

ineens veel groter geworden. Bovendien gebruiken we die capaciteit liever voor het opleiden van docenten, zodat die op hun beurt de juiste kennis, inzichten en houding aan de leerlingen kunnen doorgeven. Docenten uit de praktijk zijn meestal prima vakmensen, maar ze brengen natuurlijk wel hun eigen gewoonten mee naar de school. Ook minder goede, als het om vgw gaat.'

De consulenten van de Stichting Hout & Meubel die de 2600 cursisten bij hun scholing begeleiden, zijn volgens adjunct-directeur Henk van den Heuvel overwegend afkomstig van de hogere en middelbare opleidingen. 'Bij hun sollicitatie werden ze vooral op hun ruime ervaring in het bedrijfsleven geselecteerd. Hun contact met leerlingen en docenten beperkt zich echter tot hooguit acht keer per jaar en is overwegend controlerend van aard. De invloed van de praktijkopleider op de kwaliteit van de opleiding achten zowel De Man als Van den Heuvel veel groter.' Van den Heuvel: 'Voor zulke mensen in de bedrijven biedt de Stichting Scholingsactiviteiten gesubsidieerd een bijzondere scholing van een week, met na een half jaar een terugkomdag.'

In tegenstelling met afgelopen jaar is het materiaal nu tijdig voor aanvang van het nieuwe schooljaar beschikbaar.

## Compensatie voor beroepsziekten en bedrijfsongevallen

# Sociale vernieuwing, of een stap terug in de tijd?

J.H.B.M. Willems

**Het stelsel van sociale zekerheid staat onder druk. De toename van het volume aan uitkeringen krachtens de arbeidsongeschiktheidswetten (AAW/WAO) is de laatste decennia dramatisch geweest. Voorspellingen laten zien dat deze toename zich zal voortzetten, althans bij ongewijzigd beleid, zodat tegen het jaar 2000 ruim 1.1 miljoen mensen een WAO-uitkering zullen ontvangen. Geen wonder dat gezocht wordt naar instrumenten om de toename van het uitkeringsvolume een halt toe te roepen.**

In het recente verleden zijn door de overheid al diverse maatregelen getroffen die vooral beoogden de vraag naar uitkeringen te beïnvloeden. Wijzigingen in beoordelingscriteria en in uitkeringshoogte (de zogenaamde stelselherzieningsoperatie) moesten tot aanzienlijke besparingen leiden in de WAO-uitkeringen. Tot dusver zonder belangrijke resultaten. Naar nieuwe maatregelen wordt gezocht. Op 19 februari jl. richtte de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een adviesaanvraag aan de SER, inzake de structuur en inrichting van, en de samenhang tussen, de arbeidsongeschiktheidsregelingen. De SER wordt onder andere gevraagd zijn oordeel te geven ter zake van 'het maken van een onderscheid tussen beroepsgebonden oorzaken en de niet-beroepsgebonden oorzaken van arbeidsongeschiktheid bij de vaststelling van het uitkeringsrecht'. Het lijkt geen goed idee. Laten wij de problematiek die aan deze vraag verbonden is eens nader beschouwen.

In 1967 werd, met het van kracht worden van de WAO, het tot dan op basis van de ongevallenwetten bestaande onderscheid tussen risqué professionel en risqué social verlaten, vooral uit overwegingen van solidariteit. Het probleem van de beroepsziekte in Nederland is daarna vrij snel uit het zicht verdwenen. Er werd nog slechts sporadisch een melding verricht. De gegevensverzameling met betrekking tot bedrijfsongevallen kon, wegens de minder problematische beoordeling, worden voortgezet. De laatste jaren is in Nederland sprake van hernieuwde belangstelling voor de beroepsziekte, vooral door het van kracht worden van een nieuwe meldingsplicht van de werkgever

aan de Arbeidsinspectie, op basis van artikel 9 van de Arbeidsomstandighedenwet. Van een beroepsziekte wordt gesproken wanneer de ziekte in hoofdzaak is veroorzaakt door arbeid of arbeidsomstandigheden. Nu de regering kennelijk weer overweegt de hoogte van een uitkering te koppelen aan het al dan niet hebben van een beroepsziekte of het arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van een bedrijfsongeval, rijzen een aantal vragen. Van belang is natuurlijk enig inzicht te hebben in de aantallen 'claims' waar het in Nederland, bij invoering van zo'n systeem, om zou gaan. Vervolgens is het van belang enig inzicht te verkrijgen in eventuele praktische uitvoeringsproblemen.

### Feiten en cijfers

In Nederland bestaat een redelijk inzicht in het aantal bedrijfsongevallen dat jaarlijks plaatsvindt. Het CBS publiceert hieromtrent periodiek cijfers. Over de jaren 1984-1988 gaat het om gemiddeld 60 000 ongevallen per jaar. Van belang, in het licht van koppeling aan een WAO-uitkering, is natuurlijk de vraag bij hoeveel van deze ongevallen langdurige arbeidsongeschiktheid optreedt. Hieromtrent zijn gegevens beschikbaar via de registratie van de bedrijfsverenigingen. Op basis van de over 1988 verzamelde gegevens, zoals gepubliceerd in de 'Stand ziekengeldverzekering' (SVR) kan men het verloop van ziekteverzuim na een bedrijfsongeval vrij exact laten zien. Figuur 1 laat zien wat het verband is tussen de maximale verzuimduur en het percentage mensen dat na een bedrijfsongeval nog verzuimt op enig moment. Ruim 70% van de werknemers heeft het werk binnen 6 weken na het ongeval hervat. Na 26

weken is nog ongeveer 4,5% arbeidsongeschikt. Na 52 weken, de thans geldende 'wachtijd' in het kader van de wao, is nog ongeveer 2,5% arbeidsongeschikt. Aldus zouden ongeveer 1500 mensen rechten kunnen doen gelden op een (maximale) uitkering.

Wanneer men het verzuimbeloop van ongevallen na drie maanden arbeidsongeschiktheid beziet, blijkt (figuur 2) dat van de vier categorieën ongevallen die te zamen ongeveer 87% van alle ongevallen<sup>1</sup> met 3-maandsverzuim uitmaken, verkeersongevallen de laagste en sportongevallen de hoogste uitstroom uit de Ziekwet kennen. Het relatieve aandeel van bedrijfsongevallen op elk tijdstip tussen drie en twaalf maanden na aanvang van het verzuim wordt steeds groter (figuur 3). Bedrijfsongevallen vormen dus relatief de grootste categorie binnen de ongevallen met verzuim, en zijn bovendien van ernstiger aard dan sportongevallen en huisongevallen. Maatregelen gericht op andere ongevallen zouden dus minder opleveren.

Met betrekking tot beroepsziekten is de zaak gecompliceerder. Nederland beschikt niet over betrouwbare gegevens, aangezien beroepsziekten ondanks het bestaan van een meldingsplicht zeer onvoldoende wordt gemeld. Wat de cijfers betreft zullen we ons dus moeten verlaten op gegevens die uit een aantal West-Europese landen afkomstig zijn. Deze landen beschikken wel over cijfers, wegens het bestaan van compensatiesystemen voor beroepsziekten. Deze systemen verschillen onderling naar aard en criteria zeer sterk, maar 'genereren' aantallen beroepsziekten die (per 1000 werknemers per jaar) niet zo vreselijk ver uiteen liggen. Naar alle waarschijnlijkheid ligt daarom ook in Nederland het aantal beroepsziekten dat in een meldingssysteem terecht zou kunnen komen tussen 5 en 30 per 1000 werknemers per jaar. Uit een proefonderzoek dat is verricht door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) van TNO is gebleken dat bedrijfsartsen in Nederland deze cijfers inderdaad benaderen: zij constateren 9 beroepsziekten per 1000 werknemers. Ook de vermoede beroepsziekten waren hier overigens bij in begrepen. Dat zou voor heel Nederland neerkomen op maximaal ongeveer 35 000 meldingen per jaar. Ook hier geldt weer dat zeer vele werknemers niet (bijvoorbeeld lawaaidoofheid) of kort zullen verzuimen met zo'n beroepsziekte. Vanwege het ontbreken van betrouwbare Nederlandse cijfers is een tenta-



tieve schatting gemaakt van het verzuimbeloop bij deze beroepsziekten, dit keer gebaseerd op Deense cijfers. Uit figuur 1 blijkt dat maximaal 13% van alle werknemers met een (gemelde) beroepsziekte na 26 weken nog verzuimt. Cijfers over het traject hierna, tot eventuele intrede in de wao, ontbreken geheel, maar als wij (conservatief) schatten dat nog eens 25% herstelt, zouden in Nederland maximaal 3500 werknemers een beroep op een (maximale) uitkering doen. Het verzuimbeloop zal per ziektediagnose sterke verschillen vertonen; dat valt bijvoorbeeld af te leiden uit het verzuimbeloop naar diagnose bij alle ziekten samen. Met betrekking tot beroepsziekten is hieromtrent echter weinig met zekerheid te zeggen.

Men moet enige terughoudendheid betrachten bij de hierboven gepresenteerde aantallen (met name m.b.t. de beroepsziekten), gezien de wijze

waarop zij verkregen zijn. Het aantal beroepsziekten dat in meldingssystemen terecht komt is waarschijnlijk veel lager dan de werkelijke aantallen, aangezien in de diverse systemen allerlei beperkingen zijn ingebouwd. Ook ziekten waarbij arbeid weliswaar een oorzakelijke rol speelt maar geen overheersende, worden niet zichtbaar.

De conclusie is echter dat we er niet ver vanaf zijn wanneer we schatten dat op basis van een meldingssysteem in zijn totaliteit zo'n 5000 werknemers per jaar in aanmerking komen voor een uitkering krachtens een regeling die op het 'risque professionnel' gebaseerd is. Deze cijfers staan in schril contrast met de thans jaarlijks bijna 90 000 nieuw in de wao toegelaten werknemers. Er valt dus inderdaad heel wat te besparen, zou men denken. Er staat echter nog een vraag te beantwoorden: zal een compensatiesysteem bevredigend kunnen functioneren? ►

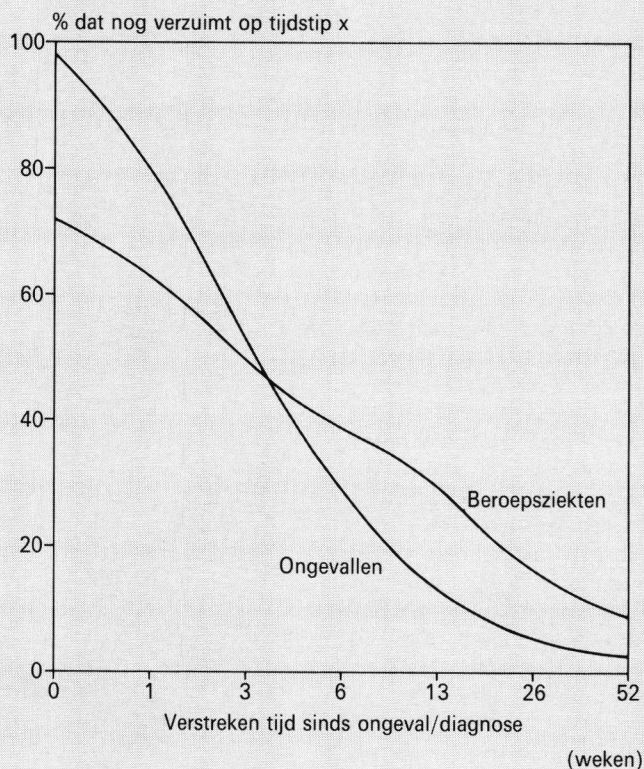
## Compensatie-systemen

Aan de uitvoering van een compensatie-systeem kleven een aantal problemen. De onderkenning van een bedrijfsongeval is in het algemeen eenvoudig: er heeft in het bedrijf een ongeval plaatsgevonden, en de gevolgen heeft een ieder direct kunnen waarnemen. Er is dus geen oorzaaklijkheidsprobleem.<sup>2</sup> Hoewel, afhankelijk van bijvoorbeeld de te hanteren definities ('door je rug gaan' tijdens zwaar tillen op het werk: ongeval of beroepsziekte?), ook hier nog haken en ogen liggen, zijn de grootste problemen ter zake van de beoordeling toch verbonden aan de beroepsziekte. Wanneer is er nu wel, en wanneer niet sprake van een beroepsziekte? In westerse landen kan men ruwweg drie systemen onderkennen in het kader van compensatie voor beroepsziekten:

1. gebaseerd op een tevoren vastgestelde limitatieve lijst met ziekten die, wanneer zij bij een werknemer in een bepaald beroep voorkomen per definitie tot beroepsziekte worden bestempeld. Soms worden nog enige aanvullende voorwaarden gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot de duur van de beroepsuitoefening. Er is geen schuldvraag, geen discussie, er volgt een uitkering; een fictief voorbeeld: de verpleegster die een bepaalde besmettelijke ziekte oploopt;
2. gebaseerd op een afweging die per geval moet worden gemaakt, ter zake van het oorzakelijk verband tussen het werk en het geconstateerde gezondheidsprobleem;
3. gebaseerd op een mengvorm van 1 en 2.

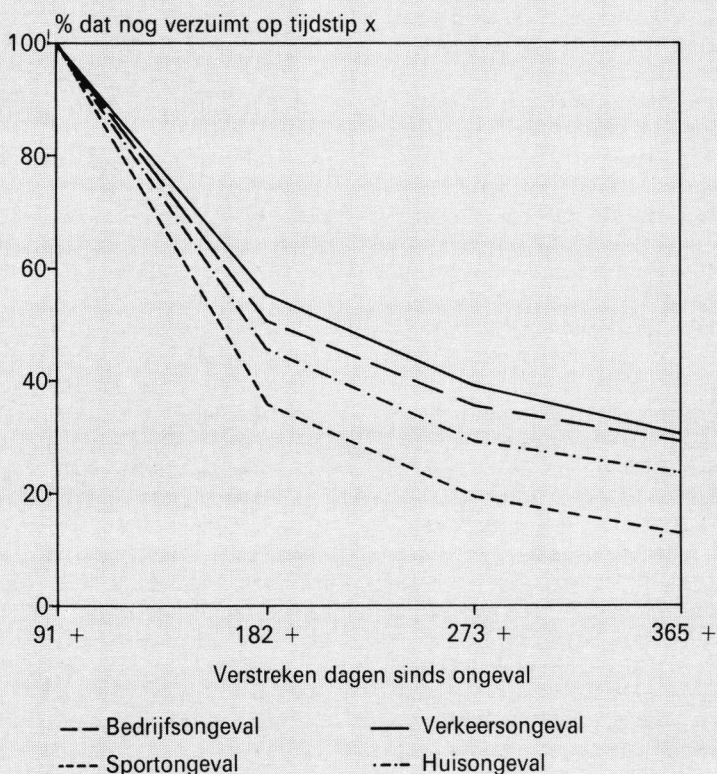
Systemen als onder 1 zijn meer op juridische dan op medische argumentatie gebaseerd. Er hoeft geen of slechts zeer marginaal een oorzaaklijkheidsafweging plaats te vinden op individueel niveau. Dit leidt er enerzijds toe dat het systeem voor iedereen inzichtelijk is, en anderzijds dat foutieve beslissingen in het systeem ingebakken zijn, en dus bij voorbaat geaccepteerd worden. Dat is op zichzelf niet een probleem, maar sommigen achten het uit oogpunt van rechtsgelijkheid en rechtvaardigheid niet fraai. Niet op de lijst betekent immers geen uitkering, ook al is het voor iedereen duidelijk dat de arbeid oorzaak van de ziekte was. Wel op de lijst betekent een uitkering, ook al is voor iedereen duidelijk dat de arbeid niet de oorzaak van de ziekte was. Slechts voor die ziekten waarbij het oorzakelijk verband tussen beroep/functie en een bepaald gezondheidseffect nogal specifiek is, kan het aantal foute klassificaties beperkt blijven. Dat is feitelijk slechts bij

Figuur 1. Verloop van ziekteverzuim bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten



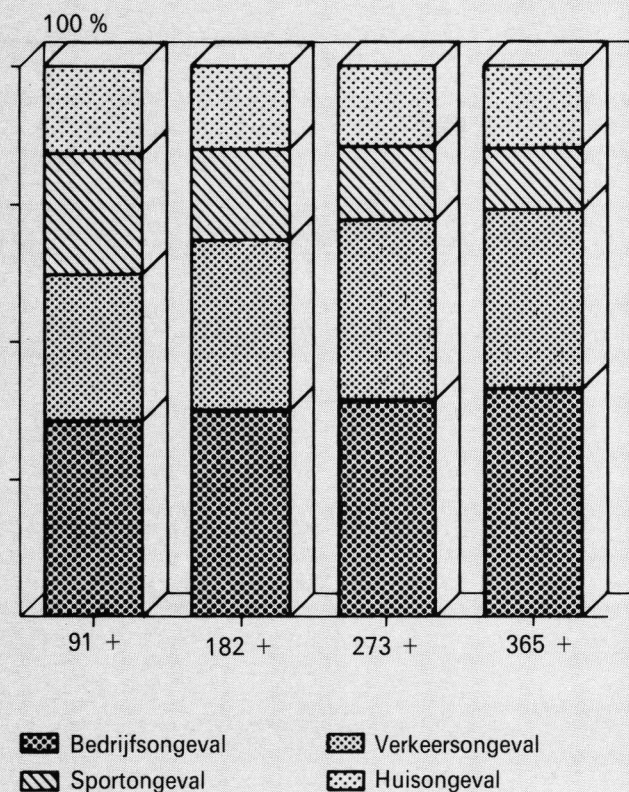
Ongevallen: op basis van SVR-cijfers  
Beroepsziekten: schatting op basis van Deense cijfers

Figuur 2. Verloop van ziekteverzuim bij ongevallen na 3 maanden verzuim



Cijfers hebben betrekking op bij het GAK verzekerde werknemers, 1989

Figuur 3. Relatieve bijdrage aan ziekteverzuim voor 4 categorieën ongevallen



Cijfers hebben betrekking op bij het GAK verzekerde werknemers, 1989

zeer weinig ziekten het geval. Al naar gelang de middelen die men ter beschikking wil stellen, kan men een hoge meldingsdrempel (korte lijst met veel aanvullende voorwaarden) dan wel een lage meldingsdrempel (lange lijst, weinig extra voorwaarden) inbouwen.

Systemen als onder 2 lijken theoretisch het meest eerlijk. Zij dragen echter intrinsiek de vooronderstelling in zich dat het inderdaad mogelijk is dat door artsen op betrouwbare wijze op individuele basis kan worden vastgesteld dat er een oorzakelijk verband is tussen arbeid en ziekte, en dat blijkt tegen te vallen (zie hierna). Doordat in dit systeem in principe geen enkele ziekte op voorhand van compensatie wordt uitgesloten, kunnen de aantallen claims groot zijn. Dit brengt uiteraard een grote administratieve last met zich mee voor het beoordelingsorgaan, te meer omdat de ervaring in het buitenland uitwijst dat bij toetsing zeer veel meldingen niet gehonoreerd worden. Uit Nederlands onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat werknemers beduidend vaker dan deskundigen menen dat hun ziekte door de arbeid is veroorzaakt. Wie gelijk heeft is overigens, bij gebrek aan goed onderzoek

in deze, niet te zeggen.

Systemen onder 3 dragen uiteraard de kenmerken van de beide eerste, afhankelijk van de uitleg en de voorwaarden die verbonden worden aan de componenten ervan.

### De beroepsziekte als medisch-diagnostisch probleem

Ervaringen wijzen uit dat het niet eenvoudig is voor medici om op individuele basis met acceptabele zekerheid te bepalen of een ziekte 'in hoofdzaak is ontstaan door arbeid of arbeidsomstandigheden' (de definitie van het begrip beroepsziekte in Nederland).

Ervaringen in vooral de Verenigde Staten van Amerika laten zien dat, wanneer de kosten verbonden aan eventuele compensatie direct bij de werkgever worden gelegd, dit systeem leidt tot zeer veel juridische touwtrekkerij, waarbij de arts en de jurist weliswaar financieel garen spinnen, maar dat de compensatie slechts in beperkte mate brengt waar hij geacht wordt te komen. Claims van werknemers in de USA bleken in bijna tweederde van de gevallen door werkgevers te worden aangevochten, met als gevolg dat van elke dollar die aan premie was betaald voor een specifieke

ke verzekering, 40% terecht kwam bij elkaar betwistende juristen, artsen, en bij administraties. Ervaringen in ons land wijzen erop dat zulke problemen ook hier aan de orde zijn. Uit een onderzoek dat onder een grote groep bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen werd uitgevoerd kon worden aangetoond dat wat voor de ene arts met betrekking tot de oorzaak van een ziekte een uitgemaakte zaak is, voor de andere arts slechts leidt tot vermoedens, of zelfs dat nog niet. Het ging daarbij niet om enkele uitzonderingen die de regel bevestigen, maar om een structureel op grote schaal voorkomend probleem. De artsen beoordeelden nog geen 50% van de voorgelegde gevallen correct, gemeten naar een tevoren door een deskundigen-commissie per geval vastgestelde 'gouden standaard'. Dat betekent dat 1 op elke 2 beoordelingen volgens deze standaard onjuist was. Belangrijker nog dan het afwijken van deze standaard was de bevinding dat er in aanzienlijke mate sprake was van gesprek aan consensus tussen de artsen. Hier ligt de bron van veel ellende, wanneer voor een uitkering (voor de rechter) moet worden uitgemaakt wie nu wel en wie niet een beroepsziekte heeft. Zo'n gebrek aan onderlinge overeenstemming<sup>3</sup> is weliswaar minder een probleem wanneer er geen directe consequenties zijn voor een individuele werknemer.

Gekoppeld aan een uitkering wordt een onzekere uitspraak echter wel degelijk problematisch.

NIPG-TNO onderzoek toonde voorts aan dat er grote reserves bestaan bij artsen, ter zake van het nut van een meldingssysteem voor beroepsziekten, en hun bereidheid eraan mee te werken. Vooral de vrees voor relatieproblemen met de werkgever en voor betrokkenheid bij juridische verwickelingen (claims van werknemers tegen hun werkgever) is evident. Van de door de deelnemende bedrijfsartsen geconstateerde beroepsziekten (9 per 1000 werknemers in een jaar) werd minder dan een derde (2,6 per 1000) aan de werkgever doorgegeven, zoals de bedoeling is.

### Sociale vernieuwing?

Gegevens uit diverse bronnen tonen aan dat bedrijfsongevallen en ziekten die in hoofdzaak door de uitoefening van het beroep ontstaan ook in deze tijd nog frequent vóórkomen. De ervaring leert dat de aantallen hoger zijn, naarmate de compensatie (voor arts en werknemer) ruimhartiger is. Hiermee is overigens nog niets gezegd over de rechtvaardigheid van de claim. De ervaring laat ook zien dat ►

werknemers die financieel (deels) afhankelijk zijn van zo'n compensatie-systeem in veel gevallen niet gebaat zijn bij een systeem dat gebaseerd is op het op individueel vaststellen (of niet) van de werkgebonden oorzaak van de ziekte. Artsen kunnen dit probleem in onvoldoende mate oplossen. De consequenties van een uitkeringsstelsel waarin weer onderscheid wordt aangebracht tussen ziekten en ongevallen die wel en die niet oorzakelijk met de arbeid in verband staan zullen groot zijn. Er zal, afhankelijk van de regeling waarvoor wordt gekozen, meer willekeur in het systeem kenbaar worden. Er zullen vele juridische procedures volgen, waarin elkaar bestrijdende juristen en artsen het in grote mate onderling niet eens zullen worden. De maatschappelijke achterstand van grote groepen werknemers zal groter worden. Een bezinning op de eventuele aanpassing van de uitkeringsrechten door middel van het herinvoeren van het risqué professionel is daarom dubbel op zijn plaats. In de nota 'Sociale vernieuwing. Optricht en handreiking', in maart 1990 door het Ministerie van Binnenlandse zaken opgesteld, wordt terecht geconstateerd dat maatschappelijke achterstand zich concentreert in bepaalde groepen van de bevolking. Er wordt gesproken over de noodzaak tot sociale vernieuwing op het terrein van de arbeid, de scholing en het inkomen van deze groepen. Het is zinvoller om, in plaats van al te drastisch in te grijpen in de aanbodzijde van het volumeprobleem, meer te investeren in beperking van de vraagzijde, door werk te maken van de in genoemde nota aangegeven aspecten. Preventie staat toch hoog op de politieke agenda?

#### Auteur

De auteur Dr. J.H.B.M. Willems is sociaal geneeskundige en onderdirecteur van het NIPG-TNO, Leiden.

#### Literatuur

- Putten, D.J. van, H.A. Smit & J.S. Sikkema-de Graaff; Het melden van beroepsziekten. Een evaluatie van de praktijk bij zes bedrijfsgezondheidsdiensten. Uitgave S 10-2, Directoraat-Generaal van de Arbeid, 's-Gravenhage 1990.
- SVR. Stand ziekteverzekering 1988. Zoetermeer 1990.
- Willems, J.H.B.M.; Beroepsziekten in het licht van de officiële cijfers. T Soc Gezondheidsz 63 (1985) 402-409.
- Willems, J.H.B.M. & E.J. Brouwer; Beroepsziekten bestaan niet (?). T Soc Gezondheidsz 64 (1986) 293-296.
- Willems, J.H.B.M.; Compensatie voor beroepsziekten: tijd om te veranderen? Soc Maandbl Arbeid 41 (1986) 375-389.

- Willems, J.H.B.M.; De melding van beroepsziekten. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 1987.

- Willems, J.H.B.M.; Looncompensatie voor beroepsziekten: wie betaalt de twijfel? Medisch Contact 21 (1990) 673-674.

Met dank aan J. van Loo, arts, Gemeenschappelijk Administratiekantoor Amsterdam, voor het verstrekken van de cijfers m.b.t. ongevallen.

1. In 1989 werden in totaal ruim 10 000 ongevallen met ten minste 3 maanden verzuim afgesloten (hersteld of overgegaan naar de WAO) bij het GAK. De vier genoemde categorieën maakten hiervan 87% uit; dat is ca 7% van alle in die periode beëindigde 3-maandsgevallen.
2. Bij sportongevallen ligt dit uiteraard geheel anders: het letsel is elders opgedaan, en een arts kan uiteraard niet vaststellen of een verkeersongeval, een privéongeval of een sportongeval de oorzaak was.
3. Genoemd onderzoek toonde overigens aan dat straks geprotocolleerde meldingssystematiek tot duidelijke verbeteringen in consensus leidde; voor gebruik op groepsniveau geven zulke cijfers zeker informatie.

## Verschenen

### Videopakket ziekteverzuim

De videoprodukties 'Ziekteverzuim, van hoog tot laag' en 'Verzuimgesprekken' zijn bedoeld om uitkomst te bieden bij de aanpak van het ziekteverzuim. Beide films zijn ontstaan uit een samenwerking tussen het Centrum voor Verzuimbeleid van het NIA en Bedrijfs Video Trainingen BVT.

In de eerste band wordt een overzicht gegeven van de aspecten die in elke verzuimaanpak centraal staan, de tweede is vooral gericht op ondersteuning en training van de directe chefs, omdat vooral hún activiteiten cruciaal zijn bij de realisatie van het voorgestelde beleid. De video's zijn op elk niveau in de organisatie te gebruiken.

In de basisband 'Ziekteverzuim, van hoog tot laag' besluit het management van een willekeurig bedrijf dat het verzuim stevig moet worden aangepakt. De aanpak is gebaseerd op een drie-sporenbeleid: het opzetten van een registratiesysteem, het komen tot afdelingsplannen en de individuele benadering.

De vervolgband 'Verzuimgesprekken' gaat dieper in op de individuele benadering. Bij de productie hoort een uitgebreid door het NIA opgezet informatiepakket.

Beide produkties kosten f 2000 per stuk. Bij aanschaf van het hele pakket f 3500, excl BTW.

Informatie: BVT, tel 03495 - 35877.

### Minder stof, beter werk

Stof op de werkplek is een serieuze bedreiging van de gezondheid.

Longklachten, huidaandoeningen, irritaties en kanker horen bij de risico's. Zowel bij de Chemiewinkel van de UvA als bij de FNV kwamen veel vragen over het onderwerp stof binnen. Daarom is nu gezamenlijk 'Het handboek stof - minder stof, beter werk' uitgegeven. In 80 pagina's komt alles over stof aan bod: gezondheid, soorten stof, de verschillende bedrijfstakken en suggesties om stof te voorkomen of te beperken.

'Het handboek stof - minder stof, beter werk' is te bestellen bij de Chemiewinkel UvA, tel 020- 525 5607 of 6591, of bij de FNV, tel 020-5816300. Leden f 10,25, niet-leden f 12,75, inclusief portokosten.