



Leerzame Schadeclaims

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

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

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

Colofon

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

Onderzoeksgroep

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

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

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

VOORWOORD

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

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

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

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

De tekst van dit rapport werd afgerond in mei 2009.

SAMENVATTING

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

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

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

Hoofdvragen

De hoofdvragen van het onderzoek waren:

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

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

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

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

Bevindingen dossieronderzoek en sessies met bedrijfsartsen

Type bedrijven waar beroepsziekten voorkomen

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

Factoren van invloed op het ontstaan van beroepsziekten

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

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

Interventiemogelijkheden

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

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

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

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

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

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

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

De rol van de overige zorgverleners

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

Aanbevelingen

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

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

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

Bevindingen interviews met betrokken werknemers

Motieven voor het indienen van een claim

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

Effecten van het indienen van een claim

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