

Opiniërend

Aanpak beroepsziekten: Bronaanpak of Broddelwerk?

“Je kunt uit de rivier dode vissen blijven vissen. Je kunt ook aan het begin van de rivier de bron van het vergif gaan zoeken”.

Jolanda Willems¹, Rik Menting² en Remko Houba³

Elke dag 48 nieuwe werknemers met een beroepsziekte (NCVB 2015). Dat moet een cijfer uit een land zijn waar de arbeidsomstandigheden nog verre van optimaal zijn. Nee hoor, het gaat hier echt om Nederland.

Elke dag weer 48 nieuwe beroepsziekten, 335 per week, 1.450 per maand, ongeveer 17.400 per jaar.

Met een flink aandeel chronische ziekten als gevolg van, bijvoorbeeld, langdurig werken met toxische stoffen, fysieke of psychosociale arbeidsbelasting.

Wordt het dan minder misschien? Zeker niet! Drie jaar geleden waren er net zoveel beroepsziekten in Nederland en 15 jaar geleden ook al.

We zijn in Nederland blijkbaar niet in staat om het aantal beroepsziekten terug te dringen. Vinden we beroepsziekten dan niet belangrijk? Daar lijkt het inderdaad op. Kennelijk vinden we met zijn allen dat het er nu eenmaal bij hoort. Van werken kun je nu eenmaal ziek worden. En we lijken dat te accepteren.

Aandacht voor beroepsziekten

Het goede nieuws is dat er zowel vanuit de maatschappij als de politiek wel meer aandacht ontstaat voor beroepsziekten, zij het mondjesmaat.

In het recente debat in de tweede kamer over aanpassing van de Arbowetgeving, waren alle politieke partijen het met elkaar eens over het feit dat er meer aandacht moet komen voor beroepsziekten. De oplossingen worden, zowel in de wetgeving als in het debat, vooral gezocht bij het beter melden van beroepsziekten en in de versteviging van de positie van de bedrijfsarts.

Daarnaast wordt er door de overheid een tweede (bovenwettelijk) spoor in gang gezet in de aanpak van beroepsziekten. Eerder dit jaar rapporteerde Minister Asscher (2016) hierover de voortgang naar de Tweede Kamer. Hierbij worden kleine stappen in de goede richting gezet, waaronder:

- vergroting van inspanningen om beter zicht te krijgen op de landelijke cijfers met betrekking tot het aantal beroepsziekten door meer informatie bronnen (NCvB, NEA) te gebruiken en te bundelen;
- meer aandacht voor werknemersparticipatie en bedrijfs- (veiligheid) cultuur;

- meer voorlichting op scholen over het voorkomen van beroepsziekten en arbeidsomstandigheden.

Hiaten in het huidige systeem

De hierboven genoemde maatregelen, en ook de nieuwe wijzigingen in de Arbowet, bieden echter geen oplossing om beroepsziekten bij de bron te voorkomen; “aan het begin van de rivier, bij de bron van dit vergif wordt fundamenteel niets veranderd”.

Er is sprake van:

- onvoldoende financieel belang werkgevers;
- onvoldoende kwaliteit, samenhang en regie van de arbodienstverlening;
- te veel “versnippering” in de aanpak.

Onvoldoende financieel belang werkgevers

De primaire verantwoordelijkheid voor het voorkomen van beroepsziekten wordt, door minister Asscher, neergelegd bij de werkgevers en werknemers (Asscher 2016).

Bij beroepsziekten gaat het, anders dan bij arbeidsongevallen, meestal om aandoeningen die minder direct zichtbaar zijn. De gezondheidseffecten treden vaak pas op langere termijn op; dan zijn werknemers veelal elders werkzaam of al met pensioen. 29 % van de ziektelast die veroorzaakt wordt door ongunstige arbeidsomstandigheden ligt in de groep boven de 65 jaar (Nationaal Kompas Volksgezondheid RIVM, 2016). Gevaarlijk en zwaar werk wordt veelal uitbesteed aan een steeds groter wordende groep uitzendwerkers en flexwerkers.

Langdurige arbeidsongeschiktheid door een beroepsgerelateerde ziekte zal bij het toepassen van de huidige WIA criteria zelden leiden tot een volledige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door het UWV. De werknemer en werkgever gaan op zoek naar passend werk waarbij de financiële gevolgen voor de werknemer zijn. De gemaakte medische kosten worden ook nog eens gedragen door de ziektekostenverzekeringen en door de werknemer zelf in de vorm van het eigen risico.

Als de werkgever onvoldoende maatregelen treft om de werk gerelateerde gezondheidsrisico's te voorkomen is de kans op een financiële boete klein. De beschikbare

¹ MBA toxicoloog en arbeidshygiënist

² bedrijfsarts

³ arbeidshygiënist

allen vanuit Coöperatie PreventPartner

capaciteit van Inspectie SZW (voorheen de arbeidsinspectie) voor controles is minimaal. Daarnaast zijn er, in geval van een geconstateerde beroepsziekte, geen gerichte inspectieonderzoeken, zoals bij een ernstig ongeval wel gebruikelijk is.

Het management van een bedrijf wordt, zeker in economisch iets mindere tijden, vaak afgerekend op kortetermijnresultaten. Er is voor werkgevers op korte termijn vaak geen direct zichtbaar resultaat wanneer men investeert in het voorkomen van beroepsziekten. Veiligheidsmaatregelen leveren binnen die korte termijn vaak wel concrete resultaten op. Bij gezondheid is dat minder het geval omdat de effecten vaak later optreden en, volgens de auteurs, dus vaak buiten een "regeerperiode" van de manager vallen.

Waarom zouden bedrijven investeren? De werkgever heeft geen groot financieel belang. De "vervuiler" heeft in financiële zin maar in beperkte mate last van de schade.

Onvoldoende kwaliteit, samenhang en regie

In 2014 is door Panteia onderzoek uitgevoerd naar de markt en kwaliteit van de arbodienstverlening (Panteia 2014). De vraag naar arbodienstverlening staat al jaren onder druk en beperkt zich op verzoek van de markt veelal tot de noodzakelijke verzuim en re-integratie begeleiding. Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft in 2015 laten zien dat sinds 2003 de prioriteit die werkgevers geven aan arbeidsomstandigheden sinds 2003 is gedaald (Echtelt et al., 2015). We zien onvoldoende kwaliteit, samenhang en regie.

De risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) en het preventief medisch onderzoek (PMO/PAGO) vormen in de Arbwet de hoeksteen in de preventie van beroepsziekten (Wetsvoorstel 34375, 2015).

De RI&E is veelal verworden tot een aankruislijstje in plaats het fundament van waaruit we beroepsziekten kunnen herkennen en aanpakken. De focus van de risico's binnen de RI&E ligt met name op de korte termijn risico's (veiligheid). Ook hier worden de lange termijn gezondheidsrisico's vaak niet geïdentificeerd. Het laten uitvoeren van de noodzakelijke verdiepende RI&E blijft, wat wij zien in onze lange praktijkervaring, vaak achterwege. Risico's voor bestaande medewerkers worden dus vaak te laag ingeschat.

Het gevolg is dat juist die risico's die beroepsziekten kunnen veroorzaken (toxische stoffen, fysieke belasting en werkdruk) onvoldoende of niet worden herkend.

Daarnaast staat het de werkgever geheel vrij wie ze inhuren voor uitvoering van de RI&E. Een goede afweging welke kennis en kunde echt nodig is voor uitvoeren van RI&E ontbreekt vaak in de dagelijkse praktijk. Er is tevens geen controle op certificaten van kerndeskundigen. Dit heeft als resultaat dat er onvoldoende kwaliteit wordt geleverd, waardoor een organisatie geen goed zicht heeft

op de risico's (van beroepsziekten) en de te nemen maatregelen. De betrokkenheid van de bedrijfsarts bij de RI&E is klein of afwezig, omdat de inzet van de bedrijfsarts contractueel veelal is beperkt tot (het noodzakelijke) verzuim en re-integratie.

Levert het Preventief Medisch Onderzoek dan geen bijdrage aan het vroegtijdig opsporen van beroepsziekten? Een van de doelen van het PMO is, volgens de richtlijn van de NVAB (Sluiter et al., 2013), het vroegtijdig herkennen en opsporen van beroepsziekten met een duidelijke relatie naar de RI&E.

De markt van preventief medisch onderzoek lijkt echter verworden tot een markt van vragenlijsten, vitaliteitsonderzoek en gadgets; je BMI wordt bepaald, je cholesterol wordt onder niet gestandaardiseerde omstandigheden gemeten en tot slot krijg je een stappenteller om te werken aan je duurzame inzetbaarheid.

Onderzoeken worden veelal uitgevoerd door mensen met onvoldoende kennis van onderzoeksmethoden, professionele richtlijnen en beroepsziekten. De rol van de eigen bedrijfsarts bij een PMO is vaak ver te zoeken.

Formeel moet een preventief medisch onderzoek voldoen aan tal van criteria en professionele standaarden (KNMG, 2013). In de praktijk is hierop echter geen enkel toezicht. Er is een wildgroei aan aanbieders, die straffeloos een PMO kunnen aanbieden zonder dat deze voldoen aan de richtlijnen en/of geen bedrijfsarts bij betrokken is.

Het vroegtijdig opsporen van beroepsziekten door middel van een adequaat uitgevoerde RI&E in samenhang met een PMO/PAGO is naar onze mening de praktijk hopeloos mislukt.

"Versnippering" in de aanpak

Diagnostiek en preventie van beroepsziekten vereist een multidisciplinaire aanpak en samenwerking tussen de bedrijfsartsen, overige kerndeskundigen en de curatieve sector.

Door de marktwerking en de maatwerkregeling is de bedrijfsgezondheidszorg gefragmenteerd en is een multidisciplinaire aanpak niet langer vanzelfsprekend; de werkgever bepaalt welke kerndeskundige(n) hij wel of niet inhuurt. De samenwerking tussen de (publiek gefinancierde) curatieve sector en de private bedrijfsgezondheidszorg wordt ernstig gehinderd door de verschillende financieringsstromen.

Hierdoor zijn er onvoldoende samenwerkingsstructuren en onvoldoende slagkracht om een (vermoedde) beroepsziekte te diagnosticeren en de bron op te sporen.

Op de bres voor het terugdringen van beroepsziekte

Beroepsziekten vragen om een collectieve mentaliteitsverandering waarbij we, net zoals bij ongevallen, niet meer accepteren dat er dagelijks 48 beroepsziekten ontstaan.

De praktijk laat zien dat het huidige systeem tekort schiet in de preventie van beroepsziekten.

De marktwerking in de bedrijfsgezondheidszorg heeft op dit punt duidelijk gefaald.

Het lijkt het erop dat de politiek, werkgeversorganisaties en beleidsmakers, op dit punt, de andere kant uit kijken waardoor de gevolgen van een beroepsziekte eenzijdig bij de zieke werknemers blijft liggen.

Wat dan wel?

1) Financiële prikkels voor preventie

De wet verbetering poortwachter heeft laten zien dat financiële incentives noodzakelijk zijn om de markt in beweging te laten komen om ziekte te voorkomen. Het succes van deze wet wordt nationaal en internationaal erkend. Deze lijn kan één op één worden doorgevoerd naar de preventie van beroepsziekten.

Wij pleiten, gelijk aan de accountantsverklaring, voor een periodieke "arboproof" verklaring voor werkgevers door een onafhankelijke instantie. Het wel of niet hebben van deze verklaring zou in positieve of negatieve zin invloed een impact moeten hebben op de bedrijfsvoering.

Ook zou een werknemer met een beroepsziekte bij baanverlies door arbeidsongeschiktheid moeten worden gecompenseerd in zijn inkomensverlies. Je kunt hier denken aan verlengde loondoorbetaling/-suppletie of een vorm van recht op herplaatsing in passend werk. Het huidige stelsel biedt hiervoor nog onvoldoende waarborgen.

2) Onderzoek beroepsziekten net zoals ongevallen

Een vastgestelde, gemelde, of zelfs vermoedde beroepsziekte moet gevolgd worden door gedegen onderzoek naar oorzaken, analoog aan het ongevalsonderzoek. De betrokkenheid van Inspectie SZW moet gelijk worden gesteld aan de melding van een ernstig bedrijfsongeval; bijvoorbeeld door een uitgebreid inspectie bezoek uit te voeren bij een beroepsziekte met blijvende gevolgen.

Indien de werkgever in gebreke gesteld wordt, zal dit leiden tot een boete en eis tot verbetering van de arbeidsomstandigheden.

Ook bedrijfsartsen en andere kerndeskundigen zouden de mogelijkheid moeten krijgen om misstanden direct te melden bij Inspectie SZW.

3) Andere financieringsstromen voor diagnostiek, onderzoek van beroepsziekten

Binnen het huidige duale stelsel van de private bedrijfsgezondheidszorg en publieke gezondheidszorg is het

niet mogelijk om de juiste professional in te zetten bij de diagnose van beroepsziekten en het onderzoek naar de oorzaken. De praktijk heeft laten zien dat de markt niet in staat is om een dergelijke aanpak te organiseren. Dit zal alleen maar moeilijker worden bij de veranderende arbeidsmarkt, met meer ZZP-ers en de toenemende flexibilisering van de markt, waarbij mensen steeds korter werken voor een werkgever.

De bedrijfsarts zal een volwaardige rol moeten krijgen als medisch specialist in het signaleren, diagnosticeren en behandelen van beroepsziekten. Hij moet hierbij kunnen samenwerken met andere deskundigen zoals een arbeidshygiënist om oorzakelijke bronnen op te sporen. De slagkracht om beroepsziekten te kunnen diagnosticeren moet worden vergroot. Dit kan alleen wanneer de gehele financiering van de diagnostiek van beroepsziekten, zowel medisch als voor onderzoek naar oorzaken, wordt herzien waarbij vooral de vervuiler op enigerlei wijze mee betaald.

Er zal echter ook een oplossing moeten komen voor het groeiende aantal ZZP-ers en flexwerkers, Ook zij zullen toegang moeten krijgen tot de bedrijfsgezondheidszorg.

4) RI&E en PAGO weer als basis

Een volwaardige en kwalitatief goede RI&E, voorzien van een professioneel advies voor een arbeidsgezondheidskundig onderzoek, moeten weer de basis vormen voor de preventie van beroepsziekten binnen organisaties. We kunnen dit echter alleen maar over laten aan de markt als kwaliteit van zowel de professionele uitvoerders als de inhoud is geborgd.

De oplossing ligt hier voor de hand: de kaders voor de RI&E zouden weer in ere hersteld moeten worden. Concreet denken we hierbij aan om wettelijk vast te leggen dat bij de toetsing RI&E moet worden uitgevoerd door minimaal door 2 geregistreerde arbodeskundigen (hogere veiligheidskundige, arbeids-hygiënist en/of arbeids- en organisatiedeskundige) en aantoonbare betrokkenheid bedrijfsarts op onderdeel PAGO en beroepsziekte (zie kader).

De meeste beroepsziekten worden veroorzaakt door toxische stoffen, fysieke belasting en psychosociale arbeidsbelasting. Dit is respectievelijk het terrein van de arbeidshygiënist en van de arbeids- en organisatiedeskundigen. In de praktijk worden deze beroepsgroepen relatief weinig betrokken bij de uitvoering van de RI&E, terwijl hier juist de meeste winst te halen is.

In het verleden was er een verplichte toetsing van alle vier de kerndeskundigen. Omdat risico's per organisatie kunnen verschillen wordt gepleit voor betrokkenheid van minimaal 2 kerndeskundigen.

5) Beroepsziekte melding door werknemers

In Nederland is er sprake van een onderrapportage van het feitelijke aantal beroepsziekte.

Door het invoeren van zelfregistratie/melding door werknemers kunnen wij een beter beeld krijgen op het mogelijk werkelijke aantal beroepsziekten

Arbodiensten en zelfstandig werkende bedrijfsartsen zouden kennis moeten kunnen nemen van deze meldingen.

Een dergelijk melding is voor de bedrijfsarts een signaal-functie voor verder contact /onderzoek.

Het arbeidsgezondheidskundig spreekuur, dat weer in ere hersteld lijkt te worden, kan hiervoor een oplossing bieden.

6) Multidisciplinaire aanpak

Tot slot willen we pleiten voor een noodzakelijke samenwerking met andere kerndeskundigen en medisch specialisten bij het voorkomen van beroepsziekten. De slagkracht om beroepsziekten te kunnen opsporen en diagnosticeren moet worden vergroot.

De rol van de overige kerndeskundigen is nu onderbelicht in de aanpak van beroepsziekten.

Met de bedrijfsarts alleen komen we er niet. Natuurlijk staat de noodzaak hiervoor buiten kijf, maar de positie en de rol van de overige kerndeskundigen is nu onderbelicht in de aanpak van beroepsziekten.

Met een gezamenlijke aanpak hebben wij vertrouwen dat we voor en met de 48 medewerkers per dag (17.400 per jaar (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2016)) het verschil kunnen maken tussen ziekte en gezondheid.

“Wie vissen wil, schuwe het water niet. (Luise 1795)”

Literatuur

- NCvB, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (2015) Beroepsziekten in cijfers: 30-31, ISBN 978 94 91043 11 6
- Asscher L.F. (2016), “Betreft Stand van zaken aanpak beroepsziekten, 12 januari 2016”
- (2016) <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/arbeid/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-on-gunstige-arbeidsomstandigheden/>: toegang september 2016
- (2016) <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/beroepsziekten/omvang/>: toegang, september 2016
- Panteai (2014), De markt en kwaliteit van arbodienstverlening, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/04/09/de-markt-en-kwaliteit-van-arbodienstverlening>, : toegang september 2016
- Echtelt P. van, Schellingerhout R., Voogd M.de (2015), vraag naar arbeid, http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Vraag_naar_arbeid_2015, SCP
- Wetsvoorstel 34375: Wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet in verband met de versterking van de betrokkenheid van werkgevers en werknemers bij de arbodienstverlening, de preventie in het bedrijf of de inrichting van de werkgever, en de randvoorwaarden voor het handelen van de bedrijfsarts, ingediend op 23 december 2015
- Sluiter JK, Weel A.N.H., Hulshof CTJ (2013) Leidraad Preventief medisch onderzoek van werkenden Utrecht, NVAB en KMKA
- Richtlijn: KNMG (2013) Multidisciplinaire Richtlijn Preventief Medisch Onderzoek, CBO, TÜV Rheinland Nederland