⁶⁵

Polikliniek Mens en Arbeid (PMA)

De polikliniek Mens en Arbeid is een klinisch arbeidsgeneeskundige polikliniek en is verbonden aan het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam (Amsterdam UMC) en het Utrechts Medisch Centrum. Een voorbeeld van specifiek klinisch arbeidsgeneeskundig is het Solvent Team dat zich richt op diagnostiek en begeleiding van patiënten met Chronische Toxische Encefalopathie door oplosmiddelen, ook bekend als organo-psychoyndroom (OPS) of 'schildersziekte'.

Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL)

Het NKAL houdt zich bezig met diagnostiek, behandeling, re-integratie en preventie van arbeidsrelevante longaandoeningen. Op het gebied van patiëntenzorg, epidemiologisch onderzoek en onderwijs bestaat een nauw samenwerkingsverband met IRAS van de Universiteit Utrecht, het UMC Utrecht en het St Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. NKAL voert de 'bakkerspoli' uit in het kader van het landelijk project '[Blij met Stofvrij](#)'.

Instituut voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (IKA)

IKA is een netwerkorganisatie van arbeidsgeneeskundige specialisten en bedrijfsartsen, opgericht in 2011. IKA houdt zich bezig met onderzoek naar en behandeling van arbeidsgerelateerde medische problemen, én met aandoeningen die een belemmering kunnen vormen voor duurzame arbeidsparticipatie. Daarbij wordt nauw samengewerkt met topspecialisten en -universiteiten. IKA verzorgt ook onderwijs op het gebied van arbeidsrelevante aandoeningen.

¹⁶⁵ Er zijn weliswaar meerdere klinische expertisebureaus, maar deze zijn schaars bemenst met experts voor het vaststellen van beroepsziekten. Sommige bureaus maken over en weer gebruik van elkaars experts.

Nederlands Kenniscentrum Arbeidsdermatosen (NECOD)

Het NECOD bestaat al lange tijd als website en doet dienst als “magneet” voor de poliklinieken Dermato-allergologie verbonden aan het Amsterdam UMC en het UMCG. Er is in dit verband bij het Amsterdam UMC een centrum opgericht voor arbeidsgebonden huid- en longaandoeningen, waarin de long- en bedrijfsgeneeskunde zijn vertegenwoordigd, en daarnaast ook een arbeidshygiënist betrokken is.

Centrum voor Huid en Arbeid (CHA)

Het CHA bestaat sinds 1988 en is een landelijk bekend advies- en kenniscentrum voor beroepshuidziekten bij individuele werknemers. Sinds 1994 is de ‘Kapperspoli’ onderdeel van het CHA.

Polikliniek voor klinische arbeidstoxicologie (Radboud UMC)

Deze polikliniek houdt zich bezig met de beoordeling van gezondheidsklachten die mogelijk het gevolg zijn van het werken met chemische stoffen. Deze beoordeling vindt plaats na doorverwijzing van de werknemer door de bedrijfsarts.

CALHAR (Erasmus MC Rotterdam)

Dit centrum houdt zich bezig met beoordelingen op allergologisch gebied (huid, longen).

3.3.7 De rol van werkgevers: VNO-NCW MKB-Nederland: kennis van arborisico's¹⁶⁶

De arbeidsmarkt verandert ingrijpend. Een grote diversiteit in arbeidscontractvormen met uiteenlopende risico's is ontstaan. Drie groepen arborisico's zijn daarin dominant: fysieke belasting, gevaarlijke stoffen en psychosociale arbeidsbelasting. Voor de komende jaren moeten het onderkennen van die risico's, het organiseren van kennis daarover, inclusief het werken met nieuwe technologie en robotisering, het voorkómen van die risico's, het effectief behandelen, het toedelen van verantwoordelijkheden - inclusief de naleving daarvan, en het toezicht en de handhaving daarop - centraal staan.

De Arbeidsomstandighedenwet is met name gericht op bescherming van werknemers waarvoor de werkgever of opdrachtgever vrijwel de exclusieve verantwoordelijkheid draagt. De veranderingen in de arbeidscontractvormen zelf, als ook de veranderingen in het werk, verdragen zich steeds minder goed met die oorspronkelijke uitgangspunten. Uitgangspunt moet zijn het benadrukken van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de werkgever en de werkende. Wetgeving moet gericht zijn op het invullen van deze verantwoordelijkheden en op het waar nodig daarbij ondersteunen van partijen. Een werkend stelsel van arbeidsomstandigheden wordt niet gerealiseerd door een grotere rol van de overheid. Meer wetgeving sluit het gewenste maatwerk uit en smoort de noodzakelijke dynamiek. Zonder zelfwerkzaamheid komt een op de praktijk gericht arbeidsomstandighedenbeleid niet van de grond.

Aan de basis van het arbeidsomstandighedenbeleid ligt de systeemverplichting van de risico-inventarisatie en -evaluatie. Een systematische aanpak is belangrijk. Die aanpak begint op de werkvloer, waar werkgever en werknemer gezamenlijk de risico's verkennen en in een plan van aanpak uitwerken hoe met die risico's moet worden omgegaan. Preventie heeft alles te maken met het kunnen handelen op basis van nuttige en naleefbare regels en goede praktijken. Regels waarvan het nut niet wordt ingezien, zullen minder snel of niet worden nageleefd.

Preventie krijgt een extra dimensie wanneer onderzoek naar arbeidsongevallen en wellicht in de toekomst ook beroepsziekten door de Inspectie SZW met de branche en het bedrijf worden besproken, en zo nodig worden vertaald in aanvullende praktische maatregelen, waarvan het nut is bewezen. Ten slotte krijgt preventie betekenis als zij wordt verbonden met naleefbare doelen. Inspectie SZW en branche kunnen die doelen periodiek afspreken, meten, gezamenlijk evalueren en aan de leden van de branche teruggeven. Campagnes moeten daarbij ondersteunend werken, maar niet primair regelend.

¹⁶⁶ Door: Mario van Mierlo, Jurist, Werkzaam voor: VNO-NCW en MKB-Nederland, Op de terreinen: Europese sociale zaken, in het bijzonder gezond en veilig werken. Voorzitter van Werkgroep Arbo en Vitaliteit en Werkgroep Klokkenluiders van de Stichting van de Arbeid, Lid van de management boards van EU-OSHA, Eurofound en lid van het Raadgevend Comité voor Health en Safety van de Europese Commissie in Luxemburg, Voorzitter van Social Protection Working Group van Business Europe

Beroepsziekten staan sinds enige tijd weer in de schijnwerpers. Met name gaat het over beroepsziekten, die ontstaan als gevolg van het werken met gevaarlijke stoffen. De Commissie Heerts adviseerde erover.¹⁶⁷ Deze commissie werd opgericht vanwege de afhandeling van schade, die was ontstaan als gevolg van het gebruik van chroom-6. De complexe bewijsvoering van een causaal verband zorgde er namelijk voor dat het vaststellen van de aansprakelijkheid en de hoogte van de schadevergoeding een lange, tijdrovende en financieel kostbare procedure werd. Het is aannemelijk dat er in de toekomst meer stoffen zullen zijn waarvan pas na vele jaren zal blijken dat zij aanzienlijke gezondheidsschade hebben veroorzaakt. Om die risico's vóór te zijn is het essentieel dat de noodzakelijke kennis aanwezig is, en verworven en gedeeld wordt. Voor de afwikkeling van schade moet in lijn met de voorstellen van de commissie een goede en houdbare regeling tot stand komen.

Kennis en deskundigheid over het werken met gevaarlijke stoffen om beroepsziekten te herkennen en te voorkomen, worden in belangrijke mate neergelegd bij de arbeidshygiënist en, in toenemende mate, de bedrijfsarts. De rol van de bedrijfsarts is bij de wijziging van de Arbowet per 1 juli 2017 nog eens centraal gesteld. Het blijkt echter dat bedrijfsartsen soms worden overvraagd. Voor een deel is dit het gevolg van capaciteitsproblemen. Echter, niet alleen bedrijfsartsen maar ook andere deskundigen moeten meer kennis verwerven op het gebied van het gebruik van stoffen in relatie tot gezondheidseffecten. Maar het verhaal is niet rond als wij ons voor kennis en verwerving van deskundigheid alleen zouden richten op private partijen. Het is van even groot belang dat toezicht en handhaving op het terrein van gevaarlijke stoffen continu wordt gevoed met praktisch toepasbare kennis, en dat kennisdeling steeds wordt gestimuleerd. Ten slotte blijft het een voortdurende opgave om kennis op een laagdrempelige wijze aan werkgevers en werknemers ter beschikking te stellen en het gebruik hiervan te borgen.

Door de grote groep werkenden op de arbeidsmarkt die niet via een dienstverband actief is, wordt niet automatisch gebruik gemaakt van bedrijfsgezondheidszorg; terwijl bedrijfsgezondheidszorg essentieel is om een duurzame arbeidsinzet te kunnen realiseren. In de kern gaat het hier om de plaats en vormgeving van de factor arbeid in de zorg. Dat er voor iedere werkende toegang tot de huisarts is, wil nog niet zeggen dat iedere huisarts ook de factor arbeid integraal betreft in zijn diagnose, behandeling en doorverwijzing. Dit betekent overigens niet dat nieuwe wetgeving nodig is. Voorkomen moet worden dat nieuwe regels een papieren werkelijkheid vormen. Die biedt geen oplossing. Sterker nog, een papieren werkelijkheid drijft de organisatie van het arbeidsomstandighedenbeleid verder van het bedrijf af. Bij nieuw beleid moet het juist gaan om versterking van de praktijk.

Naleving is van evident belang. Bij het bevorderen hiervan moet niet de boete voorop staan, maar verbetering van de geconstateerde werkwijze. Dat kan als de Inspectie SZW zich richt op zowel advisering als op toezicht en handhaving. Het werkt in bedrijven zoveel beter en de naleving wordt zoveel groter, wanneer arbeidsinspecteurs in de bedrijven kunnen aangeven hoe een risicovolle situatie, en daardoor ongevallen en beroepsziekten, kunnen worden vermeden. Er kunnen zo goede kansen worden gecreëerd voor het voorkómen en aanpakken van risico's. Dit kan worden gerealiseerd door een meer proactieve opstelling van de Inspectie SZW, al dan niet in samenspraak met branches en deskundigen. Boetes zijn dan aan de orde bij intentioneel verkeerd handelen met grote risico's tot gevolg, of als er sprake is van roekeloosheid. De opvatting, dat advisering aan de markt alleen kan worden overgelaten, miskent de dynamiek van effectief toezicht en handhaving, en de relationele betekenis daarvan voor de dagelijkse praktijk in de bedrijven.

3.3.8 De rol van zelfstandigen volgens ZZZP NL¹⁶⁸

ZZP Nederland is een actieve organisatie die zich inzet voor de belangen van zelfstandigen, en die dat graag doet in verbinding met andere organisaties. Ook bij ZZZP Nederland staan beroepsziekten volop in de aandacht. Niet zonder reden. Het is de hoogste tijd dat er op het gebied van beroepsziekten iets voor ZZZP'ers gaat veranderen.

¹⁶⁷ Zie VSAB (2020)

¹⁶⁸ Door: Frank Alfrink. Was MKB-ondernemer, heeft onder meer acht jaar gewerkt als belangenbehartiger bij MKB-Nederland en tien jaar bij zorgverzekeraar Menzis met speciaal aandachtsgebied werk en gezondheid. Sinds 2015 directeur van ZZZP Nederland. Ook hier is de speciale aandacht voor werk en gezondheid noodzakelijk gebleven.

Een exclusieve en diverse doelgroep

Stichting ZZP Nederland behartigt landelijk de collectieve belangen van ondernemende vakmensen (ZZP'ers). Bij deze stichting zijn bijna 50.000 zelfstandigen aangesloten. In tegenstelling tot de meeste van onze collega-organisaties is ZZP Nederland geen onderdeel van een werkgevers- of werknemerskoepel, maar een onafhankelijke organisatie.

Omdat de term ZZP'er steeds meer een containerbegrip is geworden voor alle werkenden buiten dienstverband, is het doel van de stichting ZZP om van alle zelfstandigen bij te dragen aan een heldere positionering van de ZZP'er als zelfstandige professional en ondernemer, die wil samenwerken maar geen werkgever of werknemer wil zijn.

Het is opvallend dat met betrekking tot gezond werk veel onderzoeken en initiatieven gericht zijn op uitsluitend werkgevers en werknemers, en niet op ZZP'ers. ZZP'ers kunnen als werkenden immers net zo ziek worden als alle andere werkenden, maar worden dan vaak toch niet meegenomen in allerlei initiatieven en programma's. Een gevolg van deze uitzonderingspositie is dat ZZP'ers geen geregelde toegang hebben tot bijvoorbeeld de arbeidsgerelateerde zorg.

ZZP Nederland en beroepsziekten

ZZP'ers werken onder dezelfde condities als andere werkenden. Ze zijn per definitie niet minder kwetsbaar dan andere werkenden. Daarnaast lopen ZZP'ers het gevaar te lang door te werken met een ziekte. Immers, geen werk is geen inkomen. Tevens lopen ze het risico dat pas laat een beroepsziekte geconstateerd wordt, wat eerder onderkend had kunnen worden. Het risico van ZZP'ers op een beroepsziekte kan zelfs groter zijn vanwege het ontbreken van een geregelde en verzekerde toegang tot arbeidsgerelateerde zorg. ZZP'ers moeten daarom zelf alerter zijn op signalen die wijzen op een beroepsziekte.

Overigens zijn ZZP'ers niet de enige groep werkenden die geen geregelde en verzekerde toegang heeft tot arbeidsgerelateerde zorg. De schattingen over het aantal werkenden dat geen toegang heeft tot een bedrijfsarts variëren nogal, maar liegen er niet om. Diverse onderzoeken laten zien dat het om zo'n drie tot vier miljoen werkenden gaat.¹⁶⁹ Het betreft dan 30 tot 40% van de beroepsbevolking. Juist het vroegtijdig kunnen signaleren van klachten is van belang om beroepsziekten te kunnen voorkomen. Het ontbreekt werkenden nogal eens aan bewustzijn en kennis over ziekten en aandoeningen.

Bewuster zijn van risico's van ongezond werk

In dit kader past de uitspraak van de commissie Borstlap over de wendbaarheid van de werkende. Die wendbaarheid is nu al - en in de toekomst zeker - heel belangrijk. Zekerheid kan lui en gemakzuchtig maken. Veel ZZP'ers zijn wendbaar en vindingrijk. Daar staat tegenover dat veel ZZP'ers zich nog onvoldoende bewust zijn van de risico's en gevolgen van ongezond werk; iets wat overigens niet exclusief geldt voor zelfstandigen, maar voor alle werkenden.

Bij ZZP'ers speelt wel iets anders mee. De meesten zoeken de autonomie in het uitoefenen van hun beroep. Ze realiseren zich niet altijd wat het allemaal betekent om voor eigen rekening en risico te werken. Er zijn wel bewustwordingscampagnes waarin zaken als gezond werk aan de orde komen, maar de overheersende gedachte is helaas nog steeds te veel incidentgedreven. ZZP'ers ontdekken pas iets als het misgaat, en dan is het al te laat. Tegelijkertijd blijken verhalen van collega-ZZP'ers over beroepsrisico's, zoals burn-out, wél vaak de ronde te doen; dat heeft echter nog niet echt tot een preventieve werking geleid.

ZZP Nederland zoekt de verbinding, denkt, praat en doet graag mee

ZZP Nederland doet bijvoorbeeld mee met het netwerk dat de Longalliantie (LAN) om zich heen heeft gevormd en waarbij veel organisaties, zoals FNV en NCvB, zijn aangesloten. Daarnaast is ZZP Nederland betrokken bij de totstandkoming van de [Arbovisie 2040](#) en het onderzoek dat bureau Panteia en het RIVM doen naar de (gewenste) organisatie van arbeidsgerelateerde zorg voor zelfstandigen. In november 2020 heeft Panteia een [handreiking Ziek en ZZP'er](#) gepubliceerd.

Daar waar het knelt, ligt vaak ook de oplossing; DBC Arbeid in Zorgverzekeringswet

Het is belangrijk dat er een betaaltitel komt voor de arbeidsgerelateerde zorg voor ZZP'ers. Anders blijft het vastlopen op de kosten. De ZZP'er gelooft het dan wel, stelt het uit, of zoekt zelf naar (goedkopere) oplossingen. ZZP Nederland dringt er daarom op aan arbeidsgerelateerde zorg te financieren vanuit de Zorgverzekeringswet. We zijn het dan ook van harte eens met de oproep van het KNMG om een arbeidsarts in te stellen. Maar voorwaarde is dan wel dat hiervoor een eerstelijns

¹⁶⁹ De Rijk (2019)

toegang geldt, en dat een consult niet ten laste komt van het eigen risico. In elk zorgplan moet de factor arbeid worden meegenomen. Dit geldt niet alleen voor de diagnose, maar ook voor de aanpak van de, mogelijk werkgerelateerde, oorzaken van de aandoening.

Meer inzetten op preventie

Zorgverzekeraars aarzelen in dit verband om meer te investeren in preventie. De kans bestaat immers dat de baten uiteindelijk komen te liggen bij een andere verzekeraar. Als iedere zorgverzekeraar bereid is te investeren in preventie, levert dat per saldo in termen van gezondheid en kosten voor iedereen winst op. Iedere zorgverzekeraar calculeert nu voor eigen rekening en enkel voor de korte termijn. Initiatieven zoals drie- of vijfjaarscontracten, waarbij deelnemers een uitgebreider gezondheidsprogramma (met lifestyle-elementen) wordt aangeboden, worden door VWS niet toegestaan.

Duurzame inzetbaarheid

Volgens ZZZP Nederland is de tijd nu rijp dat er iets rondom het ZZZP-schap gaat veranderen. Nu alle wetgeving rondom ZZZP en arbeidsmarkt is ingetrokken en ook het advies van de Stichting van de Arbeid inzake de verplichte AOV voor zelfstandigen onuitvoerbaar blijkt, is het de hoogste tijd voor een structurele discussie rondom het opzetten van een nieuw sociaal stelsel voor werkenden. De commissie Borstlap heeft hiervoor al een goede aanzet gegeven.¹⁷⁰

De as van zelfredzaamheid en bescherming moet de basis vormen van een te ontwikkelen instrumentarium (wettelijk, sociaal en fiscaal) dat recht doet aan alle werkenden, ongeacht de contractvorm. Ons advies is om de financieringswijze van arbeidsgerelateerde zorg en de aandacht voor preventie hierin direct mee te nemen. Doel is om alle werkenden weerbaar en wendbaar te maken en te houden.

3.3.9 De rol van brancheorganisaties: Vollandis als voorbeeld¹⁷¹

Naast veiligheid is de stijgende pensioenleeftijd een belangrijke uitdaging voor bedrijven in de bouw- en infrasector. Veel werknemers hebben een zwaar beroep, zijn al jong begonnen met werken en kijken onvoldoende vooruit naar de toekomst. Sociale partners in deze sector hebben een langjarige ervaring met sectorbeleid gericht op gezond en veilig werken en de ontwikkeling van werknemers.

Vanaf 2016 is de uitvoering van dat sectorbeleid belegd bij kennis- en adviescentrum Vollandis. Vollandis bouwt verder op het werk van zijn voorgangers Arbouw en Fundeon. Nieuw is de integrale aanpak in bewustwording en het bieden van handelingsperspectief voor werknemers én werkgevers in de bouwnijverheid bij de invulling van hun eigen duurzame inzet. Vollandis stimuleert en faciliteert bedrijven en werknemers om zelf het heft in handen te nemen als het gaat om hun prestaties, loopbaanontwikkeling en gezond, veilig en vitaal werken. De aanpak van Vollandis gaat uit van drie deelprojecten: [Werk veilig. Houd plezier. Kijk vooruit.](#) Het gaat hierbij om veilig en gezond werken, plezier houden in het werk, en op tijd vooruitkijken naar het werk, nu en in de toekomst. De sector maakt hiermee een beweging van bedrijfsgezondheidszorg naar individugerichte preventiezorg (IPZ).

Vollandis geeft invulling aan de uitvoering van het [IPZ-pakket](#). Dit is vastgelegd door sociale partners in de cao Bouw & Infra. Samen met diverse partners worden tal van interventies en kennisproducten aan vakmensen en hun bedrijven aangeboden om zelf aan de slag te gaan met thema's die bijdragen aan hun duurzame inzet. Elke interventie wordt gezien als een onderzoek, waarvan de data worden verzameld en geanonimiseerd. Vollandis verzamelt die data, geeft ze terug aan elke werkgever via het online werkgeversportaal 'MijnVollandis', en publiceert jaarlijkse rapportages op sectorniveau.

Werknemers

Een belangrijke stimulans voor zelfregie bij vakmensen in de Bouw & Infra is hun deelname, elke vier jaar en bij een hogere leeftijd elke twee jaar, aan de Duurzame Inzetbaarheidsanalyse (DIA). De [DIA](#) is een kosteloze check-up van werk én gezondheid. Een Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) in combinatie met een adviesgesprek met een onafhankelijke adviseur van Vollandis leidt tot een persoonlijk actieplan. Het [PAGO](#) wordt uitgevoerd door een van de geselecteerde [arbodiensten](#).

¹⁷⁰ <https://www.zzp-nederland.nl/nieuws/adviescommissie-borstlap-zet-ondernemers-opzij>

¹⁷¹ Door: Margo Caspers, Specialist duurzame inzetbaarheid/ergonomie bij Vollandis.

Het DIA-adviesgesprek over de huidige en gewenste werksituatie verloopt aan de hand van thema's onder de drie genoemde pijlers. Ook de regelingen die het bedrijf of de sector inzet, komen aan bod. Werkplekonderzoek, werkdruk- en loopbaanbegeleiding vallen onder de sectorvoorzieningen. Deelname is deels op kosten van de sector en deels door werknemers zelf te bekostigen uit het (persoonlijke) duurzame-inzetbaarheidsbudget. Voor alle interventies geldt: deelname is op basis van vrijwilligheid.

Bedrijven

Voor bedrijven is er een online werkgeversportaal mijnVollandis. Hier kan de werkgever het bedrijfsrapport Duurzame Inzetbaarheid inzien, gebaseerd op de resultaten van de DIA's/PAGO's in de afgelopen jaren. Zo krijgt de werkgever inzicht in het werkvermogen van de eigen werknemers, en ontvangt hij tips en tools om zelf aan de slag te gaan. Vanaf eind 2020 biedt het portaal ook toegang tot een providerboog van geselecteerde aanbieders van diensten die het bedrijf (op eigen kosten) verder kunnen helpen bij de thema's waarbij actie gewenst is. Via het portaal heeft het bedrijf tevens toegang tot praktische instrumenten, zoals de branche-RI&E, de V&G-planner en Storybuilder, een door het RIVM ontwikkelde methodiek om arbeidsongevallen te analyseren tot op het niveau van de achterliggende oorzaken en zo te leren van ongevallen.

Sector

Om de duurzame inzet van vakmensen in bouw- en infrabedrijven te waarborgen, is toekomstgericht beleid nodig. Dit vraagt om het grondig en betrouwbaar verzamelen, combineren en analyseren van data die waardevolle inzichten, trends en ontwikkelingen laten zien. Doel is het bieden van hoogwaardig, relevant en actueel advies aan alle vakmensen binnen de bouwnijverheid, hun bedrijven en de sectororganisaties. Daarvoor worden data verzameld - onder andere uit de PAGO's en uit de adviesgesprekken (altijd geanonimiseerd) -, en gemonitord, en wordt informatie ontsloten over de verschillende aspecten van duurzame inzetbaarheid. Kennisproducten met meetbare impact en een sterke verbinding tussen interventies voor vakmensen, hun bedrijven en de sector zijn daar voorbeelden van.

Binnen Vollandis zijn inhoudsdeskundigen werkzaam op het gebied van Arbeid en Organisatie, Arbeidshygiëne, Arbeidsmarkt, Bedrijfsgezondheidszorg, Epidemiologie, Ergonomie en Veiligheid. Deze deskundigen vervullen een spilfunctie: ze zorgen voor de signalering van problemen gerelateerd aan arbeidsmarkt en veiligheid en gezondheid (V&G), de vertaling daarvan naar oplossingen en de implementatie daarvan. Door de multidisciplinaire samenwerking is voor de sector een hoge mate van kwaliteit en efficiëntie te bereiken.

Kennisproducten

Samen met de bedrijfstak zijn in de loop der jaren vele instrumenten ontwikkeld waarmee de bouw- en infrabedrijven worden ondersteund bij de directe of indirecte uitvoering van hun wettelijke arboverplichtingen. Deze instrumenten zijn voor de bedrijfstak een belangrijke steun in de aanpak van gezond en veilig werk. De Arboret en het Arbobesluit gaan ervan uit dat bedrijfstakken op basis van de stand van de techniek en wetenschap hun eigen normering/grenswaarden vastleggen. Hieraan wordt invulling gegeven door de ontwikkeling van de branche- en bedrijfstakspecifieke normdocumenten, zoals [A-bladen](#) (stand-der-techniekdocumenten met betrekking tot één onderwerp) en [arbocatalogi](#). Ook [adviesbladen](#), [toolboxen](#), [arbovriendelijke hulpmiddelen](#), [Storybuilder](#), [V&G-planner](#), [PISA](#), de [branche-RI&E](#), de [bedrijfstakatlas](#) en het jaarlijkse [bedrijfstakverslag](#) zijn voorbeelden van deze kennisproducten.

Voordelen van de sectoraanpak

De sectoraanpak heeft tal van voordelen, zoals:

- Afspraken en instrumenten zijn sectorbreed van toepassing. Dit geeft duidelijkheid voor alle betrokken partijen.
- Collectieve aanpak drukt de kosten door schaalvergroting en kennisbundeling.
- Schaalvergroting maakt het mogelijk om sectorspecifieke afspraken te maken met betrekking tot de arbozorg door arbodiensten, door inzet van dedicated teams.
- Door de huidige wijze van bundeling zijn expertises nu veel beter bereikbaar voor mkb-bedrijven in de bouw.

De sectoraanpak maakt het mogelijk om samen met andere partijen snel te schakelen en afspraken te maken die voor betrokkenen van toepassing zijn. Een mooi voorbeeld hiervan is de aanpak, samen met de technieksector, om veilig te kunnen doorwerken in coronatijd. Het gemeenschappelijke coronaprotocol met een ondersteunende helpdesk zorgde direct voor duidelijkheid, waardoor bedrijven in bouw en techniek konden doorwerken.¹⁷²

¹⁷² <https://www.vollandis.nl/media/3539/protocol-samen-veilig-doorwerken-versie-200417.pdf>

Langer doorwerken

Zeer relevant voor Vollandis is de discussie over langer doorwerken. Die zou op basis van de ervaringen meer verlegd moeten worden naar de preventieve sfeer, met andere woorden: wat moet er gebeuren om te voorkomen dat langer doorwerken niet meer gaat? De kracht van de sectoraanpak zit in de integraliteit: mensen die veiliger werken, werken ook met meer plezier en houden het langer vol!

3.3.10 De rol van het Ministerie van SZW: beleid en toezicht

Beleid

De kern van het arbobeleid is dat de verantwoordelijkheid voor een gezonde en veilige werkomgeving bij werkgevers en werknemers ligt. De overheid schept de (wettelijke) kaders, informeert en stimuleert en monitort.

Als *kadersteller* is er verantwoordelijkheid voor het onderhouden en verder doorontwikkelen van het Arbostelsel, zodat dit ook in de toekomst toereikend is voor de borging van gezond en veilig werken van alle werkenden. Wetten en regelgeving worden geactualiseerd en verbeterd, en beleid wordt geëvalueerd, onder andere via de Arbobalans.

Via beleidsprogramma's stimuleert de overheid werkgevers en werknemers in het nemen van hun verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheid is vooral gericht op preventie via het stimuleren van goed werkgeverschap en een cultuurverandering binnen bedrijven. Ondersteuning van werkgevers, werknemers en arboprofessionals met voorlichting en informatie gebeurt onder andere via de website Arboportaal.nl.

Toezicht

De Inspectie SZW staat voor gezond, veilig, eerlijk werk en bestaanszekerheid voor iedereen. De Inspectie SZW houdt toezicht op alle 1,7 miljoen Nederlandse bedrijven waar 8,7 miljoen mensen werken. Niet alle werkgevers kunnen worden geïnspecteerd. De Inspectie streeft ernaar de capaciteit en middelen in te zetten voor de meest risicovolle situaties en bedrijven. De Inspectie pakt de complexe en ernstige maatschappelijke problemen aan in inspectieprogramma's met een op maat gesneden aanpak.

3.3.10.1 Programma preventie beroepsziekten van het Ministerie van SZW¹⁷³

“Gevaarlijke stoffen zijn een sluipmoordenaar. We moeten de handen ineenslaan en dit probleem samen aanpakken. Ondanks alle kennis en beschikbare beschermingsmiddelen eisen gevaarlijke stoffen elk jaar nog steeds bijna 3.000 levens! Dit soort cijfers vind ik ‘shocking’ en onacceptabel. Het zijn cijfers die ons met de neus op de feiten drukken. Dit is een maatschappelijk probleem met grote gevolgen. En veel persoonlijk leed. De gevolgen van het werken met gevaarlijke stoffen zijn ernstig. Alleen mérk je die gevolgen pas op de langere termijn; als je pech hebt pas als je met pensioen bent en eigenlijk gewoon volop moet genieten van het leven. Gelukkig kun je er iets tegen doen. Daar gaat deze campagne over.”

(Staatssecretaris SZW van Ark op 14 mei 2018)

Met bovenstaande woorden luidde de toenmalige staatssecretaris van SZW het programma ‘Preventie Beroepsziekten’ in; een forse beleidsintensivering gericht op de preventie van beroepsziekten. Ook in de uitvoeringsfase van het programma heeft de staatssecretaris het onderwerp gevaarlijke stoffen voortdurend onder de aandacht gebracht, en opgeroepen tot actie. Vanaf 2020 besteedt het programma ook aandacht aan fysieke belasting (zie hieronder).

In aanloop naar de campagne kwam er steeds meer aandacht voor beroepsziekten in media en de politiek. Aanleiding waren verschillende incidenten bij bedrijven waar werknemers waren blootgesteld aan gevaarlijke stoffen, zoals bij het

¹⁷³ Door Henri Geron en Nicole Gras, beiden werkzaam als senior beleidsmedewerker bij de directie G&VW van het ministerie van SZW.

bedrijf DuPont, en de blootstelling van werknemers aan het kankerverwekkende chroom-6. Op basis van een programmeringsstudie van TNO naar de grootste risicogebieden, de knelpunten en behoeften is een vierjarig beleids- en campagneprogramma opgesteld dat in eerste instantie gericht was op gevaarlijke stoffen die vaak op termijn tot gezondheidsklachten kunnen leiden.

Werk is vaak goed voor de gezondheid. Het houdt mensen actief, en heeft een positieve invloed op het welbevinden. Werk kan echter ook tot negatieve gezondheidseffecten leiden, door blootstelling aan arbeidsrisico's zoals fysieke belasting of gevaarlijke stoffen. Daardoor kunnen mensen ziek worden van hun werk en is er sprake van een beroepsziekte. Vaak gebeurt dit pas lang nadat de eerste blootstelling heeft plaatsgevonden. Deze zogenoemde latentietijd kan bij beroepsziekten als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen oplopen tot wel 30 à 40 jaar. Dit in tegenstelling tot arbeidsongevallen, waarbij het nadelige effect voor alle partijen meteen evident is. Deze doorgaans lange latentietijd bemoeilijkt het voorkómen en de aanpak van beroepsziekten:

- De causale relatie tussen het eerste moment van blootstelling en het optreden van gezondheidsklachten is niet altijd duidelijk.
- Gezondheidsklachten in bijvoorbeeld de grote groep van beroepslongziekten treden in circa 80% van de gevallen pas op gedurende de pensioengerechtigde leeftijd. Daardoor blijven ze voor de ex-werkgever(s) buiten beeld.
- Het risico is slecht waarneembaar, omdat de blootstelling onopgemerkt kan plaatsvinden. Het risicobewustzijn is om die reden bij bepaalde, vaak kleine bedrijven laag. Het risico kan gemakkelijk worden gebagatelliseerd, omdat feitelijke gegevens vaak ontbreken.

Gevaarlijke stoffen: cijfers en strategie

Jaarlijks ontstaan ruim 200.000 nieuwe beroepsziekten vanwege uiteenlopende risico's door het werk.¹⁷⁴ In Nederland heeft één op de zes personen te maken met gevaarlijke stoffen op het werk (ruim één miljoen personen). Vele duizenden lijden aan verschillende stofgerelateerde aandoeningen, zoals COPD, contacteczeem en astma. Het jaarlijks aantal doden door beroepsziekten is naar schatting 4.100. Daarvan sterven ruim 3.000 mensen als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Verreweg de meest voorkomende doodsoorzaak is kanker, met 2.500 sterfgevallen (zie uitgebreider paragraaf 2.3.1). Veel voorkomende gevaarlijke stoffen die kanker en ernstige longaandoeningen kunnen veroorzaken zijn dieselrook, houtstof, isocyanaten, kwartsstof en lasrook.

Om de reikwijdte zo maximaal mogelijk te maken wordt in het programma Preventie Beroepsziekten samengewerkt met branches, arboprofessionals, kennisinstellingen, en EU-OSHA/Focal Point. De bijdrage van die partners bestaat er onder meer uit de campagne-uitingen van het programma verder te verspreiden onder hun leden. Ook is er regelmatige afstemming met de Inspectie SZW en wordt er, daar waar nuttig, samengewerkt bij de organisatie van bijeenkomsten. Naast deze campagnepartners dragen 'ambassadeurs' van het programma het belang van gezond werken uit, te weten twee slachtoffers met een beroepsziekte. Deze ex-werknemers vinden het belangrijk om hun verhaal aan jongeren te vertellen om hen ervan te doordringen dat gezond en veilig werken van levensbelang is. Zij zijn vooral aan het woord in de collegetour langs ROC's en vakopleidingen (zie kadertekst Collegetour).

Het programma richt zich primair op werkgevers, werknemers, hun koepelorganisaties, arboprofessionals en andere organisaties. De strategie spitst zich toe op drie sporen, namelijk:

1. *Vergroten van het risicobewustzijn en urgentiebesef.* Dit spoor bestaat uit het voeren van een media- en netwerkcampagne met radiospots, tweewekelijkse nieuwsbrieven en posts op social media. [Arboportaal](#) is de programmasite waarnaar wordt gelinkt via een [online test](#). Daarbij ligt de focus op de bronaanpak van de arbeidshygiënische strategie (STOP¹⁷⁵).
2. *Het bieden van oplossingen.* Op Arboportaal zijn alle communicatie- en campagne-uitingen te vinden in de vorm van allerlei tools, zoals de '[Toolbox gezond werken met gevaarlijke stoffen](#)', factsheets en praktijkvoorbeelden vanuit de focus van de individuele werkende. Daarnaast passeert een reeks '[Veiligheidshelden](#)' de revue. Verder wordt eind 2020 een 'Quiz Veiligheidshelden' gepresenteerd, bedoeld om het gesprek in bedrijven te stimuleren over 'hoe' er gezond en veilig kan worden gewerkt. Ook zijn in dit spoor diverse subsidies verleend aan sectoren en beroepsorganisaties.
3. *Het ontwikkelen van kennis en verspreiden van innovaties.* In dit spoor zijn uiteenlopende activiteiten georganiseerd. Zo vond in samenwerking met Focal Point (EU-OSHA) een [innovatiefestival](#) plaats waarin 'best practice awards' werden uitgereikt

¹⁷⁴ Arbobalans 2018, p. 143

¹⁷⁵ STOP: hiërarchisch geordend beheersprincipe uit de Arbowet en -regelgeving: Substitutie, Technische maatregelen, Organisatorische maatregelen en Persoonlijke beschermingsmaatregelen

aan bedrijven, en hebben experts een essaybundel¹⁷⁶ geschreven over inzichten met betrekking tot blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Daarnaast is er een checklist 'vroege gezondheidsklachten' voor werkenden in ontwikkeling bij het RIVM. Die zal in 2021 verschijnen. Vanaf 2018 tot op de dag van vandaag is er specifieke aandacht besteed aan de blootstellingsproblematiek van chroom-6, naar aanleiding van een aantal incidenten bij verschillende bedrijven. Er is een landingspagina op Arboportaal geplaatst, een *factsheet* Chroom-6 en een filmserie, er zijn '6 lessen over Chroom-6' ontwikkeld, en er is een [Chroom-6-bijeenkomst](#) georganiseerd. Tot slot is het [beheersregime Chroom-6 van overheidsopdrachtgevers](#) op Arboportaal gepubliceerd.

Veilige werkwijzen gevaarlijke stoffen en andere interventies

Het programma biedt een tiental partijen financieel ondersteuning om een stap te zetten naar een veiligere en gezondere werkplek. Een aantal sectororganisaties van werkgevers en werknemers ontwikkelt of implementeert in dit verband 'veilige werkwijzen'. Veilige werkwijzen zijn geprotocolleerde handelingen voor het gezond en veilig werken met gevaarlijke stoffen. Statistisch is aangetoond dat de blootstelling bij die handelingen voldoende laag blijft, dat wil zeggen onder het niveau van de (wettelijke) grenswaarde. Bij blootstelling aan kankerverwekkende en mutagene stoffen zonder veilige grenswaarde dient de blootstelling te allen tijde zo laag als technisch mogelijk gehouden te worden. De werkwijzen worden als onderdeel van de arbocatalogus voor toetsing aan de Inspectie SZW voorgelegd. Hieronder staan een aantal voorbeelden.

In de carrosseriesector (schadeherstel, carrosseriebouw, caravanherstel en ruitenherstel) wordt gewerkt aan de vervanging van ontvetters en, voor zover dat nog niet mogelijk is, aan de ontwikkeling en implementatie van veilige werkwijzen. Naast ontvetten gaat het om handelingen als lijmen, plamuren en reinigen van gereedschap.

In de renovatiesector voor de monumentenzorg, waaronder ook architectuur, wordt een tiental veilige werkwijzen ontwikkeld voor het verantwoord be- en verwerken van hoog kwartshoudende zandsteensoorten, voor zover het verwerken van dergelijke steensoorten is toegestaan bij de renovatie van monumenten. Ook opdrachtgevers, vaak overheden, worden nader geïnformeerd. In de logistiek wordt het veilig werken met gevaarlijke stoffen geagendeerd om het risicobewustzijn te verbeteren en gerichte informatie aan te bieden. Dit krijgt vorm door de ontwikkeling van een Toolbox, de inzet van communicatie, workshops en andere meetings, en door belangrijke informatie vast te leggen in een boekwerk voor werknemers.

In het kader van 'Pak stof aan in de agrarische en groene sector' loopt een project gericht op de beheersing van stof, waaronder endotoxinen¹⁷⁷. Onderdelen hiervan zijn communicatie, de ontwikkeling van veilige werkwijzen, de ontwikkeling van een stoftest ten behoeve van de RI&E, en het periodiek medisch onderzoek (PMO), waaronder longfunctiemetingen.

Daarnaast zijn trajecten ingezet met andere organisaties, zoals de Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVVA), om deze vaak onbekende expertise meer voor het voetlicht te brengen bij werkgevers en werknemers, maar ook bij jongeren in ROC's en vakopleidingen.

Met de Long Alliantie Nederland lopen trajecten om de bedrijfsgezondheidszorg en de curatieve zorg beter op elkaar te laten aansluiten en om met de opgedane kennis preventie beter mogelijk te maken. Daartoe werd de expertise van een bedrijfsarts en een arbeidshygiënist ingeschakeld. In de uitgevoerde regionale pilots bleek dat in multidisciplinaire medische teams de relatie van een longaandoening met het beroep significant vaker werd gelegd, waardoor de behandeling gericht en efficiënter kon worden ingezet.

¹⁷⁶ Houtman et al (2019)

¹⁷⁷ Endotoxinen zijn celwandbestanddelen van bepaalde dode of beschadigde bacteriën. Afhankelijk van de mate van blootstelling kunnen endotoxinen tot acute en chronische klachten aan de luchtwegen leiden (bijvoorbeeld COPD; droge hoest, benauwdheid, piepen op de borst, rilligen, transpireren en koorts).

Collegetour

In het Programma Preventie Beroepsziekten wordt met de Long Alliantie Nederland (LAN) samengewerkt aan primaire preventie en arbocuratieve zorg (zie ook kader over veilige werkwijzen gevaarlijke stoffen en andere interventies). Door die samenwerking met de LAN is het Ministerie in contact gekomen met twee longpatiënten die werkgerelateerde klachten hebben ontwikkeld. Deze twee longpatiënten treden op als ambassadeurs van het Programma. De bijdrage van beide personen tijdens bijeenkomsten van de collegetour leidt vaak tot een wake-up call bij toehoorders en draagt bij aan een beter risicobewustzijn en urgentiegevoel.

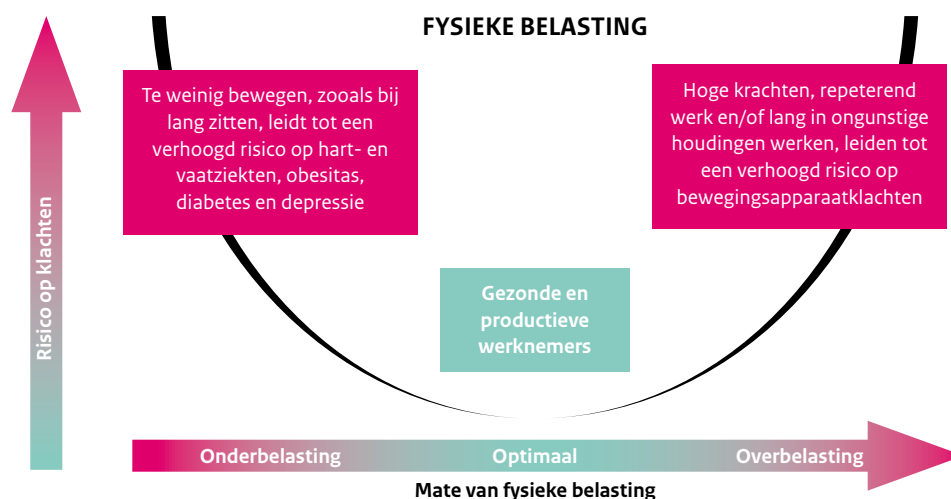
De betrokkenheid van de ambassadeurs bij het programma is groter geworden naarmate het programma vorderde. Zij vinden de motivatie hiervoor in het voorkómen dat anderen door onwetendheid ook slachtoffer worden van een beroepsziekte. Hun bijdrage als ambassadeurs aan de landelijke collegetour bij ROC's en vakopleidingen is van groot belang. Leerlingen zijn vaak onder de indruk van hun verhaal en stellen verdere vragen over rechten en plichten en over manieren om een beroepsziekte te voorkomen. Ook arbeidshygiënisten zijn betrokken bij de collegetour om uit te leggen welke kennis zij kunnen inbrengen. Vanwege COVID-19 wordt de collegetour nu ook digitaal aangeboden. Ook daarmee zijn positieve ervaringen opgedaan, waardoor dit onderdeel wordt gecontinueerd in het programma.

Fysieke belasting: cijfers en strategie

In Nederland hebben 3,1 miljoen werknemers te maken met fysiek belastend werk. Het aantal werkenden met fysiek belastend werk ligt nog hoger, omdat 42% van de zelfstandigen ook fysiek belastend werk heeft. Van alle werkgerelateerde verzuimdagen is 28% te wijten aan klachten van het bewegingsapparaat. De kosten van het werkgerelateerde verzuim bedragen per jaar ongeveer 1,5 miljard euro. In Nederland hebben naar schatting 460.000 mensen een beroepsziekte aan het bewegingsapparaat. Het gaat hier om door werknemers zelf gerapporteerde beroepsziekten die zijn vastgesteld door een arts.¹⁷⁸

Het programmaonderdeel fysieke belasting volgt de drie sporen van het programma preventie beroepsziekten zoals hiervoor genoemd. De campagne voor fysieke belasting wordt uitgevoerd in samenwerking met EU OSHA/Focal Point NL, dat de Europese campagne verzorgt. In samenwerking met enkele prioritaire sectoren worden deelcampagnes ontwikkeld, gericht op het vergroten van het risicobewustzijn van fysieke belasting en het bieden van handelingsperspectief. De focus in de communicatiecampagne ligt op de bronaanpak en de arbeidshygiënische strategie voor fysieke belasting.

De campagne voor fysieke belasting is in oktober 2020 gelanceerd in samenwerking met EU OSHA/Focal Point NL. Er zal dan worden gestart met de publieks- en deelcampagnes. Dat gebeurt in samenwerking met enkele prioritaire sectoren, door hen te ondersteunen bij de implementatie van maatregelen. De focus in de communicatiecampagne ligt op het TOP-principe van de arbeidshygiënische strategie voor fysieke belasting (zie onderstaand figuur) en op vroegtijdige signalering van gezondheidsklachten. Via TNO, het RIVM en universiteiten zal innovatie worden gestimuleerd.



¹⁷⁸ NEA 2018 (TNO/CBS)

In 2020 staat fysieke overbelasting centraal en richt het programma zich op werkgevers en werknemers uit de vijf sectoren die het meest te maken hebben met uitval door fysieke overbelasting: landbouw, industrie, bouw, vervoer & transport en zorg. Fysieke *onderbelasting*, zoals langdurig zittend werk zonder daarbij regelmatig van de werkplek af te komen, komt met name voor in de ICT, de financiële sector, het openbaar bestuur en de zakelijke dienstverlening en zal in 2021 meer aandacht krijgen.

Uit de programmeringsstudie van TNO blijkt dat de motivatie voor werkgevers voor de aanpak van fysieke belasting vooral is: de gezondheid van medewerkers, goed werkgeverschap, het verminderen van ziekteverzuim, het voldoen aan wettelijke verplichten, en de resultaten van de RI&E. Belemmeringen zijn het gedrag dat medewerkers onvoldoende gebruik maken van de maatregelen, andere prioriteiten bij werkgevers (het primaire proces), een beperkt budget en het kosten/batenplaatje.

De speerpunten fysieke belasting worden op het moment van schrijven van deze paragraaf vertaald in communicatieboodschappen en implementatiestrategieën. Het programma geeft externe partijen ook een rol, zodat op meerdere plekken dezelfde boodschap wordt uitgedragen. Centraal staan:

- Basis op orde door inzicht in de risicofactoren via een goede risico-inventarisatie, waarvoor sectorspecifieke tools of, bij afwezigheid daarvan, generieke tools kunnen worden gebruikt.
- De arbeidshygiënische strategie. In alle communicatie wordt opgeroepen om fysieke belasting aan te pakken door toepassing van de TOP-strategie (zie figuur hieronder), beginnend bij de bron.
- Het verbeteren (van de gebruikersvriendelijkheid) van arbocatalogi en vergroten van de bekendheid hiervan.
- Stimuleren van een goed veiligheidsklimaat/een goede veiligheidscultuur binnen bedrijven, met structurele aandacht voor het onderwerp, een lage drempel voor het bespreken van problemen, en het samen bedenken van oplossingen, bijvoorbeeld met een arbocoach.

Om het belang van de arbeidshygiënische strategie bij de aanpak van fysieke belasting in een herkenbare boodschap over te brengen, zal het programma de volgende TOP-strategie centraal stellen.

Aanpak fysieke belasting: start bij de bron



© 2020 TNO

Bron: TNO 2020/Directie G&VW Ministerie van SZW

3.3.10.2 Inspectieprogramma's gericht op preventie van beroepsziekten¹⁷⁹

Gezond werk heeft betrekking op het voorkómen dat mensen ziek worden van hun werk en geen beroepsziekten oplopen. De verantwoordelijkheid voor het voorkómen van beroepsziekten ligt in de eerste plaats bij de werkgever, maar de verantwoordelijkheid daarvoor ligt ook bij de werknemer (zie paragraaf 3.1). De Inspectie SZW kan niet direct toezicht houden op beroepsziekten. Wel kan de Inspectie:

- Toezicht houden op het functioneren van het arbozorgstelsel (RI&E, PVA, PAGO, basiscontract, melden door bedrijfsartsen);
- Toezicht houden op de (belangrijkste) risico's, zoals fysieke belasting, PSA en gevaarlijke stoffen die (kunnen) leiden tot beroepsziekten; en
- Reageren op klachten en meldingen die bij de Inspectie binnenkomen met betrekking tot beroepsziekten, risico's of het functioneren van het arbozorgstelsel.

De programmering van de Inspectie komt tot stand op grond van een inspectie-brede risicoanalyse (IRA) en omgevingsanalyse. De in de IRA gebruikte beroepszieketcijfers zijn afkomstig uit de NEA. Ook cijfers van het NCVB worden daarin gebruikt (zie paragraaf 1.2). Zoals in hoofdstuk 3 al is beschreven, zijn de drie belangrijkste boosdoeners en veroorzakers van beroepsziekten blootstelling aan gevaarlijke stoffen, PSA en fysieke belasting. De Inspectie kent drie programma's die zich volledig richten op het voorkómen van beroepsziekten, namelijk Bedrijven met Gevaarlijke Stoffen, Asbest, en Arbeids(markt)discriminatie en PSA.

Fysieke belasting is een onderwerp dat niet apart binnen een themaprogramma de aandacht krijgt, maar wel onderdeel is van een aantal sectorprogramma's, zoals Industriële Arbeid (IA), Zorg, Agrarisch en Groene sector (AGS) en Logistiek en Transport (L&T). Een ander programma is Meldingen, verzoeken en preventie onveilig en ongezond werk (MOW), dat meldingen en klachten oppakt. De focus in dit programma ligt echter tot op heden meer bij veilig werk (ongevallen) dan bij gezond werk (beroepsziekten). Binnen het Programma MOW loopt ook het Project Arbozorg, met daarin aandacht voor de veiligheidscultuur binnen bedrijven. Binnen dit programma vindt ook een pilot plaats die gericht is op het digitaal opvragen en beoordelen van de RI&E's.

In het Meerjarenplan 2019-2022 (MJP) zijn ten aanzien van gezond werk voor verschillende programma's enkele doelen benoemd die in het meest recente Jaarplan 2020 een meer concrete uitwerking hebben gekregen.¹⁸⁰

Programma Bedrijven met gevaarlijke stoffen (BmGS)

Dit programma richt zich op een betere beheersing van de blootstelling aan gevaarlijke stoffen, en beoogt dat werkgevers hier meer aandacht aan besteden. Voor chronische blootstelling richt het programma zich op het terugdringen van beroepsziekten veroorzaakt door carcinogene, mutagene en reprotoxische stoffen (CMR) via inhalatie-sensibiliserende stoffen en ioniserende straling. Het uitgangspunt blijft dat bedrijven (gaan) voldoen aan het zogenaamde vierstappenmodel blootstelling. Voor acute blootstelling staat voorop dat werkgevers aandacht besteden aan het samenspel tussen techniek, organisatie en cultuur om tot veilig gebruik van procesinstallaties te komen.

Daarnaast inspecteert het programma in 2020 BRZO-bedrijven, bedrijven die lijmen, kitten en harsen produceren, en bedrijven die onderhouds- en renovatiewerkzaamheden verrichten waarbij chroom-6 houdende materialen worden bewerkt. Er zijn naar schatting 100.000 bedrijven die gebruikmaken van gevaarlijke stoffen. Uit de analyse over het gebruik van gevaarlijke stoffen blijkt dat onwetendheid over de risico's de overwegende oorzaak is van niet-naleving, en dat veel bedrijven niet-naleven. Het programma besteedt daarom ook veel aandacht aan voorlichtingsactiviteiten.

Programma Asbest

Dit programma richt zich op het voorkómen van beroepsziekten door blootstelling aan asbest als kankerverwekkende stof. De focus ligt daarbij op zowel de asbestverwijderingsbranche, als op elke andere omgeving waar asbestsanering plaatsvindt of waar werknemers tijdens hun reguliere werkzaamheden in aanraking kunnen komen met asbest. Het programma streeft

¹⁷⁹ Bronnen voor deze bijdrage: Inspectie SZW, Meerjarenplan 2019-2022/Jaarplan 2020 en Motie beroepsziekten In-spectie t.a.v. beroepsziekten: TK-brief, d.d. 13 februari 2020, TK 25883-373.

¹⁸⁰ Inspectie SZW, MJP 2019-2022 Inspectie SZW, [Jaarplan 2020](#)

naar een hogere naleving van wet- en regelgeving door gecertificeerde bedrijven. Bovendien streeft het programma naar minder illegale asbestverwijderingen en meer bewustwording over de gevaren en risico's van asbest bij werkgevers en werknemers.

In 2020 wil het programma bereiken dat installatie- en loodgietersbedrijven de blootstelling aan asbest beter beheersen. Doel is om gecertificeerde bedrijven (ten minste) eens per drie jaar te inspecteren. De notoire niet-nalevers binnen de gecertificeerde sector worden verschillende keren per jaar bezocht om druk op deze bedrijven te houden en hen tot naleven te bewegen. Ook werkt het programma samen met andere toezichthouders - zoals Omgevingsdiensten - om de dichtheid van het toezicht op gecertificeerde en niet-gecertificeerde bedrijven te vergroten. Het is nodig om de gepercipieerde pakkans en sanctie-ernst te vergroten, aangezien financiële motieven in relatie tot een laag risicobewustzijn en bijbehorende onverschilligheid over de regels en het stelsel oorzaken zijn van regelovertreiding.

Programma PSA en Arbeids(markt)discriminatie

Dit programma richt zich op het verminderen van de blootstelling van werknemers aan ongewenste omgangsvormen, werkdruk en agressie en geweld (PSA). Verder werkt het programma aan gelijke kansen voor werknemers en mensen die voor de arbeidsmarkt beschikbaar zijn (arbeids- en arbeidsmarktdiscriminatie). Met deze doelen draagt het programma bij aan een gezond werkklimaat. Het programma streeft primair naar een verbeterde naleving door werkgevers van de Arbowet. Het besteedt aandacht aan de risico's van PSA in de RI&E, het plan van aanpak en de voorlichting daarover door de werkgever aan werknemers.

Op meer operationeel niveau richt het programma zich tot werkgevers, arboprofessionals en sociale partners. Dit moet leiden tot een hoger percentage werkgevers dat PSA en discriminatie op de werkvloer volgens de stand van wetenschap en professionele dienstverlening aanpakt. Nadat in 2019 aandacht is besteed aan jongeren en *young professionals* op de arbeidsmarkt, richtte het programma zich in 2020 vooral op ouders met jonge kinderen.¹⁸¹

Tot aan het moment dat de wettelijke basis voor handhaving op arbeids(markt)discriminatie gereed is, voert het programma verkennende inspecties uit naar discriminatie in het wervings- en selectieproces. Daarbij richt de inspectie op zowel werkgevers en als intermediairs. Het programma doet onderzoek naar een effectieve handhavingsstrategie met behulp van geautomatiseerde systemen en algoritmen.

Programma Zorg

Dit programma richt zich de komende jaren vooral op de thuiszorg (onder meer de 24-uurs zorg), waar de volgende gezondheidsrisico's een rol spelen: te hoge werkdruk, te grote fysieke belasting, blootstelling aan gevaarlijke stoffen en te lange werktijden. Het programma besteedt aandacht aan de aanwezigheid van adequate RI&E's bij verpleeg- en verzorgingsinstellingen. Daarnaast wordt de ontwikkeling van een door de Raad van Bestuur gedragen en gestimuleerde organisatiecultuur rondom veilig en gezond werken gemonitord. Het programma wil dat gemeenten zich als opdrachtgever verantwoordelijk voelen voor gezond, veilig en eerlijk werk in de (thuis)zorg.

Programma Transport en Logistiek

Dit programma besteedt aandacht aan de risico's op fysieke overbelasting (met name het excessief kracht zetten bij tillen, trekken en duwen, en de veiligheid bij het laden en lossen).

Handhaven arbozorgverplichtingen; preventie van beroepsziekten

Door toezicht en handhaving op de arbozorgverplichtingen (RI&E, plan van aanpak, preventiemedewerker, basiscontract met een arbodienst/arts) vervult de Inspectie in wezen een preventieve rol ten aanzien van het optreden van beroepsziekten. Arbozorg in bedrijven is een continu proces van het herkennen en beheersen van de gezondheids- en veiligheidsrisico's op de werkvloer, met als doel preventie van blootstelling, verzuim, arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Uit onderzoek blijkt dat slechts een derde van de bedrijven een RI&E, preventiemedewerker, bedrijfshulpverlening en een contract met een arbodienstverlener heeft. De Inspectie SZW wil dat dit aantal sterk omhoog gaat. Zowel de kwantiteit (het

¹⁸¹ Hieronder vallen mensen met een actieve kinderwens, zwangere vrouwen en hun partners, en ouders met kinderen die op de basisschool zitten.

aantal bedrijven dat over de genoemde documenten beschikt) als de kwaliteit (de inhoud) moeten beter. Daarom zet de Inspectie de komende jaren ruim in op arbozorg met handhaving en communicatie.¹⁸²

Arbozorg & gezondheids- en veiligheidscultuur¹⁸³

Per 1 september 2019 is het niet hebben van een RI&E, plan van aanpak of basiscontract direct beboetbaar. Deze verandering van het handhavingsinstrument moet bijdragen aan een hogere naleving van de arbozorgverplichtingen. Zodoende besteden alle arboprogramma's in hun inspecties aandacht aan de aanwezigheid van de RI&E, het plan van aanpak en het basiscontract.

Verdere intensivering van toezicht en handhaving gebeurt in de door de Inspectie SZW ontwikkelde sectoraanpak arbozorg, die in 2020 is gestart. Deze aanpak richt zich op subsectoren die zich kenmerken door een lage naleving van de arbozorgbepalingen, gecombineerd met de aanwezigheid van grote arbeidsrisico's in de subsector. De aanpak bestaat uit een combinatie van voorlichtingscommunicatie en handhaving, waarbij de Inspectie samenwerkt met de betrokken branchepartijen. Het doel is om met deze intensieve aanpak de naleving van arbozorgbepalingen in de geselecteerde subsectoren sterk te vergroten.

Daarnaast is in 2020 gestart met de pilot Schriftelijke RI&E, waarin de Inspectie onderzoekt of schriftelijke handhaving op de RI&E, het plan van aanpak en het basiscontract mogelijk is. Als deze werkwijze succesvol blijkt zal de Inspectie dit verder opschalen.

Het programma Impuls RI&E¹⁸⁴

In 2019 is het programma Impuls RI&E ontwikkeld. Opeenvolgende monitors over gezond en veilig werken lieten zien dat de naleving van de verplichting om een risico-inventarisatie en -evaluatie op te stellen achterblijft. Niet alleen te weinig bedrijven hebben een RI&E, ook de kwaliteit van de RI&E moet verbeterd worden. Van alle bedrijven waar een RI&E is uitgevoerd, heeft slechts 30% de belangrijkste risico's in beeld. Het belang van de kwaliteit van de RI&E kwam verder op de voorgrond te staan door het rapport van de onafhankelijke onderzoekscommissie Tilburg Chroom-6. Doel van Impuls RI&E is dus om de naleving kwantitatief en kwalitatief te verbeteren.

Tijdens netwerkbijeenkomsten en werksessies die door de beleidsdirectie gezond en veilig werken (SZW) zijn geïnitieerd, is gewerkt aan oplossingsrichtingen voor het verbeteren van de naleving van de RI&E. De laatste sessie was een zogenaamde design sprint, waarin een multidisciplinair team een week onafgebroken heeft gewerkt aan een advies voor het bereiken, motiveren en ondersteunen van kleine ondernemers in het kader van de RI&E. Er is een klantreis gemaakt voor de naleving van de RI&E, waarbij alle uitdagingen en kansen in beeld zijn gebracht en geanalyseerd. Deze klantreis leverde belangrijke bouwstenen voor de eerste fase van het programma. Tijdens de sprint is ook een eerste prototype-instrument ontwikkeld en bij kleine ondernemers getest, wat helpt om voor het eerst een RI&E te maken.

Parallel aan de bijeenkomsten en werksessies is een knelpuntenanalyse uitgevoerd door een onderzoeksbureau. Dit onderzoek richtte zich op de bedrijven die wél een RI&E hebben, om te bezien hoe de kwaliteit verbeterd kan worden. Uit de analyse bleek dat werkgevers verschillende knelpunten ervaren. Inzicht in deze knelpunten is nodig om deze te kunnen aanpakken, en om ervoor te zorgen dat meer werkgevers een RI&E maken. Zo wordt veel onduidelijkheid ervaren met betrekking tot de informatievoorziening en de ondersteunende instrumenten bij het maken van een RI&E.

¹⁸² Inspectie SZW (2018a)

¹⁸³ Door: Floor Leemans, projectleider Arbozorg, Inspectie SZW

¹⁸⁴ Door: Chantal van Aken, beleidsmedewerker G&VW, min. SZW

Het programma beoogt de komende jaren een forse inspanning te leveren om de naleving van de RI&E-verplichtingen en de kwaliteit van de RI&E's substantieel te verbeteren. Het programma bestaat uit drie programmalijnen: communicatie, toepassing, en toezicht en handhaving. Enerzijds wordt ingezet op het verhogen van de bekendheid van de RI&E-verplichting en het verbeteren van de ondersteuning aan bedrijven. Anderzijds wordt toegewerkt naar een intensiever handavingsregime.

De aanpak is gefaseerd: de komende twee jaar ligt de focus op het verhogen van het aantal bedrijven met een RI&E, en het bevorderen dat werkgevers in staat zijn de risico's op een goede manier te inventariseren. Gaandeweg verschuift de focus steeds meer naar het bevorderen dat werkgevers ook in staat zijn planmatig de risico's te beheersen. Ofwel: eerst het verhogen van het aantal bedrijven met een RI&E, vervolgens het verbeteren van de kwaliteit. De uitvoering van de eerste fase van het programma stond gepland in juni 2020, maar is vanwege de COVID-19-crisis verplaatst naar het najaar. Vlak voor de Week van de RI&E (21 tot en met 25 september 2020) startte de communicatiecampagne. Deze campagne richt zich breed op kleine bedrijven en zet extra in op sectoren waar de naleving het meest achterblijft (handel en dienstverleningssectoren).

Tegelijkertijd met de campagne start de pilot 'Route naar de RI&E voor het MKB'. De pilot betreft een vernieuwde website van het Steunpunt RI&E, die de doelgroep van de campagne helpt door inzichtelijker te maken welke bestaande ondersteuning beschikbaar is, en door een innovatief nieuw instrument beschikbaar te stellen voor kleine werkgevers die niet kunnen terugvallen op een brancheorganisatie. De ambitie is om na de pilotfase de aanpak op te schalen naar alle instrumenten die worden aangeboden door het Steunpunt RI&E.

Volgende stappen voor het verbeteren van de toepassing zijn het opschalen van de pilot en het uitwerken van de stappen om de advisering en toetsing van de RI&E te verbeteren. In overleg met sociale partners en kerndeskundigen wordt bezien op welke wijze bijvoorbeeld de arbeidshygiënist vaker betrokken kan worden bij het toetsen van de RI&E als sprake is van een risico op blootstelling aan gevaarlijke stoffen (toezegging in de kabinetsreactie op het rapport van de Commissie Heerts). Tot slot zal gekeken worden hoe de betrokkenheid van medewerkers bij de RI&E vergroot kan worden.

De verbetering ten aanzien van de RI&E, zoals deze naar voren komt uit Arbo in Bedrijf (2018), moet dus verder doorzetten. Het aantal bedrijven met een RI&E moet worden verhoogd, evenals de kwaliteit van de RI&E. De RI&E is immers een essentieel instrument in bedrijven om structuur te geven aan het arbobeleid, en mag geen papieren tijger zijn. In alle programma's waar actieve capaciteit beschikbaar is, wordt gecontroleerd op de aanwezigheid van de RI&E, het plan van aanpak en het basiscontract.

Op het gebied van voorlichting werkt de Inspectie nauw samen met de beleidsdirectie Gezond & Veilig Werk. De Inspectie sluit aan bij de activiteiten uit het Meerjarenplan RI&E, zoals de communicatiecampagnes, de week van de RI&E en de ontwikkeling van instrumenten die ondernemers helpen bij het opstellen van een RI&E.

Nieuwe initiatieven

Inzicht in de mate van naleving van de arbozorgverplichtingen krijgt de Inspectie onder andere door de monitor Arbo in Bedrijf. De komende tijd richt de monitor zich in het bijzonder op de rol van de bedrijfsarts en andere (kern)deskundigen in bedrijven. Doel is om, onder meer ten behoeve van inspectieprogramma's, zicht te krijgen op het functioneren van de deskundigen in de praktijk, en de rol die ze innemen in het arbozorgstelsel.

Voor de veiligheidscultuur wordt overwogen om door middel van onderzoek een handzaam instrument te ontwikkelen dat kan worden gebruikt bij met name kleinere bedrijven. Dit instrument moet inzicht geven in cultuur en gedrag rondom veiligheid en de verbeteringen die daarbij nodig zijn.

De Inspectie is van plan een dashboard voor beroepsziekten te ontwikkelen, waarmee per programma gemonitord kan worden wat de voornemens zijn van de betreffende programma's ten aanzien van beroepsziekten, en wat daarvan gerealiseerd wordt. Doel van het dashboard is om zo per programma de risico's op beroepsziekten meer expliciet - en daarmee ook beter zichtbaar - te maken, na te gaan welke doelen het programma geformuleerd heeft, en aan te geven welke onbenutte mogelijkheden er wellicht zijn.

4 Compensatieregelingen slachtoffers beroepsziekten

Slechts een zeer klein deel van de werkenden die lijden aan een beroepsziekte, stellen, vanwege allerlei belemmeringen, hun werkgever aansprakelijk. Een nog kleiner deel ontvangt uiteindelijk een compensatie via de rechter.¹⁸⁵ Voor enkele groepen slachtoffers met specifieke beroepsziekten geldt een van overheidswege ingestelde compensatieregeling, zoals slachtoffers van blootstelling aan asbest, OPS-slachtoffers, of werknemers die zijn blootgesteld aan chroom-6. Deze paragraaf gaat in op de ontstaansgeschiedenis en de werking van een aantal van deze regelingen, waarvan de tegemoetkoming asbestslachtoffers (Tas) de belangrijkste is.

De lange weg tot het herkennen van risico's bij blootstelling aan bepaalde gevaarlijke stoffen en compensatieregelingen voor slachtoffers laat een aantal mechanismen zien die de positie van het slachtoffer structureel ondermijnen. Dit blijkt ook uit het recente rapport van de Commissie Heerts, die aangeeft dat een compensatiesysteem waarbij schadeloosstelling direct bij de werkgever kan worden verhaald, maatschappelijk en politiek niet haalbaar is. Voor sommige groepen slachtoffers is er daardoor binnenkort een collectieve compensatieregeling beschikbaar, maar voor de overgrote meerderheid blijft de langdurige en complexe gang naar de rechter een gegeven (zie paragraaf 4.4). Voor die groep kunnen alternatieven uitkomsten bieden, bijvoorbeeld mediation (zie paragraaf 4.5).

4.1 Slachtoffers blootstelling asbest en de lange mars naar compensatie¹⁸⁶

Het grootste gedeelte van de asbestslachtoffers bestaat, ook vandaag nog steeds, uit werkenden die in de tweede helft van de vorige eeuw zijn blootgesteld aan asbest op de werkvloer.¹⁸⁷ Blootstelling aan asbestvezels kan leiden tot asbestose (vorm van stoflongen, een progressieve stoflongziekte waarbij bindweefselvorming in de longen optreedt), mesotheliom (longvlieskanker), asbest-gerelateerde longkanker en buikvliesmesotheliom. Vaak wordt mesotheliom genoemd als voorbeeld van een unieke monocausaal gerelateerde beroepsziekte. Dit houdt in dat er voor mesotheliom geen andere oorzaken zijn dan blootstelling aan asbest, in tegenstelling tot vele andere beroepsziekten.

Juridisch gezien is monocausaliteit een voordeel, omdat het eerder leidt tot erkenning en compensatie. Longkanker kan bijvoorbeeld zowel door roken als door de blootstelling aan asbest komen. Het slachtoffer moet dan niet alleen aantonen dat hij/zij aan asbest is blootgesteld tijdens het werk, maar ook in welke mate die blootstelling heeft bijgedragen aan het ontstaan van zijn/haar ziekte. Dit is (medisch en juridisch) vaak moeilijk te bewijzen.¹⁸⁸

Lange weg naar erkenning van het gevaar van asbest

Toch is de moeilijke bewijslast niet het hele verhaal. Asbest lijkt namelijk exemplarisch voor de vele andere “krachten” die spelen rondom de erkenning en compensatie van beroepsziekten. Zo resulteert beschikbare (wetenschappelijke) kennis niet altijd meteen in adequate regelgeving, handhaving of preventie op de werkvloer.¹⁸⁹ Bovendien ontbreekt het aan alternatieven voor de (grond)stof. Ook het economische en werkgelegenheidsbelang van de ziekmakende industrie speelt

¹⁸⁵ Belemmeringen zijn onder andere de lange latentietijd, de reeds verbroken band tussen werkgever en werknemer, de lange duur van deze juridische procedures die daardoor kostbaar zijn, en de bewijsvoering die kennisintensief en eveneens tijdrovend is. Bovendien hebben werkenden van wie de werk- of opdrachtgever niet meer bestaat of waarbij geen sprake is van een werkgevers-werknemersrelatie (ZZP), via het aansprakelijkheidsrecht geen kans op compensatie.

¹⁸⁶ Door: Anne Tiemstra, coördinerend adviseur/onderzoeker, Inspectie SZW. De achtste netwerkbijeenkomst beroeps-zieken (oktober 2019) heeft als basis gediend voor deze paragraaf. Dr. J.M. (Jan) Warning, directeur Instituut As-bestschtoffers (IAS), was één van de sprekers tijdens deze sessie.

¹⁸⁷ Kezel (2013)

¹⁸⁸ Ruers (2012), IAS (2018)

¹⁸⁹ Gee & Greenberg (2001)

een rol. Ten slotte beschikken de industrie / de werkgevers in de beginfase over kennis van het gebruik van potentieel gevaarlijke stoffen in het productieproces en over een krachtige lobby, terwijl vakbonden de beroepsziekten nog niet goed in beeld hebben en slachtoffers nog niet zijn georganiseerd.¹⁹⁰

Zo bleef - ondanks wetenschappelijk bewijs - de asbestindustrie bijvoorbeeld de causale relatie tussen asbest en mesotheliom heel lang (en succesvol) betwisten. Om de onschuld van asbest te bewijzen, schrok de asbestindustrie er zelfs niet voor terug om onjuiste informatie over asbestslachtoffers naar voren te brengen.¹⁹¹ Vanaf de Nederlandse overheidsbeslissing in 1971 om tot een asbestbesluit te komen, duurde het nog tot 1993 voordat het werken met asbest en asbesthoudende producten in zijn geheel verboden werd in Nederland;¹⁹² terwijl eind 19e eeuw onder andere in Groot-Brittannië al was vastgesteld dat inademing van asbeststof schadelijk is voor de longen.

Asbest in een bedrijfsbevolking

In 1969 verdedigde de Nederlandse bedrijfsarts Jan Stumphius zijn proefschrift 'Asbest in een bedrijfsbevolking. Een onderzoek naar het voorkomen van asbestlichaampjes en mesotheliomen op een scheepswerf en machinefabriek'. Hij bevestigde daarmee dat ingeademd asbest vele jaren later tot sterfte door mesotheliom kan leiden. Dit leidde tot stakingen bij scheepswerven en andere asbestverwerkende bedrijven. En politieke partijen namen standpunten in. Zo eiste de PvdA in 1971 een volledig asbestverbod.

“Werknemers eisen dat hun bedrijf geen asbest meer verwerkt. Stumphius’ eigen bedrijf, de Koninklijke Maatschappij De Schelde (KMS), een scheepswerf annex machinefabriek in Vlissingen, trekt de enig juiste consequentie uit het onderzoek. Het bedrijf stopt in de loop van 1969 volledig met het gebruik van asbest op de scheepswerf. Dat zegt veel over de positie die Stumphius bij KMS inneemt en het vertrouwen dat hij daar geniet.”¹⁹³ In Nederland werd uiteindelijk het verwerken van asbest pas in 1993 (volledig) verboden.

Regeling Tegemoetkoming Asbestslachtoffers en het Instituut asbestslachtoffers

Toen asbest in 1993 werd verboden, was er nog niet direct een aanpak om slachtoffers van asbestblootstelling tegemoet te komen. Asbestslachtoffers hebben weliswaar de mogelijkheid om een claim via het aansprakelijkheidsrecht in te dienen bij de vroegere werkgever, maar de civielrechtelijke procedures duren te lang om bij leven te vernemen of de claim wordt gehonoreerd. Werkenden waarbij uiteindelijk mesotheliom wordt vastgesteld, hebben na de diagnose vaak nog maar een jaar te leven,¹⁹⁴ terwijl een gemiddelde rechtszaak veel langer dan een jaar duurt.¹⁹⁵

Het aansprakelijkheidsrecht, ook van vóór 1993, heeft er evenmin voor gezorgd dat de blootstelling aan asbest onder controle kwam. De vele aansprakelijkheidsprocedures zijn namelijk pas écht op gang gekomen in de jaren 70 en 80, nadat het gebruik van asbest in de industrie al afnam.¹⁹⁶ De civielrechtelijke aansprakelijkheidsprocedures van asbestslachtoffers tegen werkgevers hebben wel een belangrijke rol gespeeld in het agenderen van hun tragiek en positie. Zowel in de rechtszaal als in de media gingen kritische wetenschappers en advocaten de werknemers als 'slachtoffer' benoemen en de werkgevers als 'schadeplichtig'. Daarmee samen viel het ontstaan van organisaties van slachtoffers en de toenemende politieke interesse voor de positie van de slachtoffers.¹⁹⁷

Eind 1994 richtte de SP samen met enkele weduwen het Comité Asbestslachtoffers (CAS) op. De SP wees bij de oprichting van het CAS op de tweede lijdensweg: de lange en zware juridische weg om schadeloosstelling en genoegdoening te krijgen

¹⁹⁰ Blijleven & Weel (2019)

¹⁹¹ Weel & Van der Laan (2019)

¹⁹² Het Besluit tot wijziging van het Asbestbesluit Arbeidsomstandighedenwet (de asbestban).

¹⁹³ Zie Blog 'Een bedrijfsarts van goud' van André Weel d.d. 14 februari 2019

¹⁹⁴ De prognose: 80% van deze patiënten overlijdt binnen een jaar.

¹⁹⁵ Kezel (2013)

¹⁹⁶ Kezel (2013)

¹⁹⁷ Ruers (2012)

voor de toegebrachte schade en het leed.¹⁹⁸ Slachtoffers werden (worden) in de rechtszaal vaak financieel en inhoudelijk bijgestaan door het CAS of Bureau Beroepsziekten FNV.¹⁹⁹ Dat was (is) van belang, omdat voor veel asbestslachtoffers de kosten voor een juridische procedure niet te dragen waren (zijn).

Eerste arrest: de zaak Janssen-Nefabas (HR 6/4/1990, 25/6/1993)

De zaak Janssen-Nefabas duurde bijvoorbeeld zes jaar. De oud-medewerker Janssen van het bedrijf Nefabas te Oosterhout, een dochter van het Belgische Eternitconcern, blijkt in 1972 aan asbestose te lijden. In 1984 stapt Janssen naar de rechter. Uiteindelijk krijgt hij in 1990 gelijk van de Hoge Raad. De Hoge Raad stelt dat, gezien de zware bewijslast voor de werknemer, de werkgever ook zijn standpunt moet motiveren door feiten en omstandigheden te vermelden, die aannemelijk maken dat en hoe hij als werkgever aan zijn verplichtingen heeft voldaan.

Dit was een doorbraak. Door deze uitspraak werd de onderzoeksplicht van de werkgever verzwaaard, en de stelplicht en bewijslast van de werknemer verlicht. Volgens de Hoge Raad, nadat de schade bewezen is en de schade kan zijn ontstaan door blootstelling op de werkplek (zie ook paragraaf 4.5), de werknemer volstaan met te stellen dat de werkgever geschreven en ongeschreven regels met betrekking tot de veiligheid had geschonden. Deze benadering betekende in feite een omkering van de bewijslast ten voordele van de werknemer.

Na het verschijnen van het adviesrapport 'asbestslachtoffers' van Prof. mr. J. de Ruiter (maart 1997) en de kabinetsreactie hierop (aanstellen van een kwartiermaker), voerden vanaf september 1997 verschillende partijen²⁰⁰ gesprekken over de opzet van een Instituut Asbestslachtoffers (IAS). In november 1998 werd het Convenant IAS door alle partijen getekend. Het convenant regelde dat het IAS een laagdrempelige bemiddelaar werd tussen het slachtoffer en de (vroegere) werkgever, én dat het IAS een advies geeft aan de Sociale Verzekeringsbank over een tegemoetkoming van de overheid aan het slachtoffer. Het verlenen van de tegemoetkoming is vastgelegd in de Regeling Tegemoetkoming Asbestslachtoffers (TAS). Het Ministerie van SZW verleende een eenmalige startsubsidie van 2,5 miljoen gulden. Het IAS werd in januari 2000 officieel geopend, en tegelijkertijd trad de TAS-regeling in werking.²⁰¹

Het IAS en de TAS-regeling richtten zich in eerste instantie uitsluitend op asbestslachtoffers met mesothelioom opgelopen in loondienstverband. Vanaf 2014 is hier asbestose aan toegevoegd. De regeling geldt niet voor slachtoffers met asbestgerelateerde longkanker, hoewel het IAS hier wel een ontwikkelingstaak heeft volgens het convenant. De achterliggende gedachte van de TAS-regeling is dat het slachtoffer zelf bij leven de maatschappelijke erkenning moet kunnen krijgen. De TAS-regeling is dan ook een vangnetregeling, waarbij de eenmalige financiële tegemoetkoming door de overheid vooruitloopt op de eventuele schadevergoeding door de aansprakelijke (voormalige) werkgever.

TAS-regeling

*“Die asbestslachtoffers, die vanwege een onvindbare of failliete werkgever of vanwege het verstrijken van de verjaringstermijn een vordering niet geldend kunnen maken, zijn hiermee niet geholpen. Algemeen wordt deze situatie als onbevredigend ervaren vanwege de ernst van de aandoening en de brede toepassing van asbest in de samenleving in het verleden. De regering meent de asbestslachtoffers met een niet-verhaalbare vordering een financiële tegemoetkoming in de geleden immateriële schade te moeten toekennen. Deze kan niet worden beschouwd als een vergoeding van de schade gelijk aan die welke zou zijn verkregen als de voormalige werkgever nog wel aansprakelijk zou kunnen worden gesteld. De overheid neemt niet de aansprakelijkheid van de voormalige werkgever over. De eenmalige tegemoetkoming in de immateriële schade van asbestslachtoffers met een niet-verhaalbare vordering is te beschouwen als een uiting van maatschappelijke betrokkenheid bij het leed van de asbestslachtoffers”.*²⁰²

¹⁹⁸ Weel & Van der Laan (2019)

¹⁹⁹ Door het solidariteitsfonds van het CAS (donaties van asbestslachtoffers en hun nabestaanden) en financiële steun van de SP kan het CAS asbestslachtoffers in principiële rechtszaken steunen.

²⁰⁰ Het Comité Asbestslachtoffers, de vakbonden en werkgeversorganisaties, verzekeraars en de overheid.

²⁰¹ Weel & Van der Laan (2019); Ruers (2012)

²⁰² <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/stcrt-2000-16-pg-SC22334.html>

Slachtoffers komen vaak bij het IAS terecht via een verwijzing van hun longarts. Na 2008 ligt het aantal aanmeldingen van asbestslachtoffers met *mesotheliom* bij het IAS structureel op meer dan 500 per jaar. Dit betreft overigens zowel slachtoffers die mesotheliom hebben opgelopen in dienstverband als, vanaf 2007, asbestslachtoffers die niet in loondienst zijn blootgesteld aan asbest.²⁰³ Daarnaast nam het IAS in 2019 89 aanvragen van asbestslachtoffers met *asbestose* in behandeling.²⁰⁴ Het IAS is een bemiddelaar en niet een belangenbehartiger. Het IAS werkt volledig transparant naar zowel werkgever, verzekeraar als werkende, en hanteert daarom vaste procedures en een consensusmodel.²⁰⁵

Nadat de longarts de diagnose heeft gesteld en het asbestslachtoffer zich bij het IAS heeft aangemeld, zorgt het IAS er ten eerste voor dat de diagnose van de asbestziekte (mesotheliom of asbestose) wordt bevestigd door een speciaal hiervoor gevormd medisch panel. Is dat het geval en wordt aan overige voorwaarden van de TAS-regeling voldaan, dan ontvangt het asbestslachtoffer een financiële *tegemoetkoming* van de overheid via de SVB van € 21.269,00 (2020).²⁰⁶ Bovendien is afgesproken dat als het panel zegt dat het mesotheliom of asbestose is, dit wordt geaccepteerd en dus niet aangevochten door werkgever of verzekeraar.²⁰⁷

Ten tweede is er een procedure rondom waarheidsvinding om de blootstelling op de werkvloer vast te stellen. Veel asbestslachtoffers hebben namelijk ook recht op een *schadevergoeding* van de vroegere werkgever. Daarom komt een medewerker van het IAS op huisbezoek om het arbeidsverleden in kaart te brengen. Het slachtoffer vertelt over zijn werk en hoe hij/zij aan asbest is blootgesteld. Het IAS stelt vervolgens op basis hiervan het feitenverhaal voor blootstelling samen, en bekijkt welk bedrijf de meest gereede werkgever is en aan welke werkgever een bemiddelingsverzoek wordt gericht. De werkgever wordt vervolgens in de gelegenheid gesteld een bijdrage te leveren aan het feitencomplex met betrekking tot de blootstelling op de werkvloer. Wanneer partijen het eens worden over het causaal verband tussen de asbestblootstelling en het ontstaan van de asbestziekte, wordt tot schadevergoeding overgegaan. Het standaardbedrag van de schadevergoeding is € 65.554 in 2019.

4.2 Het FNV Bureau Beroepsziekten²⁰⁸

Bureau Beroepsziekten FNV is in 2000 opgericht door FNV Bondgenoten en FNV Bouw, met steun van de Vakcentrale FNV. Sinds de fusie van de FNV in 2015 werkt Bureau Beroepsziekten FNV voor alle leden van het ongedeelde deel van de FNV. Bij de oprichting twintig jaar geleden waren er drie doelstellingen:

- Betere belangenbehartiging van werknemers;
- Betere preventie en re-integratie; en
- Collectieve compensatie.

Dit zijn doelstellingen waarbij in de afgelopen twintig jaar zeker vooruitgang is geboekt, maar waar ook nog ruimte is voor verbetering. De belangen van werknemers worden nu beter behartigd, maar de procedures duren nog te lang. Ook valt er nog veel winst te behalen in de preventie. Collectieve compensatie is iets waarmee Bureau Beroepsziekten FNV zich de laatste jaren meer is gaan bezighouden, maar dit kan zeker nog verder doorontwikkeld worden.

²⁰³ Regeling Tegemoetkoming niet-loondienstgerelateerde slachtoffers van mesotheliom (TNS).

²⁰⁴ IAS (2020)

²⁰⁵ Het IAS heeft dus ook geen doorzettingsmacht, maar beïnvloedt wel door bijvoorbeeld een benchmark van de grote bedrijven op te stellen waar in het verleden veel blootstelling aan asbest is geweest.

²⁰⁶ Als het asbestslachtoffer daarna ook een schadevergoeding van het bedrijf krijgt, gaat die overheidstegemoetkoming terug naar het SVB.

²⁰⁷ Dit betekent ook dat het IAS geen zaken in behandeling neemt van andere ziekten die je (volgens epidemiologen) kan krijgen van asbest, zoals asbestgerelateerde longkanker.

²⁰⁸ Door Marika Schooneveldt, deskundige arbeid & gezondheid bij Bureau Beroepsziekten FNV en beleidsadviseur veilig en gezond werken bij de FNV

Tabel 4.2: Cijfers Bureau Beroepsziekten FNV 2015 tot en met 2019

Aanmeldingen:	1171
Aansprakelijkstellingen:	132
Regeling voor cliënt (minnelijk en juridisch):	139
Gemiddeld bedrag schadevergoeding:	€ 60.000,- (van € 500,- tot ruim € 450.000,-)
Gemiddelde looptijd dossier:	6,5 jaar (5 jaar in minnelijk traject, 8 jaar in juridisch traject)
Aantal gestarte collectieve zaken:	8

20 jaar Bureau Beroepsziekten FNV

Op jaarbasis komen ongeveer 200 meldingen binnen bij Bureau Beroepsziekten (zie tabel 4.2). Qua aansprakelijkstelling en regelingen gaat het om ruwweg 25 zaken per jaar. Het aantal meldingen van beroepsziekten dat Bureau Beroepsziekten ontvangt is al een aantal jaren stabiel. Ongeveer de helft van de zaken heeft betrekking op fysieke klachten, een kwart is psychisch van aard, en een kwart stoffengerelateerd.

De meeste regelingen zijn schikkingen, maar als het nodig is procedeert Bureau Beroepsziekten FNV tot aan de Hoge Raad. De eerste jaren werkte het Bureau voor leden en niet-leden. Beroepsziektezaken zijn echter ontzettend kostbaar, want ze duren lang (gemiddeld 5 jaar) en vereisen veel (externe) deskundigheid. Daarom is in 2005 besloten alleen nog voor FNV-leden te werken. Bij de oprichting van het bureau werd ook beoogd dat er een preventieve werking zou uitgaan van de claims, in die zin dat werkgevers geconfronteerd zouden worden met de grote kosten die gemoeid zijn met ongezonde arbeidsomstandigheden. Aangezien dit in de praktijk niet het geval was²⁰⁹, is Bureau Beroepsziekten vanaf 2011/2012 ook aan de slag gegaan met collectieve zaken voor grotere groepen werknemers. Dit gebeurt ook preventief om gezondheidsschade te voorkomen.

Toen Bureau Beroepsziekten in 2000 werd opgericht, was één van de doelstellingen om zo snel mogelijk overbodig te worden. Dat is nog niet gelukt. Gelukkig merkt Bureau Beroepsziekten wel dat er meer aandacht voor het onderwerp beroepsziekten is gekomen. “We zijn een heel eind vergeleken met vijftien jaar geleden, maar we zijn er nog lang niet”.²¹⁰

Individuele beroepsziektezaken

Bureau Beroepsziekten FNV richt zich op de slachtoffers van beroepsziekten: werknemers die vaak jarenlang bij een werkgever gewerkt hebben en ziek zijn geworden door hun werk. Zij zitten thuis, kunnen vaak hun vak niet meer uitoefenen, zijn ontslagen en afgekeurd. Ze hebben minder inkomen en ondervinden vaak de last van blijvende gezondheidsschade.

Beroepsziektezaken zijn ingewikkelde zaken. Je moet als slachtoffer aantonen dat je bent blootgesteld aan belastende arbeidsomstandigheden en dat deze blootstelling de klachten kan hebben veroorzaakt. Daarbij gaat het vaak over blootstelling die vele jaren heeft bestaan. Pas als je erin bent geslaagd om bovenstaande aan te tonen, is het aan de werkgever om te bewijzen dat aan de zorgplicht is voldaan. Het aantonen van blootstelling die gedurende vele jaren heeft plaatsgevonden is lastig. Onderbouwing van het verhaal van het slachtoffer is hierbij belangrijk. Daarnaast moet ook medisch gezien een verband gelegd worden tussen de werkzaamheden die zijn verricht en de klachten die zich hebben ontwikkeld.

Dit zorgt ervoor dat procedures lang duren en kostbaar zijn. De meeste werknemers kunnen procedures dan ook niet betalen. Voor leden van de FNV neemt Bureau Beroepsziekten FNV deze kosten op zich. Alleen wanneer een zaak tot een

²⁰⁹ Uit het in 2009 gepubliceerde onderzoek ‘Leerzame Schadeclaims’ blijkt echter dat die preventieve werking er niet van uitgaat, omdat het collectieve geheugen bij bedrijven doorgaans vrij kort is door personeelwisselingen, de lange looptijd van beroepsziektezaken en het feit dat een deel van de bedrijven de zaak overdraagt aan een verzekeraar. Zie: Eshuis et al (2009), p. 9

²¹⁰ Heuts (2015)

regeling komt, betalen de leden een percentage van het overeengekomen bedrag, zodat het bureau ook in de toekomst deze zaken kan blijven doen. Daarnaast probeert Bureau Beroepsziekten FNV de buitengerechtigde kosten te verhalen op de wederpartij. Dit dekt meestal niet de volledige kosten.

Casus gipsbouwer

Na 43 jaar hard werken is het lichaam van Jan totaal op. De gipsbouwer was dertig jaar loyaal aan zijn laatste werkgever. Die liet hem vallen als een baksteen. Hij heeft altijd pijn. De operaties aan schouders, polsen en handen zijn nauwelijks op de vingers van twee handen te tellen.

In 1985 kwam Jan als gipsbouwer in dienst van aannemingsbedrijf G. Hij maakte wanden van gipsblokken. In de beginjaren wogen die zo'n dertig kilo. Dagelijks gingen er zo'n 135 blokken van 60 bij 50 bij 10 cm door zijn handen. Hij tilde zich niet alleen een breuk aan de gipsblokken, maar werkte ook boven schouderhoogte. Ook als hij op een wankel trapje stond. Of hij werkte op zijn knieën. Toen de gipsblokken later naar de achttien en nóg later naar de veertien kilo gingen, bleef het werk zwaar.

Eind jaren 80 begonnen de eerste schouderklachten, gevolgd door operaties. Later ontstonden problemen met rug, knieën, polsen, handen, enkels. Elke arts weet de klachten aan het fysiek zware werk. In 2013 viel Jan definitief uit. Na twee jaar Ziektewet werd hij volledig afgekeurd. Bureau Beroepsziekten FNV heeft de werkgever aansprakelijk gesteld. Na vier jaar is er een regeling tot stand gekomen. De schade is niet volledig vergoed, maar Jan is tevreden met de regeling. De pijn in zijn lichaam verdwijnt echter nooit meer.

Collectieve beroepsziektezaken

In de eerste jaren heeft Bureau Beroepsziekten FNV zich met name gericht op individuele zaken. De laatste jaren worden, naast de individuele zaken, ook collectieve zaken opgestart. Het kan zijn dat meerdere werknemers op een afdeling vergelijkbare klachten hebben. Werknemers gaan met steun van de FNV-bestuurder eerst het gesprek aan met de werkgever om te kijken of de arbeidsomstandigheden kunnen worden verbeterd. Wanneer echter na diverse pogingen duidelijk wordt dat de werkgever niet bereid is om de arbeidsomstandigheden aan te passen, kan uiteindelijk besloten worden om de werkgever collectief aansprakelijk te stellen, om zo voor elkaar te krijgen dat de arbeidsomstandigheden worden verbeterd.

In andere collectieve zaken zijn er meerdere mensen uitgevallen of hebben ze dezelfde klachten. Elke zaak wordt dan wel individueel opgebouwd, omdat elk verhaal weer net een beetje anders is. Maar de zaken worden dan tegelijk aangeboden bij het aansprakelijk stellen van de werkgever.

Casus collectieve zaak

In februari 2020 is Bureau Beroepsziekten FNV namens vijftien oud-werknemers van een chemieconcern naar de rechter gestapt voor een schadevergoeding van ruim 1 miljoen euro. Deze oud-werknemers stonden jarenlang bloot aan het schadelijke dimethylacetamide (DMAc).

De werknemers waren verantwoordelijk voor het inspecteren en inpakken van de klossen Lycragaren in de fabriek van het bedrijf. In het garen zit het oplosmiddel DMAc, een stof die doodgeboortes en vruchtbaarheidsproblemen veroorzaakt. Uit onderzoek blijkt dat de meetmethoden van het bedrijf en de beschermingsmaatregelen te kort schoten.

De werknemers dachten altijd veilig gewerkt te hebben, want de hele bedrijfscultuur was daarop gericht. Nu blijkt dat de werkomstandigheden zelfs toxisch waren. Enkele vrouwen zijn hierdoor ongewenst kinderloos gebleven. Bureau Beroepsziekten FNV is inmiddels ruim vier jaar bezig met deze zaak. Een uitspraak is er nog niet.

Beroepsziektezaken in de toekomst

De FNV vindt dat beroepsziektezaken nu veel te lang duren. Het is een lijdensweg voor de slachtoffers. Ook weerhoudt het vele mensen ervan om überhaupt een zaak te starten. Het is belastend om vijf jaar of nog langer bezig te zijn met een beroepsziektezaak. De FNV is daarom blij met initiatieven om de doorlooptijd van zaken te verkorten en om te zoeken naar mogelijkheden die leiden naar een snellere compensatie. De FNV werkt hier ook aan mee.

Zo werkt de Letselschaderaad in opdracht van het Ministerie van SZW aan een gedragscode voor de afhandeling van beroepsziektegevallen.²¹¹ Daarbij wordt onder andere gekeken of er mogelijkheden zijn om partijen gezamenlijk onderzoek te laten doen. Nu is het zo dat beide partijen hun eigen onderzoek laten verrichten vanuit moeilijk te verenigen gezichtspunten, gevolgd door over en weer discussies. Met de uitgebreide onderbouwing van het eigen standpunt gaat vervolgens weer veel tijd verloren. Bureau Beroepsziekten FNV werkt mee aan het opstellen van deze gedragscode. Er ligt nu een leidraad, die ter consultatie is voorgelegd aan het werkveld. Inmiddels wordt gewerkt aan de definitieve versie van deze leidraad. Het Bureau Beroepsziekten FNV pas deze leidraad in de praktijk al toe.

Verder is de FNV ingenomen met het advies van de commissie Vergemakkelijking Schade Afhandeling Beroepsziekten (beter bekend als de Commissie Heerts). Daarin wordt geadviseerd een algemene tegemoetkoming te introduceren voor werkenden die aan een beroepsziekte lijden als gevolg van blootstelling aan gevaarlijke stoffen.²¹² Naast deze tegemoetkoming blijft de weg van de aansprakelijkheid open.

Conclusies Commissie Heerts kunnen leiden tot betere preventie beroepsziekten

De FNV onderschrijft de conclusies van de commissie Heerts dat beroepsziekten voorkomen kunnen worden door betere preventie, dat een betere naleving van verplichtingen uit de arbowetgeving noodzakelijk is, en dat goed gekeken moet worden naar de rol van de bedrijfsarts. De FNV is verheugd dat het kabinet het advies van de Commissie Heerts serieus neemt, en is enthousiast over een groot aantal van de voorstellen van de Commissie, zoals een tegemoetkoming voor slachtoffers van beroepsziekten door gevaarlijke stoffen.²¹³ De FNV zou overigens graag zien dat dit uitgebreid wordt naar een algemene tegemoetkoming voor alle werkenden met een beroepsziekte, niet alleen de slachtoffers van blootstelling aan gevaarlijke stoffen.

De FNV zou graag zien dat de verkenner vaart maakt met de verdere uitwerking van dit advies. Het zou goed zijn als de keuze van de aan te stellen verkenner gesteund wordt door de sociale partners. De pilot die de Inspectie SZW nu uitvoert en waarbij 400 bedrijven hun RI&E digitaal dienen aan te leveren ter controle, mag wat de FNV betreft worden omgezet in beleid en worden uitgerold over heel Nederland. Dit zal leiden tot meer inzicht, gerichte handhaving, en de zo broodnodige preventie. Het is beter beroepsziekten te voorkomen; genezen is immers veelal niet mogelijk.

4.3 Chroom-6 bij Defensie: erkenning, uitkeringsregeling en nazorg²¹⁴

In de loop van 2014 werd Defensie geconfronteerd met een toenemend aantal meldingen van gezondheidsklachten bij (oud-)medewerkers. Naar aanleiding hiervan heeft de toenmalige Minister van Defensie in maart 2015 besloten een onderzoek uit te laten voeren naar de mogelijke schadelijke gevolgen voor de gezondheid als gevolg van het werken met chroom-6-houdende verf. Dit onderzoek heeft zich in eerste instantie gericht op de zogenaamde *Prepositioned Organisational Material Storage*-locaties (POMS), waar in de periode van 1984 tot 2006 voornamelijk Amerikaans legermaterieel werd opgeslagen en onderhouden.

Onderzoek blootstelling chroom-6 bij Defensie

De doelstelling van het onderzoek was om duidelijkheid te verkrijgen over de gezondheidsrisico's als gevolg van blootstelling aan chroom-6 tijdens werkzaamheden voor Defensie, vragen van (oud-)medewerkers te kunnen beantwoorden, en de (wetenschappelijke) onderbouwing te geven voor een eventuele tegemoetkomingsregeling.

²¹¹ [Gedragscode afwikkeling claims beroepsziekten](#) en PWC-rapport '[Verbeteren procesgang schadeverhaal](#)' uit 2016.

²¹² VSAB (2020)

²¹³ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z13942&did=2020D29638

²¹⁴ Door: Arjan Minderhoud, commandeur bd., Projectdirecteur Ministerie van Defensie, Voorzitter Taskforce Chroom-6 en CRAC, Defensie.

Het besluit om de meldingen met een grootschalig historisch onderzoek op groepsniveau te onderzoeken was en is uitzonderlijk. De keuzes bij de opzet en uitvoering van het onderzoek waren onder andere gebaseerd op de uitgangspunten “onafhankelijkheid, zorgvuldigheid, betrokkenheid van alle (oud-)medewerkers en maximale transparantie”.

Om die reden is het onderzoek in opdracht van Defensie uitgevoerd door het RIVM. Het RIVM heeft voor het onderzoek alle vragen van (oud-)medewerkers en nabestaanden geïnventariseerd, en alle (oud-)medewerkers uitgenodigd informatie aan te dragen, deel te nemen aan informatiebijeenkomsten en, met (groeps)gesprekken, aan het onderzoek. Het opsporen en publiceren van alle relevante documenten, het opsporen en registreren van (oud-)medewerkers, het inventariseren van alle vragen en de vele gesprekken met betrokkenen heeft veel tijd gevegd. [Alle beschikbare informatie](#) is (geanonimiseerd) gepubliceerd op internet.

Het onderzoek is inhoudelijk begeleid door een Paritaire Commissie. Deze commissie bestaat uit een vertegenwoordiging van de werkgever en de werknemers (vakbonden), en onafhankelijk experts, en staat onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter. Voor de informatievoorziening en communicatie is het Informatiepunt Chroom-6 Defensie ingesteld. Daar kon iedereen terecht met vragen, en informatie ophalen en aanleveren.

Het uitgangspunt bij het onderzoek was maximale zorgvuldigheid. Dat dit ten koste zou gaan van de snelheid werd geaccepteerd. En dat het onderzoek lang zou gaan duren was vanaf het begin duidelijk. Om die reden heeft Defensie in maart 2015 de “Tijdelijke regeling tegemoetkoming en ondersteuning slachtoffers blootstelling chroom-6-houdende stoffen Defensie (Coulanceregeling)” ingesteld. Op grond van deze regeling konden (oud-)medewerkers, vooruitlopend op de resultaten van het onderzoek, al een uitkering aanvragen. Voor toekenning was slechts beperkt bewijs vereist.

Het RIVM-onderzoek, dat in juni 2018 werd voltooid, had als belangrijkste conclusie dat Defensie de zorgplicht heeft geschonden die op een werkgever rust, en dat er mensen ziek kunnen zijn geworden als gevolg van hun arbeidsomstandigheden.

Defensie acht zich verantwoordelijk voor de gevolgen van de schending van de zorgplicht. Op grond van de onderzoeksresultaten heeft Defensie in overleg met de vakbonden de Uitkeringsregeling Chroom-6 Defensie opgesteld. Daarnaast is door Defensie een groot aantal maatregelen getroffen in het kader van de (na)zorg voor de (oud-)medewerkers die zijn blootgesteld aan chroom-6, en hun eventuele nabestaanden.

De collectieve rechtspositionele uitkeringsregeling is gericht op erkenning van het leed van de slachtoffers, en is opgezet als een laagdrempelige regeling waarvoor slechts beperkt bewijs is vereist. Een belangrijk kenmerk van de regeling is dat de (oud-)medewerker geen letselschadeclaim - met alle administratieve lasten van dien - hoeft in te dienen om wel een bedrag te kunnen ontvangen.

De uitkomsten van het RIVM-onderzoek vormen de grondslag voor de Uitkeringsregeling. Het recht op een uitkering is gebaseerd op het door het onderzoek vastgestelde mogelijke verband tussen functie en aandoening. Bij het bepalen van de hoogte van de uitkering spelen factoren als mate en duur van blootstelling, aard van de aandoening, en risico's in relatie tot multicausaliteit een rol. Bij het opstellen van de regeling is aansluiting gezocht bij het Nederlands schadevergoedingsrecht en bij reeds bestaande vergelijkbare regelingen. Een uitkering uit deze regeling laat onverlet dat een (oud-)medewerker een letselschadeclaim kan indienen bij Defensie.

Naast het vaststellen van de Uitkeringsregeling heeft Defensie een groot aantal maatregelen getroffen in het kader van de (na)zorg voor (oud-)medewerkers en nabestaanden. Het [Informatiepunt Chroom-6 Defensie](#) is hiervoor hét loket waar iedereen terecht kan met vragen, en van waaruit de vraagsteller wordt begeleid naar de instantie die de vraag kan beantwoorden of kan helpen. Hierbij kan het gaan om vragen over het RIVM-onderzoek of de uitvoering van de regeling. Maar ook om hulpvragen voor bedrijfsmaatschappelijke begeleiding, het indienen van een individuele claim, de aanvraag voor een gezondheidskundig consult of een persoonlijk gesprek. Een zogenaamd multidisciplinair team, onder andere bestaande uit vertegenwoordigers van Defensie, de vakbonden en het RIVM, houdt toezicht op de uitvoering van de nazorg, en adviseert over mogelijke aanpassingen of intensiveringen van de maatregelen.

De opzet, uitvoering en inhoudelijke begeleiding en toetsing van het grootschalige historisch onderzoek door het RIVM in opdracht van Defensie was complex en veelomvattend en heeft veel tijd gekost. Dit komt mede door de gekozen uitgangspunten. Het implementeren van en vasthouden aan deze uitgangspunten is een investering gebleken die zich goed heeft uitbetaald. Het onderzoek heeft duidelijkheid gegeven. De met de vakbonden overeengekomen Uitkeringsregeling geeft erkenning, en is een laagdrempelige regeling voor de (oud-)medewerkers die ziek zijn geworden door het werken met chroom-6 op de POMS-locaties bij Defensie. Het omvangrijke en diverse pakket aan nazorgmaatregelen - met het Informatiepunt als hét loket, en het toezicht door het multidisciplinair team - geeft invulling aan de verantwoordelijkheid van Defensie als werkgever, en voldoet in belangrijke mate aan de wensen en behoeftes van de (oud-)medewerkers en nabestaanden.

Blootstelling chroom-6 in Tilburg

In 2015 kwam een incident in Tilburg aan het licht, waar mensen in het kader van hun re-integratie naar werk langere tijd aan chroom-6 waren blootgesteld. De Commissie Tilburg Chroom-6 die dit onderzocht, kwam begin 2019 tot de conclusie dat het stelsel van individuele schadeafhandeling van beroepsziekten via het aansprakelijkheidsrecht problematisch is (langdurige en complexe schadeafhandeling). Daarom was de Commissie van mening dat de Rijksoverheid een werkgroep zou moeten instellen met als taak aanbevelingen op te stellen voor een betere organisatie van het proces van werkgerelateerde schadeafhandeling, waarbij de mens centraal staat. Daarnaast pleitte de Commissie ten aanzien van de slachtoffers in Tilburg voor een eenvoudige compensatieregeling die zou passen bij het aangedane leed en die snel zou worden afgehandeld.²¹⁵

Instelling Commissie Heerts

De aanbeveling om op Rijksniveau een werkgroep in te stellen is door de toenmalige staatssecretaris SZW in 2019 opgepakt met het instellen van de 'Commissie vergemakkelijk schadeafhandeling beroepsziekten' onder leiding van voormalig Kamerlid en FNV-voorzitter Ton Heerts.²¹⁶ De commissie stelt in haar eindadvies voor een algemene financiële tegemoetkoming in het leven te roepen voor slachtoffers van een ernstige beroepsziekte als gevolg van blootstelling in het werk aan gevaarlijke stoffen. Daarmee zou de samenleving volgens de commissie uitdrukking geven aan haar betrokkenheid bij het leed dat is veroorzaakt door te werken met gevaarlijke stoffen in het arbeidsproces.²¹⁷

Volgens de Commissie Heerts (VSAB) zijn er binnen de kaders van het aansprakelijkheidsrecht geen structurele oplossingen, noch is er maatschappelijke en politieke ruimte voor de knelpunten bij het verhalen van schade als gevolg van een beroepsziekte. Het gevolg is dat zowel de oplossingen als de financiële middelen nu door de commissie geheel of grotendeels lijken te worden gezocht binnen de Rijksoverheid, in plaats van bij de veroorzakers. Het zijn de werkgevers die de wet- en regelgeving moeten naleven en de blootstellingsrisico's moeten beheersen, niet de Rijksoverheid, en ook niet de Inspectie SZW.

4.4 Compensatiesystemen en preventie in het licht van actuele ontwikkelingen²¹⁸

Preventie en compensatie van beroepsziekten in Nederland zijn gebaat bij daadkracht. Slachtoffers van beroepsziekten hebben, naast gezondheidsschade, vrijwel altijd ook financiële schade door extra medische kosten, werkloosheid of arbeidsongeschiktheid en verlies van verdienvermogen. In Nederland zijn deze slachtoffers doorgaans aangewezen op schadecompensatie via het aansprakelijkheidsrecht. Slechts 10% van de slachtoffers verkrijgt via deze weg een schadevergoeding. Want een dergelijke schadeprocedure is tijdrovend (jarenlange procedures) en ingewikkeld (zie ook paragraaf 4.5).

²¹⁵ Onafhankelijke Commissie Tilburg Chroom-6 (2019). [Door het stof. Over kwetsbaarheid en goede bedoelingen. Gezondheidsrisico's op de werkvloer bij tROM tussen 2004-2012.](#)

²¹⁶ Instellingsregeling commissie vergemakkelijking schadeafhandeling beroepsziekten; Stscrt. 35929, 28 juni 2019.

²¹⁷ "Erkenning door de samenleving, als teken van betrokkenheid bij het leed dat door deelname aan het arbeidsproces veroorzaakt is, is een kwestie van medemenselijkheid en respect. VSAB (2020), p. 72

²¹⁸ Door: Wim Eshuis, verbonden aan de Burcht, Wetenschappelijk Bureau voor de Vakbeweging, en tevens lid van het bestuur van de Stichting OPS en van het bestuur van het IAS

Slachtoffers worden geconfronteerd met partijdige juridische en medische adviseurs met weinig expertise op het gebied van beroepsziekten. Ze hebben daardoor te maken met een 'dubbele lijdensweg': naast een persoonlijke lijdensweg (mensen worden ziek van hun werk, de ziekte wordt vaak niet (h)erkend), is er een juridische lijdensweg. De transactiekosten van deze procedures zijn extreem hoog en leveren onnodige belasting op van de rechterlijke macht. Bovendien leidt het aansprakelijkheidsrecht niet tot preventie van beroepsziekten.

Commissie VSAB (Heerts)

De problemen met de afhandeling van schade via het aansprakelijkheidsrecht waren aanleiding voor het kabinet Rutte III om de adviescommissie 'Vergemakkelijking Schadeafhandeling Beroepsziekten' (VSAB) te vragen met voorstellen te komen om procedures minder ingewikkeld, minder kostbaar en minder tijdrovend te maken. Overigens diende de commissie zich volgens het kabinet te beperken tot beroepsziekten veroorzaakt door gevaarlijke stoffen; een inperking die elke juridische, ethische en wetenschappelijke basis mist, en die helaas ook niet door de commissie is geïmplementeerd. Deze opstelling staat symbool voor het gebrek aan daadkracht van de commissie.

In theorie kon de commissie kiezen uit drie alternatieve systemen voor schadecompensatie: contractuele compensatie, een publiek fonds voor beroepsziekten of een (publiek of paritair gereguleerde) directe verzekering. De laatste twee systemen treffen we aan in de meeste West-Europese landen. Het merendeel van deze compensatiesystemen onderscheidt zich van aansprakelijkheidsprocedures door lagere transactiekosten, kortere procedures en onpartijdige claimbeoordeling op basis van wetenschappelijke criteria door onafhankelijke experts. Bovendien hebben deze compensatiesystemen ook een preventieve functie. Sterker nog: in een aantal landen, zoals België en Duitsland, is preventie het primaire doel van schadecompensatie. Dat acht men van belang om te voorkomen dat de focus uitsluitend op compensatie is gericht. En het onderstreept de gedachte dat vermindering van beroepsziekten extra impulsen nodig heeft naast het bestaande wettelijk raamwerk (in Nederland de Arbowet) en de handhaving door de arbeidsinspectie.

Men geeft op verschillende manieren vorm aan de preventiefunctie, variërend van budgetten voor preventie van beroepsziekten tot financiering van onderzoek, training en advies op de werkplek, financiële prikkels en *disability management*. Ook maakt men actief gebruik van onderzoek en rapportage van beroepsziekten. Dit laatste instrument is met name krachtig als alle actoren²¹⁹ worden betrokken bij de analyse van het ontstaan van de beroepsziekte en bij de evaluatie van de te nemen maatregelen. Wanneer de rapportage openbaar is, kan iedereen er kennis van nemen en ervan leren, om vervolgens ter preventie maatregelen te nemen.

Wel een schadefonds, maar...

In haar advies pleit de commissie VSAB de instelling van een Fonds Beroepsziekten, een *schadefonds* dat slachtoffers bij wie een beroepsziekte is vastgesteld een algemene tegemoetkoming van ongeveer 20.000 euro verschaft. Slachtoffers dienen de *feitelijke* financiële schade echter nog steeds te verhalen via het aansprakelijkheidsrecht. De commissie sluit in haar advies helaas slechts voor een deel aan bij de schaderegelingen die reeds bestaan voor slachtoffers van sommige beroepsziekten, zoals mesothelioom en OPS.

Slachtoffers van bijvoorbeeld mesothelioom kunnen een beroep doen op een wettelijk gereguleerd *schadefonds* in combinatie met *schadebemiddeling* door het publieke Instituut voor Asbestslachtoffers (IAS). Deze slachtoffers ontvangen uit een *schadefonds* een standaardvergoeding van € 21.269,00 (2020), als bij hen de betreffende beroepsziekte is vastgesteld en een onafhankelijk medisch panel de kwaliteit van de diagnose heeft getoetst. Bovendien hebben deze slachtoffers recht op gratis bemiddeling bij het verhalen van de feitelijke financiële schade. De doorlooptijd van deze regeling bedraagt doorgaans zes maanden. *Schadefonds* en *schadebemiddeling* worden gefinancierd door het Rijk. Dit stelsel levert ook baten op, aangezien de schadevergoeding (voor een deel) kan worden verhaald op de aansprakelijke werkgevers en hun verzekeraars.

De uitvoeringspraktijk laat zien dat een dergelijk *schadefonds* in combinatie met *schadebemiddeling* door een publiek instituut (IAS) zeer positief wordt gewaardeerd door de slachtoffers, en bovendien kan rekenen op draagvlak onder werkgevers, verzekeraars en vakbonden. Voor slachtoffers is er geen dubbele lijdensweg meer. Het bespaart hun energie die ze kunnen gebruiken om te herstellen en waar mogelijk te re-integreren. De uitvoering door een publiek instituut

²¹⁹ Het gaat niet alleen bedrijfsleiding en bedrijfsarts, maar om ook het slachtoffer, de werknemers, de vakbond en de OR.

garandeert een kwalitatief goede en onpartijdige uitvoering. Bovendien zijn de transactiekosten voor alle partijen (slachtoffers, werkgevers, verzekeraars) beduidend lager dan in aansprakelijkheidsprocedures. En passant wordt de rechterlijke macht ontlast van tijdrovende procedures.

.... geen schadebemiddeling

De commissie VSAB kiest in haar advies niet voor *schadebemiddeling* zoals bij OPS en asbest. Dat is (volgens de auteur van deze bijdrage Wim Eshuis, red) zeer teleurstellend, aangezien slachtoffers voor hun financiële schade dan toch weer zijn aangewezen op het aansprakelijkheidsrecht, met alle nadelen van dien. In zekere zin wordt de situatie voor alle betrokkenen, slachtoffers voorop, alleen maar verwarrender, omdat in een (aanvullende) schadeprocedure via het aansprakelijkheidsrecht opnieuw (partijdig) medisch en arbeidshygiënisch onderzoek zal plaatsvinden, en partijen niet zullen schromen de letselschadezaak te juridiseren. Daardoor blijven hoge transactiekosten, jarenlange procedures en partijdige claimbeoordelingen in de praktijk bestaan, al dan niet met de invoering van een code 'Goede Praktijk Beroepsziektezaken'.²²⁰

Voor deze slachtoffers blijft de dubbele lijdensweg dus bestaan. Volgens de commissie zijn 'de politieke marges te klein' om een alternatief voor het aansprakelijkheidsrecht, zoals schadebemiddeling, nader uit te werken. Dit gemis aan daadkracht is een gemiste kans, die erg in het nadeel van slachtoffers zal uitwerken. Slachtoffers staan daardoor nog steeds in de kou.

Zwijgcultuur doorbreken

De commissie VSAB houdt terecht een pleidooi voor een betere infrastructuur voor preventie, diagnostiek en behandeling van beroepsziekten. Toch is het rapport op het vlak van preventie te oppervlakkig. Het analyseert onvoldoende hoe het kan dat de preventie van beroepsziekten in bedrijven zo zwak is, en wat er effectief aan gedaan moet worden. Een dergelijke analyse zou aan het licht brengen dat in Nederlandse bedrijven vooral gezwegen wordt over beroepsziekten, dat slachtoffers door de werkgever stilletjes naar de uitgang worden gemanoeuvreed, en dat niemand de moed en de bevoegdheid heeft in te grijpen.

Het benadrukken van de verantwoordelijkheid van de werkgever voor beroepsziekten, zoals de commissie doet, zal die cultuur niet doorbreken. Een effectieve aanpak van een dergelijke *zwijgcultuur* begint met het benoemen van preventie als het primaire doel van een compensatiesysteem, gevolgd door maatregelen als de invoering van *openbaar* onderzoek in bedrijven naar het ontstaan van elke beroepsziekte en de te nemen maatregelen. Daarbij moeten alle relevante actoren worden betrokken, ook slachtoffers, opdat zij zich ook op die manier erkend voelen.

4.5 Wordt het beter voor slachtoffers beroepsziekten? Een stand van zaken.²²¹

Vorderingen van slachtoffers van beroepsziekten kennen een lange weg naar gerechtigheid; een weg die door velen niet wordt afgelegd. Beroepsziektezaken kenmerken zich vooral door twijfel aan de aansprakelijkheid, de causaliteit en de schade. Deze bijdrage geeft inzicht in de complexiteit van de juridische bewijsstructuur, en de routes naar oplossingen die daarvoor worden bewandeld in samenwerking met het Verbond van Verzekeraars en de Letselschaderraad. In die ontwikkeling vindt ook mediation zijn plaats. Hieronder komt aan de orde hoe mediation kan bijdragen aan optimale oplossingen.

Korte historie

Vorderingen van werknemers wegens aansprakelijkheid van de werkgever voor het ontstaan en de gevolgen van beroepsziekten, zijn in ons rechtsbestel pas laat op gang gekomen. De eerste uitspraken dateren van eind jaren 80 van de vorige eeuw.²²² Sindsdien heeft de aansprakelijkheidsjurisprudentie in beroepsziektezaken, in ieder geval inhoudelijk, een

²²⁰ [Leidraad afwikkeling Beroepsziektezaken](#)

²²¹ Door Mr. Lydia Charlier, letselschadeadvocaat gespecialiseerd in onder andere beroepsziekten, en mediator in onder meer letselschade- en arbeidsconflicten.

²²² De Ongevallenwet van 1901 blokkeerde een dergelijke vordering tot de invoering van de WAO in 1967. Toen herleefde het bestaande art. 1636x BW (later 7A:1638x BW, anno heden art. 7:658 BW). Het bestaande sociale vangnet nam de behoefte aan aansprakelijkheidsprocedures lange tijd weg.

grote vlucht genomen.²²³ Ondanks de verlichte bewijslast van de werknemer is het resultaat echter dat slachtoffers tot op heden kostbare procedures moeten voeren om helderheid te verkrijgen omtrent de aansprakelijkheid, causaliteit en schadevergoeding.

Nederland: geen erkende beroepsziekten

In Nederland is de term beroepsziekte geen juridisch begrip. Wij kennen geen lijst met erkende beroepsziekten. De Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) hanteert als toetssteen voor het begrip beroepsziekte drie kwalificerende niveaus:²²⁴

- *occupational diseases, having a specific or a strong relation to occupation, generally with only one causal agent, and recognized as such;*
- *work-related diseases, with multiple causal agents, where factors in the work environment may play a role, together with other risk factors, in the development of such diseases, which have a complex aetiology;*
- *diseases affecting working populations, without causal relationship with work but which may be aggravated by occupational hazards to health.*

Slechts weinig beroepsziekten zijn monocausaal. Meestal is sprake van een multifactorieel beeld. De Nederlandse toets voor de beoordeling van dat beeld wordt gevonden in het aansprakelijkheidsrecht (in het bijzonder art. 7:658 BW).²²⁵

Het complexe juridisch bewijsregime bij beroepsziekten

Het juridisch bewijsregime in beroepsziektezaken is complex. Voor dat bewijs zijn juristen veelal afhankelijk van de inzichten van deskundigen. De te volgen stappen luiden als volgt:

- De werknemer moet bewijzen dat hij is blootgesteld aan voor de gezondheid schadelijke factoren en dat zijn klachten daardoor *kunnen zijn veroorzaakt* (voor de mate van “kunnen” geldt een nog onduidelijke *ondergrens*).
- De werkgever moet bewijzen dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Slaagt hij daar niet in, dan treedt op basis van bewijsomkering *het rechtsvermoeden* in dat sprake is van aansprakelijkheid en causaliteit (de zogeheten arbeidsrechtelijke omkeringsregel).
- De werkgever mag tegen dat rechtsvermoeden tegenbewijs leveren. Slaagt hij daar niet in, dan volgt volledige toerekening aan de werkgever en volledige schadevergoeding aan de werknemer.
- Wordt echter op het onderdeel *causaliteit* de - nog onduidelijke - *ondergrens* niet gehaald, dan kan de rechter besluiten tot proportionele aansprakelijkheid. In dat geval volgt mogelijk een gedeeltelijke schadevergoeding.

In de rechtszaal speelt regelmatig de discussie: wanneer is er in geval van een multifactorieel bepaald klachtenbeeld sprake van een beroepsziekte? De jurisprudentie heeft voor de beoordeling daarvan een (juridisch) bewijsregime ontwikkeld.

‘Kan zijn veroorzaakt’. Wat betekent dat?

Het criterium “*kunnen zijn veroorzaakt*” houdt in beroepsziektezaken de gemoederen in de rechtszaal danig bezig. Van belang is het criterium dat de SER Commissie Arbeidsomstandigheden daaromtrent formuleerde: een beroepsziekte is “*een ziekte die mede door de arbeid is veroorzaakt*”.²²⁶ Voor registratiedoeleinden hanteert het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten evenwel een ander criterium: “*een ziekte die in overwegende mate door de arbeid wordt veroorzaakt*”.²²⁷

De verwarring omtrent deze begrippen leidt in de rechtszaal regelmatig tot uitvoerige discussies over de vraag: moet er voor aansprakelijkheid sprake zijn van een causaliteit van meer dan 50%? Het antwoord daarop is ‘neen’. Voor het aannemen van causaliteit is voldoende dat er sprake is van een ziekte die mede door de arbeid is veroorzaakt. Wel kan het vóórkomen dat omvang van de causaliteit onvoldoende is voor het toepassen van de arbeidsrechtelijke omkeringsregel en

²²³ Een greep uit de meest spraakmakende arresten: HR NJ 1990/573 Janssen/Nefabas; HR NJ 1993/686 Cijssouw/De Schelde I; HR NJ 1999/683 De Schelde/Cijssouw II; HR NJ 2000/430 Van Hese/De Schelde; HR NJ 2001/596 Dikmans/ Unilever; HR NJ 2001/597 Weststrate/De Schelde; HR NJ 2006/354 Havermans/Luyckx; HR NJ 2011/250 Nefalit/Karamus; HR JAR 2009/38 Landskroon/BAM; HR NJ 2014/99 Lansink/Ritsma; HR NJ 2014/98 SVB/Van der Wege; HR NJ 2018/291 Asbestbadmeester. Overigens blijkt het buitengewoon lastig om cijfers over het daadwerkelijk aantal gevoerde letselschadezaken te achterhalen.

²²⁴ [Proceedings of the International Symposium on Work-Related Diseases: Prevention and Health Promotion](#)

²²⁵ In het geding is meestal: niveau 2 in termen van het ILO-verdrag

²²⁶ Commissie Arbeidsomstandigheden. ARBO/1028. 3 januari 2014. Elementen voor een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg.

²²⁷ Dat laatste criterium wordt ook teruggevonden in art. 1.11 Arboregeling

toekennen van volledige schadevergoeding. In dat geval wordt teruggevallen op de proportionele aansprakelijkheid²²⁸ en gedeeltelijke schadevergoeding²²⁹, of afwijzing in geval van een “zeer kleine kans”.²³⁰ Voor de vraag in welke mate de klachten door de arbeid zijn veroorzaakt kijkt de jurist naar de deskundige. Deskundigen zijn het evenwel zelden met elkaar eens. In de rechtszaal komen beroepsziektezaken dan ook neer op een “battle of experts”.

De praktijk

Uit onderzoek van PricewaterhouseCoopers (PwC), gepubliceerd in 2015, blijkt dat slechts in circa 14 à 15% van alle beroepsziektegevallen daadwerkelijk een claim wordt ingediend bij de werkgever.²³¹ De gemiddelde behandeltermijn van deze zaken is 5 tot 6 jaar. In 2016 produceerde PwC op verzoek van De Letselschade Raad het vervolg op dit rapport.²³² Anno 2020 is er nog niet veel veranderd. Slechts weinig slachtoffers beginnen aan een claimprocedure, en zij die dat wél doen weten zich verwickeld in een jarenlange strijd, met een onzekere uitkomst.

Regelingen voor bepaalde groepen werknemers

De complexiteit, duur, kosten en onvoorspelbaarheid van juridische procedures hebben onder publieke druk incidenteel geleid tot het treffen van regelingen voor bepaalde groepen werknemers. Zo heeft de erkenning van silicose als beroepsziekte van mijnwerkers (1938) geleid tot de oprichting van de Stichting Silicose Oud-Mijnwerkers (1993). Nog in leven zijnde mijnwerkers met silicose kwamen daarmee in aanmerking voor een eenmalige uitkering. In 2000 volgde de oprichting van het Instituut Asbestslachtoffers (IAS), een bemiddelingsinstituut (zie uitgebreider par. 4.1). De Regeling Tegemoetkoming Asbestslachtoffers (TAS, 2003) voorziet voor mesotheliomslachtoffers in een eenmalige uitkering van € 21.269,00 (2020).

Andere ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld de Regeling PTSS voor Veteranen, de Coulancregeling PTSS voor de Politie, de Coulancregelingen Chroom-6 voor Defensie en tROM in Tilburg, en het OPS-fonds voor OPS-slachtoffers (2020). Dat laatste fonds voorziet eveneens in een eenmalige uitkering van € 21.269,00 voor OPS-slachtoffers.

De betreffende regelingen hebben twee dingen gemeen. Ten eerste hebben ze geen enkele relatie met de werkelijk geleden schade: ze leggen slechts een symbolische pleister op de wonde voor het slachtoffer of diens nabestaanden. Ten tweede ontmoedigen ze de keuze voor een juridische procedure, met al zijn kosten en onzekerheden.

Recente meer algemene ontwikkelingen in de letselschade

In de letselschadepraktijk wordt zo'n 90% van de letselschades binnen 2 jaar afgewikkeld.²³³ In 10% van de gevallen lukt dat niet - waarbij looptijden van 5 tot 15 jaar geen uitzondering zijn. Dat probleem is breder dan alleen bij beroepsziektezaken. Het gaat op hoofdlijnen vooral om complexe medische-foutzaken, zaken met een moeilijk objectiveerbaar letsel, en bedrijfsongevallen/beroepsziekten.

Onder leiding van Dr. Rianka Rijnhout (Universiteit van Utrecht) heeft op verzoek van het Verbond van Verzekeraars en De Letselschade Raad DLR een onderzoek plaatsgevonden naar de oorzaken van de lange doorlooptijden. Het rapport is in september van dit jaar gepubliceerd.²³⁴ Vooruitlopend daarop had het Verbond als eerste stap verzekeraars al gevraagd vanaf 1 juni 2020 te werken volgens het ‘Plan van aanpak langlopende letselschades’. Kern daarvan is: transparantie; meer focus op de mogelijkheid op afwikkeling; een verplicht driegesprek bij een looptijd van 5 jaar; een goede afstemming en bevordering minnelijk overleg. Voorts: mediation als in te zetten interventie; afwijzing daarvan moet door de verzekeraar worden gemotiveerd. Deze aanpak richt zich in eerste instantie op zaken ouder dan 10 jaar.

Recente ontwikkelingen rondom beroepsziekten: Commissie Heerts

In 2019 heeft de staatssecretaris van SZW de Commissie vergemakkelijking schadeafhandeling beroepsziekten (kortweg: de Commissie Heerts) ingesteld (zie ook paragraaf 4.4). De opdracht van de Commissie zag uitsluitend op beroepsziekten door

²²⁸ HR 31 maart 2006, NJ 2011/250 (Nefalit/Karamus) (nt. Tjong Tjin Tai)

²²⁹ Op grond van ECLI:NL:CRVB:2009:Bl2805 is 12% kans genoeg voor de toepassing van de proportionele aansprakelijkheid. In deze kwestie van de militaire ambtenaar die rookte, tijdens werk in aanraking was gekomen met asbest en overleed aan longkanker, wees de CRvB 12% van de schade toe.

²³⁰ In de civiele jurisprudentie geldt algemeen: alles boven 10% is een “niet zeer kleine kans”.

²³¹ PwC (2015)

²³² [Rapport Verbeteren procesgang schadeverhaal: Rapportage over de positionering van een Expertise Centrum Causaliteit Beroepsziekten \(ECCB\)](#)

²³³ Weurding (2019)

²³⁴ Rijnhout et al (2020)

blootstelling aan gevaarlijke stoffen. De Commissie presenteerde op 14 mei 2020 haar rapport 'Stof tot nadenken'. Zij signaleert dat jaarlijks ongeveer 4.100 mensen sterven als gevolg van een beroepsziekte. De meesten daarvan (ruim 3.000) sterven omdat ze onvoldoende beschermd hebben gewerkt met gevaarlijke stoffen.

Ook onderkent de Commissie het hierboven geschetste beeld dat slechts een zeer klein deel van de werknemers hun werkgever aansprakelijk stelt, procedures lang duren en kostbaar en zeer belastend zijn. Uit het onderzoek blijkt dat de marges om tot vergemakkelijking van schadecompensatie bij beroepsziekten te komen bijzonder smal zijn. Voor een fundamenteel andere inrichting van de mogelijkheid om compensatie voor werkgerelateerde gezondheidsschade te verkrijgen - bijvoorbeeld door introductie van een verplichte directe verzekering - bestaat, aldus de Commissie, "onvoldoende maatschappelijk draagvlak".

- Een structurele oplossing van de geschetste problemen bij het verhalen van schade als gevolg van een beroepsziekte, binnen de kaders van het aansprakelijkheidsrecht, is volgens de Commissie, ook niet goed mogelijk. De door de Commissie gesignaleerde knelpunten zijn inherent aan het aansprakelijkheidsrecht. Wel komt de Commissie tot een aantal verbeteringen:
- Betere preventie: een meer verplichtend arbeidsomstandighedenbeleid (RI&E) en een betere handhaving;
- Snellere, maatschappelijke erkenning zonder hoge drempels. Voorwaarde is wel de - voorshandse - aannemelijkheid dat een ziekte veroorzaakt is door het werken met gevaarlijke stoffen; en
- Een algemene financiële tegemoetkoming.

Verder bepleit de Commissie:

- Investeer in een stevige infrastructuur voor kennis, diagnose en behandeling van beroepsziekten;
- Verbeter de positie van de bedrijfsarts zodat deze een stevige rol kan innemen bij de preventie van slechte arbeidsomstandigheden in het algemeen en van beroepsziekten in het bijzonder;
- Zorg voor een betere toegankelijkheid van specialistische arbeidsgeneeskundige diagnose- en behandelmogelijkheden, onder meer door de bestaande financiële drempels weg te nemen;
- Stel een onafhankelijke gezaghebbende interdisciplinaire arbeidsgeneeskundige organisatie in om de bestaande kennis en expertise te bundelen, verder te ontwikkelen en uit te dragen; en
- Een helder en krachtig boete- en toezichtbeleid als extra stimulans voor bedrijven om de verantwoordelijkheid voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden adequaat op te pakken.

Daarnaast breekt de Commissie een lans voor tegemoetkoming van slachtoffers van beroepsziekten. Deze tegemoetkoming moet via een korte, overzichtelijke en eenvoudige procedure verkregen kunnen worden, en staat los van de aansprakelijkheidscontext van art. 7:658 BW. Doel van de tegemoetkoming is primair maatschappelijke *erkenning* dat men ziek is geworden door het werk. De tegemoetkoming houdt geen verband met de feitelijke schade die een werkende door zijn ziekte lijdt. De weg van het aansprakelijkheidsrecht blijft openstaan voor volledige schadevergoeding. De aanbevelingen, inclusief de financiële tegemoetkoming, zouden volgens de Commissie van toepassing moeten zijn op alle werkenden, onafhankelijk van de aard van de arbeids- of opdrachtrelaties. Inmiddels heeft staatssecretaris Van 't Wout van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aangekondigd 62,5 miljoen euro vrij te maken voor een tegemoetkomingsregeling, waarbij is uitgegaan van maximaal 2500 tegemoetkomingen per jaar.²³⁵

Leidraad Afwikkeling Beroepsziektezaken

Sinds 2018 werkt een brede kring van vertegenwoordigers en experts uit het werkveld, onder leiding van hoogleraar Siewert Lindenbergh (Erasmus Universiteit), in opdracht van het Ministerie van SZW en de Letselschade Raad (DLR), aan een [Leidraad Afwikkeling Beroepsziektezaken](#) (deze is niet beperkt tot gevaarlijke stoffen).

Aanleiding, ook voor dit onderzoek, is dat de afhandeling van beroepsziekteclaims in de praktijk als zeer problematisch wordt ervaren: de afhandeling duurt (te) lang, kost (te) veel en is (te) belastend voor betrokken partijen. Beoogd wordt om binnen de huidige regeling van werkgeversaansprakelijkheid de praktijk van claimbehandeling te verbeteren door een Leidraad te ontwikkelen voor slachtoffers, belangenbehartigers, werkgevers en verzekeraars. De [conceptversie van de Handreiking voor de afwikkeling van schade door beroepsziekten](#) is in 2019 verschenen, en aan het veld voorgelegd ter consultatie. De consultatiefase is vanwege de ontwikkelingen rondom het coronavirus vooralsnog uitgesteld.

²³⁵ Kamerstukken II, 2020-2021, 25883 nr. 393

Mediation

Mediation kan ook in beroepsziektezaken veel leed door 'secundaire victimisatie' voorkomen. Secundaire victimisatie is het gegeven dat werknemers met een beroepsziekte niet alleen slachtoffer zijn van de slechte arbeidsomstandigheden, maar ook (geestelijke) schade hebben oplopen door de psychische belasting die met de vaak zeer langdurige procedures gepaard gaat. In de literatuur wordt ook wel gesproken van een 'dubbele lijdensweg'.

Los van de zaken waarin een beroepsziekte tot overlijden van het slachtoffer leidt, zijn er vele zaken waarin de ziekte tot (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid leidt. Mediation kan in die zaken een uitstekend middel zijn om de samenwerking tussen werkgever, werknemer en verzekeraar te bevorderen, evenals waar mogelijk de toekomstige arbeidsparticipatie van de werknemer. Door onvoldoende samenwerking tussen betrokken partijen blijven er tot dusver te veel kansen onbenut. De kans is groot dat dat "schuurt". De [Gedragscode behandeling Letselschade](#) (GBL) kent het recht op mediation. Van dat recht wordt nog (te) weinig gebruik gemaakt.

Persoonlijke noot Mr. Lydia Charlier (letselschadeadvocaat) over Commissie Heerts

Een persoonlijke noot ten aanzien van het rapport van de Commissie Heerts moet daaraan worden toegevoegd. De adviezen van de Commissie kunnen een stap vooruit zijn voor de maatschappelijke erkenning voor slachtoffers van blootstelling aan schadelijke stoffen. De vraag is: waarom alleen voor hen?

Ik signaleer voorts dat voor het recht op vergoeding nodig is dat - primair op het punt van de causaliteit - de bewijswaardering helder is. De problemen in beroepsziektezaken worden nu juist veroorzaakt door het feit dat er vrijwel geen ziekten zijn waarbij "voorshands aannemelijk is dat de ziekte is veroorzaakt door het werk." Het oorzakelijk verband tussen werkzaamheden en ziekte vormt veelal de kern van het (juridisch en wetenschappelijk) debat, dat ook door de aanbevelingen van de Commissie op het eerste gezicht (nog) niet wordt opgelost. Te verwachten is daarmee dat velen opnieuw buiten de boot zullen vallen. Evenmin zullen nieuwe risico's snel een plek vinden.

In Nederland is voorts de ontwikkeling van de gedachten rondom de omgang met, en de compensatie voor schade ten gevolge van, beroepsziekten in de afgelopen 30 jaar uitsluitend in gang gezet - en gehouden - door de maatschappelijke druk van claims en juridische procedures. Erkenning, compensatie en preventie was tevens het oogmerk bij de oprichting van het Bureau Beroepsziekten FNV in 2000. Nu, anno 2020, zijn erkenning, adequate compensatie en preventie helaas nog steeds niet in zicht.

Een déjà vu dringt zich op. Anno 2020 staat preventie nog steeds in de kinderschoenen (zie ook elders in deze publicatie). Erkenning is versplinterd en blijft beperkt tot enkele groepen, zoals slachtoffers van asbest en chroom-6 en OPS-patiënten. Volledige compensatie volgt zelden of slechts na jaren procederen. Het aansprakelijkheidsrecht eist bewijs, en de onduidelijkheden daarin spelen partijen parten. De door de Commissie voorgestelde pleister op de wonde zal voor de gevallen waarin de tegemoetkoming wordt toegekend, ongetwijfeld leiden tot minder maatschappelijke druk, minder procedures, en minder (rechts)ontwikkeling op het punt van bewijs en de bewijswaardering van de causale relatie, zoals ook met asbestzaken is gebeurd.

Uit een voorlopige cijfermatige analyse onder mediators blijkt²³⁶:

- Circa 80% van de zaken wordt pas voor een mediation aangemeld tussen 40 en 100 maanden. De meeste zaken worden pas na 60 maanden na het ongeval aangemeld. (artikel 8 GBL spreekt over het recht op mediation na 36 maanden);
- De looptijd voorafgaand een mediation is een factor 18 langer dan de tijd benodigd voor een totaal mediationtraject (inclusief eventuele deelonderzoeken);
- Circa 90% van deze zaken wordt opgelost in minder dan 16 contacturen tussen mediator en partijen;
- De kosten zijn circa 20% van een gerechtelijk traject;
- De klanttevredenheidsscore waarbij partijen vooraf ernstig van mening verschilden is opmerkelijk: 9.1 aan slachtofferzijde, 8.8 aan verzekeraarszijde en 8.4 aan de zijde van de belangenbehartiger; en
- Nog effectiever blijkt snellere inzet van mediators dan na 3 jaar, met de mogelijkheid tot een forse besparing op de

²³⁶ Met dank aan mr. Gerrit H.J. Hulsbergen re, MfN-mediator en directeur van Het Letselhuis, voor zijn analyse uit de mediationpraktijk.

looptijd tot wel gemiddeld 1,5 jaar, en op contacturen van beider professionals, wat betekent: minder buitengerechtelijke kosten, minder langlopende discussies, en geringere schadelast;

Ervaren letselschadeprofessionals wisten dit al uit ervaring. Deze voorlopige cijfers ondersteunen dat. Het is evident: mediation bewijst in letselschadezaken zijn diensten voor alle partijen; ook als er - zoals in de meeste beroepsziektezaken, bij medische fouten en complexe letsels - twijfel bestaat over de aansprakelijkheid en de causaliteit.

Zes onbenutte kansen van mediation

Het inzetten van mediation is aangewezen op verschillende momenten. Voor die momenten bestaat tot dusver onvoldoende aandacht. Tevens worden misvattingen over mediation gezien.

1. Timing: “de tijd is nog niet rijp”

Voor het inzetten van mediation in letselschadezaken wordt wel gezegd dat timing belangrijk is. Als “de tijd niet rijp is”, lees: “als partijen elkaar nog niet voldoende onder druk hebben gezet”, zal ook mediation geen eindoplossing brengen. Dat getuigt van een te beperkte blik op de mogelijkheden van mediation. Mediation kan voor de behandeling en de resultaten van een letselschadezaak veel meer betekenen dan alleen als middel om tot een eindoplossing te komen. Zowel de werkgever als de verzekeraar hebben eigenstandige verplichtingen in de re-integratie van de werknemer. Samenwerking tussen deze partijen loont. Mediation inzetten betekent: verbinden waar contact en vertrouwen verloren dreigen te gaan, bij elke partij en in elke fase van het proces. Zodra het “schuurt” en partijen conflictgedrag vertonen, is mediation een middel om de verhoudingen te herstellen en de optimale, gezamenlijke weg vooruit te vinden.²³⁷

2. Verwarring: de vroege fase van de behandeling

In de sfeer van re-integratie doet zich een paradox voor. Is het voor de werkhervatting van de betrokkene, met inachtneming van de Wet Poortwachter, van belang dat wordt vastgesteld dat en in hoeverre hij arbeidsgeschikt is en re-integratie kan slagen? Want voor de (zuiver financiële) resultaten van zijn letselschadevordering lijkt het eerder van belang dat hij/zij zoveel mogelijk arbeidsongeschikt is. De *mindset* van de betrokkene wordt daarmee in verwarring gebracht. Is zijn toekomst werk of een zak met geld? Waar deze verwarring toeslaat, kan mediation uitkomst bieden: met een op het gebied van zowel letselschade als arbeidsrecht ervaren mediator kan de optimale weg vooruit gevonden worden.

3. Deskundigenoordeel

Worstelen partijen met vragen in het kader van de re-integratie, dan wordt vaak een deskundigenoordeel bij het UWV gevraagd. Dat duidt op onduidelijkheid en onenigheid. Na het verkrijgen van een deskundigenoordeel kan mediation met alle partijen aan tafel de beste weg vooruit vinden.

4. Loonsanctie

Legt het UWV na 104 weken een loonsanctiejaar aan de werkgever op, dan is dat een duidelijk signaal van tekortschieten door de werkgever (en de verzekeraar). Er had hier eerder moeten worden ingegrepen. Ook in deze fase kunnen partijen met een ervaren mediator de neuzen dezelfde (goede) kant op krijgen.

5. Arbeidsconflict

Niet zelden treedt gedurende de WIA-wachtermijn of gedurende een door het UWV opgelegd sanctiejaar een arbeidsconflict op. De bedrijfsarts, de Wet Poortwachter en het arbeidsrecht spelen dan een grote rol. De bedrijfsarts adviseert dan op basis van de STECR-richtlijnen en de NVAB-richtlijnen tot mediation. Het weigeren van een mediation door de medewerker is geen vruchtbare weg.²³⁸ Dat geldt ook voor de werkgever.²³⁹ De verzekeraar kan in dat geval tijdig instappen. Mediation in een tripartite overleg kan in deze fase voor alle partijen van groot belang zijn. In overleg tussen de werknemer, de werkgever en de verzekeraar kan de laatste zeker bijdragen aan het welslagen van de re-integratie van de betrokkene en het oplossen van het conflict.

6. Een definitieve oplossing

In de [Gedragscode Behandeling Letselschade](#) (GBL 2012) zien de gedragsregels 8, 9 en 10 op het vlottrekken van vastlopende schadebehandeling. Duurt de schadebehandeling langer dan twee jaar, dan gaan beide partijen na wat daarvan

²³⁷ Escalatieladder van Glasl, (2015, 11e druk)

²³⁸ ECLI:NL:GHSHE:2020:372

²³⁹ ECLI:NL:HR:2019:1443

de oorzaak is (gedragsregel 8). Als de schaderegeling vastloopt, dan brengen partijen in kaart wat hen verdeeld houdt en zoeken zij samen zo spoedig mogelijk naar een oplossing. Als het partijen niet lukt om een oplossing (gedragsregel 9) te bereiken, dan roepen zij de hulp in van een derde (mediator) (gedragsregel 10). Ook de rechter kijkt bij zijn beoordeling naar de GBL.²⁴⁰

Wat doet mediation?

Een materiedeskundige mediator creëert “*Het Neutrale Veld*”, waarin alle zaken die van belang zijn - feiten, meningen, emoties, regels en ratio - een eigen plek vinden. Vastgelopen denkbeelden leiden zelden tot oplossingen: zij worden uitgedaagd. De mediator helpt deze denkbeelden op hun houdbaarheid te toetsen, bij te stellen, en de draai te maken naar de oplossing die voor alle partijen acceptabel is.

Mediation brengt echter meer. Mediation stelt de betrokkene, omringd door deskundigen, in staat zelf besluiten te nemen. Hij kan een goed geïnformeerde keuze maken, en beslist over zijn eigen toekomst. Hij neemt daarmee, gehoord hebbend alle partijen aan tafel, de verantwoordelijkheid over zijn eigen leven. De betrokkene is geen slachtoffer meer, maar wordt van eigenaar van het probleem eigenaar van de oplossing. Dat levert mede de zeer hoge tevredenheidsscores over mediation op.

Mediation niet geprobeerd? Een risico.

Specifiek in het arbeidsrecht toetst de rechter of een mediationtraject is aangeboden door de werkgever. Is dat zonder goede redenen niet gebeurd, dan kan hij daar de gevolgen aan verbinden die hij geraden acht. In letselschadeprocedures wordt deze toets nog niet aangelegd. Aan het ontbreken van mediation worden geen consequenties verbonden. In hoger beroep geldt wel de eis dat bij de introductie van deze procedure wordt gemeld of vóór of tijdens de procedure in eerste aanleg een mediation heeft plaatsgevonden (art. 3.1 sub g van het Landelijk procesreglement voor civiele dagvaardingszaken). Een dergelijke toetsing kan ook in eerste aanleg worden geïntroduceerd. Preprocessuele mediation is internationaal al heel gebruikelijk.

Conclusie

De eindafwikkeling van beroepsziektezaken kenmerkt zich door twijfel op vele fronten. Dat zal met de initiatieven tot dusver nog niet veranderen. Het doorlopen van een juridische procedure biedt voor de betrokkenen zelden een bevredigend resultaat. Alle partijen zijn het daar wel over eens.

Waar twijfel heerst, kan mediation voor alle partijen een snellere, goedkopere en meer bevredigende oplossing opleveren dan gelijk of ongelijk. Tijdige interventie door mediation kan onder meer de arbeidskansen van de betrokkene tijdens een periode van gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid sterk verbeteren. Samenwerking tussen alle betrokken partijen loont.

²⁴⁰ ECLI:NL:GHARL:2020:749 ro. 2.10: Het Hof: ‘Het zou (de verzekeraar) sieren om de juridische strijdlijn te begraven en met geïntimeerde en eventueel met een ervaren letselschademediator om de tafel te gaan zitten om deze te langlopende schaderegeling fatsoenlijk af te wikkelen. Kortheidshalve verwijst het Hof naar de Gedragscode Behandeling Letselschade onder gedragsregels 8, 9 en 10.’

5 Belemmeringen en mogelijkheden in het stelsel²⁴¹

Werknemers hebben recht op veilige en gezonde arbeidsomstandigheden. Dit is niet alleen vastgelegd in fundamentele verdragen, maar ook in het overheidsbeleid. Uitgangspunt van het beleid is een systeem van 'zelfregulering', dat is neergelegd in de Europese regelgeving, maar ook al sinds begin jaren '80 de beleidsfilosofie vormt achter de Nederlandse arbeidsomstandighedenwetgeving (in het bijzonder de Arbowet). Werkgevers en werknemers zijn samen verantwoordelijk voor veiligheid en gezondheid op het werk. De overheid heeft daarbij wél een toezichhoudende taak, die in het bijzonder wordt opgepakt door de Inspectie SZW. Het toezicht is het vangnet onder dit systeem van zelfregulering (zie ook figuur 3.2 in paragraaf 3.2).

De kern van de Arbowet is een algemene zorgplicht voor de werkgever met betrekking tot de veiligheid en gezondheid van werknemers, en een algemene verplichting om een arbeidsomstandighedenbeleid te voeren (art. 3 Arbowet). Bij de vormgeving van dit beleid dient de werkgever samen te werken met de werknemers (art. 12 Arbowet); veelal in de vorm van overleg met de ondernemingsraad of personeelsvertegenwoordiging. Ook dient de werkgever zich te laten bijstaan door 'deskundige werknemers op het gebied van preventie en bescherming' (de preventiemedewerker), en voor een aantal specifieke taken 'aanvullende bijstand' in te schakelen (arbodienst en bedrijfsarts).

Dit systeem van zelfregulering op bedrijfsniveau vormt ook het hart van het stelsel rondom beroepsziekten zoals figuur 5.1 weergeeft. Dat gaat zeker op voor de *preventie* van beroepsziekten. Bij preventie van beroepsziekten is de arbeidshygiënische strategie belangrijk. Daarbij spelen diverse deskundigen een cruciale rol. Dan gaat het niet alleen om de bedrijfsarts en andere 'kerndeskundigen', maar op de achtergrond ook om de beroepsverenigingen, en in het bijzonder om het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). Het stelsel van preventie strekt zich dus verder uit dan de grenzen van bedrijven.

Als werknemers ondanks eventuele preventieve maatregelen (of juist door het ontbreken daarvan) toch ziek worden, dan reikt het systeem nog verder. Zieke werknemers zullen in principe begeleid worden door de bedrijfsarts, maar veelal óók bij hun huisarts te rade gaan. In veel gevallen zal een werknemer met een beroepsziekte bovendien een beroep doen op specialistische zorg. De afstemming tussen bedrijfsarts en curatieve zorg wordt echter al langere tijd als niet optimaal gezien (zie paragraaf 5.2.1).

En indien werknemers blijvend uitvallen, zullen zij in sommige gevallen aanspraak maken op schadevergoeding. Het systeem van *compensatie* in geval van een beroepsziekte is ook al geruime tijd onderwerp van discussie - het meest recent beschreven in het rapport van de Commissie Vergemakelijking Schadeafhandeling Beroepsziekten (VSAB, ook wel de Commissie Heerts) (zie hoofdstuk 4 en paragraaf 5.3.4).

In hoofdlijnen zit het stelsel zoals geschetst, volgens de meeste deskundigen die hebben bijgedragen aan dit rapport, logisch in elkaar. Toch zijn er in de praktijk diverse verbetermogelijkheden, zoals ook bleek uit de kennissessies *Beroepsziekten Beter in Beeld*. Daarnaast is het stelsel met enige regelmaat geëvalueerd, waaruit ook is gebleken dat er sprake is van verbeterpunten. Hierna wordt per actor in het stelsel aangegeven waar de verbeterpunten zitten. Deels zijn die mogelijkheden genoemd door de deskundigen die betrokken zijn geweest bij de kennissessies en bij de totstandkoming van dit rapport, deels zijn zij ontleend aan de literatuur. De genoemde mogelijkheden gelden niet direct als 'aanbevelingen' voor beleid of toezicht, maar bieden wel aanknopingspunten voor verdere gedachtewisseling.

²⁴¹ Door Jan Popma en Rolf Spijkerman, beiden werkzaam als senior onderzoeker en adviseur bij de Inspectie SZW

5.1 Binnen bedrijven

5.1.1 De werkgever

De werkgever is, mede in het licht van de gezagsverhouding op het werk (artikel 7:610 en 7:660 BW) en de afhankelijkheid van de werknemer, de primair verantwoordelijke voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden en daarmee voor het voorkómen van beroepsziekten. Dit is ook vastgelegd in artikel 7:658 BW, en meer in het bijzonder artikel 3 van de Arbwet. De meeste werkgevers willen de wet ook naleven: ongeveer 60% noemt het naleven van de wet als algemene norm voor wenselijk gedrag.²⁴² Desondanks zijn er meerdere verbeterpunten en mogelijkheden.

Ten eerste zijn werkgevers zich nog steeds onvoldoende bewust van de risico's van beroepsziekten. Dit punt is genoemd door meerdere deelnemers uit het netwerk *Beroepsziekten Beter in Beeld* én in de literatuur. Voor dit gebrek aan risicobewustzijn worden meerdere verklaringen genoemd. Voor met name beroepsziekten die zijn veroorzaakt door blootstelling aan kankerverwekkende stoffen geldt dat deze vaak pas na uitdiensttreding aan het licht komen. De werkgever wordt zelden direct geconfronteerd met de gevolgen van de blootstelling die heeft plaatsgevonden, terwijl bij arbeidsongevallen de gevolgen vrijwel altijd wél direct zichtbaar zijn.²⁴³

Ook is de relatie tussen ziekte en blootstelling op de werkplek maar zelden één op één te leggen. De werkgever heeft om die redenen vaak onvoldoende besef van de impact van beroepsziekten (risicobewustzijn én risicoperceptie).²⁴⁴ Door deze beperkte risicoperceptie blijft de aandacht voor beroepsziekten achter bij die van ongevallen waar de acute (veiligheids) risico's meer zichtbaar zijn. Dit beperkte risicobesef en –bewustzijn kan ook verkeerd uitpakken als de werkgever een beslissing moet nemen of hij de adviezen van (bedrijfs)artsen en andere deskundigen wil opvolgen.²⁴⁵

Ten tweede geldt ook voor bereidwillige werkgevers dat regelgeving vaak als te ingewikkeld, omvangrijk en abstract kan worden ervaren.²⁴⁶ Ze zijn weliswaar intrinsiek gemotiveerd hun werknemers te beschermen, maar zien de arbowetgeving niet altijd als een praktisch kader om dit te bereiken.²⁴⁷ Voornamelijk kleine bedrijven hebben de kennis en kunde niet in huis om de wettelijke verplichtingen uit te voeren, of kunnen de juiste informatie niet vinden.²⁴⁸ Soms neemt een werkgever dan maatregelen die niet passen bij de geconstateerde knelpunten. Dit kan voortkomen uit een gebrek aan arbeidshygiënische kennis over maatregelen, maar ook door het onvoldoende inschakelen van specifieke deskundigheid (zoals bedoeld in artikel 14 van de Arbwet). Zo kwam in verschillende kennissessies naar voren dat werkgevers relatief weinig investeren in preventie. De meeste aandacht gaat toch uit naar verzuimbegeleiding in plaats van het voorkómen van verzuim. Dit blijkt ook bij herhaling uit onderzoeken van de Inspectie SZW (Arbo in Bedrijf, periode 2007-2018).

Een andere belemmering om de wet na te leven is dat sommige werkgevers met het oog op de concurrentie, aversie tegen de (grote hoeveelheid) wet- en regelgeving hebben en door tijdgebrek andere prioriteiten hebben dan veilig en gezond werk.²⁴⁹ Een achterliggende reden is dat werkgevers hun afwegingen goeddeels maken op basis van economische motieven, wat kan leiden tot calculerend gedrag.

Uit recent onderzoek van de Inspectie SZW blijkt overigens dat gebrek aan risicobewustzijn of gebrek aan kennis vaker spelen dan calculerend gedrag.²⁵⁰

Mogelijkheden

Wat betreft het gebrek aan risicobewustzijn bij werkgevers en werknemers kan uiteraard worden ingezet op meer effectieve voorlichting over de gevolgen van slechte arbeidsomstandigheden en de omvang van de problematiek. Het programma Preventie Beroepsziekten, waarmee het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 2018 is gestart, is hiervan een

²⁴² Bos & Engelen (2007); Siesling (2010), p. 30; Van Erp (2007), p. 81

²⁴³ Eshuis (2013)

²⁴⁴ Kennissessie 11, Beroepsziekten Beter in Beeld

²⁴⁵ Kennissessie 9

²⁴⁶ Hooftman et al (2019), Panteia (2015), p. 11-13; Siesling (2010), p. 45

²⁴⁷ Hooftman 2019, p. 26

²⁴⁸ Hooftman 2019, p. 15

²⁴⁹ Siesling 2010, p. 44

²⁵⁰ Inspectie SZW (nog te verschijnen), Arbo in Bedrijf 2020

voorbeeld. Ondanks deze initiatieven is evident dat er op het gebied van bewustwording nog stappen te maken zijn. Goede risicocommunicatie over met name 'onzichtbare' risico's is niet eenvoudig. 'Storytelling', waarbij slachtoffers van een beroepsziekte een gezicht krijgen en hun situatie door anderen herkend wordt, lijkt een kansrijke aanpak.²⁵¹

In verschillende kennissessies werd aangegeven dat een meer branche- of sectorgerichte benadering van werkgevers daarbij mogelijkheden lijkt te bieden. Niet alleen helpt dat om bewustzijn te kweken voor de specifieke beroepsrisico's in een branche²⁵², ook kan een branche-aanpak helpen om de sectorspecifieke oorzaken van beroepsziekten scherper in beeld én op het netvlies van de werkgever te krijgen. Daarnaast biedt een branche-aanpak een kans om preventieve maatregelen beter aan te laten sluiten op de dagelijkse praktijk van bedrijven. Ook is tijdens meerdere kennissessies én in de literatuur aangegeven dat ook de arbodienstverlening gebaat zou zijn bij een branchebenadering (zie paragraaf 5.3).

Ook voor de vertaling van de (blijkbaar) lastige wet- en regelgeving naar praktische, efficiënte en doeltreffende maatregelen ter bescherming van de gezondheid van werknemers ligt een branchebenadering voor de hand. In dit verband kunnen ook arbocatalogi of de door TNO (in opdracht van SZW) ontwikkelde tools en veilige werkwijzen genoemd worden. Dit zijn hulpmiddelen die de wet- en regelgeving minder complex en abstract maken, en concrete handreikingen doen voor het nemen van maatregelen. Met name het midden- en kleinbedrijf kan hiervan profiteren, wanneer bedrijven vanwege hun schaalgrootte niet in staat zijn zelf iets te ontwikkelen. Wel blijkt de kwaliteit van de huidige arbocatalogi wisselend, en zijn die bij veruit de meeste werkgevers onbekend.²⁵³

Om niet-willende of calculerende werkgevers in beweging te krijgen, is meer nodig dan bewustwording en voorlichting over praktische werkwijzen. De Inspectie SZW treedt in haar handhavingsbeleid de laatste jaren harder op: deels door gerichtere inzet, maar ook door strengere sancties in de vorm van eerder effectueren van (hogere) boetes. Zo is in 2019 het ontbreken van een risico-inventarisatie en -evaluatie aangemerkt als direct beboetbare overtreding, en zijn de boetes voor overtreding van meerdere bepalingen in het hoofdstuk 'Gevaarlijke stoffen' in het Arbobesluit fors verhoogd.

Een veelgehoorde suggestie is werkgevers meer te prikkelen met economische argumenten in plaats van met dwingende wet- en regelgeving. Deze 'business-case'-aanpak heeft zeker zijn charmes.²⁵⁴ Maar deze benadering stuit op twee problemen. Zo is het een gegeven dat een aantal beroepsziekten, met name werkgerelateerde kanker, zich pas na uitdiensttreding openbaart. Ook werken werknemers met klachten aan het bewegingsapparaat of long- of huidklachten veelal gewoon door. Dat heeft tot gevolg dat de werkgever nauwelijks (verzuim)kosten heeft. In dergelijke situaties is een bedrijfseconomische benadering van beroepsziekten niet effectief, omdat er geen terugverdieneffecten van de arbo-investering optreden. Dit klemt te meer, daar de kosten van ziekteverzuim veelal verzekerd zijn, en bij de premiestelling voor dergelijke verzekeringen niet bijzonder veel aandacht lijkt te zijn voor premiedifferentiatie, zeker niet in het geval van kleinere werkgevers.²⁵⁵

Daarnaast wordt het merendeel van de kosten van slechte arbeidsomstandigheden (bijvoorbeeld gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid) afgewenteld op de samenleving (zie grafiek 5.1.1). Werkgevers die investeren in betere arbeidsomstandigheden investeren voor een belangrijk deel in het terugdringen van maatschappelijke kosten waar zij zelf geen baat bij hebben. Ook dit is voor calculerende werkgevers geen aanleiding om te investeren in preventie. De kosten van arbo-investeringen zijn immers direct van invloed op het bedrijfsresultaat, terwijl de baten niet ten goede van het bedrijf komen.

²⁵¹ Zie bijvoorbeeld de brochure 'Ademnood: Longziekten als gevolg van werk' (LAN, 2016)

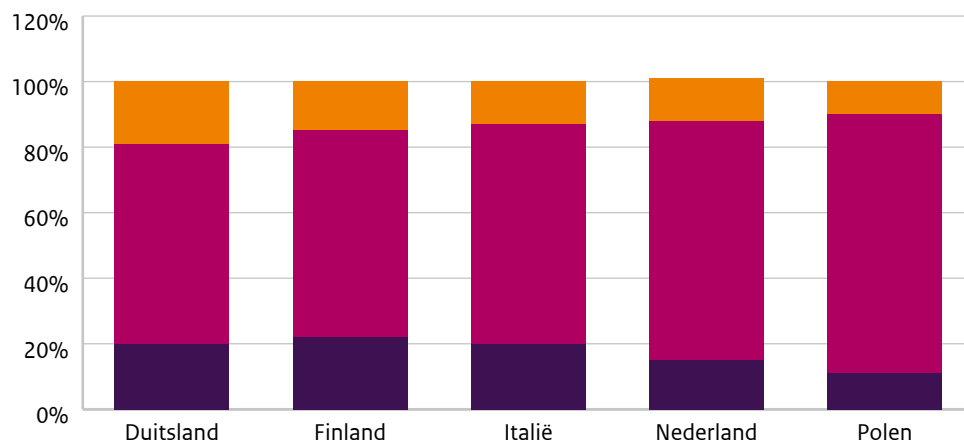
²⁵² Zie bijvoorbeeld de campagne '(Hout)stof tot nadenken'

²⁵³ Sax (2019), p. 24

²⁵⁴ Zie o.a. het manifest [100 werkgevers over duurzame inzetbaarheid](#): "Berekeningen laten zien dat de ruimte voor verbetering voor de Nederlandse economie als geheel, groot is. 1%-punt daling van ziekteverzuim scheelt werkgevers jaarlijks ongeveer € 2,6 miljard in de kosten. En 1% stijging van de arbeidsproductiviteit levert een stijging van de economische groei ter waarde van € 6 miljard op. De voorbeelden in het manifest laten verzuimdaling en productiviteitsstijging bij individuele bedrijven met soms wel enkele procenten zien."

²⁵⁵ Een vergelijking met Duitsland laat overigens zien dat daar sprake is van een ander stelsel van beroepsziekten. Een kenmerk van het Duitse stelsel is dat het meer regionaal en branchegeoriënteerd is opgezet. Het Duitse stelsel onderscheidt zich dan ook door meer aandacht voor de analyse van branchespecifieke oorzaken van arbeidsongeschiktheid, waardoor leren van beroepsziekten effectiever kan zijn. Ten slotte hebben de werkgevers die zijn aangesloten bij Berufsgenossenschaften ook financiële prikkels voor preventie - meer dan in het Nederlandse stelsel van private verzekeringen.

Grafiek 5.1.1 Verdeling maatschappelijke kosten arbeidsomstandigheden



Bron: EU-OSHA²⁵⁶

5.1.2 Werknemers

Voor werknemers zou het behoud van hun gezondheid op zich al voldoende reden moeten zijn om veilig en gezond te werken. Daarnaast is wettelijk vastgelegd dat de werknemer zich moet houden aan de arbovoorschriften in zijn of haar bedrijf of instelling (art. 11 Arbowet). Desondanks zijn er ook voor werknemers diverse verbeterpunten en mogelijkheden om veilig en gezond te werken.

Ten eerste speelt voor werknemers, net als voor werkgevers, het probleem dat de gevolgen van ongezond gedrag op de werkvloer vaak pas op de lange termijn optreden. Het risicobewustzijn is niet bij alle werknemers voldoende ontwikkeld. Zeker bij langetermijneffecten spelen diverse psychologische mechanismen een rol die een adequaat risicobewustzijn in de weg staan. En zelfs als men zich wel bewust is van de risico's, is bij langetermijneffecten de verleiding groot om toch de weg van de minste weerstand te kiezen of te volharden in ingesleten werkrouines.

Ten tweede is het voor werknemers in sommige gevallen ingewikkeld de werkgever aan te spreken op het belang van veilige en gezonde arbeidsomstandigheden. In meerdere kennissessies is aangegeven dat met name voor werknemers met een kwetsbare positie op de arbeidsmarkt de drempel soms hoog is - bijvoorbeeld uit angst voor baanverlies.

Een beletsel om eventuele slechte arbeidsomstandigheden ter discussie te stellen, is dat veel werknemers onvoldoende toegang hebben tot een bedrijfsarts of andere arbodeskundigen. Uit de monitor Arbo in Bedrijf van de Inspectie SZW blijkt dat het arbosprekuren in de meeste bedrijven niet standaard wordt aangeboden. Uit de recente evaluatie van de wijziging in de Arbowet per 2017 blijkt dat er een verbetering in gang is gezet en dat tweederde van de bedrijfsartsen aangeeft dat er een toename is van open spreekuren.²⁵⁷ De meerderheid van de werknemers is niet in de gelegenheid een PAGO aan te vragen.²⁵⁸ Het zeer beperkte gebruik van PAGO gaat ook ten koste van vroegsignalering van eerste signalen van beroepsziekten.²⁵⁹ Daarnaast hebben ex-werknemers geen toegang (meer) tot bedrijfsgezondheidskundige (na)zorg.²⁶⁰

Mogelijkheden

Het wegnemen van de aangehaalde belemmeringen voor werknemers is een lastige opgave. Vergroten van het risicobewustzijn is op zich al ingewikkeld. Risicocommunicatie over 'onzichtbare' risico's is bijvoorbeeld een stuk lastiger dan communiceren over voorstelbare risico's, zoals vallen van hoogte. En zeker de stap van risicobewustzijn naar gedragsverandering vergt een lange adem. In ieder geval is wél van belang dat bij voorlichting en risicocommunicatie de

²⁵⁶ Tompa et al (2019)

²⁵⁷ Hoorweg, Kool & Schoenmakers (2020), p. 13

²⁵⁸ Werkgeversenquête arbeidsomstandigheden (WEA) 2019, p. 20

²⁵⁹ Kennissessie 9 Beroepsziekten Beter in Beeld

²⁶⁰ Kennissessie 10

werknemers handelingsperspectief geboden wordt. Alleen op de risico's wijzen, levert niets op als werknemers niet vervolgens het gewenste gedrag kunnen vertonen. De Inspectie SZW en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid organiseren regelmatig bewustwordingscampagnes voor werknemers (zie paragraaf 3.3.10.2).

Het gesignaleerde probleem van de werknemer met een kwetsbare arbeidspositie vergt een ingrijpende verandering in het huidige stelsel van arbeidsverhoudingen - in ieder geval voor werknemers met een tijdelijke aanstelling (in het bijzonder migranten, zie ook hieronder). Maar ook voor werknemers in vaste dienst blijkt het soms lastig om voor hun rechten op te komen en de werkgever te doordringen van bepaalde - soms onzichtbare - risico's en de gevolgen daarvan. Dit klemt vooral bij minder harmonieuze arbeidsverhoudingen. Versterking van de rol van de ondernemingsraad, personeelsvertegenwoordiging of de vakbond kan in dat geval wellicht soelaas bieden. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat intensievere betrokkenheid van werknemersvertegenwoordigers samenhangt met een beter arbeidsomstandighedenbeleid (zie ook paragraaf 3.3.1 en 5.1.4). Voor het oplossen van het probleem van toegang tot de bedrijfsarts zijn er meer mogelijkheden (zie hieronder, paragraaf 5.2.1).

5.1.3 Zelfstandigen en flexwerkers

De flexibilisering op de Nederlandse arbeidsmarkt neemt al jaren toe, onder meer door een toenemend aantal oproep- en invalkrachten, werknemers met een nul-urencontract en zogeheten platformwerkers. Onder deze laatste categorie vallen werkenden die hun opdrachten krijgen via een app, zoals Uber-chauffeurs en koeriers bij diverse bestelservices. Of denk aan 'klus'-arbeid die via digitale platforms wordt verdeeld.²⁶¹ Uitgangspunt van de (internationale en nationale) regelgeving is dat alle werkenden dezelfde arbeidsbescherming genieten, dus ook flexwerkers en tot op zekere hoogte ook zelfstandigen.²⁶² In de praktijk zijn er echter verschillende obstakels.

Hoewel de verschillende groepen werkenden, met uitzondering van échte zelfstandigen, formeel dezelfde bescherming genieten, blijkt in de praktijk dat er tussen verschillende groepen werkenden duidelijke verschillen bestaan in de arbeidsomstandigheden. Flexwerkers worden vaker dan vaste werknemers blootgesteld aan bepaalde arbeidsrisico's, zoals fysieke belasting, gevaarlijk werk en werken met gevaarlijke stoffen. Dit blijkt onder meer uit het feit dat flexwerkers vaker dan gemiddeld zijn betrokken bij arbeidsongevallen.²⁶³

Daarnaast hebben flexwerkers weliswaar minder vaak te kampen met hoge werkdruk, maar hebben zij wel minder autonomie in het werk en minder variatie in het werk. Met name uitzendkrachten hebben relatief weinig sociale steun op de werkvloer en vaker te maken met ongewenste omgangsvormen op het werk.²⁶⁴ Deze laatste vier aspecten bij elkaar vormen, samen met de onzekerheid of men op termijn überhaupt nog wel werk heeft, wellicht een verklaring voor het gegeven dat met name uitzendkrachten vaker dan gemiddeld burn-outklachten hebben. Ook Europees gezien hebben flexwerkers over het algemeen een slechtere kwaliteit van de arbeid dan werknemers in vaste dienst.²⁶⁵

Ook zijn er duidelijke verschillen in mogelijkheden voor verschillende groepen werkenden om gebruik te maken van arbeidsgerelateerde zorg, zoals preventief medisch onderzoek of toegang tot het spreekuur van de bedrijfsarts.²⁶⁶ Dit wordt genoemd als verklaring waarom deze categorie werknemers wél onder zwaardere arbeidsomstandigheden werkt, maar minder vaak een beroepsziekte meldt.

Een laatste probleem voor werkenden met een flexibel contract is dat er regelmatig van baan wordt gewisseld, waardoor bij een eventuele beroepsziekte lastig te achterhalen is waar precies de oorzaak heeft gelegen. Dit is een complicatie bij het aansprakelijk stellen van de werkgever op grond van artikel 7:658 BW, maar ook een beletsel om te *leren* van de eventuele beroepsziekte.

²⁶¹ Terweel et al (2018). Zie voor een kort overzicht van verschillende vormen van 'klus-arbeid' en de gevolgen voor de arbeidsomstandigheden: Tran & Sokas (2017)

²⁶² Bennaars & Popma (2018), p. 79-105. Zelfstandigen vallen onder de Arbwet voor zover aan de arbeid bijzondere gevaren voor de gezondheid en veiligheid zijn verbonden. Voor meewerkende zelfstandigen geldt dat dezelfde doelbepalingen moeten worden nageleefd als bij werknemers.

²⁶³ Zie bijvoorbeeld Parent-Thirion (2013), p. 11ff, en Douwes et al (2016), p. 96ff.

²⁶⁴ SER (2019), p. 34

²⁶⁵ Parent-Thirion (2017), p. 139

²⁶⁶ SER (2019), p. 25ff

Mogelijkheden

De positie van werknemers met een flexibel contract en ZZP-ers is tevens onderwerp geweest van een recente verkenning van de SER.²⁶⁷ Hierin wordt bepleit dat met name op sectorniveau collectieve afspraken worden gemaakt over goede arbeidsomstandigheden voor alle werkenden, waaronder tijdelijke werknemers en zelfstandigen. Voorts bepleit de SER betere toegang tot de arbozorg voor alle werkenden. Hierdoor zal er meer zicht komen op eventuele beroepsziekten bij deze groepen werkenden, en kunnen de werkgever en de bedrijfsarts sneller actie ondernemen bij mogelijk ongezonde of onveilige werkomstandigheden, ook ten behoeve van de 'eigen' werknemers.²⁶⁸

De laatste tijd wordt ook gekeken naar de mogelijkheden voor werknemers om, met behulp van sensoren, hun blootstelling in kaart te brengen, en naar de wenselijkheid van een 'persoonlijk blootstellingsdossier'.²⁶⁹ De ontwikkeling van een persoonlijk blootstellingsdossier maakt het mogelijk om tegemoet te komen aan het probleem van een verbrokkeld arbeidsverleden.²⁷⁰ Werkgevers dienen, bijvoorbeeld bij mogelijke blootstelling aan gevaarlijke stoffen, de blootstelling van werknemers en de uitkomsten van arbeidsgezondheidskundig onderzoek vast te leggen in een dossier (artikelen 4.10c en 4.15 Arbobesluit).²⁷¹ Dergelijke informatie kan de flexwerker helpen om de eigen blootstelling te bewaken. Ook kunnen de verzamelde data eventueel worden gebruikt om de blootstelling op de werkplek te analyseren. Deze ontwikkeling staat echter nog wel in de kinderschoenen.

5.1.4 De ondernemingsraad/personneelsvertegenwoordiging

In ongeveer 10.000 Nederlandse bedrijven zijn ondernemingsraden ingesteld, en zijn OR-leden min of meer permanent aanwezig op de werkvloer. Daarnaast zijn er 10.000 medezeggenschapsorganen actief in bedrijven met minder dan 50 werknemers (personeelsvertegenwoordiging (pvt)/vrijwillige OR).²⁷² Werknemers in de OR/pvt hebben over het algemeen goed zicht op de arbeidsomstandigheden op de werkvloer, kunnen suggesties doen voor verbetering van het arbobeleid en zorgen voor draagvlak onder werknemers. Daarmee is de OR/pvt voor de Inspectie SZW een belangrijke partner in het toezicht - óók op het gebied van de preventie van beroepsziekten.²⁷³ In de praktijk zijn er echter wel een aantal belemmeringen. Deze zijn zowel gesignaleerd in de kennissessie over het onderwerp als in de literatuur.

Het functioneren van de medezeggenschap is al geruime tijd een punt van zorg.²⁷⁴ Recent vergelijkend onderzoek laat zien dat Nederland in de achterhoede verkeert wat betreft *employee representation*.²⁷⁵ Bij één derde van de bedrijven waar een OR ingesteld zou moeten zijn, is dat niet gebeurd.²⁷⁶ Het aantal ondernemingsraden laat ook al jaren een dalende trend zien (zie paragraaf 3.3.1). Werkgevers zelf blijken ook weinig actief in het instellen van medezeggenschap in hun bedrijf.²⁷⁷

In bedrijven waarin wél formele medezeggenschap is georganiseerd, wordt in veel gevallen de OR niet naar behoren betrokken bij de besluitvorming. Hoewel de OR/pvt instemmingsrecht heeft bij bijvoorbeeld de risico-inventarisatie en -evaluatie en het aanwijzen van de preventiemedewerker(s), wordt de medezeggenschap regelmatig gepasseerd (zie paragraaf 3.3.1).²⁷⁸

²⁶⁷ SER (2019)

²⁶⁸ Idem, p. 50

²⁶⁹ SER (2020); Krom et al (2018)

²⁷⁰ Ook de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) bepleit de invoering van een 'levensloopdossier', met een module arbeid om de continuïteit in de begeleiding te verbeteren tijdens het werkende leven, mede om werknemers te kunnen volgen die veel baanwisselingen hebben meegemaakt. NVAB (2020), p. 4

²⁷¹ Ook met betrekking tot blootstelling aan schadelijk geluid, kunstmatige optische straling en elektromagnetische velden dient een persoonlijk dossier te worden aangelegd (art. 6.10, 6.12g resp. 6.12n Arbobesluit).

²⁷² Wajon & Vlug (2017), Inspectie SZW (2018a)

²⁷³ In 2020 heeft de Inspectie SZW in het programma Bedrijven met gevaarlijke stoffen een aantal acties ondernomen om ondernemingsraden te 'empoweren', zodat zij bijdragen aan de door de Inspectie gestelde doelen (Inspectie SZW, Jaarplan 2020, p. 26). Te denken valt aan de [Handreiking OR en gevaarlijke stoffen](#) van de Inspectie SZW.

²⁷⁴ Zie onder andere Popma (2003)

²⁷⁵ EU-OSHA (2019)

²⁷⁶ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 26

²⁷⁷ Hooftman (2019), p. 33

²⁷⁸ Zie ook Wajon & Vlug (2017), p. 33, waaruit blijkt dat het aantal instemmingsaanvragen bij PVT'en al jaren daalt.

Ook de samenwerking met de arbodienst komt niet echt van de grond. Weliswaar schrijft de Arboret voor dat deskundigen moeten samenwerken met de OR/pvt (art. 14 lid 2 sub i), maar in vier op de vijf contracten met arbodiensten is hierover niets geregeld (sinds de invoering van het basiscontract is dit verbeterd), en in slechts 2% van de bedrijven wordt daadwerkelijk structureel overlegd.²⁷⁹ Ook is de OR/pvt onvoldoende alert op afspraken over samenwerking bij het beoordelen van het contract met de arbodienst.²⁸⁰

Een ander aandachtspunt voor effectieve medezeggenschap is dat het contact met de achterban al sinds jaar en dag slecht is ontwikkeld (10% van de werknemers weet niet van het bestaan van de OR). Daarnaast kampen veel ondernemingsraden met vacatures en is tijdgebrek een chronisch probleem.²⁸¹ Ook de scholing van OR-leden is, ondanks hun wettelijk scholingsrecht, de afgelopen jaren sterk teruggelopen.²⁸² Hierdoor blijkt het lastig om een kwalitatief goede bijdrage te leveren.

Al blijkt de praktijk weerbarstig, toch is het niet zo dat medezeggenschap op arbogebied niets oplevert. In tegendeel: eerder is gesignaleerd dat de arbeidsomstandigheden in bedrijven met intensieve medezeggenschap beter zijn dan in bedrijven zonder OR (wat overigens ook geldt voor werknemersbetrokkenheid in ruimere zin).²⁸³ En er zijn wel degelijk tienduizenden OR-leden/pvt die zich min of meer intensief bezighouden met arbeidsomstandigheden en daardoor mogelijk ook met beroepsziekten. De formele bevoegdheden worden misschien niet *optimaal* gebruikt, maar ze liggen er wel; 'klaar voor gebruik'.

Mogelijkheden

Het probleem van de matige naleving zou wellicht kunnen worden opgelost door de naleving niet alleen afdwingbaar te laten zijn via de Wet op de ondernemingsraden, maar ook door de Inspectie SZW een rol te laten spelen. De OR/pvt is immers een belangrijke speler in het kader van de Arboret, en het ontbreken van medezeggenschap draagt niet bij aan optimale arbeidsomstandigheden. Afwezigheid van een OR is weliswaar geen schending van de Arboret, maar de Inspectie SZW heeft wél belang bij goed functionerende medezeggenschap.²⁸⁴ De Inspectie zou bij het ontbreken van formele medezeggenschap navraag kunnen doen naar het waarom, en eventueel een melding kunnen doen bij de Commissie Bevordering Medezeggenschap van de SER of bij de betreffende bedrijfscommissie.

Een oplossing voor het miskennen van het instemmingsrecht ligt voor de hand en is ook al aanwezig; ondernemingsraden hebben het recht om naar de kantonrechter te stappen. Dit vergt wel dat de OR-leden/pvt bekend zijn met hun rechten en mogelijkheden op dit punt (zie hieronder). Als het gaat om de problemen met betrekking tot de informatiepositie van ondernemingsraden (art. 12 Arboret, diverse bepalingen in het Arbobesluit) wordt de naleving van dat informatierecht civielrechtelijk gehandhaafd (art. 36 WOR) en niet door de Inspectie SZW. Op dit moment is overtreding van artikel 12 lid 2 niet beboetbaar, noch kan er een eis worden gesteld.

De gebrekkige samenwerking met de arbodienst zou op verschillende manieren kunnen worden verbeterd, zo is bijvoorbeeld het onderwerp opgenomen in het basiscontract met de arbodienst. In die situatie heeft de OR de mogelijkheid om niet in te stemmen met het contract indien er geen aandacht wordt besteed aan het bedoelde overleg. Ook kan de Inspectie SZW scherper toezicht houden op naleving van art. 14 lid 2i (samenwerkingsplicht) en lid 3 (toezending kopie van adviezen aan de OR/pvt). Overtreding van deze bepalingen is beboetbaar, waarbij de boete zelfs kan worden opgelegd aan de bedrijfsarts.²⁸⁵ Overigens heeft de OR ook het recht om buiten het contract om deskundigen van de arbodienst uit te nodigen (art. 16 WOR).

²⁷⁹ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 21. Ook het inhuren van deskundigen buiten het contract om stuit niet zelden op bezwaren bij de werkgever. Zie ook Popma (2003)

²⁸⁰ S. van der Kemp et al (2011), p. 35

²⁸¹ Van der Kemp et al (2011), p. 10; Van den Tillaart & Warmerdam (2016)

²⁸² Van den Tillaart & Warmerdam (2016), Wajon & Vlug (2017), p. 35

²⁸³ Popma (2009), p. 85-103

²⁸⁴ Het begrip 'belanghebbende' in het kader van art. 36 WOR is niet limitatief bedoeld. In de Memorie van Antwoord bij het Wetsvoorstel voor herziening van de Wet op de ondernemingsraden en de Arbeidsomstandighedenwet in 1988 (TK 1988-1989, 20583, nr. 6, p. 28) is duidelijk gemaakt dat het begrip "belanghebbende" flexibel is en dat het aan de rechter is dit begrip in te vullen. De vraag of ook de Inspectie SZW als belanghebbende zou kunnen worden gezien, is in de rechtspraak niet aan de orde geweest.

²⁸⁵ Beleidsregel boeteoplegging arbeidsomstandighedenwetgeving, bijlage.

Eén van de mogelijkheden die tijdens een van de kennissessies is geopperd voor het oplossen van het punt van tijdgebrek en gebrek aan scholing, is herintroductie van de voormalige scholingsheffing. Maar wellicht is de belangrijkste oplossing voor de gesignaleerde belemmeringen wel dat er meer aandacht komt voor het *nut* van medezeggenschap. Alleen invulling geven aan een wettelijke verplichting is onvoldoende prikkel om ondernemingsraden een serieuze plek in het overleg over arbeidsomstandigheden te geven.

5.1.5 De preventiemedewerker

In 2005 is in de Arbowet opgenomen dat de werkgever één of meer deskundige werknemers moet aanwijzen die hem ondersteunen bij “de naleving van de verplichtingen op grond van deze wet”. Deze deskundige wordt in de praktijk ‘preventiemedewerker’ genoemd. Het idee achter de introductie van de preventiemedewerker is dat deze, in vergelijking met externe deskundigen, beter weet wat er speelt op de werkvloer. Daarmee kan de preventiemedewerker effectief bijdragen aan verbetering van de arbeidsomstandigheden (en het bedrijfsproces), én aan het voorkómen van beroepsziekten. In de praktijk zijn er echter verbeterpunten, die in hoofdlijnen vergelijkbaar zijn met de al genoemde beperkingen waar ondernemingsraden tegenaan lopen.

In de eerste plaats zijn er twee kerntaken van de preventiemedewerker: ondersteuning bij de uitvoering van de RI&E en het daadwerkelijk treffen van maatregelen, en samenwerking met de OR/pvt (zie uitgebreider paragraaf 3.3.2). In de praktijk wordt aan deze taken redelijk goed invulling gegeven: 70% van de preventiemedewerkers is daadwerkelijk betrokken bij de RI&E. In bedrijven met meer dan 50 werknemers werkt de preventiemedewerker, indien deze is aangesteld, in drie op de vier gevallen inderdaad samen met de OR.²⁸⁶

Onderzoeken van de Inspectie SZW laten echter zien dat óók in bedrijven met meer dan 25 werknemers de aanwezigheid van een preventiemedewerker niet optimaal geregeld is. In 30% van die bedrijven ontbreekt namelijk een preventiemedewerker.²⁸⁷ Daarnaast worden er in bedrijven waar wél een preventiemedewerker is aangesteld tekortkomingen geconstateerd. Zo zijn er meerdere aanwijzingen dat er weinig geregeld is voor de vereiste deskundigheid van de preventiemedewerker en de beschikbare tijd voor zijn taken. Gebrek aan tijd is al geconstateerd in eerder onderzoek,²⁸⁸ en ook momenteel lijkt hier nog weinig voor geregeld te zijn.²⁸⁹

Ook ten aanzien van de deskundigheid van de preventiemedewerker bestaan er al langer de nodige twijfels.²⁹⁰ Volgens artikel 13 van de Arbowet dient het deskundigheidsniveau namelijk te worden vastgelegd in de RI&E, maar dit gebeurt zelden.²⁹¹ De algemene term ‘ervaring’ wordt veruit het vaakst genoemd als criterium voor het verwerven van deskundigheid.²⁹² In de praktijk volgt slechts één op de vijf preventiemedewerkers een opleiding. Een laatste belemmering is het feit dat maar in één op de drie contracten met een arbodienst iets wordt opgenomen over de samenwerking tussen de preventiemedewerker en de bedrijfsarts (sinds de invoering van het basiscontract is dit 40%). In de praktijk vindt zelden overleg plaats: slechts bij 5% van de bedrijven.²⁹³ In het algemeen lijken preventiemedewerkers geen bijzonder duidelijke rol te spelen in hun organisatie.²⁹⁴

In de praktijk is het aanwijzen van een preventiemedewerker in veel bedrijven dus zeker (nog) geen gemeengoed, en is de invloed van de preventiemedewerker (nog) beperkt - al kan de wetswijziging in 2017 wel positief bijdragen aan de rol en positie van de preventiemedewerker.

²⁸⁶ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 121

²⁸⁷ Deels komt dit doordat de werkgever in kleine bedrijven zélf de taken van de preventiemedewerker op zich mag nemen. Betrokkenheid van ‘deskundige werknemers’ geschiedt in ruwweg één op de tien bedrijven (Inspectie SZW (2018a)). Deze cijfers komen goed overeen met recente data uit de WEA 2019 (F. van der Zee e.a. (2020), p. 17)

²⁸⁸ Panteia (2015)

²⁸⁹ Uit Arbo in Bedrijf 2018 (Tabellenboek, p. 109) blijkt dat in slechts in een fractie van de bedrijven iets ten aanzien van de benodigde tijd is vastgelegd in een RI&E (7% van de bedrijven mét RI&E, dus ruwweg 3,5% van alle bedrijven).

²⁹⁰ Van Rij (2010)

²⁹¹ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 109

²⁹² Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 25

²⁹³ Inspectie SZW (2018a), Tabellenboek, p. 20-21

²⁹⁴ Hoofman. (2019), p. 19

Mogelijkheden

Hoewel er al lang wordt gewerkt aan versterking van de positie van de preventiemedewerker, is de vooruitgang op dit punt niet optimaal. In 2007 had driekwart van de 25+ bedrijven een preventiemedewerker, en 11 jaar later (2018) was dat percentage niet toegenomen. Het aantal preventiemedewerkers dat een opleiding volgt, is zelfs afgenomen. Een oplossing hiervoor zou gevonden kunnen worden in het Belgische systeem, waar de preventie-adviseur op grond van de Belgische Welzijnswet verplicht een opleiding dient te volgen.²⁹⁵

Daarnaast kan de positie van preventiemedewerkers worden versterkt door voorlichting te geven aan werkgevers over het nut van preventiemedewerkers. Ondernemers zouden zich meer bewust kunnen worden van het feit dat de preventiemedewerker een substantiële bijdrage kan leveren aan risicobeheersing, en daarmee aan een optimale bedrijfsvoering.²⁹⁶

Een andere oplossing, zeker voor kleine bedrijven waarin geen preventiemedewerker is aangesteld, is het per branche aanstellen van onafhankelijke preventieadviseurs. Op dit punt kan worden verwezen naar ervaringen in het buitenland met zogeheten *roving safety reps*: rondreizende vakbondskaderleden met bijzondere kennis op het gebied van veilig en gezond werk.²⁹⁷ In Nederland is hiermee al eens geëxperimenteerd, door het aanwijzen van arbopromotors in de bouw- en houtsector. Na de wijziging van de Arbowet in 1994 is dit initiatief beëindigd.²⁹⁸ Wellicht kan worden nagedacht over herintroductie van dergelijke 'bedrijfsvrije' preventiemedewerkers binnen branches.²⁹⁹

5.2 De bedrijfsarts en overige deskundigen

De werkgever dient zich bij de vormgeving van het arbobeleid te laten bijstaan door deskundigen - zeker voor de verzuimbegeleiding door een bedrijfsarts. Voor de meer preventiegerichte taken ligt het voor de hand om (mede) een beroep te doen op andere gecertificeerde deskundigen - in het bijzonder de arbeidshygiënist en een A&O-deskundige, of een ergonoom.³⁰⁰ In deze paragraaf wordt ingegaan op de positie van en de ervaringen met deze deskundigen.

5.2.1 De bedrijfsarts

De bedrijfsarts is de centrale deskundige op het gebied van beroepsziekten (zie ook paragraaf 3.3.4). Met name het open spreekuur, de wettelijke rol bij de verzuimbegeleiding, re-integratie en het (periodiek) arbeidsgezondheidskundig onderzoek, zijn van wezenlijk belang om tijdig beroepsziekten in het bedrijf te kunnen opsporen. Idealiter vertaalt de bedrijfsarts deze signalen naar aanbevelingen voor preventie, al dan niet in samenspraak met de andere kerndeskundigen en de medezeggenschap. In de praktijk is sprake van meerdere verbeterpunten en mogelijkheden in de uitoefening van een aantal van deze cruciale taken.

Een aandachtspunt in het functioneren van bedrijfsartsen is dat het aantal bedrijven dat een contract afsluit met een arbodienstverlener tot 2015 gestaag daalde (zie figuur 5.2).³⁰¹ Wel is er sinds 2015, waarschijnlijk mede naar aanleiding van de wijziging in de Arbowet in 2017, een kentering opgetreden. Desalniettemin heeft één op de vijf bedrijven géén contract met een arbodienstverlener. Overigens betreft dit vooral kleine bedrijven. Het aantal werknemers dat in principe toegang zou moeten hebben tot een bedrijfsarts ligt ruim boven de 90%. Zelfstandigen vallen echter niet onder een contract en zijn

²⁹⁵ Codex over het welzijn op het werk, Boek II, Titel 4: Vorming en bijscholing van preventieadviseurs.

²⁹⁶ Panteia (2015), p. 13

²⁹⁷ 'Roving reps' komen onder meer voor in het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen, Zweden en Italië. Dergelijke roving reps zijn overigens primair ingesteld om arbomedezeggenschap van werknemers in het MKB te versterken. E. Wadsworth & D. Walters (2018)

²⁹⁸ Popma & Van Lammeren (2018)

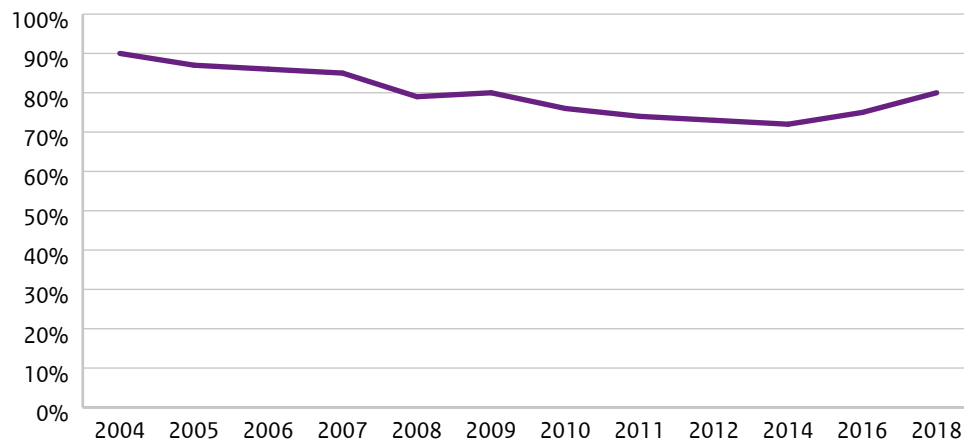
²⁹⁹ Het past overigens niet binnen het Nederlandse stelsel van arbeidsverhoudingen om deze branche-preventiemedewerkers te rekruteren uit de kringen van de vakverenigingen, zoals dat in een aantal Europese landen wél gebeurt.

³⁰⁰ Bij de introductie van de gecertificeerde deskundigen in de Arbowet medio jaren '90 is ervoor gekozen om de ergonomie niet als wettelijk verplichte deskundigheid op te nemen; reden waarom deze deskundigheid ook niet expliciet is benoemd in de huidige wet of het Arbobesluit.

³⁰¹ Het verloop onder bedrijfsartsen is bovendien hoog: in één op de vier casussen die het NKAL onderzoekt, is de bedrijfsarts binnen zes maanden al niet meer in beeld of al gewisseld. Kennissessie 9 Beroepsziekten beter in beeld

dus veelal verstoken van bedrijfsgeneeskundige zorg. Ook flexwerkers hebben minder toegang tot een bedrijfsarts. Bovendien ligt het aantal contracten waarin vrije toegang tot de bedrijfsarts is vastgelegd rond de 50%³⁰², en wordt die mogelijkheid in slechts 7% van de bedrijven daadwerkelijk benut (zie tabel 5.2a).

Figuur 5.2 Percentage bedrijven met contract arbodienstverlener



Bron: Inspectie SZW, *Arbo in Bedrijf* (edities 2006-2018)

Een tweede punt waar bedrijfsartsen tegenaan lopen, is dat het accent bij hun werkzaamheden sterk op verzuimbegeleiding ligt.³⁰³ In vrijwel alle contracten met arbodiensten zijn afspraken gemaakt over verzuimbegeleiding (gemiddeld zo'n 95%); dit in tegenstelling tot de meer preventiegerichte taken, zoals het arbospreekuur, Periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek/Preventief medisch onderzoek (PAGO/PMO) of advisering over arbeidsomstandigheden. Deze zijn veel minder vaak gecontracteerd en worden bovendien in de praktijk nóg minder daadwerkelijk ingezet.³⁰⁴ In één van de kennissessies werd bovendien opgemerkt dat het accent bij verzuimbegeleiding sterk ligt op het teruggeleiden van de zieke werknemer naar diens werk, en minder op een analyse van de achterliggende, mogelijk werkgerelateerde oorzaken van het verzuim.³⁰⁵

Tabel 5.2a Contract met arbodienst en daadwerkelijk afgenomen diensten

	In contract opgenomen diensten (n=1173)	Daadwerkelijk afgenomen diensten als percentage van alle bedrijven (n=1343)
Ziekteverzuimbegeleiding	95%	35%
Vrije toegang tot (spreekuur van) de bedrijfsarts, ook voor niet-zieke werknemers	49%	7%
Periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO/PMO)	33%	4%
Overleg met preventiemedewerker	32%	5%
Overleg met OR/pvt	21%	2%
Advisering over preventie	21%	2%

Bron: Inspectie SZW, *Arbo in Bedrijf*, 2018³⁰⁶

³⁰² Inspectie SZW (2018a), p. 8

³⁰³ Inspectie SZW, *Arbo in Bedrijf* (de jaargangen 2007-2018 laten weinig veranderingen in de tijd zien). Zie ook M. Sax (2019), p. 49. Deze onbalans in het takenpakket van de bedrijfsarts wordt ook gesignaleerd door de NVAB (2016), *Visie, missie en strategie van de NVAB*, p. 6

³⁰⁴ Ook dit is bij herhaling geconstateerd. Zie bijvoorbeeld KNMG (2017), waarin wordt aangegeven dat bedrijfsartsen onvoldoende toekomen aan collectieve preventie.

³⁰⁵ Kennissessies 3 en 9 Beroepsziekten Beter in Beeld. Dit was ook één van de bevindingen in Eshuis et al (2009), waarbij opgemerkt moet worden dat dit onderzoek 'worst cases' betrof.

³⁰⁶ Uit de recente evaluatie van de wijzigingen van de Arboret in 2017 komt een iets positieve beeld naar voren (Hoorweg, Kool & Schoenmakers (2020), p. 15)

In het algemeen investeren werkgevers betrekkelijk weinig in preventieve arbozorg.³⁰⁷ De beperkte omvang van het contract met de arbodienstverlener is ook genoemd als cruciale reden dat in beperkte mate wordt doorgepakt om van individuele arbeidsgerelateerde verzuimgevallen naar collectieve preventie te komen; dat wil zeggen het treffen van maatregelen om de veiligheid en gezondheid op het werk voor alle werknemers te verbeteren.³⁰⁸

Onderzoek laat zien dat de link tussen de gegevens uit het PAGO en bijvoorbeeld de RI&E veelal niet wordt gelegd.³⁰⁹ “Door de [...] beperkte voeding van de RI&E door de geaggregeerde analyses van de gezondheidsdossiers en het feit dat er nauwelijks blootstellingregisters worden bijgehouden op individueel niveau, kan worden gesteld dat een consequente omzetting van risico’s naar preventieve- en beheersmaatregelen ontbreekt.”³¹⁰ Het KNMG pleit dan ook voor betere, samenhangende analyses van PAGO- en verzuimgegevens, en voor daaruit volgende aanbevelingen voor collectieve preventie.³¹¹ Dergelijke adviezen dienen overigens besproken te worden met de ondernemingsraad in het desbetreffende bedrijf.

Voorts zijn er belemmeringen voor bedrijfsartsen bij het vaststellen van een beroepsziekte, én belemmeringen om eventuele beroepsziekten te melden.³¹² Bij het vaststellen van een beroepsziekte spelen diverse zaken een rol, zoals de onzekerheid over het aandeel van het werk bij het ontstaan (meer dan 50%?) en gebrek aan informatie over de mate van blootstelling aan de betreffende risico’s in het werk.³¹³ In paragraaf 3.4.3 wordt opgemerkt dat het vaststellen van beroepsziekten specialistenwerk is, en dat dergelijke klinische expertise in Nederland dun gezaaid is. Melding van geconstateerde beroepsziekten blijft soms achterwege doordat bedrijfsartsen hieraan geen prioriteit geven (gebrek aan tijd en middelen voor de administratieve afhandeling van de melding), en twijfelen over het nut van registratie en de mogelijke juridische gevolgen van een melding.³¹⁴ In één van de kennissessies *Beroepsziekten Beter in Beeld* is opgemerkt dat het vaak ook van de (toevallige) interesse en gedrevenheid van de betrokken bedrijfsarts afhangt of een melding al dan niet wordt opgepakt.³¹⁵

Het niet herkennen van beroepsziekten door de bedrijfsarts is overigens iets anders dan het niet onderkennen van het werkgerelateerde karakter van gezondheidsklachten, of dat de bedrijfsarts het gesprek met de werkgever over de achterliggende oorzaak van de klachten niet zou willen aangaan. Maar het contract laat hiervoor, zoals gezegd, vaak onvoldoende ruimte (en er spelen privacy-belemmeringen, in die zin dat het lastig is voor de bedrijfsarts om vrijuit met de werkgever over de gezondheidstoestand van een werknemer te spreken). Daarnaast komen veel beroepsziekten pas (laat) aan het licht wanneer verzuim optreedt, en een deel van de aandoeningen die werkgerelateerd kunnen zijn, openbaart zich pas wanneer de werknemer al met pensioen is.³¹⁶ Dit verklaart waarom er veel werkgerelateerd verzuim buiten het zicht van de bedrijfsarts blijft, of dat de bedrijfsarts onvoldoende proactief kan handelen om beroepsziekten te voorkómen.

Een punt dat in de periode vóór de laatste Arbowetwijziging in 2017 bij herhaling werd gesignaleerd, is twijfel over de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts.³¹⁷ In de terminologie van de SER: “De onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is niet zonder meer gewaarborgd en het vertrouwen in de bedrijfsarts schiet tekort”.³¹⁸ Ook recenter is geconstateerd dat bedrijfsartsen “regelmatig druk ervaren door de opstelling van de werkgever, de eigen arbodienst of de werknemer”.³¹⁹ Niet duidelijk is of hierbij sprake is van ontoelaatbare druk, en welke kant op (kennelijk oefenen ook werknemers druk uit), maar dat met name werkgevers proberen invloed uit te oefenen op de bedrijfsarts wordt al langere tijd gesignaleerd.³²⁰

³⁰⁷ SER (2012), p. 18-19; SER (2014); Hooftman (2019), p. 41

³⁰⁸ Slechts 41% van de bedrijfsartsen ziet voldoende mogelijkheden voor het ondernemen van preventieve activiteiten naar aanleiding van een gesignaleerde beroepsziekte. KNMG (2017), *Zorg die werkt*, p. 45. De recente evaluatie van de wijzigingen van de Arbowet in 2017 laat een vergelijkbaar beeld zien. Hoorweg, Kool & Schoenmakers (2020), p. 29. Ook blijken werkgevers de betrokkenheid van de bedrijfsarts af te houden bij de uitvoering van de gezondheidsonderzoeken; dit terwijl deze betrokkenheid (in de vorm van bijstand verlenen aan) voor wat betreft het PAGO wel verplicht is. Idem, p. 24).

³⁰⁹ Middelveld & Hoorweg (2017), p. 24

³¹⁰ Middelveld & Hoorweg (2017), p. 71

³¹¹ KNMG (2017), p. 45

³¹² Zie ook Sax (2019), p. 45

³¹³ Mede om deze reden is in 2017 expliciet opgenomen in de Arbowet dat de bedrijfsarts toegang moet hebben tot de werkplek.

³¹⁴ Slechts in een kwart van de contracten is hiervoor ruimte opgenomen. Inspectie SZW (2018a), *Tabellenboek*, p. 20

³¹⁵ Kennissessie 7, *Beroepsziekten Beter in Beeld*

³¹⁶ Geschat wordt dat bijna 40% van de werkgerelateerde ziektelast zich voordoet na het werkzame leven, in het bijzonder werkgerelateerde kanker (zie par. 2.3.1).

³¹⁷ Van Rij (2010), p. 36; Astri (2011), LAN (2017)

³¹⁸ SER (2014), p. 17

³¹⁹ KNMG (2017), p. 28-29. LAN (2017), p. 7

³²⁰ FNV (2013)

Een achterliggende factor hierbij is dat de arbodienst gefinancierd wordt door de werkgever.³²¹ Verwacht mag worden dat met de wijziging van de Arbowet in 2017, waarin een aantal aanvullende eisen is gesteld met betrekking tot de inhoud van het basiscontract, de positie van de bedrijfsarts in de praktijk is verbeterd. De recente evaluatie van de wetwijziging duidt er op dat de meeste bedrijfsartsen zélf hun onafhankelijkheid redelijk gewaarborgd achten. Uit recent onderzoek onder werknemers blijkt ten aanzien van het vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts dat de meerderheid van de ondervraagden hier veel tot heel veel vertrouwen in heeft en circa een derde van de ondervraagden hier neutraal over is. Eén op de zeven werknemers heeft echter (heel) weinig vertrouwen in de bedrijfsarts.³²²

Mogelijkheden

De meeste van de hierboven genoemde aandachtspunten in de positie van de bedrijfsarts zijn niet nieuw en eerder al geadresseerd in meerdere van de aangehaalde onderzoeken en beleidsnotities. Het aandragen van verbetermogelijkheden, vergt een analyse van de achterliggende oorzaken. Zo zouden oorzaken deels in het slecht functioneren van de bedrijfsartsen zelf kunnen liggen, maar aangenomen mag worden dat hun deskundigheid voldoende geborgd is.³²³ Wel wordt vanuit het veld aangegeven dat er, met het oog op toenemende schaarste aan bedrijfsartsen, meer geïnvesteerd moet worden in opleiding van bedrijfsartsen³²⁴ en onafhankelijke top-expertise voor de diagnostiek van beroepsziekten (zie ook paragraaf 3.3.4). Dit is een kwestie die ook raakt aan het beleidsprogramma TAZ (Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg) van het Ministerie van SZW, dat begin 2021 zal worden afgerond.³²⁵

Onderdeel van het beleidsprogramma is de zogeheten kwaliteitstafel bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.³²⁶ Op 2 oktober 2020 zijn de uitkomsten van de kwaliteitstafel gepresenteerd. Om het vak aantrekkelijker te maken en het structurele kennis- en kwaliteitsbeleid te verbeteren, is een kennisagenda voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde opgesteld. Daarnaast zijn gezamenlijke opleidingsmodules voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen ontwikkeld met meer ruimte voor stages, onderzoek en preventie. Ook is een pilot gestart voor een academische werkplaats arbeid en gezondheid nieuwe stijl, waarin door praktijk en wetenschap intensief wordt samengewerkt. Tevens is een actueel meerjarenprogramma 2020-2025 van NVBA en NVVG voor de ontwikkeling van gezamenlijke richtlijnen en een format voor implementatie opgesteld.

De meer fundamentele oorzaak van de gesignaleerde knelpunten zit, blijkens diverse expertsessies en de literatuur, echter in het gegeven dat de huidige financiering vanuit de private middelen (werkgevers) in het algemeen niet toereikend is. Er is simpelweg geen geld voor gebudgetteerd in het contract.³²⁷ Een oplossing hiervoor is een appèl op werkgevers om meer te investeren in collectieve preventie.³²⁸ Dit is voor een deel al gebeurd bij de wijziging van de Arbowet in 2017. Toen is onder meer vastgelegd dat de bedrijfsarts toegang zou moeten krijgen tot de werkvloer en is het open spreekuur ingevoerd. Dat betekent echter nog niet dat die diensten ook worden ingekocht. Het is ook denkbaar dat door de Inspectie SZW scherper gehandhaafd wordt op de naleving van de verplichtingen in artikel 14 en 14a van de Arbowet, in het bijzonder van de inhoud van het contract met de arbodienst.

³²¹ KNMG (2017), p. 37: Het gaat daarbij “immers direct om de vraag in hoeverre bedrijfsartsen [...], die [...] gefinancierd worden door de werkgever [...] en daardoor als artsen van de werkgever [...] worden gezien, zo professioneel en integer kunnen handelen dat ze in staat zijn om voldoende vertrouwen te krijgen om als behandelaar of begeleider van de werkende op te treden.

³²² TNO (2020), briefrapport NEA herbenadering bedrijfsarts, p. 6

³²³ Een bedrijfsarts dient ingeschreven te zijn in het BIG-register (Beroepen Individuele Gezondheidszorg), en die registratie dient elke vijf jaar te worden bevestigd door herregistratie. Herregistratie moet borgen dat elke geneeskundig specialist aantoonbaar beschikt over voldoende deskundigheid in het eigen vakgebied. borgen dat elke geneeskundig specialist die de specialistentitel draagt, aantoonbaar beschikt over voldoende deskundigheid in het eigen vakgebied borgen dat elke geneeskundig specialist die de specialistentitel draagt, aantoonbaar beschikt over voldoende deskundigheid in het eigen vakgebied

³²⁴ VSAB (2020), p. 56. Zie eerder SER (2014)

³²⁵ Kamerstukken II, 2020-2021, 25883, nr. 392

³²⁶ Aan de Kwaliteitstafel werken alle relevante stakeholders samen aan een gezamenlijke agenda voor de noodzakelijke kennis- en kwaliteitsontwikkeling voor het domein arbeid en gezondheid. Doel is om het vak bedrijfsarts en verzekeringsarts aantrekkelijker te maken en de instroom van artsen te verhogen. Tevens is de opdracht om te komen tot een uitvoerbaar en gedragen model voor structurele private financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid in de brede sector.

³²⁷ Overigens wordt door sommige bedrijfsartsen ook wel getwijfeld aan het nut van beroepsziektemeldingen, omdat de registratie niet of nauwelijks bijdraagt aan hun kerntaak, het verbeteren van arbeidsomstandigheden om beroepsziekten te voorkomen.

³²⁸ “Op dit moment wordt collectieve preventie door werkgevers maar beperkt ingekocht, terwijl het een belangrijke verantwoordelijkheid van de werkgevers is om gezondheidsrisico's door arbeid te minimaliseren. Daarom behoort preventie een prominentere plaats te krijgen in het basiscontract of de polis die een werkgever afsluit voor het leveren van arbeidsgerichte medische zorg.” (KNMG (2017), p. 45)

Voor een meer fundamentele oplossing zou, volgens diverse deskundigen, daarom gekeken moeten worden naar een grondige wijziging in de financieringsstructuur van de bedrijfsgezondheidszorg. Deze kwestie is niet alleen onderwerp van gesprek aan de kwaliteitstafel. Zij is ook tijdens een aantal kennissessies in het kader van *Beroepsziekten Beter in Beeld* besproken, en in diverse beleidsnotities aan de orde gesteld. Zo bepleit de artsenfederatie KNMG, in haar visiedocument *Zorg die werkt* (2017), dat de bedrijfsgezondheidszorg onderdeel zou moeten uitmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg (gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet). Daarmee zou, volgens het KNMG, tevens een oplossing gevonden zijn voor het gesignaleerde punt dat zelfstandigen (of werknemers bij een werkgever zonder contract met een arbodienst/bedrijfsarts) geen of nauwelijks toegang hebben tot bedrijfsgezondheidszorg.³²⁹ Financiering via de reguliere gezondheidszorg is in sommige Europese landen gebruikelijk. Weliswaar leidt dit initieel tot een stijging van de zorgkosten, maar de maatschappelijke baten zijn waarschijnlijk een veelvoud indien preventie inderdaad tot daling van de ziektelast leidt. Gezondheidseconomisch onderzoek zou hiervoor aanvullende informatie kunnen opleveren.

Bij opname in de eerstelijnsgezondheidszorg is wel van belang dat de relatie tussen individuele arbozorg, zoals verzuimbegeleiding, spreekuur en eventueel een PAGO, gekoppeld blijft aan de deskundigheid van de andere kerndeskundigen. Het moet niet zo zijn dat de bedrijfsarts in de eerste lijn nog méér dan nu al het geval is op afstand komt van de werkvloer. De KNMG bepleit dan ook dat er meer middelen moeten komen voor collectieve preventie.

Ook in het rapport *Versterken aanpak beroepslongziekten en gezond werken met stoffen* van de Longalliantie Nederland passeert een aantal mogelijkheden voor alternatieve financiering de revue; onder andere financiering door zorgverzekeraars of vanuit O&O-fondsen (als voorbeeld kan worden gewezen op de financiering van branche-instituut Stigas in de agrarische sector, zie ook paragraaf 5.3.3), maar ook afspraken in de cao of andere sectorale arrangementen.³³⁰ Hiermee wordt tevens de binding met de branches versterkt. Ook biedt sectorale financiering mogelijkheden voor een (mogelijk naar uitstroom gedifferentieerde) heffing op de loonsom voor investeringen in collectieve preventie. Ten slotte kan worden gekeken naar de wijze waarop in andere Europese landen de link tussen bedrijfsgezondheidszorg op individueel niveau en collectieve preventie gelegd wordt (zie paragraaf 1.3).

Publiek of collectief gefinancierde bedrijfsgezondheidszorg draagt ook bij aan grotere onafhankelijkheid van bedrijfsartsen en andere kerndeskundigen. Daarnaast leidt een sectorgewijze aanpak tot sectorspecifieke kennis. Voorstellen voor een collectieve financiering staan echter ver af van de huidige praktijk, en vergen een ingrijpende aanpassing van het stelsel, die goed moet worden doordacht en tijd kost.

Specifiek ten aanzien van het herkennen (en melden) van beroepsziekten is in een aantal kennissessies in het project *Beroepsziekten Beter in Beeld* bepleit dat er meer aandacht (en geld) zou moeten komen voor specialistische klinische arbeidsgeneeskundige kennis; dit naar voorbeeld van het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL), de polikliniek Mens en Arbeid van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en de Polikliniek voor klinische arbeidstoxicologie van het Radboud Universitair Medisch Centrum (zie ook paragraaf 3.3.6).³³¹ Dergelijke specialistische centra kunnen ten dienste staan van bedrijfsartsen bij specifieke ziektebeelden waarvoor superexpertise nodig is.

De overige kerndeskundigen

De werkzaamheden van de bedrijfsarts zijn voor een belangrijk deel gericht op individuele verzuimbegeleiding en het arbeidsomstandighedensprekuur. De Arbowet voorziet daarnaast in het inschakelen van andere deskundigheden, namelijk de veiligheidskunde, de arbeidshygiëne en de arbeids- en organisatiedeskundigheid. Medio jaren '90 was dit vormgegeven in de verplichting tot het inschakelen van een multidisciplinaire arbodienst. De gedachte hierachter is dat een actieve samenwerking tussen de bedrijfsarts en de andere kerndeskundigen bijdraagt aan het versterken van preventie van beroepsziekten op de werkplek. In de praktijk blijkt echter dat die samenwerking moeilijk van de grond komt.³³² De

³²⁹ Overigens gaat de visie van de KNMG verder dan alleen een voorstel voor betere toegankelijkheid of financiering. De KNMG bepleit het afbreken van de 'onzichtbare muur' tussen bedrijfsgezondheidszorg en curatieve zorg, en betere samenwerking tussen de arbeidsarts, huisarts en medisch specialisten. KNMG (2017)

³³⁰ Zo worden bijvoorbeeld het Sectorinstituut Transport en Logistiek, dat een belangrijke rol speelt op het gebied van arbeidsomstandigheden in de sector, en de Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren (Stigas) deels gefinancierd vanuit het zogeheten O&O-fonds (Opleidings- en Ontwikkelingsfonds).

³³¹ Zie ook LAN (2017), p. 11

³³² Kennissessie 9 Beroepsziekten Beter in Beeld

introductie van de ‘maatwerk’-constructie voor arbodienstverlening in 2005 heeft er ook toe geleid dat een deel van de werkgevers heeft gekozen voor een zelfstandige bedrijfsarts, zonder dat daarbij een link met de overige kerndeskundigen geborgd is.³³³

Een belangrijk verbeterpunt ligt in het verlengde van wat al over de bedrijfsarts is geschreven: in contracten met arbodiensten is weinig ruimte voor werkelijk preventieve activiteiten, zoals toetsing van de RI&E en advisering ten aanzien van arbeidsrisico's. En die preventiegerichte diensten worden ook maar heel zelden daadwerkelijk afgenomen (zie tabel 5.2b en eerder 5.2a).³³⁴ Daarnaast is er in hooguit één op de vijf contracten een plek ingeruimd voor de drie kerndeskundigheden. Dit zijn allemaal indicaties dat werkgevers weinig investeren in preventiegerichte arbodienstverlening (zie uitgebreider paragraaf 3.3.5).

Tabel 5.2b Percentage preventiegerichte dienstverlening in contracten³³⁵

	Bedrijven met contract met alle typen arbodienstverleners (n=1173)	Daadwerkelijk afgenomen dienst
Toegang van bedrijfsarts tot de werkplek voor werkplekonderzoek	31 *	2
Advisering/ondersteuning bij de RI&E	26	2
Toetsing RI&E door gecertificeerde deskundige	23	3

Bron: Inspectie SZW, *Arbo in bedrijf*, 2018

* Sinds de wijziging van de Arbowet in 2017 lijkt op dit punt overigens wel sprake van verbetering, maar alle nalevingspercentages scoren nog wel onder 50%.³³⁶

Een ander verbeterpunt dat de samenwerking tussen de bedrijfsarts en de andere deskundigen in de praktijk verre van optimaal is.³³⁷ In één van de kennissessies werd hierover opgemerkt dat bedrijfsartsen weinig kennis hebben van arbeidshygiëne of blootstellingsbeoordeling, maar de samenwerking met de arbeidshygiënist onvoldoende opzoeken.³³⁸ Maar ook de andere deskundigen werken niet optimaal samen: Elke deskundige kijkt vanuit zijn eigen perspectief naar dezelfde situatie. Zelfs binnen deskundigheidsgebied zijn er verschillen van inzicht.³³⁹ Er is tussen de diverse kerndeskundigen sprake van een zekere mate van verkokering, waarbij men elkaars taal maar beperkt blijkt te spreken.³⁴⁰

Ten slotte heeft de geringe belangstelling voor preventie vanuit werkgevers ook gevolgen voor de aantallen kerndeskundigen: zo is er nauwelijks aanwas van nieuwe arbeidshygiënisten en stijgt de gemiddelde leeftijd fors.

Mogelijkheden

Verbeteringen van de situatie zijn wel degelijk voorhanden en, zo blijkt uit een aantal kennissessies, worden soms daadwerkelijk ingezet. Zo hebben de verschillende arbodeskundigen beroepsverenigingen, waarin kennisontwikkeling en samenwerking met de andere beroepsgroepen hoog op de agenda staan en op een professionelere wijze gestalte krijgen. Samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen kan eraan bijdragen dat de stem van de deskundigen beter wordt gehoord.

Een meer fundamentele verandering in het stelsel, die ook ter sprake kwam tijdens enkele kennissessies, is dat de financiering van de arbozorg op andere leest zou kunnen worden geschoeid. Niet alleen kan hiervoor worden verwezen naar de al eerder aangehaalde discussie over collectieve financiering, ook valt te denken aan een verplichting om een bepaald budget te oormerken voor preventietaken, bijvoorbeeld door dit budget te koppelen aan veel voorkomende risico's in de branche. Afspraken hierover zouden opgenomen kunnen worden in de cao's van verschillende sectoren. Met name ook

³³³ Sinds de introductie van het zogeheten 'maatwerk'-artikel in de Arbowet (art. 14) in 2005 is deze verplichting om een multidisciplinaire arbodienst in te schakelen vervangen door een zogeheten 'maatwerk'-artikel: het staat de werkgever vrij om, in de cao of na akkoord van de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging, te kiezen voor een andere constellatie van deskundigheden. In de praktijk wordt vaak een contract met uitsluitend een bedrijfsarts afgesloten. Indien de werknemersvertegenwoordiging niet akkoord is, treedt alsnog een 'vangnet' in werking waarbij de werkgever verplicht is een gecertificeerde arbodienst 'oude stijl' te contracteren (art. 14a Arbowet).

³³⁴ M.b.t. de beperkte rol van de arbeidshygiënist bij onderzoek naar stoffen op de werkplek zie LAN (2017), p. 8

³³⁵ Deze cijfers komen uit Arbo in Bedrijf 2016, maar het beeld is constant sinds 2005.

³³⁶ Hoorweg, Kool & Schoenmakers (2020), p. 13

³³⁷ LAN (2017), p. 8. Kennissessie 5 Beroepsziekten Beter in Beeld

³³⁸ Kennissessie 9

³³⁹ Kennissessie 11

³⁴⁰ Sax (2019), p. 6 Kennissessie 11

samenwerking binnen sectorinstituten (zie ook paragraaf 5.3.3) zou de kennis van de kerndeskundigen binnen de desbetreffende sector kunnen versterken, en zou de toegevoegde waarde van de (gecertificeerde) preventiedeskundigen kunnen vergroten.

5.3 Sociale partners, brancheorganisaties en andere belanghebbende actoren

In het stelsel van beroepsziekten speelt een aantal vertegenwoordigende organisaties een belangrijke rol, in het bijzonder werkgevers- en werknemersorganisaties. Deze vertegenwoordigende organisaties komen op voor de belangen van hun respectievelijke achterban, en spelen onder meer een rol bij beleidsvorming op centraal niveau en bij de meer praktische uitwerking in het georganiseerd overleg op brancheniveau.

Op centraal niveau dragen de sociale partners bij aan beleidsvorming via met name hun gezamenlijke adviezen vanuit de [Commissie Arbeidsomstandigheden \(ARBO\) van de Sociaal-Economische Raad](#).³⁴¹ De commissie ARBO bestaat uit een vertegenwoordiging van ondernemersleden, werknemersleden en onafhankelijke deskundigen. De subcommissie GSW ([Grenswaarden Stoffen op de Werkplek](#)) adviseert de minister van SZW met enige regelmaat over de technische haalbaarheid van wettelijke grenswaarden. Hierbij vormen de door de Gezondheidsraad opgestelde gezondheidkundige grenswaarden het richtsnoer.³⁴²

Op decentraal niveau wordt door brancheorganisaties en vakbonden overlegd over onder meer cao's (waarin soms ook afspraken zijn opgenomen over veilig en gezond werk) en arbocatalogi. Ook zijn er in diverse sectoren paritair aangestuurde kennisinstituten op het gebied van arbeidsomstandigheden (zie paragraaf 5.3.3). De vakbonden hebben in sommige bedrijven of bedrijfstakken ook een rol op bedrijfsniveau, door zogeheten 'georganiseerd overleg' van bedrijfsledengroepen met de werkgever. In veruit de meeste bedrijven wordt dat overleg echter gevoerd door de OR (zie paragraaf 5.1.4).

Ten slotte zijn er diverse actoren betrokken bij de compensatie van letselschade in geval van ernstige beroepsziekten. Te denken valt aan letselschadebureaus (in het bijzonder het Bureau Beroepsziekten FNV), letselschadeadvocaten en schadeverzekeraars.

5.3.1 Werkgeversorganisaties

De vertegenwoordiging van de belangen van werkgevers wordt behartigd door een breed palet aan organisaties, zoals VNO-NCW en MKB Nederland (zie ook paragraaf 3.3.7), werkgeversvereniging AWWN, Ondernemend Nederland (ONL), LTO Nederland, FME en de Algemene Bond Uitzendondernemingen (ABU). Ook ZVP Nederland (zie paragraaf 3.3.8), dat zich actief inzet voor specifiek de belangen van zelfstandigen, hoort in dit rijtje thuis. Sommige van deze organisaties zijn gericht op een bepaalde branche, een groep bedrijven of, zoals ZVP Nederland, een bepaalde groep ondernemers.

Een belangrijke taak van werkgeversorganisaties is dat ze de belangen van hun leden (werkgevers, zelfstandigen) behartigen; bijvoorbeeld door over een breed scala aan onderwerpen standpunten te vormen en deze nationaal - maar vaak ook internationaal - uit te dragen en daarover in gesprek te gaan met overheid, werknemersorganisaties en andere maatschappelijke organisaties. Naast belangenbehartiging bieden de genoemde werkgeversorganisaties vaak dienstverlening aan voor haar leden. In de praktijk zijn werkgeversorganisaties ook intensief betrokken bij beleidsontwikkeling. Daar staat tegenover dat er ook branches zijn waar de werkgeversorganisaties hun verantwoordelijkheid duidelijk minder goed oppakken.³⁴³

Belangenorganisaties, zoals ook de genoemde werkgeversorganisaties, stellen de belangen van hun leden voorop. Als het gaat om het voorkómen van beroepsziekten staan werkgeversorganisaties veelal kritisch tegenover het intensiveren van maatregelen in bedrijven. Zij wijzen vaak op de extra (financiële) lasten voor de werkgevers, waarvan het onduidelijk is welk

³⁴¹ Belangwekkende adviezen op het gebied van beroepsziekten (en het stelsel van arbozorg) zijn onder meer de adviezen 14/07 (Betere zorg voor werkenden), 12/08 (Stelsel voor gezond en veilig werken) en 04/03 (Arbodienstverlening).

³⁴² Ook is op grond van Europese Richtlijnen een aantal grenswaarden vastgesteld, in het bijzonder met betrekking tot kankerverwekkende stoffen. De Nederlandse grenswaarde mag niet hoger zijn dan in de Richtlijnen is vastgelegd, wel lager.

³⁴³ Sax (2019), p. 22

rendement die voor bedrijven opleveren. Hoewel in de Sociaal-Economische Raad veelal wordt gestreefd naar unanieme adviezen, is het opvallend dat juist een aantal belangrijke adviezen met betrekking tot veilig en gezond werken verdeeld waren. Dit heeft ertoe geleid dat op een aantal terreinen weinig vooruitgang is geboekt. Te denken valt aan de inrichting van de arbodienstverlening in Nederland.³⁴⁴ Ook de Commissie VSAB concludeerde in haar recente advies *Stof tot nadenken* over de schadeafhandeling in geval van beroepsziekten dat er “onvoldoende maatschappelijk draagvlak” was voor een fundamenteel andere inrichting van het stelsel van compensatie.³⁴⁵

Een ander punt dat naar voren kwam in de kennissessies, is de neiging bij werkgevers om de problematiek van beroepsziekten te individualiseren.³⁴⁶ Waar gesproken wordt over ‘duurzame inzetbaarheid’ van werknemers, gaat veel aandacht uit naar leefstijlinterventies onder het acroniem BRAVO (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning). Een voorbeeld hiervan is het project ‘[Vitaal bedrijf](#)’ van VNO-NCW. Hoewel ondersteuning door de werkgever wellicht welkom is, gaat ondersteuning bij leefstijlinterventies voorbij aan het inzicht dat ‘slechte arbeidsomstandigheden’ méér bijdragen aan de ziektelast dan bijvoorbeeld alcohol en gebrek aan beweging. Alleen al de blootstelling aan gevaarlijke stoffen op het werk is een belangrijker oorzaak van ziekte dan het gebruik van alcohol. En interventies gericht op ‘ontspanning’ en mindfulness op het werk mogen niet het zicht vertroebelen op de achterliggende oorzaken van ervaren werkdruk (zie paragraaf 2.1.2). De diverse voorlichtingscampagnes over psychosociale arbeidsbelasting ten spijt, is het aantal werknemers dat gebukt gaat onder burn-out en andere psychische ziekten door het werk de laatste jaren bovendien gestaag toegenomen.³⁴⁷

Mogelijkheden

Werkgeversorganisaties vertegenwoordigen een grote groep werkgevers en ondernemers. Juist die organisaties kunnen hun gezag en invloed aanwenden om veranderingen te bewerkstelligen en om oplossingsrichtingen aan te dragen. Werkgeversorganisaties beschikken immers vaak over kennis en inzichten over wat zich binnen bedrijven afspeelt. Ook spreken zij een taal die hun leden verstaan.

In sommige gevallen kan bijvoorbeeld een kosten-/batenbenadering van beroepsziekten een effectieve aanpak zijn, waarbij juist de centrale werkgeversorganisaties een partnerrol kunnen vervullen om bedrijven aan te spreken. Als het moeilijk is een ‘business case’ te maken, omdat de opbrengsten door lager ziekteverzuim niet opwegen tegen de investeringen in gezondere arbeidsomstandigheden, zouden de werkgeversorganisaties hun invloed kunnen aanwenden door een ethisch appèl te doen op hun leden. En ook een beroep op ‘valse concurrentie’ wordt in de praktijk wel naar voren gebracht als argument voor scherper toezicht door de Inspectie SZW.

5.3.2 Vakbonden

Naast de werkgeversorganisaties spelen ook de vakbonden een belangrijke rol in het vertegenwoordigend overleg op centraal en brancheniveau. Zo hebben de drie grootste vakbonden, net als de werkgeversorganisaties, een belangrijke stem in de SER-commissie arbeidsomstandigheden en de subcommissie Grenswaarden Stoffen op de Werkplek (GSW). Daarnaast zijn de vakbonden actief betrokken bij de totstandkoming van bijna 200 arbocatalogi, en worden ook in diverse cao’s afspraken gemaakt over veiligheid en gezondheid op de werkplek. Ten slotte zijn veel zogeheten ‘kaderleden’ actief in ondernemingsraden en/of op de werkvloer.³⁴⁸

Een van de verbetermogelijkheden voor het functioneren van de vakbeweging op het gebied van veilig en gezond werk is dat zich in de praktijk weleens de vraag voordoet hoe representatief de vakbeweging eigenlijk is.³⁴⁹ Het aantal werknemers

³⁴⁴ Zo signaleerde minister Asscher begin 2015: “Sectorale en/of regionale diensten vormen een belangrijk element in het SER-advies, [maar] binnen de raad bestaat geen overeenstemming over de vraag of aansluiting bij zo’n dienst vrijwillig of verplicht moet zijn noch over de vraag hoe de financiering en aansturing te regelen” (TK 2014-2015, 25883, nr. 247).

³⁴⁵ Voor een korte beschrijving van de patstelling zie Sax (2019), p. 26-27

³⁴⁶ Zie ook Sax (2019), p. 39

³⁴⁷ Zie ook Sax (2019), p. 38-39

³⁴⁸ Kaderleden zijn actieve vakbondsleden, die namens de vakbond contact onderhouden met leden in bedrijven (“de ogen en oren van de bond”), en veelal ook werknemers bijstaan in geval van geschillen met de werkgever. Eén van de centrale taken van kaderleden is onder andere het bespreekbaar maken van problemen rondom werkdruk of slechte roosters. OR-leden zijn per definitie kaderlid, maar in sommige bedrijven zijn ook zogeheten bedrijfsledengroepen actief naast de OR.

³⁴⁹ Keune (2016), Jansen (2019)

dat lid is daalt namelijk al jaren (tot momenteel een organisatiegraad van ruwweg 20%). Dit heeft twee mogelijke gevolgen. Ten eerste kan, zeker op centraal niveau, de vraag rijzen of de bonden wel een bepalende stem zouden moeten krijgen in bijvoorbeeld het vaststellen van wettelijke grenswaarden. Deze vraag wordt echter ten aanzien van de vertegenwoordiging op het gebied van arbeidsomstandigheden zelden of nooit opgeworpen.³⁵⁰ Bovendien geldt specifiek ten aanzien van de wettelijke grenswaarden dat de commissie GSW adviseert, maar de minister uiteindelijk besluit. Een tweede kwetsbaarheid in het systeem is dat, door het dalend ledenaantal en daarmee de financiële slagkracht van de bonden, het aantal vakbondsprofessionals dat actief betrokken kan zijn bij het arbo-overleg in diverse gremia allengs afbrokkelt. Een andere verbeterpunt is dat de aandacht voor veiligheid en gezondheid in sommige gevallen inzet kan worden van onderhandelingen in sectoren waar de vakbeweging minder sterk vertegenwoordigd is. Dit kan leiden tot ongelijke rechtsbescherming tussen werknemers in verschillende sectoren.

Mogelijkheden

De vakbeweging heeft vanouds een belangrijke rol in het agenderen van het onderwerp veiligheid en gezondheid op het werk. Eén van de manieren om dit te doen, is het verrichten van (verkennd) onderzoek.³⁵¹ Ook heeft de vakbond een rol in de richting van de Inspectie SZW, omdat de vakbond namens zijn leden een klacht kan indienen. En vakbondsbestuurders zijn over het algemeen goed geïnformeerd over de arbeidsomstandigheden in hun eigen branche. Dat draagt bij aan het signaleren van misstanden in de richting van de Inspectie.

Voor de vakbeweging zelf is aandacht voor veiligheid, maar zeker ook voor preventie van beroepsziekten, een manier om aantrekkelijk te worden voor (potentiële) leden. Naast loon en baan zekerheid is de eigen gezondheid een belangrijk aandachtspunt voor werknemers. Dat geldt zeker voor werknemers aan de onderkant van de arbeidsmarkt, die meer dan gemiddeld te maken hebben met zware en ongezonde arbeidsomstandigheden.

5.3.3 Brancheorganisaties

Brancheorganisaties vertegenwoordigen de belangen van bedrijven én werknemers in specifieke branches. Hun taken zijn onder meer ondersteuning van bedrijven met deskundigheid (bijvoorbeeld over arbeidsmarktontwikkelingen) en behartiging van collectieve belangen van aangesloten leden. Een behoorlijk aantal brancheorganisaties heeft deskundigheid opgebouwd op het gebied van arbeidsomstandigheden. Brancheorganisaties spelen onder meer een rol bij de ontwikkeling van branche-RI&E-instrumenten, het overleg over arbocatalogi, en voorlichting over specifieke arborisico's in de branche.³⁵²

Daarnaast zijn in verschillende branches specifieke kennisinstituten actief op het gebied van arbeidsomstandigheden. Voorbeelden hiervan zijn Stigas (Agrarische Sector), het Sectorinstituut Transport en Logistiek, Vollandis (bouwsector, zie paragraaf 3.3.9) en 5xBeter (metaalsector). Er zijn ook branche-instituten voor specifieke beroepsgroepen, zoals *Healthy Hairdresser*. Branchespecifieke kennis levert volgens meerdere arbodeskundigen meerwaarde bij de preventie van beroepsziekten.³⁵³

Brancheorganisaties worden gefinancierd door een bijdrage van de aangesloten bedrijven (werkgevers). Voor de kennisinstituten loopt de financiering veelal op basis van een afspraak in de cao. Met enige regelmaat staat deze financiering onder druk van de werkgevers, omdat het veelal de werkgevers zijn die een percentage van de loonsom moeten inleggen voor de dienstverlening. Niet alle werkgevers binnen de branches zien de toegevoegde waarde van collectieve ondersteuning op het gebied van arbozorg.³⁵⁴

Voor het einde van branche-instituut Arbouw in 2019 werd door veel arboprofessionals gezien als een stap terug in de aandacht voor de structurele oorzaken van beroepsziekten. Zo had Arbouw een sterke rol in de politieke lobby gericht op

³⁵⁰ Bovendien is ruim 90% van de Nederlandse werknemers (zeer) tevreden over de wijze waarop de vakbonden hun belangen vertegenwoordigen, en ook aan de onderhandelingstafels is de representativiteit geen heet hangijzer. Hooftman et al (2018), p. 82. Ook is ruim 90% van de werknemers (zeer) tevreden over de cao.

³⁵¹ Voor recente voorbeelden zie FNV (2005), *Werkgerelateerde sterfte in Nederland*, FNV (2012)

³⁵² Op hun beurt worden de brancheorganisaties ondersteund door initiatieven vanuit de overheid, zoals de website [Gezond en veilig werkt](#) en subsidies. Zie ook Sax (2019), p. 21

³⁵³ Zie ook de evaluatie van de Arbowet in 2011, waar een goed functionerende brancheorganisatie wordt genoemd als een belangrijke bevorderende factor. Van der Kemp et al (2011), p. 63

³⁵⁴ M. Mons (2016)

meer aandacht voor bijvoorbeeld blootstelling aan asbest, alternatieven voor watergedragen verf of een duidelijke tilnorm. De opvolger van Arbouw (Vollandis) richt zich op ondersteuning bij duurzame inzetbaarheid op bedrijfsniveau, en is tevens campagnepartner van het Programma Preventie Beroepsziekten.

Daarnaast blijken sommige branches of brancheorganisaties duidelijk actiever te zijn dan andere. Zoals in de evaluatie van de beleidsagenda gezond en veilig werken wordt gesignaleerd: “tegenover een aantal koplopers is er ook een groep sectoren die [...] weinig betrokkenheid bij het onderwerp tonen.”³⁵⁵ Ook zijn er legio branches die nog geen arbocatalogus hebben ontwikkeld; 41% van de werknemers werkt in een branche zónder arbocatalogus.³⁵⁶

Mogelijkheden

Er zijn veel deskundigen die een lans breken voor een sectorgewijze aanpak van de arbozorg.³⁵⁷ Er liggen verschillende mogelijkheden om, bijvoorbeeld op basis van branchespecifieke PAGO's, in een vroeg stadium zicht te krijgen op specifieke beroepsziekten binnen bepaalde beroepsgroepen. Dat biedt inzicht in de omvang van de problematiek én biedt meer mogelijkheden om met sectorspecifieke oplossingen te komen. De beleidscyclus kan gerichter worden vormgegeven door de ontwikkeling van een branchespecifieke R&E, door te leren op basis van branchespecifieke PAGO-gegevens, en door duidelijke afspraken te maken over de stand van de wetenschap in arbocatalogi (waarbij die catalogi uiteraard ook actueel moeten zijn).³⁵⁸

Daarnaast lijken werkgevers die zich laten bijstaan door branche-instituten minder moeite te hebben met de complexiteit van de arboregelgeving.³⁵⁹ Verder dragen branche-instituten bij aan een betere naleving van de verplichting om een PAGO uit te voeren; zeker voor ex-werknemers die geen toegang meer hebben tot het PAGO dat door hun werkgever wordt aangeboden.³⁶⁰ Ten slotte lijken intermediaire instellingen zoals brancheorganisaties het geëigende kanaal om kennis te verspreiden (zie uitgebreider paragraaf 3.3.9).

Voor de precieze invulling van een branchebenadering kan inspiratie worden gevonden in verschillende andere lidstaten van de EU, en in de UK. Zo zijn er legio voorbeelden van zogeheten *roving safety reps*, die met name kunnen worden ingezet om in het MKB arbo-adviezen te geven (zie ook hierboven, paragraaf 5.1.5).

5.3.4 Juridische partijen

(Ex-)werknemers die mogelijk ziek zijn geworden door hun werk, hebben recht om schadevergoeding te claimen bij hun werkgever. Drie elementen die in de procesgang een centrale rol spelen, zijn de (omvang van de) blootstelling, de causaliteit en schending van de zorgplicht.³⁶¹

Wanneer in een letselschadezaak wordt geconstateerd dat er inderdaad sprake is van een causaal verband tussen de beroepsziekte en het werk, kan dit leiden tot een verplichting voor de werkgever om een schadevergoeding aan het slachtoffer te betalen. Maar daarnaast biedt zo'n uitspraak ook de mogelijkheid voor de werkgever om van de situatie te leren. Door de kennelijke oorzaak van de beroepsziekte weg te nemen (of aanvullende maatregelen te treffen), kan herhaling van een vergelijkbare situatie worden voorkomen. Uit onderzoek blijkt echter dat het leereffect dat uitgaat van letselschadezaken beperkt is.³⁶² Hier zijn meerdere verklaringen voor aan te dragen. De belangrijkste verklaring is dat indien een werkgever aansprakelijk wordt gesteld, er aan de zijde van de werkgever waarschijnlijk weinig bereidheid is om zich welwillend op te stellen en de hand in eigen boezem te steken (zie hieronder).

³⁵⁵ Sax (2019), p. 22

³⁵⁶ Sax (2019), p. 24

³⁵⁷ Al in 2012 gaf de SER aan dat een branchegerichte aanpak van de bedrijfsgezondheidszorg de effectiviteit van de arbodienstverlening zou versterken: “Kennis die relevant is voor preventie kan worden opgebouwd via nader inzicht in de aard en de oorzaken van ziekteverzuim in de betreffende sector of branche, zoals nu al in verschillende bedrijfstakken (bijvoorbeeld in de landbouw, bouw, zorg) gebeurt.” (SER 2012, Stelsel voor gezond en veilig werken, SER-advies 12/08). Ook het recente rapport van de Commissie VSAB bepleit (wederom) een aanpak in samenwerking met brancheorganisaties.

³⁵⁸ SER (2012), p. 52.

³⁵⁹ Hooftman (2019), p. 16-17; Siesling (2010), p. 17

³⁶⁰ Hooftman (2019), p. 21. Overigens is niet ondenkbaar dat hier sprake is van een omkering van oorzaak en gevolg (namelijk dat de instituten juist zijn opgericht om de PAGO's uit te voeren).

³⁶¹ Zie uitgebreider de bijdrage van Charlier in paragraaf 4.5.

³⁶² Eshuis et al (2009); zie ook Eshuis (2013)

Nog los van de vele drempels voor slachtoffers van een beroepsziekte (zie ook paragrafen 4.4 en 4.5), is één van de belangrijkste belemmeringen dat een schadeclaimprocedure de partijen vaak lijnrecht tegenover elkaar plaatst. De werkgever (en zijn advocaat of de verzekeraar) zal, voor de eigen verdediging, ten eerste ontkennen dat sprake is van causaliteit, en ten tweede ontkennen dat hij is tekortgeschoten in de naleving van zijn zorgplicht.

Doordat in de procesgang de werkgever en de (ex-)werknemer noodgedwongen tegenover elkaar komen te staan, is er geen stimulans om maatregelen te treffen die voorkómen dat er door dezelfde oorzaak meer werkenden ziek worden.³⁶³ Sterker nog: het onverwijd treffen van maatregelen kan ook worden gezien als een aanwijzing dat de werkgever kennelijk eerder zijn zorgplicht niet is nagekomen.³⁶⁴

Wanneer de werkgever aansprakelijk wordt gesteld en een schadevergoeding moet betalen aan de wederpartij, worden deze kosten bovendien gedekt door zijn verzekeraar. De verzekeraar heeft vanuit zijn rol weinig baat bij het leren van een specifieke casus; mits de premie-inkomsten maar opwegen tegen de betaalde vergoedingen. Ook hiervan gaat weinig aandrang tot leren uit. Overigens is de kans dát werkgevers aansprakelijk worden gesteld bijzonder klein.³⁶⁵ Het vaststellen van de oorzaak van de gezondheidsschade is vaak ingewikkeld, wat leidt tot langdurige en kostbare juridische schadeafhandelingsprocessen, waaraan bovendien ook niet alle slachtoffers willen of kunnen beginnen. Om de procesgang bij schadeafhandeling bij beroepsziekten te verbeteren en hierover te adviseren, heeft SZW in 2019 de commissie VSAB ingesteld. Naar aanleiding van het rapport van de Commissie VSAB heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid inmiddels een tegemoetkomingsregeling toegezegd voor werknemers met stoffengerelateerde beroepsziekten.³⁶⁶ Vooralsnog wordt voor werknemers met andere beroepsziekten geen wijziging in de procesgang voorzien.

Mogelijkheden

In de literatuur is bij herhaling aangegeven dat een andere inrichting van het compensatiestelsel, waarbij partijen niet in een antagonistische relatie belanden, meer mogelijkheden biedt om te leren van beroepsziekten. Verwezen wordt veelal naar het Belgische en Duitse systeem van beroepsziektemeldingen, waarbij het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (Fedris, het voormalig Fonds voor de Beroepsziekten) respectievelijk de *Berufsgenossenschaften* zelf baat hebben bij preventie (zie ook paragraaf 1.3).

Daarnaast zijn in Duitsland werkgevers verplicht zich te laten bijstaan door preventiedeskundigen van de *Berufsgenossenschaft*. Dan gaat het onder meer om de beoordeling van de risico's in een bedrijf, onderzoek na 'ingetreden gebeurtenissen', en algemene advisering over arbeidsveiligheid en -gezondheid. Ook Fedris doet onderzoek naar de oorzaak van de eventuele beroepsziekte. Het onderzoek van Fedris of de *Berufsgenossenschaft* kan in principe ook bijdragen aan verbetering van de kennis over oorzaken én preventie van beroepsziekten; een kans die in het Nederlandse stelsel niet is ingebouwd.

Een andere optie die in de literatuur herhaaldelijk wordt bepleit, is invoering van een directe verzekering. Volgens sommigen zou die verzekering zo ingericht moeten worden dat er preventieve prikkels van uitgaan, bijvoorbeeld door premiedifferentiatie. Hoe beter de branche en de individuele werkgever de preventie op orde hebben, des te lager de premie of het eigen risico. Op het niveau van het individuele bedrijf zal van een directe verzekering (evenmin als bij fondsvorming overigens) echter niet snel een prikkel uitgaan om te leren van de ziekte. Daarvoor is de directe causaliteit in individuele gevallen toch te onbestemd. Op brancheniveau kunnen er echter groepen werknemers worden geïdentificeerd die duidelijk een groter risico lopen. Dat kan aanleiding zijn om te leren van beroepsziekten. Daarbij zal het initiatief genomen moeten worden door de branche die geconfronteerd wordt met een groot aantal schadegevallen. Voor de verzekeraars geldt immers ook bij deze oplossing nog steeds dat zij weinig baat hebben bij preventie.

³⁶³ Eshuis (2013)

³⁶⁴ HR 11 april 2008, JAR 2008/78 (Tarioui/Vendrig), HR 11 november 2005, JA 2006/11 m.nt. W.H. van Boom (Bayar/Wijnen). Overigens is de gevolgtrekking dat het treffen van maatregelen dús bewijst dat de zorgplicht is geschonden iets te kort door de bocht. P. Willems & K. Teuben (2011), Werkgeversaansprakelijkheid op grond van art. 7:658 en 7:611 BW: een overzicht van de stand van zaken, Arbeidsrecht 2011/30

³⁶⁵ M. van Ewijk et al (2001), Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten, Leiden: Research voor Beleid gaf al aan dat slechts 1% van de werkgevers de vijf jaar vóór het uitgevoerde onderzoek te maken had gehad met een aansprakelijkheidsclaim. Knegt schatte het aantal beroepsziekteclaims op hooguit 600 per jaar. Knegt et al (2012), Verhaal van werkgerelateerde schade, Amsterdam: HSI. Recent is een vergelijkbaar aantal genoemd. De Groot & Lindenbergh (2018)

³⁶⁶ Kamerbrief Voortgang uitvoering Kabinetsreactie Commissie Heerts (9 november 2020)

De groepsbenadering sluit aan bij een ander punt dat wordt genoemd in de literatuur, namelijk dat de rol van deskundigen bij individuele schadegevallen teruggedrongen zou moeten worden. Volgens Charlier (zie paragraaf 4.5) zou minder naar onomstreden causaliteit op individueel niveau gestreefd moeten worden.³⁶⁷ Deskundigen verschillen immers van inzicht, waardoor hun oordeel de rechter zelden houvast biedt. Het toerekenen van schade is geen medische of arbeidshygiënische kwestie, maar bij uitstek een *juridisch* vraagstuk, waarbij de rechter zou moeten oordelen op grond van alle aanknopingspunten van de concrete situatie. Daarbij zou primair gekeken moeten worden naar causaliteit *op groepsniveau* en vervolgens naar de aannemelijkheid van blootstelling. Als meerdere pijlen in dezelfde richting wijzen, zou een letselschadezaak niet mogen afketsen op de vraag naar causaliteit in het individuele geval.

5.3.5 Belangengroepen

In Nederland zijn flink wat belangengroepen actief die zich, veelal in samenwerking met de vakbonden, sterk maken voor de positie van werknemers met een beroepsziekte. Die belangengroepen spelen soms een belangrijke rol bij het agenderen van 'hun' beroepsziekte. Dit doen ze door aandacht in de media te vragen, erkenning te krijgen voor een bepaalde aandoening als beroepsziekte, te onderhandelen over financiële compensatie, en incidenteel betrokken te raken bij de totstandkoming van publieke regelgeving.³⁶⁸

Hoewel belangengroepen een waardevolle bijdrage kunnen leveren, in het bijzonder door inbreng van specifieke kennis, kleven er wellicht ook bezwaren aan een actieve of activistische aanpak van specifieke risico's. Zo heeft de RSI-patiëntenvereniging het onderwerp 'repeterende arbeid' hoog op de agenda gezet, maar wordt repeterende arbeid sindsdien vooral gekoppeld aan beeldschermwerk; dit terwijl er legio andere werkzaamheden zijn die zich kenmerken door een kort-cyclisch en repetitief karakter. Aandacht voor één arbeidsrisico kan wellicht ten koste gaan van aandacht voor andere risico's. Daarbij wordt soms de prioritering eerder bepaald door media-aandacht en effectieve politieke lobby dan door een objectieve weging van de feitelijke ziektelast.

Een tweede punt dat is genoemd in de kennissessies, is dat er inmiddels meerdere compensatieregelingen zijn getroffen (asbest, chroom-6, OPS)³⁶⁹, maar dat dergelijke specifieke regelingen wellicht ten koste gaan van een meer generieke regeling voor alle beroepsziekten.

Mogelijkheden

De oplossing voor de genoemde valkuilen van betrokkenheid van belangengroepen is niet om de dialoog met dergelijke groepen uit de weg te gaan. In tegendeel. Het negeren van relevante stakeholders kan immers leiden tot een contraproductieve dynamiek bij de beleidsontwikkeling. Wel dient duidelijk te worden gecommuniceerd waarom welke belangengroepen wel of niet aan tafel worden gevraagd. Ook moet worden gewaakt voor *one issue*-benaderingen; vanuit de overheid moet dus helder zijn hoe de prioritering zich verhoudt tot een breder kader dan alleen het ene specifieke belang.

De kwestie van rechtsongelijkheid in compensatie zou kunnen worden geadresseerd door het treffen van één regeling; bijvoorbeeld in de vorm van een directe verzekering. Overigens zitten hier ook veel haken en ogen aan. Zo werken de meeste landen binnen de EU met een gesloten lijst van compensabele aandoeningen, met als gevolg dat werknemers met beroepsziekten die niet op die lijst staan ook niet voor compensatie in aanmerking komen. Daarnaast is er, zoals gezegd, door de Commissie VSAB vastgesteld dat er bij met name werkgevers weinig draagvlak bestaat voor een generieke regeling.

5.4 Het toezicht

Het toezicht op het stelsel van beroepsziekten loopt via diverse kanalen. Zo houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht op het functioneren van individuele bedrijfsartsen. Het toezicht op de centrale spelers in het veld, de werkgevers, is

³⁶⁷ Charlier (2014)

³⁶⁸ Zo was de OPS-patiëntenvereniging een belangrijke aanjager bij de totstandkoming van de vervangingsplicht voor vluchtige organische stoffen (art. 4.62a en 4.62b Arbobesluit en 4.32b t/m g Arboregeling).

³⁶⁹ Zie uitgebreider de bijdrage van Charlier in paragraaf 4.5

belegd bij de Inspectie SZW. Het directe toezicht, inspecties op bedrijfsniveau, richt zich overigens niet op beroepsziekten als zodanig, maar op de preventieve maatregelen die op grond van de arbowetgeving vereist zijn. Daarnaast heeft de Inspectie een programma markttoezicht en certificering.

Op het gebied van beroepsziekten is vooral de markt van (gecertificeerde) arbodienstverlening relevant. De toezichthoudende taak van de Inspectie in dit verband is beperkt tot stelseltoezicht. Weliswaar heeft certificatie van arbodiensten en kerndeskundigen een grondslag in artikel 20 van de Arbowet, maar het beoordelen van het functioneren van arbodiensten en kerndeskundigen geschiedt door certificerende instellingen, gebaseerd op het certificatieschema arbodiensten.³⁷⁰ De Inspectie SZW houdt dus op afstand toezicht op het stelsel.³⁷¹

Eén belemmering in het toezicht op naleving van de Arbowet is dat de Inspectie SZW lange tijd een sterke focus heeft gehad op het thema arbeidsveiligheid. Het project *Beroepsziekten Beter in Beeld* is onder andere voortgekomen uit het inzicht dat ook de Inspectie SZW meer aandacht zal moeten hebben voor beroepsziekten. Dat is geen gemakkelijke opgave. Een belangrijk deel van de capaciteit van de Inspectie wordt namelijk ingezet op het domein van arbeidsongevallen.

Een verklaring hiervoor is dat bij ernstige arbeidsongevallen een meldingsplicht geldt in de richting van de Inspectie SZW (art. 9 lid 1 Arbowet), terwijl dit voor beroepsziekten niet is voorgeschreven - óók niet voor dodelijke beroepsziekten. Er worden relatief weinig beroepsziektemeldingen opgepakt. Ook de definitie van 'ernstig gevaar' (art. 29 Arbowet) lijkt niet van toepassing op beroepsziekten, aangezien bij beroepsziekten zelden tot nooit sprake zal zijn van *onmiddellijke dreiging* (zie ook paragraaf 1.1.4). Ook het concept 'ernstig gevaar' in artikel 28 Arbowet zal niet altijd van toepassing zijn op 'reguliere' blootstelling; hooguit bij evident gevaarlijke blootstelling aan bijvoorbeeld asbest of biologische agentia.

Op het niet adequaat of onvolledig nakomen van de algemene arbozorgverplichtingen werd tot voor kort minder intensief gehandhaafd. Ook klachten over arbodiensten of afzonderlijke kerndeskundigen vormden voor de Inspectie geen grond om handhavend op te treden.³⁷² Het ligt meer bij de certificerende instelling om daarin op te treden, al gebeurt dat in de praktijk niet snel. Het niet melden van een beroepsziekte aan het NCvB wordt, sinds de laatste wijziging van de Arbowet in 2017, aangemerkt als een overtreding. Het betreft hier een melding aan het NCvB, waarbij de Inspectie SZW niet wordt ingelicht over misstanden in een individueel bedrijf, zoals dat wel het geval is bij arbeidsongevallen.

Mogelijkheden

De mogelijkheden voor de Inspectie SZW om toezicht te houden op naleving van de bepalingen in de Arbowet zijn in principe toereikend. De informatie van de Inspectie over vooral de naleving op het wel of niet hebben van een RI&E is met ingang van 2018 versterkt (onder meer doordat het ontbreken van een RI&E als direct beboetbaar feit aangewezen is). Toch blijft, vooralsnog, de inspectiedekking beperkt; zeker omdat de druk op het reactief toezicht hoog blijft. Mede om die reden heeft de Inspectie SZW stappen gezet om de handhaving op de RI&E te intensiveren door van grotere aantallen bedrijven de RI&E (digitaal) op te vragen.

Eventueel strikter toezicht op het feitelijk functioneren van arbodiensten of kerndeskundigen is een kwestie die een vrij fundamentele herziening van het stelsel van zelfregulering zou vergen. In kennissessies is genoemd dat wel valt te overwegen om de bedrijfsarts die een beroepsziekte vaststelt hiervan, analoog aan artikel 9 lid 1, melding te laten doen bij de Inspectie en niet uitsluitend bij het NCvB. Men kan zich overigens afvragen of een door een bedrijfsarts gediagnosticeerde beroepsziekte en melding daarvan überhaupt bijdraagt aan het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen. Dit zal het geval zijn indien de bedrijfsarts de beroepsziekte ook bespreekt binnen het bedrijf, en het bedrijf daar ook iets mee doet. De meldingen aan het NCvB hebben een statistische betekenis (zie paragraaf 1.2).

³⁷⁰ Overigens is per januari 2020 nog maar één certificerende instelling geaccrediteerd om arbodiensten te certificeren.

³⁷¹ De Inspectie SZW kan formeel, al dan niet naar aanleiding van ernstige klachten of misstanden, ook besluiten om onderzoek te doen naar het functioneren van een certificerende instelling. Dit kan leiden tot schorsing of intrekking van de aanwijzing van de certificerende instelling. De Inspectie SZW gaat echter veelal uit van RvA-audits. Het toezicht van de Inspectie SZW op aangewezen certificerende instellingen is in de praktijk dus vooral aanvullend. Overigens bevat de Arboregeling wél specifieke eisen m.b.t. de drie kerndeskundigen (niet m.b.t. de bedrijfsarts) en wordt het certificatieschema arbodiensten wel in concept voorgelegd aan de Inspectie SZW voor een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets.

³⁷² 'Onze Minister' treedt, conform art. 22 lid 1 Arbowet, niet in individuele gevallen. Wel kan de Inspectie SZW, als zij een situatie tegenkomt op grond waarvan zij vermoedt dat een certificaathouder niet aan bepaalde certificatie-eisen voldoet, dat melden aan de certificerende instelling.

Bijlage I Auteurs/deskundigen die hebben meegewerkt

Hieronder worden eerst de deskundigen genoemd van buiten het Ministerie van SZW, en wel in volgorde van de paragraafnummering van dit Deel II. Daarna volgen de auteurs van de directie G&VW en de Inspectie SZW. Ten slotte worden de personen genoemd die hebben bijgedragen aan de redactie van deel I en enkele paragrafen van deel II. Paragrafen die niet voorkomen in de lijst met auteurs zijn door verschillende leden van de redactie geschreven.

Auteurs (extern)

1.3 *Beroepsziekten in internationaal perspectief door:*

Gert van der Laan. Initiatiefnemer van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; lid van expertcommissies van de EU, WHO en ILO inzake beroepsziekten; visiting professor aan de Universiteit van Milaan; stafmember [Foundation for Learning and Developing Occupational Health LDOH](#).

1.3.1 *Eurostat met medewerking van:*

Henk van der Molen: Hoofd Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB).

2.1 *Psychosociale arbeidsbelasting (PSA) met bijdragen van:*

Maartje Bakhuis Roozeboom (MSc.) Psycholoog en socioloog Maartje werkt sinds 2007 bij TNO. Als onderzoeker en projectleider houdt zij zich bezig met onderzoek, interventieontwikkeling en advisering op het gebied van psychosociale arbeidsbelasting en in het bijzonder werkdruk en werkstress.

Lisa Hummel, arbeidssocioloog, werkt sinds 2018 bij TNO als onderzoeker. In gericht actieonderzoek buigt zij zich over de vraag hoe werknemers zo gezond en gelukkig mogelijk kunnen doorwerken tot aan het pensioen.

Gerda de Groene, bedrijfsarts, consulent beroepsziekten, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten, Polikliniek Mens en Arbeid, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam UMC.

Roos Schelvis, Erasmus Universiteit Rotterdam.

2.2 *Fysieke belasting met bijdragen van:*

Paul Kuijer. Medisch contact, [medischcontact.nl](#)

2.4 *Omgaan met nieuwe risico's door:*

Annette Lenderink. Beroepsziektespecialist NCvB, Coronel Instituut, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Divisie EPM: Afdeling Public and Occupational Health. En: MODERNET (Monitoring Occupational Diseases and tracing New and Emerging Risks in a NETWORK), p/a KU Leuven, Centre for Environment and Health

2.5 *Van signalering naar preventie door:*

Heleen den Besten. Senior projectleider Arbeid en Zorg, Long Alliantie Nederland (LAN). Zij heeft arbeids- en organisatiepsychologie gestudeerd en zet zich in voor preventie en gezondheid op het werk. Haar missie is om organisaties en expertises met elkaar te verbinden met het oog op preventie van ziekte door blootstelling aan stoffen op het werk.

3.3.1 *De rol van de OR door:*

Carolina Verspuij. Trainer/adviseur Arbeid & Gezondheid, SBI Formaat. Met bijdragen van Jan Popma, senior onderzoeker bij de Inspectie SZW en de Vrije Universiteit, gepromoveerd op het proefschrift Het Arbo-effect van medezeggenschap.

3.3.2 *De rol van de preventiemedewerker door:*

Carolina Verspuij. Trainer/adviseur Arbeid & Gezondheid, SBI Formaat.

www.sbiformaat.nl/arbo-gezondheid/

www.sbiformaat.nl/medewerkers/carolina-verspuij/

3.3.3 *De rol van stakeholders in een onderneming door:*

Cyril Litjens. Innovatiemanager RPS Analyse, gecertificeerd Arbeid & Organisatiedeskundige en Hoger Veiligheidkundige.

3.3.4 *De rol van de bedrijfsarts/kadertekst: Klaas, GEEN geval apart door:*

Frank Jungbauer, zelfstandig bedrijfsarts.

3.3.7 *De rol van werkgevers: VNO-NCW MKB-NL: Kennis van arborisico's door:*

Mario van Mierlo. Jurist, Werkzaam voor: VNO-NCW en MKB-Nederland, Op de terreinen: Europese sociale zaken, in het bijzonder gezond en veilig werken. Voorzitter van Werkgroep Arbo en Vitaliteit en Werkgroep Klokkenluiders van de Stichting van de Arbeid, Lid van de management boards van EU-OSHA, Eurofound en lid van het Raadgevend Comité voor Health and Safety van de Europese Commissie in Luxemburg. Voorzitter van Social Protection Working Group van Business Europe.

3.3.8 *De rol van zelfstandigen volgens ZZZP NL door:*

Frank Alfrink. Was MKB-ondernemer, heeft onder meer 8 jaar gewerkt als belangenbehartiger bij MKB-Nederland en 10 jaar bij zorgverzekeraar Menzis met speciaal aandachtsgebied werk en gezondheid. Sinds 2015 directeur van ZZZP Nederland.

3.3.9 *De rol van brancheorganisaties: Volandis als voorbeeld door:*

Margo Caspers. Vanaf de oprichting van Volandis werkzaam als specialist duurzame inzetbaarheid/ergonomie. Daarvoor bij Arbouw als beleidsadviseur arbeidsbelasting en ergonomie. Achtergrond: studie bewegingswetenschappen en opleiding fysiotherapie.

4.2 *Het FNV Bureau beroepsziekten door:*

Marika Schoneveldt. Professional Master of Ergonomics; studie bewegingswetenschappen (specialisatie 'context van arbeid'). Postdoctorale beroepsopleiding ergonomie. Sinds oktober 2003 werkzaam voor Bureau Beroepsziekten FNV als deskundige arbeid & gezondheid. Sinds juni 2018 deels werkzaam als beleidsadviseur Veilig en Gezond werken bij de Beleidsadviesgroep van de FNV (specialisaties: veiligheid en beroepsziekten)

4.3 *Chroom-6 bij Defensie: erkenning, uitkeringsregeling en nazorg door:*

Arjan Minderhoud. Projectdirecteur Ministerie van Defensie, Voorzitter Taskforce Chroom-6 en CARC, Defensie. Was bijna 40 jaar lang marineofficier met verschillende functies aan boord van marineschepen, als laatste commandant van een fregat tijdens operaties in de Perzische Golf. Operationele functies werden afgewisseld met functies aan de wal op het gebied van HR en maritieme operaties. Tussen 2013 en 2016 Directeur Maritieme Operaties en Informatiewinning bij het Maritiem Hoofdkwartier van de NAVO in Londen, verantwoordelijk voor de inzet van de vlootverbanden onder commando van de NAVO. Na terugkomst in Nederland Projectdirecteur en Voorzitter van de Taskforce Chroom-6 en CARC, verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van alle werkzaamheden die samenhangen met het historisch onderzoek door het RIVM en de (na)zorg aan de (oud-)medewerkers en nabestaanden. Daarbij vertegenwoordigt hij Defensie in de Paritaire Commissie en in de interdepartementale overleggen aangaande chroom-6.

4.4 *Compensatiesystemen en preventie in het licht van actuele ontwikkelingen door:*

Wim Eshuis. Wim Eshuis doet onderzoek naar compensatie en preventie van beroepsziekten en arbeidsongevallen. Hij is verbonden aan het Wetenschappelijk Bureau voor de vakbeweging, de Burcht. Hij is tevens lid van het bestuur van de Stichting OPS en van het bestuur van het IAS (www.researchgate.net/profile/Wim_Eshuis/publications).

4.5 *Wordt het beter voor slachtoffers beroepsziekten? Een stand van zaken door:*

Lydia Charlier. Letselschadeadvocaat en mediator. Sinds 2005 werkzaam bij Beer advocaten te Amsterdam, met specialisatie arbeidsongevallen en beroepsziekten. Sinds 2002 juridisch adviseur en MfN-mediator bij Charlier Consult te Maarssen met specialisatie letselschade en arbeidsrecht. Verbonden als rechtbankmediator aan de rechtbanken Amsterdam en Utrecht. Lid van de Klankbordgroepen Chroom-6 Defensiezaken en Chroom-6 bij het re-integratieproject tROM. Als advocaat en auteur van vele artikelen over de juridische en wetenschappelijke context van beroepsziekten in het vakblad Letsel en Schade (L&S), het Tijdschrift voor Gezondheidsschade, Milieuschade en Aansprakelijkheid (TGMA) en het Nederlands Juristenblad (NJB) heeft zij mede aan de wieg gestaan van de ontwikkeling van de jurisprudentie in beroepsziektezaken in Nederland. Begon haar carrière in de letselschade (1987), aanvankelijk bij een verzekeraar, later als letselschade-expert bij de FNV. Was (1992) betrokken bij de oprichting van het advocatenkantoor van de FNV. Heeft als advocaat in vele beroepsziektezaken de Hoge Raad om een oordeel gevraagd.

Auteurs Ministerie van SZW

1.1 Beroepsziekten is van alle tijden door:

Anne Tiemstra. Coördinerend adviseur/onderzoeker, Inspectie SZW.

Annewies de Vries. Senior inspecteur arbeidsomstandigheden, Inspectie SZW.

Rolf Spijkerman. Strategisch onderzoeker/adviseur Inspectie SZW.

1.2 Definities, maatstaven, bronnen en cijfers door:

Rolf Spijkerman. Strategisch onderzoeker/adviseur Inspectie SZW. Voor de inhoud van deze paragraaf is gebruikgemaakt van de uitwisselingen en discussies die hebben plaatsgevonden tijdens de aan dit onderwerp gewijde kennissessie *Beroepsziekten Beter in Beeld* (maart 2019). Sprekers tijdens deze sessie waren **Henk van der Molen** en **Steven Visser** (beiden NCvB), **Petra Eysink** (RIVM) en **Romy Steenbeek** (TNO).

2.1 Psychosociale arbeidsbelasting met bijdragen van:

Hélène Plaggenborg. Arbeids- en organisatiepsycholoog en gecertificeerd arbeids- en organisatiedeskundige. Werkt sinds 2015 als specialist Arbeid en Organisatie bij het kenniscentrum van de Inspectie SZW. Aandachtsgebieden: Arbozorg en PSA. Maakt deel uit van het Behavioural Insights Team van de Inspectie SZW.

Sandra Roodenburg. Psycholoog. Gecertificeerd Hoger Veiligheidskundige. Werkt sinds 2015 als specialist Arbeid en Organisatie bij het kenniscentrum van de Inspectie SZW. Aandachtsgebied: psychosociale arbeidsbelasting met daarbinnen ontwikkelingen gericht op werkstress door digitalisering.

2.2 Fysieke Belasting door:

Marieke van den Oord, Bert Moss en Maroesja Bensen. Allen werkzaam bij het Inspectie Brede Kennis Centrum van de Inspectie SZW. De netwerkbijeenkomst fysieke belasting heeft als basis gediend voor deze paragraaf.

2.3 Gevaarlijke stoffen door:

Jan Popma. Werkzaam als senior onderzoeker bij de Inspectie SZW en de Vrije Universiteit. Aandachtsgebieden: gevaarlijke stoffen en nieuwe risico's. Met bijdragen van Mieke de Jong, specialist gevaarlijke stoffen bij het kenniscentrum van de Inspectie SZW.

3.1.2 De werking van het arbozorgsysteem Met een bijdrage van:

Sandhya Badal, senior onderzoeker Inspectie SZW.

3.3.4 De rol van de bedrijfsarts door:

Annette Notenbomer, Fridolijn Jongevos, Sophia Franklin en Erik Stigter.

Allen werkzaam als bedrijfsarts/medisch adviseur bij het Inspectiebreed Kenniscentrum van de Inspectie SZW.

3.3.5 De rol van (kern)deskundigen door:

Jan Popma. Werkzaam als senior onderzoeker bij de Inspectie SZW en de Vrije Universiteit.

3.3.6 De rol van wetenschappelijke instellingen en expertisebureaus door:

Erik Stigter, Annette Notenbomer, Sophia Franklin. Allen werkzaam als bedrijfsarts/medisch adviseur bij het Inspectiebreed Kenniscentrum van de Inspectie SZW.

3.3.10.1 Programma preventie beroepsziekten van het Ministerie van SZW door:

Henri Geron en Nicole Gras. Beiden werkzaam als senior beleidsmedewerker bij de directie G&VW van het Ministerie van SZW.

3.3.10.2 Inspectieprogramma's gericht op preventie van beroepsziekten met bijdragen van:

Floor Leemans. Projectleider Arbozorg, Inspectie SZW

Chantal van Aken. Senior beleidsmedewerker bij de directie G&VW van het Ministerie van SZW.

4.1 Slachtoffers blootstelling asbest en de lange mars naar compensatie door:

Anne Tiemstra. Coördinerend adviseur/onderzoeker, Inspectie SZW. De achtste netwerkbijeenkomst *Beroepsziekten Beter in Beeld* (oktober 2019) heeft als basis gediend voor deze paragraaf. **Jan Warning**, directeur Instituut Asbestslachtoffers (IAS), was een van de sprekers tijdens deze sessie.

Andere deskundigen

Andere deskundigen die als spreker of op andere wijze hebben bijgedragen aan (de kennissessies) *Beroepsziekten Beter in Beeld* zijn: Henk van der Molen (NCvB), Marijke Schutte (NCvB), Steven Visser (NCvB), Dick Spreuwers (bedrijfsarts, Medisch Directeur Bedrijfsartsengroep), Andrea Gog (bedrijfsarts Arbo Unie), Teus Brand (bedrijfsarts Arbo Unie, in NCvB), Jos Rooijackers (NKAL), Theo Jan Heesen (NVvA), Liesbeth Claassen (VU), Petra Eysink (RIVM), Viola Guldener (RIVM), Marjolein Douwes (TNO), Romy Steenbeek (TNO), Wouter Fransman (TNO), Ad van Duijn (SZW/G&VW), Martin den Held (SZW/G&VW), Nicolette Daamen-van Dalen (SZW/G&VW), Alex van der Werf (Inspectie SZW), Arnel Sendar (Inspectie SZW), Farouk Saleh (Inspectie SZW), Jeroen Terwoert (Inspectie SZW), Joran Lameris (Inspectie SZW), Josja Rokven (Inspectie SZW), Mieke de Jong (Inspectie SZW), Mirko de Boer (Inspectie SZW), Rachel Tijink (Inspectie SZW), Ronald Hoogland (Inspectie SZW), Wendy Vos (Inspectie SZW), Ineke Werven-Bruijne (Inspectie SZW).

Redactie

Nicole Gras. Senior beleidsmedewerker bij de directie G&VW van het Ministerie van SZW.

Annette Notenbomer. Bedrijfsarts/medisch adviseur bij het Inspectiebreed Kenniscentrum van de Inspectie SZW.

Rolf Spijkerman. Strategisch onderzoeker/adviseur, Inspectie SZW.

Anne Tiemstra. Coördinerend adviseur/onderzoeker, Inspectie SZW.

Bert Cordia (Eindredactie). Projectleider onderzoek en strategie, Inspectie SZW.

Bijlage II Lijst met geraadpleegde literatuur

- Arends, I., et al. (2014), *Mental Health and Work: Achieving Well-integrated Policies and Service Delivery*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 161, Paris: OECD Publishing
- AStri (2011), *Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts*, Leiden: AStri
- Bakhuys Roozeboom, M.C. et al (2020), Decreasing employees' work stress by a participatory, organizational level work stress prevention approach: a multiple-case study in primary education. *BMC Public Health* 20, 676
- Balm (2000), M.F.K., *Gezond bewegen kun je leren*, Utrecht: Lemma
- Balmes J, Becklake M, Blanc P, et al. (2003), American Thoracic Society Statement: occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167, p. 787-797
- Bartels (2015), *Versterkt aanpakken moeilijk waarneembare risico's*, Amersfoort: Bureau Bartels
- Bennaars, J.H. & J.R. Popma (2018), Publiek arbeidsrecht en de werknemerachtige, in: J.H. Bennaars et al (red), *De werknemerachtige in het sociaal recht*, Deventer: Wolters Kluwer
- Blijleven, R., & Weel, A. (2019), De overheid heeft een zorgplicht en moet die ook nakomen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 27(2), 14-18.
- Bos, C. & M. Engelen (2007), *Werkgeversmonitor Arbeidsomstandigheden, tweede meting*. Leiden: Panteia
- Breedijk, J. (2014a), Het driehonderdste sterfjaar van Bernardino Ramazzini (1633-1714), de grondlegger van de arbeidsgeneeskunde. *Tijdschrift Voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 22
- Breedijk, J. (2014b), Ulrich Ellenbog schreef het oudst bewaarde drukwerk over beroepsziekten al in 1473. *Tijdschrift Voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 22, 170-174
- Charlier, L.E.M. (2014), *Bewijsvragen en hun antwoorden in beroepsziekten – deel 2*, TGMA 2014 (juni)
- Cowley, M. & E. Domb (1997), *Beyond Strategic Vision: Effective Corporate Action with Hoshin Planning*. Boston: Butterworth-Heine-Mann
- Da Costa, B. R., & Vieira, E. R. (2010), Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *American journal of industrial medicine*, 53(3), 285-323.
- De Kock, C.A. (2020), *The role of GP's in work-related problems*, Nijmegen: Radboud Universiteit (proefschrift)
- Douwes, M. et al (2016), *Arbobalans 2016: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Leiden: TNO
- Douwes, M. et al (2019), *Arbobalans 2018: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland*, Leiden: TNO
- ECCB (2016), *Rapport Verbeteren procesgang schadeverhaal: Rapportage over de positionering van een Expertise Centrum Causaliteit Beroepsziekten*, z.p.: PwC
- Eshuis, W.A. et al. (2009), *Leerzame Schadeclaims; Leren van 'worst case scenarios' als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*, Amsterdam: HSI

- Eshuis, W.A. (2013), *Werknemerscompensatie in de steigers: Naar een nieuwe aanpak van werknemerscompensatie en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten in arbeidsorganisaties*, Utrecht: BigBusinessPublishers
- EU-OSHA (2019), *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 3): First findings*
- EEA (2013), *Late lessons from early warnings: science, precaution, innovation*, Copenhagen: European Environment Agency
- Ewijk, M. van et al (2001), *Werkgeversaansprakelijkheid bij beroepsziekten*, Leiden: Research voor Beleid
- Eysink, P.E.D. et al (2012), *Ziektebelasting van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland*, Bilthoven: RIVM
- FNV (2005), *Werkgerelateerde sterfte in Nederland*, Amsterdam: FNV
- FNV (2012), *Techno-stress: Verkenning van een risico in opkomst*, Amsterdam: FNV
- FNV (2013), *Verzuimbegeleiding: een corrupt systeem*, Utrecht: FNV
- Gee, D & M. Greenberg (2001), Asbestos: from 'magic' to malevolent mineral, in: P. Harremoës (2001), *Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896–2000*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Glasl, F. (2015, 11e druk), *Handboek Conflictmanagement*, Amsterdam: SWP
- Groot, M. de & S.D. Lindenbergh (2018), *Naar een Gedragscode Afhandeling Beroepsziekteclaims?* Rotterdam: Erasmus School of Law
- Heuts, P. (2015), *Vijftien jaar Bureau Beroepsziekten FNV. Winst in de verloren zaak*. Utrecht: FNV
- Hooftman, W. et al (2018), *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)*, Leiden: TNO
- Hooftman W. et al (2019), *Arbobeleid in de praktijk, Ervaringen van organisaties met de naleving van de arbowetgeving*, Leiden: TNO
- Hoorweg, E., J.Kool & N. Schoenmakers (2020), *Evaluatie wijzigingen Arbowet, z.p.:* Capgemini Consulting
- Houtman, I. et al (2019), *Experts over preventie van beroepsziekten door stoffen*, Leiden: TNO
- Hoy, R. F., & D.C. Chambers (2020), Silica-related diseases in the modern world. *Allergy*, 2020; 00, p. 1–13
- IAS (2018), *Compensatie voor asbestgerelateerde longkanker*, Den Haag: Instituut Asbestslachtoffers
- IAS (2020), *Jaarverslag 2019*, Den Haag: Instituut Asbestslachtoffers
- ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Chapter 26
- Inspectie SZW (2018a), *Arbo in Bedrijf 2018*, Den Haag: Inspectie SZW
- Inspectie SZW (2018b), *Staat van arbeidsveiligheid*, Den Haag: Inspectie SZW
- Inspectie SZW (2019), *Effectonderzoek blootstelling aan CMR-stoffen: Nulmeting bij 80 complexe bedrijven en effectmeting bij 29 complexe bedrijven*, Den Haag: Inspectie SZW
- Jansen, N. (2019), *Een juridisch onderzoek naar de representativiteit van vakbonden in het arbeidsvoorwaardenoverleg*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam
- Jongeneel, W.P. et al (2016), *Work-related cancer in the European Union*, Bilthoven: RIVM

- Kecklund G. & J. Axelsson (2016), Health consequences of shift work and insufficient sleep, *BMJ* 2016; 355
- Keune, M. et al (2016), *Nog steeds een mirakel? De legitimiteit van het poldermodel in de eenentwintigste eeuw*, Amsterdam University Press
- Kezel, E. de. (2013), *Asbest, Gezondheid en Veiligheid. Ontwikkelingen in het aansprakelijkheidsrecht*. Antwerpen/Cambridge: Intersentia.
- Kivimäki, M. et al (2012), Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380(9852), 1491-1497.
- Klosse, S. et al (2016), *Schadecompensatie bij beroepsrisico's: hoe krijgen we dat ILO-proof?*, Universiteit van Maastricht
- Knegt, R. et al (2012), *Verhaal van werkgerelateerde schade*, Amsterdam: HSI
- KNMG (2017), *Zorg die werkt*
- Krause, F. & M. Douwes (2019), Robotisering en fysieke belasting: het nieuwe lijfsbehoud, in: *Arbo* 7/8
- Krom, A. et al (2018), *Het gebruik van biomonitoring en sensing binnen de arbeidsomstandigheden - praktische en ethische overwegingen*, Bilthoven: RIVM Rapport 2018-0096
- Levi, M., Kjellstrom, T., & Baldasseroni, A. (2018), Impact of climate change on occupational health and productivity: A systematic literature review focusing on workplace heat, *La Medicina del lavoro*, 109(3), 163-179
- LAN (2016), *Ademnood: Longziekten als gevolg van werk*, Amersfoort: Longalliantie Nederland & Longfonds
- LAN (2017), *Versterken aanpak beroepslongziekten en gezond werken met stoffen*, Amersfoort: Longalliantie Nederland & Longfonds
- Maruta, R. (2012), 'Maximizing Knowledge Work Productivity: A Time Constrained and Activity Visualized pdca Cycle.' *Knowledge and Process Management*, 19 (4): 203-14.
- Middelveld, E. & M. Hoorweg (2017), *Wettelijk kader in de praktijk*. z.p.: Capgemini Consulting
- SZW (2001), *Sociale Nota 2001*, Den Haag: Sdu
- Mons, M. (2016), *De geleidelijke afbrokkeling van de collectieve opleidingsstructuur*, Rotterdam: VHV
- NCvB (2005), *Kop in de wind (tien jaar werken aan beroepsziekten)*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- NCvB (2018), *Beroepsziekten in cijfers 2018*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- NCvB (2019), *Beroepsziekten in cijfers 2019*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- NCvB (2020), *Beroepsziekten in cijfers 2020*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- NVVA (2020), *Preventie beroepsziekten: de essentiële rol van professionals*, Eindhoven: Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne
- Panteia (2015), *Beweegredenen en insights preventiemedewerker*, Zoetermeer: Panteia
- Parent-Thirion, A. (2013), *Fifth European Working Conditions Survey*, Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Parent-Thirion (2017), *Sixth European Working Conditions Survey (update 2017)*, Luxembourg: Publications Office of the European Union

- Popma, J.R. (1999), *De verprivatrechtelijking van arbeidsomstandigheden*, in: P.F. van der Heijden et al (1999), *Naar een nieuwe rechtsorde van de arbeid?*, Den Haag: Sdu
- Popma, J.R. (2003), *Het arbo-effect van medezeggenschap*, Alphen a/d Rijn: Kluwer
- Popma, J.R. (2005), *Werkgerelateerde sterfte in Nederland: een verkenning*, Amsterdam: FNV
- Popma, J.R. et al (2008), *Het recht op veilige, gezonde en waardige arbeid*, Nieuwerkerk a/d IJssel: Gelling
- Popma, J.R. (2009), Does worker participation improve health and safety? Findings from the Netherlands, In: *Policy and Practice in Health and Safety*, vol. 07 (1), 2009, p.85-103;
- Popma, J.R. & B. van Lammeren (2018), *Worker participation in the management of occupational safety and health - qualitative evidence from ESENER-2 (Country Report: The Netherlands)*, Bilbao: EU-OSHA
- PwC (2015), *Onafhankelijke medische beoordeling bij arbeidsongevallen en beroepsziekten*, z.p.: PwC
- Rij, C. van (2010), *Deskundige bijstand zo geregeld: Onderzoek naar naleving van de Arbowet*, Amsterdam: Regioplan
- Rijk, A. de (2018), *Arbeidsre-integratie blijft mensenwerk*, Inaugurale rede Universiteit Maastricht
- Rijnhout, R. et al (2020), *Langlopende Letselschadezaken: Een empirisch-juridisch onderzoek naar kenmerken van letselschadezaken die niet binnen twee jaar zijn afgesloten*, Utrecht: Utrecht Centre for Accountability and Liability Law
- Rooijackers, J. & Zee, J. van der (2019), *Werkplek vaak niet veilig voor longen. Op diverse terreinen schiet de arbocuratieve zorg tekort. Medisch Contact*
- Ruers, R. (2012), *Macht en tegenmacht in de Nederlandse asbestregulering*, z.p.: Boom Juridische uitgevers
- Salomon J.A. et al (2012), Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010, *The Lancet* 2012:380, p. 2129-2143
- Sax, M. et al (2019), *Gezond en veilig werken, Onderzoek naar het stelsel voor gezond en veilig werken sinds de Beleidsagenda 2012*. Leiden: De Beleidsonderzoekers
- Schelvis, R.M.C. (2017), *Decreasing Work Stress in Teachers*, Amsterdam: Vrije Universiteit
- SER (2012), *Stelsel voor gezond en veilig werken*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad, Advies 12/08
- SER (2014) *Betere zorg voor werkenden*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad, Advies 14/07
- SER (2019), *Diversiteit arbeidsrelaties en arbeidsomstandigheden*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad, Verkenning 19/17
- SER (2020), *Verkenning en advies biomonitoring en sensing*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad, Verkenning en Advies 20/04
- Siesling, M. (2010), *Plichtsbesef of boeteangst*, Tilburg: IVA Beleidsonderzoek
- Terweel, B. et al (2018) *De opkomst en groei van de kluseconomie in Nederland*, Amsterdam: SEO
- Tompa E. et al (2019), *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases*, Bilbao: EU-OSHA
- Tran, M. & R.K. Sokas (2017), The Gig Economy and Contingent Work: An Occupational Health Assessment, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4).

- Van Alphen, W. (2013), Nieuwe taak voor veiligheidkundigen?, Meer aandacht voor beroepsziekten, *NVK-Info* feb. 2013
- Van Alphen, W. et al (2008), *Leren van ongevallen, een overzicht van analysemethodieken*, Den Haag: Sdu
- Van den Tillaart, H. & J. Warmerdam (2016), *Ontwikkeling in scholing van ondernemingsraden*, Nijmegen: ITS
- Van der Kemp, S. et al (2011), *De herziene Arboret in bedrijf gesteld*, Zoetermeer: Research voor Beleid
- Van der Laan, G. (1992), *Op weg naar protocollering van beroepsziekten?*, Den Haag: Arbeidsinspectie/Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, SDU-publicatie S10-4
- Van der Laan, G. et al (2010), *Sterfte door werk: Verkennend onderzoek in het kader van Workers Memorial Day*, Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
- Van der Zee, F. e.a. (2020), *Werkgevers Enquête Arbeid: Resultaten in vogelvlucht*, Leiden: TNO
- Van Erp, J. (2007), *Informatie en communicatie in het handhavingsbeleid: Inzichten uit wetenschappelijk onderzoek*, Den Haag: Boom
- Van Guldener V.R. et al. (2017), *Leren van beroepsziekten? Een nieuw perspectief verkend* (Verkenningstudie Storybuilder voor Beroepsziekten), Bilthoven: RIVM Rapport 2017-0022
- Van Leeuwen, Th. & J. Popma (2020), *OR Jaarboek 2020*, Alphen a/d Rijn: Vakmedianet
- Vencovsky D. et al (2017), *The cost of occupational cancer in the EU-28*, Brussels: ETUI
- VSAB (2020), *Stof tot nadenken*, Den Haag: Commissie Vergemakkelijking Schadeafhandeling Beroepsziekten
- Wadsworth, E. & D. Walters (2018), *Worker participation in the management of occupational safety and health - qualitative evidence from ESENER-2*, Bilbao: EU-OSHA
- Wajon, I. & P. Vlug (2017), *Naleving van de Wet op de Ondernemingsraden Stand van zaken begin 2017*, Numansdorp/Rotterdam: Vlug Adviseurs/Onderzoeksbureau EVA
- Walters D. et al (2012) *Analysis of the Findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks on the Effectiveness and Support for Worker Representation and Consultation on Health and Safety*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work
- Watts, N. et al. (2018), The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *The Lancet*, 392(10163), 2479-2514
- Weel, A., & van der Laan, G. (2019a), Asbest in de Polder. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 27(2), 5-6
- Weel, A., & Laan, G. van der (2019b), Asbest, Jan Stumphius en het mesothelioom. Hoe lang het duurt voordat de preventie op gang komt. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 27(2), 7-13
- Weurding, R. (2019), *Letselschadebehandeling: het roer moet om*, Uitgesproken op symposium 'Licht op het zwartboek letselschade', Erasmus School of Law

Dit is een uitgave van:

Inspectie SZW

De Inspectie SZW maakt deel uit van het
ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Vormgeving en productie

Xerox / Osage

© Rijksoverheid | december 2020