KU LEUVEN H:VA

ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING

ONDERZOEK NAAR INTERVENTIETYPOLOGIEËN INZAKE DE PREVENTIE VAN MUSCULOSKELETALE AANDOENINGEN EN PSYCHOSOCIALE RISICO'S

Jan Van Peteghem, Veerle Hermans en Miet Lamberts

Projectleiding: Miet Lamberts

Onderzoek in opdracht van FOD WASO, Algemene Directie Humanisering van de Arbeid

Onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de vakgroep Experimentele en Toegepaste Psychologie van de VUB

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
WERKGELEGENHEID, ARBEID
EN SOCIAAL OVERLEG

Het Europees Sociaal Fonds
investeert in uw toekomst

Gepubliceerd door
KU Leuven
HIVA - ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING
Parkstraat 47 bus 5300, 3000 LEUVEN, België
hiva@kuleuven.be
www.hiva.be

© 2013 HIVA-KU Leuven
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is de neerslag van een onderzoeksopdracht, uitgeschreven door de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, en financieel ondersteund door het Europees Sociaal Fonds. De Algemene Directie Humanisering van de Arbeid stelde hiertoe een lastenboek[1] samen, waarop de onderzoeksopdracht werd toegekend aan het HIVA (Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving) van de KU Leuven, dat hiervoor de samenwerking aanzocht met het Departement Experimentele en Toegepaste Psychologie van de VUB.

Het onderzoek liep van december 2012 tot juli 2013. Dit onderzoeksverslag beschrijft de resultaten van een uitgebreide literatuurstudie die voorafging aan de onderzoeksdaden, en geeft de belangrijkste bevindingen weer van de diverse luiken uit het onderzoek. Tevens wordt een *managerial abstract*, in het Nederlands en in het Frans, meegegeven in een afzonderlijk document.

Een woord van erkentelijkheid vanwege de onderzoeksequipe gaat in de eerste plaats uit naar de opdrachtgevers voor de mogelijkheid die hun geboden werd om twee belangrijke problematieken binnen het welzijn op het werk aan een nader onderzoek te onderwerpen en de steun die vanuit de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid van de FOD WASO werd verleend om deze studie tot een goed einde te brengen. Ook de inbreng van het Begeleidingscomité dat meerdere malen samenkwam om de vooruitgang van het onderzoek te bespreken, mag hier niet onderbelicht worden.

De onderzoekers danken tevens de externe preventiediensten en de ondernemingen en hun interne preventieadviseurs die meewerkten aan de verschillende onderzoeksfasen. Verder heeft het onderzoeksteam, voor de bevraging van bevoorrechte getuigen van gevallenstudies in de Franse taal, kunnen rekenen op de uitstekende diensten van prof. E. Léonard van de Louvain School of Management & Institut des Sciences du Travail van de UCL en haar medewerker Jonathan Plamondon. Een laatste woord van dank gaat naar de collega's binnen het HIVA voor hun logistieke steun en Sofie Van Ginderen, laatstejaars Masterstudente Arbeids- en organisatiepsychologie aan de Vrije Universiteit Brussel, voor haar bijdrage aan de interviews gevoerd met verschillende verantwoordelijken uit een steekproef van externe preventiediensten.

1 DIV/HUA/FD-GMT/MSA15/1: 'Onderzoek naar interventietypologieën inzake de preventie van MSA en PSR'.

Inhoud

Voorwoord **3**

Inhoud **5**

Lijst afkortingen en geijkte termen **7**

Inleiding **9**

1 | Onderzoeksopzet en –methodiek **11**
1.1 Het Belgisch reglementair kader 11
1.2 Probleemstelling 12
1.3 Onderzoeksopzet 13
1.4 Indeling van onderhavig onderzoeksverslag 15

2 | Interventiecategorieën met betrekking tot musculoskeletale aandoeningen **17**
2.1 Oorzakelijke factoren van MSA 18
2.2 Afbakening van het onderzoeksdomein: welke interventies worden niet mee opgenomen? 22
2.3 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens focus 25
2.4 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens de preventiehiërarchie 29
2.5 Onderverdeling van interventiecategorieën op basis van de risicofactoren 30
2.6 Onderverdeling van interventiecategorieën op basis van de activiteitssector 31
2.7 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van de musculoskeletale belasting 31
2.8 Literatuurgegevens met betrekking tot de effectiviteit van de verschillende benaderingen 31
2.9 Remmende en bevorderende factoren 36

3 | Interventiecategorieën met betrekking tot psychosociale risico's **39**
3.1 Oorzakelijke factoren van PSR 39
3.2 Afbakening van het onderzoeksdomein: welke interventies worden niet mee opgenomen? 41
3.3 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens focus 45
3.4 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens de preventiehiërarchie 51
3.5 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens het aangeboden product 52
3.6 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van de psychosociale belasting 52
3.7 Literatuurgegevens met betrekking tot de effectiviteit van de verschillende benaderingen 54
3.8 Remmende en bevorderende factoren 57

4 | De bevraging van de externe diensten voor preventie en bescherming **61**
4.1 Verloop van de bevraging 62
4.2 De plaats van de werkeenheden Ergonomie en Psychosociale aspecten in de externe preventiediensten 63
4.3 De plaats van MSA in de werkeenheden Ergonomie 67
4.4 De plaats van PSR in de werkeenheden Psychosociale Aspecten 75
4.5 Besluiten 85

5 | De bevraging van de interne diensten voor preventie en bescherming **89**
5.1 De gebruikte vragenlijst 89
5.2 De steekproeftrekking 90

5.3 Wie nam deel aan de bevraging? 90
5.4 Structurering van het preventiebeleid 91
5.5 Musculoskeletale aandoeningen (MSA) 92
5.6 Psychosociale risico's (PSR) 103
5.7 Op een rij 114

6 | Het onderzoek van de gevallenstudies 117
6.1 Korte literatuurstudie 117
6.2 De selectie van de belangrijkste interventiecategorieën 121
6.3 De selectie van de ondernemingen 122
6.4 Overzicht van de gevallenstudies 123
6.5 Beschrijving van de gevallenstudies 125
6.6 Een transversale analyse van de verschillende gevallenstudies 161

7 | Algemene besluiten en beleidsvoorstellen 171
7.1 Algemene besluiten 171
7.2 Beleidsvoorstellen 180

- BIJLAGEN - 187

8 | Bibliografie 243

Lijst afkortingen en geijkte termen

BES	Belgian Ergonomics Society
BS	Belgisch Staatsblad
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
Codex	de Codex over het welzijn op het werk, opvolger van het ARAB, het Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming
Comité (PBW)	het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk, opgericht conform de Welzijnswet, art. 48-76 en de diverse uitvoeringsbesluiten
EDPB of externe preventiedienst	Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, opgericht conform de welzijnswet, art. 33-43 en de diverse uitvoeringsbesluiten
ESF	Europees Sociaal Fonds
FOD WASO	Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, gemeenlijk het 'federale ministerie van Werk' genoemd
Globaal preventie-plan	Het strategische plan dat elke onderneming moet opstellen en dat een periode van vijf jaar beslaat, conform Codex, Titel I, hoofdstuk II, art. 10
HUA	Algemene Directie Toezicht Humanisering van de Arbeid van de FOD WASO
IDPB of interne preventiedienst	Interne Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, opgericht conform de welzijnswet, art. 33-43 en de diverse uitvoeringsbesluiten
Jaarlijks actieplan (JAP)	het operationele plan dat elke onderneming moet opstellen als onderdeel van het globaal preventieplan en dat een periode van 12 maanden beslaat, conform Codex, Titel I, hoofdstuk II, art. 11
KB	koninklijk besluit
MSA	musculoskeletale aandoeningen
OGGW	ongewenst grensoverschrijdend gedrag op het werk, zoals omschreven door de reglementering (het koninklijk besluit van17 mei 2007 betreffende de voorkoming van psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag)
OSH	Occupational Safety and Health, de geijkte Engelse verzamelterm voor problematieken die in België worden samengevat onder het 'welzijn op het werk'
PAPS	preventieadviseur-psychosociale aspecten
PBW	preventie en bescherming op het werk
PSR	psychosociale risico's
PTSS	posttraumatische stress stoornis (Engels PTSD: Post-traumatic stress disorder)
Afdeling RB	De afdeling Risicobeheersing van de externe preventiediensten
TWW	De Algemene Directie Toezicht op het Welzijn op het Werk van de FOD WASO en zijn verschillende regionale directies, gemeenlijk de 'arbeidsinspectie' genoemd
Welzijnswet	De wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

Inleiding

Tot in een recent verleden beperkte de aandacht voor het welzijn op het werk zich grotendeels tot de 'harde' arbeidsveiligheid en de organisatie van het gezondheidstoezicht door de arbeidsgeneesheer. Heden ten dage komt de problematiek van het welzijn op het werk, zowel op het Europese als op het federale niveau, echter eerder onder de aandacht doordat grote groepen werknemers het arbeidsproces verlaten door een vervroegde uittrede of door een langdurige afwezigheid wegens bijvoorbeeld chronische rugpijnen of een ernstige psychische belasting (Heselmans & Van Peteghem, 2007).

Een grondige uitklaring van de begrippen MSA (ook wel spier-pees-botletsels genoemd) enerzijds en PSR en stress anderzijds, alsmede een diepgaande studie van mogelijke oorzakelijke factoren, valt buiten de opzet van deze studie. Hieronder beperken we ons tot enkele elementaire definities, in de overtuiging dat beide begrippen voor de lezer intuïtief duidelijk zijn.

Onder *musculoskeletale* aandoeningen (MSA) valt een brede waaier aan aandoeningen die spier- en gewrichtspijnen op verschillende plaatsen teweegbrengen, vooral in de bovenste ledematen: de schouder, de elleboog, de pols, de hand en de vinger maar soms ook in de knie, de hiel en de voet. De meest voorkomende MSA zijn rugpijn, het carpaletunnelsyndroom, tendinitis van de schouder en van de elleboog, en nekpijn. Ze zijn gelinkt aan repetitieve bewegingen die een overbelasting van de spieren, de pezen, de zenuwen en het kraakbeen inhouden.[2] De recentste uitgave van de European Working Conditions Survey (Parent-Thirion et al., 2012) gepubliceerd door de European Foundation for Living and Working Conditions, stelt vast dat de fysieke belasting van de Europese werknemers op het werk niet gewijzigd is over de voorbije 20 jaar. Eén derde blijft zware lasten manipuleren gedurende minstens een kwart van de werkdag en 16% werkt een groot deel van de tijd in een oncomfortabele houding. Kortcyclische, repetitieve arbeid komt relatief gezien zelfs meer voor dan tien jaar geleden. Prevalentiecijfers zijn echter moeilijk te verabsoluteren wegens de complexe multicausaliteit, zoals de combinatie van werk en vrije tijd, en de individuele vatbaarheid voor dergelijke aandoeningen.

Het begrip *stress*, dat wordt aanzien als de meest rechtstreekse uiting van een ongewenste psychosociale belasting, wordt door de cao nr. 72 van 30 maart 1999 als volgt gedefinieerd: stress is 'een door een groep van werknemers als negatief ervaren toestand die gepaard gaat met klachten of disfunctioneren in lichamelijk, psychisch en/of sociaal opzicht en die het gevolg is van het feit dat werknemers niet in staat zijn om aan de eisen en verwachtingen die hen vanuit de werksituatie gesteld worden, te voldoen'. De omvangrijkste enquête met betrekking tot de prevalentie van stress is de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor (Bourdheaud'hui & Vanderhaege, 2010). De opeenvolgende peilingen die in dit kader gebeurden (2004, 2007, 2010) toonden aan dat ongeveer 29% van de werknemers, naar eigen beoordeling, geconfronteerd worden met werkgebonden stress; 10% heeft te kampen met acute problemen. Deze cijfers blijken overheen de drie peilingen constant.

2 'Musculoskeletale aandoeningen: de nieuwe epidemie?', http://nl.prevent.be/net/net01.nsf/p/0BD72DB7BB36DCA6C12570DC0053AEFA

Het valt buiten het bestek van dit onderzoeksrapport om de huidige inzichten met betrekking tot de genese van en de impact op het welbevinden van de werknemer van MSA en PSR uitgebreid te bespreken. Wel zullen de literatuurstudies opgenomen in de hoofdstukken 2 en 3 hierop enig licht werpen, zij het zijdelings. Qua impact zijn wellicht de resultaten van de bekende studie Belstress III (Ecole de Santé Publique - ULB en Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde - Universiteit Gent, 2006) bijzonder overtuigend. Dit onderzoek toonde aan dat, van een steekproef van 290 langdurige episodes van werkverzuim (in de Belstress-studie gedefinieerd als een afwezigheid op het werk van 15 of meer opeenvolgende dagen), 29,3% te wijten was aan psychische problemen en maar liefst 32,8% musculoskeletale oorzaken had. Gekoppeld aan de vaststelling dat het langdurig ziekteverzuim sinds 2008 gestaag gestegen is (in tegenstelling tot de stagnatie van het kortdurend verzuim) (Van Bastelaere, 2012), wordt het duidelijk hoe belangrijk beide problematieken zijn. Bovendien blijken psychosociale risico's en de musculoskeletale aandoeningen belangrijke redenen te zijn waarom werknemers definitief arbeidsongeschikt worden verklaard of het beroepsleven vroegtijdig verlaten.

Het is dan ook begrijpelijk dat FOD WASO een zicht wenst te krijgen op de preventieve interventies die ondernemingen van diverse grootte en uit de verschillende activiteitssectoren op dit vlak realiseren, en wil nagaan in welke mate deze kunnen worden beschouwd als effectief. Dit is bijgevolg het hoofdthema van dit onderzoeksverslag.

1 | Onderzoeksopzet en –methodiek

1.1 Het Belgisch reglementair kader

1.1.1 MSA en PSR als onderdeel van het welzijnsbeleid

Op 31 maart 1998 verscheen in het Belgisch Staatsblad het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk. Dit uitvoeringsbesluit op de Welzijnswet[3] gaat uit van een multidisciplinaire aanpak en moet ertoe leiden dat iedere onderneming een geïntegreerd beleid voert inzake arbeidsomstandigheden en welzijn. Hierdoor wordt elke werkgever verplicht preventieve acties in zijn bedrijfsbeleid te incorporeren om de risico's in zijn onderneming uit te schakelen of te beperken, of de schade die het gevolg is van deze risico's te begrenzen (dit is de volgorde zoals vooropgesteld door wat doorgaans de *preventiehiërarchie* wordt genoemd). Meer dan voorheen het geval was, moet hij een langetermijnpolitiek op dit vlak ontwikkelen.

Het beleidsinstrument dat de basis moet vormen van een dergelijke planmatige aanpak wordt door de wetgever het *dynamisch risicobeheersingsysteem* genoemd. Aan de basis hiervan ligt de verplichting om op ondernemingsniveau een globale risicoanalyse uit te voeren die zowel slaat op de onderneming als geheel, op de verschillende werkeenheden of locaties, als op de individuele werknemer. Het dynamisch risicobeheersingsysteem dient zo het opzetten van een algemeen preventiebeleid in de onderneming te onderbouwen, wat in wezen neerkomt op een langetermijnproject dat zijn vertaling vindt in het zogenaamde *Globaal Preventieplan* dat stapsgewijs moet worden gerealiseerd via opeenvolgende *Jaarlijkse Actieplannen*. Eerstgenoemd plan geeft een visie over een periode van vijf jaar, het tweede beschrijft welke acties de onderneming plant uit te voeren op jaarbasis om de langetermijndoelstellingen van het Globaal Preventieplan stapsgewijze te realiseren.

Essentieel is dat de diverse benaderingen (algemene risicoanalyse, dynamisch risicobeheersingsysteem, globaal preventieplan en jaarlijks actieplan) alle betrekking moeten hebben op de zeven domeinen die sinds de Welzijnswet behoren tot de veiligheid en de gezondheid op het werk:[4]

- de arbeidsveiligheid;
- de bescherming van de gezondheid van de werknemer;
- de psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk;
- de ergonomie;
- de arbeidshygiëne;
- de verfraaiing van de werkplaatsen;
- de maatregelen van de onderneming inzake leefmilieu, voor zover deze een invloed hebben op voorgaande punten.

3 Voor een verklaring van de gebruikte afkortingen of een korte omschrijving van de begrippen als de Welzijnswet: zie het hoofdstukje Terminologie.

4 Codex, Titel I, hoofdstuk II, Afdeling II, art. 4.

Het is duidelijk dat PSR thuishoren onder het derde domein (de psychosociale aspecten) en MSA onder het vierde, namelijk de ergonomie.

1.1.2 Deskundigheden binnen en buiten de onderneming

De reglementering op het vlak van de interne en externe preventiediensten voorziet nadrukkelijk ruimte voor preventieadviseurs-psychosociale aspecten en -ergonomie.

De Belgische preventieadviseurs die gespecialiseerd zijn in de psychosociale aspecten van de arbeid maken stilaan een professionele groep met een behoorlijke omvang uit: eind 2012 waren er precies 186 preventieadviseurs-psychosociale aspecten werkzaam in de externe preventiediensten, en het aantal bedrijfsinterne PAPSen ligt vermoedelijk ergens tussen de 50 en de 100 (Van Peteghem, 2013). Het lijdt weinig twijfel dat de groei van deze groep de komende periode zal aanhouden. Drijvende krachten hiervoor zijn de blijvende stijging van het aantal klachtendossiers met betrekking tot het pesten, ongewenst seksueel gedrag en geweld op het werk. Ook een sterk verhoogde vraag naar het uitvoeren van risicoanalyses inzake de algemene psychosociale belasting speelt. Belangrijker is evenwel de stijgende vraag vanwege het bedrijfsleven naar domeinen die meer en meer raakvlakken vertonen met het personeelsbeleid. Voorbeelden zijn de advisering bij het uitwerken van een ziekteverzuimbeleid en de ondersteuning van de gespreksvoering voor, tijdens en na ziekte (de laatste jaren steeds meer gericht op het omgaan met *burn-out*, vooral in bepaalde sectoren); het misbruik van alcohol, medicatie en drugs en zijn impact op de prestaties van de werknemer; het omgaan met agressie vanwege klanten en andere derden (Van Peteghem, 2012).

Ergonomen vormen in België een kleinere beroepsgroep dan de preventieadviseurs-psychosociale aspecten. Afgaande op het ledenbestand van de BES, de beroepsvereniging van de Belgische ergonomen, blijken er een 50-tal ergonomen actief te zijn in de externe preventiediensten. Interne ergonomen zijn zeldzaam: slechts een 5-tal zijn lid van de BES: preventieadviseurs-ergonomie werken dus voornamelijk in externe preventiediensten. Dit neemt niet weg dat in diverse industrietakken (bv. de zorgsector, productiebedrijven met manuele arbeid) deskundigen aan de slag zijn die deeltijds bepaalde aspecten van de ergonomische benadering op zich nemen, in hoofdzaak op het vlak van opleidingen. Deze laatsten noemen zich zelden ergonoom, en kunnen ook niet als dusdanig beschouwd worden aangezien zij meestal niet de verplichte bijkomende opleiding voor preventieadviseur-ergonomie hebben gevolgd.

1.2 Probleemstelling[5]

Uitgangspunt van onderhavig onderzoek is dat er in het nabije verleden door de ondernemingen onmiskenbaar talrijke interventies plaatsvonden op het vlak van de psychosociale en lichamelijke belasting van de werknemers; doch MSA en PSR blijven een groot probleem in de ondernemingen. Bovendien wordt vastgesteld dat deze interventies voornamelijk betrekking hebben op de opleiding van werknemers inzake het hanteren van lasten of het werken met beeldschermen en op 'individuele pijngevallen'. De opdrachtgevers van onderhavig onderzoek stellen in dit verband: "Verscheidene internationale studies tonen aan dat alleen een opleiding slechts een zeer beperkte weerslag heeft (...) op de preventie van MSA", en verder: "Wat de PSR betreft, lijkt het meestal de tendens om in te werken op de werknemer, eerder dan zich vragen te stellen bij de arbeidsomstandigheden".

5 HUA, FOD WASO: Lastenboek DIV/HUA/FD-GMT/MSA15/1: 'Onderzoek naar interventietypologieën inzake de preventie van musculoskeletale aandoeningen en psychosociale risico's'

Conform het vigerende reglementaire kader, betracht de FOD WASO een accentverschuiving naar preventiemaatregelen "op het organisatorisch of collectief niveau die gebaseerd zijn op een risico-analyse". Het is derhalve, stelt genoemd lastenboek, "nuttig en noodzakelijk om de interventie-typologieën te onderzoeken die in België worden toegepast op het vlak van de preventie van MSA en PSR", waarbij als belangrijk naar voren wordt geschoven om in de mate van het mogelijke, een bepaald zicht te krijgen op de "doeltreffendheid en impact van de verschillende interventietypes".

Deze probleemstelling werd in concreto vertaald in volgende desiderata:
1. het oplijsten van het soort interventies die door de preventiediensten (interne en externe) èn andere dienstverleners worden toegepast: inventarisatie en omschrijving;
2. het onderverdelen van deze interventies in typologieën;
3. een oordeel bevragen met betrekking tot de impact en de doeltreffendheid van de verschillende typologieën (op basis van de beschikbare informatie, objectief en/of subjectief);
4. een oordeel bevragen over de redenen voor de mislukking of het slagen van deze typologieën (hindernissen en begunstigende factoren).

De concrete onderzoeksvraag kan dan worden samengevat als het opmaken van typologieën van preventieve acties op het vlak van musculoskeletale aandoeningen en psychosociale risico's die in Belgische ondernemingen worden gevoerd.

Deze typologering wordt opgebouwd door een antwoord te zoeken op volgende vragen:
- Welke interventies zijn de laatste drie jaren door de preventiediensten (al of niet in samenwerking met anderen) uitgevoerd in de Belgische bedrijven en instellingen? Hierbij worden vragen gesteld naar de gekozen benadering (motivatie en theorie), de context, de ingezette middelen en methodes, het implementatieproces en de bereikte resultaten om een typologie van deze interventies op te bouwen;
- Wat zijn volgens de betrokken actoren implementatiefactoren die bijdragen tot het slagen of falen van de interventie?
- Wat zijn de bereikte resultaten? Hierbij laat het zich aanzien dat deze vraag in de eerste plaats zal moeten worden behandeld op een exploratieve wijze;
- Op welke wijze wordt de doeltreffendheid van de interventies geëvalueerd door de betrokken preventiediensten? Hierbij worden vragen gesteld naar de wijze waarop gegevens over de interventies door de preventiediensten worden verzameld, maar ook de stem van leidinggevenden en de werknemers en hun afgevaardigden is hierbij van vitaal belang.

1.3 Onderzoeksopzet[6]

Voor deze typologie-opbouw en het beantwoorden van de bijhorende vragen, wordt gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. Kwantitatieve surveytechnieken worden gebruikt voor de opmaak van een breedbeeld van de preventie-interventies (MSA/PSR) die worden toegepast in België. Semigestructureerde diepte-interviews en casestudy-methodiek worden gehanteerd om dit breedbeeld uit te diepen. Hierbij onderscheiden we drie projectfasen, voorafgegaan door een literatuurstudie en afgesloten door het uitschrijven van dit eindverslag.

6 De hiernavolgende tekst werd overgenomen van het document 'Inschrijvingsformulier, Lastenboek Lastenboek DIV/HUA/FD-GMT/MSA15/1Onderzoek naar interventietypologieën inzake de preventie van MSA en PSR', HIVA, 20/08/2012.

1.3.1 Fase 1: Diepte-interviews met externe preventiediensten

In een eerste fase worden een aantal externe preventiediensten bevraagd. Beschikbare gegevens over recent uitgevoerde interventies (tijdshorizon: de laatste drie jaar) worden opgevraagd. Een interview wordt gepland en uitgevoerd met de verantwoordelijke van de afdeling Risicobeheersing, een preventieadviseur-ergonomie en een preventieadviseur-psychosociale aspecten. Screeningsvragen naar de uitgevoerde interventies van de laatste drie jaar worden gesteld: om welke interventies gaat het? welk soort van ondernemingen en werknemers? wat is daarbij de gekozen benadering? welke rol speelt risicoanalyse in deze interventies? wat zijn de behaalde resultaten? welke zijn de succes- en faalfactoren? Tevens wordt gepeild naar mogelijke cases voor onderzoeksfase 3.

1.3.2 Fase 2: Inventariserende survey bij interne preventiediensten

Een inventariserende survey wordt georganiseerd bij interne preventiediensten. Op basis van zoveel als mogelijk gesloten vragen zal worden gepeild naar de preventieve interventies betreffende MSA en PSR die zijn uitgevoerd in de onderneming en dit voor de periode 2010-2012. Internationale overzichten en de informatie uit de interviews met de externe preventiediensten zullen dienen als input voor het opstellen van de vragenlijst. Gestandaardiseerde detailinformatie over de aard en het bereikt resultaat zal worden opgevraagd voor de meest belangrijke en de meest recente interventie en dit voor beide domeinen (MSA en PSR). Uiteraard zal de genderdimensie worden opgenomen in de bevraging.

Voor deze inventarisering trekken we een gestratificeerde toevalssteekproef van ondernemingen en organisaties in de Belgische private sector en overheidssector. Stratificatie passen we toe op basis van grootte (20 tot 49; 50 tot 99 en boven 100) en sector (industrie & bouw, diensten, non-profit, overheid). Dergelijke gestratificeerde steekproef laat toe om uitspraken te doen over de verschillende categorieën en bewaakt dat de verschillende categorieën aan bod komen in de bevraging. Een louter toevalssteekproef zou er immers toe leiden dat voornamelijk kleinere organisaties zouden aan bod komen. Het is niet de bedoeling om uitspraken te formuleren die representatief zijn voor België en/of bepaalde sectoren.

Zo selecteren we per categorie 120 ondernemingen/organisaties voor wat de bouw en industrie, diensten en non-profit betreft. Voor de overheid selecteren we 90 organisaties per categorie kleiner en groter dan (of gelijk aan) 100 werknemers: uit de ervaring blijkt immers dat overheidsinstanties met minder dan 50 werknemers zeldzaam zijn. In het totaal vertrekken we dus met 1 260 eenheden als bruto-steekproef, zoals weergegeven in tabel 1.1. We zorgen bovendien steeds voor een evenwichtige verdeling tussen de verschillende regio's.

Tabel 1.1 Schema steekproefkader van de inventariserende survey in ondernemingen

	Industrie+bouw	Diensten	Non-profit	Overheid
20-49	120	120	120	90
50-99	120	120	120	
100+	120	120	120	90

De bevraging wordt anoniem verwerkt en gerapporteerd.

De enquête wordt opgesteld en georganiseerd in beide landstalen (NL/FR). Respondenten zal ook worden gevraagd in hoeverre zij bereid zijn tot medewerking aan een case-onderzoek over een vermelde interventie.

1.3.3 Fase 3: Beperkte casestudy's

In deze fase zullen per domein (MSA en PSR) drie interventietypes verder uitgediept worden. De keuze van types zal uiteraard in samenspraak gebeuren met de opdrachtgever. Ze worden *content-driven* bepaald (meest representatief en interessant zijn, rekening houdend met spreiding naar sector, grootte en regio over alle cases heen).

Deze uitgebreide interventiemapping zal gebeuren op basis van vier cases per interventietype. Er zal op basis van interviews worden gepeild naar sterktes en zwaktes, succes- en faalfactoren van het type. Tevens zal op kwalitatieve wijze worden nagegaan wat de bereikte resultaten waren en op welke wijze de interventie werd geëvalueerd.

Voor beide domeinen (MSA en PSR) voorzien we dat vier van de twaalf cases minimum uit elk taalgedeelte komen (cf. minimum 4 FR en 4 NL, en 4 naargelang).

Een overzicht van de casestudy's ziet er dan ook als volgt uit (zie tabel 1.2).

Tabel 1.2 Schema verdeling van de casestudy's over de verschillende interventiecategorieën

MSR			PSR		
Type 1	**Type 2**	**Type 3**	**Type 1**	**Type 2**	**Type 3**
4 cases	4 cases	4 cases	4 cases	4 cases	4 cases

Deze 24 gevallenstudies kunnen slechts tot een goed einde gebracht worden indien er een *blauwdruk* wordt gehanteerd waarin op een exhaustieve wijze alle parameters en de nodige randinformatie worden opgevraagd die een beeld kunnen geven over het voortraject, het verloop en de eventuele afsluitende activiteiten van deze interventie. Tevens moet expliciet nagegaan worden hoe de effectiviteit en de efficiëntie van de actie worden geëvalueerd; daarnaast moet een indicatie verkregen worden van de bevorderende of remmende factoren die het relatieve welslagen van de interventie beïnvloed hebben. Ook dit behoort tot de expliciete onderzoeksopdracht: 'een schema voorstellen om gegevens te verzamelen dat zou worden gebruikt bij toekomstige interventies om de impact en de duurzaamheid ervan beter te kunnen evalueren'.[7]

1.4 Indeling van onderhavig onderzoeksverslag

Hoofdstukken 2 en 3 geven een beknopte samenvatting van de literatuurstudie die voorafging aan de onderzoeksdaden gesteld op het terrein. Hoofdstuk 2 handelt daarbij specifiek over de lichamelijke belasting, het daaropvolgende hoofdstuk over de psychosociale risico's op het werk. Beide literatuuroverzichten beperken zich tot de Nederlands-, Engels- en Franstalige literatuur, waarbij de (eerder schaarse) Belgische teksten extra aandacht kregen.

Hoofdstukken 4, 5 en 6 behandelen dan achtereenvolgens de drie hierboven beschreven onderzoeksfasen, waarbij binnen deze hoofdstukken de belangrijkste resultaten kort worden samengevat. Een laatste hoofdstuk doet een poging om de rode draad die duidelijk werd doorheen de verschillende voorgaande hoofdstukken, synthetisch weer te geven en een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen.

7 HUA, FOD WASO: Lastenboek DIV/HUA/FD-GMT/MSA15/1: 'Onderzoek naar interventietypologieën inzake de preventie van musculoskeletale aandoeningen en psychosociale risico's'. Het gevraagde evaluatieschema wordt weergegeven in bijlage 7 (Nederlandstalige versie).

2 | Interventiecategorieën met betrekking tot musculoskeletale aandoeningen

De preventie van MSA behoort tot het werkingsdomein van de ergonomie. Op het laatste wereldcongres van de professionelen werkzaam op dit vakgebied, werden de karakteristieken van de ergonomische benadering als volgt gedefinieerd (Van Peteghem, 2012):

- systeembenadering: interactie tussen mens en omgeving;
- ontwerpgericht: plannen, ontwerpen en evalueren in een continu proces;
- prestatie en welzijn: doel is productiviteit en gezondheid en de link naar duurzaam werken met het oog op het gradueel verhogen van de leeftijd waarop werknemers met pensioen kunnen gaan.

De meest voorkomende ziektebeelden, te wijten aan musculoskeletale belastingen, kunnen als volgt worden samengevat (Malchaire et al., 2007):

Tabel 2.1 De meest voorkomende ziektebeelden, te wijten aan musculoskeletale belastingen (Malchaire et al., 2007)

Nek
Cervicobrachialgie
Pijn door artrose in de nek, die soms uitstraalt naar de armen en geaccentueerd wordt door bepaalde bewegingen. Er treedt een lichte verstijving van de nek op die steeds toeneemt.
Tension neck syndrome
Een geheel van symptomen (pijn, vermoeidheid, stijfheid, spanning, ...) in de nekspieren uitstralend naar de schouders. Deze symptomen verergeren wanneer druk wordt uitgeoefend op bepaalde punten in de nek.
Schouders
Thoracic outlet syndrome
Pijn in het midden van de schouder die zich doorzet naar de voorarm en de hand aan de kant van de pink, met tintelingen en een dof gevoel. Verzwakking van de arm met langzame recuperatie van de spieren, eventueel krampen.
Periarthritis scapulo-humeralis
Geheel van symptomen ter hoogte van de schouderpezen of het schoudergewricht. Wanneer het gaat om een pees (van M. Supraspinatus of M. Biceps brachii caput longum): gelokaliseerde pijn in de pees aan de voorkant van de schouder, die verergert door bewegingen. Schouderbewegingen kunnen beperkt zijn, gaan liggen of slapen op deze schouder kan ondraaglijk zijn. Als het gaat om het gewricht wordt de term frozen shoulder gebruikt: pijn en vooral beperkte mobiliteit van de schouder.
Acromioclaviculair syndroom
Gelokaliseerde pijn aan de voorkant van de schouder, die versterkt wordt door bewegingen. De pijn kan doortrekken naar de nek of naar de externe zijde van de schouder.
Ellebogen
Epicondylitis lateralis (Tenniselleboog) en Epicondylitis medialis (Golfelleboog)
Gelokaliseerde pijn in de elleboog die kan uitstralen naar de voorarm. De pijn is voelbaar in rust, maar verergert wanneer de pols en de vingers worden bewogen, bij het grijpen van voorwerpen en bij het beoefenen van een raketsport. Door de pijn is deze arm minder sterk dan de andere. De symptomen zijn in beide gevallen dezelfde, maar de lokalisatie is verschillend (binnen- of buitenkant van de elleboog).

Nervus ulnaris (tunnelsyndroom)
Permanente tintelingen en dof gevoel in de voorarm en in de hand aan de kant van de pink. Flexie van de elleboog is pijnlijk. De hand kan minder kracht zetten en is sneller vermoeid. Moeite met het spreiden en sluiten van de vingers (bijvoorbeeld een balpen tussen wijs- en middenvinger houden).

Polsen/handen
Tenosynovitis
Pijn is aanwezig in rust, wordt erger bij bewegingen en kan uitstralen. Zwelling, roodheid of stijging van de huidtemperatuur in de buurt van de geïrriteerde pees.
Syndroom van de Quervain
Bijzondere vorm van tenosynovitis aan de basis van de duim.
Carpaal tunnel syndroom
Pijn, tintelingen en dof gevoel in de handpalm, dat kan uitstralen naar alle vingers. Indruk van gezwollen vingers of branderig gevoel, vooral bij het ontwaken. De symptomen verergeren geleidelijk en de hand kan steeds moeilijker gebruikt worden.
Syndroom van het kanaal van Guyon
Tintelingen en pijn ter hoogte van de pink, de ringvinger en de rand van de hand. Eventueel verzwakte hand.

Lage rug
Letsels, al dan niet pijnlijk, die zich bevinden ter hoogte van de wervels of de tussenwervelschijven dewelke de wervelkolom vormen of ter hoogte van de zachte weefsels (spieren, pezen, banden).
Lombalgie
Pijnen ter hoogte van de lumbale wervels. In ongeveer 95% van de gevallen wordt de oorsprong ervan slecht geïdentificeerd (men spreekt over algemene lombalgie) en kan men geen enkele identificeerbare afwijking vinden, noch op de röntgenfoto's, noch door biologische onderzoeken. De pijn kan afkomstig zijn van slijtage van de gewrichtsbanden, wervels, wervelschijven, ... of kan van de spieren voortkomen (vermoeidheid, verrekking). De slijtage is een natuurlijk fenomeen door toename van de leeftijd, maar wordt verergerd door het jarenlang manipuleren van zware lasten.
Hernia
Letsel van de tussenwervelschijf: uitstulping van de binnenste kern van de tussenwervelschijf die tegen de zenuw duwt waardoor uitstralingspijnen ervaren worden.
Ischias
Pijn aan de achterzijde van het been, dewelke uitstraalt van de bil tot de voet. Dit is te wijten aan het samendrukken van de zenuwwortel van de ischiaszenuw.
Artrose
Degeneratie door ouderdom of door slijtage van het kraakbeen van de wervelscharnieren. Deze degeneratie is niet pijnlijk maar gaat gepaard met een verminderde soepelheid van de wervelkolom.

Een onderscheid dat minder wordt gemaakt in de vakliteratuur en dat toch belangrijk is in een arbeidscontext, heeft te maken de genese van MSA: gaat het om een acuut letsel of is de aandoening daarentegen gradueel tot stand gekomen? Dit onderscheid is in de eerste plaats belangrijk voor het slachtoffer dat een beroep wil doen op een vergoedingsstelsel in het kader van de sociale zekerheid: zo wordt het optreden van een acuut rugletsel tengevolge van een plotse beweging op de arbeidsplaats traditioneel beschouwd als een arbeidsongeval.

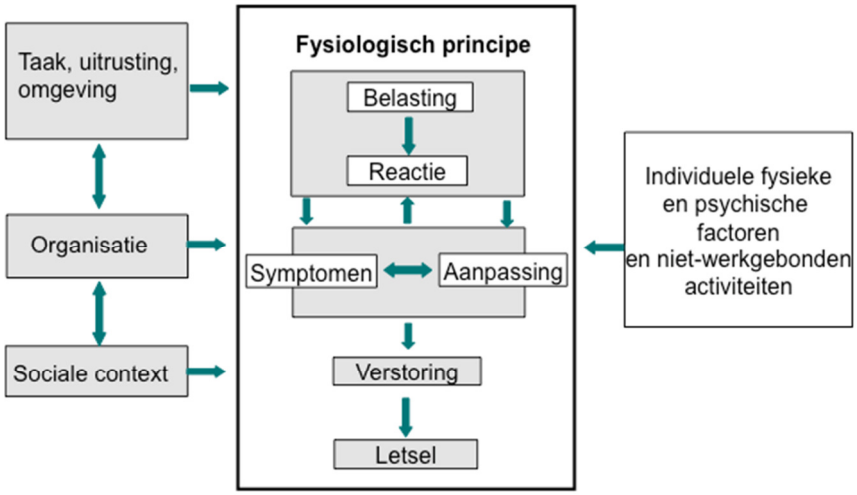
Een deel van deze aandoeningen werd overigens pas recentelijk toegevoegd aan de lijst van de beroepsziekten, zoals weergegeven in het KB van 12 oktober 2012, onder de rubriek *aandoeningen van de pezen, peesscheden en spier- en peesaanhechtingen van de bovenste ledematen veroorzaakt door overbelasting van deze structuren ingevolge krachtige, repeterende bewegingen of ingevolge ongunstige houdingen.*

2.1 Oorzakelijke factoren van MSA

Om het geheel van oorzakelijke factoren in kaart te brengen, zijn er in de literatuur al heel wat modellen verschenen. De schematische voorstelling van de National Research Coucil (NRC), die de rol expliciteert van de verschillende beïnvloedende factoren, wordt wereldwijd aanvaard (zie figuur 2.1): werkprocedures, materieel en omgevingsaspecten, organisatorische factoren, fysieke en

psychologische karakteristieken van de betrokken werknemer, sociale omstandigheden en het aandeel van niet-werkgerelateerde gegevenheden.

Figuur 2.1 Determinanten van MSA



Bron: National Research Council, 1999

Deze algemene structuur suggereert de fysiologische weg waarlangs musculoskeletale problemen en dus lagerugklachten zich kunnen ontwikkelen of - omgekeerd - vermeden kunnen worden. De centrale fysiologische weg geeft eerst de biomechanische relatie weer tussen de last en de biologische reactie van het lichaam. Belasting op een weefsel kan verschillende antwoordvormen produceren. Indien de belasting de mechanische tolerantie overstijgt of de mogelijkheid van een structuur om een belasting te weerstaan overtreft, dan zal er weefselschade optreden. Zo kan schade aan de vertebrale eindplaat ontstaan indien de belasting op de wervels te hoog wordt. Andere reactievormen kunnen zijn: een ontsteking van het weefsel, een opstapeling van vocht en biochemische reacties. Andersom kan een zekere biomechanische last op musculoskeletale weefsels eveneens een versterkend effect veroorzaken, waardoor adaptatie optreedt.

Werkgerelateerde musculoskeletale aandoeningen worden traditioneel geassocieerd met de volgende fenomenen eigen aan de taakinhoud (Eurofound, 2007):

1. het manueel hanteren van lasten: de diverse systemen van risico-evaluatie op dit vlak houden rekening met een ganse reeks parameters: de zwaarte van de last, de grijphoogte, de afstand in de breedte en de hoogte waarover de last moet verplaatst worden, de stabiliteit van de last en de mogelijkheden om hierop een vaste greep te verkrijgen, de omgevingstemperatuur, ... Het gaat hierbij niet alleen om het tillen van voorwerpen, maar ook over het duwen en trekken van (al dan niet rollende) lasten. Het omgaan met personen met een beperkte mobiliteit vormt een afzonderlijke categorie: het verplaatsen van zorgbehoevende patiënten in instellingen van uiteenlopende aard, het optillen van kleuters in kinderkribben, ...;
2. het onderhevig zijn aan trillingen: hier is de duur van blootstelling, de grootte van de trillingen (gemeten in termen van amplitude of versnelling) en het aangrijpingspunt belangrijk om de schadelijkheid van de blootstelling in te schatten. Onderscheid kan hier gemaakt worden tussen globale lichaamstrillingen die vooral een impact zullen hebben op de rugbelasting (bv. veroorzaakt door het rijden met een vorkheftruck) en hand-arm-trillingen (bv. het werken met een drilboor);
3. ongunstige lichaamshoudingen: gewrichten worden het minst belast indien zij hun neutrale positie kunnen aanhouden. Afwijkingen hiervan (bv. tijdens het werken met de handen op of

boven schouderhoogte) zorgen voor een overmatige belasting en geven aldus aanleiding tot het ontstaan van letsels;
4. statische belastingen: zelfs neutrale posities kunnen door het blijvend aanhouden van de statische belasting tot vermoeidheid en verder overbelasting leiden (bv. de ontstentenis van houdingsverandering tijdens bepaalde kantoor- of controlewerkzaamheden);
5. repetitief, kortcyclisch werk, zoals lichte montage- of inpakarbeid, het werken met de muis of het langdurig intikken op een klavier;
6. het dragen van specifieke arbeidskledij of bepaalde persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals een patronenfiltermasker in een chemisch bedrijf of een loden schort in de afdeling Beeldvorming van een ziekenhuis;
7. mechanische druk op de ledematen, bijvoorbeeld door harde contacten (een klapbeweging met bv. een handwerktuig op een hard voorwerp), bij het gebruik van de hand als hamer of door het dragen van een voorwerp met scherpe randen.[8] Recent werd dit zogenaamde *hypothenar-hamer-syndroom* toegevoegd aan de lijst van beroepsziekten;[9]
8. bepaalde kenmerken van de ruimere arbeidsomgeving, zoals het werken in koude of tochtige omgevingen of op een moeilijk begaanbaar terrein wanneer lasten moeten worden verplaatst.

De vijf eerstgenoemde oorzaken zouden instaan voor veruit de grootste meerderheid van MSA: oorzaken 6, 7 en 8 worden daarom niet systematisch vernoemd in de literatuur als belangrijke causale factoren van een beroepsmatige belasting op het fysieke vlak.

Er bestaan bovendien voldoende aanwijzingen dat de psychosociale belasting en haar verschillende componenten een negatieve invloed uitoefenen op de aanwezigheid van musculoskeletale aandoeningen. Epidemiologisch onderzoek heeft aangetoond dat het werken onder tijdsdruk, bijvoorbeeld door de invoering van het *just-in-time* principe, een verzwarende factor betekent in de fysieke belasting van de betrokkenen. Eén publicatie vat deze en aanverwante versterkende factoren als volgt samen (Woods & Buclke, 2002):
- gebrek aan sociale steun vanwege collega's, directe leidinggevenden en het hoger management. Deze parameter blijkt bijzonder zwaar door te wegen en wordt door auteurs beschouwd als een belangrijke *coping*-strategie wanneer overbelastingsrisico's aanwezig zijn (Woods, 2005);
- toegankelijkheid van gezondheidsinformatie;
- werkonzekerheid, tijdelijk werk en stukwerk;
- werk met een lage status, met andere woorden laagbetaalde en ongeschoolde arbeid;
- laag beroepsinkomen, hetgeen vaak gerelateerd is aan bijvoorbeeld de woonomstandigheden, het opleidingsniveau, het voedingspatroon en dergelijke.

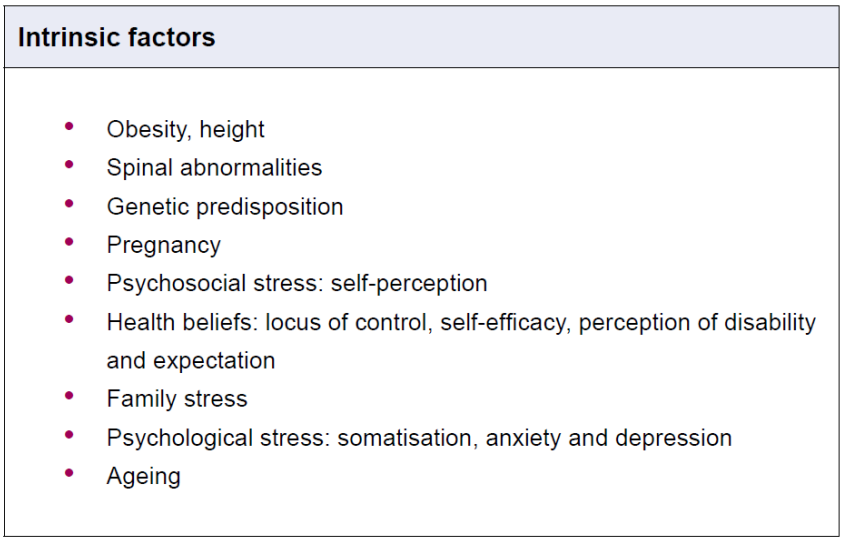
Vaak gaat het in deze studies om louter statistische verbanden tussen deze factoren en de prevalentie van musculoskeletale aandoeningen waarbij de impact van de taakinhoud en de arbeidsomstandigheden zelf nogal buiten beeld blijft. Bovendien blijft het, ondanks de relatief belangrijke omvang van dergelijk onderzoeksmateriaal, onduidelijk welke precies de causale verbanden zijn tussen werkgerelateerde psychosociale risico's en MSA. Alleszins zou uit diverse onderzoeken kunnen worden besloten dat een goede sociale steun mag worden beschouwd als een beschermingsfactor tegen MSA (Lang et al., 2012).

8 http://www.beswic.be/nl/topics/ergonomie/ergonomie-op-de-werkplek-algemeen/risicofactoren-voor-musculoskeletale-aandoeningen.

9 KB van 21 december 2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling en tot vaststelling van de criteria waaraan de blootstelling aan het beroepsrisico voor sommige van deze ziekten moet voldoen.

Een derde groep van veroorzakende factoren, naast de taakinhoud en de omgevingsfactoren, is gebonden aan het individu: ouderdom, obesitas, eventuele voorafbestaande musculoskeletale aandoeningen, de algemene gezondheidstoestand en de wijze waarop het individu hiermee omgaat, ... Eén bepaalde publicatie vat deze, 'intrinsiek' genoemde, determinanten als volgt samen:

Figuur 2.2 **Intrinsieke risicofactoren voor niet-specifieke MSA**



Bron S. Bevan et al., 2009

Over de invloed van het geslacht bestaat vooralsnog enige onduidelijkheid: meer onderzoek zou nodig zijn om effectief uit te maken of de prevalentie van musculoskeletale klachten verschilt tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers met vergelijkbare kenmerken die hetzelfde soort werk uitoefenen (Messing, 2009).

Er bestaat ook een rechtstreeks verband tussen de prevalentie van klachten over spier-pees-botletsels en de duur van de blootstelling aan bedreigende factoren: in drie grotere Belgische ondernemingen werd een duidelijke relatie teruggevonden tussen enerzijds het melden van spierpijnen en het formuleren van klachten over MSA en anderzijds de anciënniteit op de betrokken arbeidsposten.[10]

Het is onduidelijk of er nog een vierde categorie oorzakelijke verbanden moet worden geïdentificeerd, namelijk de arbeidstijdregeling. Het lijkt aannemelijk dat het herhaald presteren van overuren, het werken in ploegen of het leveren van aanvullend weekendwerk de tijd beperkt die beschikbaar is voor het herstel van het lichamelijk en geestelijk evenwicht en dus zou kunnen leiden tot een verhoogde kans op MSA. Een reviewstudie van 23 gevalideerde studies over deze thematiek (Carusa & Waters, 2008) leverde een erg wisselend beeld op en laat vooralsnog geen duidelijke conclusies toe. Wel staat het uiteraard vast dat één van de preventieve maatregelen op het vlak van spier-pees-botletsels bestaat in het beperken van de blootstellingsduur aan risicohoudende activiteiten. Het beperken van de arbeidsduur voor lichamelijk zware beroepen (zoals poetspersoneel), het invoeren van extra rustpauzes of het opleggen van een rotatiestelsel waarbij het uitvoeren van belastende werkzaamheden wordt verdeeld over meerdere personen, moeten wel degelijk worden beschouwd als belangrijke interventiecategorieën.

10 Recherche-Action en pays de Charleroi: "Les troubles musculo-squelettiques", Brochure opgesteld in het kader van la Journée Mondiale pour la Santé et la Sécurité au Travail, 28 april 2010.

In het algemeen kan worden besloten dat, ondanks het indrukwekkende aantal studies over (werkgerelateerde) lagerugpijnen en musculoskeletale aandoeningen van de bovenste ledematen, er onzekerheid (en zelfs controverse) blijft over de omvang en de etiologie van deze problematiek, het relatieve aandeel van arbeidsgebonden risicofactoren op dit vlak, de medische criteria die worden gehanteerd om de aandoeningen te diagnosticeren, de effectiviteit van de toegepaste behandelingsmethoden en (zie verder in het vervolg van dit hoofdstuk) de te hanteren strategieën voor interventie en voorkoming (Hagberg et al., 2012). Het mag alleszins als vaststaand beschouwd worden dat musculoskeletale aandoeningen *multicausaal en cumulatief* zijn: aan de basis van MSA liggen zowel individuele gevoeligheden als een breed gamma van uiteenlopende veroorzakende factoren uit de arbeidsomgeving. Bovendien bestaat er een verband tussen de prevalentie van klachten en de gecumuleerde blootstellingsduur.

2.2 Afbakening van het onderzoeksdomein: welke interventies worden niet mee opgenomen?

Het is noodzakelijk om enige begrenzingen aan te leggen bij het definiëren van interventies die in het verdere verloop van het onderzoek zullen worden meegenomen. Deze paragraaf handelt over interventies die niet zullen worden meegenomen in de analyses behorende tot de verschillende onderzoeksfasen.

Bij het uitsluiten van bepaalde interventiecategorieën wordt alvast geen rekening gehouden met de zogenaamde *preventiehiërarchie*. De theorie van de preventiehiërarchie, die overigens ook in de Belgische reglementering voorkomt,[11] maakt traditioneel een onderscheid tussen preventiemaatregelen volgens 3 afnemende graden van effectiviteit:

1. *primaire preventie*: maatregelen die tot doel hebben risico's te voorkomen (de tussenkomst van een preventieadviseur tijdens het opstellen van de bestelbon voor een nieuwe machine);
2. *secundaire preventie*: maatregelen die tot doel hebben schade te voorkomen (het verstrekken van richtlijnen voor de bediening van een risicodragende machine);
3. *tertiaire preventie*: maatregelen die tot doel hebben schade te beperken (het voorzien van een noodstop op een machine).

Er kan *a priori* niet worden gesteld dat alleen acties behorende tot de primaire of secundaire preventie opgenomen kunnen worden als *echte* preventieve interventies. Elke actie die tot doel heeft menselijke schade te voorkomen of te beperken op gelijk welk vlak, verdient het te worden beschouwd als een valabele preventieve/correctieve interventie. Zo zijn het opleiden van nijverheidshelpers belast met het verstrekken van eerste geneeskundige zorgen of het aanbieden van aangepast werk aan een verpleegkundige met chronische rugklachten duidelijk interventies die behoren tot de tertiaire preventie, maar dit impliceert niet dat een dergelijke benadering niet kan beschouwd worden als een gefundeerd, zo niet onmisbaar, onderdeel van een performant beleid.

Wel gaat het hier over interventiecategorieën in hoofde van de werkgever, met andere woorden acties ondernomen in het kader van een ondernemingsbeleid – los van het feit van wie deze acties uitgingen: de werknemers of hun afgevaardigden, de bedrijfsleiding of de hiërarchische lijn, de interne of externe preventiedienst. Interventies uitgevoerd door de curatieve sector (een beroep op een behandelend geneesheer na een verwonding, de ondersteuning van een psychotherapeut voor een werknemer met levensvragen, de tussenkomst van een kinesitherapeut na rugklachten) vallen buiten de verantwoordelijkheid van de onderneming en komen dus per definitie niet in aanmerking

11 Codex, Titel I, hoofdstuk II, art. 9.

als een interventiecategorie binnen de opzet van dit onderzoek, hoe valabel deze interventies ook mogen zijn.

2.2.1 MSA te wijten aan mechanische trillingen

Zowel hand-armtrillingen als lichaamstrillingen (meestal *whole body vibrations* genoemd) kunnen diverse vormen van lichamelijke schade veroorzaken, in hoofdzaak op het musculoskeletale vlak (Bovenzi & Hulsof, 2007). Zowel de analyse van het risico als het uitwerken en toepassen van preventieve of correctieve maatregelen behoren evenwel eerder tot het vakgebied van de arbeidshygiëne: een risico-evaluatie gaat meestal gepaard met het uitvoeren van gespecialiseerde trillingsmetingen, en te nemen maatregelen leiden veelal tot het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen of het dempen van de trillingen via mechanische ingrepen. Gezien het specifieke karakter wordt er voor geopteerd om musculoskeletale aandoeningen te wijten aan een overmatige blootstelling van hand-arm- of lichaamstrillingen niet mee te nemen in onderhavige onderzoeksopzet.

2.2.2 Het aanbod van curatieve dienstverlening

Net zoals dit voor PSR geldt (zie infra onder hoofdstuk 3), faciliteren sommige werkgevers de toegang tot de curatieve sector door bijvoorbeeld kinesitherapeutische sessies te subsidiëren. Deze tegemoetkomingen kunnen gelden voor het ganse personeel of voor enkelingen met een verleden van MSA. Het gaat hier in de eerste plaats om activiteiten ressorterend onder het begrip 'tertiaire preventie'; zij vallen als dusdanig niet onder het opzet van deze studieopdracht.

Nochtans blijken er door ergonomen op het vlak van tertiaire preventie in toenemende mate interventies uitgevoerd te worden, dank zij het rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten. Dit programma voorziet in een preventieprogramma voor lagerugpijn en omvat een revalidatieprogramma voor de rug, uit te voeren door de curatieve sector, en daarnaast ergonomische interventies op de werkplek, zoals een individuele opleiding of een risicoanalyse van de betrokken arbeidspost.[12] Het programma is geaxeerd op werknemers die eerder al uitvielen wegens klachten over lagerugpijn.[13] Er wordt voorgesteld acties in dit kader niet te behandelen als een afzonderlijke interventiecategorie. Wel werd bij de werkeenheden Ergonomie van de externe preventiediensten gepeild naar het belang van deze opportuniteit (zie hoofdstuk 4), in het achterhoofd houdende dat deze aanpak eerder ressorteert onder het begrip *tertiaire preventie*.

2.2.3 De bevordering van lichamelijke fitheid

Sommige ondernemingen bevorderen de deelname van hun werknemers aan diverse initiatieven ter bevordering van de algemene fitheid. Zij voorzien bijvoorbeeld in een financiële tegemoetkoming voor werknemers die zich inschrijven in fitnessclubs. Hier en daar zijn er zelfs werkgevers die een eigen fitnesscentrum creëren op hun bedrijfsterrein, waartoe de personeelsleden vrijelijk toegang hebben. Het is immers bewezen dat een betere fysieke conditie, naast het feit dat deze een verbetering van de algemene gezondheidstoestand te zien geeft, specifiek bijdraagt tot het onder controle houden van MSA (Vuori, 2011). De meeste bedrijven gaan fitheidsinitiatieven echter vooral koppelen aan de bevordering van de algemene gezondheid, zonder dat dit specifiek wordt gezien als een gerichte interventiecategorie met betrekking tot het voorkomen van mogelijke musculoskeletale aandoeningen. Voor wat betreft de secundaire preventie, gaat fysieke activiteit wel als specifieke

12 https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/citizen/displayThema/health/SANTH_3/PROTH_7_5/PROTH_7_5_4/PROTH_7_5_4_1.xml.

13 Het is onzeker of het Fonds voor Beroepsziekten middelen op langere termijn voor deze benadering zal blijven vrijstellen.

therapie gehanteerd worden, doch buiten de bedrijfscontext. Hierom kunnen dergelijke initiatieven niet worden beschouwd als ressorterend onder de onderzoeksopzet (Van Tulder et al., 1997).

2.2.4 Arbeidsgeneeskundige onderzoeken en andere evaluatieprocedures van de arbeidsgeschiktheid

Eén van de redenen voor onderworpenheid aan het gezondheidstoezicht door de arbeidsgeneesheer is het uitvoeren van activiteiten waarvoor 'uit de resultaten van de risicoanalyse, het bestaan blijkt van (...) een verband tussen de blootstelling aan een belasting van ergonomische aard of die verbonden is aan de zwaarte van het werk of aan monotoon en tempogebonden werk en een identificeerbaar risico op een fysieke of mentale werkbelasting voor de werknemer'.[14] Bovendien kunnen deze werknemers uit eigen beweging deze problematiek aankaarten door gebruikmaking van het recht op de zogenaamde *spontane consultaties*. Uit de literatuur blijkt evenwel dat dergelijke medische preventieve onderzoeken een beperkte predictieve waarde hebben: er bestaat geen wetenschappelijke evidentie die de arbeidsgeneesheer toelaat te voorspellen welke personen het meest kwetsbaar zijn voor MSA (Simoneau et al., 2013).

Het is onbetwistbaar dat de arbeidsgeneesheer een belangrijke signaalfunctie heeft wanneer musculoskeletale aandoeningen worden vastgesteld tijdens het gezondheidstoezicht. In dergelijke gevallen zal de betrokken werknemer eventueel worden doorverwezen naar de curatieve sector. Het gaat hier om een individuele benadering die ongetwijfeld een belangrijke waarde heeft, doch deze doorverwijsfunctie is op zichzelf geen interventie met een impact op de fysieke arbeidsomstandigheden. Het gezondheidstoezicht wordt derhalve niet meegenomen in de scope van deze studie. Dit belet niet dat de arbeidsgeneesheer een spilfiguur kan zijn in allerhande gestructureerde acties op dit vlak. Aan de betrokkenheid van de bedrijfsarts en de wijze waarop deze tussenkomt zal, in het onderzoek naar het functioneren van de EDPB's en in de gevallenstudies, dan ook de nodige aandacht geschonken worden.

2.2.5 Het uitvoeren van een risicoanalyse

Het louter uitvoeren van een risicoanalyse kan niet beschouwd worden als een interventiecategorie op zichzelf. Eerder is een risicoanalyse, van gelijk welke aard dan ook, de beginfase in een geheel van geconcerteerde acties die mogelijkerwijze bijdraagt tot het succes ervan. Zonder in te gaan op de details, bestaan er op het vlak van de ergonomie diverse risicoanalysemethodieken die kunnen onderverdeeld worden in verschillende categorieën naargelang het standpunt.

1. Participatieve methoden versus expertbenaderingen
   De participatieve benadering bestaat in hoofdzaak uit schriftelijke vragenlijsten gericht op individuele en werkgebonden factoren (Malchaire et al., 2002), of het toepassen van algemene participatieve screeningsmethoden te hanteren in kleinere groepen of werkeenheden (bv. de DIP-methode, SOBANE). Expertmethoden (bv. NIOSH, OCRA) vergen daarentegen de inzet van een observator die beschikt over een specialistische kennis van en ervaring met standaard analysemethoden die gewoonlijk een mengeling van objectieve en subjectieve criteria hanteren. De meeste van deze laatste methoden leiden tot het bepalen van een score, die leidt tot een indeling in risicocategorieën (bv. aanvaardbaar, te verbeteren op de middellange termijn, onaanvaardbaar). In bepaalde gevallen gebeurt de evaluatie op basis van videobeelden omdat een nauwkeurige observatie en meting van diverse parameters zoals afstanden en hoogten noodzakelijk zijn. Uiteraard bestaan er vele tussenformules, die traditioneel de vorm aannemen van checklists die vaak reeds kunnen gehanteerd worden na een beperkte inoefentijd (zoals de KIM-methode,

14 KB van 23/03/1998 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers, Codex, Titel IX, hoofdstuk I.

ontwikkeld door het *Senior Labour Inspectors Committee,* om een eerste toetsing uit te voeren van risico's verbonden met het manueel hanteren van lasten).[15]

2. Generieke versus specialistische methoden
   Sommige benaderingen richten zich tot meerdere lichaamsdelen en meerdere risicofactoren (zoals de Kemmlert- of de OWAS-methode), terwijl er voor specifieke belastingen geëigende methoden ontwikkeld worden met een nauw omschreven toepassingsgebied: de OCRA-methode voor de repetitieve belasting van de bovenste ledematen zoals fijnmechanisch montagewerk, de NIOSH-methode voor het bepalen van het aanbevolen gewicht dat maximaal mag getild worden, de FIFARIM-methode voor de algemene behandeling van lasten, enz.
3. Het gebruik van metingen, zoals het kwantificeren van de nodige kracht bij het duwen of trekken van een last door middel van een dynamometer of het meten van spierspanningen door het opnemen van een electromyogram.

In het kader van onderhavig onderzoek zal worden nagegaan welke risicoanalysemethodieken gehanteerd worden door de EDPB's en op welke deelgebieden van de lichamelijke belasting zij van toepassing zijn. Zij kunnen, zoals ook in het volgende hoofdstuk geargumenteerd, evenwel niet beschouwd worden als een interventiecategorie op zich.

2.2.6 Maatregelen ter beperking van de psychosociale belasting

Er blijkt een duidelijke interferentie tussen MSA en PSR (zie onder meer Hämmig, 2012). Maatregelen die zich eerder richten op het beperken van de psychosociale belasting kunnen derhalve verondersteld worden mede een positieve impact te hebben op spier-pees-botaandoeningen. Aangezien het zelden de bedoeling is om via interventies ter voorkoming of beperking van stress, musculoskeletale aandoeningen te voorkomen, zullen deze interventiecategorieën, die overigens beschreven werden in het volgende hoofdstuk, niet meegenomen worden als afzonderlijke interventiecategorieën. Hoogstens kan worden gesteld dat de invloed van stressbeheersingsmethodieken op de lichamelijke conditie van de werknemer op zijn best kan worden beschouwd als een mogelijkerwijze positief neveneffect (Lang et al., 2012). "Stress appears to be a mediating variable that contributes to the development of musculoskeletal disorders" (Jones, 2009), doch de relatie is allesbehalve eenduidig (zie o.m. Vandergrift et al., 2010).

2.3 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens focus

In het algemeen worden de risicofactoren met betrekking tot MSA onderverdeeld in twee hoofdcategorieën. De eerste categorie heeft betrekking op het *individu* op de arbeidsplaats. In eerste instantie gaat het hier om de wijze waarop deze de uit te voeren taken tot een goed einde brengt, onder meer door het correcte gebruik van hulpmiddelen, het onderhouden van de lichamelijke conditie en het toepassen van bijvoorbeeld rugbesparende tiltechnieken op en buiten de arbeidsplaats. Maar ook de lichamelijke en persoonlijkheidskenmerken van de individuele werknemer kunnen hierbij in beeld komen. Een tweede categorie viseert de risicofactoren op het niveau van de *taak*: de taakinhoud (bv. de mate waarin de job machinegebonden is), de vormgeving van de werkpost, de beschikbaarheid van diverse hulpmiddelen en individuele beschermingsmiddelen; en natuurlijk spelen ook de arbeidsomgeving en de arbeidsorganisatie een belangrijke rol.

Het is bijgevolg logisch dat, inzake het voorkomen en beperken van de lichamelijke belasting, er twee grote benaderingswijzen worden onderscheiden. In de eerste plaats onderscheiden we de

15 http://www.handlingloads.eu/en/site/px_en-KIM-LHC-ac.pdf.

interventies die op de *werknemer* zelf gericht zijn, hetzij individueel of collectief; zij zijn nagenoeg altijd geaxeerd op bepaalde categorieën werknemers (anders dan bv. bepaalde interventies op het vlak van de PSR), in functie van de aard van het specifieke risico op MSA. De andere benadering viseert maatregelen die eerder een *structurele* aanpak van de problematiek beogen. Zij kunnen onderverdeeld worden in ingrepen die zich richten tot de materiële vormgeving van de arbeidsplek, met inbegrip van het gebruik van hulpmiddelen van allerlei aard en maatregelen die betrekking hebben op de organisatie van het werk, met inbegrip van ingrepen op het vlak van de arbeidsomgeving.

Een groot aantal auteurs, wellicht de meerderheid, komen op deze wijze tot drie hoofdcategorieën van interventies (Denis et al., 2005):

1. tussenkomsten op het vlak van de vormgeving van de arbeidspost: 'Interventions de type ingénierie: transformations des aspects techniques: outils, machines, environnement physique';
2. tussenkomsten op het vlak van de arbeidsorganisatie en van procedures: 'Interventions de type administratives, qui touchent aux aspects organisationnels: politiques, procédures';
3. gedragsmatige tussenkomsten: 'Interventions de type comportementales ou centrées sur le travailleur: méthode de travail, formation, équipement de protection personnelle'.

De concrete methodieken die in de verschillende benaderingscategorieën worden gehanteerd, zullen in het vervolg van deze paragraaf worden samengevat. Overigens is het zo dat vele auteurs de verschillende vormen van interventies niet onderverdelen in subcategorieën. Zij lijsten gewoon een hele reeks acties op, waarbij combinaties van acties (bv. het geven van een opleiding over het toepassen van tiltechnieken gekoppeld aan een vermindering van het gewicht van de te tillen lasten) als een aparte interventiecategorie worden gecatalogeerd.

Verder dient er op gewezen te worden dat, conform art. 5 van de Welzijnswet, ondernemingen in de eerste plaats risico's bij de bron moeten aanpakken, en het inwerken op het menselijk gedrag op een lager trapje staat in de voorgeschreven preventiehiërarchie.

2.3.1 Interventiecategorieën geaxeerd op menselijk gedrag

2.3.1.1 Het aanleren van spierversterkende oefeningen en relaxatietechnieken

Een ergonomische benadering die in de literatuur belangrijk wordt geacht doch niet noodzakelijk overal voorkomt als een aparte interventiecategorie, is de aandacht die men schenkt aan oefeningen (Hechoz & SA Kai-Lik So, 2008). Deze variëren van het verbeteren van de fysieke fitheid (cardiovasculaire training), het aanleren van stretch- en krachtoefeningen voor rug- en buikspieren tot relaxatie van de belaste spiergroepen.

De bedoeling van dergelijke oefeningen is het verhogen van de bloedtoevoer naar de spieren, de gewrichten en de disci, wat het herstel van het letsel bevordert. Bovendien zouden oefeningen de gemoedstoestand en het zelfvertrouwen verbeteren, zodat op een andere manier met overlast wordt omgegaan (Linton & Van Tulder, 2001).

In vele gevallen worden deze benaderingen als een complement gezien van opleidingen inzake het concrete toepassen van tiltechnieken of het aannemen van ergonomisch aanvaardbare werkhoudingen. Grosso modo 1/3 van de lesgevers/animatoren die dergelijke technieken aanleren, besteedt evenwel geen aandacht aan dergelijke oefeningen, noch wordt algemene fysieke fitheid gestimuleerd (De Preter et al., 2010).

2.3.1.2 Cognitief-gedragsmatige behandeling

In tegenstelling tot het aanleren van relaxatietechnieken of het aanleren van spierversterkende oefeningen, die eerder aspecifiek zijn met betrekking tot arbeidsomstandigheden, richt de cognitief-gedragsmatige behandeling zich op de eigen kenmerken van de arbeidssituatie. Deze aanpak richt zich in de eerste plaats tot het omgaan met psychische stressoren (zie het volgende hoofdstuk), maar heeft ook een plaats in de strijd tegen MSA. In meerderheid gaat het hier om *biofeedback training*. Biofeedback heeft als bedoeling lichamelijke reacties waarvan men zich doorgaans niet bewust is, kenbaar te maken. Een blootstelling aan biomechanische risico's gaat bijvoorbeeld vaak samen met een verhoogde spierspanning of hartslag. Met speciale apparatuur kan men deze activiteit omzetten in bepaalde signalen (bijvoorbeeld een toon die in hoogte varieert) die aan een patiënt worden aangeboden. Daardoor wordt het makkelijker deze activiteit te controleren, bijvoorbeeld met als doel het activatieniveau te verlagen en bepaalde spiergroepen minder te belasten.

De bekendste vorm van biofeedback is de myofeedback (Booiman et al., 2008) (SEMG of oppervlakte-emg-feedback), het meten van de spanning in de spieren. Toepassingsmogelijkheden zijn het leren ontspannen van te hypertone (en vaak pijnlijke) spieren, het weer leren krachtig aan te spannen van spieren na een letsel of het optimaliseren van een bewegingspatroon, het aan de patiënt leren voelen van onnodig gebruik van spieren die niet noodzakelijk zijn voor de beweging. Belangrijk is het controleren van de ontspanning van de spier voordat reactivering van de spier gevraagd wordt, omdat in veel gevallen zowel de patiënt als de therapeut zich niet bewust is of de spier volledig ontspannen is. Naast klinische toepassingen kan myofeedback evenzeer in werkomstandigheden gebruikt worden om de gewenste spiertonus te benadrukken tijdens de handelingen. Een andere mogelijkheid is het gebruik ervan als signaalfunctie: aangeven wanneer er wordt afgeweken van een normale *range* van neutrale houdingen.

2.3.1.3 Opleidingen

Voor het huidig wetgevend kader verwijzen we naar het KB van 12 augustus 1993 aangaande het manueel hanteren van lasten. In dit besluit staat specifiek vermeld dat de werknemers in kennis gesteld moeten worden van de risico's verbonden aan het manueel hanteren van lasten en de maatregelen die in dit kader genomen zijn. Ze moeten ook ingelicht en opgeleid worden over:

- het correct hanteren van lasten;
- de risico's door het technisch verkeerd uitvoeren van de taken;
- de risico's die verband houden met hun fysieke conditie, het dragen van een verkeerde uitrusting en onvoldoende of onaangepaste kennis.

Op deze drie punten na worden geen verdere specifieke eisen gesteld aan de opleiding. De werkgever kan dus zelf kiezen waaruit een dergelijke opleiding bestaat (de verhouding theorie versus praktijk kan dus wisselend zijn, hoelang deze duurt, hoe frequent deze wordt herhaald, ...). Het risico bestaat dan ook dat de kwaliteit van bepaalde opleidingen ondermaats dreigt uit te vallen, en worden gebruikt als een substituut voor een structurele aanpak (De Preter et al., 2010).

Het aanleren van spierversterkende oefeningen en het gebruik van relaxatietechnieken maken vaak een geïntegreerd deel uit van dit soort opleidingen. Daarnaast worden de deelnemers vaak in de gelegenheid gesteld om, na een eerder theoretische uiteenzetting, de voorgestelde technieken concreet in te oefenen in een gesimuleerde omgeving of op de werkplek zelf.

Overigens is het zo dat er geen universele overeenkomst bestaat over welke technieken in verschillende situaties de correcte zijn; de visie hierop blijkt vaak aan evolutie onderhevig (Burton et al., 2006).

2.3.1.4 Individuele bijsturingen op de werkplek

Deze opleidingssessies worden typisch gegeven aan werknemers die eerder in de gelegenheid gesteld werden om groepsgewijze opleidingen bij te wonen inzake het tillen van lasten of het aannemen van een correcte werkhouding. Het gaat hier om een soort vervolgopleidingen waarin men periodiek of eenmalig wil nagaan in welke mate de werknemers het geleerde hebben verwerkt en in de praktijk brengen. Deze benadering vormt overigens een onderdeel van het hierboven aangehaalde rugpreventieprogramma van het Fonds voor Beroepsziekten.

2.3.1.5 Het gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen

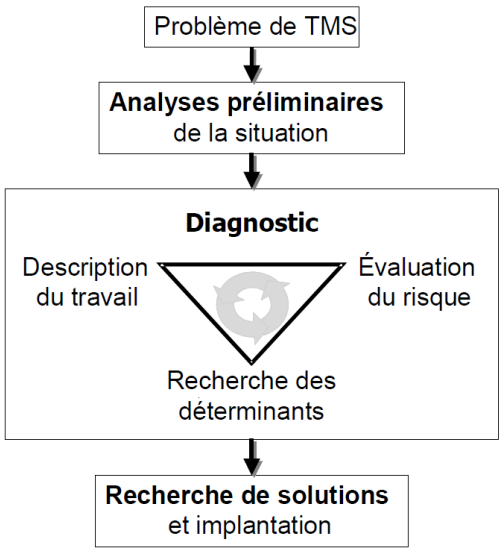
Voor specifieke deelproblematieken kan het dragen van persoonlijke beschermingsmiddelen enigermate soelaas bieden wanneer er een risico bestaat op musculoskeletale letsels. Een voorbeeld: het dragen van kniebeschermers door bouwvakkers bij het vloeren.

2.3.2 Interventiecategorieën gericht op de vormgeving van de arbeidsplaats

Onder deze rubriek situeren zich diverse ingrepen, die op heel diverse manier kunnen worden ondergebracht in een samenhangend geheel van subcategorieën. Zo kan er een onderscheid gemaakt worden tussen acties die inwerken op houdingen, op krachten, op repetitiviteit en op mechanische belasting. Maar ook andere interventiecategorieën zijn denkbaar.

De literatuur blijft overigens eerder algemeen over de verschillende interventiestrategieën die kunnen/moeten worden gehanteerd wanneer men de vormgeving van de arbeidspost wil aanpassen: meestal blijft men steken bij een schema als het onderstaande, waarbij het laatste blokje erg vaag wordt ingevuld.

Figuur 2.3 Voorstelling van het traditionele interventiemodel inzake MSA (Denis D, 2005)



Bron: Denis et al., 2005

Wellicht is dit ook onvermijdelijk. Elke ergonomische oplossing verwijst naar een specifieke problematiek (fijnmechanische montage? duwen en trekken? tillen van lasten?) waarvan de belasting sterk kan variëren overheen de werkdag, ingebed in een specifieke arbeidscontext, en waarbij ook de individualiteit van de betrokken werknemer (in de eerste plaats diens lichaamskenmerken) een belangrijke rol speelt. Het lijstje van in de praktijk gebrachte of te brengen benaderingen zou een

oeverloze opsomming zijn (die overigens in de literatuur zelden terug te vinden is in zijn algemeenheid).

Daarnaast ontbreekt in figuur 2.3 een evaluatiemoment dat, op basis van outputparameters of een nieuwe risicoanalyse, een indicatie geeft over het welslagen van de actie en de noodzaak om, conform de bekende Deming-cirkel,[16] al dan niet over te gaan tot verdere bijsturingen.

Op basis van praktijkvoorbeelden zou een enigszins rudimentaire onderverdeling rekening kunnen houden met het feit of er al dan niet aan de *vormgeving van de arbeidspost* geraakt wordt (zoals het beperken van de grijphoogte wanneer onderdelen uit een rek worden gehaald), of er al dan niet een beroep wordt gedaan op *extra hulpmiddelen* (bv. het verend ophangen van een pneumatisch aangedreven werktuig aan een montagelijn voor rollend materieel) of het voorzien van *houdingsondersteuning*, zoals het aanschaffen van sta-zitstoelen bij fijnmechanische montage.

2.3.3 Interventiecategorieën gericht op de arbeidsorganisatie

In de praktijk is het vaak moeilijk deze interventiecategorie volledig te scheiden van de vorige: een herziening van de arbeidsorganisatie leidt al snel tot een fysische aanpassing van de arbeidspost. In de praktijk lijken hier twee subcategorieën te kunnen onderscheiden worden:

- het beperken van de blootstellingsduur aan het risico door bijvoorbeeld de werknemer te laten roteren overheen diverse taken die gekenmerkt worden door een andere lichamelijke belasting, ofwel simpelweg de arbeidsduur in zijn geheel te beperken;[17]
- het ingrijpen in de fysieke arbeidsomgeving: het uitbannen van niveauverschillen of het verharden en stabiliseren van de ondergrond wanneer lasten moeten gedragen worden over een bepaalde afstand. Het installeren van een volledig nieuwe machine zou, met enige goede wil, ook kunnen worden gecatalogeerd onder deze rubriek.

2.4 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens de preventiehiërarchie

We gaven reeds aan dat preventieve acties kunnen ingedeeld worden in primaire preventie (maatregelen die tot doel hebben risico's te voorkomen), secundaire preventie (maatregelen die tot doel hebben schade te voorkomen) en tertiaire preventie (maatregelen die tot doel hebben (verdere) schade te beperken).

Activiteiten die ressorteren onder de tertiaire preventie hebben, ook in het domein van de fysieke belasting, eerder een curatief dan een preventief karakter. Nochtans kunnen deze maatregelen vele personeelsleden die in het verleden getroffen werden door MSA aan het werk houden. Zonder onmiddellijk de term *disability management* te hanteren, gaat het hier om het verlenen van aangepast werk, bijvoorbeeld door de werknemer in een andere functie tewerk te stellen of de werkpost ingrijpend aan te passen. Een dergelijke actie, ook al geldt ze maar voor één enkele werknemer, kan zeker beschouwd worden als een belangrijke interventiecategorie.

Net zoals dit met PSR het geval is (zie tabel 3.3 in het volgende hoofdstuk), kunnen beide voorgaande criteria (focus en preventiehiërarchie) gecombineerd worden in een overzichtstabel als tabel 2.2.

16 De Deming-cirkel is het basisprincipe waarop nagenoeg alle formele managementsystemen gebaseerd worden. Deze benadering verwierf wereldwijde bekendheid in het kader van de integrale kwaliteitszorg, waarbij '*continuous improvement*' centraal staat en in dit kader rigoureus acties moeten worden aangestuurd vanuit een logische volgorde: 'Plan, Do, Check, Act'.

17 Zo zijn sommige schoonmaakfirma's geneigd om nieuw aangeworven werknemers zonder poetservaring slechts een deeltijdse arbeidsovereenkomst aan te bieden omdat het werk als fysiek zwaar wordt beschouwd (Van Peteghem et al., 2011).

Tabel 2.2 Model ter categorisering van interventies ter beheersing van musculoskeletale aandoeningen

Niveau	Primair	Secundair	Tertiair
Gericht op de organisatie	bv. het terugbrengen van het gewicht van de te tillen lasten tot een aanvaardbaar niveau	bv. het gebruik van steeklakens en mechanische tilhulpen in de verzorgingssector	bv. het beperken van de blootstellingsduur aan musculoskeletale risico's bij kwetsbare werknemers
Individueel gericht	bv. het medisch onderzoek voorafgaand aan aanwerving	bv. het inzetten van collectieve beschermingsmiddelen: verend ophangen van zware handwerktuigen bij bandwerk	bv. het aanleren van spierversterkende oefeningen en het gebruik van relaxatietechnieken

Om een zo gelijklopende onderverdeling te bekomen met interventiecategorieën inzake PSR (zie volgend hoofdstuk) zal de onderverdeling van interventiecategorieën in primair, secundair en tertiair niet aangehouden worden in onderhavig onderzoek.

2.5 Onderverdeling van interventiecategorieën op basis van de risicofactoren

Een voorlaatste mogelijk schema van interventiecategorieën ter bestrijding van MSA is gebaseerd op de risicofactoren (ACV, 2001). Een dergelijke indeling kan er als volgt uitzien.

1. Inwerken op biomechanische factoren
    - 1.1 Houding: aanpassing hoogte werkblad of arbeidsmiddel, te hanteren last dichter bij de werknemer brengen, gereedschap zo ontwerpen dat het op ergonomische manier gebruikt kan worden, positie van werknemer ten aanzien van machine of gereedschap wijzigen
    - 1.2 Kracht: gewicht van lasten of gereedschappen verminderen, de grip op gereedschappen en onderdelen verbeteren, grootte en vorm van lasten optimaliseren, keuze van aangepaste handschoenen
    - 1.3 Repetitiviteit: mechanische hulpmiddelen gebruiken, automatisatie van bepaalde taken
    - 1.4 Mechanische belasting: minder trillende gereedschappen kiezen; dempende of isolerende materialen gebruiken, snelheid van gereedschap aanpassen om trillingen te vermijden, de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken, scherpe hoeken en kanten vermijden, steunkussentjes gebruiken
2. Arbeidsorganisatie
    - 2.1 De functies meer afwisselend maken (risicovolle en minder risicovolle taken combineren)
    - 2.2 Jobrotatie
    - 2.3 Invoeren van meer korte rustperiodes
    - 2.4 Tempogebonden arbeid terugdringen
    - 2.5 Overuren vermijden
    - 2.6 Stukloon en productiepremies vermijden
3. Psychosociale factoren
    - 3.1 Meer controle van de werknemer over werktempo en werkorganisatie
    - 3.2 Betere verdeling van de arbeidsbelasting over de werkdag
    - 3.3 Verbetering van het overleg in de onderneming op het vlak van het welzijn op het werk
    - 3.4 De werknemers betrekken bij het zoeken naar preventiemaatregelen en het aanpassen van de werkpost
    - 3.5 Verruiming van de taken
4. Arbeidsomgeving
    - 4.1 De bewegingsruimte verbeteren

4.2 Betere controle van het klimaat: temperatuur, vochtigheid, verlichting
4.3 Bestrijden van lawaaihinder.

2.6 Onderverdeling van interventiecategorieën op basis van de activiteitssector

Een laatste indeling van ergonomische interventies in niches wordt vaak gemaakt in functie van de activiteitssector. Zo spreekt men in professionele middens van ergonomen vaak over kantoorergonomie (het instellen van het zitmeubilair, het ter beschikking stellen van alternatieve toetsenborden, het invoeren van een polssteun bij beeldschermwerk), ergonomie in de zorgsector (waar het voornamelijk gaat over het toepassen van verplaatsingstechnieken bij patiënten, al dan niet gepaard gaande met het invoeren van specifieke hulpmiddelen) en industriële ergonomie, waar de aandacht vooral gaat naar de vormgeving, de inrichting en de inplanting van machinegebonden arbeidsposten.

2.7 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van de musculoskeletale belasting

Op basis van het hierbovenstaande geven wij in tabel 2.3 een exhaustief overzicht van de voor onderhavig onderzoeksproject van belang zijnde interventiecategorieën, waarbij eerst de collectieve maatregelen die inwerken op de arbeidspost en de arbeidsorganisatie aan bod komen en vervolgens de interventies die inwerken op de individuele werknemer.

Er weze herhaald dat, zeker bij ergonomische benaderingen, veelal meerdere invalshoeken simultaan of achtereenvolgens worden gehanteerd. Nog minder dan op het vlak van de psychosociale risico's, beperkt men zich bij het remediëren van fysieke overbelastingsrisico's dus tot één enkele interventiecategorie. Hoofdstuk 6 van onderhavig onderzoeksrapport maakt dit ten overvloede duidelijk.

2.8 Literatuurgegevens met betrekking tot de effectiviteit van de verschillende benaderingen

Hoewel een literatuurstudie formeel geen deel uitmaakt van de onderzoeksopdracht, werden een aantal teksten bekeken die secundaire onderzoeksgegevens bevatten[18] op het vlak van de effectiviteit van de interventies op het vlak van MSA. Hieronder volgt een globale samenvatting.

Net zoals dit het geval is met psychosociale risico's, is het niet eenvoudig om effecten van structurele interventies op het vlak van MSA te beoordelen, aangezien methodologisch correct uitgevoerde effectiviteitsstudies (pre- en postonderzoeksmetingen, een behoorlijke controlegroep, een adequate gegevensanalyse) schaars zijn. Het is opvallend hoeveel onderzoeksresultaten in *review*-artikels aan de kant worden geschoven wegens een ingebouwde *bias* of andere methodologische tekortkomingen: een ietwat grondige inventaris van onderzoeken over de effecten van ergonomische ingrepen komt gemakkelijk tot enkele duizenden exemplaren, waarvan er slechts een paar tientallen overblijven die kwalitatief hoogstaand worden bevonden (Westgaard, 2010). Bovendien is het zo dat een groot deel van deze literatuur zich beperkt tot aandoeningen van nek en bovenste ledematen, en dan nog vaak in een beperkt aantal werkomgevingen (kantoren en zorginstellingen blijken opmerkelijk oververtegenwoordigd). Andere categorieën van lichamelijke belasting op de arbeidsplaats,

18 Bij literatuuronderzoek wordt in sommige gevallen gebruik gemaakt van secundaire gegevens. Dat zijn gegevens die al ergens aanwezig zijn of reeds beschikbaar zijn. Deze worden verzameld in secundair onderzoek of *desk research* (ook wel meta-onderzoek genoemd).

zoals staand werk en andere vormen van statische belasting, krijgen daarentegen nauwelijks aandacht.

Tabel 2.3 Overzicht van de in het onderzoek beschouwde interventiecategorieën op het vlak van de musculoskeletale risico's

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld
1. Op de arbeidsorganisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Het verbeteren van de begaanbaarheid van de arbeidsplaatsen, het beperken van de blootstelling aan lage temperaturen
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Het invoeren van een rotatiesysteem tussen de verschillende werkposten van een inpaklijn
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1. Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	Het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...)
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	Het gebruik van een 'stalen verpleegster' voor het verplaatsen van patiënten in zorginstellingen
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	De aankoop van kantoorstoelen met instelbare leuningen, bestemd voor arbeidsposten waar intensief aan beeldschermen wordt gewerkt
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/bewustmaking	Ophangen van affiches en verspreiden van brochures
	3.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies
	3.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde biofeedback-training
	3.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	Het organiseren van een vorm van rugschool voor groepen werknemers
	3.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	De aankoop van steungevend schoeisel voor het personeel van een grootkeuken
	3.6 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	Opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen

Een Canadese reviewstudie (Denis et al., 2005) stelt dan ook vast: "Malgré plusieurs tentatives pour rendre interprétables et comparables les résultats d'évaluation des impacts présentés dans les différentes études, nous en arrivons à la conclusion que la diversité des designs, des catégories de variables et outils utilisés rendent quasi impossible toute forme d'interprétation comparative des résultats". En verder: "Un seul résultat ressort clairement: les études rapportent très peu de résultats négatifs. (...) Une faible proportion (9%) des résultats présentés ont été évalués comme mitigés alors que plus de 70% de ceux-ci sont positifs, i.e. qu'on constate une amélioration suite à l'implantation des solutions".

Een bijkomende moeilijkheid bij dergelijke reviewstudies wordt gevormd door het feit dat de inclusiecriteria die gehanteerd worden dikwijls te algemeen zijn, bijvoorbeeld wanneer gesteld wordt: "The intervention met the definition of a physical or organisational ergonomic intervention, that is: the intervention is targeted on changing the biomechanical exposure at the workplace or on changing the work organisation" (Burton et al., 2006). Hier valt dan ongeveer elke ingreep onder, en

bestaat er een grote heterogeniteit met betrekking tot de vormgeving van de actie en de verkregen resultaten. Dit maakt het moeilijk om studies met elkaar te vergelijken en aldus algemene conclusies te trekken.

Bovendien worden ergonomische interventies zelden beperkt tot één benadering, zoals hoger reeds gesteld: vaak worden aanpassingen aan de arbeidspost, een verbetering van het zit- of staancomfort en het verstrekken van diverse opleidingen parallel uitgevoerd, zodat het onduidelijk is wat precies de toegevoegde waarde inhoudt van elk van de deelinitiatieven. Een andere Canadese reviewstudie (Nastasia et al., 2012) beschouwt overigens het simultaan hanteren van meerdere interventiecategorieën om één bepaalde problematiek van MSA te ondervangen als een noodzakelijke voorwaarde tot slagen: "l'inclusion de différents types d'interventions ou de combinaisons d'interventions dans un même programme semble favoriser la prévention de l'incapacité prolongée et la promotion du retour au travail". In hetgeen volgt wordt duidelijk aangegeven op welk deeldomein van de ergonomische aanpak de evaluatie van de gehanteerde interventie precies slaat.

2.8.1 Kantoorergonomie

Voor wat betreft het werken aan een beeldscherm, kwam één reviewstudie (Hoe et al., 2012) tot de conclusie dat het gebruik van een armsteun, samen met een alternatieve muis werkgerelateerde musculoskeletale aandoeningen ter hoogte van nek en schouder kunnen voorkómen, doch niet deze van de rechterarm en -hand. Het gebruiken van een armsteun alléén of het bedienen van een ergonomische muis alléén bleek niet effectief te zijn.

Een andere systematische overzichtsstudie over MSA bij het werken aan beeldschermen weerhield, op 7 313 geselecteerde artikels, 31 onderzoeksdossiers als valabel. Ook hier komen de auteurs (Brewer et al., 2006) tot de conclusie dat, zelfs in het geval van gevallenstudies van hoge wetenschappelijke kwaliteit, de bevindingen inconsistent waren. Dit werd in hoofdzaak geweten aan het feit dat het begrip 'aanpassing van de arbeidspost of ergonomische ingrepen' een diversiteit van interventies betreft waarbij er vaak meerdere pistes simultaan worden bewandeld, hetgeen het trekken van heldere conclusies bemoeilijkt. Een 'matig' niveau van evidentie werd evenwel vastgesteld voor de volgende drie interventiecategorieën:

1. aanpassingen van de arbeidsplek bleken géén effect te hebben op de prevalentie en het niveau van MSA;
2. evenmin bleek het invoeren van rustpauzes, gekoppeld met fysieke oefeningen tijdens deze onderbrekingen, effectief te zijn;
3. het gebruik van een alternatieve muis bleek wel degelijk een positieve impact te hebben.

Tevens geldt de vaststelling: "No evidence was found that any office ergonomic intervention had a negative or deleterious effect on musculoskeletal (...) health".

Zoals hierboven reeds vermeld, is het dikwijls te wijten aan strenge, maar anderzijds tè algemene inclusiecriteria, dat het gemeten effect slechts matig blijkt: een hele reeks interventies worden samengenomen waardoor de bewijskracht van goed uitgevoerde studies verdrinkt in de grote hoop van minder goed uitgevoerde studies. Indien immers methodologisch correct opgebouwde onderzoeken in ogenschouw worden genomen, worden wel degelijk effecten teruggevonden. Amick et al. (2003) maakten duidelijk dat door een goede ergonomische interventie in een kantooromgeving, bestaande uit het aanbieden van degelijk meubilair en gecombineerd met een opleiding, MSA-symptomen afnamen. Robertson et al. (2010) kwamen bij het implementeren van eenzelfde gecombineerde interventie evenzeer tot positieve bevindingen: betere houdingen op het werk en een toe-

genomen kennis van de werknemers aangaande MSA-risico's, vergeleken met een controlegroep die verstoken was van een dergelijke interventie.

2.8.2 Opleidingen en het aanleren van diverse technieken inzake het manueel hanteren van lasten

Verschillende onderzoeken rapporteren onvoldoende bewijsmateriaal dat opleiding op zichzelf effectief is als preventieve actie (Burton et al., 2006; Tveito et al., 2004; Martimo et al., 2008; Bigos et al., 2009). Daarentegen vonden Heymans et al. (2005) wel degelijk een, zij het weinig uitgesproken, bewijs dat opleidingen doelmatiger zouden zijn dan andere interventies (oefeningen, manipulaties, advies, placebo).

Opleidingen die wel positieve resultaten geven, zijn gericht op het veranderen van gedrag en van overtuigingen over lagerugpijn. Een actieve levensstijl wordt gepromoot en het copingsvermogen, alsook het omgaan met stress worden verbeterd. Resultaten zijn minder ziekteverzuim, een kortere duur van het verzuim en lagere kosten voor de gezondheidszorg. Een dergelijk opleidingstraject heeft bovendien een sterk effect op de kennis van correcte houdingen en bewegingen (Buchbinder et al., 2001).

Een Nederlands systematisch literatuuronderzoek over interventies met betrekking tot het manipuleren van lasten weerhield 44 studies, gespreid over de periode 1990 en 2003 (van der Molen et al., 2005). Deze studie toonde aan dat een significante beperking van de fysieke belasting en de daarmee overeenkomstige MSA konden gerealiseerd worden wanneer het inzetten van (mechanische) hulpmiddelen deel uitmaakte van de interventie.

2.8.3 Twee reviewstudies met betrekking tot acties ter voorkoming van MSA ter hoogte van de bovenste ledematen in industriële en kantooromgevingen

Een uitgebreide literatuurstudie die oorspronkelijk vertrok van maar liefst 15 279 artikels over interventies in uiteenlopende activiteitssectoren (waarvan de overgrote meerderheid evenwel terzijde werd gelegd omdat zij niet beantwoordden aan een aantal kwaliteitscriteria op het vlak van de gevolgde methodologie of de rapportering), hield na het uitselecteren slechts 36 studies over. De resultaten kunnen als volgt worden samengevat (Kennedy et al., 2010):

- positieve impact: het invoeren van armsteunen (*moderate evidence*) en ergonomische opleidingen gekoppeld aan ingrepen op de arbeidspost, het ter beschikking stellen van nieuw zitmeubilair en het invoeren van rustpauzes (*limited evidence* voor deze drie laatste interventies);
- geen impact: alleenstaande ingrepen op de arbeidsplek (*strong evidence*), biofeedback-initiatieven en opleidingen ter beheersing van het stressniveau (*moderate evidence*) en cognitief-gedragsmatig gerichte opleidingen (*limited evidence*).

Dergelijke studies houden nauwelijks rekening met acute MSA (bv. een plots opdoemende rugklacht bij het eenmalig tillen van een overmatig zware last of het uitvoeren van een verkeerde beweging met onmiddellijk letsel als gevolg).

Hetzelfde onderzoek stelt ten overvloede: 'No interventions were associated with negative effects'.

Een andere reviewstudie met betrekking tot onderzoeksgegevens over de voorkoming van aandoeningen van nek en bovenste ledematen (Boocock et al., 2007) concludeerde dat er, in de huidige stand van de wetenschappelijke kennis, geen eenduidige interventiestrategie kan worden geïdentificeerd die als effectief mag beschouwd worden voor alle industriële omgevingen. Wel ondersteunt

de overzichtsstudie het standpunt dat het inzetten van mechanische hulpmiddelen en structurele ingrepen op de arbeidsplaats zinvol zijn ter voorkoming van MSA ter hoogte van de nek en de bovenste ledematen.

2.8.4 Een reviewstudie met betrekking tot de participatieve aanpak van MSA

Een erg grondige literatuurstudie, uitgevoerd door het Canadese Institute for Work & Health/Institut de recherche sur le Travail et la Santé (Cole et al., 2005), specifiek geaxeerd op participatief aangestuurde interventies, kwam tot de volgende algemene conclusies:

- de in het onderzoek weerhouden studies leveren een 'beperkte en gedeeltelijke' evidentie op dat dergelijke participatieve tussenkomsten een bescheiden doch positieve impact kunnen hebben op de prevalentie van musculoskeletale aandoeningen (gemeten in termen van subjectieve ervaring vanwege de betrokken werknemers, nagegaan door het afnemen van vragenlijsten);
- dezelfde studies leveren een evenzeer beperkte en gedeeltelijke evidentie op dat dergelijke interventies een positieve invloed kunnen uitoefenen op de frequentie van de arbeidsongevallen en van de beroepsziekten. De grootte van deze impact zou variëren tussen 'beperkt' en 'belangrijk';
- eenzelfde besluit, 'using a best evidence synthesis approach', geldt voor de impact op het ziekteverzuim en de afwezigheid op het werk in het algemeen. Het effect zelf is blijkbaar onmiskenbaar, maar ook hier is het onduidelijk hoe belangrijk het is.

De studie geeft als algemeen besluit: "Nine out of ten studies of medium quality or better reported a positive effect on health outcomes associated with participatory ergonomic interventions. However, the heterogeneity in research methods and reporting across the studies led the review team to assign an appraisal of limited (partial) evidence."

2.8.5 Andere evaluatiestudies

2.8.5.1 Een evaluatie van ergonomische projecten uitgevoerd op instigatie van de arbeidsinspectie

Een impactstudie (St-Vincent et al., 2010), uitgevoerd in zes ondernemingen die door de Canadese inspectiediensten in 2005 en de jaren daarna aangemaand werden om een aantal acties te ondernemen ter beperking van MSA, gaf aanleiding tot de volgende conclusies:

- slechts één van de zes betrokken ondernemingen deed een beroep op externe expertise. De studie besluit dan ook "que les intervenants internes ont plus de difficulté à formaliser et à restituer leur demarche, on peut penser que c'est parce que leur approche est moins systématique que celle d'experts en ergonomie";
- de doorlooptijd voor de implementatie van de correctieve maatregelen viel aanmerkelijk langer uit dan origineel begroot, namelijk tussen de 8 en de 12 maanden;
- de acties leidden in vijf van de zes gevallenstudies tot een significante stijging van de productiviteit. De enige uitzondering betrof een onderneming waar de kwaliteit reeds optimaal was;
- de verbeteringen aangebracht aan de arbeidsposten werden in grote meerderheid als minstens 'bevredigend' ervaren.

2.8.5.2 Beperking van het langdurig ziekteverzuim tengevolge van MSA

Een andere Canadese beschrijvende studie van de literatuur op het vlak van methodieken ter voorkoming van langdurige arbeidsongeschiktheid tengevolge van de fysieke belasting op de werkplaats, komt tot de globale aanbeveling dat deze problematiek best *krachtdadig* wordt aangepakt na de eerste vaststelling van mogelijke problemen. "Premièrement, le dépistage précoce des travailleurs blessés qui présentent un risque d'incapacité prolongée et la concentration des efforts d'intervention sur

eux sont cités comme des moyens efficaces de prévenir l'incapacité prolongée. Deuxièmement, une intervention précoce fondée sur des approches multimodales incluant des facteurs biopsychosociaux et des facteurs du milieu de travail semble essentielle à un retour au travail efficace et durable" (Nastasia et al., 2012).

2.8.6 Conclusies

Het algemeen beeld dat opdoemt op basis van deze beperkte literatuurstudie over interventiecategorieën ter bestrijding van MSA, loopt opvallend parallel met de conclusies uit het hierna volgende hoofdstuk over de psychosociale risico's. Hier lijken deze interventies eveneens op een algemene instemming te kunnen rekenen vanwege zowel werknemers als leidinggevenden, doch lijkt de effectiviteit van geïsoleerde ingrepen waarbij slechts één of enkele aspecten van een bepaalde arbeidssituatie worden aangepakt, eerder aan de bescheiden kant. Parallel met PSR, lijken interventies ter bestrijding van MSA die als niet-succesvol werden bestempeld tenminste dit voordeel op te leveren dat ze geen schade berokkenen. Op basis van de geraadpleegde literatuur lijkt het te verdedigen dat een gecombineerde aanpak bestaande uit diverse interventiecategorieën, waarbij een goed evenwicht wordt gevonden tussen de persoons-, de werkpost- en de organisatiegerichte acties, de meeste kans op succes oplevert.

Duidelijker dan dit het geval is met acties ter voorkoming van PSR, zouden ergonomische interventies op de arbeidsplaats ook ten goede komen aan de productiviteit, zoals onder meer in enkele Nederlandse studies duidelijk wordt gemaakt (Koningsveld et al., 2005). Er kan evenwel niet ontkend worden dat de methodologische kwaliteit van dit soort studies naar de economische rentabiliteit van ergonomische interventies vaak zonder meer belabberd ('*poor*') blijkt te zijn (Uegaki et al., 2010). Meer en beter gevoerd onderzoek naar de rentabiliteit van geslaagde ergonomische interventies zou hoogstwaarschijnlijk het beeld versterken dat de ergonomische benadering, mits gehanteerd op een goed onderbouwde manier, een belangrijk onderdeel is van een welzijnsbeleid, ten voordele van alle betrokkenen.

2.9 Remmende en bevorderende factoren

Net zoals dit het geval is met interventies ter voorkoming van de psychosociale belasting op de arbeidsplaats, blijken onderzoeken over de remmende en bevorderende factoren bij de bestrijding van een overmatige lichamelijke belasting vaak moeilijk verlopen te zijn en van een wisselende kwaliteit. Degene die wel weerhouden kunnen worden, vertonen bovendien een erg disparaat beeld. Elke auteur hanteert een eigen referentiekader, waardoor enerzijds de verschillende determinanten die een succesvolle aanpak bemoeilijken of vertragen en anderzijds faciliterende gegevenheden die het welslagen ervan bevorderen of vergemakkelijken, op een afwijkende wijze worden gegroepeerd. Nochtans komen hier vaak dezelfde begrippen naar voren en is de parallel met de overeenkomstige paragraaf uit het volgende hoofdstuk op dit vlak opvallend. Er wordt bovendien zelden aangegeven hoe zwaar elke remmende of bevorderende factor weegt in het geheel.

Ook is in vele gevallen het lijstje van de inhibitoren het spiegelbeeld van het lijstje van bevorderende factoren. Het is logisch dat, indien *managerial committment* wordt beschouwd als één van de belangrijke ondersteunende gegevenheden (hetgeen in nagenoeg alle beschouwingen als primordiaal wordt aangehaald), het gebrek eraan dan dè remmende factor bij uitstek is voor het welslagen van nagenoeg elke actie ter bevordering van de veiligheid en gezondheid op het werk.

Op het vlak van de strijd tegen MSA wordt vaak een Nederlandse studie aangehaald, die een schriftelijke bevraging inhield van 81 ervaringsdeskundigen aangevuld door 15 semigestructureerde

interviews (Driessen et al., 2010). Dit onderzoek beperkt zich tot initiatieven die een participatieve aanpak aanhielden en waaraan de geïnterviewden hadden deelgenomen. De auteurs komen tot een oplijsting van factoren die het (gebrek aan) welslagen van een participatief aangestuurd ergonomisch verbeteringstraject bepalen. Ze delen deze gegevenheden onder in vier hoofdcategorieën.

1. Op het vlak van de organisatie
    - 1.1 Engagement van het management (of het gebrek eraan)
    - 1.2 Inzet van mensen en (financiële) middelen (of het gebrek eraan)
    - 1.3 (Gebrek aan) samenwerking binnen de werkeenheid (weerstand of steun vanwege de betrokken personen/structuren/diensten)
2. Bij de werknemers zelf
    - 2.1 Gebrek aan compatibiliteit tussen de voorgestelde ergonomische maatregelen en de bedrijfscultuur van de werkeenheid (uitsluitend remmende factor)
3. Op het niveau van de betrokken werkeenheid
    - 3.1 (gebrek aan een) Krachtig leiderschap
    - 3.2 Continuïteit in de samenstelling van de betrokken werkeenheid (omgekeerd wordt het regelmatig verdwijnen van medewerkers ervaren als een negatieve factor)
    - 3.3 Tijdsgebrek of juist voldoende tijd om de voorgestelde maatregelen te implementeren
    - 3.4 Gebrek aan iemand die de knopen doorhakt (uitsluitend remmende factor)
    - 3.5 De inzet van de leden van de werkeenheid (uitsluitend bevorderende factor)
4. Met betrekking tot de maatregelen zelf
    - 4.1 Het ervaren relatieve voordeel: wanneer de voorgestelde maatregel een voelbare verbetering betekent ten aanzien van de huidige toestand betekent dit een belangrijke faciliterende factor. Indien dit niet zo is, is het een remmende
    - 4.2 Vlotte implementeerbaarheid: hiermee wordt de gemakkelijke uitvoerbaarheid van de voorgestelde maatregel bedoeld (of het gebrek eraan)
    - 4.3 Compatibiliteit: indien de maatregel niet 'past' in de werkplaats is dit een remmende factor
    - 4.4 Complexiteit: het is een remmende factor indien de voorgestelde ergonomische maatregel niet onmiddellijk begrepen en in de praktijk gebracht kan worden: 'less complex ergonomic measures are positively related to the rate of implementation'
    - 4.5 Een laatste faciliterende factor is de mate waarin er reeds een akkoord bestaat over de in te voeren maatregelen vanwege het management. Indien de medewerkers van de werkeenheid dan komen tot gelijkaardige voorstellen, spreekt het vanzelf dat de implementatie ervan snel volgt.

De reeds eerder genoemde literatuurstudie door het Canadese Institut de recherche sur le Travail et la Santé (Cole et al., 2005) kwam tot volgend consistent overzicht van faciliterende en remmende factoren:

1. het belang van een actieve deelname en aanvaarding van de betrokkenen, in het bijzonder van de werknemers zelf, het hoger management en het middenkader en de syndicale afgevaardigden (waar van toepassing);
2. de beschikbaarheid van een ervaren ergonoom, hetzij als actieve deelnemer in het proces, hetzij als externe adviseur. Groepen zonder zulk een inhoudelijke aansturing en ondersteuning blijken het moeilijk te hebben om de problematiek helder te definiëren en adequate remediëringen uit te werken;
3. de beschikbaarheid van voldoende middelen. Het gaat hier om de faciliteiten voor deelnemers aan werkgroepen, het kunnen beschikken over een afdoend budget voor het aanpassen van de arbeidsposten of de aankoop van hulpmiddelen, de mogelijkheden om externe expertise in te huren, enz. Omgekeerd werden beperkingen op dit vlak aanzien als een belangrijke hinderpaal voor een succesvolle afronding van het project;

4. en ten slotte wordt ook hier de instabiliteit in de professionele omgeving gezien als een betekenisvolle remmende factor: hoge verloopcijfers onder het personeel, herstructureringen en afslankingen, maar ook eerder macro-economische gegevenheden als een algemene economische recessie ondergraven het vertrouwen van de werknemers en bezwaren het noodzakelijke langetermijnperspectief dat onmisbaar is om de problematiek van de MSA onder controle te krijgen.

De hierboven reeds geciteerde Nederlandse literatuurstudie (van der Molen et al., 2005) over interventies met betrekking tot het manipuleren van lasten komt tot een enigszins afwijkende lijst van succesfactoren. Belangrijk in de ogen van de onderzoekers is het feit dat de verschillende actoren een aantal 'cognitieve fazen' moeten hebben doorlopen alvorens men kan spreken van een succesvolle interventie. De betrokkenen moeten zich in de eerste plaats 'bewust' zijn van de problemen die oprijzen bij het behandelen van lasten; zij moeten vervolgens openstaan voor veranderingen en aanpassingen en ze moeten hun gedrag op de korte en lange termijn daadwerkelijk veranderen. Dit is een proces dat niet zomaar tot stand komt maar moet worden gefaciliteerd. Deze drie stadia, die in de reviewstudie worden bestempeld als *awareness, attitude* en *ability*, verwijzen ten overvloede naar het belang van een participatieve aanpak en van opleidingssessies met een belangrijke sensibiliserende connotatie. De studie besluit dan ook: "(...) it can be hypothesized that the success of an intervention aimed at reducing the physical work demands (...) is not only dependent on the effectiveness of the ergonomic measures, but also on the implementation strategy".

Een andere groep Nederlandse onderzoekers (Koningsveld et al., 2005) formuleerden ten slotte een aantal criteria die moeten vervuld zijn om een ergonomisch project met succes uit te voeren en tegelijkertijd de effectiviteit van de benadering aan te tonen. Hun algemene aanbevelingen zijn:
- "carry out a good inventory;
- arrange direct worker participation;
- arrange strong management support;
- use a step-by-step approach;
- do not focus only on health issues;
- arrange that a steering group is established with responsibilities;
- check the effects, including side-effects at an early stage;
- describe the cost-benefit ratio, in monetary terms and with non-quantitative measures."

3 | Interventiecategorieën met betrekking tot psychosociale risico's

Alvorens de verschillende interventiecategorieën ter voorkoming en bestrijding van de psychosociale belasting te identificeren en ze onderling te differentiëren, wensen we vooreerst duidelijk te maken welke categorieën a priori worden uitgesloten, uiteraard na een voldoende argumentatie. Dit kan alleen maar na het domein afgebakend te hebben, en we willen dit doen door een overzicht te maken van de organisatorische en individuele factoren die aan de basis (kunnen) liggen van een overmatige psychosociale belasting op het werk. Daarna zal een aanzet worden gegeven om de te bestuderen soorten interventies te categoriseren, op basis van literatuur en op basis van de gesprekken die gevoerd werden in het kader van dit onderzoek.

3.1 Oorzakelijke factoren van PSR

Het valt buiten de onderzoeksopzet om theoretische modellen te bespreken die werden ontwikkeld om te verklaren hoe, wanneer en waarom werkgebonden stress optreedt.[19] Een uitgewerkt overzicht van organisatorische en individuele factoren die kunnen leiden tot het ontstaan van beroepsgebonden stress wordt weergegeven in tabel 3.1. Meteen maakt dit overzicht duidelijk hoe complex het fenomeen van de PSR is.

Tabel 3.1 Oorzakelijke factoren met betrekking tot PSR (Jenny et al., 2011)

Organisatiestructuur
- Bestaande structuren en competenties voor de organisatie van opleidingen en het oprichten van stuurgroepen
- Vastleggen van de middelen voor opleidingssessies, maatregelen en communicatie
- Manoeuvreerruimte voor de implementatie van maatregelen en het putten uit middelen
- Voorbehouden van een specifieke fractie van de werktijd voor personen die instaan voor de uitvoering van het project voor punctuele acties
- Netwerking en verankering van het project via project- of stuurgroepen
- Netwerking ten aanzien van sleutelfiguren en -functies
- Continuïteit van de personen verantwoordelijk voor het project
- Zichtbare communicatiekanalen, face-to-facecommunicatie
- Stabiliteit van de organisatiestructuur
Organisatiestrategie
- Engagement van het management en zijn bereidheid op acties op te leggen (bereidheid tot verandering)
- De leden van de hiërarchische lijn als rolmodel
- Transparantie van de doelstellingen van het project (op strategisch en ethisch vlak)
- Congruentie met de globale doelstellingen van de onderneming
- Gedeelde principes en een duidelijke focus op het project
- Aanduiding van de verantwoordelijkheid voor de aansturing en integratie van de benadering (bv. de dienst personeelszaken, de interne preventiedienst)
- Een oplossingsgerichte benadering, gekoppeld aan positieve bekrachtiging ('no-blame' cultuur)

19 De meest bekende van deze theoretische concepten zijn: het Job Demands-Control model van Karasek (Karasek, 1979); het daaruit gegroeide Job Demands-Resources model (Demerouti et al., 2001); het Effort-Reward Imbalance model (Siegrist, 1996).

Organisatiecultuur
- Vertrouwen en oprechtheid
- Gemeenschapsgevoel (versus een autoritaire benadering)
- Een cultuur van uitwisseling van informatieve en onderlinge samenwerking binnen en tussen de verschillende groepen
- Diversiteitsmanagement (diversiteit als opportuniteit en voorwaarde voor een beter functioneren)
- Inzicht in het belang van de psychosociale aspecten
- Gedeeld taalgebruik om de problematiek bespreekbaar te maken

De omgeving waarin de organisatie opereert
- Gunstige economische omgeving (goede commerciële vooruitzichten, stabiele omgeving)
- Gunstige politieke omgeving (stabiliteit van het reglementair kader)

Individuele bekwaamheden
- Degelijke bedrijfsvoering (leiderschap, professionaliteit)
- Taal- en communicatievaardigheid, onder meer wanneer risicoanalyses worden uitgevoerd

Persoonlijke motivatie
- Bereidheid om deel te nemen aan activiteiten
- Belang van aandacht voor de eigen gezondheid
- Ervaren compatibiliteit tussen het project en de doelstellingen van de onderneming

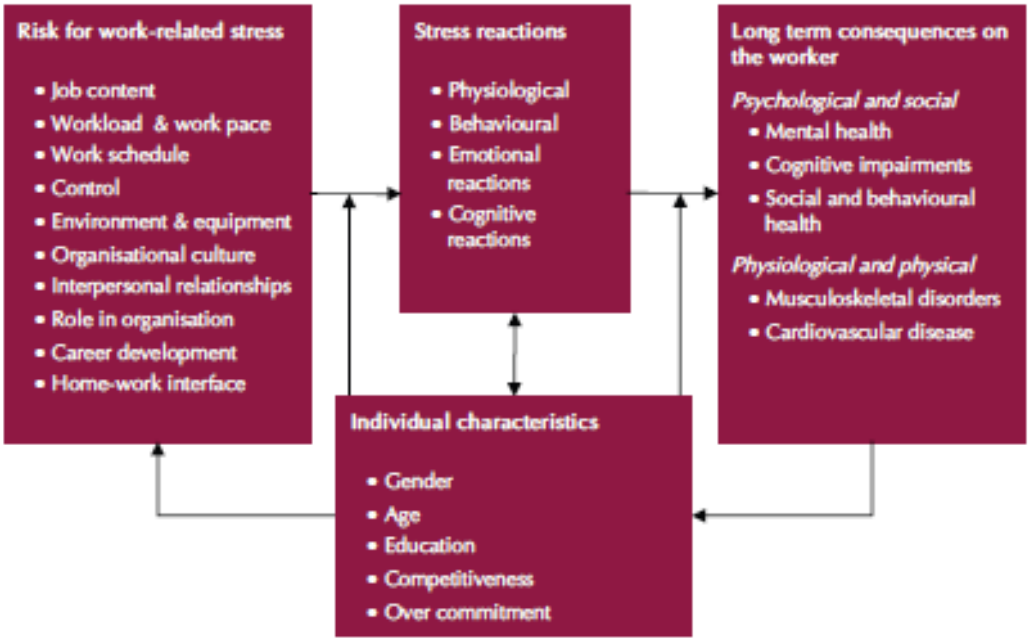
Persoonlijke identiteit
- Belang van de eigen gezondheid en de instelling met betrekking tot stress
- Concepten met betrekking tot leiderschap en goed werknemerschap
- Betekenis van het werk (de 'nine-to-five' mentaliteit)

De omgeving van het individu
- Balans tussen persoonlijk en beroepsleven

Het onderscheid organisatorische en persoonsgebonden determinanten van PSR wordt consistent in de literatuur teruggevonden. Het ligt dan ook voor de hand om, bij het categoriseren van interventies, eveneens een dergelijke tweedeling aan te houden. In het bovenstaande overzicht, hoe uitgebreid ook, worden evenwel minstens vier belangrijke bijkomende oorzakelijke factoren veronachtzaamd:
- de impact van significante veranderingen in de organisatiestructuur (zoals in het geval van reorganisaties) (Egan et al., 2007);
- de arbeidsinhoud: contact met klanten of patiënten, mogelijke risico's op de werkvloer, regelmogelijkheden en autonomie, ...;
- de fysieke arbeidsomstandigheden: lawaai, orde en netheid, algemene aantrekkelijkheid van de werkomgeving, ...;
- de relatie tussen de persoonlijkheid van de werknemer en de bedrijfscultuur. Dit aspect van interactie wordt goed gevisualiseerd in het schema uit figuur 3.1 op de volgende pagina, dat de WHO gebruikt voor het inschatten van de gezondheidsimpact van PSR op het werk (Leka & Jain, 2010).

Bovendien mag niet vergeten worden dat bedrijfsgebonden stress ook situationeel bepaald kan zijn. Zo blijkt uit één overzichtsstudie (Westgaard & Winkel, 2011) dat de beschouwde literatuur duidelijk toont dat rationaliseringsoperaties een dominant ongewenste invloed uitoefenen op gezondheids- en risicofactoren; de meest negatieve effecten werden vastgesteld voor afslankingen en rationaliseringen leidend tot herstructureringen. Deze vaststellingen gelden overigens zowel voor MSA als voor PSR.

Figuur 3.1 Risicofactoren voor werkgebonden stress (Leka & Jain, 2010)



3.2 Afbakening van het onderzoeksdomein: welke interventies worden niet mee opgenomen?

Voor het belang van deze vraagstelling verwijzen wij naar de inleiding van paragraaf 2.2. Samenvattend kan gesteld worden dat alle interventies ter bestrijding van PSR, ook deze die traditioneel onderaan staan op de ladder van de preventiehiërarchie, in principe moeten worden meegenomen. Het vòòrkomen van PTSS (zie verder) ressorteert onbetwistbaar onder de tertiaire preventie, doch is in bepaalde omstandigheden een onmisbaar onderdeel in de beheersing van de psychosociale belasting op de werkvloer.

3.2.1 Het optimaliseren van de cognitieve belasting

In sommige teksten wordt een onderscheid gemaakt tussen de mentale en de psychosociale belasting (Tweehuizen et al., 2007). In deze optiek heeft de mentale belasting in hoofdzaak te maken met de cognitieve processen waarmee de werkende mens geconfronteerd wordt. Vaak wordt dit bekeken in het kader van de interactie tussen mens en techniek (machines, computers, ...). De automatiseringsprocessen hebben immers de mentale eisen die aan werknemers gesteld worden, helemaal veranderd: taken worden complexer en operatoren in productieprocessen moeten continu keuzen maken, vaak op basis van elektronisch aangeleverde gegevens, en beslissingen nemen, waardoor de taakeisen toenemen. De snelle technologische evolutie speelt hierbij ook een belangrijke rol. Werknemers moeten hierdoor nieuwe dingen blijven leren, vaak overheen de ganse loopbaan.

Mentale belasting ontstaat wanneer de eisen die gesteld worden op het vlak van de cognitieve functies, de belastbaarheid van de werkende persoon overschrijden. In bepaalde gevallen is precies het omgekeerde problematisch: onderbelasting van de mentale mogelijkheden kan eveneens leiden tot klachten, tot fouten of tot slecht functioneren van het systeem.

Mentale belasting, op deze manier gedefinieerd, wordt aangepakt door de *cognitieve ergonomie*, die uitgaat van de kennis uit de psychologie over de mens als informatieverwerkend systeem. In veel ge-

vallen zoekt men naar het optimaliseren van de interactie tussen mens en techniek, met het oog op een beter functioneren van het systeem. Het vermijden van de zogenaamde 'menselijke fouten' door een ergonomisch ontwerp staat hierbij centraal.

Hoewel de fysieke en vooral de psychosociale belasting een duidelijke link hebben met de mentale belasting, zullen maatregelen die in de eerste plaats de mentale belasting beogen te optimaliseren zich situeren in het domein van de cognitieve ergonomie en in de eerste plaats inzoomen op een weloverwogen vormgeving van informatieverschaffers en bedieningsmiddelen. Er wordt dan gewerkt op de aard en de hoeveelheid aangeboden informatie; in geïnformatiseerde werkomgevingen is vooral de kwaliteit en het concept van software van belang. Gezien de specificiteit, waardoor de problematiek eerder in het vaarwater van de ergonomie terechtkomt, wordt het domein van de cognitieve belasting beschouwd als niet-behorend tot de onderzoeksopzet.

3.2.2 Het aanbod van curatieve dienstverlening (tertiaire preventie)

Employee Assistance Programs (EAP's) richten zich specifiek op werknemers met levensvragen die de behoefte voelen aan een deskundige ondersteuning en die tot een onderneming behoren die op dit vlak een specifiek aanbod wenst te realiseren en hiervoor de nodige middelen wil vrijstellen. In vele gevallen centreren acties in dit kader zich op middelenmisbruik (alcohol, in mindere mate druggebruik). Zij kunnen zich evenwel ook oriënteren naar het individueel begeleiden van werknemers in het kader van het beheersbaar maken of houden van (al dan niet werkgebonden) stress (Cooper et al., 2003).

De ontwikkeling van EAP's heeft zijn oorsprong in de Angelsaksische wereld. Enkele jaren geleden zou in de VS 60% van de werknemerspopulatie toegang hebben tot een dergelijk programma (Roman, 2004); op een bepaald moment boden negen op de tien van alle *Fortune 500*-bedrijven het aan hun werknemers aan (Burke, 1988). Ook in België bestaan er verschillende, meestal grotere, organisaties die EAP's aan ondernemingen en hun werknemers aanbieden.

Minder veelomvattende acties die vaak op individuele basis plaatsvinden wanneer een werknemer te kampen heeft met levensvragen of zich in een precaire familiale of persoonlijke toestand bevindt, en waarbij een onderneming de toegang tot de hulpverlenende sector faciliteert (onder meer door financiële ondersteuning te voorzien) kunnen, met enige goede wil, eveneens worden beschouwd als een vorm van EAP. Aangezien het hier duidelijk gaat om een curatieve aanpak van een problematiek die in eerste instantie niet ondernemingsgebonden is, worden ook deze benaderingen in het kader van deze studie niet meegenomen in het onderzoek.

3.2.3 Individuele klachtenbehandeling in het kader van het OGGW

Het reglementaire kader inzake het pesten, ongewenste seksuele gedragingen en geweld op het werk (OGGW) bepaalt in de eerste plaats de procedures die moeten worden gevolgd wanneer een werknemer zich slachtoffer voelt van OGGW. Individuele dossiers die op dit vlak werden aanhangig gemaakt kunnen leiden tot een informele of formele klacht. Acties viseren dan het opklaren van niet-optimale interpersoonlijke relaties en hebben hier eveneens een eerder curatief karakter. Dergelijke dossiers, in de mate dat het gaat over de behandeling van een individuele klacht, worden bijgevolg niet meegenomen in onderhavige studie.

Het reglementair kader met betrekking tot OGGW gaat evenwel breder dan de afhandeling van individuele klachtendossiers. De werkgever moet in zijn algemeen preventiebeleid inzake psychosociale belasting veroorzaakt door het werk maatregelen opnemen die gericht zijn op het bestrijden

van geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk. De werkgever bepaalt aldus in het kader van de primaire preventie welke materiële en organisatorische maatregelen getroffen moeten worden om situaties weg te werken die geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk kunnen veroorzaken. Indien dergelijke situaties niet te vermijden zijn, moeten er secundaire en tertiaire preventiemaatregelen getroffen worden om te voorkomen dat grensoverschrijdend gedrag zich voordoet of dat de schade ten gevolge van dergelijk gedrag wordt beperkt.[20] Zo kan bijvoorbeeld het afkondigen van een algemene meldingsprocedure met betrekking tot OGGW of het aanstellen van één of meer vertrouwenspersonen in de organisatie wel degelijk beschouwd worden als een interventiecategorie inzake de psychosociale belasting. Eerstgenoemde interventie heeft het karakter van een procedurele actie (het maken en documenteren van afspraken), de tweede heeft betrekking op een verandering in de arbeidsorganisatie; beide zullen worden weerhouden als een volwaardige actiecategorie (zie hiervoor paragraaf 3.6).

3.2.4 Arbeidsgeneeskundige onderzoeken en andere evaluatieprocedures van de arbeidsgeschiktheid

Tijdens het gezondheidstoezicht, uitgevoerd door de arbeidsgeneesheer, kunnen diverse onderwerpen die te maken hebben met de arbeidssituatie door de werknemer ter sprake worden gebracht. Zo blijkt uit de ervaring dat de problematiek van eventueel OGGW door de werknemer wordt aangekaart tijdens het periodiek gezondheidstoezicht of de zogenaamde *spontane consultaties*.

Het is onbetwistbaar dat de arbeidsgeneesheer een belangrijke rol kan vervullen in het beperken van de psychosociale belasting en in bepaalde gevallen de initiator is van correctieve acties op dit vlak. Doch ook hier gaat het, net als in het vorige punt, over een individuele benadering die tegemoetkomt aan een specifieke problematiek van bepaalde personen. Het gezondheidstoezicht wordt derhalve niet meegenomen als interventie in de scope van dit onderzoek. Dit belet niet dat de arbeidsgeneesheer een spilfiguur kan zijn in allerhande gestructureerde acties op dit vlak. Aan de betrokkenheid van de bedrijfsarts en de wijze waarop deze tussenkomt zal, in het onderzoek naar het functioneren van de EDPB's, in de bevraging van de IDPB's en in de gevallenstudies, dan ook de nodige aandacht geschonken worden.

In dezelfde categorie hoort eveneens het instellen van een omstandige selectieprocedure voor nieuwe werknemers thuis: het lijkt aannemelijk dat, onder meer door het inzetten van persoonlijkheidstests, een zicht kan worden gekregen op de mate waarin het karakter en de ingesteldheid van de sollicitant past in diens toekomstige werkkring of in de globale bedrijfscultuur, doch het systematiseren van een aanwervingsprocedure heeft niet als eerste bedoeling het stressniveau van de werknemers in de onderneming onder controle te houden.

3.2.5 Geïsoleerde acties zonder duidelijke band met PSR

Talrijke organisaties ondernemen acties, meestal in het kader van een veelomvattend personeels- en opleidingsbeleid, die op korte of lange termijn een gunstige invloed kunnen hebben op het welbevinden van leidinggevenden en werknemers, zonder dat deze expliciet kaderen in een programma ter voorkoming van stress. Ze bieden aan hun lijn- en hogere stafmedewerkers specifieke opleidings- en trainingssessies aan, al dan niet op vrijwillige basis, die ten goede moeten komen aan de leidinggevende capaciteiten van de uiteenlopende hiërarchische niveaus. Vaak beogen zij bepaalde elementen in de bedrijfscultuur te bevorderen, de betrokkenen een zicht te geven op hun dominante leiderschapsstijl en op hun functioneren als leidinggevende, hun inzicht te geven in alterna-

20 Zie supra onder de inleiding van paragraaf 2.2 voor de verklaring van de termen 'primair, secundair en tertiair'.

tieve leiderschapsstijlen en deze te laten inoefenen. Hoewel intermenselijke relaties, ook en vooral met de onmiddellijke leidinggevende, het algemeen welbevinden op de arbeidsplaats in hoge mate beïnvloeden, kunnen dergelijke algemene trainingssessies niet beschouwd worden als een specifiek instrument ter voorkoming/bestrijding van stress.

Ditzelfde geldt evenzeer voor acties ter promotie van de algemene gezondheid en de levenshygiëne van hun werknemers, waaraan steeds meer (grotere) ondernemingen aandacht besteden. Deze centreren zich meestal rond voedingsgedrag, beweging en sport, middelenmisbruik en dergelijke. Ook hier laat het zich indenken dat het verhogen van de mate waarin werknemers aan zelfzorg doen een positieve impact kan hebben op hun algemeen welbevinden en dus mogelijkerwijze de psychosociale belasting mede onder controle kan houden. Acties die op dit vlak worden ondernomen, zoals de jaarlijkse organisatie van een *Health Fair* of het ter beschikking stellen van fitnesscentra, worden evenwel uitgesloten in het kader van onderhavige studie omdat de focus in hoofdzaak blijft berusten bij het bevorderen van gezonde leefpatronen waarbij het psychosociaal welbevinden niet op de eerste plaats komt.

Eenzelfde redenering kunnen we ook toepassen voor opleidingen of praktijksessies ter bevordering van de persoonlijke efficiëntie. Het lijkt logisch dat het verhogen van de kennis en de vaardigheden van de individuele werknemer, zowel in het algemeen als toegepast op de specifieke rolverwachtingen, een bron kan zijn van toegenomen jobsatisfactie en dus een positieve rol kan spelen inzake het niveau van de ervaren stress. Vooral in perioden van organisatorische veranderingen blijken opleidingssessies over het toepassen van nieuwe werkmethoden en informatieverstrekking over de wijzigingen in de structuren, het stressniveau te reduceren en het innovatievermogen te versterken (Bunce & West, 1996). Maar deze kunnen bezwaarlijk beschouwd worden als een instrument dat in de eerste plaats wordt ingezet in het kader van de bestrijding van stress. De in bepaalde ondernemingen verstrekte opleidingen op het vlak van *time management* zijn hiermee vergelijkbaar. Een gebrekkig tijdsbeheer kan onmiskenbaar leiden tot stressgevoelens bij een werknemer, maar cursussen op dit vlak beogen in de eerste plaats het verhogen van de efficiëntie en niet zozeer het veiligstellen van het individueel welbevinden van de betrokken werknemer.

Het is evenwel een ander verhaal wanneer sommige van bovenstaande acties worden ondernomen in het kader van duidelijk beleid ter bestrijding van PSR. Zo zullen acties ter bevordering van een participatieve leiderschapsstijl wel degelijk meegenomen worden als een interventie in het kader van onderhavig onderzoek, op voorwaarde dat deze werden georganiseerd naar aanleiding van een risicoanalyse waaruit zou blijken dat de vigerende en als onaangepast ervaren managementstijl een belangrijke oorzaak is van de psychosociale belasting van de werknemers.

3.2.6 Het uitvoeren van een risicoanalyse

Het louter uitvoeren van een risicoanalyse kan niet beschouwd worden als een interventiecategorie op zichzelf. Eerder is een risicoanalyse, van gelijk welke aard dan ook, een voorafgaande fase in een geheel van geconcerteerde acties die mogelijkerwijze bijdraagt tot het succes ervan. Nagenoeg alle dergelijke risicoanalysemethodieken ressorteren onder een van de volgende zeven instrumenten (Tweehuysen et al., 2007):

1. schriftelijke vragenlijsten gericht op werkgebonden factoren. De internationaal meest gebruikte is hier ongetwijfeld de Job Content Questionnaire ontwikkeld door prof. R. Karasek;
2. schriftelijke vragenlijsten gericht op werkgebonden en persoonsgebonden factoren. De periodieke bevragingen in het kader van de Vlaamse werkbaarheidsindex kunnen hiervoor model staan op ondernemingsoverkoepelend vlak; voor *in-company* benaderingen bestaan er gelijkaar-

dige standaardbevragingen (Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid, Working Conditions and Control Questionnaire, ...);
3. schriftelijke vragenlijsten gericht op persoonsgebonden factoren (zoals sommige tevredenheidspeilingen die zich uitsluitend toespitsen op het individueel welbevinden van de werknemer);
4. taakkenmerken-benaderingen, zoals de semikwalitatieve WEBA en de hiervan afgeleide meer kwantitatieve NOVA-WEBA, beide ontwikkeld door de Nederlandse organisatie TNO;
5. het gebruik van participatieve methoden in het kader van de risicoanalyse, meestal gehanteerd in kleinere groepen of werkeenheden: gestructureerde (bv. de DIP-methode, SOBANE) of halfgestructureerde (bv. de *appreciative inquiry*-benadering);
6. checklists voor knelpunteninventarisatie. Een aantal EDPB's hebben op dit vlak eigen modellen ontwikkeld waarin zij een aantal organisatiekenmerken evalueren, vaak geaxeerd op de aanwezigheid en performantie van bepaalde structuren en procedures;
7. checklists voor normtijden en productiviteit. Deze verwijzen in vele gevallen naar de werkmethodenstudies en tempowaarderingsmethodieken. Zij worden ook wel *tijds- en bewegingsstudies* genoemd.

In het kader van onderhavig onderzoek zal worden nagegaan welke risicoanalysemethodieken gehanteerd worden door de EDPB's en op welke deelgebieden van de psychosociale belasting zij van toepassing zijn. Zij kunnen, zoals hierboven geargumenteerd, evenwel niet beschouwd worden als een interventiecategorie op zich. Ook hier sluiten we benaderingen uit die in de eerste plaats andere oogmerken dienen dan de beheersing van de werkgebonden stress (zoals item 7 in bovenstaande oplijsting).

Het principe dat een risico-inventarisatie en -analyse op zichzelf geen actiecategorie kan worden genoemd, geldt ongetwijfeld voor de meeste domeinen die behoren tot het welzijn op het werk, doch op het vlak van de psychosociale belasting is dit minder eenduidig. Het louter uitvoeren van een participatieve risicoanalyse waarbij werknemers gehoord worden en er door de procesbewaker wordt ingespeeld op hun inbreng, kan immers reeds een (wellicht kortdurend) effect hebben op het algemeen welbevinden en de stressperceptie van de betrokkenen (Graveling et al., 2008). Zo houdt de methodiek van de *appreciative inquiry* reeds een stimulerend proces in van het samen denken aan positieve verhalen en het creëren van gezamenlijk engagement, om van daaruit een concreet actieplan uit te werken. Traditioneel wordt een dergelijke uitkomst evenwel bestempeld als mogelijk een Hawthorne-effect (Izawa et al., 2011) zonder blijvende impact.

Het is bovendien niet denkbeeldig dat een alleenstaande risicoanalyse, waarbij de medewerkers met aandrang verzocht worden mee te werken maar waaraan geen duidelijke opvolging gegeven wordt, op termijn het personeel nodeloos frustreert en wantrouwig maakt. Deze gecreëerde maar niet ingeloste verwachtingen kunnen dan het succes van latere acties in het gedrang brengen. Samenvattend: het uitvoeren van een risicoanalyse op zichzelf is niet te beschouwen als een zelfstandige interventiecategorie.

3.3 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens focus

In het algemeen worden de risicofactoren met betrekking tot PSR onderverdeeld in 2 (soms 3) hoofdcategorieën. Een eerste klasse viseert de *organisatorische* componenten, die uiteenvallen in drie subcategorieën (FOD WASO, 2006):

1. risicofactoren op het niveau van de taak: de arbeidsinhoud (bv. de autonomie, de aard van het werk), de arbeidsvoorwaarden (bv. de werkzekerheid of de promotiemogelijkheden), de arbeidsomstandigheden (de werkdruk, de materiële infrastructuur) en de arbeidsverhoudingen

(bv. het contact met personen van buiten de organisatie). Traditioneel worden deze categorieën van arbeidskwaliteit de 'vier A's' genoemd;
2. risicofactoren op het niveau van de werkeenheid: de leiderschapsstijl, de sociale steun vanwege de collega's en de manier waarop de medewerkers binnen de werkeenheid omgaan met conflicten, waarbij dezelfde vier categorieën van risicofactoren een invloed uitoefenen;
3. risicofactoren op het niveau van de organisatie: de ondernemingscultuur en de organisatiestructuur.

De tweede categorie viseert de persoonlijkheidskenmerken van de *individuele* werknemer, meer bepaald diens stressgevoeligheid en de wijze waarop hij/zij hiermee omgaat (onder meer via copingstrategieën en de stijl van conflicthantering). Op basis van onderzoek spelen dan mee: karaktereigenschappen als introversie, type A-kenmerken, angst voor nieuwe situaties, ... en situationele gegevens als familiale steun, sociale contacten, financieel comfort, ...

Als derde categorie kan dan worden beschouwd: de wijze waarop de *organisatiekenmerken* (zoals de taakinhoud en de bedrijfscultuur) sporen met de persoonlijkheid van de werknemer.

Het is daaruitvolgend logisch dat, inzake het voorkomen en beperken van de psychosociale belasting, er drie grote benaderingswijzen worden onderscheiden: stressbeheersingsinterventies, organisatorisch-technische maatregelen en een aanpak die persoonsgebonden en organisatiekenmerken op elkaar tracht af te stemmen.

De eerste categorie richt zich op de werknemer, individueel of collectief, in het algemeen of geaxeerd op bepaalde categorieën. De andere benadering viseert in eerste instantie organisatorisch-technische maatregelen (soms ook socio-technische interventies genoemd, zie Parkes & Sparkes, 1998) die eerder een structurele aanpak van de problematiek beogen. De concrete methodieken die in beide benaderingen worden gehanteerd zullen in het vervolg van paragraaf 3.3 worden samengevat.

Vele auteurs onderscheiden daarenboven een derde benaderingswijze, halfweg tussen de organisatorische interventies en deze die ingrijpen op de persoon; het gaat hier in eerste instantie over selectieprocedures en het toewijzen van functies, gezien vanuit het oogpunt van een optimale *match* tussen de persoonlijkheidskenmerken van de werknemer en de taakvereisten behorende tot een bepaalde functie. Deze *gemengde benadering* wordt eveneens in het onderstaande kort aangehaald.

Uiteraard worden in de praktijk de drie invalshoeken vaak gezamenlijk bewandeld, meestal wanneer een gesystematiseerde benadering van de psychosociale belasting wordt gehanteerd in het kader van een langetermijnplanning (bv. het globaal preventieplan).

3.3.1 Interventiecategorieën geaxeerd op menselijk gedrag

Deze persoonsgerichte interventiecategorieën kunnen worden toegepast op individuele, dan wel op groepen werknemers. In het eerste geval kan een eerder curatieve insteek verondersteld worden, waarbij één enkele werknemer, al dan niet op haar eigen vraag of daartoe doorverwezen door bijvoorbeeld de arbeidsgeneesheer, soelaas zoekt in een persoonlijke behandeling die eventueel kan worden aangeboden in een ondernemingsgebonden context. Zij vallen buiten de opzet van onderhavig onderzoek. De in deze paragraaf belichte interventiecategorieën zullen derhalve in eerste instantie worden bekeken in het licht van de aanpak van (beperkte) groepen werknemers.

Vier basisbenaderingen resulteren onder deze actiecategorie, waarvan de eerste drie zich in principe richten op individuen maar ook op beperkte groepen die beschouwd worden als risicodragend, terwijl de vierde zich richt tot grotere personeelsgroepen en eerder informatief van aard is (Murphy, 2003).

3.3.1.1 Relaxatietechnieken

Relaxatie heeft als bedoeling de mate van agitatie en spanning die gepaard gaat met stress, onder controle te brengen of te houden. Het aanleren van ontspanningstechnieken heeft als bedoeling spierspanningen progressief en bewust te milderen. Vaak wordt dit gekoppeld aan ademhalingstechnieken, waarmee deelnemers worden geacht emotioneel gestuurde gedragingen in de hand te houden.

Vergelijkbare benaderingen worden door sommige auteurs beschouwd als afzonderlijke individuele interventiecategorieën, door anderen als ressorterend onder de algemene noemer van relaxerende technieken. Sinds enkele jaren heeft *mindfulness* erg veel opgang gemaakt, maar ook meditatie, sofrologie of biofeedback worden regelmatig toegepast; relatief recentelijk krijgt ook hartcoherentie (Otter, 2012) in dit verband enige aandacht. Ook het periodiek verstrekken van massages, hetgeen op een bepaald ogenblik furore leek te maken in sommige ondernemingen, kan worden geacht tot deze categorie te behoren.

In het kader van de doelstellingen van onderhavig onderzoeksverslag wordt voorgesteld om al deze technieken samen te nemen onder één hoofding, namelijk relaxatie.

3.3.1.2 Cognitief-gedragsmatige behandeling

In tegenstelling tot het aanleren van relaxatietechnieken, die aspecifiek zijn met betrekking tot arbeidsomstandigheden, richt de cognitief-gedragsmatige behandeling zich op de specificiteiten in de arbeidssituatie. Deze aanpak houdt typisch in:

- het identificeren van stressoren;
- het analyseren van de individuele respons op deze stressoren, waarbij ingegaan wordt op onaangepaste reactiepatronen, irrationele overtuigingen of ontoereikende copingstrategieën;
- het optimaliseren van de responspatronen via diverse methodieken, in de eerste plaats via het doorbreken van angstreacties en fobieën. De drie belangrijkste technieken die aan de basis liggen van het spectrum van in het bedrijfsleven gebruikelijke cognitief-gedragsmatige behandelingsmethoden zijn de systematische desensitisatie ontwikkeld door J. Wolpe, de stress-inoculatie ontwikkeld door D. Meichenbaum (Mc Kay et al., 1997), evenals de rationeel-emotieve therapie (RET) van A. Ellis (Ijzermans & Dirkx, 2001).

Ook hier stellen de onderzoekers voor deze vergelijkbare benaderingen samen te brengen in één globale interventiecategorie.

3.3.1.3 Acties in het kader van het PTSS

Een schokkende gebeurtenis kan een ernstige impact hebben op iemands voelen, denken en functioneren. Normaliter ebben deze heftige emoties na verloop van tijd weg. Als dat niet gebeurt spreekt men van het posttraumatisch stresssyndroom (PTSS), een psychisch ziektebeeld gekenmerkt door herbelevingen, schrikreacties en vervreemding. Dergelijke schokkende gebeurtenissen kunnen zich voordoen op de werkvloer, bijvoorbeeld bij wie het slachtoffer wordt van een ernstig geval van agressie of een nabije getuige is van een ernstig ongeval van een collega. Het gaat hier niet alleen om een individuele problematiek: ook kleinere groepen werknemers of een ganse werkeenheid kunnen het slachtoffer worden van dit syndroom.

Een ernstig geval van PTSS noodzaakt een professionele hulpverlening, die wordt aangeboden door gespecialiseerde personen of dienstverlenende organisaties. Interventies situeren zich vaak op het cognitief-gedragsmatige vlak, doch worden vaak ondersteund met medicatie.[21] Ook sommige externe preventiediensten bieden een vorm van ondersteuning aan gedurende de eerste maanden na een schokkende gebeurtenis (zie hoofdstuk 4). Deze interventie beoogt in de eerste plaats het versterken van de eigen kracht van het slachtoffer, zonder te vervallen in een gespecialiseerde behandeling; zij wil vooral evalueren of een subject PTSS ontwikkelt. Het aanbod dat sommige ondernemingen aanbieden aan hun werknemers op dit vlak, lijkt enigszins op EAP's. Aangezien het gaat om een specifieke problematiek, die vaak wordt aangepakt in groepen van werknemers, en de aanleiding duidelijk sterk werkgerelateerd is, verdient het aanbeveling acties in het kader van PTSS als een aparte interventiecategorie te beschouwen, ondanks het feit dat deze een deels curatieve insteek hanteert.

3.3.1.4 Informatieve stressbeheersingsopleidingen

Deze opleidingssessies worden typisch gegeven aan iedereen die werkt in de onderneming of in een bepaalde werkeenheid, ofwel behoren tot een bepaalde beroepscategorie.

Deze opleidingen hebben een minder therapeutische connotatie en houden dan ook in een belangrijke mate informatieoverdracht in. Sommige sessies worden specifiek gericht naar leidinggevenden (zoals bv. het vroegtijdig leren herkennen van stresssignalen); andere axeren zich op specifieke problematieken (bv. omgaan met agressie voor loketpersoneel). Zij worden soms gekoppeld aan rollenspelen.

3.3.2 Interventiecategorieën gericht op de organisatie

Uit talrijke onderzoeken, zowel bevragingen op internationaal en nationaal vlak als op het niveau van organisaties, is gebleken dat de stressklachten niet alleen verschillen naargelang de sector, maar dat er ook binnen één bepaalde onderneming soms duidelijk afwijkingen worden waargenomen tussen de afdelingen. Dit toont aan dat stressrisico's veel te maken hebben met de interne werkorganisatie en het personeelsbeleid, en bijgevolg beleidsmatig kunnen en moeten aangepakt worden. Vanuit deze visie zal men zich dus vooral richten op stressoren in de werksituatie. Deze stressoren kunnen erg uiteenlopend zijn en kunnen te maken hebben met de arbeidsomstandigheden, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsverhoudingen en de arbeidsinhoud. Dit zijn typisch de categorieën die ook worden beschouwd als essentiële dimensies van jobkwaliteit (Van den Brande et al., 2012). Interventies van structurele aard kunnen bijgevolg best onderverdeeld worden volgens dezelfde categorieën, ook al omdat de courant gebruikte risicoanalysemethoden met betrekking tot de psychosociale aspecten expliciet rekening houden met deze vier domeinen, zoals overigens voorgeschreven door de reglementering terzake.[22]

Naast acties die ingrijpen op deze 'vier A's', kan in de praktijk een bijkomende interventiecategorie worden geïdentificeerd, namelijk het vastleggen van normen en procedures, met inbegrip van het opstellen en opvolgen van stappenplannen, hetgeen neerkomt op de procesmatige aanpak van PSR.

In theorie zou men nog een zesde benadering kunnen onderscheiden, namelijk deze die leidt tot acties die een substantiële verandering van de arbeidsorganisatie, met inbegrip van een bijsturing van de achterliggende ondernemingscultuur, ambiëren: het milderen van een bepaalde machocultuur die in sommige sectoren nogal gebruikelijk is, het bevorderen van een participatieve mana-

21 http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/39222-posttraumatische-stressstoornis-ptss.html.

22 KB van 17 mei 2007 betreffende de voorkoming van psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk.

gementstijl, een weloverwogen beleid ter verzoening van het professioneel en familiaal leven, het faciliteren van deeltijds werk, het scheppen van duidelijkheid door functiebeschrijvingen en regelmatige *performance reviews*, ... Hoewel vele beheerssystemen een verandering van de bedrijfscultuur beogen, kunnen acties die in dit kader worden georganiseerd ondergebracht worden in één van de vijf hierna gedefinieerde interventiecategorieën; het werd derhalve onnodig gevonden om hiervoor een afzonderlijke interventiecategorie te definiëren.

3.3.2.1 Acties ingrijpend op de arbeidsomstandigheden

Fysieke arbeidsomstandigheden zoals lawaai, giftige dampen, stralingsgevaar of moeilijke lichaamshoudingen vormen op zich natuurlijk een risico voor de gezondheid, maar deze omgevingsfactoren kunnen ook de concentratie verstoren, het contact bemoeilijken, erg hinderlijk zijn of angstgevoelens veroorzaken. In die zin zijn zij psychisch belastend. Zo zal het personeel van ziekenhuizen zich wel eens zorgen maken over risico's verbonden aan biologische agentia (besmettingen, prikongevallen), en deze onzekerheid en angst vormen mede een risico op psychische belasting (Van Peteghem & Verbeek, 2006). En allicht zal het werken in een omgeving waar frequent arbeidsongevallen voorkomen de gemoedsrust van de betrokken werknemers niet ten goede komen.

3.3.2.2 Acties ingrijpend op de arbeidsvoorwaarden

Dat ploegendienst en nachtwerk belangrijke stressbronnen kunnen zijn hoeft nauwelijks verwondering te wekken. Het menselijk bioritme en het sociale leven raken verstoord, spijsverteringsklachten komen frequent voor, chronisch slaaptekort is een realistische dreiging en dit alles kan ten slotte de normale prestaties beïnvloeden. Het laat zich aanzien dat dit het welbevinden van de werknemer negatief kan beïnvloeden en dus een bijdrage kan leveren aan PSR.

Systematisch overuren uitvoeren, het langdurig doorwerken zonder onderbreking, te maken krijgen met een langdurig dagelijks pendeltraject, ... kunnen leiden tot stressklachten, aangezien in deze omstandigheden mensen soms niet in staat zijn om echt te recupereren.

Niet alleen teveel of te weinig werk, ook werkonzekerheid of onzekerheid ten gevolge van onduidelijke carrièrekansen leidt tot spanningen bij de werknemers.

3.3.2.3 Acties ingrijpend op de arbeidsverhoudingen

De onderlinge sfeer tussen collega's of de relatie met de verantwoordelijke kunnen eveneens belangrijke bronnen van stress zijn: gepest worden, slechte communicatie en samenwerking, discriminatie of ongewenste intimiteiten, ongezonde rivaliteit of openlijke conflicten, ... kunnen een boeiende job belasten en werknemers alle werklust ontnemen.

Deze moeilijke relaties ontstaan vaak niet zomaar en hebben niet alleen te maken met individuele karakters, maar vinden ook een grond in een organisatie waarin één en ander misloopt. Zo kan een systeem waarin mensen worden verloond op basis van het aantal uitgevoerde handelingen niet erg bevorderlijk zijn voor een hulpvaardige werksfeer.

3.3.2.4 Acties ingrijpend op de arbeidsinhoud

Het aantal taken (of de complexiteit ervan) en het gebrek aan tijd of mogelijkheden om het werk goed uit te voeren zijn uiteraard factoren die kunnen fungeren als bron van stress. De hoge werkdruk is zelfs de meest gehoorde klacht als we zoeken naar oorzaken van stress. Maar ook in jobs waarin monotoon en routineus werk moet worden geleverd, worden vaak veel klachten gerapporteerd.

Functies waarin men direct wordt geconfronteerd met vragen en wensen van eisende derden (klanten, patiënten) kunnen eveneens belastend zijn vanwege een gevoel van 'te veel verantwoordelijkheid' of 'tegenstrijdige taakeisen'. Wanneer de betrokken personeelsleden daarenboven weinig vrijheid hebben om zelf beslissingen te nemen of geen mogelijkheden hebben om creatief te zijn en zelf oplossingen te bedenken voor de problemen waarmee ze geconfronteerd worden, kan dit het risico op stress verhogen.

Regelmogelijkheden, hetgeen sommige auteurs beschouwen als een afzonderlijke actiecategorie (Kuijper et al., 2011), kunnen geacht worden deel uit te maken van de arbeidsinhoud. Hoewel autonomie en regelmogelijkheden, conform het Job Demand-Control model (Karasek, 1979), sterk medebepalend kunnen zijn voor het stressniveau in een onderneming, wordt ervoor geopteerd om hiervan geen aparte interventiecategorie te maken. Bij het inventariseren van in de praktijk gehanteerde interventiecategorieën moet wel de nodige aandacht geschonken worden aan acties die ertoe moeten leiden dat werknemers een bredere regelruimte krijgen toegemeten.

3.3.2.5 Procedurele interventies

Specifiek op het vlak van het OGGW, maar ook met betrekking tot andere aspecten van PSR, wordt het vaak als noodzakelijk aangevoeld om werk te maken van het formaliseren van afspraken. Het uitschrijven van een beleidsverklaring, het definiëren van de modaliteiten van interventies van vertrouwenspersonen en preventieadviseurs, het systematiseren van de afhandeling van een klacht over het pesten op het werk, het opstellen van een stappenplan voor het verlenen van aangepast werk bij iemand die langdurig afwezig is geweest wegens een psychische aandoening, ... kunnen een belangrijk onderdeel uitmaken van een interventietraject. Deze tussenkomsten kunnen daarom beschouwd worden als een afzonderlijke interventiemodus die thuishoort onder een structurele aanpak. Er werd geen enkele bron in de literatuur teruggevonden die deze aanpak als een zelfstandige actiecategorie definieert. Nochtans wordt deze benaderingswijze in vele ondernemingen beschouwd als een essentieel onderdeel van een beleid ter voorkoming van PSR; het Belgische reglementaire kader op dit vlak kan nauwelijks nageleefd worden zonder een minimum aan gedocumenteerde afspraken.

3.3.3 Mengvormen ('individual/organisational level interventions')

Deze mengvormen hebben alle te maken met het verduidelijken van de rol van het individu in de organisatie, de keuze van de juiste persoon op de juiste plaats, het overleg tussen de werknemers onderling en met hun leidinggevenden. Het gaat hier om benaderingen die in eerste instantie dienstig zijn in het kader van een algemeen personeelsbeleid, waarin aanwervingsprocedures en geschiktheidsbeoordelingen een belangrijke plaats innemen, en in het organiseren van inspraak (zowel binnen formele organen als het Comité PBW als op het niveau van de werkeenheden).

Deze benaderingen lijken ons evenwel te aspecifiek om beschouwd te worden als een aparte categorie van acties die de hoofdzakelijke bedoeling hebben om de psychosociale belasting van de werknemers te optimaliseren: ook hier is het weliswaar onmiskenbaar dat bijvoorbeeld het verduidelijken van rollen en verantwoordelijkheden via ondermeer een uitgewerkte functiebeschrijving, al dan niet gekoppeld aan periodieke functioneringsgesprekken, een gunstig effect kan hebben op het psychisch welbevinden van de werknemer, doch dit is in de overgrote meerderheid van de gevallen duidelijk niet de hoofddoelstelling van dergelijke benaderingen.

3.3.4 Samenvatting

In het verlengde van het bovenstaande, vatten Jordan et al. (2003) en Giga et al. (2003) de verschillende types van stressbeheersingsinterventies, onderverdeeld volgens focus, samen als in tabel 3.2. Deze onderverdeling komt erg exhaustief over, maar is te gedetailleerd om hanteerbaar te zijn in het kader van de onderzoeksopdracht. Bovendien bevat ze types van interventies die eerder reeds om diverse redenen uitgesloten werden. Deze tabel zal wel, na nog enkele beschouwingen over alternatieve definities van interventiecategorieën, dienen als basis voor het vastleggen van de interventiecategorieën die in het kader van deze onderzoeksopdracht zullen worden aangehouden.

Tabel 3.2 Een bepaalde typologie van stressbeheersingsprogramma's (Jordan et al., 2003)

Organisational level programmes	
SAP	Selection and placement
TRA	Training and education programmes
PEC	Physical and environmental characteristics
COM	Communication
JRD	Job design/restructuring
OTO	Other organisational level intervention
Individual/organisational level programmes	
CSG	Co-worker support groups
PEF	Person environment fit
RIS	Role issues
PAR	Participation and autonomy
OIO	Other individual/organisational level intervention
Individual level programmes	
REL	Relaxation
MED	Meditation
BIO	Biofeedback
CBT	Cognitive-behavioural therapy
EXE	Exercise
TMT	Time management
EAP	Employee assistance programmes
OTI	Other individual level intervention

3.4 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens de preventiehiërarchie

In het begin van dit hoofdstuk werd reeds gesproken over de preventiehiërarchie. In de praktijk stellen veruit de meeste auteurs dat interventies gericht op de organisatie (zie supra onder 3.3.2) behoren tot de primaire preventiemaatregelen, en dat het inwerken op de individuele werknemer (al dan niet groepsgewijze, zie supra onder 3.3.1) behoort tot de secundaire preventiemethodieken.

Activiteiten die ressorteren onder de tertiaire preventie hebben, ook in het domein van de psychosociale belasting, eerder een curatief dan een preventief karakter en werden reeds uit de scope van onderhavig onderzoek grotendeels uitgesloten voor zover deze verwijzen naar het optreden van de zorgsector en haar diverse geledingen. Daarom moet hier wellicht een uitzondering gemaakt worden voor één specifieke vorm van tertiaire preventie, namelijk hetgeen traditioneel wordt genoemd 'disability management'. Het gaat hier om het re-integreren van personeelsleden die geruime tijd afwezig waren wegens ziekte en die, onder begeleiding en stapsgewijze, opnieuw naar de onderneming worden teruggeleid. Dit kan inhouden dat zij hun vroegere functie terug opnemen (al dan niet onder gewijzigde voorwaarden, bv. met een andere arbeidstijdregeling of na aanpassingen van de werkpost) ofwel dat zij in een andere, meer aangepaste functie, terechtkomen. Indien dit op een

gestructureerde wijze gebeurt, met andere woorden indien deze benadering een element is van een formeel tewerkstellingsbeleid binnen de onderneming, kan deze aanpak zeker worden beschouwd als een interventiecategorie.

Sommige auteurs segmenteren de aanpak van PSR op basis van een combinatie van beide voorgaande criteria (focus en preventiehiërarchie). Tabel 3.3 geeft een model van interventiecategorieën, zoals uitgewerkt door de Engelse onderzoeker Bhui (Bhui et al., 2012). Om redenen van de eerder beperkte toegevoegde waarde zal de onderverdeling van interventiecategorieën in primair, secundair en tertiair echter niet aangehouden worden in onderhavig onderzoek.

Tabel 3.3 Model ter categorisering van interventies ter beheersing van stress (Bhui et al., 2012)

Niveau	Primair	Secundair	Tertiair
Gericht op de organisatie	bv. verbetering arbeidsinhoud, fitnessprogramma's en loopbaanontwikkeling	bv. verbetering van de communicatie en het besluitvormingsproces en conflictbeheer	bv. beroepsheroriëntering en outplacement
Gemengd	bv. tijdsbeheer, verbetering van de omgangsvaardigheden en van het evenwicht tussen beroeps- en privéleven	bv. initiatieven ter bevordering van groepsondersteuning, coaching en loopbaanplanning	bv. opvang van schokkende gebeurtenissen en groepsgesprekken
Individueel gericht	bv. medisch onderzoek voorafgaand aan aanwerving en didactisch stressbeheer	bv. cognitieve gedragstechnieken en relaxatie	bv. herinschakeling na ziekte, aangepast werk en individuele psychotherapie

3.5 Onderverdeling van interventiecategorieën volgens het aangeboden product

Een aantal EDPB's delen hun verschillende vormen van interventies in volgens de aard van de door de aangesloten onderneming gevraagde dienstverlening (zie hiervoor paragraaf 4.4.3). Dit is een eerder commercieel gerichte insteek die ten aanzien van de klant-onderneming (en ten opzichte van de andere beroepscategorieën werkzaam in de EDPB) duidelijk moet maken welk aanbod van standaardbenaderingen voorhanden is.

Een andere, hiermee verwante invalshoek die in sommige diensten wordt gehanteerd, die in dit onderzoek eveneens niet wordt weerhouden, is de onderverdeling van het aanbod in drie categorieën op basis van het reglementair kader:

1. interventies die inherent deel uit maken van de opdracht van de EDPB (zoals het behandelen van een individueel dossier m.b.t. het ongewenst seksueel gedrag op het werk);
2. interventies die wat verder verwijderd zijn van de kernopdrachten van de EDPB doch kunnen beschouwd worden als het logische verlengde hiervan, zoals het adviseren en ondersteunen van een preventief beleid ter bestrijding van het ziekteverzuim;
3. interventies die buiten het reglementair opgelegde kader vallen van de EDPB, doch op vraag van de onderneming kunnen worden uitgevoerd, zoals de persoonlijke coaching van een lijnverantwoordelijke ter diversifiëring van zijn stijl van aansturen.

3.6 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van de psychosociale belasting

Op basis van het hierbovenstaande geven wij in tabel 3.4 een overzicht van de voor onderhavig onderzoeksproject van belang zijnde interventiecategorieën.

Tabel. 4 Overzicht van de in het onderzoek beschouwde interventiecategorieën op het vlak van de psychosociale risico's

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Uitrusten van individuele kantoren met doorzichtige wanden in het kader van het ongewenst seksueel gedrag; het voorzien van een afzonderlijk kantoortje wanneer werknemers tijdelijk een mentaal belastende activiteit moeten uitvoeren
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	Overschakelen op kantooruren voor alleen werkende vrouwelijke schoonmakers
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	Opleidingen van de hiërarchische lijn inzake het toepassen van participatieve managementstijlen, mits georganiseerd in het kader van PSR
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	Taakverruiming of –verbreding in het kader van het beperken van de psychosociale belasting
	1.5 Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR, vastleggen van een procedure inzake melding van een OGGW-incident, het uitwerken van een ziekteverzuimprotocol
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering/bewustmaking	Verspreiding van affiches, organisatie van sensibiliserende voordrachten in verband met PSR, verspreiden onder het personeel van brochures over 'hoe omgaan met psychosociale belasting'
	2.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde stressbeheersingssessies
	2.4 Voorkomen PTSS	Ondersteuning van slachtoffers van een schokkende gebeurtenis
	2.5 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk
	2.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten, opleidingen voor leidinggevenden inzake het herkennen van stresssignalen, opleidingen van vertrouwenspersonen
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	Invoeren van een systematiek inzake curatieve behandelingen van burn-out of van middelenmisbruik

Enige legitimatie van bovenstaande tabel wordt gegeven in een recente studie, uitgevoerd in opdracht van de SERV. Deze studie (Delagrange, 2013), van de Stichting Innovatie en Arbeid, bevatte onder meer een inleidende literatuurstudie met onder meer enkele ESENER-gegevens.[23] In de lidstaten van de EU, aangevuld met enkele andere landen, werden de hoogst geplaatste verantwoordelijken voor veiligheid en gezondheid in ondernemingen met minstens tien werknemers telefonisch geïnterviewd over, in hoofdzaak, de problematiek van de psychosociale aspecten. In België ging het over 470 ondernemingen. Een eigen bewerking van deze gegevens geeft een beeld van de maatregelen die ondernemingen uit de steekproef de voorbije drie jaar namen op het vlak van

23 De ESENER-bevraging is een enquête die in 2009 werd uitgevoerd door het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk, gevestigd te Bilbao. ESENER is een Engels acroniem dat staat voor de 'Europese bedrijvenenquête over nieuwe en opkomende risico's'.

stressbestrijding, zoals weergegeven in tabel 3.5 die zes interventiecategorieën aflijnt. Deze kunnen moeiteloos ondergebracht worden in het schema uit tabel 3.4, met uitzondering evenwel van de mogelijkheid, die een relatief groot deel van de ondernemingen aan hun werknemers aanbiedt, tot individuele en vertrouwelijke consultaties. Waar het hier gaat om een eerder curatieve aanpak of een contact in het kader van het gezondheidstoezicht, werd deze interventiecategorie reeds uitgesloten van de onderzoeksopzet (zie de paragrafen 3.2.2 en 3.2.4 hierboven); waar bedoeld wordt dat personeelsleden de formele, in afspraken vastgelegde mogelijkheid krijgen om te rade te gaan bij een vertrouwenspersoon of een preventieadviseur-psychosociale aspecten, kan dit beschouwd worden als een procedurele aanpak die ressorteert onder interventiecategorie 1.5 uit tabel 3.4.

Tabel 3.5 Interventies inzake PSR in 470 Belgische ondernemingen, in % (Delagrange, 2013)

Interventiecategorie	%
Het aanbieden van opleiding	66,3
Vertrouwelijke consultaties voor het personeel	47,2
Een herschikking van de werkomgeving	42,0
Verandering in de manier waarop het werk is georganiseerd	40,4
Aanpassingen van de werktijdregeling	36,6
Het instellen van een procedure om conflicten op te lossen	36,0

3.7 Literatuurgegevens met betrekking tot de effectiviteit van de verschillende benaderingen

Het is niet eenvoudig om effecten van structurele interventies op het vlak van PSR te beoordelen, aangezien methodologisch correct uitgevoerde effectiviteitsstudies (pre- en postonderzoeksmetingen, een behoorlijke controlegroep, een adequate gegevensanalyse) schaars zijn. Eén van de belangrijkste redenen hiervoor lijkt het feit te zijn dat interventies inzake PSR slechts op langere termijn resultaten zouden opleveren, waardoor deze meestal buiten de tijdshorizon vallen die wetenschappelijke studies vaak dienen te hanteren. Bovendien kan de effectiviteit van benaderingen in andere domeinen van het welzijnsbeleid vaak uitgedrukt worden in *hardere* outcome-parameters: de frequentie- en ernstgraad van arbeidsongevallen, de concentratie van polluenten in de atmosfeer van een productieomgeving, het aantal ziektegevallen te wijten aan MSA, ... Wanneer het gaat over PSR moet men zich echter vaak tevreden stellen met de subjectieve impressies van de betrokkenen. Nochtans kunnen, op basis van de literatuur, een aantal globale hypothesen worden vooropgesteld.

Door de band lijken bedrijfsgebonden interventies bedoeld om de psychosociale belasting te verminderen, op een algemene instemming te kunnen rekenen van de betrokken werknemers. Voor een aantal variabelen (zoals de mate van jobautonomie, rolduidelijkheid, de communicatie binnen de werkeenheid) is meestal een positieve evolutie vast te stellen, doch het is moeilijk op voorhand uit te maken voor welke variabele dit precies het geval zal zijn - dit is overigens de reden waarom de vele auteurs de resultaten van dergelijke effectiviteitsstudies 'inconsistent' noemen. Blijkbaar valt de grootste wijziging vast te stellen bij die variabelen waarop rechtstreeks door de interventie wordt ingewerkt. Deze positieve evoluties vertalen zich evenwel niet noodzakelijk in een verhoogd welbevinden of een verbeterde gezondheid, en waar dit zo is, lijkt het succes te danken aan een combinatie van zowel persoonsgerichte als organisatiegerichte interventies (Semmer, 2006). Verder lijken positieve effecten vaak beperkt te worden tot bepaalde subgroepen.

Gelukkig blijkt een duidelijk negatieve impact van dergelijke acties zeldzaam: niet-succesvolle interventies zouden alvast het voordeel hebben dat ze geen schade veroorzaken. Soms zou er evenwel sprake zijn van niet-gewenste zijdelingse effecten (zoals het toenemen van de 'dode' tijd indien groepswerk wordt aangemoedigd of het verlies van sommige privileges na een reorganisatie van het werk) (Semmer, 2008).

Bovendien stellen we vast dat veel staat of valt met de kwaliteit van de uitvoering van de voorafgaande risicoanalyse en van de implementatie van de correctieve acties die als gevolg hiervan ondernomen worden. Zo blijkt een actieve betrokkenheid van alle actoren en een participatieve benadering van de problematiek een belangrijke begunstigende factor – doch dit is het geval met de welhaast alle acties die op het vlak van de veiligheid en de gezondheid van de werknemer worden genomen.

Een systematisch overzicht van de literatuur op het vlak van interventies ter bestrijding van werkgebonden stress (Lamontagne et al., 2007) kwam tot de globale vaststelling dat persoonsgerichte benaderingen effectief zijn op het individueel vlak doch geen impact hebben op de organisatie, terwijl een organisatiegerichte aanpak positieve effecten heeft op beide vlakken. Ook volgens deze studie lijkt het hanteren van beide categorieën hoofdbenaderingen in synergie de beste resultaten op te leveren. De auteurs besluiten dan ook: "Importantly, however, our findings also affirm individually-directed as an essential complement to organisationally-directed intervention, and the complementarity of primary, secondary and tertiary intervention strategies". Ze voegen er nadrukkelijk aan toe dat deze conclusies overeenkomen met gelijkaardige overzichten van de bestaande literatuur op dit vlak.

Een ander literatuuroverzicht dat een grondige balans opmaakt van 66 primaire interventiestudies die als bedoeling hadden de psychosociale belasting van de werknemer te verlichten, maakt eveneens het traditionele onderscheid tussen zogenoemde 'organisation level interventions' en 'stress management interventions' (Graveling et al., 2008). Binnen deze twee interventiecategorieën hanteren zij meerdere subcategorieën, waarvoor zij op basis van het literatuuronderzoek per subcategorie een uitspraak ('evidence statement') over de effectiviteit formuleren. Hieronder volgt een kort overzicht:

- organisatorische interventie 1: veranderingen op basis van een participatieve risicoanalyse;
  'Evidence statement': gemengd beeld, onvoldoende evidentie om een oordeel uit te spreken
- organisatorische interventie 2: opleiding van leidinggevenden;
  'Evidence statement': gemengd beeld, onvoldoende evidentie om een oordeel uit te spreken
- organisatorische interventie 3: veranderingen van arbeidstijdregeling;
  'Evidence statement': één studie wees uit dat het toekennen van bijkomende vakantie na vaststellen van burn-out geen blijvend effect heeft; een andere studie liet besluiten dat de overgang naar een andere ploegentijdregeling een positief effect kan hebben op het psychosociaal welzijn
- organisatorische interventie 4: ondersteuning/opleiding in het kader van de bestrijding van burnout;
  'Evidence statement': twee studies in verzorgingsinstellingen wijzen uit dat 'Psychosocial Intervention Courses' een positieve impact kunnen hebben op de mate van uitputting en depersonalisatie – tenminste op de korte termijn
- stressbeheersingsinterventie 1: opleidingen in het kader van stress-coping;
  'Evidence statement': "...there is reasonable evidence that muliti-faceted training, covering stress awareness, coping and stress reduction is an effective format"
- stressbeheersingsinterventie 2: (gedrags)therapeutische behandeling;
  'Evidence statement': twee studies tonen een positieve impact aan, tenminste op de korte termijn
- stressbeheersingsinterventie 3: relaxatieoefeningen/massage;
  'Evidence statement': er werd te weinig evidentie teruggevonden over het nut van deze benaderingen

- stressbeheersingsinterventie 4: initiatieven met betrekking tot algemene gezondheidspromotie.
  'Evidence statement': één studie die aantoonde dat een geïnformatiseerd opleidingspakket met betrekking tot levenshygiëne het mentale welzijn gunstig beïnvloedde

Een volgende metastudie (Ruotsalainen et al., 2008), deze keer geaxeerd op werknemers uit de zorgsector, die vervolledigd werd met een aantal eigen kwalitatieve analyses, besluit dan weer dat er maar een beperkte evidentie kan worden teruggevonden dat individugebonden interventies bij zorgverlenenden effectief een verlichting betekenden voor symptomen als het niveau van burn-out, algemene angstgevoelens en stress. Ditzelfde gold evenzeer voor een organisatiegerichte aanpak: ook hier kon geen indicatie vastgesteld worden dat deze interventies het algemeen niveau van stressgebonden symptomen verlagen. Een analoge metastudie (Dollard & McTernan, 2011) in dezelfde sector, die daarenboven werknemers van andere sociale en gemeenschapsdiensten omvatte, besloot dat vele van de 38 weerhouden studies een weinig gerichte aanpak inhielden en 'are therefore likely to have little effect in the long term for reducing stress. The most beneficial intervention is likely to embrace a combination of targets'.

Een andere metastudie op het vlak van de effectiviteit van vijf participatief uitgevoerde actieonderzoeken in Britse ondernemingen, die alle een mix hanteerden van diverse interventies (Parkes & Sparkes, 1998), komt tot hetzelfde resultaat: "Of the five such studies reviewed in detail, not one demonstrated strong and favourable results of the intervention evaluated (and a careful search of the literature failed to reveal accounts of more successful empirical participatory action research interventions)."

Verder werd er in de literatuur één (secundaire) studie gevonden over de economische impact van interventies in verband met de mentale gezondheid op de arbeidsplaats (Hamberg-van Reenen et al., 2012). Op basis van een beperkt aantal studies en eigen verwerking van gegevensbanken besloten de auteurs: "worksite interventions to prevent or treat mental health problems seem to be cost-effective". Dit lijkt evenwel niet het geval te zijn met 'Return-to-work policies' (inspanningen ter integratie van werknemers die langdurig afwezig waren wegens psychosociale moeilijkheden): "RTW interventions aimed at depressed employees do not seem to be cost-beneficial".

Meerdere auteurs houden staande dat individu-georiënteerde acties (de hierboven genoemde stressbeheersingsinterventies) gedocumenteerde successen kunnen voorleggen, vooral indien zij een cognitief-gedragsmatige insteek combineren met relaxatie (Semmer, 2008).

In dit overzicht kunnen de gegevens van de ESENER-studie, waarnaar reeds eerder werd verwezen, niet ontbreken. Deze studie peilde in 2009, onder meer bij verantwoordelijken voor het welzijn op het werk uit 457 Belgische ondernemingen met minstens tien werknemers, naar de subjectief ervaren effectiviteit van genomen maatregelen met betrekking tot PSR. Op basis van een eigen verwerking van de gegevens kwam H. Delagrange van de Stichting Innovatie en Arbeid (Delagrange, 2013), tot het overzicht in tabel 3.6.

Op basis van een kruising tussen de tevredenheidsscore en de aard van de maatregel, komt de auteur tot de volgende conclusies:
- alle maatregelen leiden tot een bepaalde mate van tevredenheid, waarbij 'de verschillen tussen de maatregelen niet erg uitgesproken zijn';
- hierop is één uitzondering: het geven van opleidingen levert geen significant effect op de algemene tevredenheid op;
- het aanpassen van de manier waarop het werk georganiseerd wordt, geeft het meest intensieve verband tussen het implementeren van deze interventiecategorie en de tevredenheid.

Tabel 3.6 Effectiviteit van genomen maatregelen met betrekking tot PSR (Delagrange, 2013)

In het algemeen: zou u zeggen dat de maatregelen die uw onderneming heeft genomen om psychosociale risico's te beheren effectief zijn geweest, eerder effectief, eerder ineffectief of ineffectief?	% ondernemingen
Zeer effectief	14,2
Vrij effectief	67,8
Vrij ineffectief	5,6
Zeer ineffectief	1,4
Geen antwoord	11,0
Totaal	**100,0**

Bovendien bewijst een verdere analyse dat, wanneer de werknemers geconsulteerd worden over de te nemen maatregelen of over de uitvoering van de maatregelen, de tevredenheid sterk toeneemt. Echter: uit de ESENER-studie bleek dat in bijna 40% van de ondernemingen uit de steekproef de werknemers niet werden geraadpleegd over mogelijke acties, en dat in meer dan 1/3 van de gevallen ze ook niet aangemoedigd werden om actief deel te nemen aan de invoering en de evaluatie van de maatregelen.

Tot slot werd in de literatuur één studie teruggevonden waarin bestaande overzichten met betrekking tot maatregelen op ondernemingsvlak ter bestrijding van stress opgenomen werden (Bhui et al., 2012). In het totaal werden hier 499 studies, besproken in 23 systematische *reviews*, tegen het licht gehouden; alle *reviews* werden gepubliceerd tussen 1990 en juli 2011. De auteurs vatten hun algemene conclusies als volgt samen: "Meta-analytic studies found a greater effect size of individual interventions on individual outcomes. Organisational interventions showed mixed evidence of benefit. Organisational programmes for physical activity showed a reduction in absenteeism. (...) Specifically, cognitive behavioural programmes produced larger effects at the individual level compared with other interventions. Some interventions appeared to lead to deterioration in mental health and absenteeism outcomes."

Een algemene conclusie, op basis van dit relatief beperkt literatuuroverzicht, zou dus als volgt kunnen luiden. Interventies op het vlak van de PSR hebben een bepaald potentieel om het welzijn van de werknemers op een hoger niveau te brengen, maar hun succes is afhankelijk van een ganse reeks factoren en kan derhalve niet gegarandeerd worden. Interventies die zich richten op de werknemers zelf lijken licht tot significant effectiever te zijn dan deze geaxeerd op de werkomgeving en de arbeidsorganisatie. Dit komt overigens overeen met een algemene conclusie dat de faalkans van gelijk welke interventie op het vlak van de organisatie rond de 50% schommelt (Fullan et al., 2007). Tevens lijkt het inzicht verworven dat, zoals dit met de andere vakgebieden inzake het welzijn op het werk het geval is, een gecombineerde aanpak bestaande uit diverse interventiecategorieën, waarbij een goed evenwicht moet worden gevonden tussen de persoons- en de organisatiegerichte acties, de meest effectieve is.

3.8 Remmende en bevorderende factoren

Interventiestudies besteden zijdelings aandacht aan de remmende factoren die een succesvolle aanpak van PSR bemoeilijken of vertragen, en anderzijds faciliterende gegevenheden die het welslagen ervan bevorderen of vergemakkelijken. Ook hier vertoont de literatuur een erg disparaat beeld: auteurs groeperen de verschillende factoren op een andere wijze, en geven weinig aanduidingen over de belangrijke randvoorwaarden die rechtstreeks bepalend zouden zijn en deze die slechts zijdelings tussenkomen.

Dezelfde ESENER-enquête bij ondernemingen geeft in haar Executive Summary enkele hints (EU-OSHA, 2012). Als bevorderende factoren worden aangehaald:
- de aanwezigheid van een goede algemene preventiecultuur in de onderneming: "enterprises reporting a higher implementation of OSH management practices often also report having in place procedures and measures to manage psychosocial risks";
- de betrokkenheid van het topmanagement;
- duidelijkheid inzake de rol en verantwoordelijkheden van de hiërarchische lijn en de werknemersafgevaardigden;
- de aanwezige communicatie met betrekking tot de veiligheid en de gezondheid op het werk;
- een zicht op de verzuimcijfers van personeelsleden die uitvielen om redenen van PSR.

De studie geeft bovendien aan dat de volgende drie gegevenheden de stuwende kracht zijn voor een onderneming om een begin te maken met het implementeren van een beleid gericht op de PSR:
- wanneer (een groep van) personeelsleden een nadrukkelijk vragende partij zijn om *ad hoc*-maatregelen te nemen inzake PSR en in een iets mindere mate om een structurele aanpak op poten te zetten;
- wanneer de absenteïsmecijfers hoog liggen;
- wanneer de productiviteit begint te dalen.

Voor wat betreft de remmende factoren maakt dezelfde studie een onderscheid tussen ondernemingen die (nog) geen aanvang hebben gemaakt met een aanpak van de PSR en zij die op dit vlak reeds bepaalde stappen hebben gezet. *Absolute beginners* zouden in eerste instantie nood hebben aan een adequate begeleiding en technische ondersteuning; remmende factoren in rijpere ondernemingen zouden in hoofdzaak te maken hebben met een gebrek aan voldoende middelen en *the sensitivity of the issue*, zoals de auteurs het uitdrukken. Met dit laatste wordt bedoeld dat vele aspecten van PSR delicate materies zijn: werknemers die stressgevoelig blijken te zijn of het slachtoffer worden van OGGW kunnen aarzelen mee te werken uit angst voor een zekere stigmatisering. Ook zou een belangrijke fractie van deze laatste categorie ondernemingen een blijvende nood ondervinden aan praktische richtlijnen en voorbeelden van goede praktijk.

In de omstandige Britse studie 'Beacons of excellence in stress prevention' (Jordan et al., 2003) komen de auteurs tot een opsomming van de volgende succesfactoren:
- een goede mix tussen persoonsgerichte en een structurele aanpak (zie ook hierboven);
- inspraak vanwege de werknemers in het ganse proces;
- de betrokkenheid van de hiërarchische lijn, in de eerste plaats van de eerstelijnsmanagers.

Als belangrijke succesbelemmerende factor stelt dezelfde studie dat, indien het implementeren van stressbeheersingsprogramma's niet gebaseerd wordt op een goed begrip van de specifieke noodwendigheden, deze nauwelijks of geen langetermijnwinst zullen opleveren: "Organisations must develop a comprehensive stress prevention and management strategy to identify their own specific requirements. This process should also identify when and how often interventions need to be assessed."

Deze studie boog zich verder over de vraag wie een dergelijk stressbeheersingsprogramma best aanstuurt. Dat bleek nogal te verschillen van onderneming tot onderneming;[24] wel ging het nagenoeg altijd over de verantwoordelijke of een deskundige medewerker van de interne preventiedienst, ofwel over de arbeidsgeneeskundige dienst ofwel over de personeelsdienst. De auteurs komen tot de conclusie dat de actieve betrokkenheid van alle drie deze instanties een positieve

24 Hier moet gepreciseerd worden dat de ondernemingen uit de studie over het algemeen een eerder grote omvang hadden.

impact had op de kwaliteit en de diepgang van het stressbeleid; wanneer één van deze drie groepen ontbrak in het sturingsproces, zou dit de kwaliteit van de acties significant doen afnemen.

Verder moeten hier nog enkele Belgische studies worden vermeld. In een eerste onderzoeksproject, gerealiseerd in opdracht van het Europees Sociaal Fonds (Hansez et al., 2009), komt een onderzoeksequipe van de Luikse universiteit tot de conclusie dat het sleutelelement om een stressbestrijdingsproject te doen slagen, de communicatie, participatie en betrokkenheid van het top- en lijnmanagement is. De betrokkenheid van de syndicale instanties bleek op dit vlak geen significant effect te hebben. Verder werd de globale ondernemingscontext (bedoeld wordt: de aanwezigheid van een goed sociaal klimaat) als bepalend beoordeeld, alsmede het hanteren van een aangepaste methodiek (in de eerste plaats werd hiermee het oprichten van een begeleidings- of stuurgroep bedoeld). Hoofdzakelijk werden tijds- en financiële beperkingen vernoemd als factoren die het welslagen van een degelijke opzet kunnen bedreigen. Maar ook ingrijpende reorganisaties bleken een belangrijke remmende oorzaak, "tels que des fusions, des restructurations, des changements dans la structure interne, des changements de direction, l'annonce de changements dans l'entreprise, des changements de priorités par rapport à la gestion des risques, la charge de travail après le diagnostic non liée à la démarche de prévention". Opvallend was dat ondernemingen die de problematiek wensten aan te pakken zonder een voorafgaande risicoanalyse (met name: een stressinventarisatie), meer geneigd waren om *time and money* te vernoemen als dè blokkerende factor bij uitstek.

Een onderzoeksverslag in opdracht van FOD WASO ter evaluatie van de reglementering op het vlak van werkgebonden PSR (Eertmans & Mertens, 2011) vatte een bevraging van een steekproef van 113 interne en externe preventieadviseurs-psychosociale aspecten naar factoren die het implementeren van een beleid belemmerden als volgt samen:

- 47,2% duidt aan dat de werkgever onvoldoende tijd en middelen ter beschikking stelden voor de primaire preventie van PSR;
- 36,3% was van mening dat zij niet beschikten over een afdoend instrumentarium voor het uitvoeren van een risicoanalyse (vooral de interne PAPSen bleken hiermee te kampen te hebben);
- 39,1% bleek het moeilijk te hebben om op basis van zo een risicoanalyse, geëigende preventiemaatregelen af te leiden.

Het belang van deze laatste factor wordt onderstreept in een masterthesis, gemaakt in het kader van de bijkomende opleiding preventieadviseur-psychosociale aspecten (Trémouroux, 2012) en waarbij negen gevallenstudies werden geanalyseerd, uit ondernemingen behorende tot de C-groep (d.w.z. middelgrote ondernemingen zonder interne preventieadviseur met een bijkomende opleiding)[25] die aangesloten waren bij een bepaalde externe preventiedienst. Ook hier werd een gebrek aan samenwerking en communicatie tussen de verschillende sleutelactoren als belangrijkste remmende factor opgegeven. Een goede tweede was evenwel het feit dat bepaalde maatregelen, zoals vooropgesteld door de externe preventiedienst naar aanleiding van een risicoanalyse met betrekking tot de psychosociale belasting, door deze ondernemingen als niet-realistisch werden beoordeeld.

25 KB van 27 maart 1998 betreffende de interne diensten voor preventie en bescherming op het werk.

Een laatste studie waarnaar hierboven reeds verwezen werd (Delagrange, 2013), omvatte ook een eigen onderzoeksluik, waarbij in een relatief beperkt aantal grotere Vlaamse ondernemingen gepeild werd naar de determinanten die bepalend zouden zijn om psychosociale risico's met kans op slagen aan te pakken. De auteur komt daarbij tot volgend lijstje van succesfactoren, zonder dat het de bedoeling was daarin een bepaalde hiërarchie aan te brengen:

1. *Een balans vinden*
   Of een maatregel werkstress doet verminderen of net doet stijgen, hangt af van het vertrekpunt. In sommige organisaties is er teveel flexibiliteit, waardoor de werklast onevenwichtig verdeeld raakt. In andere organisaties is het invoeren van meer flexibiliteit een maatregel die voor veel werknemers gunstig is voor de werk-privébalans. Hetzelfde geldt voor autonomie. Meestal wordt er in het kader van werkstresspreventie zowel als in het kader van de andere organisatie-aanpassingen gestreefd naar het toekennen van meer autonomie voor de werknemers. Dit heeft echter ook zijn grenzen en in sommige gevallen werd de autonomie terug verminderd.

2. *Een participatieve aanpak*
   Dit kwam in het bovenstaande reeds ter sprake.

3. *Gedragen door het management*
   In de mate dat de maatregelen betrekking hebben op de aanpassing van de organisatiestructuur, arbeidsorganisatie of werkprocessen die de eigen afdeling of groep overstijgen, is het belangrijk dat de acties gedragen worden door het management of de HR-manager. Dit klinkt iedere interne preventieadviseur vertrouwd in de oren. Op het vlak van het welzijn op het werk is de bevoegdheidsverdeling doorgaans vrij duidelijk en heeft de interne of externe preventieadviseur, conform de reglementering, meestal veel ruimte voor het uitvoeren van risicoanalyses en het voorstellen van pistes tot remediëring. Maar aanpassingen in de organisatie zelf behoren daar niet bij en dan is het 'over naar het management'.

4. *Aandacht voor flankerende maatregelen*
   Bij een aantal cases werd gewezen op het belang van een aantal - op het eerste zicht minder doorslaggevende - maatregelen, die echter wel een belangrijke symbolische waarde hebben. Vaak wordt daar naar verwezen als *quick wins*. Een voorbeeld uit een ziekenhuis betrof het aanpassen van de verdeling van de parkeerplaatsen, waardoor wie te laat komt nu ook het verste moet stappen (daar waar wie vroeger een vaste parkeerplaats had dicht bij de ingang precies bevestigd werd in zijn of haar laatkomgedrag). Dergelijke maatregelen geven bovendien aan dat het management het gehele project ernstig neemt.

5. *Evalueer regelmatig het proces*
   Naar de effectiviteit van de genomen maatregelen wordt vaak gepeild door middel van een tevredenheidsenquête of een periodieke stressinventarisatie. Dergelijke bevragingen maken evenwel veel los in een organisatie, en na een verbeteringstraject is er vaak enige behoefte aan rust. Het is dan ook verstandig even te wachten met een opvolgingsbevraging, maar het is belangrijk dat dit te zijner tijd gebeurt.

4 | De bevraging van de externe diensten voor preventie en bescherming

Dit hoofdstuk buigt zich in eerste instantie over de (categorieën van) interventies op het vlak van MSA en PSR die de EDPB's uitvoeren in de bij hen aangesloten ondernemingen. Er werd evenwel ook aandacht geschonken aan aangrenzende vraagstellingen: welk is de positie van beide werkeenheden, en hoe spelen deze mee in het algemeen functioneren van de externe preventiediensten? In welke mate is er sprake van een interdisciplinaire samenwerking in de dienstverlening inzake MSA en PSR?

Deze tekst behandelt deze eerder algemene vraagstellingen (paragraaf 4.2), waarna wordt ingegaan op het functioneren van de werkeenheden Ergonomie (paragraaf 4.3) en Psychosociale Aspecten (paragraaf 4.4). Ten slotte wordt een synthese gemaakt van de bevindingen (paragraaf 4.5). In eerste instantie worden de belangrijkste lijnen van het reglementaire kader waarin de externe preventiediensten werkzaam zijn hieronder samengevat.

De Belgische wetgever heeft er voor geopteerd de ondersteuningsactiviteiten met betrekking tot het welzijn op het werk bij exclusiviteit toe te vertrouwen aan de *Externe Dienst voor de Preventie en de Bescherming op het Werk* (gemeenlijk externe preventiedienst of EDBP genoemd). In de praktijk zijn de huidige externe preventiediensten een omvorming en uitbreiding van de vroegere Interbedrijfsgeneeskundige Diensten, bekend onder de afkorting IBGD (Van Peteghem, 2000). Deze evolutie vertaalt zich in de (opgelegde) structuur van deze diensten. Zij bestaan immers uit twee afdelingen: het Medisch Toezicht (die zich concentreert op het gezondheidstoezicht en aanverwante activiteiten en in alle diensten nog steeds de grootste werkeenheid is) en een nieuwe afdeling, Risicobeheersing genoemd, die de overige activiteiten met een preventief karakter moet uitvoeren. Verder was het de bedoeling dat activiteiten die voorheen uitsluitend door de arbeidsgeneesheer werden uitgevoerd (bedrijfsbezoeken, aanwezigheid op de vergaderingen van het Comité, risicoanalyses) meer evenwichtig zouden verdeeld worden over de verschillende beroepscategorieën, waardoor een interdisciplinaire benadering van de welzijnsproblematiek wordt betracht.[26]

De afdeling Risicobeheersing telt van rechtswege vijf disciplines: arbeidsveiligheid, arbeidshygiëne, arbeidsgeneeskunde en ten slotte de twee werkeenheden die van belang zijn voor dit onderzoek, namelijk ergonomie en psychosociale aspecten. Deze moeten worden bemand door preventieadviseurs aan wie stringente voorwaarden qua vooropleiding, bijscholing en beroepservaring worden opgelegd.

Veruit alle ondernemingen, van klein tot groot, zijn *de facto* verplicht zich aan te sluiten bij een externe preventiedienst en betalen hiervoor een bepaalde bijdrage die gemeenlijk de *forfaitair financiering* wordt genoemd en jaarlijks per ministerieel besluit wordt vastgelegd. Deze wordt verondersteld toereikend te zijn voor de basisdienstverlening die de EDPB van rechtswege moet uitvoeren.

26 Sleuteltekksten waarop deze nieuwe aanpak is gebaseerd zijn uiteraard de Welzijnswet en zijn belangrijke uitvoeringsbesluiten van 27 maart 1998 betreffende de interne en de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk. Daarnaast heeft het KB van 20 februari 2002 een aantal werkingsmodaliteiten en vooral de financiering van de externe preventiediensten vastgelegd.

Externe preventiediensten kunnen slechts functioneren mits hiertoe erkend door de federale Minister van Werk. Zij moeten hiertoe periodiek een erkenningsprocedure ondergaan; onder meer het verwerven van een certificaat conform de ISO 9000-norm is een vereiste.

4.1 Verloop van de bevraging

Van de op het ogenblik van het onderzoek bestaande 13 erkende EDPB's werden de 11 grootste gecontacteerd. Bovendien werd, op vraag van de opdrachtgever, eveneens contact opgenomen met EMPREVA, de gemeenschappelijke interne preventiedienst van een aantal federale overheidsinstellingen. EMPREVA functioneert grosso modo als een externe preventiedienst en zal in het vervolg van dit hoofdstuk worden beschouwd als een reguliere externe dienst voor preventie en bescherming op het werk. Eén EDPB zag af van medewerking, een andere verkoos het proces af te breken na het gesprek met de verantwoordelijke van de afdeling Risicobeheersing. Bovendien waren in een andere preventiedienst twee van de drie respondenten onbereikbaar of kregen geen toestemming om deel te nemen aan de interviews.

In het totaal werden op deze 11 externe preventiediensten bevraagd. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de gevoerde gesprekken. De bevraagde diensten ontvingen een volgnummer dat toegekend werd op een arbitraire wijze.

Tabel 4.1 Overzicht van de gevoerde interviews met een steekproef van EDPB's

Volgnummer	Directeur RB	Ergonoom	PAPS
1	OK	OK	OK
2	OK	OK	OK
3	OK	OK	OK
4	OK	OK	OK
5	OK	OK	OK
6	OK	OK	OK
7	OK	OK	OK
8	Ontbreekt	Ontbreekt	OK
9	OK	OK	OK
10	OK	OK	OK
11	OK	Ontbreekt	Ontbreekt

De tien gesprekken met de verantwoordelijken van de afdeling Risicobeheersing beperkten zich tot 30 à 60 minuten, deze van de door de EDPB aangeduide preventieadviseur-ergonomie of de preventieadviseur-psychosociale aspecten besloegen tussen 60 en 120 minuten. Op deze wijze werden negen ergonomen geïnterviewd en tien PAPSen. De gesprekken verliepen op semigestructureerde wijze aan de hand van een lijst met topics.[27]. In sommige gevallen moest bijkomende informatie naderhand verkregen worden, en verliep de communicatie verder via e-mail. Bijlage 1 geeft het interviewschema weer voor de verantwoordelijken van de afdeling Risicobeheersing, bijlagen 2 en 3 geven hetzelfde voor respectievelijk de gesprekspartners op het vlak van de ergonomie en op het vlak van de psychosociale aspecten.

27 Deze gesprekken werden integraal opgenomen voor verdere verwerking.

4.2 De plaats van de werkeenheden Ergonomie en Psychosociale aspecten in de externe preventiediensten

We willen zicht krijgen op het relatieve belang van de problematiek van MSA en PSR binnen de werkzaamheden van de EDPB. Daartoe kijken we in eerste instantie naar de plaats van de werkeenheden Ergonomie en Psychosociale aspecten binnen de externe preventiediensten.

4.2.1 De plaats van MSA en PSR in de algemene risicoanalyse en de planning van preventieve acties

Eén van de belangrijke opdrachten, toegekend aan de externe preventiediensten, is het ondersteunen van aangesloten ondernemingen bij de algemene risicoanalyse.[28] De meeste EDPB's hanteren hiervoor gestandaardiseerde benaderingen van eigen makelij. Alle diensten zonder uitzondering laten weten dat alle zeven domeinen van het welzijnsbeleid hierin aan bod komen. Deze risicoanalyses worden normaliter uitgevoerd door preventieadviseurs-veiligheid en worden, vaak om redenen van tijdgebrek en rentabiliteitsoverwegingen, eerder zelden nagekeken door een PAPS of een preventieadviseur-ergonomie. Wel signaleert één dienst dat, wanneer uit zo'n algemene risicoanalyse uitgevoerd door een preventieadviseur-veiligheid blijkt dat PSR in de bewuste onderneming prominent aanwezig zijn, de PAPS die de dienstverlening waarneemt in die onderneming hiervan op de hoogte gebracht wordt. In overleg wordt dan afgesproken hoe dit best wordt aangekaart bij de organisatie.

> Een Directeur RB, EDPB-3: *"In grotere bedrijven verzekeren we de geïntegreerde aanpak door het ter beschikking stellen van een team medewerkers uit verschillende disciplines. Dit team overlegt met de klant en bepaalt samen met hem, op basis van de risicoanalyse, het globaal preventieplan en het jaarlijks actieplan in de onderneming. Ons team medewerkers heeft ook de mogelijkheid om interne overlegmomenten te plannen, waarop de dienstverlening en de aanpak besproken worden."*

Deze benadering wordt ook gevolgd in EDPB-11, waar sprake is van een 'preventieteam' in grotere ondernemingen, gesuperviseerd door de arbeidsgeneesheer. Andere diensten hanteren gelijkaardige afspraken: doorgaans wordt de arbeidsgeneesheer beschouwd als de contactpersoon met de onderneming die een overzicht houdt op de dienstverlening.

4.2.2 De organisatie van de periodieke bedrijfsbezoeken

In een verder verleden werden de verplichte periodieke bedrijfsbezoeken door medewerkers van de externe preventiediensten uitsluitend uitgevoerd door arbeidsgeneesheren of soms, in kleine ondernemingen, door niet-academisch geschoolde professionals (verpleegkundigen, maatschappelijk werkers). Veelal ging de aandacht hoofdzakelijk uit naar het actualiseren van de lijsten van werknemers die onderworpen moesten worden aan het gezondheidstoezicht, de staat van het materiaal voor de EHBO of de salubriteit van de personeelsvoorzieningen. Sinds de omvorming van de IBGD's tot externe preventiediensten lag het in de bedoeling van de wetgever en van de sociale partners om ook andere disciplines bij de bedrijfsbezoeken te betrekken. De mate waarin dit gebeurt blijkt te verschillen van dienst tot dienst.

Slechts één dienst hanteert op dit vlak principes die volledig tegemoet komen aan de geest van de reglementering. Hier is een rotatiestelsel van toepassing, waarbij de afdelingen Medisch Toezicht en

28 Bedoeld wordt hier de generieke risicoanalyse die betrekking moet hebben op het volledige welzijnsdomein en moet worden uitgevoerd op het niveau van de ganse onderneming, de verschillende werkeenheden en de individuele werknemer, conform art. 6 tot en met 8 van het KB van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk (Codex, Titel I, hoofdstuk III).

Risicobeheersing om beurten een medewerker afvaardigen. Op deze wijze worden de aangesloten ondernemingen na verloop van een aantal jaren bezocht door specialisten van uiteenlopende disciplines. Een andere externe preventiedienst schakelt voor deze periodieke bedrijfsbezoeken ergoomen in, op aandringen van het adviescomité van deze dienst: daarom nemen de bedrijfsbezoeken 40% in van de werktijd van de betrokken ergonomen. Beide EDPB's zijn de enige waar een beroepscategorie behorende tot de afdeling Risicobeheersing een substantieel gedeelte van hun werktijd wijden aan deze activiteit. In de andere diensten blijft het periodieke bezoek sterk aangestuurd door de afdelingen Medisch Toezicht en worden de niet-medisch geschoolde deskundigen enkel sporadisch of soms helemaal niet betrokken.

> Een Directeur RB, EDPB-4: *"Het zijn meestal de syndicale organisaties die blijven vragen dat de arbeidsgeneesheer de bedrijfsbezoeken uitvoert, terwijl wij daar niet direct het nut van inzien. Bovendien zijn wij onderbemand op het vlak van arbeidsgeneesheren en worden vele problemen op het vlak van het welzijn onterecht gemedicaliseerd. De rol van de arbeidsgeneesheer wordt overgewaardeerd en deze van de andere preventieadviseurs ondergewaardeerd."*

Waar dit wel gebeurt, zijn het vooral ergonomen die worden ingeschakeld, zelden PAPSen. Wel dragen de meeste diensten (maar niet alle) er zorg voor dat de zeven domeinen van het welzijn[29] op het werk op de ene of andere manier aan bod komen. Zo worden arbeidsgeneesheren of andere bedrijfsbezoekers hierin gestimuleerd door hun een checklist/lijst van standaardadviezen mee te geven die het ganse scala van aandachtspunten bestrijkt. Drie van de bevraagde EDPB's hanteren een systematiek van jaarthema's, vaak in het verlengde van een nieuwe reglementering of een landelijke/Europese campagne waarrond de bedrijfsbezoeken dan thematisch gecentreerd worden. Dit gaat veelal gepaard met de uitgifte van overeenkomstige brochures of folders, informatiesessies voor de aangesloten ondernemingen, een aanbod van werkinstrumenten ten behoeve van de kleinere ondernemingen, ... Wel werd de problematiek van MSA vooralsnog in geen enkele van deze drie EDPB's naar voren geschoven als jaarthema.

Sommige diensten bieden, voor grotere ondernemingen die zich recentelijk hebben aangesloten, als alternatief voor het eerste bedrijfsbezoek een 'welzijnsaudit' aan waarin MSA en PSR gestructureerd, maar meestal in een beperkte mate, aan bod komen.

4.2.3 De plaats van MSA en PSR in onderzoek naar ernstige arbeidsongevallen

Een andere opdracht, toegekend aan de externe preventiediensten, is het uitvoeren van het onderzoek van ernstige arbeidsongevallen in ondernemingen zonder geschoolde interne preventieadviseur.[30] Ook hier hanteren de meeste EDPB's gestandaardiseerde benaderingen van eigen makelij. Conform het reglementair kader worden deze opdrachten uitgevoerd door preventieadviseurs-veiligheid. De meeste verantwoordelijken van de afdeling RB wijzen erop dat, indien de veiligheidsingenieur meent psychosociale of ergonomische aspecten te moeten opgeven als medeoorzaken van het ongeval, hij/zij steeds consult kan inroepen bij de collega's van de betreffende discipline. Dit lijkt in de praktijk evenwel zelden te gebeuren. Wel wordt, bij zeer ernstige arbeidsongevallen, vaak het belang benadrukt van het vermijden van het PTSS.

29 De gezondheid op het werk, de arbeidsveiligheid, de psychosociale aspecten, de ergonomie, de arbeidshygiëne, de verfraaiing van de werkplaatsen en de impact van het milieu op de arbeidsomstandigheden.

30 Artikel 5 van de Wet van 25 februari 2003 houdende maatregelen ter versterking van de preventie inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk en zijn diverse uitvoeringsbesluiten (Codex, hoofdstuk XIbis).

4.2.4 De plaats van MSA/PSR in het gezondheidstoezicht

In veruit de meeste diensten wordt het aan de persoonlijke insteek van de arbeidsgeneesheren overgelaten in welke mate zij dieper ingaan op psychosociale en ergonomische karakteristieken van de arbeidssituatie, al dan niet op vraag van de werkgever. De communicatie en informatieuitwisseling tussen arbeidsgeneesheren en de preventieadviseurs-ergonomie en -psychosociale aspecten is dan ook van groot belang. Maar dit loopt niet steeds even optimaal:

> Een PAPS, EDPB-8: *"Een arbeidsgeneesheer heeft niet altijd een gedegen zicht op de psychosociale aspecten. Bovendien met je er altijd voor opletten, zeker wanneer het gaat over OGGW, dat de benadering van de arbeidsgeneesheer niet interfereert met deze gehanteerd door de PAPS."*

> Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-7: *"Arbeidsgeneesheren vragen voortdurend dat wij hen op de hoogte houden van wat we vaststellen, maar zelf vernemen wij nooit iets van hen dat dienstig kan zijn voor ons werk."*

Sommige diensten bieden hun preventieadviseurs-arbeidsgeneesheren een standaardbevraging aan die meestal elektronisch wordt verwerkt en desgewenst groepsmatig kan worden gerapporteerd. Een dienst laat bijvoorbeeld werknemers onderworpen aan psychosociale belasting hun stressrisico scoren als 0, +, ++, +++; deze scores kunnen dan groepsgewijze verwerkt worden. Voor wat betreft MSA wordt de Nordic Musculoskeletal Questionnaire (3 diensten) aangeboden, drie andere diensten gebruiken voor beeldschermwerk of het manipuleren van lasten een kort vragenlijstje van eigen makelij, één dienst hanteert voor wat betreft de beeldschermproblematiek een vragenlijst gebaseerd op de Nederlandse Peerenboom-benadering. Twee diensten hanteren, voor ondernemingen die dit wensen, een verkorte vragenlijst.

> Een PAPS, EDPB-7: *"Dit onderzoek zit niet standaard in het tarief, maar indien een onderneming hiermee akkoord is, kan deze vragenlijst ingevuld worden tijdens de raadpleging. Deze vragenlijst gaat enerzijds over het ervaren stressniveau en de eventuele oorzaken ervan, en anderzijds is er een inschatting van de graad van emotionele uitputting van de werknemers. Nadien kunnen hierover dan anonieme resultaten teruggekoppeld worden, onder meer in het Comité."*

Voor wat betreft PSR wordt regelmatig de 'test Van Houtte'[31] gebruikt (3 diensten). Één dienst heeft een afwijkende benadering (die overigens nog steeds in ontwikkeling is). Het is hierbij de bedoeling dat de verpleegkundige een lijstje met 20 vragen overloopt, waarvan de antwoorden online worden verwerkt. Als de betrokken werknemer in het rood scoort, wordt deze verwezen naar de arbeidsgeneesheer, die dan op zijn beurt kan doorverwijzen naar de curatieve sector of de PAPS, indien betrokkene hiermee akkoord gaat. Wordt een oranje score bekomen, krijgt de werknemer nog enkele bijkomende vragen te verwerken en wordt hem/haar daarop een toepasselijke brochure overhandigd. Een andere dienst gebruikt een standaardvragenlijst van eigen vinding die de problematiek in de breedte bestrijkt; een laatste hanteert een specifieke vragenlijst indien de arbeidsgeneesheer vermoedt dat er sprake is van een risico op burn-out. Dezelfde dienst hanteert bovendien sporadisch een verkorte vragenlijst op basis van de Karasek-bevraging, toegepast in instellingen met weinig financiële mogelijkheden, als alternatief voor een ruimere bevraging.

In dit verband is het opvallend dat meer en meer preventieadviseurs-ergonomie, en in mindere mate PAPSen, worden ingeschakeld in coachingsactiviteiten voor werknemers die na een langere periode van arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaan. In één dienst beperkt zich dit tot de

31 Twee vragen, voorzien van een schaal, gebaseerd op de Karasek-benadering.

zorgsector, in een andere tot beeldschermwerk. Van de negen gevraagde preventieadviseurs-ergonomie laten er vier weten dat dit regelmatig gebeurt, op aanvraag van de arbeidsgeneesheer.

4.2.5 De aanwezigheid van niet-medische preventieadviseurs op de Comitévergaderingen PBW

In alle EDPB's is de arbeidsgeneesheer de vaste aanwezige op Comitévergaderingen PBW in de aangesloten ondernemingen. Op vraag van de werkgever (of het Comité PBW zelf) kan in bepaalde gevallen een andere preventieadviseur worden afgevaardigd. Meestal gebeurt dit in het kader van een specifieke opdracht (een voorstelling van de actie en van de uitvoerder aan de leden van het Comité, het bespreken van de resultaten van een interventie). Dit komt relatief frequent voor bij de PAPSen en gebeurt zelden bij de preventieadviseurs-ergonomie. In sommige gevallen blijft ook de externe arbeidsgeneesheer aanwezig op de bewuste vergadering, en dan wordt de onderneming meestal gefactureerd voor de extra aanwezigheid van de niet-medische preventieadviseur.

Eén bepaalde dienst hanteert een proactieve aanpak: deze EDPB stuurt bij de aanvang van het jaar een schrijven naar de ondernemingen waar een Comité PBW actief is, waarbij duidelijk wordt gesteld dat ook niet-arbeidsgeneesheren kunnen worden gevraagd deel te nemen aan bepaalde vergaderingen. Een andere dienst stuurt systematisch een preventieadviseur-ergonomie naar de Comitévergaderingen wanneer de arbeidsgeneesheer onbeschikbaar is.

4.2.6 MSA en PSR in de communicatie met de werkgevers

Nagenoeg alle externe preventiediensten doen inspanningen om het belang van ergonomie en psychosociale factoren ten aanzien van de bij hen aangesloten ondernemingen te onderlijnen. Zij hebben allen een eigen website waarop deze aspecten ruim aan bod komen en verspreiden brochures/*leaflets*/folders/affiches over de verschillende deelproblematieken. Vele EDPB's verspreiden ook periodieke nieuwsbrieven of tijdschriften (al dan niet in samenwerking met de eventuele overkoepelende groep van dienstverlenende organisaties) waarin het volledige gamma van de dienstverlening aan bod komt.

(Slechts) twee diensten, niet toevallig de grotere uit de steekproef, beschikten over algemene visieteksten over hun concept van aanpak van de ergonomische en de psychosociale problematiek.

Sommige externe preventiediensten hanteren een formule van gratis regionale infosessies die onder meer handelen over ergonomie en deelaspecten in verband met PSR (waarbij deze laatste meer succes lijken te kennen dan de informatiesessies over ergonomie). Andere diensten voeren gerichte mailings uit naar bepaalde categorieën werkgevers.

Een persoonlijke communicatie tussen de werkgever en de deskundige preventieadviseur, bijvoorbeeld tijdens een periodiek bedrijfsbezoek, lijkt een heel effectieve benadering.

> Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-6: *"Als je gericht naar de klant stapt kan je zelf risico's aanhalen en een opdracht losweken bij de werkgever."*

4.2.7 Het financiële belang van de werkeenheden Psychosociale Aspecten en Ergonomie

In de gesprekken met de verantwoordelijken van de afdelingen Risicobeheersing werd bevraagd hoe belangrijk extra factureerbare prestaties van de PAPSen en de preventieadviseurs-ergonomie waren.

Deze maatstaf geeft een indicatie van de mate waarin aangesloten organisaties een specifiek en extra-betalend beroep doen op de verschillende diensten. Er werd gevraagd dit uit te drukken in procenten van de globale jaaromzet die werd gegenereerd door de dienst, forfaitaire bijdragen van de aangesloten ondernemingen inbegrepen. Vijf diensten gaven hierover nauwkeurige cijfers op. Het percentage schommelde tussen 0,4 en 6,0% voor de werkeenheden Psychosociale Aspecten (gemiddelde waarde: 1,6%), en tussen de 0,2 en 3,7% (gemiddelde waarde 1,7%) voor de werkeenheden Ergonomie.

Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-5: *"Ergonomie is nochtans de toekomst."*

Veruit de meerderheid van de gesprekspartners voorzagen, voor de komende jaren, een verdere substantiële stijging van het werkvolume te realiseren door de PAPSen (gemiddelde raming van de jaarlijkse stijging van de omzet van deze werkeenheid met 8,5%). In tegenstelling hiermee zou het volume van de activiteiten van de preventieadviseurs-ergonomie eerder stagneren (raming: een gemiddelde prognose van nauwelijks 2% omzetstijging op jaarbasis). Sommige diensten zagen zelfs een lichte inkrimping van deze werkeenheid voor de nabije toekomst.

Dit zou mede te maken kunnen hebben met het feit dat, in enkele diensten, ergonomie in toenemende mate door niet-ergonomen wordt behartigd, vaak buiten het kader van risicobeheersing: zo worden, wegens de schaarste aan arbeidsgeneesheren, alternatieven voor het gezondheidstoezicht gezocht waarbij verpleegkundigen informatiesessies geven en zelfs werkplekbezoeken uitvoeren. Algemeen is het een goede zaak dat hierdoor de aandacht van de aangesloten onderneming voor ergonomische aspecten mogelijks wordt bevorderd, maar dergelijke initiatieven gebeuren best met medeweten van en onder de coaching door de ergonoom.

4.3 De plaats van MSA in de werkeenheden Ergonomie

4.3.1 Personeelsgegevens met betrekking tot de werkeenheid

In eerste instantie werd gepeild naar de bemanning van de werkeenheden Ergonomie. In de tien EDPB's waarover gegevens beschikbaar waren, maken gemiddeld genomen ergonomen 2,4% uit van het totale personeelsbestand (percentage uitgedrukt in termen van hoofden), variërend tussen 0,5% tot 4,3%. Vele ergonomen werken deeltijds: het aantal voltijds equivalenten beloopt gemiddeld genomen een kleine 2/3 van het aantal werknemers in absolute cijfers.

Deze bescheiden percentages maken duidelijk dat de werkeenheden Ergonomie in de verschillende EDPB's beperkt van omvang zijn. In het totaal waren er in de tien bevraagde diensten 52 personen werkzaam in dit vakgebied, vaak op een deeltijdse basis: 30 (universitair geschoolde) preventieadviseurs en 22 andere medewerkers met een niet-academische vooropleiding. Kleinere EDPB's tellen nauwelijks één medewerker binnen deze werkeenheid, de grootste dienst uit de steekproef komt aan een bemanning van 27 medewerkers.

Op een totaal van 52, tellen de werkeenheden Ergonomie binnen de EDPB's uit de steekproef dus 22 niet-preventieadviseurs. Meestal gaat het hier over verpleegkundigen die, in de helft van het aantal bekeken diensten, op een deeltijdse basis belast worden met het geven van diverse opleidingen; verder worden zij ingezet voor algemene bedrijfsbezoeken gericht op de problematiek van MSA, het uitvoeren van eenvoudige risicoanalyses en het geven van advies inzake beeldschermwerk. Deze personen die niet beschikken over een vooropleiding van academisch niveau, worden niet toegelaten tot de aanvullende opleidingen voor preventieadviseur. Dit verklaart grotendeels het

gegeven dat, gemiddeld genomen, slechts 3/4 van de personeelsleden werkzaam in de werkeenheid ergonomie, de per reglementering verplichte bijkomende opleiding hebben doorlopen of daar nog mee bezig zijn. In twee diensten verzorgde een arbeidsgeneesheer (een deel van) de dienstverlening inzake ergonomie.

Sommige diensten hebben, in functie van de omvang van de groep, een verantwoordelijke ergonoom aangesteld die zijn/haar medewerkers inhoudelijk en soms (in meer gecentraliseerde organisaties) operationeel aanstuurt. Er zijn evenwel enkele EDPB's waar de groep ergonomen nauwelijks geïntegreerd is in de afdeling Risicobeheersing of een regelmatig contact heeft met de verantwoordelijke van deze afdeling.

4.3.2 Tijdsbesteding

Een belangrijk gegeven is de tijdsbesteding van de betrokken preventieadviseurs. Hiernaar werd gepeild door de geïnterviewde ergonomen te vragen om, voor de ganse groep en op basis van een voorgestructureerde tabel, de gemiddelde tijdsbesteding per jaar in te schatten. Dit gaf een raming die in tabel 4.2 wordt weerspiegeld.

Tabel 4.2 Raming van de gemiddelde tijdsbesteding van de preventieadviseurs-ergonoom (gemiddelde van 9 EDPB's)

Categorie van activiteiten	Tijdsbesteding (%)
Informatie, opleiding, coaching	40,3
Technische maatregelen	19,0
Risicoanalyse	15,4
Werkorganisatorische maatregelen	8,6
Andere activiteiten in het kader van de werking van de EDPB (bijwonen Comités, periodieke bedrijfsbezoeken)	7,0
Varia (eigen opleiding, bijwonen interne vergaderingen)	9,7
Totaal	**100,0**

Activiteiten die te maken hebben met opleidingen- en andere informatieve opdrachten maken het leeuwenaandeel uit van de opdrachten uitgevoerd door de werkeenheid Ergonomie. De tijdsbestedingen vertonen een erg gelijkaardig patroon; in twee EDPB's absorberen opleidingen evenwel rond de 60% van de werktijd. één dienst vertoont een omgekeerd beeld: daar gaat het grootste deel van de aandacht naar het formuleren van adviezen met betrekking tot de vormgeving van de werkposten. De precieze tijdsverdeling wisselt erg tussen de verschillende preventieadviseurs, en (zoals eerder gesteld) worden opleidingsactiviteiten vaak toegewezen aan niet-preventieadviseurs.

Enkele sporadische uitzonderingen niet te na gesproken, doen alle externe preventiediensten voor de ergonomische dienstverlening uitsluitend beroep op preventieadviseurs in vast dienstverband. Samenwerkingsverbanden op grote schaal met derde instanties zijn er evenmin. Eén (hoofdzakelijk Nederlandstalige) dienst besteedt Franstalige opleidingen uit; twee andere diensten hebben contacten met diverse sectorale opleidingsfondsen en aanverwante organisaties, voor wiens rekening dan diverse opleidingssessies worden verzorgd.

Een niet onbelangrijke vraag is: hoe verwerven de werkeenheden Ergonomie hun opdrachten? Hiernaar werd gepeild door de geïnterviewde ergonomen te vragen om, voor de ganse groep en op

basis van een voorgestructureerde tabel, aan te geven wie het initiatief nam om met de werkeenheid contact op te nemen voor het uitvoeren van een opdracht. Dit gaf een volgende raming.

Tabel 4.3 Raming van de aanvrager van opdrachten voor de werkeenheid Ergonomie (gemiddelde van 9 EDPB's)

Modaliteit	Geschat belang (%)
De onderneming neemt rechtstreeks contact op met de EDPB	36,1
De arbeidsgeneesheer capteert de vraag en geeft deze door aan de werkeenheid Ergonomie	23,7
Een andere medewerker van de EDPB capteert de vraag en geeft deze door aan de werkeenheid Ergonomie	13,9
Genereren van bijkomende projecten door preventieadviseurs-ergonomie zelf	11,7
Dienstverlening aan andere instanties behalve ondernemingen	9,4
Een derde instantie verzorgt de brugfunctie (zoals de inspectie)	5,3
Totaal	**100,0**

Hier zijn er wel degelijk markante verschillen vast te stellen tussen de verschillende diensten. In één bepaalde dienst zorgt de afdeling Medisch Toezicht voor de helft van het totale aantal opdrachten, in een andere dienst beloopt dit echter nauwelijks 5%. Ook de mate waarin ondernemingen rechtstreeks, op eigen initiatief, contact opnemen met de EDPB voor een ergonomische interventie, schommelt sterk: dit gaat van 3% tot 70%. Erg weinig opdrachten, nauwelijks 5%, zijn te wijten aan een voorafgaande tussenkomst van de inspectiediensten.

Tot slot dient nog vermeld te worden dat de projecten die door de medewerkers van de werkeenheden Ergonomie worden uitgevoerd, van korte duur zijn: gemiddeld tussen de twee en drie halve dagen. Bovendien worden, in een aantal kleinere diensten, taken toegekend aan de werkeenheid Ergonomie die in grotere EDPB's tot het takenpakket van de arbeidshygiënisten behoren, zoals diverse metingen (onder meer van het arbeidsklimaat).

4.3.3 De verschillende niches van dienstverlening

4.3.3.1 Risicoanalyses

Eén van de kernopdrachten van EDPB's is het ondersteunen van ondernemingen bij het uitvoeren van risicoanalyses. Het is dan ook niet verwonderlijk dat alle werkeenheden Ergonomie op dit vlak actief zijn.

Op basis van de bevraging kregen de onderzoekers een beeld van de gehanteerde risicoanalysemethodieken voor de verschillende deelgebieden van de lichamelijke belasting. Uit tabel 4.4 blijkt dat de meeste diensten voor de verschillende deelaspecten van de lichamelijke belasting, standaardmethodieken hanteren die ofwel werden overgenomen van de literatuur ofwel werden ontwikkeld in eigen beheer. Voor sommige deelgebieden beschikken sommige niet over een standaardbenadering, hetzij omdat het niet tot het beleid van de dienst behoort om benaderingen overmatig te standaardiseren, hetzij omdat sommige deelproblematieken (zoals verplaatsingstechnieken in zorginstellingen) nauwelijks aan bod komen gezien het klantenbestand van de betrokken dienst.

Tabel4.4 Overzicht van de gebruikte methodieken van risicoanalyse per deelgebied (meerdere mogelijkheden konden worden opgegeven)

Deelgebied	Aanpak
Subjectieve screening	Sobane incl. Déparis (4 diensten), eigen benadering (3 diensten), algemene taakanalyse (3 diensten), Borg-schaal (1 dienst), vragenlijst CERGO-Prevent (1 dienst). Eén dienst hanteerde een zelf opgemaakte vragenlijst over de energetische belasting, een laatste dienst beschikte niet over een specifieke standaardmethode
Tillen van lasten	KIM (5 diensten), NIOSH (4 diensten), FIFARIM (2 diensten), MAK (1 dienst), participatieve bevraging (1 dienst). Twee diensten beschikten niet over een specifieke standaardmethode
Duwen en trekken	KIM (5 diensten), dynamometrie gekoppeld aan de Snooktabellen (4 diensten). Vier diensten beschikten niet over een specifieke standaardmethode
Statische belasting	RULA (1 dienst), eigen methode (1 dienst). De andere diensten beschikten hier niet over een specifieke standaard methodiek
Spierbelasting	EMG (2 diensten)
Repetitieve handelingen bovenste ledematen	OCRA (5 diensten), Sobane (1 dienst), RULA (1 dienst), KIM (1 dienst). Twee diensten beschikten niet over een specifieke standaardmethode
Verplaatsingstechnieken (zorgsector)	Tilthermometer (2 diensten), eigen benadering (1 dienst). Zes diensten beschikten niet over een specifieke standaardmethode
Werken aan beeldschermen en kantoorergonomie	Eigen benadering, meestal op basis van bestaande checklists (alle diensten)

Niet iedere gesprekspartner geloofde evenwel in een algemene screening, m.a.w. een algemene of domeinspecifieke risicoanalyse (d.w.z. specifiek geaxeerd op de ergonomische problematiek) overheen de onderneming als geheel.

> Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-5: *"Ik geloof niet in een algemene screening. De problematiek is altijd zo complex, met een risicoanalyse kan je dat nooit goed in kaart brengen. De basisstelling moet zijn: de problematiek oplossen. Het grote probleem met die gestandaardiseerde ergonomische risicoanalyse is het feit dat alle acties apart bekeken worden en er geen manier bestaat om dit allemaal te accumuleren. De fysiologische belasting is een cumulatief proces, de toegevoegde waarde van die partiële risicoanalyses is bijgevolg nul. Hoeveel keren kan je, bijvoorbeeld voor het tillen van lasten, de NIOSH-methode echt toepassen? Dat is quasi nooit. Een participatieve risicoanalyse daarentegen geeft wel degelijk resultaten. Er is één uitzondering: als je het gevoel hebt dat de bedrijfsleiding niet wil bewegen of de vakbond niet kan worden overtuigd, kan je een risicoanalyse gaan toepassen op een specifiek ernstig probleem om de zaak hard te maken. Ik werk liever niet op deze manier, maar je moet je aanpassen aan de heersende bedrijfscultuur, en dan moet je erover waken dat je voor alle partijen steeds een medespeler blijft en geen tegenspeler wordt. In delicate omstandigheden dreigt de ergonoom als scheidsrechter ingezet te worden: je geeft dan de indruk dat je een gele of een rode kaart uitdeelt. Ergonomie is inderdaad soms 'a game'."*

Dit blijkt evenwel een minderheidsopinie te zijn. Vele gesprekspartners zagen het helemaal anders en blijven vinden dat een eerste verkennende studie van de arbeidsposten, gekoppeld aan een zo kwantitatief mogelijk geïnspireerde risicoanalyse, het beginpunt moet zijn van een grondige ergonomische aanpak.

4.3.3.2 Het uitvoeren van interventies

Risicoanalyses maken dus een belangrijk deel uit van de taakopdracht van een preventieadviseur-ergonomie en leiden logischerwijze tot een reeks van adviezen en aanbevelingen die normaliter moeten aanleiding geven tot interventies.

Uit de gesprekken blijkt evenwel dat preventieadviseur-ergonomie slechts sporadisch wordt geconsulteerd voor de aanpassingen aan de arbeidspost of werkorganisatorische maatregelen (zoals het instellen van een rotatiesysteem). Alleen voor de keuze en het inzetten van mechanische hulpmiddelen wordt regelmatig concrete ondersteuning ingewonnen. Vele geïnterviewden betreuren het dan ook dat zij in de praktijk nauwelijks worden geïnformeerd over de mate waarin hun voorstellen daadwerkelijk aanleiding geven tot correctieve/preventieve maatregelen. In deze zin voeren de externe preventiediensten weinig *interventies* uit in de strikte zin van het woord.

In verband met de vraag naar interventies werd ook gepeild naar de plaats die het rugpreventieproject van het Fonds voor Beroepsziekten inneemt in de dienstverlening van de externe preventiediensten. Dit programma is opgebouwd rond de drie volgende principes:[32]

1. *medische as*: de deelneming bevorderen van mensen met lagerugpijn aan een ambulant multidisciplinair revalidatieprogramma waarvan de structuur en de inhoud overeenstemmen met het programma dat in de RIZIV-nomenclatuur - fysische geneeskunde - is opgenomen sedert 1 augustus 2004 (KB van 22 juni 2004). Dit programma omvat maximum 36 sessies van elk 2 uur, gespreid over een periode van maximum 6 maanden;
2. *as arbeidsmilieu*: zorgen voor een gestructureerde financiële ondersteuning in de onderneming met het oog op het bevorderen van gunstige omstandigheden voor werkhervatting. Deze ergonomische interventie berust, mits het akkoord van de werkgever, op een samenwerking tussen de preventieadviseur-ergonomie en de arbeidsgeneesheer. Ze bestaat uit ofwel een ergonomische analyse van de werkpost, ofwel een opleiding op de werkvloer, aangepast aan de werkomstandigheden;
3. *netwerken*: een nauwe samenwerking aanmoedigen tussen de structuren van de curatieve geneeskunde (behandelende geneesheren en revalidatiecentra) en de diensten voor preventie en bescherming op het werk (arbeidsgeneesheren en ergonomen).

Voor dit initiatief waren relatief ruime financiële middelen voorzien. Nochtans zijn slechts 3 van de 11 bevraagde externe preventiediensten enigszins actief op dit vlak; één van deze diensten voerde in 2012 zelfs 68 interventies uit in dit kader. Een mogelijke reden hiervoor wordt aangehaald door een bepaalde preventieadviseur van één van deze drie diensten.

> Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-3: *"Dit project valt of staat bij de reflex die de arbeidsgeneesheren hebben om de ergonoom een seintje te geven dat er in een bedrijf een revalidatiedossier goedgekeurd werd. Anders weet die ergonoom dat immers niet."*

4.3.3.3 De organisatie van opleidingen

Zoals gesteld in 4.3.2 gaat erg veel tijd van de medewerkers naar opleidingen. Tabel 4.5 geeft een zicht op het pakket van opleidingen dat de werkeenheden Ergonomie standaard aanbieden.

32 http://www.fmp-fbz.fgov.be/prev/RUGPREVENTIE/index.html#.

Tabel 4.5 Standaardopleidingen aangeboden door de werkeenheid Ergonomie (bevraging van 9 EDPB's)

Standaardopleiding	Aantal EDPB's die een dergelijke opleidingen aanbieden
Tillen van lasten	9
Beeldschermwerk	8
Verplaatsingstechnieken in de zorgsector	7
Train de trainer	7
Ergonomisch ontwerp van arbeidsmiddelen	7
Algemene info MSA	3
Doelgericht op bepaald publiek	3
Repetitieve handelingen	2
Begeleiding bij re-integratie	2

Waar de EDPB een traditie heeft om opleidingen of informatieavonden aan te bieden op een centrale plaats (6 van de 11 bevraagde diensten doen dit), worden de meeste van deze opleidingen zowel in 'gesloten' als in 'open' vorm gegeven. Dit laatste wil zeggen zij toegankelijk zijn voor personeelsleden van aangesloten ondernemingen, behorende tot een bepaalde regio of tot een specifieke sector.

Sommige diensten bieden, in functie van hun specifiek klantenbestand, gespecialiseerde opleidingen aan, zoals: het fysiek omgaan met agressiviteit (vaak voor loketpersoneel), het tillen van peuters in kinderdagverblijven, ergonomie in en rond de wagen, bewegingspromotie, de aankoop van kantoormeubilair.

4.3.3.4 Een samenwerking op langere termijn met ondernemingen?

Het overgrote deel van de tijd worden preventieadviseurs-ergonomie ingezet voor punctuele opdrachten; slechts sporadisch worden er met werkgevers extra-reglementaire generieke overeenkomsten afgesloten, waarbij de EDPB een deskundige ter beschikking stelt van een onderneming over een langere periode, meestal contractueel vastgelegd in termen van een aantal te presteren halve dagen per week of per maand. Voor de werkeenheid Ergonomie was dit voor vier van de negen bevraagde diensten het geval, en waar dit voorkwam was het aantal van dergelijke contracten erg bescheiden: alleen een grote dienst kon tussen 2010 en 2012 bogen op een 80-tal van dergelijke langetermijnafspraken.[33]

Het is dan ook niet verwonderlijk dat vele geïnterviewden geen duidelijk beeld hadden over hoe ze een dergelijke langlopende opdracht zouden aanpakken. Allen zijn het er roerend over eens dat een succesvolle benadering uit een ganse reeks stappen moet bestaan, waarbij risicoanalyses op basis van een taakinventarisatie, de organisatie van sensibiliserende sessies, groepsgewijze en individuele coaching met betrekking tot het aanleren van spierontspannende technieken, toezicht op het implementeren van technische en organisatorische maatregelen, een continue communicatie met het management en in de schoot van het Comité PBW, ... belangrijke ingrediënten zijn die in principe alle moeten aanwezig zijn vooraleer een dergelijk traject kans op slagen heeft. Het laatste stadium dat de literatuur terzake steevast aanhaalt, namelijk effectiviteitsmetingen en een bijsturing op basis van een formele evaluatie, werd evenwel zelden vermeld als belangrijk onderdeel van een dergelijke aanpak.

33 Wel zijn er ondernemingen die via opeenvolgende aanvragen voor dienstverlening een vorm van langetermijnbeleid op het vlak van MSA hanteren, bijvoorbeeld door jaarlijks een specifiek aantal opleidingen te bestellen.

Belangrijk is te weten wat, in de ogen van de betrokken preventieadviseurs, eventuele bevorderende en remmende factoren zijn voor het welslagen van een dergelijke langetermijnaanpak. Dit wordt in de tabellen 4.6 en 4.7 weergegeven. Dit overzicht werd verkregen door aan elke respondent te vragen om een lijstje te maken van de drie belangrijkste factoren die het slagen of het falen van een veelomvattende aanpak in de hand werken. Het patroon van antwoorden vertoont erg veel analogie met wat de PAPSen als remmende en bevorderende factoren opgaven, zodat een nadere bespreking wordt uitgesteld tot paragraaf 4.5.

Tabel 4.6 Factoren die het succes van een totaalaanpak bevorderen (9 respondenten)

Bevorderende factor	Frequentie
Het engagement van de bedrijfsleiding/het hoger management	7
De medewerking van de werknemers en hun afgevaardigden, de afwezigheid van weerstand tegen verandering	6
Een voldoende aanwezigheid van een ervaren en geëngageerd preventieadviseur met een onbevangen blik	5
De affiniteit van de interne preventiedienst of van een andere centrale manager voor de problematiek	3
De mogelijkheid om het ganse traject van A tot Z te kunnen afwerken	2
Voldoende financiële mogelijkheden	2
De ondersteuning van de arbeidsgeneesheer	1
Het engagement van de eerstelijnssupervisie	1

Tabel 4.7 Factoren die het succes van een totaalaanpak remmen (9 respondenten)

Remmende factor	Frequentie
Gebrek aan financiële mogelijkheden voor investeringen, gekoppeld aan de hoge kosten voor het inhuren van een ergonoom	7
De weerstand tegen verandering, zowel vanwege de uitvoerenden als vanwege de hiërarchische lijn. Vaak worden hier in eerste instantie de werknemers zelf en de eerstelijnsverantwoordelijken vermeld	4
Gebrek aan continuïteit in aandacht en aanpak, onder meer wegens de lange doorlooptijd van dergelijke projecten; gebrek aan langetermijnperspectief. Geen gevolg gegeven aan de risicoanalyses	5
Werkgevers die uitsluitend de reglementering willen naleven of geen inzicht hebben in de problematiek	3
Onwil en tegenwerking van de syndicale organisaties of de werkgever; misbruik van de ergonoom	2
Een slechte bedrijfscultuur, met nadruk op het vlak van de psychosociale aspecten	1
Onvoldoend concrete adviezen vanwege de ergonoom	1

4.3.3.5 De dienstverlening aan KMO's

Preventieadviseurs-ergonomie komen bij hun beroepsuitoefening weinig in contact met KMO's. Wel worden ergonomen vaak betrokken in het opstellen van standaardteksten en –adviezen die dan kunnen gebruikt worden door de bedrijfsbezoekers bij het opstellen van hun verslag.

4.3.3.6 Andere vormen van dienstverlening

Uit het voorbijgaande blijkt duidelijk dat de werkeenheden Ergonomie in vele gevallen een dienstverlening realiseren die ruimer gaat dan het vigerende reglementaire kader. Als voorbeeld kan hier één EDPB aangehaald worden die, in samenwerking met het ESF, een project op het getouw zette in verband met het ziekteverzuim omwille van fysieke en psychosociale redenen. In deze benadering stond de re-integratie van medewerkers centraal die meer dan één maand en minder dan vier maanden afwezig waren om één van deze redenen. De essentie bestond er in dat de betrokken werknemer, na een gesprek bij de arbeidsgeneesheer, een individueel traject aanging waarin ofwel de

PAPS ofwel de preventieadviseur-ergonomie de ondersteuning leverde. Het ESF-project duurde drie jaar en oogde veelbelovend. De betrokken preventiedienst gaat momenteel na hoe deze benadering kan worden geïntegreerd in de reguliere werking.

Een enkele keer wordt een werkeenheid Ergonomie door een fabrikant of leverancier van bijvoorbeeld kantoormeubilair of andere arbeidsmiddelen gevraagd om advies te geven over de vormgeving van de eindproducten.

En, zoals hierboven gesteld, nemen in sommige kleinere externe preventiediensten de ergonomen bepaalde taken waar die in andere worden toegekend aan preventieadviseurs-arbeidshygiëne.

4.3.4 Algemene opmerkingen

Ten slotte worden hieronder enkele bijkomende opmerkingen en suggesties voor beleidsmaatregelen, zoals geformuleerd door de geïnterviewden aan het einde van het gesprek, puntsgewijze samengevat.

- *"Ergonomie moet ook aan bod komen in andere opleidingen, zoals voor architecten en industrieel ontwerpers."* (3 respondenten)
- *"Een collegiale samenwerking binnen de externe preventiedienst/multidisciplinariteit is belangrijk."* (3 respondenten)
- *"De nadruk moet veel meer komen te liggen op conceptuele ergonomie in plaats van correctieve benaderingen."* (3 respondenten)
- *"Het is niet steeds nodig om, voor wat betreft de ergonomische aspecten, uitsluitend een beroep te doen op universitair geschoolde ergonomen. Deze zijn soms overgekwalificeerd, zeker wanneer gaat om het geven van opleidingen. De kern van het werkdomein van een echte ergonoom is conceptuele en correctieve ergonomie."* (2 respondenten)
- *"De aanvullende opleidingen voor de preventieadviseur-ergonomie zijn belangrijk en moeten op een hoger niveau worden gebracht."* (2 respondenten)
- *"De regelgeving is te summier op het vlak van ergonomie.'* (2 respondenten)
- *"In de bijkomende opleidingen niveau 1 en 2 wordt ergonomie stiefmoederlijk behandeld."* (2 respondenten)
- *"De verplichting voor het uitvoeren van een algemene risicoanalyse heeft ook zijn nadelen. In die algemene risicoanalyses wordt ergonomie vaak onderbelicht. Toch meent de werkgever dat hij, als hij over zo'n algemene risicoanalyse beschikt, tegemoetgekomen is aan alle verplichtingen op dit vlak en oordeelt deze dat specifieke risicoanalyses met betrekking tot MSA onnodig zijn."*
- *"Er zijn in gans Vlaanderen maar vijf ergonomen die zich staande kunnen houden in een industriële omgeving."*
- *"De inspectie zou moeten actiever zijn op het vlak van MSA."*
- *"Van de externe preventiediensten mag worden verwacht dat zij een bekwame deskundige met kennis van zaken naar de onderneming sturen."*
- *De werkeenheid ergonomie moet veel meer financiële ruimte krijgen, zodat er meer kan worden geïnvesteerd in de uitwisseling van ervaringen en het standaardiseren van benaderingen."*
- *"Ergonomen zouden ook moeten worden betrokken bij de vormgeving van consumptiegoederen. Dit gebeurt evenwel slechts sporadisch."*
- *"Teveel aandacht gaat naar de arbeidsveiligheid."*
- *"Het Franse systeem van externe preventie is te verkiezen boven het Belgische, onder meer wegens de uitsluiting van concurrentie wegens de geografische monopolies van de Franse diensten."*
- *"In Wallonië wordt er veel meer tijd gestoken in de risicoanalyse en wordt daarbij in eerste instantie de Déparis gebruikt. Dit is ongetwijfeld de invloed van prof. Malchaire".*
- *"Een grotere sensibilisatie is noodzakelijk, in de eerste plaats in kantooromgevingen."*

4.4 De plaats van PSR in de werkeenheden Psychosociale Aspecten

4.4.1 Personeelsgegevens met betrekking tot de werkeenheid

De gesprekken met de door de EDPB aangeduide PAPSen begonnen met een aantal vragen naar de bemanning van de werkeenheden Psychosociale aspecten. In de tien EDPB's waarover gegevens beschikbaar waren, maken de PAPSen gemiddeld 5,0% uit van het totale personeelsbestand (percentage uitgedrukt in termen van hoofden), variërend tussen 2,7% tot 7,1%. Een relatief beperkt aantal preventieadviseurs-psychosociale aspecten werken deeltijds: het aantal voltijds equivalenten beloopt gemiddeld genomen bijna 80% van het aantal werknemers in absolute cijfers.

Deze percentages maken duidelijk dat de werkeenheden Psychosociale Aspecten, welhaast volledig afwezig in de opstartfase van de externe preventiediensten (tijdens het begin van deze eeuw), in de loop van de voorbije jaren behoorlijk zijn gegroeid en momenteel een (veel) grotere omvang hebben dan de werkeenheid Ergonomie (zie paragraaf 4.3.1).[34] In het totaal waren er in de tien bevraagde diensten 121 personen werkzaam in dit vakgebied. Zelfs kleinere EDPB's tellen meerdere preventieadviseurs-psychosociale aspecten in hun midden, de grootste dienst uit de steekproef komt aan een bemanning van 41 medewerkers, overeenkomend met 31,1 voltijds equivalenten. In drie diensten is er telkens één niet-preventieadviseur die deel uitmaakt van deze werkeenheid. Eén van deze personen wordt ingeschakeld voor een aantal administratieve opdrachten, de beide anderen voeren verkennende gesprekken uit in het kader van een specifieke actie (het houden van voorbereidende gesprekken met werknemers, bv. in het kader van het opzetten van een verzuimbeleid). Deze drie personen werken alle op een beperkte deeltijdse basis voor de werkeenheid. Net als bij de ergonomen hebben slechts een goede 70% van de PAPSen de per reglementering verplichte bijkomende opleiding doorlopen of zijn daar nog mee bezig. Dit lage cijfer is uitsluitend te wijten aan drie diensten uit de steekproef die bijzonder laag scoren op dit vlak.

Sommige diensten hebben, in functie van de omvang van de groep, een verantwoordelijke PAPS aangesteld die zijn/haar medewerkers inhoudelijk en soms (in meer gecentraliseerde organisaties) ook operationeel aanstuurt. In enkele diensten werken de PAPSen eerder los van de afdelingen Risicobeheersing: zij rapporteren dan meestal aan een arbeidsgeneesheer die de functie van groepsverantwoordelijke vervult.

4.4.2 Tijdsbesteding

Een belangrijk gegeven is de tijdsbesteding van de betrokken preventieadviseurs. Hiernaar werd gepeild door de geïnterviewde preventieadviseurs te vragen om, voor de ganse groep en op basis van een voorgestructureerde tabel, de gemiddelde tijdsbesteding per jaar in te schatten. Dit gaf een volgende raming die terug te vinden is in tabel 4.8.

Zoals te verwachten viel, vertegenwoordigt de behandeling van individuele dossiers met betrekking tot het pesten, het geweld en (in mindere mate) het seksueel ongewenst gedrag op het werk meer dan 40% van de tijdsmatige belasting van de werkeenheden Psychosociale aspecten. Ook risicoanalyses consumeren een groot deel van de werktijd, nagenoeg 20%. In vergelijking met de ergonomen, betekenen de activiteiten die te maken hebben met opleidingen een veel beperkter aandeel in de tijdsbesteding van de PAPSen. De verschillende tijdsbestedingen vertonen overigens een erg gelijkaardig patroon en verschillen weinig tussen de onderscheiden EDPB's.

34 Ditzelfde geldt *a fortiori* voor de werkeenheid Arbeidshygiëne, die niet aan bod komt in deze studie doch in alle EDPB's een erg bescheiden werkeenheid betekent, en in kleinere diensten zelfs nauwelijks actief is.

Tabel 4.8 Raming van de gemiddelde tijdsbesteding van de preventieadviseurs-psychosociale aspecten (gemiddelde van 10 EDPB's)

Categorie van activiteiten	Tijdsbesteding (%)
Behandeling van individuele dossiers in het kader van OGGW	41,9
Risicoanalyse	18,8
Informatie, opleiding, groepswerk	10,5
Organisatorische/procesmatige benaderingen	6,3
Persoonsgebonden benaderingen (m.u.v. het volgende item)	5,0
Andere activiteiten in het kader van de psychosociale aspecten, andere dan specifiek m.b.t. PSR	4,8
Andere activiteiten in het kader van de werking van de EDPB (bijwonen Comités, periodieke bedrijfsbezoeken, ...)	4,5
Varia (eigen opleiding, bijwonen interne vergaderingen, ...)	8,2
Totaal	**100,0**

Alle externe preventiediensten die in het kader van onderhavig onderzoek bezocht werden, doen voor de psychosociale dienstverlening uitsluitend een beroep op preventieadviseurs in vast dienstverband. Wel is het zo dat twee diensten, die deel uitmaken van een groep dienstverlenende instanties, heel wat aspecten uitbesteden aan deskundigen werkzaam in een zusteronderneming: in één dienst wordt dit beperkt tot individuele counseling (bv. in het kader van PTSS, of ter ondersteuning van een werknemer bij een ernstige psychosociale belasting), in de andere dienst wordt een substantieel deel van de dienstverlening in zijn geheel doorgeschoven.

Een niet onbelangrijke vraag is: hoe verwerven de werkeenheden Psychosociale Aspecten hun opdrachten? Hiernaar werd gepeild door de geïnterviewde PAPSen te vragen om, voor de ganse groep en op basis van een voorgestructureerde tabel, aan te geven wie het initiatief nam om met de werkeenheid contact op te nemen voor het uitvoeren van een opdracht. Dit gaf een raming die in tabel 4.9 wordt weergegeven.

Tabel 4.9 Raming van de aanvrager van opdrachten voor de werkeenheid Psychosociale aspecten (gemiddelde van 10 EDPB's)

Modaliteit	Geschat belang (%)
De onderneming neemt rechtstreeks contact op met de EDPB	37,7
Genereren van bijkomende projecten door de PAPSen zelf	22,8
Een andere medewerker van de EDPB capteert de vraag en geeft deze door aan de werkeenheid Ergonomie	13,4
De arbeidsgeneesheer capteert de vraag en geeft deze door aan de werkeenheid Ergonomie	12,8
Een derde instantie verzorgt de brugfunctie (zoals de inspectie)	12,8
Dienstverlening aan andere instanties behalve ondernemingen	2,0
Totaal	**100,0**

Ook hier kunnen er duidelijke verschillen vastgesteld worden tussen de verschillende diensten. In één bepaalde dienst zorgen de collega's (zowel van de afdeling Medisch Toezicht als van de andere werkeenheden van de afdeling Risicobeheersing) voor 60% van het totale aantal opdrachten, in een andere dienst beloopt dit nauwelijks 10%. Ook de mate waarin ondernemingen rechtstreeks, op eigen initiatief, contact opnemen met de EDPB voor een psychosociale interventie, schommelt sterk: dit gaat van 15% tot 75%. Meer dan één op de tien opdrachten werden geïnduceerd door de inspectiediensten. Frequenter dan bij hun collega's-ergonomen, slagen de PAPSen er bovendien in

om zelf bijkomende opdrachten los te weken. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit vooral te maken met de nasleep van de behandeling van individuele dossiers in het kader van OGGW, waardoor ondernemingen al eens gesensibiliseerd worden voor het opzetten van een meer structurele benadering van PSR.

Verder dient nog vermeld te worden dat de projecten die door de medewerkers van de werkeenheden Psychosociale Aspecten worden uitgevoerd van korte duur zijn: gemiddeld een 3-tal halve dagen. Hiermee moet rekening gehouden worden met het feit dat in vele gevallen de behandeling van individuele dossiers in het kader van OGGW meegerekend werden, hetgeen de gemiddelde duur van de opdrachten naar beneden haalt. Het is dan ook logisch dat de geïnterviewde PAPSen het betreuren te weinig betrokken te worden bij de implementatie van de door hen voorgestelde acties: hun aanwezigheid op de werkvloer is meestal punctueel en beperkt zich tot het ingaan op een specifieke vraag.

PAPS, EDPB-5: *"Wij zouden veel meer de 'huispsycholoog' moeten worden in ondernemingen, net zoals dit nu bij arbeidsgeneesheren het geval is. In dat geval kunnen we inderdaad fungeren als klankbord bij het opzetten van een langetermijnbeleid."*

4.4.3 De verschillende niches van dienstverlening

4.4.3.1 Risicoanalyses

Alle diensten zijn erg actief op het vlak van de algemene risicoanalyses inzake psychosociale belasting (hetgeen door de reglementering overigens als één van de kernopdrachten van EDPB's wordt beschouwd). Zij bieden op dit vlak een gamma aan van standaardbenaderingen, dat wordt weergegeven in tabel 4.10 op de volgende pagina.

Elke dienst maakt een onderscheid tussen een meer kwantitatieve benadering op basis van vragenlijsten en diverse participatieve methodieken die ofwel in groep of individueel (meestal gebruikt in kleine ondernemingen) kunnen toegepast worden. Op deze wijze hebben aangesloten ondernemingen een ruime keuze. Opvallend is wel de grote diversiteit van methodieken die de verschillende diensten aanwenden.

PAPS, EDPB-8: *"De gehanteerde methodiek heeft uiteraard te maken met de vraag van de werkgever en de kenmerken van de onderneming (onder meer de bedrijfsgrootte), maar ook met de voorkeur van de PAPS en zelfs met de betrokken regio. Vlaanderen heeft eerder de neiging om kwantitatief te werken, dit wil zeggen een bevraging te organiseren via een gestandaardiseerde vragenlijst. In het zuiden van het land wordt veelal geopteerd voor een kwalitatieve benadering via individuele of groepsgesprekken. Ook de aanpak hangt vaak af van het profiel van de PAPS: ik ben zelf een arbeidspsycholoog en focus me dus eerder op de structurele componenten van de psychosociale belasting; een collega die klinisch geschoold is zal het eerder over de individuele boeg gooien."*

De helft van de bevraagde EDPB's heeft geen standaard risicoanalyses met betrekking tot OGGW: zij zijn van mening dat deze specifieke problematiek voldoende aan bod komt in de algemene risicoanalyses die zij uitvoeren. Enkele uitzonderingen niet te na gesproken, hanteren de meeste diensten voor de verschillende deelaspecten van OGGW (pesten, ongewenst seksueel gedrag en geweld) geen specifieke standaardmethodieken.

Tabel 4.10 Overzicht van de gebruikte methodieken van risicoanalyse per deelgebied (meerdere mogelijkheden konden worden opgegeven)

Deelgebied	Aanpak
Algemene stressinventarisatie: kwantitatieve benadering	- Grote ondernemingen In eigen beheer ontwikkelde standaardvragenlijst (4 diensten), IMPH[1] (3 diensten), WOCCQ (2 diensten), VBBA[2] (2 diensten), de werkbaarheidsmonitor ontwikkeld door de SERV (1 dienst), COPSOQ[3] (1 dienst), Zebra-zone[4] (1 dienst), VOW[5] (1 dienst) - Kleine ondernemingen S-ISW[6] (1 dienst), TST-LC[7] (1 dienst)
Algemene stressinventarisatie: kwalitatieve benadering	- Groepsmatige benadering Sobane (4 diensten), in eigen beheer ontwikkelde standaard-benadering (4 diensten), IDI[8] (1 dienst), de Krachtenveld-analyse (1 dienst), de DIP-methode (na aanpassing: 1 dienst) - Individuele gesprekken In eigen beheer ontwikkelde standaardbenadering (5 diensten)
OGGW – algemeen	RATOG en RATOG-KMO (5 diensten, in eigen beheer ontwikkelde standaardvragenlijst (1 dienst), addendum aan SIMPH (1 dienst)
OGGW - pesten op het werk	Geen enkele dienst beschikt over een specifieke standaard-methode
OGGW - ongewenst seksueel gedrag op het werk	Geen enkele dienst beschikt over een specifieke standaard-methode
OGGW - geweld, agressie	Standaardchecklist m.b.t. beleidsaspecten (1 dienst), standaardvragenlijst m.b.t. individuele beleving (1 dienst), standaard participatieve risicoanalyse (1 dienst)
PTSS - schokkende gebeurtenissen	Geen enkele dienst beschikt over een specifieke standaard-methode
Middelenmisbruik (alcohol, tabak, drugs, medicatie)	Standaardvragenlijst m.b.t. gebruikspatroon (1 dienst, zelf ontwikkeld auditschema). De andere diensten hanteren hiervoor geen standaardbenadering of bieden deze dienstverlening niet aan
Ziekteverzuim	Zelf ontwikkeld auditschema (1 dienst), addendum aan SIMPH (1 dienst). De andere diensten hanteren hiervoor geen standaardbenadering of bieden deze dienstverlening niet aan

(1) Short Inventory to Monitor Psychosocial Hazards, (2) Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeid, (3) The Copenhagen Psychosocial Questionnaire, beschikbaar in drie versies met uiteenlopende lengte, (4) Een door Securex ontwikkelde jaarlijkse grootschalige nationale bevraging over tevredenheid, betrokkenheid, stress en psychosociaal welzijn op het werk bij een representatieve steekproef van de werkende bevolking in loondienst in België, Nederland, Frankrijk en Luxemburg, (5) Vragenlijst over Werkbaarheid, ontwikkeld in opdracht van FOD WASO, (6) S-ISW: Short-inventory on stress and wellbeing, ontwikkeld door ISW in samenwerking met FOD WASO, (7) Teste de Santé Totale – Liste de Contrôle, omvattende 22 vragen, (8) IDI: Toolkit Identificatie, Diagnostiek en Interventie.

De PAPSen-gesprekspartners toonden zich erg bewust van het feit dat momenten van verandering in de organisatiestructuur (bv. afslankingen of fusies) het algemeen stressniveau in een onderneming erg kunnen doen oplopen. Ondernemingen blijken dan zelf voor te stellen om een risicoanalyse uit te stellen tot op een gunstiger ogenblik. Slechts één dienst bevraagt, in het kader van zijn participatieve standaardbenadering, de impact van dergelijke herstructureringen.

Een PAPS, EDPB-3: *"Een risicoanalyse die op een ongunstig ogenblik plaats vindt geeft vaak te weinig aanleiding tot acties. Mensen hebben dan wel andere dingen aan het hoofd. Je kan in zo'n omstandigheden beter wachten tot de zaken wat gekalmeerd zijn. Een risicoanalyse die zonder gevolg blijft hypothekeert immers sterk een toekomstige actie. Je kan dat vergelijken met risicoanalyses die opgelegd worden door de inspectie. Dit zijn over het alge-*

meen niet de interessantste bezigheden: de werkgever laat deze dan door ons opzetten, maar geeft daar dikwijls geen gevolg aan."

Alle risicoanalyses worden consistent uitgevoerd door preventieadviseurs-psychosociale aspecten. Alleen één EDPB schakelt sporadisch een verpleegkundige in voor gesprekken in het kader van de participatieve aanpak op dit vlak.

Een PAPS, EDPB-6: *"Wij zorgen ervoor dat risicoanalyses worden uitgevoerd door een andere preventieadviseur dan degene die aan de onderneming verbonden is in het kader van OGGW: je moet de rollen hier duidelijk scheiden."*

4.4.3.2 Dienstverlening ten aanzien van individuele werknemers

Verder werd aan elke gesprekspartner gevraagd welke vormen van dienstverlening door de EDPB standaard aangeboden worden ten aanzien van individuele werknemers. Tabel 4.11 geeft hiervan een overzicht.

Tabel 4.11 Overzicht van de verschillende vormen van dienstverlening op individueel vlak aangeboden door de werkeenheden Psychosociale Aspecten (10 respondenten)

Thematiek	Aantal EDPB's	Details
PTSS/opvang schokkende gebeurtenissen	9	8 EDPB's beperken deze dienstverlening tot een eerste opvang, soms ook gevolgd door enkele bijkomende gesprekken (vuistregel: maximaal 3), ter voorkoming van PTSS. De resterende dienst biedt daarenboven een langdurige, eerder psychotherapeutische aanpak aan
Verbetering van persoonlijke efficiëntie	9	In de eerste plaats geaxeerd op een verbetering van het functioneren van leidinggevenden. Ook hier wordt het aantal sessies beperkt
Ondersteunende gesprekken bij psychosociale belasting	9	Alle diensten beperken deze dienstverlening tot enkele gesprekken (vuistregel: maximaal drie), waarna eventueel doorverwezen wordt naar de curatieve sector
Tussenkomst in crisissituaties	6	Meestal wordt hier een mengeling van groeps- en individuele gesprekken gehanteerd
Ondersteunende gesprekken bij re-integratie na ziekte	5	Meestal op basis van een doorverwijzing door de arbeidsgeneesheer, een enkele keer ook op eigen initiatief van de PAPS
Cognitief-gedragsmatige technieken	4	In de diensten waar dit aangeboden wordt, wordt de dienstverlening verzorgd door 1 preventieadviseur die vanuit een vroegere beroepservaring met deze technieken bekend is
Relaxatietechnieken	2	In de diensten waar dit aangeboden wordt, wordt de dienstverlening verzorgd door 1 preventieadviseur die vanuit een vroegere beroepservaring met deze technieken bekend is
Middelenmisbruik (alcohol & drugs)	2	De dienstverlening gebeurt vanuit het gezichtspunt 'crisisinterventie'

PAPSen, EDPB-7/8: *"Wij hebben op deze vlakken een behoorlijk aanbod van dienstverlening, maar ondernemingen komen hiervoor zelden naar externe preventiediensten."*

In de twee EDPB's die voor de problematiek van PSR aanleunen bij een zusteronderneming behorende tot dezelfde overkoepelende groep, worden vele van deze individuele benaderingen in de praktijk uitbesteed.

Nagenoeg alle externe diensten laten hun PAPSen de mogelijkheid om in te gaan op specifieke vragen vanwege de onderneming voor een kortdurende begeleiding van werknemers en leidinggevenden, waarbij het aantal interventies meestal beperkt wordt tot een drietal. De uitvoering wordt

meestal in handen gegeven van PAPSen met enige ervaring of opleiding op het vlak van individuele counseling.

4.4.3.3 Dienstverlening aan groepen werknemers

Sommige diensten werken met groepen werknemers of leidinggevenden op basis van duidelijke modellen.

> PAPS ECPB-3: *"Wanneer het gaat om het werken met groepen, baseren wij ons in hoofdzaak op het doelmatigheidsmodel van Fry.*[35] *Deze invalshoek dient om in teams na te gaan hoe de communicatie verloopt, maar ook of er sprake is van rolonduidelijkheid of een gebrek aan afspraken en procedures. De Fry-methode pakt dit allemaal heel gestructureerd aan. Het eindverslag wordt evenwel geaxeerd op de vier A's, omdat de reglementering dit nu eenmaal vereist. En daarnaast gebruiken wij als standaard ook de Appreciative Inquiry-benadering. Wij geloven heel sterk in deze groepsmatige aanpak, eerder dan in individuele benaderingen. Het moet de bedoeling zijn om een onderneming de nodige vaardigheden te laten aankweken die ze dan in eigen beheer kan hanteren. Indien er bijvoorbeeld in een psychiatrische instelling regelmatig problemen zijn inzake blootstelling aan agressie, zullen wij vooral proberen om interne coaches op te leiden."*

In functie van hun specifiek ledenbestand, bieden enkele EDPB's een dienstverlening op niet-gebruikelijke deelgebieden aan. Eén dienst geeft adviezen over ploegenwerk en aanverwante aanpassing van arbeidstijdregelingen, drie andere diensten bieden een omstandig traject aan in verband met algemene gezondheidsbevordering.

4.4.3.4 Het uitvoeren van interventies

Buiten deze individuele of groepsmatige benaderingen voeren de externe preventiediensten weinig interventies uit in de strikte zin van het woord; in vele gevallen houdt hun interventie op na het uitvoeren van een risicoanalyse. Geïnterviewde PAPSen betreuren het dan ook dat zij in de praktijk nauwelijks worden geïnformeerd over de mate waarin hun voorstellen, in vele gevallen gebaseerd op de ene of andere vorm van risicoanalyse, effectief aanleiding geven tot correctieve/preventieve maatregelen.

Wel ondersteunen de externe preventiediensten frequent de aangesloten ondernemingen op procedureel vlak. Nagenoeg alle diensten beschikken over een pakket standaardteksten en -procedures die de aangesloten ondernemingen kunnen helpen bij de uitbouw van een procedurele aanpak op het vlak van PSR: beleidsverklaringen (zowel algemeen als specifiek gericht op het OGGW of middelenmisbruik), clausules of bijlagen op te nemen in arbeidsovereenkomsten, procedures na te leven in het geval van klacht met betrekking tot OGGW, diverse registratieformulieren. Enkele diensten hebben werkmappen opgesteld die een uitgeschreven blauwdruk bevatten voor een gestructureerde benadering van een bepaalde problematiek (m.b.t. bv. het ziekteverzuim of agressie vanwege derden).

4.4.3.5 De organisatie van opleidingen

Tabel 4.12 geeft een zicht op het pakket van opleidingen dat de werkeenheden Psychosociale aspecten standaard aanbieden.

35 "Aansturen van onproductief gedrag", http://www.ifbd.be/pdf/Aansturen_van_onproductief_gedrag.pdf

Tabel 4.12 Standaardopleidingen aangeboden door de werkeenheid Psychosociale aspecten (bevraging van 10 EDPB's)

Standaardopleiding	Aantal EDPB's die dergelijke opleidingen aanbieden
Algemene informatie/sensibilisatie op het vlak van PSR	10
Vertrouwenspersoon	10
Agressie	8
OGGW	8
Algemene informatie m.b.t. stress	7
Vroegtijdig herkennen van stresssignalen	7
PTSS - schokkende gebeurtenissen	7
Middelenmisbruik	7
Burn-out	4
Crisis- en conflictbeheer	3
Ziekteverzuim	2
Roken	2

Net zoals dit met ergonomie het geval is, worden de meeste opleidingen ten behoeve van een enkele aangesloten onderneming gegeven (de zgn. *gesloten* opleidingen), maar talrijke diensten hebben daarenboven een traditie om deze ook aan te bieden op een centrale plaats. Deze sessie worden dan opengesteld voor meerdere, al dan niet aangesloten, ondernemingen. In het jargon wordt dit vaak de *open* formule genoemd.

Sommige diensten bieden, in functie van hun specifiek klantenbestand, gespecialiseerde opleidingen aan, zoals: respectvol communiceren, assertiviteit, *time management*, *work-life balance*, herstructurering en welzijn op het werk (2 versies: 1 voor directie, 1 voor het lager kader), *behaviour based safety*. Al deze opleidingen worden zonder uitzondering gegeven door preventieadviseurs.

4.4.3.6 Een samenwerking op langere termijn met ondernemingen?

In 8 van de 11 bevraagde diensten worden met werkgevers extra-reglementaire generieke overeenkomsten afgesloten, waarbij een PAPS ter beschikking wordt gesteld van een onderneming over een langere periode. Dit kan gaan over specifieke opdrachten van een grote omvang, of kan de vorm krijgen van een echte overeenkomst waarin de modaliteiten afgesproken worden waaronder de EDPB een PAPS ter beschikking stelt van de onderneming voor een langlopende samenwerking zonder dat de inhoud van deze samenwerking in detail wordt vastgelegd. In de meeste diensten gaat het om een uiterst beperkt aantal. Alleen twee grote diensten maken werk van deze benadering, met respectievelijk 246 en 58 van dergelijke langlopende overeenkomsten over de voorbije drie jaar.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat slechts enkele geïnterviewden een duidelijk antwoord konden geven over hoe ze een dergelijke langlopende opdracht zouden aanpakken.

> PAPS, EDPB-3: *"Wij hebben hier een duidelijke visie op, die is gestoeld op de aanpak die het VIGeZ[36] heeft ontwikkeld inzake algemene gezondheidsbevordering op de werkvloer. Dit wordt het 'zeven-stappenmodel' genoemd, dat wij hebben uitgebreid met nog een achtste stap die handelt over monitoring: het evalueren van het ganse proces en, in functie hiervan, bijsturen. Je kan onze benadering als volgt samenvatten. Vooreerst ga je contact opnemen met een aantal sleutelfiguren, waarvan de HR manager er zeker één is. Een deel ervan gaan zeker deel uitmaken van de stuurgroep, net zoals een aantal werknemers of hun afgevaardigden. Belangrijk is dan een inventaris op te*

36 Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw.

maken van wat er allemaal al bestaat in de onderneming: vaak is daar weinig zicht op. Dan daal je af naar het middenkader. Uit deze gesprekken komen normaliter voldoende elementen aan bod om aan de slag te kunnen gaan. Pas dan kan je starten met een risicoanalyse op een gestructureerde manier, want je moet eerst in kaart brengen op welke vlak er effectief risico's zijn. Een risicoanalyse mag nooit je enige input zijn. In deze fase is communicatie belangrijk: via het personeelsblad en andere kanalen moet de bedrijfsbevolking duidelijk worden gemaakt welke acties in de steigers staan en hoe deze verlopen. Een dergelijk proces staat en valt bovendien met een ondersteuning op lange termijn."

PAPS, EDPB-5: *"Zo een manier van werken is duidelijk de toekomst en wij zouden dat veel meer willen doen. Maar dan moet je toch rekenen op een samenwerking met een onderneming over meerdere jaren. Vijf jaar is echt geen luxe, de duur van een globaal preventieplan."*

Alle geïnterviewde PAPSen zijn het er roerend over eens dat een succesvolle benadering uit een ganse reeks stappen moet bestaan. Velen betreuren dat zij een dergelijk traject nog nooit hebben kunnen ondersteunen.

PAPS, EDPB-4: *"De aanpak van PSR vergt continuïteit, waarbij een systematische bijsturing essentieel is. Risicoanalyses moeten periodiek herhaald worden: dit is nodig omdat, na het toepassen van een aantal maatregelen, soms onvoorziene effecten kunnen optreden. Wanneer je, in het kader van een goed evenwicht tussen de professionele belasting en het familiale leven, toestaat dat werknemers gedeeltelijk thuis kunnen werken, kan dit als onvoorzien gevolg hebben dat sommige personeelsleden dit niet in de hand kunnen houden; anderen redeneren dan dat ze, nu ze toch voldoende thuis kunnen zijn, dan maar terug voltijds aan de slag kunnen."*

Welke factoren kunnen dan bijdragen tot het succes of falen van een dergelijke actie? Een inschatting hiervan werd bekomen door aan elke respondent te vragen om een lijstje te maken van drie belangrijke factoren die het slagen van een dergelijke veelomvattende aanpak in de hand werken, liefst in volgorde van belangrijkheid. Omgekeerd werd ook het spiegelbeeld opgevraagd: welke zijn de remmende factoren die het succes van een dergelijke aanpak in de weg staan?

De resultaten hiervan worden weergegeven in tabellen 4.13 en 4.14 op de volgende pagina. Deze zullen wat meer in detail besproken worden in de samenvatting in paragraaf 4.5, aangezien bevorderende en remmende factoren blijkbaar onderling weinig verschillen wanneer het gaat om het implementeren van acties in alle domeinen van het welzijnsbeleid op het werk

4.4.3.7 De dienstverlening aan KMO's

PAPSen komen bij hun beroepsuitoefening weinig in contact met KMO's, tenzij in het kader van de afhandeling van de (in kleinere ondernemingen relatief minder voorkomende) klachten inzake OGGW. Wel wordt de werkeenheid Psychosociale Aspecten vaak betrokken in het opstellen van standaardtesten en –adviezen die dan kunnen gebruikt worden door de bedrijfsbezoekers bij het opstellen van hun verslag.

Tabel 4.13 Factoren die het succes van een totaalaanpak bevorderen (10 respondenten)

Bevorderende factor	Frequentie
Het engagement van de bedrijfsleiding/het hoger management	9
Inspraak en motivatie van de werknemers en hun afgevaardigden	5
Het engagement van de eerstelijnssupervisie	4
Een positieve bedrijfscultuur (onder meer het vertrouwen tussen werknemers en de directie); een goede samenwerking tussen de personeelsdienst, de interne preventieadviseur en de leden van de hiërarchische lijn	3
Een regelmatige communicatie over de evolutie van de projecten, waardoor credibiliteit wordt opgebouwd	2
Het bestaan van een geëngageerde stuurgroep	2
Een goede analyse van de problematiek en van de verwachtingen alvorens tot actie wordt overgegaan	2
De integratie van PSR in het algemene welzijnsbeleid van de onderneming	2
De aanwezigheid van een projectleider die voor de continuïteit zorgt, een intern aanspreekpunt (interne preventieadviseur, personeelsdirecteur)	2
De haalbaarheid van de doelstellingen en de geplande acties	2
Stabiliteit in het ondernemingsbeleid, afwezigheid van ingrijpende herstructureringen	1
Voldoende financiële mogelijkheden	1
Druk vanwege de overheid	1

Tabel 4.14 Factoren die het succes van een totaalaanpak remmen (10 respondenten)

Remmende factor	Frequentie
Gebrek aan interesse of samenwerking vanwege de werkgever of het hoger kader. Management zonder visie dat geen sturing geeft. Gebrek aan draagvlak bij de leidinggevenden	7
Gebrek aan continuïteit in de opvolging; onvoldoende gevolg gegeven aan de risicoanalyses. Afwezigheid van een interne draaischijf ('bondgenoot') of van een stuurgroep	6
Gebrek aan financiële mogelijkheden	3
Gebrek aan interesse vanwege de werknemers en/of hun afgevaardigden	2
Onwil en tegenwerking van de syndicale organisaties	2
Ontstentenis van acties die op relatief korte termijn een zichtbare verandering te zien geven	2
Interferentie met ingrijpende veranderingen binnen de onderneming	2
Een slechte communicatie tussen personeelsdienst en leidinggevenden en/of de interne preventiedienst	2
Het onvoldoende of niet tijdig betrekken van de werknemers en/of de syndicale organisaties	2
Een slechte bedrijfscultuur (bv. te prestatiegericht)	1
Overbelasting van de leidinggevenden die weinig tijd vrijlaat voor PSR	1
Het feit dat de onderneming evenmin in orde is met andere domeinen van het welzijnsbeleid	1

4.4.4 Algemene opmerkingen

Ten slotte worden hieronder enkele bijkomende opmerkingen en suggesties voor beleidsmaatregelen, zoals geformuleerd door de geïnterviewden aan het einde van het gesprek, puntsgewijze samengevat.

- *"Het gezondheidstoezicht door de arbeidsgeneesheer heeft een beperkte meerwaarde voor het functioneren van de PAPSen. In plaats van meer arbeidsgeneeskunde zou er meer risicobeheersing kunnen komen. Er gaat te veel geld naar die medische onderzoeken, ten nadele van onze benadering."* (4 respondenten)

- *"KMO's gaan nooit in staat zijn om in eigen beheer PSR onder controle te krijgen en hebben te weinig ruimte voor ondersteuning. Kan de overheid hierbij helpen? Er moeten ook instrumenten ontwikkeld worden, specifiek gericht naar deze kleine werkgevers."* (2 respondenten)
- *"Het optreden van de inspectiediensten verschilt sterk van regio tot regio."* (2 respondenten)
- *"De inspectie zou gerust krachtiger mogen optreden in ons vakgebied. Vooral de aanwezigheid van een degelijke risicoanalyse zou van korterbij moeten opgevolgd worden."* (2 respondenten)
- *"De werknemers zelf zijn medeverantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en welbevinden. Momenteel is de reglementering te betuttelend."* (2 respondenten)
- *"Te weinig financiële middelen vloeien naar de werkeenheid Psychosociale Aspecten. Dit heeft onder meer als gevolg dat er te weinig kan geïnvesteerd worden in standaardmethodieken."* (2 respondenten)
- *"Er is nog steeds behoefte aan beschikbare standaardmethodieken, onder meer op het vlak van de risicoanalyse."* (2 respondenten)
- *"De verplichte bijkomende opleiding voor PAPSen is te laag van kwaliteit en betekent een ernstige overbelasting voor de betrokkenen."* (2 respondenten)
- *"De interne preventieadviseur moet zich minder focussen op veiligheidsproblemen. Een PAPS zou ook interne preventieadviseur moeten kunnen worden."* (2 respondenten)
- *Wij hebben onlangs een studie uitgevoerd op onze gegevensbank van klachten m.b.t. OGGW. Hieruit blijkt duidelijk dat daar waar een welzijnsbeleid bestaat (en dus een organisatorische aanpak), een informele aanpak van dergelijke klachten meer succes heeft. Dit laatste is dan een individuele benadering. De combinatie van organisatorische preventieve maatregelen en individuele begeleidingen bij conflicten en PSR werkt."*
- *"Reglementeringen moeten meer rekening houden met de toestand op de bedrijfsvloer."*
- *"Soms is er een echt conflict tussen de preventiediensten en HRM: vele aspecten van PSR worden door de personeelsdiensten als hun exclusief terrein beschouwd."*
- *"De reglementering zou het aanstellen van vertrouwenspersonen moeten verplichten."*
- *"We zijn nog altijd teveel bezig met het beschermen van mensen, in plaats van preventief te werken. De P in onze naamgeving moet belangrijker worden dan de B."*
- *"Onze adviezen worden weinig opgevolgd."*
- *"Bedrijfsbezoeken moeten echt multidisciplinair georganiseerd worden."*
- *"PSR en MSA worden hoe langer hoe belangrijker, vooral in het licht van de veroudering van de werknemerspopulatie."*
- *"Het re-integratieproject, waarbij onze dienst betrokken werd en dat werd betoelaagd door het ESF, hield in dat in een vroegtijdig stadium van ziekteverzuim de PAPS of de preventieadviseur-ergonomie werd betrokken. Dat was een zeer goede benadering. Intussen is de subsidiëring evenwel gestopt en is het project dus afgelopen."*
- *"De reglementering voorziet te weinig in een verplichte feedback over acties al dan niet genomen in opvolging van onze adviezen."*
- *"We zouden ertoe moeten komen dat een geval van OGGW of stress geen angstgevoelens opwekt bij werkgevers. Dit zou juist moeten beschouwd worden als een signaal dat kansen geeft op verbetering. We moeten dit soort dingen uit de sfeer van dader-slachtoffer halen."*
- *"De preventiediensten plegen teveel lobbywerk bij het tot stand komen van de reglementering."*
- *"Het sensibiliseren van werkgevers en de hiërarchische lijn blijft een belangrijke opdracht voor de overheid."*
- *"Eigenlijk zou de behandeling van de individuele dossiers in het kader van OGGW moeten weggetrokken worden uit de EDPB's. Dit is een bijna politionele opdracht die soms weinig met preventie te maken heeft. Die dossiers slorpen erg veel tijd op."*
- *"De commerciële omgeving waarin EDPB's moeten werken maakt het geven van objectieve adviezen soms delicaat."*
- *"Door de crisis zijn werknemers bang om hun job te verliezen. Ze komen wel op intakegesprek omdat ze moeilijkheden ondervinden op psychosociaal vlak, maar willen geen verdere acties ondernemen."*
- *"Er moet meer uniformiteit gebracht worden in de opleidingen die de EDPB's geven aan vertrouwenspersonen."*

4.5 Besluiten

4.5.1 Een performante dienstverlening inzake MSA en PSR

In alle 11 beschouwde diensten hebben de werkeenheden Psychosociale Aspecten en Ergonomie een vaste stek verworven. De EDPB's beschouwen deze dienstverlening als een belangrijk onderdeel van hun pallet van aangeboden acties en afficheren dit op diverse manieren. Er kan worden gesteld dat de EDPB's tegemoet komen aan hun sensibiliserende en informatieve opdracht ten aanzien van de bij hen aangesloten ondernemingen, ook en vooral op het vlak van PSR en MSA.

Desalniettemin blijven vooral de ergonomen behoren tot een kleine werkeenheid, die evenwel de groep arbeidshygiënisten ruim overtreft en waar bovendien een relatief groot aantal niet-academisch opgeleide preventiedeskundigen actief zijn. Verklaringen die voor het geringe aantal preventieadviseur-ergonomie gegeven werden waren:

1. inzake MSA zijn ook andere collega's uit de externe preventiediensten actief: de arbeidsgeneesheer die een algemeen advies kan geven ter gelegenheid van het gezondheidstoezicht en in dit verband ook een bezoek kan brengen aan de werkposten, de verpleegkundige die al eens een beperkte opleiding geeft in die ondernemingen waar hij/zij frequent aanwezig is;
2. de minder stringente wetgeving op het vlak van MSA en de beperkte aandacht die de inspectiediensten hieraan schenken;
3. het feit vele opleidingen inzake MSA binnen de bekwaamheden vallen van meer algemeen geschoolde deskundigen, zoals verpleegkundigen, die dit bovendien goedkoper kunnen uitvoeren en deze activiteiten als valoriserend ervaren. Wellicht zal dit in de toekomst ook zo zijn voor sommige opleidingen inzake PSR.

Ondanks deze kleinschaligheid bieden zelfs de kleinste diensten een breed pakket van interventies aan. Risicoanalyses, één van de belangrijkste opdrachten van de externe preventiediensten, nemen een centrale plaats in. De meeste EDPB's hanteren hiervoor een mengeling van bestaande, internationaal gebruikelijke methodieken en benaderingen van eigen ontwerp. Hoewel de meeste EDPB's een erkenning hebben verworven op nationaal vlak, blijven er verschillen bestaan tussen noord en zuid. Het is onvermijdelijk dat Franstalige preventieadviseurs gericht zijn op in het Frans ontwikkelde methodieken (WOCQQ, Sobane), terwijl Vlamingen eerder Angelsaksisch gericht zijn en vaak Nederlandse of Engelstalige standaarden hanteren, waarvan vaak geen Franstalig equivalent verkrijgbaar is (bv. de Werkbaarheidsmonitor).

Nagenoeg alle EDPB's geven een ruime interpretatie aan het reglementaire kader en vullen dit maximaal in de breedte in. Uiteraard is er ruimte voor eigen accenten: een ergonoom uit een dienst die voornamelijk actief is in de overheidssector zal zich specialiseren in kantoorergonomie, een dienst die erg veel zorginstellingen telt onder zijn aangesloten ondernemingen zal een uitgebreide dienstverlening (standaard risicoanalyse, diverse opleidingen, een cd-rom) ontwikkelen op het vlak van verplaatsingstechnieken voor zorgbehoevenden. Wel is het zo dat de meeste opdrachten op het vlak van MSA en PSR kortlopend zijn (gemiddeld 2 à 3 halve dagen per opdracht), en dat de betrokken preventieadviseurs maar in een beperkt aantal ondernemingen de kans krijgen om een gans traject uit te bouwen op de langere termijn: 4 van de 11 bevraagde diensten hadden geen enkele langlopende overeenkomst met ondernemingen, noch inzake PSR, noch inzake MSA.

De betrokken preventieadviseurs tonen zich op het vlak van productontwikkeling en positionering van de dienstverlening in de markt bijzonder innovatief. Ze nemen snel goede praktijken over, bijvoorbeeld op basis van de literatuur. Zo wordt een dienstverlening op het vlak van PTSS, hetgeen

een 10-tal jaren geleden nauwelijks ter sprake kwam in het kader van de externe preventiediensten, nu welhaast door elke geïnterviewde PAPS beschouwd als een belangrijk deel van het takenpakket.

Opvallend is ook dat de meeste diensten een individuele aanpak hanteren die zich soms situeert in de grijze zone tussen de preventieve en de curatieve benadering, en dit geldt zowel voor PSR als voor MSA. Deze diensten argumenteren hun benadering door te stellen dat zij, middels een beperkt aantal sessies (de vuistregel lijkt hier op 3 te liggen), willen vermijden dat de werknemer in het curatieve circuit terechtkomt, met mogelijk ziekteverzuim als gevolg. Dit houdt een meer geïndividualiseerde benadering in, waarvoor een aantal preventiediensten meer en meer mankracht vrijstellen.

Ook is het duidelijk dat vele externe preventiediensten het verzuimbeleid als een nieuwe en veelbelovende piste zien, waarbij zij zich ver houden van het aspect *controlegeneeskunde*. Zij menen bij uitstek daartoe aangewezen te zijn, aangezien zij zowel medische, ergonomische als psychosociale expertise kunnen aanbieden. In de meeste gevallen wordt de PAPS, in aanvulling van de arbeidsgeneesheer, aanzien als de draaischijf van een dergelijke benadering. Wanneer ook MSA een belangrijke reden tot verzuim zijn, neemt de preventieadviseur-ergonomie een groot aandeel van de activiteiten waar.

Op het vlak van opleidingen kunnen alle EDPB's, ook de kleinere, bogen op een breed aanbod. Gedecentraliseerd opererende diensten bieden deze ook aan onder *inter-company* vorm en beschikken daartoe over de nodige plaatselijke faciliteiten. Vooral ergonomen besteden een groot deel van hun arbeidstijd aan opleidingen, deels wegens diverse subsidiëringsstelsels (sectorale opleidingsfondsen, initiatieven vanwege het Fonds voor Beroepsziekten, andere diverse projecten), waardoor ondernemingen een deel van deze kosten kunnen recupereren.

> Een preventieadviseur-ergonomie, EDPB-3: *"Zonder de goede bedoelingen van deze faciliteiten te willen ontkennen, moet benadrukt worden dat binnen dit subsidiëringskader uitsluitend gewerkt wordt op het werkmethodische vlak (het geven van opleidingen en instructies), maar geen luik bevat dat leidt tot technisch/organisatorische wijzigingen op de werkvloer. Eigenlijk hebben dan zo'n opleidingen geen zin."*

4.5.2 Gemotiveerde en gedreven medewerkers, maar toch is niet alles probleemloos

In de grote meerderheid van de EDPB's hebben de PAPSen en de universitair geschoolde preventie-adviseurs-ergonomie de per reglementering opgelegde bijkomende vorming geheel of gedeeltelijk afgewerkt. Uit diverse reacties blijkt dat het niveau van deze aanvullende opleidingen hoger kan en de praktijkgerichtheid best verbetert.

Uit de gesprekken blijkt de tijdsbesteding van de twee categorieën preventieadviseurs erg te variëren tussen de verschillende individuen. Dit wil zeggen dat de betrokken deskundigen, binnen het kader van de opdrachten die hun door de ondernemingen worden gevraagd, de gelegenheid krijgen om hun takkenpakket tot op zekere hoogte vrijelijk in te vullen, in functie van hun interessegebied en beroepservaring. Dit heeft in de meeste grotere diensten voor gevolg dat sommige betrokken preventieadviseurs kunnen uitgroeien tot generalisten in het vakgebied, terwijl er andere zich een bepaalde specialisatie eigen maken. Dit is zeker één van de redenen waarom de geïnterviewden blijk gaven van een hoge mate van jobtevredenheid; bovendien betoonden zij zich erg overtuigd van de maatschappelijke relevantie van hun beroep.

Aan de schaduwzijde staat dat beide in dit onderzoek betrokken werkeenheden slechts beperkt betrokken worden bij de algemene dienstverlening die door de externe preventiediensten binnen het kader van de forfaitaire financiering wordt uitgevoerd. Slechts in één dienst worden zij op een

grotere schaal ingeschakeld in bedrijfsbezoeken allerhande, in de andere worden PAPSen haast nooit belast met het uitvoeren van periodieke bedrijfsbezoeken en de preventieadviseurs-ergonomie met mondjesmaat. De meeste activiteiten die preventieadviseurs-ergonomie en -psychosociale aspecten uitvoeren worden meestendeels extra gefactureerd, zelfs als het gaat om een aanwezigheid op een vergadering van een Comité PBW. Uit de gesprekken blijkt dat preventieadviseurs-ergonomie worden beschouwd als polyvalenter dan PAPSen en sneller worden belast met andere opdrachten buiten het eigen werkgebied.

In vele diensten blijkt dat er, omwille van de beperkte financiële middelen die hiertoe vrijgemaakt kunnen worden uit de forfaitaire financiering, eerder weinig ruimte is voor productontwikkeling, standaardisering en wetenschappelijke onderbouwing van de verschillende benaderingen op het vlak van MSA en PSR. Het is wellicht hierom dat de ergonomen, voor de risicoanalyse van meeste deelproblematieken, terugvallen op standaardmethodieken die in de literatuur terug te vinden zijn; maar het feit dat het hier gaat om benaderingen die wetenschappelijk als valide kunnen bestempeld worden, speelt evenzeer mee. De PAPSen doen relatief frequenter een beroep op in eigen beheer ontwikkelde benaderingen. Zo gebruiken vier van de tien bevraagde EDPB's voor het houden van een algemene kwantitatieve bevraging (een zogenaamde stress-enquête) een vragenlijst die ze zelf ontwikkeld hebben, meestal in samenwerking met een universitaire instelling. Er zijn overigens meerdere diensten die hun PAPSen en ergonomen bewust de vrije keuze laten tussen beschikbare benaderingen, en geen standaardaanpak uitwerken: dit heeft minder met de grootte van de dienst te maken als wel met de opties ingenomen door de leidinggevenden van de dienst.

De dienstverlening van beide bestudeerde werkeenheden aan ondernemingen, situeert zich derhalve grotendeels op de vrije markt; soms moeten zij opboksen tegen dienstverleners die opereren buiten het circuit van de externe preventiediensten. Een interessante insteek is dan de vraag hoe de PAPSen en ergonomen aan hun opdrachten komen. In 37% van de gevallen is het, zowel voor MSA als voor PSR, de onderneming zelf, vaak bij monde van de interne preventieadviseur, die de EDPB benadert voor een specifiek probleem. De aanbreng van nieuwe opdrachten door de arbeidsgeneesheren is beperkt, vooral in het geval van PSR. De andere collega's zijn een belangrijker bron voor de inkomsten van de werkeenheid Psychosociale aspecten. In het algemeen kan gesteld worden dat contacten tussen arbeidsgeneesheren en PAPSen/ergonomen sterk wisselt van dienst tot dienst: op het eerste gezicht lijken de kleinere diensten op dit vlak beter te scoren. Uit de gesprekken kwam bijvoorbeeld duidelijk naar voren hoe weinig van de geïnterviewden een zicht hadden op de wijze waarop MSA en PSA aan bod komen tijdens het gezondheidstoezicht. Opvallend is ook dat de PAPSen voor een relatief belangrijk gedeelte zelf instaan voor hun eigen tewerkstelling: blijkbaar zijn werkgevers voor de problematiek van de PSR sneller geneigd terug een beroep te doen op een deskundige indien een eerder contact positief overkwam.

4.5.3 Factoren die een integrale aanpak bevorderen of afremmen

Ten slotte nog enkele gegevens over remmende en succesbevorderende factoren. Dit was immers één van de centrale vragen van de onderzoeksopzet (zie supra onder 1.2). De bevindingen met betrekking tot een integrale aanpak van MSA en PSR leveren grosso modo hetzelfde beeld op.

Allerbelangrijkste determinant is het engagement van de bedrijfsleiding: het gebrek aan een visie op of belangstelling voor de ergonomische en psychosociale problematiek bezwaart in hoge mate het welslagen van acties. Dat heeft wellicht te maken met het feit dat MSA en PSR vaak minder zichtbare problematieken zijn. Andere genoemde remmende factoren zijn hiervan een logische consequentie: gebrek aan financiële mogelijkheden, onvoldoende continuïteit in de opvolging, de afwezigheid van een leidinggevende of van een stuurgroep die zich eigenaar voelt van de problematiek,

een ontoereikend welzijnsbeleid in het algemeen. Vooral de mate waarin de eerstelijnsmanagers zich actief achter het uitgestippelde beleid scharen (of juist niet) wordt als belangrijk gesignaleerd.

Het gebrek aan de nodige financiële middelen kwam, rechtstreeks en onrechtstreeks, vaak naar voren als een belangrijke remmende factor. De geïnterviewden laten weten dat het implementeren van maatregelen ter voorkoming van MSA en PSR uiteraard de nodige investeringen in middelen en tijd impliceren, maar ook dat (in de eerste plaats voor kleinere ondernemingen) de advisering door de externe preventieadviseur over deze beide problematieken duur is. Er wordt hierbij ook verwezen naar het vigerende financieringsstelsel van de EDPB's dat bijna volledig gaat naar reglementair opgelegde activiteiten (zoals gezondheidstoezicht, aanwezigheid op vergaderingen van het CPBW en bedrijfsbezoeken). Alleen intakegesprekken of een eerste individuele opvang van een werknemer door de PAPSen verlopen binnen deze forfaitaire financiering (maar ook niet overal). Vaak is er hierdoor, zeker in kleinere bedrijven of instellingen, nauwelijks nog marge voor bijkomende activiteiten op vraag van de werkgever.

Inspraak vanwege de werknemers en hun afgevaardigden is een tweede belangrijke categorie. Meerdere malen werd het welslagen van acties geremd door de weerstand tegen verandering, een gebrek aan interesse of zelfs de actieve tegenwerking van het personeel of de syndicale afgevaardigden.

En dan werd er nog een inhoudelijke categorie van bevorderende factoren genoemd. Een goede analyse van de problematiek, gevolgd door concrete adviezen waarvan er een aantal snel kunnen worden geïmplementeerd en waarbij de ondernemingsgemeenschap regelmatig op de hoogte wordt gesteld van de verwezenlijkingen en de verder geplande acties, lijkt een bijkomend criterium voor succes te zijn.

5 | De bevraging van de interne diensten voor preventie en bescherming

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven, bevatte de tweede onderzoeksfase een bevraging, via een gesloten vragenlijst, van een steekproef van 1 260 ondernemingen en organisaties, gespreid over vier sectoren en naar drie categorieën van bedrijfsgrootte.

Doelstelling van deze inventariserende survey, georganiseerd bij interne preventiediensten, is te peilen naar de preventieve interventies betreffende MSA en PSR die zijn uitgevoerd in de onderneming, en dit voor de periode 2010-2012. Internationale overzichten en de informatie uit de interviews met de externe preventiediensten dienden als input voor het opstellen van de vragenlijst. Gestandaardiseerde detailinformatie over de aard en het bereikt resultaat wordt opgevraagd voor de meest belangrijke en de meest recente interventie, en dit voor beide domeinen (MSA en PSR).

5.1 De gebruikte vragenlijst

Er werd geopteerd voor een websurvey bij een steekproef van organisaties, gestratificeerd naar sector, regio en bedrijfsgrootte.

De vragenlijst (waarvan de Nederlandstalige versie opgenomen is in bijlage 4, de Franstalige in bijlage 5) omvat volgende rubrieken:

- een inleiding, waarin de opzet van het onderzoek wordt omschreven en de gebruiksinstructies, bestemd voor het invullen van de vragenlijst, worden meegedeeld. Tevens wordt duidelijk gemaakt dat het de bedoeling is dat de/een interne preventieadviseur de vragenlijst invult;
- informatie over de organisatie: algemene kenmerken;
- gegevens over de structurering van het preventiebeleid;
- een rubriek die gewijd werd aan MSA. Deze omvatte enkele algemene vragen over het vòòrkomen van MSA en de personen/structuren die deze problematiek opvolgen. Tevens werd bevraagd of de onderneming, tijdens de periode lopende van 1 januari 2010 tot 31 december 2012, preventieve acties ondernomen heeft op dit vlak. Zo nee, werd gepeild naar de redenen waarom. Zo ja, werd gevraagd om aan te geven over welk soort acties (en hoeveel) het ging; hiervoor werd gebruik gemaakt van de eerder voorgestelde oplijsting van weerhouden interventiecategorieën, zoals aangegeven in tabel 2.3. Ten slotte werd gevraagd om, voor die ondernemingen die binnen de opgegeven tijdspanne één of meerdere acties ondernomen hadden, een aantal meer gedetailleerde vragen te beantwoorden over elk van deze acties (met een maximum van 3: ondernemingen die meer dan drie acties opgaven werd gevraagd om de 3 'meest belangrijke' te behandelen). Deze vragen peilden onder meer naar de ervaren effectiviteit van de actie, het beoogde doelpubliek (met aandacht voor de genderdimensie) en de redenen waarom de interventie al dan niet werd beschouwd als minstens gedeeltelijk geslaagd;
- hetzelfde stramien van vragen werd dan gesteld met betrekking tot acties op het vlak van PSR, waarbij werd uitgegaan van het lijstje van weerhouden interventiecategorieën, opgegeven in tabel 3.4;

- ten slotte werd gepeild naar de bereidheid van de bevraagde onderneming om de onderzoekers eventueel toe te laten om een meer diepgaande gevallenstudie uit te voeren (zie hoofdstuk 6).

5.2 De steekproeftrekking

Op basis van het RSZ-bedrijfsrepertorium werd een gestratificeerde toevalssteekproef getrokken voor de sectoren 'bouw en industrie', 'diensten' en 'non-profit'. Voor wat de te bevragen overheidsinstanties betreft, werd beslist de steekproef te beperken tot de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, op toevallige wijze geselecteerd uit het overzicht van de lokale besturen-RSZPPO. Op deze wijze werd een gestratificeerde steekproef bekomen zoals opgenomen in tabel 5.1. In het totaal werden 1 260 werkgevers aangeschreven. De Nederlands- en de Franstalige versie van het schrijven worden weergegeven in bijlage 6.

Tabel 5.1 Samenstelling van de steekproef van aangeschreven ondernemingen in het kader van Fase 2 van de onderzoeksopdracht

Activiteitssector	Industrie + bouw		Diensten		Non-profit		Overheid*	
Taalrol	NL	FR	NL	FR	NL	FR	NL	FR
Ondernemingsgrootte 20-49 werknemers	60	60	60	60	60	60	45	45
Ondernemingsgrootte 50-99 werknemers	60	60	60	60	60	60		
Ondernemingsgrootte 100+ werknemers	60	60	60	60	60	60	45	45

* Zoals eerder gesteld (zie paragraaf 1.3.2) werden voor de overheidssector slechts twee grootteklassen weerhouden: instellingen met minder dan 100 en met 100 of meer werknemers.

5.3 Wie nam deel aan de bevraging?

In totaal werd de vragenlijst ingevuld door 142 organisaties. Aan 140 organisaties kunnen we een sector toewijzen.

Tabel 5.2 Samenstelling van de respons

Activiteitssector	Industrie + bouw	Diensten	Non-profit	Overheid	Totaal (%)
Ondernemingsgrootte 20-49 werknemers	4	5	11	3	23 (16,4)
Ondernemingsgrootte 50-99 werknemers	8	5	13	8	34 (24,3)
Ondernemingsgrootte 100+ werknemers	21	22	23	17	83 (59,3)
TOTAAL (%)	**33 (23,6%)**	**32 (22,8%)**	**47 (33,6%)**	**28 (20,0%)**	**140 (100,0%)**

We stellen in de respons een vertegenwoordiging vast van alle groottecategorieën en alle sectoren. Grote organisaties met meer dan 100 werknemers zijn wel sterker aanwezig dan kleinere.[37] Zoals reeds gesteld, beoogde deze bevraging niet om representatief te zijn voor de totale Belgische eco-

37 Omwille van de kleine cellen, zullen we een aantal categorieën in bepaalde verdere analyses samen nemen.

nomie. Wel is het van belang dat verschillende types van organisaties aanwezig zijn in de respons. Waar relevant, zullen we dan ook verschillen naar sector of grootteklasse verder aangeven en duiden.

Omwille van de kleine aantallen wil en kan deze bevraging enkel een antwoord bieden op de gevraagde veldverkenning. De resultaten moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid behandeld worden.

5.4 Structurering van het preventiebeleid

We polsten bij de respondenten naar hun algemene samenwerking met hun externe preventiedienst en naar de aanwezigheid van een interne preventieadviseur-psychosociale aspecten en/of -ergonomie in hun organisatie. Bijna alle bevraagde organisaties (95,7%) geven aan samen te werken met een EDPB. Zes organisaties stelden dit niet te doen.

Van de 133 organisaties die samenwerkten met een EDPB, hadden er 78 (58,6%) gedurende de voorbije drie jaren (2010-2012) geen beroep op deze dienst gedaan in het kader van de problematiek van MSA of PSR. In totaal deden 55 organisaties (41,4%) gedurende de voorbije drie jaren (2010-2012) wel beroep op een EDPB in het kader van de problematiek van MSA of PSR. We stelden geen verschil vast naar sector of ondernemingsgrootte.

Van de organisaties die gedurende de laatste drie jaren wel beroep deden op een EDPB in het kader van de problematiek van MSA en/of PSR (n=55), deden 41 organisaties dit voor de problematiek inzake MSA en 34 organisaties voor de problematiek inzake PSR. Wat het samenwerken met een EDPB inzake MSA betreft (in de periode 2010-2012), stelden we wel verschillen vast naar sector en ondernemingsgrootte: één derde van de organisaties met 50 werknemers of meer deed gedurende de laatste drie jaren beroep op een EDPB inzake MSA, bij de kleinste organisaties met minder dan 50 werknemers bleek dit amper het geval (slechts 1 organisatie met minder dan 50 werknemers deed gedurende de laatste drie jaren beroep op een EDPB voor de problematiek van MSA). Ook naar sector stelden we verschillen vast: daar waar bijna de helft van de bevraagde organisaties behorend tot de secundaire sector, een beroep deed op een EDPB inzake MSA, bleek dit het geval voor ongeveer één derde van de bevraagde organisaties uit de tertiaire sector en slechts voor ongeveer één vijfde van de bevraagde organisaties uit de quartaire en overheidssector. Wat het samenwerken met een EDPB inzake PSR betreft (in de periode 2010-2012), stelden we geen verschillen vast naar sector of ondernemingsgrootte:

22,3% van de bevraagde organisaties gaf aan te beschikken over een interne preventieadviseur-psychosociale aspecten, 14,4% over een preventieadviseur-ergonomie. Opnieuw stelden we geen verschillen vast naar sector of ondernemingsgrootte. Beide percentages liggen verwonderlijk hoog aangezien slechts weinig ondernemingen beschikken over een formele interne preventieadviseur-ergonomie of –psychosociale aspecten (zie paragraaf 1.1.2.). Wellicht beschouwen de respondenten collega's met enige ervaring of bijkomende opleiding op één van beide vlakken eveneens als 'preventieadviseur', hoewel zij niet beschikken over de per reglementering opgelegde bijkomende opleiding.

5.5 Musculoskeletale aandoeningen (MSA)

5.5.1 Aanwezigheid van MSA(-risico's) en het gevoerde beleid hierrond

We polsten bij de respondenten naar hun perceptie over de aanwezigheid van MSA in hun organisatie en hun globale indruk over het gevoerde beleid op vlak van de preventie van MSA. 30,4% (n=42) van de organisaties[38] gaf aan dat MSA niet of nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie. Iets meer dan de helft van deze organisaties (n=24) weet dit aan het beleid dat hierrond in het verleden gevoerd werd waardoor eerdere risico's weggenomen zijn. 18 organisaties gaven aan dat de werkzaamheden geen risico op MSA inhouden. 69,6% van de organisaties (n=96) gaven dus aan dat er wel MSA voorkomen in hun organisatie. Wanneer we polsten naar het beleid dat hierrond gevoerd wordt, gaf meer dan de helft (n=59) van deze organisaties aan dat er reeds een deel van de weg afgelegd is maar dat er nog werk te verrichten is, tien organisaties stelden dat de problematiek goed onder controle is en 27 organisaties gaven aan dat het eigenlijke werk nog dient te beginnen.

We stelden een verband vast tussen de sector en het al dan niet voorkomen van MSA in de organisatie: een groter aandeel organisaties binnen de quartaire (ongeveer 4 op 5 van de bevraagde organisaties; 38 van de 46 organisaties) en binnen de secundaire sector (ongeveer driekwart van de bevraagde organisaties; 25 van de 33) erkenden een probleem inzake MSA in hun organisatie. Dit bleek iets minder het geval binnen de overheid (18 van de 28 bevraagde organisaties) en binnen de tertiaire sector (15 van de 31 organisaties). Ook bleek de problematiek inzake MSA vaker een probleem voor grotere dan voor kleinere organisaties, maar dit verband was niet statistisch significant.

In 14,5% (n=20) van de bevraagde organisaties wordt ook melding gemaakt van één of meerdere personen, naast de interne preventiedienst, die zich specifiek bezighouden met MSA. Het betreft hier onder andere (vnl. in de quartaire sector) ergotherapeuten, verpleegkundigen, kinesisten, ... en (in andere sectoren) leidinggevenden, opleidings- en HRM-verantwoordelijken, ...

5.5.2 Risicoanalyse met betrekking tot het algemeen voorkomen van MSA

Aan de respondenten werd gevraagd of er in hun organisatie een risicoanalyse uitgevoerd werd met betrekking tot het algemeen voorkomen van MSA. 37,0% van de organisaties (n=51) die deze vraag beantwoordden (n=138), gaf aan dat dergelijke risicoanalyse gebeurd was. We stelden geen verschil vast naar sector of ondernemingsgrootte.

We stelden ook geen verband vast tussen het al dan niet (meer) voorkomen van MSA en het uitvoeren van een risicoanalyse met betrekking tot MSA; in beide groepen werd een risicoanalyse uitgevoerd in iets meer dan één derde van de organisaties.

5.5.3 Acties op het vlak van primaire preventie MSA

We polsten bij de bevraagde organisaties of er in de periode 2010-2012 acties op het vlak van primaire preventie inzake MSA ondernomen werden. Aan de respondenten werd verduidelijkt dat deze vraagstelling betrekking heeft op collectieve acties die beogen de oorzaken van MSA uit te schakelen of onder controle te houden. Deze acties kunnen worden gevoerd, hetzij als gevolg van een risicoanalyse, hetzij als gevolg van één of meerdere individuele schadegevallen. Indien naar aanleiding van een individueel geval structurele ingrepen uitgevoerd werden, worden deze ook

38 Deze vraag werd beantwoord door 138 organisaties.

beschouwd als preventieve acties. Van de bevraagde organisaties[39] gaf 62,3% (n=86) aan dat in de periode 2010-2012 preventieve acties inzake MSA ondernomen werden. 37,7% (n=52) van de organisaties ondernam geen acties inzake MSA. We stelden geen verband vast tussen de sector of ondernemingsgrootte en het al dan niet ondernemen van preventieve acties inzake MSA.

Van de organisaties (n=42) die aangaven dat MSA nu niet of nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie, had de helft (n=21) gedurende de afgebakende periode één of meerdere preventieve acties ondernomen. Van de organisaties (n=96) die te kennen gaven dat MSA wel voorkomt in de organisatie, had twee derde (n=65) minstens één actie ondernomen tijdens de bevraagde periode. We stellen enkel een samenhang vast, zonder zicht te hebben op mogelijke causale relaties.

We stelden een duidelijke samenhang (zonder zicht te hebben op de richting van de causaliteit) vast tussen het uitvoeren van een risicoanalyse met betrekking tot het algemeen voorkomen van MSA en het ondernemen van actie. Van de organisaties die een risicoanalyse uitvoerden (n=51) ondernamen er ongeveer vier op vijf (n=41) preventieve acties inzake MSA. Van de organisaties die geen risicoanalyse uitvoerden (n=87) gingen er ongeveer de helft (n=45) over tot preventieve acties. Of omgekeerd, van de organisaties die acties ondernomen hadden (n=86), voerde ongeveer de helft (n=41) een risicoanalyse uit. Van de organisaties die geen acties ondernamen (n=52), voerde ongeveer één op vijf (n=10) een risicoanalyse uit met betrekking tot voorkomen van MSA.

5.5.3.1 Waarom werd geen actie ondernomen?

Zoals gesteld ondernam 37,7% (n=54) van de bevraagde organisaties geen actie rond MSA tussen 2010-2012. We polsten naar de voornaamste reden hiervoor (zie tabel 5.3.).

Tabel 5.3 Waarom werden er in de periode 2010-2012 geen acties ondernomen inzake MSA (hoofdreden, slechts één antwoord mogelijk)

Redenen waarom geen actie ondernomen werd	Organisaties waar MSA voorkomt	Organisaties waar MSA niet (meer) voorkomt	Totaal
Wij vonden het onnodig om actie te ondernemen	2	7	9
Gebrek aan middelen	3	2	5
Gebrek aan tijd	2	1	3
Andere prioriteiten	13	1	14
Het was ons niet duidelijk welke acties nog konden ondernomen worden	7	7	14
Werknemers of hun vertegenwoordigers waren weigerachtig ten aanzien van verdere acties	1	0	1
Andere	3	3	6
TOTAAL	**31**	**21**	**52**

De belangrijkste redenen waren dat er andere prioriteiten in de organisatie gesteld werden of dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden. Onderstaande tabel toont naar verwachting wel een duidelijk verschil tussen organisaties die erkenden dat MSA voorkomt en organisaties die stellen dat MSA niet (meer) voorkomt in hun organisatie; de belangrijkste reden om geen actie te ondernemen binnen deze laatste categorie was dat men het onnodig vond om actie te ondernemen of dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden.

39 Deze vraag werd beantwoord door 138 organisaties.

Zoals vermeld, stelden we geen verband vast tussen de sector of ondernemingsgrootte en het al dan niet ondernemen van preventieve acties inzake MSA. Wel zien we verschillen (maar de aantallen zijn te klein om de statistische significantie van deze verschillen te kunnen toetsen) naar sector wat betreft de redenen om geen preventieve acties inzake MSA te ondernemen. De meest aangehaalde reden bij overheidsbedrijven en organisaties uit de tertiaire sector die geen acties ondernomen hebben, was dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden. Organisaties uit de quartaire en secundaire sector die geen acties ondernomen hadden, gaven dan weer vaker als reden op dat er andere prioriteiten gesteld werden.

5.5.3.2 Indien wel acties, welke acties?

We legden aan de respondenten die te kennen gaven wel acties inzake MSA ondernomen te hebben (periode 2010-2012) (n=86), de verschillende interventiecategorieën voor, zoals afgelijnd in het kader van dit onderzoek. We vroegen hen aan te geven welke preventieve acties inzake MSA er ondernomen werden. Tabel 4.5 geeft per interventiecategorie het aandeel organisaties weer dat melding maakt van minimaal één actie.

De tabel toont dat de meest voorkomende (te lezen als: het grootste aandeel organisaties paste een actie binnen deze categorie toe) interventiecategorie inzake preventie van MSA betrekking heeft op *het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning* (bv. voorzien van geschikte kantoorstoelen afgestemd op de werkvereisten). Daarnaast investeert drie vierde van de organisaties in het *sensibiliseren en bewustmaken* van hun personeel (bv. door het ophangen van affiches en verspreiden van brochures). Iets minder dan twee op drie organisaties onderneemt acties die inwerken op de *vormgeving van de arbeidspost* (bv. het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...). En iets meer dan de helft van de organisaties gaf *opleidingen* met betrekking tot het gebruik van technieken (bv. opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen). Acties in het kader van de andere interventiecategorieën kwamen in mindere mate aan bod in de bevraagde organisaties.

We kunnen stellen dat binnen de groep van op de arbeidsorganisatie gerichte interventies, vnl. acties die inwerken op de *arbeidsomstandigheden* aan bod komen en, in beperkte mate, acties inwerkend op de arbeidsorganisatie. Acties die inwerken op de arbeidspost bleken alle vaak door de betrokken organisaties doorgevoerd te worden.

Binnen de op het individu gerichte interventies, zijn vooral het voorzien van *sensibilisering* en bewustmaking en het geven van *opleiding*, veel voorkomende interventies. Sommige interventiecategorieën ter preventie van MSA werden echter slechts door een kleine minderheid van de bevraagde organisaties toegepast, zoals *relaxatietechnieken* of *cognitief gedragsmatige behandeling*.

Ook al zijn de aantallen klein, we kijken toch of het gebruik van de meest voorkomende categorieën verschilt tussen sectoren (niet in tabel). Zo zien we dat *het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning* vaker toegepast wordt in de bevraagde organisaties (die overgaan tot acties) uit de overheids- (16/16) en tertiaire sector (15/16) dan uit de quartaire (24/31) en secundaire (14/22) sector. We stellen vast dat *sensibilisering en bewustmaking* minder toegepast wordt in bevraagde organisaties uit de overheidssector (8/16) dan uit de secundaire (19/21), tertiaire (12/15) en quartaire (24/31) sector. *Acties die inwerken op de vormgeving van de arbeidspost* zien we dan weer vaker in de bevraagde organisaties uit de quartaire (23/31) en tertiaire (11/16) sector dan uit de overheids- (7/16) of secundaire (12/22) sector. *Opleidingen* ten slotte, komen dan weer minder aan bod in de bevraagde ondernemingen uit de tertiaire sector (6/16), en meer voor in organisaties uit de overheids- (8/16), secundaire (14/22) en vooral quartaire sector (22/31).

Wanneer we kijken naar de grootte van de organisaties (niet in de tabel weergegeven), stellen we een duidelijke trend vast dat steeds een groter aandeel van de grotere organisaties de verschillende interventies aanwendt ten opzichte van de kleinere organisaties. Opvallende uitzondering is het geven van *opleidingen*: dit wordt vaker toegepast in de kleinere dan in de grotere organisaties.

Tabel 5.4 Primaire preventie MSA: aandeel organisaties dat minimaal 1 actie ondernam (periode 2010-2012), per interventiecategorie.

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld	Aantal (en %)* organisaties dat minimum 1 actie in deze categorie ondernam (totaal n=86)
1. Op de arbeids-organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Het beperken van extreme temperaturen, het verbeteren van de begaanbaarheid van de arbeidsplaatsen	37 (44,1)
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Het invoeren van een rotatiesysteem tussen de verschillende werkposten van een inpaklijn	14 (16,7)
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	Het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...)	53 (62,3)
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	Het gebruik van een 'stalen verpleegster' voor het verplaatsen van patiënten in zorginstellingen	31 (36,5)
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	De aankoop van kantoorstoelen met instelbare leuningen, bestemd voor arbeidsposten waar intensief aan beeldschermen wordt gewerkt	69 (81,2)
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/ bewustmaking	Ophangen van affiches en verspreiden van brochures	63 (75,0)
	3.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	6 (7,1)
	3.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde biofeedback-training	10 (11,9)
	3.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	Het organiseren van een vorm van rugschool voor groepen werknemers	26 (30,9)
	3.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	De aankoop van steungevend schoeisel voor het personeel van een grootkeuken	40 (47,1)
	3.6 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	25 (29,4)
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	Opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen	50 (58,8)

* Ook al gaat het om kleine aantallen, het toevoegen van de percentages dient hier voornamelijk om de leesbaarheid van de tabel te vergroten.

5.5.3.3 Analyse van de belangrijkste acties inzake MSA

We vroegen aan de respondenten die aangaven in de periode 2010-2012 acties inzake preventie van MSA ondernomen te hebben (n=86), om de drie meest belangrijke acties verder meer in detail te bespreken. 71 organisaties gingen over tot een bespreking van één of meerdere preventieve acties inzake MSA die ze ondernomen hadden. In totaal werden zo 177 acties meer in detail ontleed. We geven de voornaamste resultaten.

We zagen de meest voorkomende interventiecategorieën opnieuw terugkomen: aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning, sensibilisering, opleidingen en acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost. De meeste interventies hadden dan ook betrekking op het individu en op de arbeidspost gerichte interventies.

Tabel 5.5 De besproken acties per interventiecategorie - MSA

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal besproken acties
1. Op de arbeidsorganisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	14
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	6
SUBTOTAAL		20
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	21
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	15
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	43
SUBTOTAAL		79
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/ bewustmaking	27
	3.2 Relaxatietechnieken	2
	3.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	1
	3.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	8
	3.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	13
	3.6 Re-integratieprocedures	3
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	24
SUBTOTAAL		78
ALGEMEEN TOTAAL		**177**

5.5.3.4 Kenmerken van de belangrijkste acties inzake MSA

a) Van wie ging het eerste initiatief uit?

We gingen na van wie het initiatief van de besproken acties uitging. De resultaten tonen aan dat het initiatief tot het nemen van de besproken acties voor 42,5% van de acties uitging van de interne preventiedienst. Voor 33,3% van de acties werden deze ondernomen op initiatief van de directie of de werkgever. Het initiatief ging minder vaak uit vanwege de ergonoom, de arbeidsinspectie, de arbeidsgeneesheer of het CPBW. In 10,9% van de gevallen startte de actie op vraag van de werknemers of hun vertegenwoordiging.

De beschikbare gegevens tonen geen grote verschillen naar organisatiegrootte. Wel zien we dat binnen de overheid het initiatief tot de actie vaker genomen werd door de werkgever of directie dan door de interne preventiedienst; in de andere sectoren nam de interne preventiedienst vaker het initiatief.[40]

40 Het databestand liet niet toe om deze veschillen statistisch te toetsen. Aangezien het hier gaat om een veldverkenning willen we de observaties as such toch meegeven.

Tabel 5.6 Van wie ging het initiatief tot deze actie uit? - MSA

	Aantal acties (%)
Werkgever of directie	58 (33,3)
Interne preventiedienst	74 (42,5)
CPBW	11 (6,3)
Arbeidsgeneesheer	6 (3,4)
Ergonoom	0 (0,0)
Één of meerdere werknemers of hun vertegenwoordiging	19 (10,9)
Arbeidsinspectie (toezicht op het welzijn op het werk)	0 (0,0)
Iemand anders (waaronder 'opleidingsverantwoordelijke' of 'opgenomen in algemeen opleidingsbeleid')	6 (3,4)
TOTAAL	**174**

b) Ging een specifieke risicoanalyse vooraf aan de actie?

Per actie gingen we na of er een specifieke risicoanalyse voorafgegaan was aan de actie. Dit bleek het geval in ongeveer één derde van de acties.

Tabel 5.7 Ging een specifieke risicoanalyse vooraf aan de actie?

	Aantal acties (%)
Ja	59 (34,1)
Nee	114 (65,9)
TOTAAL	**173 (100,0)**

c) Op wie had de actie betrekking?

Per actie werd gevraagd op wie de actie betrekking had. Het merendeel van de acties had betrekking op *zowel mannen als vrouwen* en op *zowel ouderen als jongeren*. Er bleek geen bepaalde actiecategorie die zich voornamelijk of exclusief richtte naar mannen of naar vrouwen, of naar ouderen of jongeren; indien organisaties hier toch een onderscheid in maakten, dient dit onze inziens dus eerder gelinkt te worden aan de concrete bestaffing op de werkpost of het individu waarop de actie betrekking had.

Ook zien we dat er geen bepaalde belangrijke actiecategorie was die zich voornamelijk of exclusief richtte tot *arbeiders of bedienden*. Wel merken we dat voor bedienden vaker hulpmiddelen voor houdingsondersteuning werden voorzien dan voor arbeiders en dat voor arbeiders vaker dan voor bedienden externe hulpmiddelen werden ingezet.

We stellen een *grote spreiding* vast wat het aantal personeelsleden betreft waarop de acties betrekking hadden. Ongeveer een kwart van de acties richtte zich tot een beperkte groep van het personeelsbestand. Sensibiliseringsacties richtten zich vaker, maar niet exclusief, tot grotere groepen van medewerkers. De andere veel voorkomende acties zoals opleidingen, vormgeving van de arbeidspost en het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning kunnen zich zowel tot zeer kleine, middelgrote als grote groepen binnen het personeelsbestand richten.

Tabel 5.8 Op wie had de actie betrekking? - MSA

	Aantal acties (%)	
Vrouwen	21	(12,1)
Mannen	40	(23,0)
Zowel vrouwen als mannen	113	(64,9)
Jongeren	6	(3,4)
Ouderen	16	(9,2)
Zowel jongeren als ouderen	152	(87,4)
Arbeiders	65	(36,8)
Bedienden	81	(46,6)
Zowel arbeiders als bedienden	29	(16,7)
Één of enkele personen	22	(12,6)
Een beperkte groep (5% à 20% van het personeelsbestand)	47	(27,0)
Een grote minderheid (21% à 40% van het personeelsbestand)	24	(13,8)
Ongeveer de helft van het personeel (41% à 60%)	28	(16,1)
Een grote meerderheid (61% à 90%)	20	(11,5)
Iedereen of bijna iedereen (meer dan 90% van het personeel)	33	(19,0)
TOTAAL	**174**	**(100,0%)**

d) Wie was betrokken bij de actie?

We gingen per actie na of *externen* betrokken werden voor de ondersteuning van de actie en indien dit het geval was, welke externen? In iets minder dan de helft van de acties werden inderdaad externen betrokken bij de ondersteuning van de actie. Het ging hierbij voornamelijk om de EDPB waarvan de hulp van zowel de preventieadviseur-ergonoom als (in mindere mate) van de arbeidsgeneesheer werd ingeroepen. Ook deed men geregeld een beroep op andere deskundigen van buiten de onderneming.

De *preventieadviseur-ergonoom van de EDPB* werd voornamelijk ingeroepen bij acties met betrekking tot het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning en acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost, en in mindere mate bij het geven van opleidingen of het inrichten van een sensibiliseringscampagne. Ook de *arbeidsgeneesheer van de EDPB* werd gevraagd ter ondersteuning van acties met betrekking tot het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning en acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost, en in mindere mate bij het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen of bij sensibilisering. De ondersteuning van *andere externe deskundigen* werd ingeroepen bij opleidingen inzake het gebruik van tiltechnieken en aanverwante en bij het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning.

Tabel 5.9 Werden externen betrokken voor de ondersteuning van de actie? - MSA

	Aantal acties (%)
Nee	92 (53,2)
Ja	81 (46,8)
Welke externen? (meerdere antwoorden waren mogelijk)	
Externe preventiedienst: preventieadviseur-ergonoom	38
Externe preventiedienst: arbeidsgeneesheer	26
Andere deskundige van buiten de onderneming	36
Iemand van de arbeidsinspectie (toezicht op het welzijn van het werk)	2
TOTAAL	**173 (100,0)**

Daarnaast gingen we ook per actie na of de (uitvoerende) werknemers betrokken werden bij de analyse en het zoeken naar oplossingen. In de helft van de acties bleek dit het geval, in de andere helft niet. Medewerkers werden zelden betrokken bij sensibiliserings- of bewustmakingsacties. Bij de overige meest voorkomende acties werden de medewerkers doorsnee iets vaker wel dan niet betrokken bij de verschillende acties.

Tabel 5.10 Werden de (uitvoerende) werknemers betrokken bij de analyse en het zoeken naar oplossingen?

	Aantal acties (%)
Ja	87 (50,3)
Nee	86 (49,7)
TOTAAL	**173 (100,0)**

5.5.3.5 Gepercipieerde effectiviteit van de belangrijkste acties inzake MSA

Aan de respondenten die overgingen tot het bespreken van één of meerdere acties inzake MSA, werd gevraagd om de algemene effectiviteit van de actie te beoordelen.

Volgende schaal werd daartoe gebruikt:

1. Contraproductief, de actie heeft de zaken verder bemoeilijkt
2. Geen of nauwelijks meetbaar effect
3. Beperkte effectiviteit, resultaat was bescheiden
4. Behoorlijk resultaat, redelijk tevreden
5. Positief resultaat, duidelijke verbetering van de zaken
6. Uitstekend resultaat, zeer tevreden over wat bereikt werd
7. Heb er geen zicht op, weet niet

Tabel 5.11 Beoordeling van de algemene effectiviteit van de verschillende acties

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal acties	Beoordeling van de effectiviteit*						
			1	2	3	4	5	6	7
1. Op de arbeids-organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeids-omstandigheden	13	0	0	2	5	4	2	0
	1.2 Acties inwerkend op de arbeids organisatie	6	0	0	1	1	4	0	0
SUBTOTAAL		19	0	0	3	6	8	2	0
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	20	0	1	0	7	10	2	0
	2.2 Het inzetten van externe hulp middelen	14	0	0	1	2	10	1	0
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdings-ondersteuning	43	0	1	3	13	18	7	1
SUBTOTAAL		77	0	2	4	22	38	10	1
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/ bewustmaking	26	0	4	4	13	2	0	3
	3.2 Relaxatie-technieken	2	0	0	0	0	1	0	1
	3.3 Cognitief-gedrags matige behandeling	1	0	0	0	1	0	0	0
	3.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	8	0	0	1	4	1	0	2
	3.5 Het ter beschikking stellen van indivi duele beschermings middelen	13	0	0	3	3	6	1	0
	3.6 Re-integratie procedures	3	0	0	1	1	0	1	0
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	23	0	1	0	15	6	0	1
SUBTOTAAL		76	0	5	9	37	16	2	7
ALGEMEEN TOTAAL		**172**	**0 (0,0%)**	**7 (4,1%)**	**16 (9,3%)**	**65 (37,8%)**	**62 (36,0%)**	**14 (8,1%)**	**8 (4,6%)**

* De beoordeling van de effectiviteit gebeurde voor 172 van de 177 gerapporteerde acties.

Opmerkelijk is de relatief grote gemiddelde tevredenheid met de effectiviteit van de ondernomen acties. Bovenstaande tabel toont dat geen enkele actie als contraproductief beschouwd wordt. Slechts een kleine minderheid (13,4%) van de acties wordt omschreven als acties met geen of een nauwelijks meetbaar effect, met een beperkte effectiviteit, een bescheiden resultaat. De respondenten oordelen van 37,8% van de omschreven acties dat zij een behoorlijk resultaat konden voorleggen, waarover men redelijk tevreden was. In 44,1% van de acties was er zelfs sprake van een positief resultaat met een duidelijke verbetering van de zaken, of zelfs een uitstekend resultaat waar men zeer tevreden over was. In 4,6% van de acties oordeelde men het niet mogelijk om de effectiviteit van de actie te beoordelen.

Voor wat de *op het individu gerichte interventies* betreft, met in hoofdzaak sensibiliserings- en opleidingsacties, zien we dat men over bijna de helft van de ondernomen acties (37/76) redelijk tevreden was, met een kwart van de acties (18/76) bereikte men zelfs een positief tot uitstekend resultaat. Over ongeveer één vijfde van de acties (14/76) was men minder tevreden. Binnen de groep van de op het individu gerichte acties werd gemiddeld genomen het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen als het meest effectief beoordeeld in vergelijking tot de andere acties. Sensibilisering en bewustmakingsacties werden daarentegen gemiddeld genomen als het minst effectief beschouwd. Opmerkelijk was ook dat het voornamelijk deze acties waren waarvan de beoordelaar de effectiviteit moeilijk kon inschatten.

Opvallend was de gemiddeld positieve beoordeling van de *op de arbeidspost gerichte interventies*. Slechts aan minder dan één tiende van deze acties (6/77) werd een beperkte effectiviteit toegekend, over ongeveer een kwart van deze acties (22/77) was de beoordelaar redelijk tevreden. Maar van drie vijfde van deze acties (48/77) gaf de beoordelaar aan dat het resultaat positief tot uitstekend was, met een duidelijke verbetering van de zaken en een grote tevredenheid over wat men bereikt had.

De minst aangewende categorie van interventies, namelijk *interventies gericht op de arbeidsorganisatie* bleek ook gemiddeld genomen positief beoordeeld te worden door de beoordelaars. De helft van deze acties (10/19) werd door de respondenten beoordeeld als acties met een positief tot uitstekend resultaat. Slechts 3 van de 19 acties beschouwde men als acties met een beperkte effectiviteit en een bescheiden resultaat. Over de overige acties bleek men redelijk tevreden. Indien toegepast, blijken deze acties dus gemiddeld genomen wel effectief te zijn.

5.5.3.6 Redenen van succes of falen van de acties?

We polsten bij de respondenten naar de belangrijkste redenen van succes of falen van de verschillende acties. Per actie kon de respondent de drie voornaamste redenen aanduiden. Uit tabel 5.12 volgt dat de belangrijkste reden waarom de beschouwde actie niet het verhoopte resultaat bereikte, volgens de respondenten erin bestond dat de actie *niet de volle steun van de medewerkers* genoot. Ook het feit dat het ging om een *punctuele actie die niet ingekaderd was in een globaal preventiebeleid*, bleek van belang.

Voor de acties waarvan de respondent aangaf wel redelijk tot zeer tevreden te zijn over het bereikte resultaat, vroegen we aan de respondenten om de belangrijkste redenen voor succes van de acties aan te geven (max. de drie voornaamste redenen). De antwoorden worden weergegeven in tabel 5.12. Opnieuw zien we de belangrijke rol die toegekend wordt aan *de betrokkenheid en steun van de medewerkers*. Daarnaast blijkt ook de *volle steun van de directie/hoger kader* voor het merendeel van de geslaagde acties van belang. Het kunnen beschikken over de nodige *middelen* om de actie tot een goed einde te kunnen brengen (geld, tijd) bleek een derde belangrijke factor.

Tabel 5.12 De belangrijkste redenen van niet of niet helemaal lukken van de actie.

Waarom de actie niet (of niet helemaal) lukte (aantal minder gelukte acties=23)	MSA
De actie genoot niet de volle steun van directie of hoger kader	0
De actie genoot niet de volle steun van het lager kader/eerstelijnssupervisie	0
De actie genoot niet de volle steun van de medewerkers	11
De actie genoot niet de volle steun van de werknemersafgevaardigden	0
Het ging om een punctuele actie die niet was ingekaderd in een globaal beleid	6
De middelen (tijd, geld) waren ontoereikend	2
De actie zelf was slecht gedefinieerd of werd onvoldoende van kortbij aangestuurd	0
De actie werd op een ongunstig ogenblik doorgevoerd	0
Andere	0

Tabel 5.13 De belangrijkste redenen waarom de actie lukte.

Waarom de actie lukte (aantal gelukte acties=141)	MSA
De actie genoot de volle steun van directie of hoger kader	71
De actie genoot de volle steun van het lager kader/eerstelijnssupervisie	16
De actie genoot de volle steun van de medewerkers	95
De actie genoot de volle steun van de werknemersafgevaardigden	24
De actie was goed ingekaderd in een globaal beleid	32
De middelen (tijd, geld) waren toereikend	52
De actie zelf was goed gedefinieerd of werd van kortbij aangestuurd	29
De actie werd op een gunstig ogenblik doorgevoerd	9
Andere	0

5.5.3.7 Gepercipieerd belang van de belangrijkste acties inzake MSA

Aan de respondenten die overgingen tot het bespreken van één of meerdere acties inzake MSA, werd gevraagd om het belang van de actie voor de betrokken medewerkers te beoordelen. Volgende schaal werd daarbij toegepast:

1. Zeer belangrijk
2. Enigszins belangrijk
3. Weinig belangrijk

De antwoorden op deze vraag zijn terug te vinden in tabel 5.14. We stelden hierin vast dat 56,7% van de acties als zeer belangrijk voor de betrokken medewerkers beoordeeld werd, 40,4% werd beoordeeld als zijnde van enigszins belang en 2,9% had weinig belang voor de betrokken werknemers. Vooral op de arbeidspost gerichte interventies werden vaker (51/78) als zeer belangrijk voor de betrokken medewerkers beoordeeld dan interventies gericht op het individu (37/76) of op de arbeidsorganisatie (10/19).

Tabel 5.14 Gepercipieerd belang van de acties inzake MSA

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal besproken acties	Belang van de actie voor de betrokken personeelsleden		
			1	2	3
1. Op de arbeidsorganisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	13	6	6	1
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	6	4	2	0
SUBTOTAAL		19	10	8	1
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	20	15	5	0
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	15	8	7	0
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsonder-steuning	43	28	13	2
SUBTOTAAL		78	51	25	2
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/ bewustmaking	26	4	20	2
	3.2 Relaxatietechnieken	2	2	0	0
	3.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	1	1	0	0
	3.4 Het aanleren van spier versterkende oefeningen	8	5	3	0
	3.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmidd.	13	9	4	0
	3.6 Re-integratie-procedures	3	1	2	0
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	23	15	8	0
SUBTOTAAL		76	37	37	2
ALGEMEEN TOTAAL		**173**	**98**	**70**	**5**

* De beoordeling van de belangrijkheid gebeurde voor 173 van de 177 gerapporteerde acties.

5.6 Psychosociale risico's (PSR)

5.6.1 Aanwezigheid van PSR en het gevoerde beleid hierrond

We polsten bij de respondenten ook naar hun globale indruk over de aanwezigheid van PSR in hun organisatie en het gevoerde beleid op vlak van de preventie van PSR.

15,9% (n=18) van de organisaties[41] gaf aan dat PSR en stress niet of nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie. Zeven organisaties weten dit aan het beleid dat hierrond in het verleden gevoerd werd waardoor eerdere risico's weggenomen zijn. Elf organisaties gaven aan dat de werkzaamheden geen risico op stress inhouden. 84,1% van de organisaties (n=95) gaf dus aan dat er wel PSR en stress voorkomen in hun organisatie. Wanneer we polsten naar het beleid dat hierrond gevoerd wordt, gaf meer dan de helft (n=53) van deze organisaties aan dat er reeds een deel van de weg

41 Deze vraag werd beantwoord door 113 organisaties.

afgelegd is maar dat er nog werk te verrichten is, zeven organisaties stelden dat de problematiek goed onder controle is en 35 organisaties gaven aan dat het eigenlijke werk nog dient te beginnen.

Ook al gaat het om kleine aantallen, toch stelden we vast dat bijna alle organisaties uit de quartaire sector (34 van de 36 organisaties) of behorend tot de overheid (22 van de 24 organisaties) aangaven dat PSR en stress in hun organisatie aanwezig waren. Dit bleek iets minder vaak het geval in de secundaire sector (22 van 28 organisaties) of in de tertiaire sector (17 van 25 organisaties). Ook bleek de problematiek inzake PSR vaker een probleem voor grotere dan voor kleinere organisaties, maar dit verband was niet statistisch significant.

In 34,5% (n=39) van de bevraagde organisaties die de vragen rond PSR beantwoorden (n=113), wordt ook melding gemaakt van één of meerdere personen, naast de interne preventiedienst, die zich specifiek bezighouden met PSR. Het betreft hier voornamelijk medewerkers van de personeelsdienst of vertrouwenspersonen.

5.6.2 Risicoanalyse met betrekking tot het algemeen voorkomen van PSR

Aan de respondenten werd gevraagd of er in hun organisaties een risicoanalyse uitgevoerd werd met betrekking tot het algemeen voorkomen van PSR. 38,9% van de organisaties (n=44) die deze vraag beantwoordden (n=113) gaf aan dat dergelijke risicoanalyse gebeurd was. Dit bleek in mindere mate voor te komen in de secundaire en tertiaire sector dan in de quartaire en overheidssector, maar de verschillen waren niet significant. Ook toonden de resultaten aan dat dergelijke risicoanalyse meer voorkwam in grotere dan in de kleinste organisaties, maar opnieuw bleken de verschillen niet significant.

We stelden wel een duidelijk verband vast tussen het al dan niet (meer) voorkomen van PSR en het uitvoeren van een risicoanalyse met betrekking tot PSR; enkel organisaties die te kennen gaven dat PSR en stress voorkomen, voerden een risicoanalyse uit. Dit gebeurde in iets minder dan de helft (n=43) van deze organisaties (n=95). Slechts één van de organisaties (n=18) die aangaven dat PSR en stress niet (meer) voorkomen, stelde dergelijke risicoanalyse uitgevoerd te hebben.

5.6.3 Acties op het vlak van primaire preventie PSR

We polsten bij de bevraagde organisaties of er in de periode 2010-2012 acties op het vlak van primaire preventie inzake PSR ondernomen werden. Aan de respondenten werd verduidelijkt dat deze vraagstelling betrekking heeft op collectieve acties die beogen de oorzaken van PSR uit te schakelen of onder controle te houden. Deze acties kunnen worden gevoerd, hetzij als gevolg van een risicoanalyse, hetzij als gevolg van één of meerdere individuele schadegevallen. Indien naar aanleiding van een individueel geval structurele ingrepen uitgevoerd werden, worden deze ook beschouwd als preventieve acties.

Ook al werd de aanwezigheid van de problematiek erkend in de overgrote meerderheid van de bevraagde organisaties, het aandeel organisaties dat effectief tot actie overging, was eerder beperkt. Van de bevraagde organisaties[42] gaf 41,6% (n=47) aan dat in de periode 2010-2012 preventieve acties inzake PSR ondernomen werden. 58,4% (n=66) van de organisaties gaf aan in deze periode geen actie inzake PSR ondernomen te hebben.

42 Deze vraag werd beantwoord door 113 organisaties.

We stelden een verband vast tussen de sector en het al dan niet ondernemen van preventieve acties inzake PSR. Daar waar (slechts) een kwart van de organisaties behorend tot de overheid of de tertiaire sector aangaf acties inzake PSR ondernomen te hebben, bleek dit het geval in meer dan de helft van de organisaties behorend tot de secundaire of quartaire sector. We zagen ook dat organisaties met minder dan 50 werknemers minder vaak acties inzake PSR ondernamen dan grotere organisaties maar deze verschillen bleken niet statistisch significant.

Van de organisaties (n=18) die aangaven dat PSR nu niet of nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie, hadden er drie gedurende de afgebakende periode preventieve actie(s) ondernomen. Van de organisaties (n=95) die te kennen gaven dat PSR wel voorkomt in de organisatie, had iets minder dan de helft (n=44) actie ondernomen tijdens de bevraagde periode.

5.6.3.1 Waarom werd geen actie ondernomen?

Zoals gesteld ondernam 58,4% (n=66) van de bevraagde organisaties (n=113) geen acties rond PSR tussen 2010-2012. We polsten naar de voornaamste reden hiervoor. De belangrijkste redenen waren dat er andere prioriteiten in de organisatie gesteld werden of dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden. Tabel 5.15 toont naar verwachting wel een duidelijk verschil tussen organisaties die erkenden dat PSR voorkomen en organisaties die stellen dat PSR niet (meer) voorkomen in hun organisatie; de belangrijkste reden om geen actie te ondernemen binnen deze laatste categorie was dat men het onnodig vond om actie te ondernemen of dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden.

Tabel 5.15 Waarom werden er in de periode 2010-2012 geen acties ondernomen inzake PSR? (hoofdreden, slechts één antwoord mogelijk)

Redenen waarom geen actie ondernomen werd	Organisaties waar PSR voorkomt	Organisaties waar PSR niet (meer) voorkomt	Totaal
Wij vonden het onnodig om actie te ondernemen	4	6	10
Gebrek aan middelen	2	0	2
Gebrek aan tijd	6	1	7
Andere prioriteiten	21	1	22
Het was ons niet duidelijk welke acties nog konden ondernomen worden	10	3	13
Werknemers of hun vertegenwoordigers waren weigerachtig ten aanzien van verdere acties	1	1	2
Andere	7	3	10
TOTAAL	**51**	**15**	**66**

Wel zien we verschillen (maar de aantallen zijn te klein om de statistische significantie van deze verschillen te kunnen toetsen) naar sector wat betreft de redenen om geen preventieve acties inzake PSR te ondernemen. De meest aangehaalde reden bij overheidsbedrijven die geen acties ondernomen hebben, was dat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden. Organisaties uit de tertiaire, quartaire en secundaire sector die geen acties ondernomen hadden, gaven dan weer vaker als reden op dat er andere prioriteiten gesteld werden.

5.6.3.2 Indien wel acties, welke acties?

We legden aan het beperkt aantal respondenten dat te kennen gaf acties inzake PSR ondernomen te hebben (n=47) de verschillende interventiecategorieën, zoals afgelijnd in het kader van dit onder-

zoek, voor. We vroegen hen aan te geven welke preventieve acties inzake PSR er ondernomen werden (periode 2010-2012). Tabel 5.16 geeft per interventiecategorie het aandeel organisaties weer dat melding maakt van minimaal één actie.

Tabel 5.16 Primaire preventie PSR: aandeel organisaties dat minimaal 1 actie ondernam (periode 2010-2012), per interventiecategorie

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld	Aantal (en %)* organisaties dat minimum 1 actie in deze categorie ondernam (n=47)
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	In een landschapsbureau werkposten voorzien die toelaten om zich af te zonderen voor hoor het uitvoeren van bepaalde taken (bv. opdrachten die veel concentratie vereisen)	14 (29,8)
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	Overschakelen op kantooruren voor alleen werkende vrouwelijke schoonmakers	7 (14,9)
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	Opleidingen van de hiërarchische lijn inzake het toepassen van participatieve managementstijlen, mits georganiseerd in het kader van PSR	17 (36,2)
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	Taakverruiming of –verbreding in het kader van het beperken van de psychosociale belasting	10 (21,3)
	1.5 Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR	17 (36,2)
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering/ bewustmaking	Verspreiding van affiches,	19 (41,3)
	2.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	3 (6,4)
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde stressbeheersingssessies	9 (19,1)
	2.4 Voorkomen PTSS	Ondersteuning van slachtoffers van een schokkende gebeurtenis	21 (44,7)
	2.5 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	14 (29,8)
	2.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten,	29 (61,7)
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	Invoeren van een procedure voor de aanpak van alcoholmisbruik	19 (40,4)

* Ook al gaat het om kleine aantallen, het toevoegen van de percentages kan de leesbaarheid van de tabel vergroten.

Nogmaals, ook al werd de problematiek onderkend in de overgrote meerderheid van de bevraagde organisaties, het aandeel organisaties dat effectief tot actie overging was eerder beperkt. De tabel toont dat de meest voorkomende (te lezen als: het grootste aandeel organisaties paste een actie binnen deze categorie toe) interventiecategorie inzake preventie van PSR betrekking heeft op het *organiseren van opleidingen* (bv. informatieve opleidingssessies over het sederen van agressieve klanten). Daarnaast organiseerden een aantal organisaties ook *sensibiliserings- of bewustmakingsacties,* werden maatregelen genomen om *PTSS te voorkomen* en/of werden *benaderingen voor specifieke doelgroepen* ontwikkeld. Deze meest voorkomende acties bleken alle acties *gericht op het individu*. Andere interventies gericht op het individu kwamen minder (zoals cognitief-gedragsmatige acties of re-integratieproce-

dures) of amper (zoals relaxatietechnieken) aan bod. We kunnen stellen dat van de *op de organisatie gerichte interventies*, vnl. procedurele acties en acties die inwerken op de arbeidsverhoudingen en -omstandigheden aan bod komen en in mindere mate, acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden of arbeidsinhoud.

Ook al zijn de aantallen klein, we kijken toch of het gebruik van de meest voorkomende categorieën verschilt tussen sectoren (niet in tabel). Zo zien we dat *het aanbieden van opleidingen* vaker toegepast wordt in de bevraagde organisaties (die aangeven actie te ondernemen) uit de overheids- (5/6), tertiaire (6/6) en quartaire (14/20) sector dan in de secundaire (4/15) sector.

We stellen vast dat *sensibilisering en bewustmaking* daarentegen minder toegepast wordt in bevraagde organisaties uit de overheidssector (1/6) en de tertiaire sector (1/6) dan uit de secundaire (8/14) en quartaire (9/20) sector. *Maatregelen genomen om PTSS te voorkomen* blijken eerder beperkt voor te komen in de overheids- (2/6), de secundaire (5/15) en de tertiaire sector (2/6) maar blijken in de meerderheid van de organisaties uit de quartaire sector die overgaan tot actie, aan bod te komen (12/20). Benaderingen gericht op *bepaalde doelgroepen* ten slotte, blijken ook vaker ingericht te worden door organisaties (die tot actie overgaan) behorende tot de quartaire (10/20) en secundaire (7/15) sector dan tot de overheids- (1/6) en tertiaire sector (1/6).

5.6.3.3 Analyse van de belangrijkste acties inzake PSR

We vroegen aan de 47 respondenten die aangaven in de periode 2010-2012 acties inzake preventie van PSR ondernomen te hebben, om de drie meest belangrijke acties verder meer in detail te bespreken. 41 organisaties gingen over tot een bespreking van één of meerdere preventieve acties inzake PSR die ze ondernomen hadden. In totaal werden zo 94 acties meer in detail ontleed. We geven de voornaamste resultaten.

Wanneer de respondenten gevraagd werd om de drie belangrijkste acties meer in de diepte te bespreken (zie tabel 5.17 op de volgende pagina), zien we dat *opleidingen* nog steeds het meest aan bod komen. De vaakst vermelde interventies hadden daarnaast betrekking op *procedurele acties*, *voorkomen van PTTS* en *acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen*.

Tabel 5.17 De besproken acties per interventiecategorie - PSR

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal besproken acties
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	5
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	5
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	10
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	6
	1.5 Procedurele acties	11
SUBTOTAAL		37
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering/bewustmaking	8
	2.2 Relaxatietechnieken	1
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	3
	2.4 Voorkomen PTSS	10
	2.5 Re-integratieprocedures	6
	2.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	18
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	5
SUBTOTAAL		51
Andere		6
TOTAAL		94

5.6.3.4 Kenmerken van de belangrijkste acties inzake PSR

a) Van wie ging het eerste initiatief uit?

We gingen na van wie het initiatief van de besproken acties uitging en vatten dit samen in tabel 5.18.

Tabel 5.18 Van wie ging het initiatief tot deze actie uit? - PSR

	Aantal acties
Werkgever of directie	49
Interne preventiedienst	18
CPBW	14
Arbeidsgeneesheer	2
Preventieadviseur-psychosociale aspecten	0
Vertrouwenspersoon	0
Eén of meerdere werknemers of hun vertegenwoordiging	2
Arbeidsinspectie (toezicht op het welzijn op het werk)	0
Iemand anders(waaronder HRM)	8
TOTAAL	**93**

De resultaten tonen aan dat het initiatief tot het nemen van de besproken acties in meer dan de helft van de acties uitging van de directie of de werkgever. In één op vijf gevallen werd het initiatief genomen door de interne preventiedienst. Het CPBW nam in 14 van de 94 acties het initiatief. Het initiatief ging niet of minder vaak uit vanwege de vertrouwenspersoon, de preventieadviseur-psychosociale aspecten, de arbeidsinspectie, de arbeidsgeneesheer of vanuit de werknemers en hun vertegenwoordiging.

De beschikbare gegevens tonen geen grote verschillen naar sector. Wel zien we dat, zoals verwacht, enkel binnen de grotere ondernemingen het CPBW een belangrijkere rol opneemt als initiatief-nemer.[43]

b) Ging een specifieke risicoanalyse vooraf aan de actie?

Per actie gingen we na of er een specifieke risicoanalyse voorafgegaan was aan de actie. Dit bleek het geval in ongeveer één derde van de acties.

Tabel 5.19 Ging een specifieke risicoanalyse vooraf aan de actie? - PSR

	Aantal acties
Ja	35
Nee	58
TOTAAL	**93**

c) Op wie had de actie betrekking

Per actie werd gevraagd op wie de actie betrekking had. Het merendeel van de acties had betrekking op *zowel mannen als vrouwen* en op *zowel ouderen als jongeren*. Er bleek geen bepaalde actiecategorie die zich voornamelijk of exclusief richtte naar mannen of naar vrouwen, of naar ouderen of jongeren; het hier eventueel gemaakte onderscheid dient onzes inziens dus eerder gelinkt te worden aan de concrete bestaffing op de werkpost of het individu waarop de actie betrekking had. Opmerkelijk is toch wel het grote deel acties dat zich richt tot *bedienden*. We stellen vast dat er geen bepaalde actie-categorie was die zich exclusief richt tot (arbeiders of) bedienden. Maar we merken wel dat voor bedienden vaker acties ter voorkoming van PTTS, opleidingen, acties die inwerken op de arbeids-omstandigheden en procedurele acties worden voorzien dan voor arbeiders.

Opmerkelijk is dat de meeste acties ofwel betrekking hebben op één individu of een kleine groep, ofwel op (bijna) alle personeelsleden.

43 Het databestand liet niet toe om deze veschillen statistisch te toetsen. Aangezien het hier gaat om een veldverkenning willen we de observaties 'as such' toch meegeven.

Tabel 5.20 Op wie had de actie betrekking? - PSR

	Aantal acties
Vrouwen	13
Mannen	8
Zowel vrouwen als mannen	72
Jongeren	4
Ouderen	10
Zowel jongeren als ouderen	79
Arbeiders	7
Bedienden	51
Zowel arbeiders als bedienden	35
Één of enkele personen	22
Een beperkte groep (5% à 20% van het personeelsbestand)	19
Een grote minderheid (21% à 40% van het personeelsbestand)	5
Ongeveer de helft van het personeel (41% à 60%)	6
Een grote meerderheid (61% à 90%)	12
Iedereen of bijna iedereen (meer dan 90% van het personeel)	29
TOTAAL	**93**

d) Wie was betrokken bij de actie?

We gingen per actie na of *externen* betrokken werden voor de ondersteuning van de actie en indien dit het geval was, welke externen? In bijna twee op drie van de acties inzake PSR werden inderdaad externen betrokken bij de ondersteuning van de actie. Externen werden vnl. ingeroepen bij acties ter voorkoming van PTTS en opleidingen. Het ging hierbij voornamelijk om *andere deskundigen* buiten de onderneming en om de *EDPB* (waarvan de hulp van zowel de preventieadviseur-psychosociale aspecten als van de arbeidsgeneesheer werd ingeroepen).

Tabel 5.21 Werden externen betrokken voor de ondersteuning van de actie? - PSR

	Aantal acties
Nee	35
Ja	58
Welke externen? (meerdere antwoorden waren mogelijk)	
Externe preventiedienst: preventieadviseur-psychosociale aspecten	19
Externe preventiedienst: arbeidsgeneesheer	14
Andere deskundige van buiten de onderneming	30
Iemand van de arbeidsinspectie (toezicht op het welzijn van het werk)	0
TOTAAL	**93**

Daarnaast gingen we ook per actie na of de (uitvoerende) werknemers betrokken werden bij de analyse en het zoeken naar oplossingen. In ongeveer de helft van de acties bleek dit het geval, in de andere helft niet. Medewerkers werden vaker wel dan niet betrokken bij acties die inwerken op de arbeidsinhoud en arbeidsomstandigheden, bij re-integratieprocedures. Medewerkers werden minder vaak betrokken in sensibiliseringsacties.

Tabel 5.22 Werden de (uitvoerende) werknemers betrokken bij de analyse en het zoeken naar oplossingen? - PSR

	Aantal acties
Ja	48
Nee	45
TOTAAL	**93**

5.6.3.5 Gepercipieerde effectiviteit van de belangrijkste acties inzake PSR

Aan de respondenten die overgingen tot het bespreken van één of meerdere acties inzake PSR, werd gevraagd om de algemene effectiviteit van de actie te beoordelen. Volgende schaal werd daartoe gebruikt:

1. Contraproductief, de actie heeft de zaken verder bemoeilijkt
2. Geen of nauwelijks meetbaar effect
3. Beperkte effectiviteit, resultaat was bescheiden
4. Behoorlijk resultaat, redelijk tevreden
5. Positief resultaat, duidelijke verbetering van de zaken
6. Uitstekend resultaat, zeer tevreden over wat bereikt werd
7. Heb er geen zicht op, weet niet

Opmerkelijk in tabel 5.23 is de relatief grote gemiddelde tevredenheid met de effectiviteit van de ondernomen acties. Bovenstaande tabel toont dat geen enkele actie als contraproductief beschouwd wordt. Ongeveer één op vijf acties (n=19) wordt omschreven als acties met geen of een nauwelijks meetbaar effect, met een beperkte effectiviteit, een bescheiden resultaat. De respondenten oordelen van ongeveer één derde (n=35) van de omschreven acties dat zij een behoorlijk resultaat konden voorleggen, waarover men redelijk tevreden was. En in iets minder dan één derde van de acties (n=28) van de acties was er sprake van een positief resultaat met een duidelijke verbetering van de zaken, of zelfs een uitstekend resultaat waar men zeer tevreden over was. Opmerkelijk is dat men niet in staat was om de effectiviteit van ongeveer één op tien acties (n=11) te beoordelen.

Voor wat de op het individu gerichte interventies betreft, met in hoofdzaak opleidingsacties, acties ter voorkoming van PTTS en sensibilisering, zien we dat men over ongeveer twee op vijf acties (21/50) redelijk tevreden was, met een kwart van de acties (14/50) bereikte men zelfs een positief tot uitstekend resultaat. Over één vijfde van de acties (10/50) was men minder tevreden. Eén actie op tien kon men niet beoordelen. De weliswaar beperkte observaties tonen een gelijkaardig - en zelfs enigszins positiever plaatje - met betrekking tot de acties gericht op de organisatie. Over ongeveer één op vijf van deze acties (8/37) was men minder tevreden, over ongeveer twee op vijf acties was men redelijk tevreden (14/37) en met één derde van de acties bereikte men een positief tot uitstekend resultaat.

Tabel 5.23 Beoordeling van de algemene effectiviteit van de acties - PSR

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal besproken acties	Beoordeling van de effectiviteit*						
			1	2	3	4	5	6	7
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeids omstandigheden	5	0	0	0	2	3	0	0
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	5	0	0	2	1	1	0	1
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	10	0	1	0	4	3	1	1
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	6	0	1	0	2	1	1	1
	1.5 Procedurele acties	11	0	0	4	5	1	1	0
SUBTOTAAL		37	0	2	6	14	9	3	3
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering bewustmaking	8	0	0	2	4	1	0	1
	2.2 Relaxatie-technieken	1	0	0	0	1	0	0	0
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	3	0	0	0	1	0	0	2
	2.4 Voorkomen PTSS	10	0	1	1	6	0	2	0
	2.5 Re-integratieprocedures	5	0	0	1	1	1	1	1
	2.6 Opleidingen: kennisoverdracht aanleren van vaardigheden	18	0	0	3	6	9	0	0
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	5	0	1	1	2	0	0	1
SUBTOTAAL		50	0	2	8	21	11	3	5
Andere		6	0	0	1	0	2	0	3
ALGEMEEN TOTAAL		**93**	**0**	**4**	**15**	**35**	**22**	**6**	**11**

* De beoordeling van de effectiviteit gebeurde voor 93 van de 94 gerapporteerde acties.

5.6.3.6 Redenen van succes of falen van de acties?

We polsten bij de respondenten naar de belangrijkste redenen van succes of falen van de verschillende acties. Per actie kon de respondent de drie voornaamste redenen aanduiden.

Tabel 5.24 De belangrijkste redenen van niet of niet helemaal lukken van de actie.

Waarom de actie niet (of niet helemaal) lukte (aantal minder gelukte acties=19)	PSR
De actie genoot niet de volle steun van directie of hoger kader	1
De actie genoot niet de volle steun van het lager kader/eerstelijnssupervisie	1
De actie genoot niet de volle steun van de medewerkers	5
De actie genoot niet de volle steun van de werknemersafgevaardigden	0
Het ging om een punctuele actie die niet was ingekaderd in een globaal beleid	4
De middelen (tijd, geld) waren ontoereikend	3
De actie zelf was slecht gedefinieerd of werd onvoldoende van kortbij aangestuurd	3
De actie werd op een ongunstig ogenblik doorgevoerd	1

De belangrijkste reden waarom de beschouwde actie niet het verhoopte resultaat bereikte, was volgens de respondenten het gegeven dat de actie *niet de volle steun van de medewerkers* genoot. Ook het feit dat het ging om een *punctuele actie die niet ingekaderd was in een globaal preventiebeleid*, bleek van belang.

Voor de acties waarvan de respondent aangaf wel redelijk tot zeer tevreden te zijn over het bereikte resultaat, vroegen we aan de respondenten om de belangrijkste redenen voor succes van de acties aan te geven (max. de drie voornaamste redenen).

Tabel 5.25 De belangrijkste redenen waarom de actie lukte.

Waarom de actie lukte (aantal gelukte acties=63)	PSR
De actie genoot de volle steun van directie of hoger kader	40
De actie genoot de volle steun van het lager kader/eerstelijnssupervisie	17
De actie genoot de volle steun van de medewerkers	34
De actie genoot de volle steun van de werknemersafgevaardigden	7
De actie was goed ingekaderd in een globaal beleid	26
De middelen (tijd, geld) waren toereikend	20
De actie zelf was goed gedefinieerd of werd van kortbij aangestuurd	15
De actie werd op een gunstig ogenblik doorgevoerd	4

Opnieuw zien we de belangrijke rol die toegekend wordt aan *de betrokkenheid en steun van de medewerkers*. Maar daarnaast blijkt vooral de *volle steun van de directie/hoger kader* voor het merendeel van de geslaagde acties van belang. Het gegeven dat de actie gekaderd is *binnen een globaal beleid* en het kunnen beschikken over de nodige *middelen* om de actie tot een goed einde te kunnen brengen (geld, tijd) bleken bijkomende belangrijke factoren.

5.6.3.7 Gepercipieerd belang van de belangrijkste acties inzake PSR

Aan de respondenten die overgingen tot het bespreken van één of meerdere acties inzake PSR, werd gevraagd om het belang van de actie voor de betrokken medewerkers te beoordelen.

Volgende schaal werd toegepast:
1. Zeer belangrijk
2. Enigszins belangrijk
3. Weinig belangrijk

We stelden vast dat iets meer dan de helft van de acties als zeer belangrijk voor de betrokken medewerkers beoordeeld werd (50/93), ongeveer twee op vijf acties (39/93) werden beoordeeld als zijnde van enigszins belang, en 4 van de 93 acties hadden weinig belang voor de betrokken werknemers. We stelden geen algemene verschillen vast tussen interventies gericht op het individu of gericht op de arbeidsorganisatie. Wel werden acties ter voorkoming van PTTS en acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden vaker als zeer belangrijk voor de betrokken werknemers ervaren.

Tabel 5.26 Gepercipieerd belang van de acties inzake PSR

Hoofdcategorie	Subcategorie	Aantal besproken acties	Belang van de actie voor de betrokken personeelsleden		
			1	2	3
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	5	4	1	0
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	5	1	4	0
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	10	5	4	1
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	6	4	2	0
	1.5 Procedurele acties	11	6	5	0
SUBTOTAAL		37	20	16	1
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering en bewustmaking	8	3	4	1
	2.2 Relaxatietechnieken	1	0	1	0
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	3	2	1	0
	2.4 Voorkomen van PTSS	10	6	3	1
	2.5 Re-integratie-procedures	5	3	2	0
	2.6 Opleidingen: kennis overdracht aanleren van vaardigheden	18	8	9	1
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	5	2	3	0
SUBTOTAAL		50	24	23	3
Andere		6	6	0	0
ALGEMEEN TOTAAL		**93**	**50**	**39**	**4**

* De beoordeling van de belangrijkheid gebeurde voor 93 van de 94 gerapporteerde acties.

5.7 Op een rij

Op basis van deze verkennende bevraging bij 140 organisaties kunnen we toch enkele opmerkelijke vaststellingen formuleren.

30,4% (n=42) van de organisaties[44] gaf aan dat MSA niet of nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie, in 69,6% van de organisaties (n=96) kwam MSA wel voor. PSR bleken daarentegen meer wijdverspreid: slechts 15,9% (n=18) van de organisaties[45] gaf aan dat PSR en stress niet of

44 Deze vraag werd beantwoord door 138 organisaties.

45 Deze vraag werd beantwoord door 113 organisaties.

nauwelijks (meer) voorkomen in hun organisatie, 84,1% van de organisaties (n=95) gaf dus aan dat er wel PSR en stress voorkomen in hun organisatie.

Ook al bleken PSR en stress vaker voor te komen dan MSA, toch bleek dat er minder vaak acties inzake preventie van PSR en stress gevoerd werden dan inzake preventie van MSA. Van de bevraagde organisaties[46] gaf 62,3% aan dat in de periode 2010-2012 preventieve acties inzake MSA ondernomen werden. Minder dan de helft (41,6%) van de bevraagde organisaties[47] gaf aan dat in deze periode preventieve acties inzake PSR ondernomen werden.

Indien geen actie ondernomen werd, was dit zowel voor MSA als voor PSR meestal omdat er andere prioriteiten in de organisatie gesteld werden of omdat het niet duidelijk was welke acties nog konden ondernomen worden.

We polsten binnen de organisaties die acties hadden ondernomen, naar de aard van de verschillende acties die aangewend werden in de organisaties. Zo bleek dat inzake preventie van MSA de meest voorkomende (te lezen als: het grootste aandeel organisaties paste een actie binnen deze categorie toe) interventiecategorie betrekking heeft op *het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning* (bv. voorzien van geschikte kantoorstoelen afgestemd op de werkvereisten). Daarnaast investeert drie vierde van de organisaties in het *sensibiliseren en bewustmaken* van hun personeel (bv. door het ophangen van affiches en verspreiden van brochures). Iets minder dan twee op drie organisaties onderneemt acties die inwerken op de *vormgeving van de arbeidspost* (bv. het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...). En iets meer dan de helft van de organisaties gaf *opleidingen* met betrekking tot het gebruik van technieken (bv. opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen). Acties in het kader van de andere interventie-categorieën kwamen in mindere mate aan bod in de bevraagde organisaties. De meest voor-komende (te lezen als: het grootste aandeel organisaties paste een actie binnen deze categorie toe) interventiecategorie inzake preventie van PSR heeft betrekking op het *organiseren van opleidingen* (bv. informatieve opleidingssessies over het sederen van agressieve klanten). Daarnaast organiseerden een aantal organisaties ook *sensibiliserings- of bewustmakingsacties,* werden maatregelen genomen om *PTSS te voorkomen* en/of werden *benaderingen voor specifieke doelgroepen* ontwikkeld. Deze meest voor-komende acties bleken alle acties *gericht op het individu*. Andere interventies gericht op het individu kwamen minder (zoals cognitief-gedragsmatige acties of re-integratieprocedures) of amper (zoals relaxatietechnieken) aan bod. We kunnen stellen dat van de *op de organisatie gerichte interventies*, vnl. procedurele acties en acties die inwerken op de arbeidsverhoudingen en -omstandigheden aan bod komen.

We gingen na van wie het initiatief van de besproken acties uitging. De resultaten tonen aan dat het initiatief tot het nemen van de besproken acties inzage preventie van MSA vnl. uitgingen van de interne preventiedienst of van de directie/werkgever. Preventieve acties met betrekking tot PSR werden meestal ondernomen op initiatief van de directie of de werkgever en in mindere mate door de interne preventiedienst of het CPBW.

Ook gingen we per actie na of *externen* betrokken werden voor de ondersteuning van de actie en indien dit het geval was, welke externen? In iets minder dan de helft van de acties inzake preventie van MSA werden externen betrokken bij de ondersteuning van de actie. Het ging hierbij voornamelijk om de EDPB (waarvan de hulp van zowel de preventieadviseur-ergonoom als van de arbeidsgeneesheer werd ingeroepen) en andere deskundigen van buiten de onderneming. De ondersteu-

46 Deze vraag werd beantwoord door 138 organisaties.

47 Deze vraag werd beantwoord door 113 organisaties.

ning van *andere externe deskundigen* werd vnl. ingeroepen bij opleidingen inzake het gebruik van tiltechnieken en aanverwante. In bijna twee op drie van de acties inzake PSR werden ook externen betrokken bij de ondersteuning van de actie. Externen werden vnl. ingeroepen bij acties ter voorkoming van PTTS en opleidingen. Het ging hierbij voornamelijk om *andere deskundigen* buiten de onderneming en om de *EDPB* (waarvan de hulp van zowel de preventieadviseur-psychosociale aspecten als van de arbeidsgeneesheer werd ingeroepen).

Opmerkelijk is de relatief grote gemiddelde tevredenheid met de effectiviteit van de ondernomen acties, zowel de acties inzake MSA als de acties inzake PSR. Geen enkele actie wordt als contraproductief beschouwd. Dit stemt overeen met de resultaten van de literatuurstudie uit de hoofdstukken 2 en 3.

Wat MSA betreft wordt slechts een kleine minderheid (13,4%) van de acties omschreven als acties met geen of een nauwelijks, meetbaar effect, met een beperkte effectiviteit, een bescheiden resultaat. De respondenten oordelen van 37,8% van de omschreven acties dat zij een behoorlijk resultaat konden voorleggen, waarover men redelijk tevreden was. In 44,1% van de acties was er zelfs sprake van een positief resultaat met een duidelijke verbetering van de zaken, of zelfs een uitstekend resultaat waar men zeer tevreden over was. In 4,6% van de acties oordeelde men het niet mogelijk om de effectiviteit van de actie te beoordelen. Hierbij bleek men gemiddeld genomen vaker tevreden over de resultaten van de interventies gericht op de arbeidspost of op de arbeidsorganisatie dan van de interventies gericht op het individu.

Wat PSR betreft, wordt ongeveer één op vijf acties omschreven als acties met geen of een nauwelijks, meetbaar effect (met een beperkte effectiviteit, een bescheiden resultaat). De respondenten oordelen van ongeveer één derde van de omschreven acties dat zij een behoorlijk resultaat konden voorleggen (waarover men redelijk tevreden was). En in iets minder dan één derde van de acties was er sprake van een positief resultaat met een duidelijke verbetering van de zaken, of zelfs een uitstekend resultaat waar men zeer tevreden over was. Opmerkelijk is dat men niet in staat was om de effectiviteit van ongeveer één op tien acties te beoordelen. Wanneer we een onderscheid maken tussen de verschillende grote interventiecategorieën, zien we dat, hoewel minder toegepast, men globaal genomen vaker tevreden was over de acties die gericht zijn op de organisatie dan over de acties gericht op het individu.

Ten slotte werd ook gepolst naar de redenen van succes of van falen van de ondernomen acties. Uit de resultaten bleek dat de belangrijkste reden waarom de beschouwde actie niet het verhoopte resultaat bereikte, volgens de respondenten het gegeven was dat de actie *niet de volle steun van de medewerkers* genoot. Ook het feit dat het ging om een *punctuele actie die niet ingekaderd was in een globaal preventiebeleid* bleek van belang. Dit gold zowel voor acties inzake PSR en MSA.

Ook als belangrijke succesfactor kwam opnieuw de belangrijke rol die toegekend wordt aan *de betrokkenheid en steun van de medewerkers* naar voor. Daarnaast blijkt ook de *volle steun van de directie/hoger kader* voor het merendeel van de geslaagde acties van belang. Het gegeven dat de actie gekaderd is *binnen een globaal beleid* en het kunnen beschikken over de nodige *middelen* om de actie tot een goed einde te kunnen brengen (geld, tijd), bleken bijkomende belangrijke factoren.

6 | Het onderzoek van de gevallenstudies

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven, bevatte de derde en laatste onderzoeksfase een aantal gevallenstudies waarbij 24 ondernemingen worden bezocht om meer in detail te gegevens te verzamelen over de aard, de voorgeschiedenis, het succes (of het gebrek eraan) en de remmende/stimulerende factoren hierin, van interventies ter bestrijding van MSA en PSR. Deze interventies moesten gekozen worden uit de drie meest voorkomende interventiecategorieën binnen beide welzijnsdomeinen en een zo gespreid mogelijke staalkaart van ondernemingen omvatten (op het vlak van grootte, activiteitssector en ligging).

Hiertoe werden de volgende stappen doorlopen:
1. het ontwerpen van een interviewschema, waarbij gekozen werd voor een semigestructureerde benadering. Om de thematiek in zijn breedte te capteren werd een korte bijkomende literatuurstudie uitgevoerd, op basis waarvan een uitgeschreven interviewschema werd opgesteld (zie 6.1);
2. de selectie van de belangrijkste interventiecategorieën (zie 6.2);
3. de selectie van de ondernemingen (zie 6.3);
4. het uitvoeren van de 24 gevallenstudies, het verwerken en het rapporteren hiervan (zie 6.4 en 6.5);
5. het formuleren van een synthese van de belangrijkste vaststellingen (zie 6.6);
6. het herwerken van het ontwerp interviewschema op basis van de ervaringen uit de 24 gevallenstudies (zie bijlage 7 voor de Nederlandstalige versie, bijlage 8 voor de Franstalige versie).

6.1 Korte literatuurstudie

6.1.1 Een theoretisch model voor de evaluatie van organisatorische interventies

Om te vermijden dat de gevallenstudies, voorzien in fase 3 van de onderzoeksopzet, neerkomen op een louter *narrative*, is het belangrijk om het interviewschema te baseren op een onderliggend theoretisch model ter beoordeling van interventies in ondernemingen op het organisatorische vlak. Hiervoor werd een conceptueel model dat ontwikkeld werd door Nielsen en Randall (2012) gebruikt, in de eerste plaats omdat dit, in het verlengde van de onderzoeksopdracht, erg veel aandacht schenkt aan remmende en bevorderende factoren. Dit concept steunt op de basisoverweging dat mechanismen die bepalen waarom organisationele interventies die zich richten op de bevordering van de gezondheid van de werknemers al dan niet succesvol zijn, steeds moeten gesitueerd worden in de globale context van de onderneming: "These interventions require changes to complex social systems and may be met with much resistance and have unintended side-effects".

Vermelde onderzoekers stellen voor om de factoren die een impact hebben op de resultaten van een *organisational-level occupational health intervention* onder te verdelen in drie hoofdcategorieën:
1. de opzet en de implementatie van de interventie;
2. de context waarbinnen de interventie plaatsvond;

3. de 'mentale modellen' van de bij de interventie betrokken personen.

Binnen elk hoofdthema kunnen dan een aantal specifieke vragen worden geïdentificeerd die een zicht kunnen geven op de factoren die de resultaten van de interventie beïnvloeden. Deze vragen worden in het onderstaande kort omschreven.

6.1.1.1 De opzet en de implementatie van de interventie

- Wie initieerde de interventie? Dit is belangrijk om in een later fase onder meer het oordeel vanwege de verschillende betrokken partijen over het succes van de acties te kunnen kaderen.
- Om welke redenen werd besloten tot de interventie? Op deze belangrijke vraag wordt enigszins dieper ingegaan in paragraaf 6.1.2.
- Was de interventie goed gefocust op de specifieke problematiek? Hier blijken de auteurs in hoofdzaak te verstaan: lag een risicoanalyse aan de basis van de interventie, waardoor deze laatste toegesneden is op de concrete organisationele context van de onderneming of de werkeenheid? Ook wordt hieronder verstaan dat de interventie kadert in een gestructureerd actieplan waarin middelen en verantwoordelijkheden toegewezen worden en duidelijke doelstellingen worden vastgelegd.
- Werd de doelgroep bereikt? Deze vraag moet mogelijke discrepanties aantonen tussen de opzet en de uitvoering van de interventie. Specifieke vragen die in dit kader gesteld kunnen worden, zijn: welke aspecten van de interventie mondden uit in aanwijsbare veranderingen van de situatie? voor wie was dit het geval? hebben bepaalde groepen werknemers zich onttrokken aan de interventie?
- Welke partijen hebben een reële impact gehad in het tot stand komen van de verandering?
- In welke mate was er sprake van een participatieve benadering? Hier kunnen diverse modaliteiten van betrokkenheid van de werknemer onderscheiden worden: formeel of informeel? rechtstreeks of onrechtstreeks (d.w.z. via syndicale afgevaardigden)? voor het geheel van de interventie of uitsluitend voor bepaalde onderdelen?
- Wat was de rol van de werkgever (al dan niet via het hoger management)?
- Wat was de rol van het middenkader en de eerstelijnsleidinggevenden?
- In welke mate werden externe consultants betrokken bij de interventie?
- Hoe verliep de informatiedoorstroming? Deze vraag peilt naar de mate waarin de betrokkenen zelf op voorhand over het project werden geïnformeerd, de resultaten van de risicoanalyse teruggekoppeld werden en de betrokkenen op de hoogte werden gehouden van het verloop van de interventie.

6.1.1.2 De context waarin de interventie plaatsvond

- De algemene context, verwijzend naar de mate waarin de interventies pasten in de cultuur van de onderneming en de acties ingekaderd zijn in de arbeidsvoorwaarden en –omstandigheden van de groep waarin de interventie werd doorgevoerd.
- De specifieke context, die betrekking heeft op gebeurtenissen die voorvielen binnen en buiten de onderneming (herstructureringen, economische laagconjunctuur) in de loop van de interventie.

6.1.1.3 De invloed van mentale modellen

De belangrijkste vraag die zich hier stelt, is volgens de onderzoekers Nielsen en Randall: "What is the role of participants' mental models in determining their response to the intervention?". Er wordt dan onder meer gewezen op het feit dat werknemers, leidinggevenden en andere betrokkenen, uiteenlopende en mogelijkerwijze conflicterende agenda's hanteren, dat managers interventies verkiezen die zich richten op het individuele gedrag van de werknemer (waardoor structurele hervormingen buiten schot blijven), dat negatieve ervaringen met vroegere interventies een blijvende weerstand tegen verandering kunnen creëren en dat verschillen in rolverwachtingen kunnen opdui-

ken (een consultant kan bv. van mening zijn dat de belangrijkste succesfactor van een interventie erin bestaat dat managers meer verantwoordelijkheid opnemen, terwijl werknemers vooral meer inspraak en zeggenschap wensen). In essentie komt het er dus op neer na te gaan of de verschillende deelnemende partijen verwante mentale modellen hanteren.

6.1.2 Peilen naar het waarom van de actie

Een belangrijk onderdeel van de gevallenstudies bestaat erin een zicht te krijgen op de redenen waarom ondernemingen overgingen tot acties ter bestrijding van MSA en PSR.

In het kader van een onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de Sociaal-Economische Raad Vlaanderen, werd bij een relatief beperkt aantal ondernemingen gepeild naar de aanleidingen om PSR aan te pakken. De auteur komt daarbij tot een lijstje van bepalende factoren. Hij benoemt deze als volgt (Delagrange, 2013):

a) Een brede visie op het personeelsbeleid

In een aantal ondernemingen (meestendeels grotere) maakt het welzijnsbeleid een belangrijk onderdeel uit van de algemene strategie en wordt het gezien als een ondersteunend element bij het bevorderen van de gewenste bedrijfscultuur. Ook kleinere ondernemingen zouden zich deze invalshoek meer en meer eigen maken.

b) Verloop en ziekteverzuim

Een toename van deze fenomenen is voor veel werkgevers het eerste signaal dat er iets schort. Een uit de hand lopend verloop en absenteïsme bedreigen immers het voortbestaan van de onderneming. Een citaat uit het verslag: "Er wordt dan een tevredenheidsenquête gehouden, onder begeleiding van een consultant, waarna verbetermaatregelen worden genomen die vaak neerkomen op wat wij aanzien als maatregelen tegen werkstress".

c) Leeftijdsbewust personeelsbeleid

Tengevolge van de door de overheid betrachte stijging van de leeftijd waarop werknemers met pensioen gaan, zullen ondernemingen, voor het eerst sinds meerdere tientallen jaren, terug te maken krijgen met grote groepen werknemers boven de 50 jaar. Een aanpak van deze specifieke problematiek blijkt ook te leiden tot een politiek inzake stresspreventie. Dit is enigszins verwonderlijk, omdat onderzoeksresultaten geen duidelijk antwoord geven op de vraag of oudere werknemers nu al dan niet meer te lijden hebben van stress. De meest courante interpretatie lijkt te zijn dat oudere werknemers een wat hogere stressgevoeligheid zouden hebben, maar beter met deze psychosociale belasting kunnen omgaan.

d) Ondernemingen waar veel hooggeschoold personeel werkt

Wanneer het gaat om profielen die schaars zijn op de arbeidsmarkt, zoals kenniswerkers, blijkt dit te leiden tot meer aandacht voor het psychosociaal welzijn. De bezorgdheid gaat dan niet zozeer over de emotionele belasting op zichzelf, als wel om de impact van stress op de intellectuele prestaties, die verondersteld wordt belangrijker te zijn dan de impact er van op uitvoerende arbeid.

e) Concrete probleemgevallen

Een toename van incidenten op het vlak van ongewenst grensoverschrijdend gedrag (een verzamelnaam voor pesten ongewenst seksueel gedrag en geweld op het werk) kan een signaal zijn dat er een structureel probleem op het vlak van psychosociale risico's bestaat. Een ernstig incident op dit vlak blijkt in de praktijk aanleiding te geven tot een meer gestructureerde aanpak van de problematiek van de psychosociale belasting in het algemeen, en OGGW in het bijzonder.

f) Andere motieven

En, zoals dit in de meeste onderzoeken het geval is, blijft er nog een restcategorie over van diverse aanleidingen. Zo kan een onderneming geconfronteerd worden met stressbevorderende ontwikkelingen, zoals de commercialisering van nieuwe producten, de noodzaak om kwaliteitsproblemen weg te werken of een vergaande herstructurering.

De indeling in deze hoofdcategorieën lijkt evenzeer als blauwdruk te kunnen functioneren voor de ergonomische problematiek, waarbij dan bijvoorbeeld categorie d) van hierboven kan worden geherformuleerd als 'specifieke problematiek voor bepaalde personeelsgroepen', zoals bijvoorbeeld het verpleegkundig personeel uit zorginstellingen of leerkrachten uit het kleuteronderwijs.

In dit verband kan aangehaald worden (Egan et al., 2007) dat organisatorische interventies die worden geïnitieerd om redenen van performantie een adverse impact blijken te hebben op de gezondheid en het welbevinden van de werknemers, terwijl interventies waarvan de rationale precies een verbetering van de gezondheid en het welbevinden beoogde, daadwerkelijk hierop een positief effect hebben.

6.1.3 Peilen naar het effect van de interventie

Op diverse plaatsen in deze tekst werd reeds aangehaald dat interventies ter bestrijding van MSA en PSR zelden worden afgesloten met een formele peiling naar het effect ervan, en waar dit wel gebeurde, is het moeilijk om vast te stellen waarom en hoe sommige acties succes kenden en andere minder. Effecten van interventies hangen sterk af van de implementatiemodaliteiten en van de globale setting waarin zij worden doorgevoerd (Lipsey, 1996). Bovendien duiken vaak ongewenste neveneffecten op die pas op een langere termijn duidelijk worden: "These interventions require changes to complex social systems and may be met with much resistance and have unintended side-effects" (Semmer, 2008). Vandaar het belang om bij de bevragingen uit deze fase 3 van het onderzoek, zoveel mogelijk parameters mee te nemen (zie ook 6.1.1).

In het bestek van onderhavig onderzoek zal in de beschouwde gevallenstudies slechts op kwalitatieve wijze de toegevoegde waarde van een bepaalde interventie kunnen worden ingeschat. Om scheeftrekkingen en eenzijdige beoordelingen zoveel mogelijk te vermijden, werd daarom besloten om het effect van een bepaalde interventie af te tasten bij zowel de initiatiefnemers/uitvoerders/consultants (in vele gevallen een interne of externe preventieadviseurs), de rechtstreeks betrokkenen (de werknemers behorende tot de doelgroep van de interventie en waar mogelijk ook één of meerdere van hun afgevaardigden) en leden van de hiërarchische lijn.

6.1.4 De ontwikkeling van het vragenschema

Op basis van de tot dan toe uitgevoerde onderzoekshandelingen en de hierboven besproken beknopte literatuurstudie werd een vragenschema opgesteld, waarbij werd uitgegaan van een semi-gestructureerde vraagstelling. Op basis hiervan werden drie deelvragenschema's opgesteld:

- één voor de gesprekken met de experten (medewerkers van de interne preventiedienst, waar mogelijk aangevuld met betrokkenen van de externe preventiedienst en deskundigen van binnen of buiten de onderneming die instonden voor de realisatie van de interventie);
- één voor de gesprekken met enkele vertegenwoordigers van het leidinggevend kader, bij voorkeur minstens de eerstelijnsverantwoordelijke in wiens werkeenheid de interventie plaatsvond, waar mogelijk aangevuld met één of meerdere hogere leidinggevenden of stafmedewerkers, bijvoorbeeld werkzaam in de dienst HRM;

- één voor de gesprekken met enkele rechtstreeks betrokken werknemers, waar mogelijk aangevuld met één of meerdere werknemersafgevaardigden.

Een belangrijk element in deze vragenlijst, conform de onderzoeksopzet, was de nadrukkelijke peiling naar de subjectieve perceptie van de doelgerichtheid van de interventie. Hiervoor werd volgende score gebruikt:

Tabel 6.1 Subjectieve indruk van de effectiviteit van de interventie: standaard score

Score	Betekenis
1	Contraproductief
2	Geen of nauwelijks effect
3	Beperkt effect
4	Aanvaardbaar resultaat
5	Goed resultaat
6	Uitstekend resultaat

Na de beëindiging van de 24 gevallenstudies werd het vragenschema grondig herbekeken op basis van de ervaringen. De herwerking leidde tot een aangepast voorstel van vragenschema dat kan worden beschouwd als één van de belangrijkste onderzoeksresultaten van deze studie. De Nederlandstalige versie wordt, zoals eerder gesteld, weergegeven in bijlage 7, de Franstalige kan worden teruggevonden in bijlage 8.

6.2 De selectie van de belangrijkste interventiecategorieën[48]

In eerste instantie werd een eerste selectie uitgevoerd van zes mogelijkerwijze te weerhouden interventiecategorieën per deelgebied. Hierbij werd uitgegaan van de volgende basiscriteria:

- er werd gekozen voor een bepaalde spreiding van de te weerhouden interventiecategorieën over de twee grote hoofdklassen (persoonsgerichte versus structureel georiënteerde tussenkomsten);
- daarnaast werd als belangrijk criterium aangehouden, de 'frequentie van aanwending in ondernemingen'. In de hypothese dat de frequentie van aanwending een belangrijk criterium vormt, moet gepreciseerd worden dat gezocht werd naar de meest frequent voorkomende interventiecategorieën in ondernemingen. Dit stemt niet noodzakelijkerwijze overeen met de meest frequent gepresteerde interventies door de externe preventiediensten: deze laatste richten zich in de eerste plaats, conform het reglementaire kader, op risicoanalyses - doch deze activiteiten werden uitgesloten als een op zichzelf staande interventiecategorie. Toch bleek uit de tijdsbesteding van de betrokken werkeenheden van deze externe preventiediensten (een item uit de formele bevraging van de externe diensten, fase 1 van het onderzoek) dat opleidingen, zowel in het kader van de bestrijding van PSR als van MSA, door ondernemingen erg frequent worden georganiseerd. Het lijkt dus onvermijdelijk deze te weerhouden als een belangrijke interventiecategorie voor fase 3 van het onderzoek;
- bij de voorselectie kon geen rekening gehouden worden met de veronderstelde toegevoegde waarde van bepaalde actietypes. Uit de literatuurstudie die voorafging aan fase 1 van het onderzoek blijkt dat een rangordening op basis van effectiviteit een wetenschappelijke onderbouwing ontbeert.

48 In tegenstelling tot de originele onderzoeksopzet, kon niet worden gewacht tot het afwerken van fase 2 (de bevraging van een steekproef van ondernemingen door middel van een gesloten vragenlijst) om de meest voorkomende interventiecategorieën inzake MSA en PSR vast te leggen.

Bij de voorselectie werd ook rekening gehouden met een zekere evolutie der geesten. Zowel uit de literatuur als op basis van de gesprekken met preventieadviseurs-psychosociale aspecten lijkt bijvoorbeeld het organiseren van relaxatiesessies en het individueel aanleren van stressbeheersingstechnieken hun beste tijd gehad te hebben. Er wordt dus voorgesteld alvast deze interventiecategorieën niet mee te nemen in de gevallenstudies.

Op deze wijze werd een voorstel van top-6 van interventiecategorieën uitgewerkt, met reeds een eerste aanduiding van wat de 3 te weerhouden categorieën zouden kunnen zijn. Dit lijstje werd voorgelegd aan verschillende mensen uit het terrein, namelijk interne en externe preventieadviseurs uit de twee betreffende vakgebieden met een ruime beroepservaring. De verschillende reacties leidden tot een herformulering van de verduidelijkingen gevoegd bij sommige interventiecategorieën en het schrappen, voor wat betreft het vakgebied psychosociale aspecten, van tussenkomsten in het kader van het posttraumatisch stresssyndroom ten voordele van opleidingen (te begrijpen als kennisoverdracht en het aanleren van vaardigheden). Tevens werd ook rekening gehouden met de resultaten van een kort daarvoor verschenen gevallenstudie met betrekking tot interventies op het vlak van stressbeheersing in Vlaamse ondernemingen (Delagrange, 2013). Op basis hiervan hebben we dan een selectie gemaakt van de top 3 per vakgebied. Dit leidde tot een volgend voorstel van te hanteren interventiecategorieën voor deze fase van het onderzoek (tabellen 6.2 en 6.3).

Tabel 6.2 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van PSR voor Fase 3 van het onderzoek

Categorie	Voorbeeld
1. Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR, vastleggen van een procedure inzake melding van een OGGW-incident, het uitwerken van een ziekteverzuimprotocol
2. Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten, opleidingen voor leidinggevenden inzake het herkennen van stresssignalen, opleidingen van vertrouwenspersonen
3. Sensibilisering/bewustmaking	Verspreiding van affiches, organisatie van sensibiliserende voordrachten in verband met PSR, verspreiden onder het personeel van brochures over 'hoe omgaan met psychosociale belasting'

Tabel 6.3 Weerhouden interventiecategorieën op het vlak van MSA voor Fase 3 van het onderzoek

Categorie	Voorbeeld
1. Opleidingen inzake het hanteren van technieken	De organisatie van sessies voor het aanleren van verplaatsingstechnieken in een zorginstelling
2. Interventies met betrekking tot de vormgeving van de arbeidsposten)	Het aanpassen van de condities van het tillen van lasten (gewicht, tilhoogte, afstand over dewelke de last moet worden verplaatst, ...)
3. Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Invoeren van een rotatiestelsel tussen de verschillende arbeidsposten van een inpaklijn, het beperken van de arbeidsduur voor functies waarbij lasten moeten worden gemanipuleerd

6.3 De selectie van de ondernemingen

Via diverse kanalen (suggesties vanwege externe preventiediensten, andere diverse contacten, interne preventieadviseurs die via de elektronische bevraging, besproken in hoofdstuk 5, lieten weten dat zij bereid waren de onderzoeksequipe te ontvangen voor een diepgaandere studie) wer-

den een aantal ondernemingen geselecteerd die recentelijk een interventie hadden uitgevoerd op één van de zes weerhouden categorieën uit de tabellen 6.2 en 6.3.

Het bleek zeer moeilijk te zijn om ondernemingen te vinden die enerzijds pasten in het profiel van de vraagstelling (m.a.w. een interventie hadden uitgevoerd die viel onder één van de zes weerhouden categorieën) en die anderzijds bereid waren om hierover open te communiceren. Voor de problematiek van MSA werden zeven weigeringen ontvangen waarvoor alternatieven moesten gezocht worden, voor wat betreft PSR haakten zelfs negen van de aangezochte werkgevers af.

6.4 Overzicht van de gevallenstudies

Tabel 6.4 geeft een overzicht van de ondernemingen die werden bezocht in het kader van fase 3 van onderhavig onderzoek.

Tabel 6.4 Korte beschrijving van de 24 ondernemingen die werden bezocht in het kader van de gevallenstudies

Volgnr.	Omschrijving onderneming	Categorie interventie	Omschrijving van de interventie
MSA1	Productie van klein elektrisch materieel, 500 werknemers, Vlaanderen	Opleidingen	Organisatie van een reeks opleidingssessies m.b.t. rughygiëne bij het tillen van lasten
MSA2	OCMW, 1 000 werknemers, Vlaanderen	Opleidingen	Organisatie van opleidingssessies m.b.t. ergonomie en veiligheid, bestaande uit 4 modules voor alle personeelsleden van één grote groep personeelsleden belast met thuiszorg
MSA3	Instelling voor tewerkstelling van kansengroepen (vzw), 300 werknemers, Wallonië	Opleidingen	Organisatie van spierversterkende en relaxerende oefeningen
MSA4	Overheidsinstelling voor jeugdzorg, 1 500 werknemers, Franstalig Brussel-Wallonië	Opleidingen	Organisatie van een opleidingssessie m.b.t. kantoorergonomie
MSA5	Beschutte werkplaats, 360 werknemers, Vlaanderen	Aanpassing arbeidspost	Risicoanalyse van alle werkposten van één bepaalde werkeenheid, gekoppeld aan concrete advisering
MSA6	Ziekenhuis behorende tot de Franse taalrol, 5 000 werknemers, Bruxelles	Aanpassing arbeidspost	Aanpassing van een bepaalde arbeidspost in de keuken (occasioneel tillen van een erg zware last)
MSA7	Grootwarenhuis, 500 werknemers, Wallonië	Aanpassing arbeidspost	Aanpassing van de arbeidsposten van de kassiersters
MSA8	Fabricage van medisch materieel, 700 werknemers, Vlaanderen	Aanpassing arbeidspost	Aanpassingen aangebracht aan de arbeidsposten behorende tot één werkeenheid, ter voorbereiding van een geplande functierotatie
MSA9	Distributiesector, 65 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Grondige herinrichting van de stockage- en verpakkingsruimte
MSA10	Plastiekverwerkende nijverheid, 650 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Herorganisatie van een arbeidspost, waar één bepaalde werknemer belastende activiteiten van diverse aard uitvoert
MSA11	Voedingsnijverheid, 150 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Invoeren van een rotatiesysteem aan een inpaklijn
MSA12	Farmaceutische sector, 950 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Invoeren van een rotatiesysteem aan een inpaklijn

Tabel 6.4 Korte beschrijving van de 24 ondernemingen die werden bezocht in het kader van de gevallenstudies. Vervolg

Volgnr.	Omschrijving onderneming	Categorie interventie	Omschrijving van de interventie
PSR1	Ziekenhuis, 700 werknemers, Vlaanderen	Procedurele actie	Ontwerp van een beleid inzake agressie van patiënten
PSR2	Federale overheidsdienst, 1 350 werknemers, Brussel	Procedurele actie	Implementatie van afspraken m.b.t. de aanpak van OGGW
PSR3	Fabricage van auto-onderdelen, 1 100 werknemers, Vlaanderen	Procedurele actie	Opzetten van een netwerk van vertrouwenspersonen en invoeren van een systematiek van rapportering en opvolging
PSR4	Groepering van steengroeven, 300 werknemers, Wallonië	Procedurele actie	Opzetten van een structuur voor de rechtstreekse communicatie tussen leidinggevenden en werknemers inzake het welzijn op het werk (*tool box* vergaderingen)
PSR5	Bouwonderneming, 200 werknemers, Vlaanderen	Opleidingen	Periodiek aanbod van een reeks sessies over mindfulness
PSR6	Gemeentebestuur van een middelgrote stad, 1 650 werknemers, Wallonië	Opleidingen	Reeks opleidingssessies over het omgaan met agressie, bestemd voor het loketpersoneel
PSR7	Plaatselijke interprofessionele syndicale organisatie, 75 werknemers, Wallonië	Opleidingen	Organisatie van een tweedaagse opleidingssessie, bestemd voor loketpersoneel, inzake het omgaan met agressieve cliënten
PSR8	Psychiatrisch ziekenhuis, 400 werknemers, Vlaanderen	Opleidingen	Opzetten van een systematiek van intervisiesessies bestemd voor de Mobiele Equipe
PSR9	Instelling voor medische thuiszorg, 1 600 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Vastleggen van een aantal key performance indicators die gebruikt worden ter bijsturing van het functioneren van medewerkers
PSR10	Politiezone, 170 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Overplaatsing van een groepje van drie werknemers binnen één bepaalde werkeenheid met diverse problemen
PSR11	Bouwbedrijf, 180 werknemers, Wallonië	Arbeidsorganisatie	Instellen van een systematiek van persoonlijke begeleiding na een schokkende gebeurtenis, naar aanleiding van één dodelijk arbeidsongeval
PSR12	Organisatie voor de opvang van psychisch en karakterieel gestoorden in leefgroepen, 200 werknemers, Vlaanderen	Arbeidsorganisatie	Oprichting en coaching van een Zorgteam dat instaat voor de eerstelijnsopvang van personeelsleden met levensvragen, stressproblemen of na incidenten

Uit dit overzicht volgt dat een aanvaardbare spreiding van de ondernemingen werd bekomen, zowel op het vlak van de bedrijfsgrootte, de activiteitssector als de vestigingsplaats.

Tabel 6.5 geeft aan welke partijen konden gesproken worden in de verschillende gevallenstudies. De 'experten' waren telkens de interne preventieadviseur, in sommige gevallen aangevuld met een interne deskundige of een preventieadviseur van de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten. 'Het management' was steeds iemand van het hoger kader, soms aangevuld met één of meerdere betrokken eerstelijnsleidinggevenden. Indien werknemers konden gesproken worden, waren het steeds de onmiddellijke betrokkenen die het voorwerp waren van de interventie; sommigen waren daarbij lid van het Comité PBW als werknemersafgevaardigde.

Tabel 6.5 Gesprekspartners per gevallenstudie

Volgnr.	Experten	Management	Werknemers
MSA1	2	2	2
MSA2	2	3	4
MSA3	3	0	0
MSA4	1	0	0
MSA5	1	0	0
MSA6	2	0	0
MSA7	1	0	0
MSA8	1	3	1
MSA9	2	2	2
MSA10	1	2	2
MSA11	1	1	0
MSA12	1	1	3
PSR1	1	0	2
PSR2	2	0	0
PSR3	3	0	0
PSR4	1	0	0
PSR5	1	0	4
PSR6	0	1	0
PSR7	0	1	0
PSR8	1	1	0
PSR9	1	1	1
PSR10	1	1	0
PSR11	1	0	0
PSR12	1	1	0

6.5 Beschrijving van de gevallenstudies

In wat volgt wordt een grondigere beschrijving gegeven van de 24 uitgevoerde interventies uit de diverse gevallenstudies.

6.5.1 Gevallenstudie MSA1: Interventiecategorie Opleidingen

6.5.1.1 Omschrijving van de interventie

Organisatie van een reeks opleidingssessies met betrekking tot het tillen en hanteren van lasten. Eén enkele sessie duurde een zestal uren en omvatte een stuk theorie en een groot gedeelte praktische oefeningen op de bedrijfsvloer. De groepen bedroegen tussen de 8 en de 15 werknemers. Externe expertise werd ingehuurd via de externe preventiedienst voor het geven van de opleidingssessies (er was op dit vlak geen interne expertise beschikbaar).

6.5.1.2 Aanleiding tot de interventie

"De voorbije twee jaren is men de ziekteverzuimcijfers gaan bekijken en deze met de werknemers zelf gaan bespreken. Hieruit kwam naar voren dat vele mensen afwezig zijn wegens MSA en onaangepaste arbeidsomstandigheden in het algemeen. Het werd duidelijk dat we op dit vlak iets moesten

doen, en we beoogden daar twee doelstellingen mee: enerzijds het absenteïsme bestrijden en anderzijds de algemene tevredenheid bevorderen" (interne preventieadviseur). "Simultaan groeide ook de aandacht voor deze problematiek in het Comité, onder meer in het kader van het opstellen van het jaarlijks actieplan" (personeelsverantwoordelijke). "Via een bezoek aan het Provinciaal Veiligheidsinstituut werden de leden van het Comité gesensibiliseerd voor ergonomie" (lid van het Comité).

Het initiatief ging grotendeels uit van de personeelsdienst, maar de praktische organisatie was in handen van de interne preventiedienst en de interne ergonoom.

6.5.1.3 Chronologie van de verschillende stappen

"Na de observatie dat het tillen en manipuleren van lasten een belangrijke problematiek op de werkvloer was hebben wij de externe preventiedienst gecontacteerd" (interne preventieadviseur).

Aan de eigenlijke acties ging een vorm van risicoanalyse vooraf. Ter afbakening van de doelgroep werden, in samenwerking met de arbeidsgeneesheer, alle arbeidsposten overlopen om uit te maken of deze het risico 'tillen van lasten' hadden dat aanleiding gaf tot onderworpenheid aan het gezondheidstoezicht. Deze lijst van risicoposten werd vervolledigd door de interne preventieadviseur. Voor het tillen van lasten werd de NIOSH gebruikt als standaard risicoanalyse-methodiek. Het opleidingsinitiatief werd dan voorbehouden voor deze groep werknemers, afkomstig zowel van de productie- als van ondersteunende werkeenheden.

"De externe ergonoom is eerst de werkplaatsen gaan bezoeken en heeft op basis hiervan een opleidingssessie in elkaar gegeven die sterk geaxeerd was op de eigen problematiek, maar ook aandacht schonk aan situaties in de privésfeer. De opleiding omvatte een groepssessie met een algemene uitleg, maar daarnaast ook praktische oefeningen en individuele bijsturingen op een reële werkpost. Dit leidde tot het inoefenen van goede praktijken. Als afsluiting ervan werd elke arbeidspost van elke deelnemer in groep bezocht en werd daar de optimale manier van werken besproken en ingeoefend" (interne ergonoom).

De interventie werd formeel afgesloten: de opleidingsinspanningen werd geruime tijd geleden beëindigd, maar het is duidelijk dat de problematiek niet onder controle is en blijvende inspanningen vergt. "Vorige week hadden we drie afwezigen in een bepaalde afdeling, om redenen van rugklachten. We zijn dan daar eens gaan kijken, samen met de arbeidsgeneesheer, en daaruit blijkt dat er toch nog veel manueel getild moet worden. We moeten daar zeker iets aan doen" (interne ergonoom).

6.5.1.4 Beoordeling van de effectiviteit

De effectiviteit van de interventie, in de daaropvolgende periode, werd geraamd op 4 (aanvaardbaar resultaat) à 5 (goed resultaat) op een maximale score van 6. Intussen is het effect van de opleidingsinspanningen verflauwd en blijft er nog weinig resultaat over. Geraamde score op het ogenblik van de interviews: tussen 2 (geen effect) en 3 (beperkt effect).

Factoren die het succes van de interventie beperkten waren de volgende:
- de leidinggevenden hebben te weinig opvolging gegeven aan de opleiding (in termen van blijvende aandacht, correctie en coaching van de werknemers). In het algemeen was iedereen van mening dat de eerstelijnshiërarchie te weinig betrokken was in de interventie;
- hoewel de organisatie een degelijk beleid voert inzake ergonomie (vooral dan op het conceptuele vlak), waren er geen plannen voor een consistent opleidingstraject waarbij herhalingsopleidingen van in den beginne voorzien waren.

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- het feit dat de werknemers onmiddellijk aan den lijve ondervonden dat het hanteren van correcte tiltechnieken een directe impact had op de werkbelasting. "Mensen zijn ook veel mondiger dan vroeger en accepteren nog moeilijk onaangepaste arbeidssituaties. De eisen van de werknemers liggen nu hoger, en als je die niet honoreert zijn ze weg" (interne preventieadviseur);
- werknemers roteren sinds enkele jaren overheen verschillende arbeidsposten. Zij ondervonden snel het verschil tussen een aangepaste en niet-aangepaste arbeidspost. Hierdoor zijn zij zelf vragende partij voor bv. instelbare werkhoogten. "Op deze manier maakt ergonomie school in de onderneming" (interne preventieadviseur);
- CAO 104: "de nood aan een tewerkstellingsplan voor oudere werknemers zal in de toekomst zeker een ondersteuning betekenen voor ergonomie" (medewerker personeelsdienst);
- het feit dat de organisatie veel aandacht heeft voor een betere vormgeving van de arbeidsposten, en zich derhalve niet beperkt tot het aanleren van goede tiltechnieken, werd genoemd als een bijdrage tot het welslagen van de opleidingen.

Er werden geen ongewenste neveneffecten vastgesteld.

6.5.2 Gevallenstudie MSA2: Interventiecategorie Opleidingen

6.5.2.1 Omschrijving van de interventie

Organisatie van een reeks opleidingssessies m.b.t. de veiligheid en de gezondheid op het werk, met nadruk op het tillen beperken van MSA, bestemd voor uitvoerend personeel dat ingeschakeld wordt in de thuiszorg. De ganse cyclus besloeg vier sessies van een tweetal uur, die evenwel niet alle moesten gevolgd worden door de verschillende subgroepen. De eerste sessie was eerder een theoretische uiteenzetting, de twee volgende richtten zich op de problematiek van MSA en de laatste handelde specifiek over de arbeidsveiligheid. Daarnaast werden per ploeg één of enkele refertepersonen aangesteld, die een bijkomende opleidingssessie volgden. Er wordt verwacht dat deze persoon de andere leden van de ploeg stimuleert en coacht om het geleerde in de praktijk te brengen. Bovendien wordt van de refertepersonen verwacht dat zij maandelijks op de (wekelijkse) ploegvergaderingen ergonomie en veiligheid ter sprake brengen.

Het voorbereiden en verzorgen van de opleidingssessies werd toevertrouwd aan de externe preventiedienst, die hiervoor een preventieadviseur-ergonomie vrijstelde en een bedrijfsverpleegkundige-opleider. Er was op dit vlak geen interne expertise beschikbaar: "De problematiek van MSA is erg divers, en niet elke ergonoom is even goed in alle deelaspecten. Het feit dat we kunnen beroep doen op een hele ploeg ergonomen via de externe preventiedienst geeft onze op dit vlak veel meer flexibiliteit" (adjunct van de verantwoordelijke van de afdeling).

Het is de bedoeling dat alle nieuw aangeworven personeelsleden het vastgelegde opleidingstraject zullen doorlopen, en dat er regelmatig korte opfrissingssessies zullen worden georganiseerd.

6.5.2.2 Aanleiding tot de interventie

"Ik ben hier van in 2007. Eén van de eerste dingen die ik heb gedaan is, samen met andere mensen, een SWOT-analyse uitvoeren. Eén van de dingen die daar uitsprongen was de veralgemeende klacht dat onze mensen beschikten over weinig hulpmiddelen, en dat dit leidde tot heel wat overlast in de woningen van de cliënten. Daarnaast was ik toch ook geschrokken van het hoge ziekteverzuim. We

zijn daar verder op doorgegaan tijdens een volgende, meer specifieke risicoanalyse in 2008" (verantwoordelijke van de afdeling).

6.5.2.3 Chronologie van de verschillende stappen

Het initiatief tot de concrete actie ging grotendeels uit van de hiërarchische lijn, na enige communicatie met de personeelsdienst, Zij contacteerden dan rechtstreeks de interne preventieadviseur om de mogelijkheden van een externe ondersteuning te bekijken. Het basisoverlegcomité werd niet betrokken. De externe ergonoom stelde dan een mogelijke blauwdruk van opleidingen voor, die door de interne preventieadviseur werd aangevuld met een voorstel tot een bijkomende sessie inzake veiligheid. Er werd dan, door de externe preventieadviseur-ergonomie een risicoanalyse uitgevoerd, onder meer door middel van enkele observaties in de realiteit om de inhoud van de opleidingssessies af te stemmen op de reële problematiek zoals deze ervaren werd door de werknemers. Voor het formaliseren van de risicoanalyse werd gebruik gemaakt van de Déparis-methode. "Je krijgt dan van de mensen al een aantal ideeën over mogelijke oplossingen, waardoor je de inhoud van de opleidingssessies goed kan axeren op de realiteit: als je tijdens zo'n opleidingen afkomt met suggesties waarvan iedereen weet dat ze niet haalbaar zijn, scoor je slecht" (externe ergonoom).

6.5.2.4 Beoordeling van de effectiviteit

De effectiviteit van de interventie, in de daaropvolgende periode, werd geraamd op 4 (aanvaardbaar resultaat) à 5 (goed resultaat) op een maximale score van 6. Eén enkele werkneemster scoorde een 3 (beperkt effect).

Als factoren die het succes van de interventie, hoewel succesvol, beperkten was de beperkte betrokkenheid van het lager kader. Er werd nochtans voorzien dat de maatschappelijk werkers, die in de praktijk een ploeg van thuiszorgwerkers aansturen, steeds aanwezig zouden zijn op de verschillende opleidingssessies. Dit is evenwel te weinig gebeurd wegens de drukke belasting van deze mensen, en dat was, volgens de verantwoordelijken, beter wel zo geweest. "Wel waren zij betrokken bij de risicoanalyse. Bij het formuleren van het basisconcept werden zij dus van kortbij betrokken" (verantwoordelijke van de afdeling). Meerdere werknemers waren ook van mening dat deze opleidingen te laat in de beroepsloopbaan werden aangeboden: "Het is moeilijk om oude gewoonten te veranderen, ook al besef je rationeel dat je het beter doet zoals het nu aangeleerd is. Dat moet voor jongere mensen gemakkelijker zijn: als je ze bij het begin van hun carrière leert werken op een correcte manier, zullen ze dat heel hun loopbaan doen. Daarom vinden wij het goed dat nu ook nieuwe werknemers worden opgeleid."

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- het feit dat de interventie goed aangestuurd werd en professioneel afgewerkt. De twee lesgevers bleken erg goed geapprecieerd te worden, en waren in staat op het niveau te komen van het doelpubliek. De vier modules waren alle vier noodzakelijk, ook de eerste meer theoretische insteek;
- "De werknemers zijn in de loop van de opleidingssessies steeds erg positief ingesteld geweest. Zij gaven ook erg gunstige quoteringen. Maar het is moeilijk om na te gaan of hun gedrag *de facto* veranderd is, omdat zij bijna altijd alleen werken, zonder sociale controle. Via sporadische signalen horen we wel dat ze heel wat van het geleerde onthouden hebben" (adjunct van de verantwoordelijke van de afdeling).

6.5.2.5 Verdere opmerkingen

"Centraal in de organisatie van de opleidingen stond de zorg voor de werknemer. Eigenlijk is ergonomie slechts een middel om dit te bereiken, hiermee expliciteert de organisatie zijn bekommernis om het welzijn op het werk" (interne preventieadviseur).

Op hun niveau leggen de betrokken werknemers duidelijk een verband tussen de psychosociale belasting en eventuele MSA. "Als je bij een cliënt bent waar je gaarne werkt en welkom bent, doet alles véél minder pijn. Maar als je tegen je zin gaat naar een bepaald adres, en je hebt dan nog rugklachten, dan ben je sneller geneigd om af te haken" (een werkneemster).

MSA komen nauwelijks aan bod tijdens het gezondheidstoezicht. "Als we hierover beginnen zegt de dokter dat dit normaal is op onze leeftijd. Wij hebben daar weinig aan, maar het is wel 'tof' dat die controles plaatsvinden, en als er iets op je lever ligt kan je dat dan kwijt" (enkele werkneemsters).

6.5.3 Gevallenstudie MSA3: Interventiecategorie Opleidingen

6.5.3.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof het introduceren van korte sessies spierversterkende oefeningen, waarvan het de bedoeling was dat deze bij het begin van elke werkdag zouden worden uitgevoerd door iedere betrokken werknemer. Het was de bedoeling dat deze oefeningen een vijftal minuten zouden duren en in groep zouden gebeuren binnen de reguliere arbeidsduur. Deze werden, na een korte inrijperiode, verplichtend gesteld; er wordt op toegezien dat deze oefeningen in een ontspannen sfeer plaatsvinden, onder muzikale begeleiding naar keuze van de werknemers. "Au courant de la journée de travail, des sessions relatives à la relaxation des muscles sont également prévues, mais celles ne sont pas obligatoires (des pauses *stretching*) (...) Tout ce processus est tenu en main par le personnel de maîtrise, et il est étayé par des moyens audiovisuels en vue de continuer à motiver le personnel d'y participer" (conseiller externe en prévention ergonomie).

Het bepalen van de precieze aard van de oefeningen gebeurde op basis van een risicoanalyse, uitgevoerd door een studente kinesitherapie in het kader van haar eindwerk, onder coaching van een ergonoom, afkomstig van de externe preventiedienst waarbij de onderneming is aangesloten.

6.5.3.2 Aanleiding tot de interventie

Bij de groep werknemers die relatief zware fysieke arbeid moeten verrichten (die onder meer bruuske bewegingen inhoudt) werd een overmaat van arbeidsongevallen vastgesteld die te wijten waren aan musculoskeletale aandoeningen. "Ces lésions semblaient être dues à une condition physique insuffisante pour les tâches requises, et à l'exécution de soudains mouvements sans aucune préparation adéquate" (conseiller interne en prévention).

Het initiatief ging volledig uit van de interne preventieadviseur. Gezien de beperkte financiële mogelijkheden van de organisatie en de aard van het werk, werd niet overwogen om ingrijpende investeringen te doen ter aanpassing van de arbeidsposten. De interne preventieadviseur contacteerde het hoger management dat zich akkoord verklaarde met het uitvoeren van de interventie.

6.5.3.3 Chronologie van de verschillende stappen

"Une fois qu'on s'était décidé quoi faire, on a commencé à déployer des efforts pour convaincre la direction. Ceci n'a pas été facile; cette phase m'a pris quatre/cinq mois avant que je reçoive le feu

vert" (conseiller interne en prévention). Vervolgens werden de plannen voorgelegd aan het Comité PBW, en daarna gecommuniceerd aan de betrokken personeelsleden. "En général, les réactions étaient modérément positives, mais il subsistait des personnes qui avaient des doutes. Après, on a dû constater que des personnes qui étaient assez sceptiques, au début, sont devenues défendeur de l'approche en ce moment" (conseiller interne en prévention). Daarna kon de praktische organisatie van start gaan. "Ce n'était pas possible de faire venir un kinésithérapeute chaque jour pour 5 minutes. D'un autre côté, il n'y avait personne au sein de l'entreprise qui pouvait instruire le personnel sur la manière de faire. C'est pour cela que l'on a cherché une étudiante. On a développé des moyens audiovisuels sur base desquels le personnel puisse effectuer les exercices journaliers d'échauffement. C'est elle aussi qui, pendant un mois, s'est occupée des séances de début de journée" (conseiller externe en prévention ergonomie). "Depuis ce jour, chaque matin, au début de la journée de travail, le vidéo s'allume automatiquement et les exercices sont montrés. On les fait même accompagner par de la musique appropriée..." (conseiller externe en prévention ergonomie).

6.5.3.4 Beoordeling van de effectiviteit

"C'est trop tôt pour juger de l'effectivité de la démarche. En tout cas, nous n'avons plus eu d'accidents musculaires au début de la journée du travail" (conseiller interne en prévention). "On a quand même des impressions subjectives. Moi, j'étais étonné comment la condition des ouvriers s'est améliorée, rien que suite à ces sessions de 5 minutes au début de la journée" (conseiller externe en prévention ergonomie). "Je pourrais vérifier la progression de la condition physique à l'aide de mes consultations médicales, mais il faut attendre au moins encore une année avant que l'on puisse constater un progrès visible" (médecin de travail).

Volgens de drie gesprekspartners ligt de effectiviteit tussen de 4 (aanvaardbaar resultaat) en de 5 (goed resultaat) op een maximale score van 6. Deze evaluatie werd overgemaakt aan de hogere directie, die op het ogenblik van de interviews net had besloten om deze aanpak uit te breiden naar een andere lokale vestiging met een vergelijkbare problematiek.

Factoren die het succes van de interventie beperkten waren de volgende:
- "nous avons du personnel un peu conservateur. Ils sont fort résistants aux changements, c'est pour cela qu'il faut prendre son temps et investir suffisamment d'énergie et de temps pour les convaincre. C'est pour cette raison qu'il faut présenter l'information de différentes manières (affiches, feuilles, communications via écran, vidéos de sensibilisation, ..." (conseiller interne en prévention, confirmé par le médecin de travail). "Les gens sont quand même réticents d'effectuer ces genres d'efforts, parce que des exercices pareils ne font pas partie de leur culture, et, surtout, parce que leur niveau physique n'est généralement pas bon. C'est pour cette raison qu'il faut absolument un *coach* qui est régulièrement sur le terrain, pour qu'il continue à motiver le personnel." (conseiller externe en prévention ergonomie);
- "le personnel doit rester motivé pour, jour après jour, continuer les exercices. Pour cette raison, il faut qu'il y ait des personnes qui, régulièrement, prennent le groupe en main et font les exercices avec les ouvriers. Quand ce type de personne-clé ne veulent plus participer, comme on a eu un cas, ceci est vraiment un facteur qui entrave le succès de l'approche" (conseiller interne en prévention);
- "le personnel en question se sentait regardé par leurs collègues des autres entités de travail. Personne n'aime cela" (médecin de travail).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren:
- de steun van de directie. "Une fois que les projets étaient acceptés et que la direction a clairement mis en évidence qu'elle étayait la démarche, les actions ont vite pris de l'envergure" (conseiller interne en prévention);

- het feit dat de interventie weloverwogen gebeurde, op basis van een goede risicoanalyse. Dit werd vooral geweten aan de goede samenwerking met de externe preventiedienst.

Er was één onvoorzien neveneffect. "Un effet non-attendu était le fait que certains membres du personnel se plaignaient des douleurs soit-disant dus à ces exercices, allant jusqu'à la demande de pouvoir quitter les lieux de travail pour se reposer..." (conseiller externe en prévention ergonomie).

6.5.4 Gevallenstudie MSA4: Interventiecategorie Opleidingen

6.5.4.1 Omschrijving van de interventie

De actie bestond er in dat een eenmalige opleidingsessie werd gegeven met betrekking tot kantoorergonomie, in het kader van een systeem van tweemaandelijkse opleidingssessies die in de hoofdzetel van de organisatie plaatsvinden tijdens de lunchpauze en een tweetal uren duren. Er werden drie administratieve werkposten gesimuleerd in één bepaalde ruimte; in een andere ruimte werden posters aangebracht waarop alle aspecten van kantoorergonomie (in de eerste plaats beeldschermwerk) werden behandeld. De deelname aan de sessie was vrij. Een 30-tal werknemers, zowel uitvoerenden als leden van de eerstelijnssupervisie, kwamen hierop af en werden gevraagd om de vormgeving van hun eigen werkpost na te bootsen, waarna zij individuele raadgevingen ter verbetering meekregen. De coaching werd verzorgd door een interne preventieadviseur, bijgestaan door een andere werknemer met voorkennis betreffende de problematiek van beeldschermwerk.

6.5.4.2 Aanleiding tot de interventie.

Er was geen specifieke aanleiding tot de interventie. "J'ai pris cette initiative parce que j'estimais qu'elle faisait partie intégrante de notre mission en tant que conseillers internes en prévention" (conseiller interne en prévention). Wel had de interne preventieadviseur van wie het initiatief uitging tijdens haar periodieke rondgangen vastgesteld dat de administratieve personeelsleden geen correct gebruik maakten van de instelbaarheid van het kantoormeubilair en dat sommige administratieve arbeidsposten slecht waren ingericht. Gezien de relatieve eenvoud van de problematiek, werd het niet nodig geoordeeld om voor deze interventie een beroep te doen op een externe expert.

6.5.4.3 Chronologie van de verschillende stappen

De actie werd goed voorbereid en werd op voorhand aangekondigd via diverse kanalen. Het ging om een in principe eenmalig initiatief, "Mais on a parlé de l'organiser aussi dans les sièges régionaux. Aussi serait-il souhaitable de le répéter ici aussi, puisque tout le monde n'est pas passé. Et il faut changer régulièrement de thème: l'année prochaine, je compte m'orienter plutôt à la manipulation des charges, également dans un milieu de travail de bureau" (conseiller interne en prévention). Het Comité PBW noch de externe preventiedienst waren betrokken bij de organisatie en de uitvoering van de interventie.

6.5.4.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst en de ergonome werd de interventie geëvalueerd als erg geslaagd (zeer goed resultaat: score 5 op een schaal van 6). "On avait, entre autres, expliqué la valeur ajoutée, pour certaines personnes, d'un repose-pied. Et on a remarqué qu'après la session de formation, un nombre de personnes a en effet commandé des repose-pieds. Les gens étaient vraiment intéressés" (conseiller interne en prévention).

Factoren die het succes van deze interventie bevorderden waren:
- de algemene bedrijfscultuur: "Je peux dire que la ligne hiérarchique est toujours à l'écoute. En tant que service interne, on ne donne que des conseils, mais ici, c'est presque des ordres. Il est

rare que l'on ne nous suive pas. Aussi le fait que des formations pareilles font partie d'une routine a certainement joué" (conseiller interne en prévention);
- de degelijke voorbereiding en organisatie van de interventie: de interne preventieadviseur besteedde een volle werkweek aan het uitwerken van de interventie en het voorbereiden van de verschillende didactische instrumenten.

Er traden geen onvoorziene neveneffecten op.

6.5.5 Gevallenstudie MSA5: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsposten

6.5.5.1 Omschrijving van de interventie

Het opstellen van een actieplan ter aanpassing van elke individuele arbeidspost van de betrokken afdeling, en in een tweede fase het uitvoeren van een selectie van de voorgestelde maatregelen, in functie van de financiële en technische mogelijkheden.

6.5.5.2 Aanleiding tot de interventie

Er werd besloten een externe ergonome in te huren horende bij de externe preventiedienst. Deze werd gevraagd om een eerste rondgang te doen, specifiek geaxeerd op de problematiek van MSA. Op basis hiervan werd dan een voorstel van aanpak besloten, die in eerste instantie het uitvoeren van een risicoanalyse inhield op alle individuele arbeidsposten uit de bewuste afdeling. Op deze wijze werd elk individu en zijn/haar manier van werken gescreend: in het totaal werden in de bewuste afdeling 41 medewerkers in het atelier aangesproken, vier medewerkers in de testkamers en zeven kantoormedewerkers. Er werd zowel aandacht geschonken aan personen die manuele arbeid verrichten als aan personen die eerder administratieve taken uitvoerden. De werknemers werden bij deze gelegenheid ook individueel aangesproken over hun klachten. Tevens werd ook het belang van een goede instelling van het meubilair onderlijnd. De bezoeken leidden tot een reeks adviezen, die het volgende betroffen:
- ofwel een aanpassing van het zitvlak van de stoel;
- ofwel het aanbrengen van armleuningen;
- ofwel het aanpassen van de hoogte van het werkvlak en het zitmeubilair;
- ofwel het voorzien van een voetensteun.

Taakrotatie is minder mogelijk bij de specifieke doelgroep van de organisatie, die beperkte leercapaciteiten heeft en dus niet in staat is om diverse functies aan te leren. Sommige aanpassingen konden onmiddellijk gebeuren, omdat de organisatie over een eigen technische dienst beschikt. Voor andere moeten investeringen gebeuren: momenteel wordt daar de financiële impact onderzocht. Dit duurt een hele tijd, omdat onder meer moet worden nagegaan worden bij de leverancier welke extra's kunnen worden verkregen op de bestaande stoelen. Het zal hier gaan over een vrij zware investering, waarvoor de organisatie een beroep hoopt te doen op het Ervaringsfonds.

Gezien de beperkte bedrijfsinterne mogelijkheden werd de expertise van de externe ergonoom als bijzonder valabel beschouwd.

6.5.5.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interventie vond plaats in een bepaalde productieafdeling. "Het werk is daar grotendeels staande en de werknemers hebben het bijzonder lastig om op deze wijze 8 uur per dag te werken" (HRM-verantwoordelijke). Er werden enkele jaren geleden stoelen aangekocht zodat de werknemers konden zitten. Dit werd door het personeel als erg positief ervaren. Er bleek evenwel dat deze niet altijd een oplossing boden: het ziektecijfer bleef hoog (ten dele te wijten aan MSA) en bij haar

rondgangen doorheen de productie stelde de HRM-verantwoordelijke vast dat de stoelen slecht gebruikt werden. De aanleiding was derhalve dubbel: een blijvend absenteïsme en een visuele perceptie van onaangepaste werkhoudingen.

Het initiatief ging uit van de personeelsdienst, wegens ontstentenis van een behoorlijk functionerende interne preventiedienst. Intussen werd een nieuwe interne preventieadviseur aangeworven die op termijn deze acties verder zal opvolgen.

6.5.5.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de personeelsverantwoordelijke werd de effectiviteit, eenmaal alle acties uitgevoerd, ingeschat op 4 (aanvaardbaar resultaat) op een maximale score van 6.

De belangrijkste factor die het succes van de interventie bevorderde was de steun van de directie die beloofde, ondanks de beperkte middelen, voldoende financiën vrij te stellen voor de acties die niet in eigen beheer konden worden afgewerkt.

Er traden geen onvoorziene neveneffecten op.

6.5.6 Gevallenstudie MSA6: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsposten

6.5.6.1 Omschrijving van de interventie

De actie bestond er in dat één bepaalde arbeidspost via enkele ingrepen werd aangepast. Onder meer werd de hoogte waarop de last werd aangeboden (grondniveau) aangepast. Dit gebeurde in eigen beheer door de technische dienst op basis van een nauwkeurige blauwdruk, opgesteld door de interne ergonome in nauwe communicatie met de betrokken werknemer.

6.5.6.2 Aanleiding tot de interventie

Het gaat om de aanpassing van één enkele arbeidspost waarop één arbeider was tewerkgesteld, namelijk in de grootkeuken, waar enkele malen per dag een zware last moest geheven worden vanuit een erg ongunstige positie. De werknemer in kwestie had ernstige klachten en was ook eenmaal gedurende een langere periode werkongeschikt wegens rugletsel.

Het initiatief ging uit van de betrokken werknemer zelf, die de interne preventiedienst contacteerde, nadat hij eerst zijn rechtstreekse verantwoordelijke op de hoogte had gebracht. De interne preventiedienst beschikt over een eigen ergonome op halftijdse basis, met een lange beroepservaring binnen de organisatie op diverse vlakken. Deze dame is in de onderneming algemeen bekend als het aanspreekpunt indien er zich ergonomische problemen voordoen; zij doet een honderdtal dergelijke interventies per jaar. Voor ingewikkelde vraagstellingen doet de interne preventiedienst beroep op een ergonoom van de externe preventiedienst waarbij de onderneming is aangesloten, doch het werd niet nodig geoordeeld om voor deze interventie een beroep te doen op een externe expert.

6.5.6.3 Chronologie van de verschillende stappen

"Après la prise de contact avec moi, je me suis rendue au lieu de travail en question. Là, j'ai fait une analyse de risque assez élémentaire et, sur base de ceci, j'ai proposée des actions correctives. Avec ceci, l'opérateur s'est adressé à son responsable qui a directement donné le feu vert et a rédigé un bon de travail en ce sens" (ergonome interne).

"Les modifications se sont déroulées endéans les trois semaines. Après quelques mois, j'ai effectué une visite de contrôle, ce que je fais toujours, et tout allait bien. C'est pour cela que l'on a décidé de considérer cette action comme clôturée" (ergonome interne).

6.5.6.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst en de interne ergonome werd de interventie geëvalueerd als erg geslaagd (zeer goed resultaat: score 5 op een schaal van 6).

Factoren die het succes van deze interventie bevorderden waren:
- de expliciete steun van de directie voor al wat het welzijn van het personeel betreft en de acties in dit verband: "Le bien-être du salarié est vu comme une priorité par la direction. Nous ne voulons pas que notre personnel devienne eux-mêmes des patients" (conseiller interne en prévention);
- de expliciete steun van de onmiddellijke leidinggevende, die snel reageerde op de adviezen van de ergonome en de nodige acties ondernam om de interventie in gang te steken;
- het feit dat zich hier, voor alle betrokken partijen, een duidelijk probleem stelde: "Il y a eu quelques périodes d'absentéisme qui étaient très probablement partiellement dues à la charge du travail" (interne ergonome);
- het feit dat de ergonome zichtbaar in de onderneming aanwezig is en zij al heel wat van dergelijke verbeteringen heeft kunnen realiseren. "Ce qui est important, c'est que notre démarche soit très connue et vraiment réputée ici dans l'organisation. C'est un effet boule de neige. Le personnel en parle. Une fois qu'une approche pareille est rentrée dans les mœurs, ceci devient un processus qui se déroule automatiquement" (ergonome interne).

Er waren geen remmende factoren in dit project, maar de interne ergonome is van mening dat de financiële inspanningen die soms noodzakelijk zijn om een bepaalde werkpost te saneren wel degelijk een rem kunnen betekenen. Er traden ook geen onvoorziene neveneffecten op.

6.5.7 Gevallenstudie MSA7: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsposten

6.5.7.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betreft een fysieke aanpassing van de arbeidsposten van de kassiersters in een grootwarenhuis. Zij bestond uit drie afzonderlijke etappes die ook chronologisch na elkaar werden uitgevoerd:
1. een analyse van de arbeidsposten;
2. op basis hiervan: het uitvoeren van een aantal aanpassingen aan de vormgeving en de inplanting van de arbeidsposten van de kassiersters;
3. opzetten van een opleidingstraject ter voorkoming van MSA. Het gaat hier om een eenmalige opleidingssessie die elke nieuwe kassierster voortaan met bijwonen aan het begin van haar loopbaan. Er worden geen opfrissingsopleidingen voorzien voor het bestaande personeel. De basisopleiding wordt jaarlijks georganiseerd wegens het relatief grote verloop.

Voor de etappes 1 en 3 werd een beroep gedaan op de preventieadviseur-ergonomie en (in een beperkte mate) de arbeidsgeneesheer behorende tot de externe preventiedienst waarbij de onderneming is aangesloten.

6.5.7.2 Aanleiding tot de interventie

De onderneming had in 2001 besloten om de arbeidsposten van de kassiersters te vernieuwen. Er werd van deze gelegenheid gebruik gemaakt om de een grondige risicoanalyse uit te voeren van deze arbeidsposten en bij het ontwerp van de nieuwe configuratie ervan meer rekening te houden

met ergonomische imperatieven. Dit ging mede gepaard met rentabiliteitsoverwegingen: door de interne preventieadviseur werd als voorbeeld aangehaald: "l'instauration de *douchettes* qui évitent à la caissière de trop manipuler un objet pour le scanner".

Behalve de reorganisatie van de betrokken arbeidsposten was er niet echt sprake van een specifieke aanleiding tot de interventie. De onderneming schenkt slechts beperkt aandacht aan het welzijn op het werk, met uitzondering van de problematiek van MSA, hoewel, volgens de interne preventieadviseur, het Comité PBW een erg actieve rol speelt.

6.5.7.3 Chronologie van de verschillende stappen

Zie hierboven. Het Comité PBW werd geraadpleegd alvorens tot de implementatie van de interventie werd overgegaan, maar voor het overigens was de inbreng van de werknemersafgevaardigden erg beperkt.

6.5.7.4 Beoordeling van de effectiviteit

De effectiviteit van de interventie, in de daaropvolgende periode, werd door de interne preventieadviseur geraamd op 4 (aanvaardbaar resultaat).

Een factor die een groter succes van de interventie beperkte was het feit dat er bij de betrokken personeelsleden een blijvende onenigheid bestond over de keuze van het type stoel. "Les caissières avaient le choix entre une chaise à bras rattaché au poste de travail ou une chaise indépendante sur roulettes. Les résultats de la consultation ont été très serrés puisque 47% ont opté pour des chaises à roulettes et 53% voulaient l'autre type. Une part importante des caissières se plaignent donc du type de chaises choisies pour leur poste de travail" (conseiller interne en prévention).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- de steun van de werknemers: "Les caissières ont été particulièrement satisfaites des changements apportés et elles nous en ont fait part. De plus, elles ont fait l'objet d'une consultation particulière pour déterminé le type de chaise qui serait choisi pour les caisses" (conseiller interne en prévention).
- de steun van de directie die voldoende financiële middelen ter beschikking stelde om de betrokken arbeidsposten aan te passen
- het feit dat de interventie goed gepland verliep, in verschillende duidelijk te onderscheiden etappes.

Er traden geen onvoorziene neveneffecten op. Er werd geen analyse van de effectiviteit van de interventie uitgevoerd. "Nous constatons une baisse des absences pour maladies, principalement dues à des TMS" (conseiller en prévention interne). Er waren geen kosten voor het binnenhalen van de externe expertise: de inbreng van de preventieadviseur-ergonomie en de arbeidsgeneesheer werd uitgevoerd in het kader van de forfaitaire financiering voor de aansluiting bij de externe preventiedienst.

6.5.8 Gevallenstudie MSA8: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsposten

6.5.8.1 Omschrijving van de interventie

Het project, dat aanvankelijk begon als een initiatief dat zich grotendeels beperkte tot het instellen van een rotatiesysteem binnen de verschillende productielijnen, deinde snel uit naar andere interventiecategorieën, in de eerste plaats het aanpassen van de arbeidsposten (voorzien van de mogelijkheden om staande of via een stazit-steun te werken, voorzien van in hoogte instelbare werkvlak-

ken, aanbieden van het basismaterieel op een aangepaste hoogte, aankoop van ergomatten, ...). Als laatste actie werd ook een systematiek van spierversterkende oefeningen ingevoerd.

6.5.8.2 Aanleiding tot de interventie

De interventie ging door in één bepaalde productieruimte waar fijn-mechanische assemblage gebeurde, grotendeels in een staande houding. Er werd vastgesteld dat in deze werkeenheid (maar ook in gelijkaardige) het ziekteverzuim begon te stijgen. Via de arbeidsgeneesheer werd vernomen dat dit absenteïsme vaak te wijten was aan MSA, zonder dat dit in omstandig cijfermateriaal werd gegoten.

Het initiatief ging uit van de hiërarchische lijn, en wel van verschillende niveaus tegelijkertijd, die het project op het getouw zette en de eerste stappen ondernam. Vrij snel werd het initiatief doorgegeven aan de interne preventiedienst, die van dan af de acties coördineerde en opvolgde.

6.5.8.3 Chronologie van de verschillende stappen

De aanvankelijke bedoeling was om de interventie in hoofdzaak te beperken tot het instellen van een rotatievolgorde, dat in de ogen van de hiërarchische lijn drie doelstellingen had: het verhogen van de polyvalentie van de betrokken werknemers, het doorbreken van de monotonie (en dus het reduceren van de psychosociale belasting) en het diversifiëren van de spierbelasting. Tot dan toe werkten de personeelsleden immers hoofdzakelijk aan één specifieke arbeidspost gedurende de ganse werkdag. De verantwoordelijken ontdekten evenwel al snel dat, indien men een rotatiestelsel wilde invoeren, de verschillende werkposten maximaal instelbaar moesten zijn, en dit op een erg gemakkelijke, maximaal geautomatiseerde manier. Dit leidde tot de aanschaf van heel wat materieel en de aanpassing van de hoogte-instelbaarheid van de werkvlakken en andere onderdelen van de arbeidsposten. Deze fase in de interventie besloeg meer dan 12 maanden en werd grotendeels zonder externe expertise uitgevoerd: "Ik ben altijd erg gevoelig geweest voor ergonomie en heb daar zelfs een gespecialiseerde opleiding rond doorlopen" (interne preventieadviseur). Bovendien bestond in de onderneming een werkgroep Ergonomie, bestaande uit een achttal personen afkomstig uit diverse werkeenheden (incl. de aankoopdienst). Deze dient als vraagbaak voor de werknemers en ook voor de managers/technici die bepaalde arbeidsmiddelen en kantoren moeten vormgeven. Soms komt dit team samen om in groep een oplossing te vinden voor een bepaalde problematiek: slechts indien dit niet lukt wordt dan externe expertise in de arm genomen. Dit gebeurde ook in het voorliggende project: er waren in de betrokken werkeenheid reeds een aantal ergonomische ingrepen gerealiseerd, maar dit bleek onvoldoende. Er werd dan de hulp ingeroepen van een ergonoom werkzaam in de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten. De actie werd volledig tot een goed einde gebracht: op het ogenblik van het onderzoek was alles in hoogte instelbaar; elke werknemer kreeg een individueel kaartje waarop zijn optimale instellingen worden opgegeven ('ergokaartje' genoemd), zodat deze, bij het begeven naar de arbeidspost, alle onderdelen op zijn/haar maat kan instellen zodat ergonomisch gewerkt kan worden.

Toen na de structurele aanpassingen plannen werden gemaakt om de werknemers te roteren, stelde de externe ergonoom vast dat de musculoskeletale belasting op de verschillende arbeidsposten erg gelijkaardig was en dat een rotatieschema weinig soelaas zou bieden inzake het voorkomen van MSA. Er werd dan beslist om het rotatieconcept toch te laten doorgaan, zij het op een niet-autoritair aangestuurde basis waarbij de personeelsleden zelf kunnen beslissen over de rotatiefrequentie en –volgorde, omdat de beide andere redenen (polyvalentie en afwisseling) blijvend belangrijk werden bevonden.

De laatste fase van de interventie betrof het ontwerpen en daarna aanleren van spierontspannende en –versterkende oefeningen, uit te voeren bij het begin van de werkdag. Ook dit gebeurde in

nauwe samenwerking met de externe ergonoom, die eerst, op basis van de gegeven situatie, de aard van deze oefeningen vastlegde en dan de oefeningen aanleerde, zowel ten aanzien van het eerstelijnsmanagement als de groepen betrokken werknemers. "Aanvankelijk was het de bedoeling om de oefeningen aan het begin van de shift verplichtend te maken, en ook ter gelegenheid van de pauzes (geraamde duur: 3 à 5 minuten). Maar al snel zijn we daarvan afgestapt en steken we vooral tijd in het motiveren van de mensen om die oefeningen alsnog uit te voeren" (supervisor).

Op het ogenblik van het onderzoek werd de actie als beëindigd beschouwd. Meer dan de helft van de werknemers zouden de spierontspannende oefeningen nog spontaan uitvoeren, niet altijd bij het begin van de shift maar vaak tussendoor, ter gelegenheid van korte stops, zo laten de betrokken lijnverantwoordelijken weten.

6.5.8.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door alle geïnterviewden werd het resultaat van de demarche in zijn geheel op een 5 op 6 geraamd (m.a.w.: een erg goed resultaat). Vooral de implementatie van de spierversterkende en relaxatieoefeningen leek de grootste impact te hebben.

Als belangrijkste remmende factor voor een totaalsucces werd aangehaald dat de interventie in hoofdzaak invloed had op klachten met betrekking tot de rug en de bovenste ledematen, maar dat de nekbelasting (te wijten aan de nood aan visuele controle van het fijnmotorisch werk) onaangeroerd bleef. "Om echt de zaak helemaal te kunnen afwerken, hadden we ook iets moeten doen aan de nekbelasting. In onze Amerikaanse vestiging werd er geëxperimenteerd met een individueel beeldscherm dat toelaat sommige productieactiviteiten beter te visualiseren. Daar bestond evenwel nogal wat weerstand tegenover en het is in mijn ogen onduidelijk of dit effectief een stap vooruit betekent. We weten niet goed hoe we dit moeten aanpakken" (interne preventieadviseur).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- het engagement van het management, van wie de ganse actie uitging, dat in de loop van de interventie, die toch een 2-tal jaren duurde, ongewijzigd bleef;
- het feit dat de interventie goed aangestuurd werd en systematisch werd aangepakt, in een goed evenwicht tussen externe en interne expertise en met een grote betrokkenheid van alle actoren;
- het feit dat de werknemers zelf uitdrukkelijk betrokken werden: "De mensen stonden erg open voor de aanpak, ook al omdat zij ondervonden dat de problemen reëel waren" (diverse managers). En nog: "Er werd met de mensen zelf continu gecommuniceerd" (werknemer).

6.5.9 Gevallenstudie MSA9: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.9.1 Omschrijving van de interventie

De belangrijkste opzet van de interventie was het uitbannen van recipiënten voor consolidatie en tussentijdse opslag van uit het magazijn gehaalde items, die wachten op verpakking en daarna verzending. Deze eenheid nam veel ruimte in beslag en was relatief onergonomisch geconcipieerd. Eenmaal deze basisbeslissing genomen, werden dan de consequenties op de totale lay-out bekeken en werden alternatieven voorgesteld, ook op het vlak van de gebruikte transportmiddelen. Hiervoor werd dan een ergonoom (via de externe preventiedienst) ingeroepen. Deze laatste fase was erg intensief, voortdurend werden er verdere kleine aanpassingen gemaakt die dan leidden tot een testperiode, op basis waarvan de aanpassing werd geaccepteerd ofwel een alternatief werd gezocht.

Tezelfdertijd moest ook het informaticasysteem gradueel worden aangepast, en dit was vaak de *bottleneck* en stropte het proces op. In de laatste fase van het project werden ook talrijke opleidingen (*on the job training*: mensen leren werken in hun nieuwe omgeving) gegeven. Sommige taken blijken vrij ingrijpend veranderd te zijn, onder meer op het vlak van planning/tijdsindeling en autonomie. In deze opleidingssessies kwamen eerst de supervisors aan bod en daarna de werknemers zelf. Eén van de positieve aspecten was dat enkele zware jobs (grote stukken, banden, verzenden van pakken catalogi) voortaan verspreid worden onder een ganse reeks personeelsleden, waar zij vroeger werden uitgevoerd door enkele personen in een beurtrol.

6.5.9.2 Aanleiding tot de interventie

De inpak- en verzendingsafdeling van de onderneming kende een diversiteit aan ergonomische problemen. De manier waarop de zwaarste/logste items uit de rekken moesten worden gehaald en vervoerd werden was erg problematisch. Hier werd een rolbeurt voor uitgevonden, en de werknemers die daar moesten werken voelden zich altijd 'de sigaar' (bedrijfsleider). Maar ook in de lichtere afdelingen was het werk onergonomisch: hoewel de te transporteren gewichten nooit erg zwaar waren, waren de karren dat wel en deze waren relatief onhandelbaar. Bovendien stonden de werknemers bijna altijd in voorovergebogen, soms geknielde houdingen.

Dit werd opgemerkt door de bedrijfsleider die erg begaan is met het welzijn van het personeel (gezien de kleinschaligheid van de onderneming was er geen permanent interne preventiedienst; alleen in de laatste fase kon, via de bovenliggende groep, een nieuw aangeworven interne preventieadviseur worden ingeschakeld voor de coördinatie van het project). Bovendien was de ganse afdeling in de loop der tijden organisch gegroeid en verliep de *flow* van goederen en mensen niet gesmeerd. De bedrijfsleider wenste de *lay-out* van de werkeenheid grondig te herzien om een productiviteitsstijging te realiseren en daarnaast tegelijkertijd de arbeidsomstandigheden te verbeteren: "Het ene had klaarblijkelijk te maken met het andere. Wij wilden een duidelijke win-winsituatie" (bedrijfsleider).

6.5.9.3 Chronologie van de verschillende stappen

De totale duur van de actie besloeg een kleine twee jaar, waarvan het eerste jaar werd besteed aan risicoanalyse en bevraging van de betrokkenen, op basis waarvan dan herinplantingsplannen werden gemaakt. De eerste risicoanalyse gebeurde via de formule van de 'statische observaties', waarbij zowel werknemers, Comitéleden als leidinggevenden betrokken zijn. "We zijn dan eerst begonnen met de dringendste problematiek, namelijk de behandeling van de grote stukken. Daarna hebben we gekeken naar de volumestroom: welke items zorgen het meeste voor verhandelingen?" (project manager). Voor de vormgeving van verdere details van de individuele arbeidsposten en de keuze van de hulpmiddelen werden eveneens participatieve risicoanalyses uitgevoerd. De eigenlijke aanpassing van de werkplaatsen en het gebruikte materieel duurde ongeveer drie maanden.

De externe preventieadviseur-ergonomie is een viertal keren in de onderneming aanwezig geweest, verspreid over de loop van het project; voor het geven van inhoudelijk advies en het mee ondersteunen van de participatieve aanpak. "Die expertise van buiten was effectief nodig" (interne preventieadviseur).

Het initiatief ging duidelijk uit van de zaakvoerder, die de interventie tot aan de afsluiting van kortbij opvolgde, vaak ook via een project manager die als tweede in bevel fungeerde.

6.5.9.4 Beoordeling van de effectiviteit

De interventie gaf aanleiding tot een rentabiliteitsstijging van 10%. Daartegenover stonden de hoge implementatiekosten, voornamelijk op het vlak van man-maanden. Het effect was voor iedereen

voelbaar, doch "in de eerste plaats de teamleiders, voor wie de werkplanning thans heel anders verloopt. Maar natuurlijk voelt de werknemer op de vloer zelf ook aan den lijve de veranderingen" (project manager).

De interventie wordt, qua effectiviteit, hoger ingeschat door de leidinggevenden (score 5 op een schaal van 6) dan door de werknemers (score 3 op een schaal van 6).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgde:
- het feit dat de bedrijfsleider de acties voor 100% steunde en door zijn dagelijkse aanwezigheid borg stond voor reële veranderingen;
- het feit dat alle werknemers betrokken werden bij elk van de opeenvolgende stappen van de interventie. "Werknemers hebben iets minder zicht op de globale problematiek, je moet hen niet vragen om de *lay-out* van een ganse afdeling te hertekenen, maar geven heel valabele suggesties voor het vormgeven van hun directe werkomgeving" (bedrijfsleider). "Telkens als er iets nieuws werd gepland, werden wij gevraagd om daar onze mening over te geven, en die werd dan genoteerd. Het gebeurde regelmatig dat daar achteraf mee rekening bleek gehouden" (een werknemer). "Dit gebeurt nog steeds voor elke verandering: er wordt dan uitgelegd wat er staat te gebeuren en daarna mogen we daar onze mening over geven" (een andere werknemer);
- het feit dat de weerstand tegen verandering vanwege de werknemers beperkt was. "De mensen zijn het hier gewoon geraakt dat alles hier regelmatig verandert" (bedrijfsleider);
- de actie werd erg planmatig gevoerd en stap voor stap opgebouwd. Alle wijzigingen werden getrapt uitgevoerd zodat iedereen de tijd kreeg om te wennen. "Mochten we het allemaal nu opnieuw moeten doen, we zouden het nog planmatiger kunnen uitvoeren, dan hadden we nog meer gerealiseerd" (bedrijfsleider).

Er blijken meerdere onvoorziene neveneffecten te zijn. "De bufferfunctie van de tussentijdse opslag is deels weggevallen, zodat wanneer de planning te kort op deadline valt dit wel eens voor stress zou kunnen zorgen. Niet alleen de lay-out van de werkplaats, maar ook de ganse arbeidsorganisatie werd veranderd. Wij zijn daar nu nog steeds mee bezig, vooral op het niveau van de team leaders. Deze weerstand tegen verandering is zeker een onvoorzien neveneffect geweest, wij moesten daar meer tijd insteken dan we gedacht hadden" (bedrijfsleider). "De weerstand tegen verandering vanwege de werknemers zelf was voor ons kleiner dan verwacht" (project manager). Een ander, zij beperkt van belang zijnde, neveneffect was het feit dat één bepaalde werkeenheid minder betrokken was bij de interventies: zij voelden zich enigszins 'verwaarloosd'.

Een ander, positief, neveneffect was dat, tengevolge van de ergonomische interventies, bepaalde werkposten ineens aantrekkelijk werden. Daarnaast wordt ook de opleidingstijd van nieuwe werknemers bekort: doordat de opeenvolging van handelingen logischer is geworden, zijn nieuw aangeworvenen nu sneller operationeel.

6.5.10 Gevallenstudie MSA10: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.10.1 Omschrijving van de interventie

De interventie ging door in een oude afdeling waarvan de vormgeving organisch gegroeid is. De werkomstandigheden werden extra bezwaard omdat het ging over zware en gevaarlijke machines die goed beveiligd waren door diverse noodstop-elementen – die anderzijds maakten dat de operator soms weinig manoeuvreerruimte heeft en er moest voor oppassen om de machine niet nodeloos

stil te zetten. Er waren ook nogal wat hoogteverschillen (bordessen onder de diverse machines) die het transport van het materiaal bemoeilijkten.

"We hadden via onze externe preventiedienst nog wat tijdskrediet tegoed en we hebben in dit kader dan de externe ergonoom gevraagd om eens naar deze werkposten te komen kijken". In deze oudere afdeling zijn nogal wat diverse problemen: zowel de aanvoer (relatief zware blokken basismateriaal die eerst nog moeten doorgesneden worden via een guillotineschaar) en ook de afvoer van het materiaal gebeurt niet optimaal: transport van een nogal zware last over enige afstand, en ook het werken aan de walsen noodzaakt erg veel inspannende acties vanuit ongebruikelijke houdingen (de operator moet zich onder meer diep bukken en dan kracht uitoefenen).

De interventie kwam neer op een gedeeltelijke herinrichting van de betrokken werkeenheid en de verandering van de toevoer- en afvoerstromen, gekoppeld aan een modernisering van de drie bewuste machines, in de eerste plaats vanuit het oogpunt om MSA bij de betrokken werknemer te beperken.

6.5.10.2 Aanleiding tot de interventie

Het project ging door in een werkeenheid waar drie oudere machine opgesteld staan voor een specifieke productie. In deze afdeling, waar normaal slechts één werknemer werkt en dan nog maar in één enkele ploeg, waren al lang klachten en problemen; zo is de betrokken werknemer ooit eens meerdere weken thuisgebleven met rugklachten. "We wilden daar al lang iets aan doen, maar het kwam er niet van, tot we beslisten om hieraan prioriteit te geven" (interne preventieadviseur).

De initiator van de interventie was de betrokken werknemer zelf.

6.5.10.3 Chronologie van de verschillende stappen

"De opdracht die aan de ergonoom gegeven werd, bestond erin deze productie-eenheid te bekijken in zijn globaliteit en een reeks aanbevelingen van diverse aard te formuleren. Dit gebeurde: de aanbevelingen betroffen een mix van herlay-outing, verandering van de manier van werken en aanpassing van de arbeidsmiddelen" (interne preventieadviseur). "Voor het formuleren van de aanbevelingen werd meerdere malen de werkeenheid bezocht en werd er samengezeten, onder meer ook met de operator zelf zodat deze ook zijn mening kon zeggen en zich op deze manier betrokken voelde bij het project" (verantwoordelijke engineering).

De te bekijken arbeidsposten bestonden reeds geruime tijd en de interne preventieadviseur was enigszins beducht voor bedrijfsblindheid. Bovendien besefte men dat het ging over een complexe problematiek die nogal wat deelaspecten bevatte. Daarom vond men het nuttig een extern expert in te roepen, de ergonoom van de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten. De expertise werd voornamelijk ingehuurd voor het houden van een risicoanalyse en het formuleren van concrete verbeteringsprojecten tot in een grote mate van detail. "Kleine ergonomische ingrepen kunnen we zelf wel de baas, maar wanneer het gaat over een grondige aanpak van een eerder complexe problematiek, is de interventie van zo'n externe ergonoom belangrijk" (verantwoordelijke engineering).

Na de fase van de risicoanalyse werd een vergadering belegd met de interne preventiedienst, productie en engineering om een stand van zaken op te maken en af te wegen elke acties prioritair werden bevonden. Dan werden de eerste verbeteringen aan de werkeenheid aangebracht: aankoop van enkele hulpmiddelen, gevolgd door het (in eigen beheer) ontwerpen van een hulpmiddel waardoor de meest belastende activiteit (uit te voeren onder werkhoogte) werd verlicht: er werd een aangedreven band onder de machine aangebracht die het einde van het gewalste product aanbiedt aan de

operator. Het is vooral deze ingreep die door de betrokken werknemer in dank werd afgenomen. Stapsgewijs werd de operator dan ook geïnstrueerd om zijn handelingen op een meer ergonomische wijze uit te voeren (bv. het uitpakken van de blokken rubber). Een verdere stap was het aanpassen van de guillotine (die geen beenruimte toeliet); volgens het plan van de ergonoom werd deze best ook verplaatst, maar dit zou teveel gekost hebben (verplaatsing van een zware oven). Daarnaast werden ook enkele karretjes aangeschaft om het transport van de verschillende lasten te vergemakkelijken. Tegelijkertijd werd ook de werkorganisatie herzien om overbodige verplaatsingen te vermijden.

6.5.10.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de verschillende gesprekspartners werd aan de interventie een score van 4 (goed) à 5 (zeer goed) op 6 gegeven. De interventie werd, louter financieel gezien, niet rendabel geacht. Maar het geheel van de actie heeft ook op andere vlakken een positief resultaat gehad: conformiteit van de installatie met veiligheidsnormen, beperking van het lawaainiveau, vervanging van ouder materieel dat weliswaar nog functioneerde maar in één moeite vervangen werd.

Het feit dat het ging om een sinds lang bestaande lijn met verouderde machines was de belangrijkste hinderende factor die een betere score in de weg stond; "Je kan een bestaande lijn, zeker als die wat ouder is, nooit conform de moderne standaards maken, zelfs niet met hoge investeringen" (onderhoudsverantwoordelijke). "Gegeven de beperkingen van een bestaande situatie, was de actie geslaagd. Mochten we vanaf nul konden beginnen, zou die arbeidspost er helemaal anders uit zien. Maar binnen de huidige beperkingen hebben we het goed gedaan" (verantwoordelijke engineering).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- de evidentie van de problematiek: "wij zagen zelf wel in dat dit een van de zwaarste jobs was van dit bedrijf, misschien wel dè zwaarste" (productieverantwoordelijke);
- "het teamwerk was de grootste reden van succes: het feit dat meerdere leidinggevenden en de externe ergonoom en de betrokken werknemer zelf samen het project opvolgden en afwerkten" (productieverantwoordelijke).

Een positief neveneffect was dat het voor de ganse bedrijfsgemeenschap duidelijk was dat de onderneming zich hoge investeringen heeft getroost om de arbeidspost van één enkele persoon te verbeteren.

6.5.10.5 Opmerkingen

"Als er een ongeval gebeurt, dan wordt daar altijd snel op gereageerd, maar voor ergonomie is dat minder duidelijk" (hoofd engineering).

6.5.11 Gevallenstudie MSA11: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.11.1 Omschrijving van de interventie

De risicoanalyse, in een afdeling die voedingsmiddelen verwerkte, werd uitgevoerd door een externe ergonoom, gaf aanleiding tot zeven voorstellen van interventies. Op basis hiervan werden een aantal ingrepen op de arbeidspost uitgevoerd: het aanbrengen van voetmatten en het voorzien van opstapjes (de lijn werd opgesteld op een bodemplaat). De voetmatten bleken in eerste instantie te klein, er werden dan nieuwe aangekocht. Verder werden alle werktafels op eenzelfde hoogte gebracht (tot dan toe verschilden de werkhoogten, dit was zo gegroeid). De lijnen die bevroren producten aanvoeren werden daarenboven voorzien van een hulpmiddel op de lopende band (voor

de niet-bevroren producten werkt dit niet omdat deze hierdoor beschadigd worden) waardoor de producten naar de buitenkant van de band worden geleid.

Deze risicoanalyse suggereerde ook sta-zitstoelen, en hier was van het begin af aan nogal controverse rond (het heeft ook geleid tot discussies in het Comité). We hebben toen een 5-tal types stoelen laten testen, en op basis hiervan werd een bepaald type gekozen. "Na een korte inrijperiode doken er problemen op: het werktempo van mensen die zitten op dergelijke stoelen ligt lager dan wanneer je staand kan werken. Dit heeft voor gevolg dat, als er enkele mensen gaan zitten, dat de rest dan harder moet werken. Sommige mensen wilden immers niets weten van die stoel, en die moesten dan een hoger werktempo ontwikkelen en dat zorgde natuurlijk voor wrijvingen, tot en met ruzies tussen de betrokkenen en discussies op het Comité PBW. Het waren vooral de oudere werknemers die die stoelen niet zagen zitten. Intussen zijn daarvan sommigen op pensioen gegaan en is er één persoon van job verwisseld" (interne preventieadviseur). Hierdoor zijn de wrijvingen wat geminderd.

6.5.11.2 Aanleiding tot de interventie

De actie werd doorgevoerd in de inpakafdeling, meer bepaald een lijn waaraan vrouwelijke werknemers, in een rijtje staande aan weerszijden van de band, een ganse werkdag repetitieve inpakhandelingen uitvoeren. "Op een bepaald ogenblik kregen we herhaalde klachten, bijvoorbeeld over spataderen. We hebben dan besloten een risicoanalyse te laten uitvoeren: dit gebeurde in 2008. Er was bovendien een verschil tussen de verschillende werkposten aan de lopende band. De dames aan het begin van de band namen logischerwijze de snacks op die het kortste bij gelegen waren, terwijl de volgende dames verder moesten reiken om de dieper gelegen snacks te kunnen oprapen" (interne preventieadviseur).

Het initiatief van de actie ging uit van de werknemersafvaardiging in het Comité PBW en werd dan overgenomen door de productiemanager. De uitvoering kwam in handen van de interne preventieadviseur.

6.5.11.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interventie duurde in het totaal een 5-tal jaren en werd rond het ogenblik van het bezoek afgesloten. Nadat een reeks aanpassingen waren gebeurd, werd een nieuwe risicoanalyse uitgevoerd. "Daar kwam dan uit dat we best een stasteun aanbrachten in plaats van zittende posities te voorzien. Op basis van de richtlijnen van de externe ergonoom hebben we dan zelf een eigen fabricaat ontworpen, een soort breed fietszadel, vastgemaakt aan de band via een inklapbare zwenkarm, in hoogte en diepte instelbaar, waarin werknemers half-staand, half-zittend nog veel bewegingsvrijheid overhouden. Werknemers die het ding niet willen gebruiken kunnen de arm gewoon onder de machine inklappen, dan staat er niets meer in de weg" (interne preventieadviseur). Deze inklapbare armen worden alleen voorzien voor de twee eerste posities, aan het begin van de band; de andere werknemers werken staande. Om dan de arbeidsbelasting wat evenwichtig te verdelen, wordt een rotatiesysteem ingevoerd tussen de verschillende posities aan de band. Deze rotatie vindt voortaan ook plaats tussen de verschillende lopende banden: ook dit verhoogt, om diverse redenen, het comfort van de werknemers. Ook hier werden meerdere modellen getest: er moeten vermeden worden dat mensen van het zadel afschuiven, en het zadel moet voldoende bewegingsvrijheid toelaten. Bovendien moet het comfort gegarandeerd blijven. "De directie opteert hierbij duidelijk voor een sta-zitsteun, eerder dan een soort stoel" (interne preventieadviseur).

6.5.11.4 Beoordeling van de effectiviteit

De onderneming heeft een duidelijk zicht op de aanschafkosten (inhuren expertise, aankoop van diverse materialen): de tijdsinvestering van het eigen personeel werd niet geraamd. Het resultaat

werd nogal uiteenlopend geëvalueerd: van 2 (net aanvaardbaar) tot 5 (erg goed) op een schaal van 6. De globale rentabiliteit werd niet berekend, doch wordt positief aangevoeld. Bewijs is dat de benadering in de toekomst ook gaat uitgebreid worden naar de tweede inpakafdeling. Het ziekteverzuim lijkt immers, op de betrokken lijn, gedaald.

De factor bij uitstek die het succes van de interventie dreigde tegen te werken was de weerstand tegen verandering: het feit dat het bedrijf relatief veel oudere werknemers in dienst heeft, maakte dat sommige interventies niet altijd konden doorgaan. "Sommige werknemers die hier al twintig jaar hetzelfde doen krijg je er niet toe gebracht om van functie te roteren (...). De externe ergonoom heeft wel tijd gestoken in het aanhoren van de werknemers, hetgeen een positieve invloed heeft gehad op het welslagen van het project" (interne preventieadviseur).

Verder was de productieverantwoordelijke van mening dat de externe preventieadviseur te weinig binding met het bedrijf had en daarom eerder theoretische oplossingen naar voren schoof: "Ik zou nu sneller geneigd zijn om in eerste instantie te gaan werken met de constructeur van een arbeidsmiddel. Het voorbeeld is nu de laatste actie in verband met de stazit-steun, waarbij we alles in eigen beheer gedaan hebben" (productieverantwoordelijke).

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- de participatieve aanpak: "De werknemers zelf hebben vaak goede ideeën. Ik ga dan ook regelmatig met iedereen praten, zo kom je veel te weten" (interne preventieadviseur);
- de steun van de directie die zich volledig achter de interventie geschaard hebben. Soms bleek het nodig om bepaalde zaken, na een intensieve consultatieronde, toch nog op te leggen. "De weerstand tegen verandering vanwege sommige werknemers zal doorbroken worden door het opleggen van werkmethoden (bv. de verplichting om deel te nemen aan de rotatiecyclus)" (productieverantwoordelijke).

Er werden geen gewenste of ongewenste neveneffecten vastgesteld.

6.5.12 Gevallenstudie MSA12: Interventiecategorie Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.12.1 Omschrijving van de interventie

De interventie vond plaats in één bepaalde werkeenheid, waarin liquide producten worden verpakt en herverpakt. Hiervoor werd één bepaalde verpakkingslijn ontworpen, die geleidelijk aan werd uitgebreid. In de huidige vorm werken hieraan drie mensen per ploeg. In principe draait deze werkeenheid de klok rond en occasioneel ook tijdens het weekend. Het principiële opzet was een rotatiesysteem in te voeren, waarin de drie betrokken werknemers relatief frequent konden roteren overheen de drie arbeidsposten. Dit had de volgende consequenties:
- de eerste arbeidspost werd aanzien als technischer en veeleisender. Hiervoor werd een meer ervaren en geschoolde werknemer uitgekozen. In de loop van de tijd werd deze arbeidspost minder technisch vormgegeven waardoor deze ook kon worden waargenomen door minder ervaren werknemers;
- de verschillende arbeidsmiddelen moesten, meer dan vroeger, in hoogte instelbaar zijn om een rotatie toe te laten.

6.5.12.2 Aanleiding tot de interventie

De onrechtstreekse aanleiding was de aandrang om te komen tot een verhoging van de productiviteit in alle afdelingen. De directe aanleiding van de interventie was het opduiken van herhaalde

klachten over MSA, gekoppeld aan de vrees dat deze, door de productieverhoging, zouden leiden tot uitval. De firma wilde hierop anticiperen. "Er waren niet echt klachten toe we met de actie begonnen, en ook waren er weinig MSA, maar we wilden absoluut vermijden dat we in een problematische situatie terecht zouden komen" (interne preventieadviseur).

De interne preventieadviseur was de initiator van de actie en stuurde het ganse proces aan. Er werd sterk aangeleund bij de hiërarchische lijn die actief meespeelde.

6.5.12.3 Chronologie van de verschillende stappen

De externe expertise werd ingehuurd wegens de beperkte interne deskundigheid op het vlak van ergonomie, gekoppeld aan tijdsbeperkingen vanwege de eigen werknemers. "Een externe ergonoom is eveneens een remedie tegen bedrijfsblindheid: hij/zij kan de problematiek vanuit een propere lei bekijken" (interne preventieadviseur). Deze medewerker van de externe preventiedienst werd ingehuurd voor punctuele opdrachten in de loop van de interventie, eenmaal deze gevorderd was, in hoofdzaak op het vlak van de risicoanalyse en de daarmee gepaard gaan prioritarisering. "Het via cijfermatige risicoanalyses helpen vastleggen van de prioriteiten: wegens de begrensde financiële mogelijkheden werd beslist om de meest acute problemen eerst aan te pakken. Hiervoor waren de uitkomsten van de risicoanalyses gebeurd door de externe ergonoom essentieel" (interne preventieadviseur).

Een eerste stap was een overleg tussen deze beide partners. Dan werd besloten gradueel een actie op te zetten van eerder lange duur, in functie van de financiële mogelijkheden. Een belangrijk moment was de verhuizing van de inpakeenheid naar een andere locatie, doch dit was niet de echte *trigger* (een aantal acties waren reeds genomen op de oude locatie): wel gaf deze verhuizing bijkomende mogelijkheden om de arbeidsorganisatie aan te passen (bv. het op grondniveau brengen van de verschillende arbeidsmiddelen, waardoor het op- en afstappen van trapjes en platformen werd beperkt).

Er gebeurde geen voorafgaande risicoanalyse voor het geheel van de verschillende werkposten. Men verkoos te werken via gesprekken met werknemers die de grote pijnpunten duidelijk maakten. Daarna pas, in de loop van de verschillende deelprojecten, werden formele risicoanalyses opgemaakt.

De interventie is reeds meerdere jaren lopende. Er zullen nog bepaalde acties volgen alvorens de interventie kan beschouwd worden als afgesloten.

6.5.12.4 Beoordeling van de effectiviteit

In de eerste plaats lijkt het invoeren van een rotatiesysteem de belangrijke stap geweest te zijn in het ganse veranderingsproces. Door alle betrokken partijen wordt voor het geheel van de interventies een globale effectiviteitsscore van 5 op 6 meegegeven.

In de gesprekken kwamen de volgende twee remmende factoren aan bod:
- in deze tak van een grote multinationale onderneming moet elke investering verantwoord worden en er moet een payback berekening op uitgevoerd worden. Dit is de reden waarom het project trapsgewijs moest worden aangepakt, en de laatste verbeteringen pas na meerdere jaren konden worden doorgevoerd;
- de eis tot bacteriologische zuiverheid (eigen aan de betreffende bedrijfstak) hield bijvoorbeeld in dat geen zachte/verende stoelen kunnen aangewend worden.

Factoren die het succes van de interventie bevorderden waren de volgende:
- het feit dat de werknemers verantwoordelijkheid opnamen voor het slagen van de acties. De interventie werd aangestuurd middels diverse vergaderingen in werkgroepen, waarin werknemers duidelijk een stem hadden. "Ook verantwoordelijken waren hierin betrokken: zij konden dan onmiddellijk aan de betrokken werknemers duidelijk maken waarop bepaalde voorstellen niet realiseerbaar waren, bijvoorbeeld om financiële redenen. Deze manier van werk slaagt alleen maar indien het bedrijf een open communicatiecultuur hanteert, ook op andere vlakken dan het welzijn op het werk" (interne preventieadviseur);
- het feit dat er op diverse plaatsen in de vestiging ergonomische projecten doorgaan, waardoor werkeenheden zich met elkaar gaan vergelijken en een 'gelijke' behandeling willen. Dit werd vooral door de werknemers benadrukt.

6.5.12.5 Opmerkingen

"Het feit dat je ergonomie gemakkelijk kan combineren met factoren die de output ten goede komen, maakt dat deze aanpak ten aanzien van het management goed te verdedigen is" (interne preventieadviseur).

6.5.13 Gevallenstudie PSR1: Procedurele acties

6.5.13.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof het opzetten van een beleid inzake agressie vanwege patiënten en klanten. Dit leidde tot het vastleggen van een aantal gedragscodes op dit vlak en het opleiden van een groep personeelsleden die als opdracht kregen in het geval van een agressie daadwerkelijk tussen te komen. Alle personeelsleden werden op de hoogte gebracht van de afspraken; ook in het kader van de onthaaldagen voor nieuw aangeworven werknemers wordt deze problematiek grondig behandeld.

Het departement Psychosociale aspecten van de externe preventiedienst waarbij het ziekenhuis was aangesloten werd ter hulp geroepen omdat deze beschikte over een standaard stappenplan op dit vlak. De interventie van deze externen werd beperkt omdat de kostprijs hoog is, maar ook omdat het eigenlijke implementatiewerk best gebeurt binnen de instelling. De grootste kosten waren de tijdsbesteding van het personeel zelf, dit werd evenwel niet verrekend (vergaderingen, opstellen van documenten, opleidingen). Verder wordt voor sommige opleidingen een beroep gedaan op een externe firma, die een aanbod heeft om de reactie op (gesimuleerde) agressie in te oefenen.

6.5.13.2 Aanleiding tot de interventie

Aanleiding waren stijgende problemen van agressie, culminerend in een aanval op een geneesheer met een mes. "Doch dit was niet de hoofdreden. Onze directie Verpleegkunde heeft de gewoonte om kort op de bal te spelen en via contacten met andere ziekenhuizen vernamen zij dat problemen op dit vlak snel kunnen escaleren. Men heeft er dan voor geopteerd om van een beleid op dit vlak werk te maken" (interne preventieadviseur).

6.5.13.3 Chronologie van de verschillende stappen

In eerste instantie werd de problematiek aangekaart door de werkgever op een Comitévergadering. Op basis van die discussie werd een werkgroep opgericht, bestaande uit de interne preventieadviseur, de vertrouwenspersoon van de instelling, en diverse leidinggevenden en werknemers (vooral uit risicodragende diensten). Er werd niet bewust gezocht achter werknemersafgevaardigden om de werkgroep te vervolledigen.

Het voorzitterschap van deze werkgroep wordt waargenomen door de interne preventiedienst, die ook de drijvende kracht blijft uitmaken van de ganse opzet. In de ontwikkelingsfase leverde de externe preventiedienst ondersteuning, in de eerste plaats op het vlak van standaardprocedures, een visietekst (besproken op het Comité) en een begrip van standaardopleidingen die in dit kader moeten worden georganiseerd.

De aanpak is duidelijk en draait momenteel op routine. Het proces wordt verder bewaakt via de werkgroep, doch voorlopig zijn geen nieuwe acties meer gepland, ook al omdat uit de cijfers blijkt dat de problematiek onder controle is.

6.5.13.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de interventie geëvalueerd als erg geslaagd (zeer goed resultaat: score 5 op een schaal van 6). Twee geïnterviewde werknemers waren minder enthousiast: zij quoteerden de effectiviteit van de interventie lager.

De factoren die het succes van deze interventie hinderden waren:
- de beperking van de in te zetten middelen, zowel op het financiële vlak als inzake tijdsbudget. "Iedereen is overbelast en zit niet te wachten op nog een vergadering meer. Maar je kan dit soort dingen niet op punt stellen zonder dat daarover intensief wordt vergaderd" (interne preventieadviseur);
- het feit dat de problematiek bijzonder delicaat ligt en incidenten op dit vlak nooit kunnen vermeden worden. "Eigenlijk zou het ziekenhuis enkele vaste toezichthouders moeten hebben die continu in uniform rondlopen om alle aanwezigen constant duidelijk te maken dat er een effectief toezicht is op het gedrag van iedereen. Maar de directie wil dit niet, ook al omdat dat wellicht teveel kost" (2 werknemersafgevaardigden).

Positief beïnvloedende factoren waren:
- het initiatief van de interventie ging uit van de hiërarchische lijn, en ook gedurende de praktische implementatie was de inbreng van de leidinggevenden nadrukkelijk aanwezig. De leidinggevenden hebben overigens de concrete actiepunten zonder enige discussie geïntegreerd in hun manier van aansturen;
- "de werknemers waren duidelijk vragende partij voor een dergelijke aanpak, en ondervonden aan den lijve dat deze toegevoegde waarde had" (interne preventieadviseur).

Er trad, volgens de interne preventieadviseur, een positief neveneffect op dat niet helemaal onverwachts kwam: "De werknemers voelen zich momenteel geruster: ze weten dat, in het geval van een incident, er snel hulp kan geboden worden. Dit heeft zeker een impact op de psychosociale belasting van onze personeelsleden" (interne preventieadviseur).

6.5.14 Gevallenstudie PSR2: Procedurele acties

6.5.14.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof het opzetten van procedures ter behandeling van OGGW. De ganse aanpak ging uit van de interne preventiedienst, in nauwe samenwerking met de externe PAPS. Vooreerst werden nieuwe vertrouwenspersonen aangesteld, erop toeziend dat ze beter gespreid waren over de ganse organisatie en ze talrijker waren. Tevens kregen ze de kans om zich goed bij te scholen. Verder werd de samenwerking met een externe PAPS geformaliseerd.

De eigenlijke actie betrof het opstellen en afkondigen van een beleidsvisie, alsmede het opstellen en afkondigen van een procedure met betrekking tot het aangeven van een geval van OGGW; dit leidde tot twee dienstnota's. De operatie werd geflankeerd door het ophangen van sensibiliserende posters en affiches waarop de coördinaten van de te contacteren personen worden aangegeven. Ook krijgt elk nieuw personeelslid, tijdens zijn onthaalronde, een grondige uitleg over het welzijnsbeleid waarbij OGGW een bijzondere aandacht geniet.

Verder werd de bestaande standaardaanpak inzake opleidingen bestemd voor iedereen van het leidinggevend kader, van hoog tot laag, uitgebreid met een module gewijd aan preventie; hierin worden OGGW en de bestaande afspraken hierrond nadrukkelijk behandeld.

6.5.14.2 Aanleiding tot de interventie

Er was binnen de organisatie geen sprake van een specifieke acute problematiek met betrekking tot OGGW. "Ik ben hier begonnen in 2006, en toen was de pestwet al vier jaar oud zonder dat daar veel rond gebeurd was. Wel waren hier toen al twee vertrouwenspersonen en zelfs een interne PAPS, maar dat functioneerde allemaal nogal ongestructureerd, eigenlijk gebeurde er niets. De vertrouwenspersonen zijn er toen mee gestopt en de PAPS heeft zelfs de organisatie verlaten. Ik heb dat dan wat professioneler willen aanpakken, in de eerste plaats omdat ik wilde dat wij, als deel van de overheid, de wettelijke verplichtingen correct naleefden" (interne preventieadviseur).

6.5.14.3 Chronologie van de verschillende stappen

"Eerst ben ik gaan spreken met de Directeur Personeel en Organisatie, waarbij ik hem het wettelijk kader uitgelegd heb. Deze ging ermee akkoord dat hier actie moest worden ondernomen. Dan zijn we naar de directie getrokken, die, in verschillende fasen en na tussentijdse aanvullingen, de goedkeuring gaven aan de beleidsverklaring en de verschillende nota's die we in dit verband hadden opgesteld. Daarna zijn we naar het overkoepelend overlegcomité geweest, omdat onze actie de ganse organisatie besloeg; ook hier werden de teksten, in meerdere fasen, besproken, geamendeerd en tenslotte goedgekeurd. In 2007 is dan de ganse benadering geïmplementeerd via een dienstnota" (interne preventieadviseur).

De aanpak is intussen voor iedereen duidelijk en draait momenteel op routine. Het proces wordt verder bewaakt via de interne preventieadviseur, doch de interventie kan als afgesloten beschouwd worden. Zij besloeg in zijn geheel een 7-tal maanden.

6.5.14.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de interventie geëvalueerd als geslaagd zonder meer (een score 4 op een schaal van 6).

De factor die, in de ogen van de interne preventieadviseur en de externe PAPS, het succes van deze interventie afremde was het feit dat de meeste communicatie erg formeel verliep, zoals dit allicht gebruikelijk is in een grote overheidsadministratie. In de toekomst wenst men veel meer rechtstreeks te communiceren met de werknemers.

Positief beïnvloedende factoren waren:
- het feit dat er reeds vertrouwenspersonen en een interne PAPS in de organisatie actief waren, waardoor de personeelsleden, werknemersafgevaardigden en de hiërarchische lijn al enige ervaring hadden met het reglementair kader terzake;
- de beschikbaarheid van een externe PAPS die niet werd beschouwd als vreemd aan de organisatie en de bereidheid van de externe preventiedienst om snel op de bal te spelen.

6.5.14.5 Opmerkingen

"Er werd nu pas een algemene risicoanalyse inzake PSR uitgevoerd door middel van enquêtes, naast de politiek van tweejaarlijkse tevredenheidsenquêtes die we de voorbije periode aan het voeren zijn. Ik verwacht eigenlijk niet dat we daar iets nieuws uit gaan leren. Maar het is een algemene verplichting en dus doen we dat. Maar het algemeen beeld komt eigenlijk overeen met hetgeen we verwacht hadden. We hebben recentelijk nu wat meer details gehad, waarin onder meer de verschillende diensten met elkaar vergeleken worden. Misschien komt daar dan iets uit" (interne preventieadviseur).

6.5.15 Gevallenstudie PSR3: Procedurele acties

6.5.15.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof het opzetten van een beleid inzake melding en opvolging van gevoelens van ondernemingsgebonden stress bij individuele werknemers. De interventie behelsde eerst en vooral een uitbreiding van het aantal vertrouwenspersonen zodat er steeds minstens één persoon aanspreekbaar is (de onderneming werkt in een ploegenstelsel). "De interventie heeft een individueel en een collectief luik. We willen zowel een procedure vastleggen voor de behandeling van een individuele stressproblematiek; en tegelijkertijd willen we uitstippelen welke opeenvolgende stappen kunnen worden genomen en door wie, om hierop een antwoord te bieden. (...) Het tweede luik viseert een collectieve aanpak: we willen op basis van een goede registratie van al die individuele meldingen patronen detecteren die ons een indicatie kunnen geven omtrent de prioriteiten van aanpak" (externe PAPS). De krijtlijnen stonden op het ogenblik van het onderzoek vast en werden stap voor stap besproken in een werkgroep Stressbeleid vooraleer ze door de directie werden geconsacreerd.

6.5.15.2 Aanleiding tot de interventie

Het bedrijf heeft een lange traditie van persoonlijke bevragingen, en maakt daar tijd en middelen voor vrij. Dit wordt in eerste instantie aangestuurd door de hoofdzetel, die tweejaarlijks een tevredenheidsenquête organiseert, waarvan de vragen lokaal kunnen worden aangevuld in functie van plaatselijke specificiteiten. "Voor de algemene vragen wordt je dan als vestiging vergeleken met het gemiddelde van de ganse groep, maar ook op het niveau van de werkeenheid of de functie worden de resultaten medegedeeld" (interne preventieadviseur). Deze risicoanalyses blijken volledig onafhankelijk te staan van de beschreven interventie.

Er werd in 2011 besloten om een werkgroep Stressbeleid op te starten. Het initiatief hiertoe kwam vanuit twee hoeken simultaan. De werknemersafvaardiging van het Comité wees op het reglementair kader terzake en wilde dat de onderneming op dit vlak een initiatief nam (dit werd als agendapunt op een Comitévergadering gebracht), het hoger management wilde zich eveneens aan het Belgisch reglementair kader terzake conformeren maar wilde hiermee onder meer ook het ziekteverzuim tegengaan. Deze werkgroep bestond enerzijds uit leidinggevenden, de interne en externe preventieadviseurs en iemand van de personeelsdienst, en anderzijds uit een aantal werknemersafgevaardigden. "In het begin ging het heel traag vooruit en ik had daar een beetje moeite mee, maar het voordeel is wel dat op deze manier heel systematisch gewerkt wordt" (externe PAPS). Binnen deze werkgroep werd, na een tamelijk langdurige oriënterende fase, een aantal probleemgebieden aangeduid waarop actie wenselijk was. Hieruit maakte de directie dan een keuze en weerhield vier thema's (onder meer: het uitvoeren van terugkeergesprekken na ziekteverzuim). Eén van die thema's was het opvangbeleid: "Er voor zorgen dat er een procedure (werkmethode) bestaat zodat werknemers die met stressgevoelens zitten weten hoe en met wie ze daarover een contact kunnen hebben" (interne preventieadviseur).

6.5.15.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interventie is, conform de bedrijfscultuur, erg gestructureerd en ordelijk aangepakt. Aanvankelijk verliepen de vergaderingen van de werkgroep Stressbeleid wat moeilijk: vooral de werknemersafvaardiging wisselde in het begin regelmatig van samenstelling. Na deze fase werd maandelijks opbouwend vergaderd.

"Wat er nog moet gebeuren is het uitwerken van registratieformulieren en het uitmaken welke parameters we willen weerhouden voor verdere verwerking" (externe PAPS). "Centraal staat alleszins de werknemer in kwestie: er gebeuren geen acties zonder diens uitdrukkelijke toestemming. De externe PAPS blijft de centraliserende persoon en werkt daartoe nauw samen met de vertrouwenspersonen en de arbeidsgeneesheer" (interne preventieadviseur).

6.5.15.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de interventie geëvalueerd als erg geslaagd (zeer goed resultaat: score 5 op een schaal van 6), in de hypothese dat de voorgestelde demarche volledig wordt geïmplementeerd en daarna blijven opgevolgd wordt door de werkgroep.

Er konden geen factoren worden aangeduid die het succes van deze interventie hinderden. Positief beïnvloedende factoren waren:

- de steun van het hoger management, conform de bedrijfscultuur aangestuurd vanuit de hoofdzetel van de multinational;
- de positieve samenwerking met de werknemersafgevaardigden, ondanks het feit dat de eerste periode aarzelend verliep: "Onze actie met betrekking tot de strijd tegen alcohol en drugs was zo goed gelukt, dat de vakbond is beginnen nadenken. Dit heeft een positieve ingesteldheid geschapen ten aanzien van dergelijke acties" (externe arbeidsgeneesheer).

6.5.15.5 Opmerkingen

Opvallend is de centrale rol die gespeeld wordt door de externe arbeidsgeneesheer, in tegenstelling tot de meeste andere gevallenstudies. Reeds vooraleer psychosociale aspecten en OGGW in de wetgeving tevoorschijn kwam, was deze erg actief op het vlak van de problematiek van de psychosociale belasting. "Ik heb eigenlijk altijd de wet overtreden. Ik heb altijd zo weinig mogelijk aandacht besteed aan routinematige periodieke onderzoeken. Ik ben hier vijf halve dagen per week en mijn deur staat altijd open: ik verwacht van werknemers die vragen hebben of in de problemen geraken dat ze zelf enig initiatief nemen" (externe arbeidsgeneesheer).

6.5.16 Gevallenstudie PSR4: Procedurele acties

6.5.16.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof het opzetten van een communicatiesysteem tussen arbeiders en hun supervisors inzake het welzijn op het werk. Dit gebeurt door middel van het organiseren van des quart-d'heures sécurité, in de praktijk bekend onder de naam *tool box meetings*. Het is de bedoeling dat elke leidinggevende er tien per jaar organiseert.

De inhoud van deze veiligheidskwartiertjes wordt telkens bepaald door een maandthema dat centraal wordt afgekondigd en geldig is voor de verschillende vestigingen van de organisatie.

6.5.16.2 Aanleiding tot de interventie

De onderneming besteed op dit vlak nagenoeg uitsluitend aandacht aan de arbeidsveiligheid en heeft in het verleden vooral op het technische vlak diverse interventies uitgevoerd. Deze maatrege-

len werden nogal *top-down* aangestuurd. Er werd evenwel vastgesteld dat de werkwijze van het personeel soms beduidend afweek van hetgeen voorgeschreven was. De bedrijfsleiding en de interne preventiedienst wilden om deze reden een begin maken met een meer gedragsmatige aanpak, waarbij ook andere aspecten van het welzijn op het werk ter sprake kunnen komen: de meeste arbeiders voeren fysiek belastende arbeid uit.

Deze benadering werd aangestuurd vanuit het Jaarlijks Actieplan, en dus via deze weg voorgelegd aan het Comité PBW. Door de onderneming wordt deze actie gezien als een logisch gevolg van haar algemene visie dat het welzijn op het werk erg belangrijk is. Het initiatief hiertoe werd genomen door de algemeen directeur en de interne preventieadviseur.

Aan de interventie ging geen formele risicoanalyse vooraf, maar wel de vaststelling dat er nogal wat schortte aan de mentaliteit van de werknemers en hun bereidheid om de veiligheidsregels na te leven.

6.5.16.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interventie werd gerealiseerd via drie stadia. In eerste instantie werden formele afspraken gemaakt met het lager kader over de organisatie, de aansturing en de inhoud van deze veiligheidskwartiertjes. Vervolgens werd een opleidingsronde georganiseerd voor de betrokken lijnverantwoordelijkheden, die in hoofdzaak het belang van het welzijn op het werk onderstreepte en de centrale plaats hierin van participatie en overleg. Voor deze opleidingen werd de hulp ingeroepen van een externe preventieadviseur-psychosociale aspecten, aangezien de nadruk van de opleiding vooral lag op gedragsverandering. Ten slotte werden de afspraken geïmplementeerd en werd erop toegezien dat de veiligheidskwartiertjes effectief doorgingen. Het hele proces nam een zestal maanden in beslag.

De interne preventiedienst verzamelt de globale cijfers, wint *feedback* in over het verloop van de diverse sessies en geeft goede praktijken van aanpak door.

6.5.16.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de interventie geëvalueerd als geslaagd zonder meer beschouwd (score 4 op een schaal van 6). Het succes was niet volledig omdat "les gens n'accrochent pas (...) aux sujets assez généraux. Les points d'attention mensuels contenaient du matériel uniforme fait pour l'ensemble des entreprises couvert par la firme" (conseiller interne en prévention).

De factoren die het succes van deze interventie hinderden waren:
- de beperkte bereidheid van de supervisors om zonder reserves in de interventie mee te gaan;
- het feit dat ook de werknemers zelf de interventie niet volhartig steunden.

Beide factoren waren, volgens de interne preventieadviseur, een rechtstreeks gevolg van het feit dat de onderneming een traditie had van een directieve aansturing van bovenaf.

De positief beïnvloedende factor was het feit dat het initiatief afkomstig was van de top van de onderneming. Deze was zich, samen met de interne preventieadviseur, bewust van de remmende factoren in de bedrijfscultuur. Precies om de weerstand tegen verandering te doorbreken werd de hulp ingeroepen van een psycholoog afkomstig van de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten.

Voor wat betreft de rentabiliteit van de interventie, constateerde de interne preventieadviseur: "Les accidents de cette année sont moins interpellant que certains des accidents de l'année dernière où il y avait des incidents inexcusables. (...) Du point de vue strictement économique, cela rapporte de l'argent" (conseiller interne en prévention).

6.5.17 Gevallenstudie PSR5: Opleidingen

6.5.17.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof de regelmatige organisatie van een reeks opleidings- en sensibiliserende sessies met betrekking tot *mindfulness*. Het gaat hier om een vast aanbod, geconsacreerd in de opleidingscatalogus van het bedrijf, dat een cyclus van zes avondsessies inhoudt en openstaat voor het ganse personeel. De sessie worden verzorgd door een extern consultant die op het vlak van bedrijfscultuur en opleidingen een langdurige verbintenis met de onderneming heeft afgesloten; zij gaan door in de administratieve zetel. Deelname aan deze en aanverwante opleidingsinitiatieven is volledig vrijwillig. De werknemers betalen een bescheiden bijdrage, het restant wordt door de onderneming bijgepast.

De sessiereeks is reeds twee keer doorgegaan; op het ogenblik van het onderzoek werd een derde reeks sessies ingepland. Tot dan toe werden voornamelijk bedienden en kaderleden bereikt; arbeiders vinden hun gading vooralsnog nauwelijks in dit initiatief, volgens de interne preventieadviseur omdat deze vaak verder weg van de hoofdzetel wonen, en ook omdat de thematiek mogelijkerwijze mensen met een lagere scholing minder aanspreekt. "Een groot deel van de arbeiders is wat ouder en wellicht daardoor wat minder flexibel, en bovendien zijn er een aantal onder hen van allochtone afkomst en spreken niet altijd even goed Nederlands – hoewel de onderneming voor hen taalcursussen organiseert" (interne preventieadviseur).

6.5.17.2 Aanleiding tot de interventie

Er was geen specifieke aanleiding tot de organisatie van opleidingen in het kader van de bestrijding van PSR. Wel staat het vast dat het werktempo in de onderneming hoog ligt, en, zonder dat dit uitgesproken wordt, beseft de bedrijfsleiding dat dit alleen kan volgehouden worden indien flankerende maatregelen worden voorzien.

Het bedrijf heeft een traditie van een ruim opleidingsaanbod, waarbij opleidingen over leiderschapsstijl, respectvol communiceren, yoga, ... worden aangeboden. De organisatie van een reeks sessies over *mindfulness* horen thuis in deze globale aanpak. Een jaar geleden besloot de ondernemingsleiding dergelijke cursussen aan te bieden, in de eerste plaats omdat de CEO vanuit eigen ervaringen overtuigd was van het nut van deze aanpak. Het bedrijf wordt dan ook gekenmerkt door een uitgesproken ethisch geïnspireerde en waardegedreven managementstijl, waarbij collegialiteit, eigen verantwoordelijkheid en dienstbaarheid aan de samenleving centraal staan.

6.5.17.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interne noch externe preventiedienst speelden een actieve rol in de totstandkoming van het initiatief. Ook het Comité is niet betrokken.

Het initiatief ging uit van de CEO die erin slaagde om de HRM-verantwoordelijke enthousiast te maken voor dit project, en aangezien de onderneming een traditie heeft om opleidingen te organiseren, zowel taakgerichte (grotendeels binnen de werkuren) als deze ter persoonlijke verrijking (grotendeels buiten de werkuren) sloeg dit project snel aan. De opleidingen passen volledig in de

vigerende bedrijfscultuur en kregen intussen een vaste plaats in het opleidingsaanbod. Ze zullen worden uitgebreid, in de eerste plaats naar de eerstelijnssupervisie. De bedrijfsleiding en de interne preventieadviseur zijn er zich van bewust deze benadering eerder curatief is. Er wordt een cursus 'vroegtijdig herkennen van stresssignalen' overwogen, die dan bedoeld wordt als een eerder preventieve benadering.

6.5.17.4 Beoordeling van de effectiviteit

De interne preventieadviseur kon niet oordelen over de effectiviteit van het initiatief omdat zij de sessies niet heeft bijgewoond. Vier werknemers die eerder toevallig in staat werden gesteld om hun score mede te delen, quoteerden de interventie met een score tussen 3 en 6 op een schaal van 6. De reden voor het succes van de interventie werd door de interne preventieadviseur als volgt uitgedrukt: "Mensen die de eerste keer de cursus hadden gevolgd waren zo enthousiast dat ze hun collega's hebben warm gemaakt. Het gaat hier om een echte mond-aan-mond reclame". Het lijdt weinig twijfel dat de belangrijkste reden waarom dergelijke, in het bedrijfsleven eerder exotische, sessies een succes kennen te maken heeft met de specifieke bedrijfscultuur van de organisatie. Hier is sprake van een zeker selectie-effect: het verloop binnen de onderneming is relatief hoog, vooral de eerste periode na de aanwerving: "Personeelsleden beseffen snel of onze bedrijfscultuur strookt met wat zij belangrijk vinden, en als dat niet klikt nemen de beide partijen snel een initiatief om de samenwerking te beëindigen. Nogmaals: het werktempo ligt hier ook hoog en dit compenseert niet voor iedereen de ruime faciliteiten en de extralegale voordelen die het personeel hier geniet" (interne preventieadviseur).

Er traden, volgens de interne preventieadviseur, geen positieve of negatieve neveneffecten op.

6.5.18 Gevallenstudie PSR6: Opleidingen

6.5.18.1 Omschrijving van de interventie

De interventie bestond uit drie afzonderlijke stappen die sequentieel werden genomen:

1. Het maken van afspraken over het in bescherming nemen van personeelsleden die slachtoffer worden van een agressie.
2. Het organiseren van een opleiding van het ondersteunend personeel over hoe ze moeten en kunnen optreden wanneer zich een geval van agressie voordoet bij personeelsleden die in contact komen met het publiek. Deze benadering werd eerst uitgetest onder de vorm van een pilootproject voor een beperkte groep vrijwilligers.
3. "Demande au personnel de voter pour désigner les personnes qui seraient les plus pertinentes pour agir en cas d'agression" (directeur des ressources humaines). Er werd dan aan de personen die op deze manier werden uitgekozen gevraagd of zij de uitdaging wilden aannemen. In het geval van een positief antwoord werden zij in staat gesteld op de opleiding te doorlopen.

6.5.18.2 Aanleiding tot de interventie

"La société est de plus en plus violente et les actes d'agressions sont de plus en plus nombreux. Nous avons donc formé du personnel en cas d'agression du personnel, afin qu'il prenne en charge l'employé agressé en attendant qu'intervienne le conseiller en prévention-psychologue" (directeur des ressources humaines). Het initiatief ging volledig uit van de personeelsdirecteur en gebeurde naar aanleiding van enkele concrete incidenten, doch de operationele afwikkeling van de actie lag in de handen van de externe preventiedienst. Het Comité PBW noch de arbeidsgeneesheer speelden een rol.

6.5.18.3 Chronologie van de verschillende stappen

Het initiatief ging uit van meerdere verantwoordelijken van diensten die een contact hadden met klanten, die een stijging van het aantal agressieve contacten vaststelden bij hun personeelsleden. Zij uitten hun bezorgdheid hierover bij de personeelsdirecteur die onmiddellijk reageerde door het nemen van de betreffende maatregelen. De doorlooptijd van de interventie bedroeg een zestal maanden (tussen het ontvangen van de signalen en het afsluiten van de opleiding).

De opleiding zelf werd uitgewerkt en gegeven door personeelsleden van de organisatie zelf (interne preventiedienst, dienst opleiding, bedrijfsinterne psycholoog). De preventie-adviseur-psychosociale aspecten van de externe preventiedienst waarbij de organisatie is aangesloten werd voorafgaandelijk om advies gevraagd en tips te geven over de inhoud en de vorm van de opleiding; de interventie van deze persoon was beperkt gezien diens beperkte beschikbaarheid en de onmogelijkheid om de inbreng van deze persoon extra te financieren.

Er worden geen verdere maatregelen voorzien aangezien de agressies gestopt zijn.

6.5.18.4 Beoordeling van de effectiviteit

De indirecte kosten (omvattende de tijd dat de betrokken personeelsleden moesten worden vrijgesteld om de opleidingen te volgen) beliepen € 5 000 tot 6 000. De directe kosten hoeven niet in rekening gebracht te worden omdat de interventie van de externe preventiedienst vervat was in de jaarlijkse forfaitaire bijdrage.

De interventie genoot de volle steun van de personeelsleden: "J'ai constaté une grande satisfaction par les employés, puisqu'on ne se présente pas aux travaux pour se faire démolir. (...) Le processus de vote et la mise en place de la procédure a créé beaucoup de cohésion au sein des équipes" (directeur des ressources humaines).

Door de initiatiefnemer werd de interventie geëvalueerd als hebbende een aanvaardbaar effect (goed resultaat: score 4 op een schaal van 6).

De factor bij uitstek die een groter succes van deze interventie hinderde was het gebrek aan financiële middelen in deze overheidsinstantie.

Positief beïnvloedende factoren waren:
- het feit dat het initiatief van de interventie uitging van de top van de organisatie, die het belangrijk vond dat een acute problematiek een oplossing kreeg;
- de werknemers waren duidelijk vragende partij voor een dergelijke aanpak, hetgeen leidde tot voldoende vrijwilligers om de opleiding te volgen en daarna de hun aangeleerde acties correct uit te voeren.

6.5.19 Gevallenstudie PSR7: Opleidingen

6.5.19.1 Omschrijving van de interventie

De kern van de interventie betrof twee opleidingssessies, bestemd voor het loketpersoneel, betreffende het hanteren van agressieve personen. Het was een onderdeel van een globale politiek inzake de bestrijding van verbaal en fysiek geweld, die de volgende luiken vertoonde:
- het voorzien van camerabewaking in de wachtzalen (dit onderdeel is voorlopig opgeschort omdat de leiding van de organisatie eerder weigerachtig staat tegenover deze actie);

- afspraken dat de hogere bedrijfsleiding onmiddellijk reageert op een geval van agressie: "Quand il y a un problème, je me déplace. J'essaie d'avoir un entretien avec le membre du personnel concerné en vue de la calmer. Dans la mesure du possible, je contacte le malfaiteur par téléphone et je lui préviens que la police sera informée. Ceci est presque toujours fait" (secrétaire général adjoint);
- "l'organisation de deux sessions de formation, destinées à une douzaine de volontaires. Le premier jour de la formation consistait en un exposé plutôt théorique, le deuxième jour était plus pratique – contenant, entre autres, des jeux de rôles" (secrétaire général adjoint). Hiervoor deed de onderneming een beroep op de externe preventiedienst waarbij zij is aangesloten;
- deze opleiding werd aangevuld door een eenmalige en gespecialiseerde opleidingssessie ter verhoging van de assertiviteit, bestemd voor één specifiek personeelslid dat meerdere voorvallen van agressie achter de rug had;
- automatische opname van alle binnenkomende telefoons;
- "affichage de messages visant à expliquer les procédures de travail d'application" (secrétaire général adjoint).

6.5.19.2 Aanleiding tot de interventie

"Un grand nombre de nos employés a une fonction de guichetier. Ce n'est jamais une occupation à plein temps, mais le contact avec des clients de toute nature forme une partie intégrante de notre boulot. Il faut savoir que toutes sortes de gens se présentent ici, et souvent c'est des personnes n'ayant reçu qu'une éducation de base et/ou d'origine non-belge. De plus, des dossiers relatifs au chômage sont souvent controversées: la réglementation en la matière est devenue plus stricte, récemment. En ce moment, obtenir une compensation chômage est plus difficile, et les allocations sont devenues dégressives. Ces dernières années, l'agression vis-à-vis de notre personnel a augmenté. En plus, c'est souvent du personnel féminin qui travaille au guichet. Mais la conduite devant les guichets est une chose, on vit souvent de l'agression par le téléphone ou dans les salles d'attente, où à l'occasion le temps d'attente peut être important" (secrétaire général adjoint).

6.5.19.3 Chronologie van de verschillende stappen

Het initiatief ging uit van de hogere directie, die dit eerst aankaartte op een Comitévergadering. Er werd onmiddellijk een akkoord bereikt over de noodzaak van een dergelijke aanpak, die stapsgewijze werd uitgerold. De doorlooptijd van de interventie bedroeg een drietal maanden.

6.5.19.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de leidinggevenden werd de interventie geëvalueerd als redelijk geslaagd (score 4 op een schaal van 6).

De factor die het succes van deze interventie hinderde was de niet vlekkeloze inhoud van de twee opleidingssessies. Om redenen van budgettaire aard werd er te weinig tijd besteed aan het personaliseren van de inhoud van vooral de eerste sessie.

Positief beïnvloedende factoren waren:
- het feit dat de interventie kaderde in een traditie van zorgzaam personeelsbeleid: "(...) ce qui est normal dans une organisation syndicale. Je me sens obligé à être le meilleur responsable du personnel dans la région. Nous sommes obligés à rester à la pointe» (secrétaire général adjoint);
- het feit dat de beide opleidingssessies kaderden in een gestructureerde aanpak van de agressieproblematiek.

Er traden geen onverwachte neveneffecten op.

6.5.20 Gevallenstudie PSR8: Opleidingen

6.5.20.1 Omschrijving van de interventie

De interventie beperkte zich tot een specifieke personeelsgroep, namelijk de Mobiele Equipe, die overal moeten inspringen indien er gaten vallen in de bestaffing van de verschillende werkeenheden. Er werd beslist door de directeur Patiëntenzorg om te starten met een intervisievergadering één keer om de twee maanden, daarbij bewust vermijdend om deze vergadering te laten leiden door de hiërarchisch verantwoordelijke. "De eerste keren heb ik zelf de vergaderingen in de hand gehouden, daarna heb ik er een paar bijgewoond toen een collega-verpleegkundige die ervaring heeft met intervisies de aansturing had overgenomen, maar er bleek al snel dat alles goed verliep en dat deze collega het vertrouwen van de groep had" (directeur Patiëntenzorg). De directeur wordt wel op de hoogte gehouden van de besproken thema's en treedt op wanneer er bijsturingen moeten gebeuren, bijvoorbeeld op het vlak van de organisatie of de manier van werken van sommige leidinggevenden. Wanneer een vergadering wordt gepland, verzamelt de intervisieleidster voorstellen van te bespreken punten. Bij het begin van de sessie wordt er dan in onderling overleg beslist welke punten weerhouden worden voor behandeling. Deze behandeling gebeurt volgens een vast stramien. Er wordt altijd door de intervisieleidster een verslag van de vergadering opgesteld.

6.5.20.2 Aanleiding tot de interventie

Geen specifieke aanleiding. "Dit was een echt preventieve interventie, de instelling heeft gereageerd alvorens zich problemen voordeden" (interne preventieadviseur). "Het gaat om een specifieke groep mensen die meestal erg individueel werken, en we vonden dat er meer ruimte moest geboden worden om te praten over de problemen die ze soms tegenkomen" (directeur Patiëntenzorg).

6.5.20.3 Chronologie van de verschillende stappen

De interventie werd beschouwd als een gewoon onderdeel van de werking, dus werden noch het Comité PBW noch de interne preventiedienst betrokken bij de interventie. Wel werd de ondernemingsraad geïnformeerd omdat de problematiek van de Mobiele Equipe een regelmatig terugkerend agendapunt is.

6.5.20.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de beide gesprekspartners (hoger kaderlid, interne preventieadviseur) werd de interventie geëvalueerd als erg geslaagd (zeer goed resultaat tot uitstekend resultaat: gemiddelde score 5,5 op een schaal van 6).

De factoren die borg stonden voor het succes van deze interventie waren:
- de steun vanwege de betrokken verpleegkundigen, die van mening waren dat op deze manier hun specifieke problematiek door de onderneming in ogenschouw genomen werd;
- het feit dat de ganse interventie goed gestructureerd was en op een weloverwogen manier werd ingevoerd met veel inspraak van de groep.

Er trad, volgens de interne preventieadviseur, een positief neveneffect op dat niet helemaal onverwachts kwam: "De sessies maken de mensen mondiger en sterker, en niet alleen in de werkomgeving" (directeur Patiëntenzorg).

6.5.20.5 Opmerkingen

"Een tijd geleden is er een elementaire stress-enquête geweest, uitgevoerd door de arbeidsgeneesheer door middel van een beperkte vragenlijst die afgenomen werd ter gelegenheid van het periodiek gezondheidstoezicht" (interne preventieadviseur). "Ik herinner mij niet meer of daar iets uitgekomen is. We hebben daar alleszins niets mee gedaan. Ook de jaarlijkse resultaten die wij krijgen

vanuit de medische onderzoeken zijn voor ons weinig betekenisvol, wij kunnen op basis hiervan geen acties ondernemen" (directeur Patiëntenzorg).

6.5.21 Gevallenstudie PSR9: Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.21.1 Omschrijving van de interventie

Bedoeling van de interventie is te komen tot transformationeel leiderschap. "Dit is een proces waarbij leidinggevenden en medewerkers elkaar opvoeden tot een hoog niveau van moraliteit en motivatie. De medewerkers worden geacht eigenbelang om te zetten in groepsbelang, langetermijndoelen te bekijken en een bewustzijn te ontwikkelen van wat belangrijk is. Leidinggevenden hebben drie functies: stroomlijnen, creëren en empoweren" (citaat uit een tekst opgesteld door de interne preventieadviseur). Te dien einde werd een geheel aan acties gepland waarvan de blauwdruk eerst grondig werd uitgewerkt door de interne preventieadviseur in nauwe samenspraak met de directeur Personeel en Organisatie (en eveneens met de hogere directie als geheel en het Comité PBW) en uitgerold werd in de gehele gedecentraliseerde organisatie.

De opzet van de interventie werd centraal aangestuurd en situeerde zich op drie niveaus, nl. acties van toepassing op de ganse organisatie, acties die in de eerste plaats op plaatselijk niveau plaatsvinden en acties ten aanzien van individuele personeelsleden. De interventie werd voorbereid via intensieve communicatie (posters en artikels in het personeelsblad) en het definiëren van individuele indicatoren (aantal arbeidsongevallen, verkeersongevallen en –overtredingen, prestatie-indicatoren). Tevens werd een aanpak in verband met het omgaan hiermee centraal uitgewerkt en in concrete afspraken gegoten. Vervolgens kregen de verschillende plaatselijke leidinggevenden een aantal opleidingen en informatiesessies om, onder meer op basis van deze indicatoren, het gedrag van bepaalde individuele werknemers bij te sturen op een niet-repressieve manier. Deze leidinggevenden werden ook opgeleid in het voeren van een dergelijk besturend gesprek, dat in de eerste plaats moet leiden tot het geven van een richting aan het personeelslid en het formuleren van verwachtingen. Ditzelfde werd ook ingevoerd voor het aansturen van het wekelijks werkoverleg in de plaatselijke afdelingen. De acties op microniveau behelzen dan in hoofdzaak het aansturen van het gedrag op basis van de indicatoren bij sommige personeelsleden. Met deze laatsten wordt dan een traject afgesproken voor de duur van één jaar, dat wordt geformaliseerd en in elk personeelsdossier terechtkomt. Indien dit traject niet succesvol blijkt, wordt het personeelslid in kwestie uitgenodigd bij de directie om, ook in principe op een niet-repressieve wijze, de manier van werken door te nemen met onder meer de regiobegeleider van de dienst Personeel en Organisatie.

6.5.21.2 Aanleiding tot de interventie

In 2010 voerde de organisatie een enquête uit naar de bedrijfscultuur, in het kader van het eindwerk dat de interne preventieadviseur moest afwerken. Dit gebeurde in samenwerking op basis van een bestaand vragenschema (de NOSACQ-50-vragenlijst). Hieruit bleek dat er een behoorlijke kloof bestond tussen de perceptie van de leidinggevenden en deze van de personeelsleden. "Dit beschouwden wij als een alarmsignaal, omdat het ons duidelijk maakte dat de betrokkenheid van de personeelsleden bij de richting die de organisatie aan het uitgaan was te wensen over liet" (interne preventieadviseur).

6.5.21.3 Chronologie van de verschillende stappen

De resultaten van de bedrijfscultuurenquête werden eerst gesproken in het directiecomité en vrij snel daarna ook in het Comité PBW. Het project werd van kortbij opgevolgd door het Comité PBW en kwam regelmatig op de agenda.

6.5.21.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de verschillende geïnterviewden werd de interventie geëvalueerd als zeer goed: score 5 op een schaal van 6.

Positief beïnvloedende factoren waren:
- het feit dat de interventie op een goed ogenblik startte. De organisatie had net een financieel slecht jaar achter de rug, waardoor het voor iedereen duidelijk was dat de aanpak moest veranderen, en bovendien was de hogere bedrijfsleiding vernieuwd. De top van de organisatie stond volledig achter het initiatief, en steunde elke stap op dit vlak. "Er werd voortdurend gehamerd op het belang van deze aanpak, op bijna elke vergadering. Dat overtuigt de mensen dat de directie goed weet waar ze mee bezig is" (een werknemersafgevaardigde);
- het feit dat de interventie goed gestructureerd was en planmatig werd ingevoerd.

De interventie, hoewel langdurig en tijdsconsumerend, werd beschouwd als niet alleen effectief maar ook efficiënt. De indicatoren frequentie- en ernstgraad van de arbeidsongevallen, ziekteverzuim, ongevallendossiers op de weg en verkeersovertredingen lieten een gunstige evolutie zien. "Bovendien zijn er nog twee niet-kwantificeerbare opbrengsten: een hogere continuïteit in de zorgverlening en een lagere wisseling van zorgverleners bij patiënten" (interne preventieadviseur). "Het was een goede investering, de tijd die we erin gestoken hebben loont" (directeur Personeel en Organisatie).

6.5.22 Gevallenstudie PSR10: Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.22.1 Omschrijving van de interventie

De organisatie is ontstaan via een fusie, een 10-tal jaren geleden, van drie voorheen autonoom werkende plaatselijke overheidsinstanties. Dit gaf aanleiding tot een groot aantal interpersoonlijke wrijvingen. In de eerste plaats lijkt dit te wijten aan de ingesteldheid van de personeelsleden die voorheen beschikten over een erg grote autonomie, maar ook aan de beperkte mogelijkheden van het management om ingrijpend op te treden: het ambtenarenstatuut en de grote zeggenschap van de syndicale organisaties ("die altijd de leidinggevenden en zelfs de externe preventiedienst, die gezien wordt als een emanatie hiervan, in het ongelijk stellen" – personeelsverantwoordelijke) zorgt voor erg veel rigiditeiten.

Meer specifiek in de bewuste afdeling waren er meerdere wrijvingspunten. De interventie waarvan sprake had betrekking op de moeilijke relatie tussen de verantwoordelijke van de werkeenheid, die een eerder directieve stijl van leidinggeven hanteerde, en een groepje van drie personeelsleden, aangevoerd door één protagoniste die eertijds de functie leidinggevende bekleedde en haar terugkeer naar die functie wel zag zitten. Dit leidde tot een ganse voorgeschiedenis van wrijvingen, met een duidelijke connotatie van wederzijds pestgedrag, op diverse vlakken.

De interventie leidde tot het verplaatsen van de drie betrokken personeelsleden naar andere werkeenheden, dit op de vraag van de betrokkenen zelf.

6.5.22.2 Aanleiding tot de interventie

Een van de (relatief talrijke) interpersoonlijke conflicten binnen de organisatie leidde tot het indienen van een formele klacht wegens het pesten op het werk. Een arbeidsinspecteur van TWW bracht, tengevolge hiervan, een bezoek aan de onderneming en opperde de mening dat een algehele risicoanalyse op het vlak van de psychosociale belasting aangewezen was. Hiervoor werd de inbreng van de externe preventiedienst aangezocht die een groot aantal individuele gesprekken uitvoerde

met de personeelsleden en de hiërarchische lijn. Op deze wijze werd ongeveer de helft van de ambtenaren bevraagd. De risicoanalyse leidde tot een omstandig actieplan dat grondig werd besproken tussen de preventieadviseur-psychosociale aspecten en het hoger management van de organisatie. Op het moment van het onderzoek was de implementatie van het actieplan nog in volle ontwikkeling.

Uit de risicoanalyse volgde onder meer duidelijk de penibele situatie van de betrokken werkeenheid; in het genoemde actieplan werd duidelijk gemaakt dat ingrijpen noodzakelijk was. Daarnaast was de bedrijfsleiding op de hoogte gebracht van de ernst van het dossier omdat de werknemersafgevaardigden deze specifieke problematiek met naam en toenaam op een Comitévergadering hadden aangekaart. Er werd toen besloten de zaak aan te pakken, waarbij het initiatief uitging van de personeelsverantwoordelijke (als deel van het management), die daarvoor onmiddellijk de hulp van de externe PAPS aanzocht. "Wij vonden het belangrijk dat er een extern persoon aanwezig was bij de gesprekken omdat er op deze manier een objectief klankbord aanwezig was" (personeelsverantwoordelijke). Het optreden van de externe PAPS werd als erg positief en professioneel ervaren.

6.5.22.3 Chronologie van de verschillende stappen

Na het opstellen van het actieplan werd contact opgenomen met één van de drie personen die bewuste werkeenheid de informele leider was van het verzet tegen de verantwoordelijke. Deze werd in dit gesprek geconfronteerd met haar gedrag en met de consequenties ervan op het functioneren van de werkeenheid – zonder dat de indruk werd gegeven dat alleen zij verantwoordelijk was voor de conflicten. Ook de andere twee personen werden op deze manier benaderd (het gesprek werd gevoerd door de personeelsverantwoordelijke). "Na deze gesprekken leken de betrokkenen aan te voelen dat hun originele opzet (het doen verwijderen van de verantwoordelijke) geen kans op slagen had. Zij hebben dan blijkbaar besloten om hun kans te wagen in een andere werkeenheid, behorende tot de ruimere organisatie. Er werd wel aan de mensen gezegd dat dit een uniek aanbod was en dat van hen werd verwacht dat zij in de toekomst loyaal zouden blijven samenwerken met hun ex-collega's" (externe preventieadviseur). Ook de betrokken leidinggevende werk aangesproken op zijn leiderschapsstijl. "Maar dat was niet echt problematisch, want de huidige manier van werken van die persoon met zijn gedeeltelijk nieuwe staf verloopt probleemloos: de drie nieuwe mensen zijn erg tevreden, ook van de leiderschapsstijl van die persoon. Het was dus wellicht in eerste instantie een probleem van incompatibiliteit" (personeelsverantwoordelijke).

6.5.22.4 Beoordeling van de effectiviteit

De effectiviteit van de interventie wordt door de twee rechtstreeks betrokkenen (de personeelsverantwoordelijke en de externe preventieadviseur) met gemengde gevoelens gescoord. Beide personen aarzelen tussen de quotering 'erg geslaagd' omdat de problemen inderdaad een oplossing hebben gekregen door de scheiding van de drie protagonisten en de betrokken leidinggevende, en 'matig' omdat er geen einde gemaakt werd aan de interpersoonlijke problemen: deze werden niet ten gronde uitgepraat.

Als remmende factor werden vooral de rigiditeiten van het ambtenarenstatuut aangehaald. "Het is moeilijk om in een overheidsinstantie een problematiek van psychosociale aspecten aan te pakken. De minste wijziging die je in je organisatie wil aanbrengen, bijvoorbeeld een overplaatsing van iemand, moet voorgelegd worden aan bepaalde instanties, en natuurlijk worden dan ook werknemersafgevaardigden betrokken in het verhaal en dat maakt het allemaal erg star" (personeelsverantwoordelijke). Ook de specifieke bedrijfscultuur had een belangrijke remmende invloed. "De politiewereld kent een heel specifieke cultuur: er is een traditie van erg veel kritiek op de autoriteit, maar andere kant verwachten de personeelsleden ook erg veel van die autoriteit" (externe preventieadviseur).

Als succesbevorderende factor werden de volgende items aangehaald:
- "de top van de organisatie is, vanaf het begin van het project, altijd mee geweest met al wat er gebeurde. Zij toonden zich altijd bewust van de consequenties van hun eigen gedrag en stonden open voor feedback, ook al was die niet altijd even positief" (externe preventieadviseur);
- "je moet de tijd zijn werk laten doen. Het feit dat we de mensen hebben toegesproken en daarna de tijd hebben gegeven om alles te laten bezinken, heeft er zeker voor gezorgd dat alles op deze wijze relatief in der minne een oplossing heeft gekregen" (externe preventieadviseur). "Gelukkig kwamen er een aantal vacante plaatsen vrij, die het mogelijk maakten om de drie betrokken personeelsleden te verplaatsen. Ik weet niet wat we hadden kunnen doen indien deze opportuniteit zich niet had voorgedaan" (personeelsverantwoordelijke);
- de insteek van de werknemers zelf: "de mensen waren inschikkelijk en bereid om een alternatief te aanvaarden, zonder te veel rancune" (personeelsverantwoordelijke).

Er trad, volgens de interne preventieadviseur en de personeelsverantwoordelijke, een belangrijk negatief neveneffect op. "Op een bepaald moment is er reactie gekomen van sommige leidinggevenden, die bang waren dat de indruk bij de werknemers zou geschapen worden dat een negatief gedrag kan leiden tot de mogelijkheid om snel en gemakkelijk van functie te muteren. Dit heeft ertoe geleid dat er erg veel aandacht werd geschonken aan de communicatie over dit voorval" (externe preventieadviseur). "Ik heb het gisteren nog moeten horen in de refter van iemand: als je de job van iemand anders ambieert, moet je maar een burn-out voorwenden en dan krijg je wel een andere job" (personeelsverantwoordelijke).

6.5.22.5 Opmerkingen

"De NAR is van mening dat er, alvast op het gebied van de PSR, een betere integratie moet komen tussen de werking van de interne preventiedienst en deze van de personeelsdienst. Soms bestaat er inderdaad een conflict tussen deze beide diensten, die beide van mening zijn dat zij de voogdij hebben over de problematiek van de PSR" (externe preventieadviseur).

"Het belangrijkste is dat er binnen de organisatie iemand werd gevonden die zich eigenaar voelt van de problematiek. Dit is, in dit geval, de personeelsverantwoordelijke. Dit klopt volledig met de ideeën van Daniel Faulx om de interne mensen eigenaar te maken van het probleem. Een consultant kan nooit de continuïteit garanderen die nodig is om een politiek inzake psychosociale aspecten tot een goed einde te brengen" (externe preventieadviseur).

6.5.23 Gevallenstudie PSR11: Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.23.1 Omschrijving van de interventie

De interventie betrof een aantal contacten, uitgevoerd door externe deskundigen, ter voorkoming van PTSS na een dodelijk arbeidsongeval van een collega. De onderneming had op dit vlak geen ervaring. Een eerste contact van meerdere uren werd, kort na het incident, gepland tussen de preventieadviseur-psycholoog van de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten en de nabije collega van het slachtoffer. Later bleek dat ook andere personen een dergelijke ondersteuning konden gebruiken, nl. de andere collega's die eveneens aanwezig waren op de werf doch minder rechtstreeks betrokken waren en de onmiddellijke familie van het slachtoffer. Dit leidde tot twee bijkomende sessies, deze keer geleid door een andere externe deskundige afkomstig van het sectoraal fonds voor bestaanszekerheid.

6.5.23.2 Aanleiding tot de interventie

Het feit dat de rechtstreekse collega van het slachtoffer erg onder de indruk was en gedurende een bepaalde periode uitviel. Het initiatief werd genomen door de interne preventieadviseur.

6.5.23.3 Chronologie van de verschillende stappen

Het dodelijk ongeval verwekte een schok die voelbaar was doorheen het ganse bedrijf. De bedrijfsleiding en de interne preventiedienst hebben erg veel tijd en moeite gestoken in het verschaffen van uitleg aan ieder personeelslid, met inbegrip van de organisatie van een extra Comitévergadering waarop het incident grondig werd besproken en extra sessies voor het kaderpersoneel waarbij nogmaals het belang van arbeidsveiligheid werd benadrukt.

De ganse aanpak is nogal verward gelopen. De onderneming zegt hieruit lessen te trekken zodat een gelijkaardig incident in de toekomst meer op een beredeneerde manier zal worden aangepakt. Conform de bedrijfscultuur zal dit evenwel niet gegoten worden in een formele procedure.

6.5.23.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de effectiviteit van de interventie geëvalueerd als aanvaardbaar (score 4 op een schaal van 6).

Een groter succes van deze interventie werd verhinderd door het feit dat de aanpak erg ongecoördineerd en onvoorbereid gebeurde. Nochtans heeft de onderneming veel middelen en arbeidstijd beschikbaar gesteld om de verschillende omstaanders de kans te geven zich te herstellen van de kwalijke gevolgen van het dodelijk ongeval.

Als de belangrijkste positief beïnvloedende factor werd de steun en de humane aanpak van de bedrijfsleider aangehaald.

6.5.24 Gevallenstudie PSR12: Aanpassing van de arbeidsorganisatie

6.5.24.1 Omschrijving van de interventie

In het kader van een systematiek inzake het omgaan met agressie vanwege de gebruikers van deze instelling, die reeds meer dan tien jaar geleden van kracht is, werd er een Zorgteam opgericht, specifiek gericht naar de eigen personeelsleden toe. Het is onduidelijk wie precies daartoe het initiatief nam. "Alles gebeurt hier in nauwe communicatie maar ook nogal ongestructureerd en, zoals dat hier gaat, is het onduidelijk wie nu aan de basis ligt van wat" (interne preventieadviseur en groepsleider). Het Zorgteam heeft de opdracht om in eerste instantie een open oor te bieden aan iedere werknemer die een probleem heeft: het bestaat hiervoor uit zeven personen, goed gespreid over de organisatie, die worden aangestuurd door een interne psychotherapeut. De namen van deze zeven personen zijn algemeen bekend binnen de instelling en iedereen mag daar te allen tijde contact mee opnemen. Er wordt dan een afspraak gemaakt in een vergaderlokaaltje. Bij het afbakenen van de thematiek van het Zorgteam is het niet belangrijk of het een werkgebonden problematiek is of daarentegen verwijst naar het privéleven (maar de nadruk ligt op het eerste).

De leden van het Zorgteam, die worden gerekruteerd uit personeelsleden die zich spontaan vrijwilliger stellen, worden met zorg geselecteerd. Er wordt op toegezien dat zij uit verschillende werkeenheden afkomstig zijn; zij krijgen ook de mogelijkheid om bij een externe instantie een gespecialiseerde bijscholing te volgen.

6.5.24.2 Aanleiding tot de interventie

Enkele jaren geleden vond er een ernstig incident in een leefgroep plaats, waarbij een opvoeder in de rug werd gestoken door een jongere met een keukenmesje. Dit veroorzaakte een grote commotie in de instelling en leidde tot een versterking van de manier van werken van het Zorgteam. Dit leidde er onder meer toe dat de regelmatige samenkomsten van de leden van het team, die in de beginfase regelmatig werden georganiseerd maar daarna minder en minder frequent plaatsvonden, terug werden ingevoerd.

6.5.24.3 Chronologie van de verschillende stappen

Conform de vigerende bedrijfscultuur was het onmogelijk te weten te komen wie precies welk initiatief nam en hoe de verschillende acties elkaar opvolgden. Het Zorgteam geniet grote bekendheid binnen de onderneming en wordt ook van nabij opgevolgd door het Comité PBW, dat er met name op toeziet dat het team regelmatig wordt aangevuld indien er een lid verdwijnt en dat deze persoon de nodige bijkomende opleidingen kan volgen. "Het kader is zeer goed op de hoogte van het functioneren van het Zorgteam. Bij het lanceren ervan verscheen een artikel hierover in het personeelsblad en regelmatig herhalen we dat" (interne preventieadviseur).

6.5.24.4 Beoordeling van de effectiviteit

Door de interne preventiedienst werd de interventie geëvalueerd als ergens tussen 'aanvaardbaar' en 'goed'. De psychotherapeut die het Zorgteam onder zijn vleugels heeft kan beschouwd worden als de eigenaar van de interventie. Maar dit is niet ingebakken in de structuur: er is geen dienst of leidinggevende specifiek verantwoordelijk voor het functioneren van het Zorgteam.

De factor die het succes van deze interventie hinderde lijkt vooral te maken te hebben met de bedrijfscultuur: "De verschillende diensten werken niet goed samen. Iedereen heeft zijn eigen concept over het werk en doet zijn eigen ding. Dit is een stuk eigen aan de sector: de jobs zijn hier in hokjes verdeeld" (interne preventieadviseur).

Een positief beïnvloedende factor had evenzeer te maken met de bedrijfscultuur: "De instelling heeft een traditie van ondersteuning. Wanneer in een leefgroep voor volwassenen iemand sterft, wordt er extra aandacht besteed aan het rouwproces bij de andere patiënten en de personeelsleden. (...) Het functioneren van het Zorgteam ressorteert in hoofdzaak thuis onder de problematiek van agressiebestrijding en dit is in onze sector een centrale problematiek" (interne preventieadviseur).

Er trad, volgens een geïnterviewd kaderlid met een lange anciënniteit in de instelling, een positief neveneffect op: "Personeelsleden voelen zich duidelijk meer ondersteund. Het hebben van persoonlijke of bedrijfsgebonden problemen of te maken hebben met een geval van agressie is nu niet meer zo stigmatiserend" (groepsleider).

6.6 Een transversale analyse van de verschillende gevallenstudies

Vooraleer in te gaan op enkele globale kenmerken die kunnen worden teruggevonden in de behandelde gevallenstudies, moet gewezen worden op het feit dat het geheel van de 24 cases in geen enkel opzicht kan beschouwd worden als representatief voor de aanpak die de Belgische ondernemingen huldigen inzake MSA en PSR. Zo bleek het bijzonder moeilijk om bedrijven of instellingen te vinden die bereid waren aan derden inzicht te geven in hun aanpak op deze vlakken, waarbij de psychosociale aspecten in de ogen van de bedrijfsverantwoordelijken een nog veel delicatere materie bleken dan de lichamelijke belasting. Het leidt weinig twijfel dat een gefaalde interventie bijzonder leerzaam is wanneer men een zicht wil krijgen op een goede praktijk van aanpak, maar het was onmogelijk om in het kader van onderhavig onderzoek toegang te krijgen tot mislukte of halfge-

lukte actietrajecten. De hierboven beschreven interventies waren dan ook alle zonder uitzondering succesverhalen: de effectiviteit ervan werd alle door de verschillende gesprekspartners geëvalueerd als bovengemiddeld. Bovendien konden alle bezochte ondernemingen bogen op een performante interne preventiedienst, een goede samenwerking met de externe preventiedienst en een leidinggevend kader dat de veiligheid en de gezondheid op het werk als belangrijke prioriteiten naar voren schuift. Het ging bovendien nooit om kleine werkgevers zonder Comité PBW: qua bedrijfsgrootte lag de ondergrens van de bevraagde ondernemingen rond de 65 werknemers.

Nochtans kunnen vanuit de 24 praktijkgevallen wel degelijk een aantal belangwekkende patronen gedestilleerd worden die een goed zicht geven op hoe ondernemingen uit diverse activiteitssectoren met succes een actie op touw zetten die leidt tot een verbetering van de arbeidsomstandigheden. De grote lijnen zullen in het hiernavolgende puntsgewijze behandeld worden.

6.6.1 Het relatieve belang van een algemene of domeinspecifieke risicoanalyse

Het Belgische reglementaire kader vertrekt van het principe dat alle ondernemingen een algemene risicoanalyse moeten opmaken die de zeven gebieden van het welzijnsbeleid omvat: de arbeidsveiligheid, de gezondheid van de werknemer op het werk, de psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, de ergonomie, de arbeidshygiëne, de verfraaiing van de werkplaatsen en de invloed van het leefmilieu op de arbeidsomstandigheden. Aangezien uit de ervaring blijkt dat een dergelijke overkoepelende risicoanalyse (die in principe dan nog moet worden uitgevoerd voor het geheel van de onderneming, de verschillende werkeenheden en zelfs op individueel vlak) vaak weinig hanteerbare inzichten oplevert die rechtstreeks leiden tot preventieve interventies, wordt de aanpak van in de praktijk versmald tot het uitvoeren van domeinspecifieke risicoanalyses, in concreto bijvoorbeeld op het vlak van de ergonomie of inzake de psychosociale aspecten.

Het is dan, in de ogen van de wetgever, de bedoeling dat op basis hiervan een systematiek van aanpak ter bestrijding van MSA en PSR zou worden opgebouwd, die zich in de praktijk moet vertalen in een aantal interventies, waarvan de chronologie bepaald wordt door de resultaten van de risicoevaluatie. Het is gebruikelijk dat de inspectiediensten van TWW, bijvoorbeeld bij vaststelling van een problematiek van psychosociale belasting, een dergelijke algemene of domeinspecifieke risicoanalyse opleggen. In één bepaalde gevallenstudie (PSR10) gebeurde dit nadat een ambtenaar van TWW door een werknemer was gecontacteerd wegens een al dan niet vermeend incident op het vlak van OGGW.

In de realiteit werd in geen enkele van de interventies beschreven in de 24 gevallenstudies uitgegaan van een algemene of domeinspecifieke risicoanalyse. Integendeel, veruit de meeste werden opgestart vanuit het besef dat er zich in de organisatie een specifiek probleem stelde (of waarvan werd vermoed dat de arbeidssituatie in de toekomst zou kunnen leiden tot een specifiek probleem) dat een even specifieke remediëring behoefde; in een andere onderneming was de interventie een emanatie van een algemene welzijnspolitiek. Niemand voelde de behoefte om eerst de omweg te maken naar een algemene risicoanalyse alvorens in te zoomen op de bewuste problematiek. De enkele ondernemingen die toch beslisten om, in parallel met de interventie, een algemene risicoanalyse uit te voeren (het ging telkens om de aanpak van PSR), drukten de mening uit dat deze nauwelijks enige meerwaarde betekende voor de concrete interventie.

Een voorzichtige conclusie kan zijn dat algemene of domeinspecifieke risicoanalyses, hoe goed uitgevoerd ook, niet vaak leiden tot concrete interventies. Dit wordt enigszins bevestigd door de resultaten van de bevraging van de externe preventiediensten, waarbij de werkeenheden Ergonomie lieten horen dat zij zelden of nooit een vraag hadden gekregen voor zo'n domeinspecifieke risico-

analyse overheen de ganse onderneming. Meerdere personeelsleden uit de werkeenheden Psychosociale Aspecten lieten bovendien weten dat zij het erg moeilijk hadden om, op basis van een domeinspecifieke risicoanalyse inzake PSR, te komen tot concreet hanteerbare voorstellen tot actie. Deze uitspraak doet evenwel geen afbreuk aan het belang van gerichte risicoanalyses uitgevoerd bij de afhandeling van één bepaalde problematiek (zie verder).

Hoe kwamen de meest performante ondernemingen uit de steekproef dan tot een consistent beleid op het vlak van ergonomie of psychosociale aspecten als dit niet gebeurt op basis van een domeinspecifieke, laat staan een algemene, risicoanalyse? In de praktijk lijkt het professioneel benaderen van één bepaalde risicodragende situatie, weze het op het vlak van PSR of van MSA, als het ware het effect van een inktvlek te hebben. In nogal wat gevallenstudies uit dit onderzoek bleek dat een succesvolle aanpak van één dossier snel bekend raakt in de ganse onderneming, hetgeen leidt tot het exporteren van de benadering naar andere werkeenheden. Dit lijkt vaak geïnduceerd te worden door de werknemers uit deze naburige werkeenheden (inclusief hun afgevaardigden en leidinggevenden), die als begrijpelijke reactie te kennen geven dat "het nu tijd wordt dat zij ook aan de beurt komen". Het succesvol behandelen van één wrijvingspunt lijkt derhalve te leiden tot een verhoging van het zelfoplossend vermogen van ondernemingen en creëert een aandacht voor en een aanzet tot diverse initiatieven inzake MSA en PSR - veel meer dan dat algemene of domeinspecifieke risicoanalyses dit doen.

Een mooi voorbeeld hiervan is terug te vinden in een groot ziekenhuis uit het Brusselse (gevallenstudie MSA6). Door de interne preventiedienst werd een oudere kinesiste, met een ruime anciënniteit in diverse afdelingen, aangezocht voor het verzorgen van een aantal korte opleidingssessies inzake het hanteren van verplaatsingstechnieken bij minder mobiele patiënten. Geleidelijk aan verschoof haar taakinhoud naar de conceptuele en correctieve ergonomie, waardoor zij zich steeds meer ging richten naar het aankoopbeleid van arbeidsmiddelen en de vormgeving van de werkomgeving. Dit leidde ertoe dat zij na verloop van tijd op een halftijdse basis werd toegevoegd aan de interne preventiedienst, waar zij momenteel per jaar een 100-tal concrete klachten over onaangepaste arbeidssituaties behandelt: werknemers en lijnverantwoordelijken contacteren haar spontaan rechtstreeks voor de meest uitlopende problematieken inzake MSA. Betrokkene wijt het succes van haar aanpak in de eerste plaats aan 'mond-tot-mondreclame'.

Wat was dan wel de aanleiding tot het overgaan tot een concrete interventie in de 24 gevallenstudies? Tabel 6.6 geeft een overzicht.

Tabel 6.6 Aanleiding tot het overgaan tot een interventie (meerdere mogelijkheden konden worden opgegeven)

Aanleiding tot de interventie	Frequentie MSA	Frequentie PSR	Frequentie Totaal
Een brede visie op het welzijns- en personeelsbeleid	3	4	7
Verloop en ziekteverzuim	4	1	5
Leeftijdsbewust personeelsbeleid	0	0	0
Specifieke problematiek voor een bepaalde groep werknemers	8	3	11
Eén of enkele individuele probleemgevallen	2	4	6
Geen specifieke aanleiding	0	1	1
Naleven van het reglementair kader	0	2	2
Andere	1	0	1

Zoals wellicht te verwachten viel, was het grootste deel van de interventies geïnspireerd door concrete arbeidssituaties die voor een bepaalde groep of één werknemer als problematisch werden ervaren. Indien het verloop en/of het ziekteverzuim hier nog aan worden toegevoegd, is het duidelijk dat de meeste ondernemingen vooral reactief tewerkgaan bij het opzetten van interventies inzake MSA of PRS.

6.6.2 Het relatieve belang van de gehanteerde interventiecategorie

De opzet van onderhavig onderzoek bestond er onder meer in een duidelijk onderscheid te maken tussen verschillende interventiecategorieën in de strijd tegen MSA en PSR. De 24 gevallenstudies uit dit hoofdstuk maken duidelijk hoe arbitrair een dergelijke opdeling is. Zelden hanteren ondernemingen één enkele interventiecategorie ter bestrijding van een problematiek op het vlak van de ergonomie of de psychosociale aspecten: er wordt nagenoeg altijd een mix van benaderingen gehanteerd, en dit lijkt ook de enige aanpak te zijn die een succes oplevert.

De meeste interventies, in de eerste plaats deze die een wat meer complexe situatie viseren en van langere duur zijn, vertrekken immers niet van een vaststaand actieplan. Zij pakken de gewenste problematiek incrementeel aan. In de praktijk wordt dus een stap-voor-stap-benadering gehanteerd, waarbij een beperkt aantal aanpassingen gebeurt en de werknemers en hun leidinggevenden de tijd krijgen om de impact van deze aanpassingen in te schatten. In functie van de resultaten wordt dan, na verloop van tijd, overgegaan tot een volgende actie of reeks acties, al dan niet behorend tot een andere interventiecategorie. Uit het literatuuroverzicht samengevat in de hoofdstukken 2 en 3, volgt dat een geslaagde interventie ter bestrijding van PSR en MSA in de meeste gevallen een optimale mengeling is van persoonsgebonden benaderingen en acties die zich richten op de vormgeving van de arbeidsposten en op een aanpassing van de arbeidsorganisatie.

Een voorbeeld hiervan is de gevallenstudie MSA8, die de ergonomische problematiek van een bepaalde verpakkingslijn behelsde. Op basis van herhaalde klachten vanwege de werknemers en van het gegeven dat het ziekteverzuim in deze specifieke werkeenheid relatief hoog lag, besloot het management om een rotatiesysteem in te voeren ten einde de lichamelijke belasting ter hoogte van voornamelijk de bovenste ledematen en de rug gelijkmatiger te spreiden over de verschillende betrokken operatoren. Hiertoe werd de hulp ingeroepen van een bestaande werkgroep Ergonomie, waarin de interne preventiedienst en de afdeling Engineering een belangrijke stem hadden. Deze werkgroep kwam tot het besef dat het instellen van een rotatiesysteem slechts mogelijk was indien eerst de arbeidsmiddelen gemakkelijker in hoogte instelbaar gemaakt werden. De interventie verschoof dan ook, in de beginfase van aanpak, naar ingrepen gericht op de arbeidsmiddelen (het in de hoogte instelbaar maken van werkvlakken, het aanschaffen van stazit-stoelen en steunende vloermatten, het aanbieden van de verschillende items op variabele hoogte, ...). Deze acties besloegen in het totaal meer dan 12 maanden. Een volgende stap bestond erin om elke werknemer een individueel documentje te geven waarop zijn/haar optimale instellingen werden opgegeven ('ergokaartje' genoemd), zodat deze bij het zich begeven naar de arbeidspost alle arbeidsmiddelen op zijn/haar maat kon instellen zodat ergonomisch gewerkt kan worden. Voor dit laatste werd de hulp aangezocht van een preventieadviseur-ergonomie behorende tot de externe preventiedienst waarbij de onderneming was aangesloten. Deze deskundige kwam evenwel, op basis van een kwantitatieve risicoanalyse, tot de vaststelling dat het overgaan tot een rotatiesysteem in de betrokken werkeenheid weinig soelaas zou opleveren, aangezien de lichamelijke belasting op alle betrokken arbeidsposten ongeveer gelijkaardig was. De werkgroep Ergonomie besloot dan om de idee van taakrotaties te laten varen en dit te vervangen door een programma van spierontspannende oefeningen, die aan de werknemers in verschillende sessies werden aangeleerd. Aanvankelijk was het de bedoeling om de oefeningen aan het begin van de shift verplichtend te maken, en ook voor of na de pauzes

(geraamde duur: 3 à 5 minuten). Later werd afgezien van dit verplichtend karakter. En ten slotte werd toch nog overgegaan op een systeem van taakrotatie waarbij de betrokken operatoren zelf konden beslissen over de frequentie en de volgorde van wisseling van arbeidspost. De redenen die hiervoor werden aangevoerd hadden dan niets te maken met het beperken van MSA, maar beoogden het beperken van de mentale belasting door de werknemers een grotere taakvariatie aan te bieden, die hen bovendien polyvalenter maakte en dus ook gemakkelijker inzetbaar overheen meerdere productielijnen.

6.6.3 De inbreng van de verschillende betrokken partijen

Het welzijn van de werknemer op de arbeidsplaats behoort uitdrukkelijk tot de verantwoordelijkheid van de werkgever: dit principe loopt als een rode draad doorheen het ganse reglementair kader betreffende de veiligheid en de gezondheid op de arbeidsplaats. Het is dan ook in principe logisch, maar daarom niet minder verrassend, dat het initiatief tot een interventie in een groot deel van de 24 praktijkgevallen hoofdzakelijk uitging van de werkgever of diens hiërarchische lijn – in de eerste plaats het hoger management en de personeelsdienst (zie tabel 6.7).

Tabel 6.7 Initiatiefnemende partij in de 24 gevallenstudies (meerdere antwoorden konden worden opgegeven)

Initiatiefnemer	Frequentie MSA	Frequentie PSR	Frequentie Totaal
Bedrijfsleider en/of hoger management, HRM manager	4	8	12
Middenkader of eerstelijnssupervisie	1	1	2
Comité PPW, werknemersafgevaardigden	2	2	4
Werknemers (individueel of in groep)	2	1	3
Interne preventiedienst	4	4	8
Externe preventiedienst	0	0	0
Inspectiedienst TWW	0	0	0

Opvallend is ook de markante inbreng van de interne preventiedienst op dit vlak. Ook het Comité laat zich niet onbetuigd: in één op zes van de gevallenstudies ging het initiatief (mede) uit van de werknemersafgevaardigden.

De grote inbreng van het hoger management heeft ongetwijfeld te maken met het gegeven dat alle respondenten uit de 24 gevallenstudies nadrukkelijk stelden dat de veiligheid en de gezondheid op het werk een belangrijk onderdeel betekende van de ondernemingscultuur. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk gesuggereerd werd, is het waarschijnlijk dat precies dit gegeven één van de redenen tot deelname aan onderhavig onderzoek was. In sommige ondernemingen bleek de grote aandacht voor het welzijn van het personeel van in den beginne een fundamentele optie, waarbij de nadruk in de eerste plaats lag op het beperken van het aantal arbeidsongevallen, doch in de meerderheid van de gevallen ging het om een eerder recente evolutie die in de hand werd gewerkt door een groeiende professionalisering van het management, waarbij de aandacht voor de 'harde' arbeidsveiligheid werd verbreed tot onder meer MSA en PSR.

Verder was, bij het uitvoeren van de risicoanalyse en het suggereren van mogelijke correctieve acties, de rechtstreekse inbreng van de onmiddellijk betrokken werknemers opmerkelijk. Alle van de 24 in het kader van dit onderzoek bestudeerde interventies vertrokken vanuit een duidelijk participatieve opzet. De werknemers werden niet alleen bevraagd over het belang en de precieze aard van de PSR of MSA in hun concrete werksituatie, maar werden ook in staat gesteld om concrete voorstellen ter remediëring te formuleren. Deze ideeën bleken in vele gevallen te leiden tot een concrete actie of een pilootopstelling, waarna opnieuw bij de werknemers werd afgetoetst of de interventie inderdaad had geleid tot de verhoopte verbetering; daar waar een suggestie tot verbetering vanwege de betrokkenen niet werd weerhouden, werd teruggekoppeld waarom deze suggestie niet kon doorgaan. Dit leek één van de redenen waarom nagenoeg alle geïnterviewde werknemers in het kader van deze onderzoeksfase een positieve score gaven aan de interventie.

Hoewel de hiërarchische lijn in nagenoeg alle gevallen de eerste aanzet gaf tot een bepaalde interventie, werd al snel een projectverantwoordelijke aangeduid of nam iemand informeel deze opdracht op zich. Het is deze persoon die het proces bewaakte, het initiatief nam om in voorkomend geval expertise van buiten de onderneming aan te trekken, de communicatie met onder meer de werknemersvertegenwoordigers op zich nam. In de grote meerderheid van de gevallen was dit, voor wat de ergonomische gevallenstudies betrof, de verantwoordelijke of een preventieadviseur behorende tot de interne preventiedienst. En waar dit niet het geval was, was dat om situationele redenen (bv. omdat de interne preventieadviseur de onderneming had verlaten en zijn/haar opvolger nog niet ingewerkt was). De interne preventiedienst speelde een (veel) minder centrale rol in de interventies op psychosociaal vlak; hier was de inbreng in de interventie van de interne preventieadviseur in precies de helft van de interventies nagenoeg onbestaande (6 van de 12 gevallenstudies).

In 5 van de 24 gevallenstudies werd er geen beroep gedaan op externe expertise: de onderneming oordeelde dat zij voldoende knowhow in huis had om de interventie tot een goed einde te brengen. 18 ondernemingen wendden zich voor deze externe inbreng tot de preventieadviseur of -deskundige behorende tot de externe preventiedienst waarbij zij was aangesloten. In één geval zocht de onderneming uitsluitend een gespecialiseerde ondersteuning van een deskundige die werkte als zelfstandige, in drie andere gevallen werd de hulp ingeroepen van zowel een PAPS werkzaam in de externe preventiedienst als een gespecialiseerde derde instantie, beiden voor een ander luik van de interventie.

Het beroep op externe ondersteuning varieerde erg qua intensiteit. In vele gevallenstudies ging het om slechts één of enkele mandagen (bv. de opvang van de collega's en de familie van een slachtoffer van een dodelijk arbeidsongeval gevallenstudie PSR11), het andere uitzonderlijke extremum betrof een langdurige opleidingscyclus voor een grote werkeenheid die zich richtte op thuiszorg en waarbij de externe preventiedienst twee deskundigen vrijstelde voor in het totaal ongeveer 100 mandagen (gevallenstudie MSA2). Hoewel de inbreng van externe deskundigen dus vaak beperkt in tijdsbesteding was, zelfs in het geval van grotere en langduriger interventies, werd in nagenoeg alle gevallen de inbreng van deze deskundige erg naar waarde geschat en maakte de projectverantwoordelijke duidelijk dat bij een volgend dossier de samenwerking terug zou worden aangezocht. Diverse interventies vanwege de externe preventieadviseur vonden overigens plaats in het kader van het 'tijdskrediet'[49] dat de meeste externe preventiediensten momenteel aanbieden aan de aangesloten ondernemingen. Door de onderzoekers werd niet bevraagd of de betreffende ondernemingen de externe ondersteuning ook zouden hebben ingeroepen indien deze extra betalend was

49 De meeste externe preventiediensten bieden de grotere en/of meer veeleisende ondernemingen die bij hen zijn aangesloten de mogelijkheid om een gedeelte van de reglementair verplichte jaarlijkse bijdrage (de zgn. forfaitaire financiering) te besteden aan vrij te kiezen extralegale vormen van dienstverlening.

geweest; wel was het duidelijk dat de formule van het 'tijdskrediet' het beroep van ondernemingen op een PAPS of preventieadviseur-ergonomie faciliteerde.

Het is bijzonder opvallend dat drie instanties niet of slechts onrechtstreeks betrokken werden bij de afwikkeling van de interventie: zowel het Comité, de arbeidsgeneesheer als de inspectiediensten hadden geen of een relatief bescheiden inbreng in de conceptie en aansturing van de 24 gevallenstudies. In enkele ondernemingen vervulde het Comité weliswaar de rol van initiatiefnemer die het probleem aankaartte en allicht bespreekbaar maakte, doch in de meeste gevallenstudies werd het louter geïnformeerd over de geplande interventie en werd het ook op de hoogte gebracht van het verloop ervan. Doch vaak ging de rol van het Comité niet veel verder: wel woonden sommige Comitéleden bepaalde acties bij, vooral in de beginfase van de interventie. Ook werden zij in de gelegenheid gesteld om suggesties te formuleren en hun mening te ventileren over de geplande interventie, maar dit leidde op het eerste zicht zelden tot een merkelijke wijziging van de plannen. In nagenoeg alle gevallenstudies bleek de rechtstreekse participatie vanwege de werknemers belangrijker voor het welslagen van de actie dan de vertegenwoordigende inspraak in formele overlegorganen, en dit ondanks het feit dat alle 24 de bezochte ondernemingen lieten weten dat de sociale relaties binnen het Comité PBW bevredigend tot uitstekend waren.

De arbeidsgeneesheer beperkte zich meestal tot het doorgeven van de coördinaten van de preventieadviseur-ergonomie of de PAPS; soms werd zijn/haar mening gevraagd om de interventie mee te helpen legitimeren bij het hoger management. In slechts één geval (waarbij de arbeidsgeneesheer het periodieke gezondheidstoezicht maximaal had teruggebracht) vond hij voldoende tijd om van bij de opstart nauw betrokken te zijn bij het concept en de dagelijkse afwikkeling van de interventie. Hier moet worden benadrukt dat de wat bescheidener rol van de arbeidsgeneesheer te wijten kan zijn aan optisch bedrog: de beoordeling van de rol van de verschillende actoren bij de interventies werd grotendeels bevraagd bij bedrijfsinterne personen, die geen zicht hebben op de onderlinge afstemming tussen de verschillende intervenanten afkomstig van de externe preventiedienst. Hoogstwaarschijnlijk is het zo dat de PAPSen en de preventieadviseur-ergonomie bij het afhandelen van hun inbreng in nauw overleg bleven staan met de arbeidsgeneesheer en vanuit diens ervaring met de onderneming belangrijke informatie konden doorgeven.

Ook vond geen enkele van de 24 in dit hoofdstuk bestudeerde interventies plaats als een rechtstreeks gevolg van het optreden van een arbeidsinspecteur van TWW.

Wellicht heeft de grote inbreng van de hiërarchische lijn te maken met de groeiende mondigheid van de werknemers, die (althans in ondernemingen uit de 24 gevallenstudies die wellicht kunnen bogen op een bovengemiddeld preventiebeleid) veel minder een tussenliggende instantie (een werknemersafgevaardigde, een arbeidsgeneesheer, een vertegenwoordiger van de overheid) meer nodig hebben om hun bekommernis over de arbeidsomstandigheden te ventileren aan hun verantwoordelijken. Nogal wat leden van de hiërarchische lijn en interne preventieadviseurs stelden in de loop van deze onderzoeksfase onomwonden: "Je weet snel wanneer er iets verkeerd loopt op de werkvloer, de mensen komen het je wel zeggen" en "De werknemers zijn veel mondiger geworden dan vroeger". En natuurlijk fungeert hier de hierboven beschreven positieve ingesteldheid van het leidinggevend kader als spiegelbeeld: er kan verondersteld worden dat werknemers slechts rechtstreeks boodschappen zullen geven aan hun verantwoordelijken indien zij ervaren dat hiermee rekening wordt gehouden. Alle van de 24 ondernemingen hebben dan ook kanalen opgezet voor de rechtstreekse communicatie van de werknemers met hun onmiddellijk leidinggevenden: kwaliteitscirkels, toolbox-vergaderingen, werkoverlegsessies, ...: deze 'moderne' vormen van rechtstreeks overleg en directe inspraak waren in alle 24 gevallenstudies prominent aanwezig.

6.6.4 De evaluatie van de efficiëntie en de effectiviteit

Geen enkele van de 24 ondernemingen kon nauwkeurig voorleggen hoeveel precies een bepaalde interventie gekost heeft. De grootste fractie van de kostprijs van de interventies betrof immers de werkuren van het eigen personeel, nodig voor de verschillende interne vergaderingen waarbij de problematiek werd besproken en uitgediept (incl. de tijd die in de comitévergaderingen werd besteed aan het informeren en voorleggen), nodig voor de participatieve risicoanalyses en andere bevragingen van de betrokken werknemers en nodig voor bijvoorbeeld het opstellen van de procedures (in het geval van PSR) of het aanpassen van de arbeidsposten of de arbeidsmiddelen (in het geval van MSA, hetgeen grotendeels door eigen technici gebeurde). Vooral voor ergonomische ingrepen bleken belangrijke investeringen nodig voor het aanpassen van de arbeidsmiddelen of het aankopen van randapparatuur (bv. sta-zitstoelen). Op dit vlak konden de betrokken ondernemingen een nauwkeurig prijskaartje kleven, net zoals men er een duidelijk zicht op had hoeveel de kostprijs van de interventie van een externe deskundige bedroeg.

De doorlooptijd van de interventies van enige omvang was meestal minstens 12 maanden, uitlopend tot meerdere jaren. Alleen een interventie met betrekking tot één bepaalde welomschreven problematiek, waarbij de voorgenomen acties bescheiden waren in omvang en duidelijk op voorhand konden omschreven worden en het toepassingsgebied beperkt was tot één of enkele personen (een begeleidingstraject na een traumatische gebeurtenis - gevallenstudie PSR11, of het aanpassen van één bepaald arbeidsmiddel - gevallenstudie MSA6), bedroeg de doorlooptijd nauwelijks enkele weken.

Aan alle geïnterviewden in de loop van fase 3 van onderhavig onderzoeksproject, werd gevraagd om de effectiviteit van de interventie subjectief te scoren op een schaal van 6. Het gemiddelde van al deze scores schommelde tussen 4 ('aanvaardbaar resultaat') en 5 ('goed resultaat). Toch scoorden een beperkt aantal bevraagde werknemers een 3 ('beperkt effect'). In één gevallenstudie (MSA1) die in hoofdzaak een aantal opleidingssessies behelsde, lag de initiële score eveneens ergens tussen 4 en 5 op 6, maar wegens het gebrek aan opvolging, onder meer de ontstentenis van navormingssessies, bleek de effectiviteit van deze opleidingssessies, die op het ogenblik van het onderzoek een tweetal jaren geleden plaatsvonden, slechts een magere score van 2 ('geen of nauwelijks effect') op te leveren. Opvallend was dat deze scores vrij gelijklopend waren overheen alle respondenten uit eenzelfde onderneming: leden van het management, de betrokken deskundigen (in de eerste plaats de interne preventieadviseur) en de werknemers of hun afgevaardigden kwamen onafhankelijk van elkaar tot ongeveer dezelfde subjectieve beoordeling van de effectiviteit van de ingreep. Verder viel het op dat de aard van de acties nauwelijks een invloed had op de gegeven score: interventies die hoofdzakelijk een structurele aanpak van de problematiek behelsden en daarom konden verondersteld worden te behoren tot de top van de preventiehiërarchie, scoorden niet systematisch hoger qua effectiviteit dan persoonsgebonden benaderingen die geacht worden te ressorteren onder het begrip 'secundaire' of 'tertiaire' preventie.

Hieruit mag niet afgeleid worden dat het er nauwelijks toe doet welke interventie precies wordt gekozen ter bestrijding van een problematiek van MSA of PSR. In nagenoeg alle van de 24 gevallenstudies werd gehandeld met kennis van zaken en, onder meer dank zij de participatieve aanpak en de inbreng van interne en externe expertise, op een weloverwogen manier gekozen voor een aantal concrete interventiecategorieën, in functie van de aard van de problematiek. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ongeveer iedere gesprekspartner in deze onderzoeksfase van mening was dat "het geld goed besteed was", en dit ondanks het feit dat deze uitspraak in nagenoeg alle gevallen berustte op buikgevoel. Slechts één onderneming (gevallenstudie MSA9) had een grondige rentabiliteitsstudie gemaakt van de (omvangrijke en vrij langdurige) herorganisatie van één bepaalde werkeenheid, die (blijkens de cijfers) had geleid tot een productiviteitsstijging van ongeveer 10%. Maar

intussen waren er een aantal onvoorziene neveneffecten opgedoken, zoals een stijging van het aantal incorrecte leveringen, die op het ogenblik van het bedrijfsbezoek nog in behandeling waren.

Inderdaad doken er in een beperkt aantal gevallenstudies een aantal positieve of negatieve neveneffecten op die niet voorzien waren bij het opzetten van de interventie. Hier viel moeilijk een lijn te trekken: de vermelde neveneffecten waren erg specifiek gebonden aan de aard van de onderneming of van de interventie.

6.6.5 Remmende en bevorderende factoren

In het kader van de onderzoeksopdracht werd bij de vraagstelling aan de verschillende respondenten uit de gevallenstudies met nadruk gevraagd welke de factoren waren die in hoofdzaak het succes van de interventie hadden geïnduceerd en welke gegevenheden hadden belet dat de effectiviteitsscore hoger ware geweest. Net zoals dit het geval was in het literatuuroverzicht van de eerste hoofdstukken uit dit verslag, werden een ganse reeks van remmende en bevorderende factoren vermeld waarvan vele erg specifiek waren voor de onderneming en de uitgevoerde interventie.

Ook hier kwam in de eerste plaats naar voren dat de interesse en de concrete inbreng van het hoger management/de directie dè drijvende kracht was om de interventie tot een goed einde te brengen, nagenoeg op gelijke lijn met het feit dat het van in den beginne betrekken van de betrokken werknemers essentieel werd bevonden. Als een derde belangrijk criterium werd vermeld de mate waarin de interventie professioneel werd aangestuurd, de acties inhoudelijk correct werden uitgewerkt (de inbreng van de externe, en waar toepasselijk van de interne, deskundigen werd consequent als belangrijk beoordeeld) en het verloop ervan goed in de hand werd gehouden. Deze drie gegevenheden lijken dan ook, overheen de 24 gevallenstudies, primordiale bevorderende factoren geweest te zijn.

Aangezien alle in dit hoofdstuk beschreven interventies minstens als aanvaardbaar werden beoordeeld, leverde een bevraging van de remmende factoren een minder duidelijk plaatje op. Een gebrek aan financiële mogelijkheden of voldoende tijd werd, nauwelijks vermeld als *bottleneck*. Dit heeft allicht te maken met het feit dat alle ondernemingen uit de steekproef 'in goeden doen' waren.[50]

50 Meerdere ondernemingen die in dit kader waren aangezocht zegden precies hun medewerking af omdat zij door een periode van afslanking of reorganisatie gingen.

7 | Algemene besluiten en beleidsvoorstellen

7.1 Algemene besluiten

7.1.1 Nood aan meer aandacht voor MSA en PSR

De eerste grote conclusie van het ESENER-onderzoek (European Agency for Safety and Health at Work, 2012) over nieuwe en opkomende risico's in de Europese Unie luidt dat de prevalentie van enerzijds kwetsuren te wijten aan werkgebonden risico's en anderzijds een slechte gezondheidstoestand, gedaald is gedurende het voorbije tiental jaren. Wel wordt gewezen op de blijvende kosten voor het individu, de werkplaats en de bredere samenleving van ontoereikende veiligheids- en gezondheidsvoorwaarden 'in addition to physical and emotional harm'.

In de eerste plaats blijven PSR en MSA een belangrijk pijnpunt. Stress zou instaan voor bijna 20% van het ziekteverzuim in België, maar de afwezigheid wegens spier-pees-botletsels zou minstens twee keer hoger zijn. Wetende dat de totale kosten van het ziekteverzuim in dit land voor het jaar 2008 werden geraamd op 10,35 Mio euro, waarbij de indirecte kosten nog een factor 2,5 hoger zouden liggen (Bevan et al., 2009), gaat het hier over een problematiek van het allerhoogste belang.

Dit wordt ten overvloede belicht in het afsluitende verslag over de Europese Strategie inzake veiligheid en gezondheid 2007-2012 (DG Employment, Social Affairs and Inclusion, 2013). Op basis van cijfermateriaal, verzameld in 2009 en dat slaat op de voorbije tien jaar, kon voor België worden vastgesteld:

- dat de trend inzake de frequentie van arbeidsongevallen dalende was (hoewel er een stagnatie optrad tijdens de laatste drie jaar, 2007-2009);
- dat de frequentie van beroepsgebonden MSA een stijgende trend vertoonde overheen de tienjarige meetperiode, een stijging die zich bleef doorzetten tussen 2007 en 2009;
- dat werkgebonden stress stabiel bleef, alvast gedurende de laatste drie jaar van de meetperiode (er bleken geen cijfers beschikbaar voor het ganse traject tussen 2000 en 2009).

Kwantitatieve gegevens (verzuimcijfers, oorzaken van erkenning van beroepsziekten, de aanwezigheid van ergonomen en preventieadviseurs psychosociale aspecten in de interne en externe preventiediensten) en individuele percepties vanwege preferente gesprekspartners uit de praktijk (tijdens de interviews in het kader van deze studie), tonen onbetwistbaar aan dat bedrijven en instellingen relatief weinig investeren in preventieve, gestructureerde acties op het vlak van MSA en PSR.

Als verklaring hiervoor delen sommige gesprekspartners de mening dat het Belgische reglementaire kader inzake de bedrijfsgebonden preventie, hoewel op zichzelf rijkelijk uitgebreid, onvoldoende aandacht blijft schenken aan MSA en PSR.

Nochtans kan a priori verondersteld worden dat de beroepsgebonden risico's MSA en PSR volgens dezelfde lijnen kunnen aangepakt worden als de arbeids- of procesveiligheid. De ESENER-bevraging, zoals bewerkt door de Stichting Innovatie en Arbeid (Delagrange, 2013), gaf hiervoor enige evidentie (zie tabel 7.1). Hoewel het totaalbeeld uit deze tabel gemengd blijft, is nagenoeg de helft

van de respondenten, afkomstig uit een steekproef van Belgische ondernemingen met meer dan tien werknemers, van mening dat psychosociale risico's geen afzonderlijke categorie vormen die anders moet aangepakt worden dan de meer klassieke domeinen behorende tot de veiligheid en de gezondheid op het werk; 8% vindt zelfs dat PSR 'minder moeilijk aan te pakken' zijn.

Tabel 7.1 Moeilijkheid om psychosociale risico's aan te pakken in vergelijking met andere welzijnsrisico's (Delagrange, 2013)

In vergelijking met andere aspecten van veiligheid en gezondheid, is het moeilijker om psychosociale risico's aan te pakken, is het minder moeilijk of is er geen verschil?	% ondernemingen*
Moeilijker	39,0
Minder moeilijk	8,1
Geen verschil	48,0
Geen antwoord	4,9
TOTAAL	**100,0**

* Op een totaal van 457 respondenten.

Uit de bevraging van een steekproef van ondernemingen (zie hoofdstuk 5) bleek dat 30,4% (n=42) van de organisaties aangaf dat MSA niet of nauwelijks (meer) voorkomt; slechts 15,9% (n=18) vond dit voor PSR. Nochtans werden er in deze bedrijven en instellingen meer acties ter voorkoming van MSA gevoerd dan ter voorkoming van PSR. Hoewel de psychosociale belasting van de werknemer dus algemeen erkend wordt als een reële problematiek, wordt de lichamelijke belasting (al dan niet terecht) als minder prominent aangevoeld – maar deze blijkt, in contrast hiermee, sneller te leiden tot preventieve interventies. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat, zoals ook uit de literatuurstudie vervat in de hoofdstukken 2 en 3 volgt, de genese van MSA eenduidiger is en deze thematiek zich dus gemakkelijker leent tot concrete actieplannen.

7.1.2 De impact van punctuele acties is moeilijk te substantiëren

Zowel uit de literatuurstudie als uit de gesprekken met de verschillende betrokken partijen in de verschillende fasen van dit onderzoek, blijkt dat slechts sporadisch wordt gepeild naar de effectiviteit van interventies met een preventief karakter. Daar bestaan een aantal solide redenen voor:

- het is aannemelijk dat er een *vrij grote latentietijd* optreedt tussen een bepaalde interventie en de mogelijk positieve gevolgen hiervan, zeker wanneer men wenst dat deze kwantitatief uitgedrukt worden (ziekteverzuim, arbeidsongevallen, beroepsziekten). Een vaststelling via wetenschappelijk onderzoek stuit vaak op het gegeven dat de tijdshorizon die dergelijke studies hanteren te beperkt is, waardoor uitsluitend kortetermijneffecten in ogenschouw genomen worden. Tevens vinden er in de meeste ondernemingen tijdens deze latentietijd diverse andere wijzigingen plaats in de arbeidsorganisatie, de infrastructuur en de financieel-economische omgeving. Een werkomgeving is nu eenmaal zelden te vergelijken met een laboratoriumsituatie waarin een ganse reeks parameters constant in de tijd kunnen worden gehouden;
- bovendien zullen mogelijke verschillen tussen indicatoren als gevolg van dergelijke benaderingen slechts statistisch significant zijn indien het doelpubliek van de interventie een kritische grootte bereikt, hetgeen niet steeds het geval is. Vele interventies inzake PSR of MSA beperken zich immers tot één of enkele subjecten (bv. het optreden ter vermijding van PTSS) of één enkele arbeidspost (het herinrichten van een bepaalde werkplek);
- het komt eerder zelden voor dat een bepaalde preventieve actie beperkt wordt tot één goed afgelijnde interventiecategorie. Een ergonomische ingreep bijvoorbeeld komt meestal neer op een

wijziging van bepaalde fysische karakteristieken van de arbeidspost, een verandering van de manier van werken (bv. het invoeren van jobrotatie) en het verstrekken van opleidingen – die op zichzelf meestal ook een mengeling inhouden van de sensibiliserende boodschappen, het instrueren van specifieke tiltechnieken en het aanleren van spierversterkende oefeningen. Het is in deze gevallen moeilijk om de toegevoegde waarde van één specifieke interventiecategorie in te schatten;
- daar waar verzuimcijfers een belangrijke parameter vormen, is het belang van MSA en PSR in de verzuimcijfers op basis van de beschikbare gegevens moeilijk te achterhalen.

Bovendien kan de effectiviteit bij interventies die ingrijpen op de veiligheid en de gezondheid van de werknemer op vele wijzen worden uitgedrukt (Goldenhar et al., 2001):
- in welke mate reduceert de interventie ongevallen, ziekteverschijnselen of fysieke/psychische beperkingen in hoofde van de werknemers? Hier is de subjectieve perceptie van de werknemers zelf vaak mede bepalend;
- in welke mate reduceert de interventie de blootstelling van de werknemer aan risicodragende omgevingen? Hier zal de onderzoeker eerder de objectieve belasting nagaan;
- in welke mate heeft de interventie een impact op de financieel-economische consequenties van de verminderde arbeidsongeschiktheid;
- in welke mate werd de kennis, de attitude of het gedrag van de werknemer beïnvloed door de interventie?

Uit gevalideerd onderzoek blijkt een beperkte effectiviteit van de verschillende interventies. Maar indien men zich, zoals in nagenoeg alle gevallenstudies besproken in hoofdstuk 6, bij het inschatten van de toegevoegde waarde van een bepaalde interventie, tevreden stelt met een *subjectieve evaluatie van de betrokkenen* en dit meestal onmiddellijk na de interventie, blijkt deze evaluatie nagenoeg altijd positief. Voor sommige interventiecategorieën gebeurt dit vrij systematisch (bv. opleidingen, zeker in ondernemingen die conformiteit betrachten met een formeel managementsysteem). Interventies ter bestrijding van MSA en PSR worden dus algemeen positief gewaardeerd, zowel door de betrokken werknemers als leidinggevenden en stafmedewerkers, zodat kan besloten worden dat acties ter bestrijding van MSA en PSR in principe kunnen rekenen op een bepaalde *goodwill* vanwege de ganse ondernemingsgemeenschap. Ook de preventieadviseurs schatten het effect van dergelijke interventies positief in, zoals bevestigd wordt door de resultaten van de survey uit hoofdstuk 5, maar betonen zich, tijdens de verschillende gesprekken die in de loop van onderhavig onderzoek werden afgelegd, beducht over een degradatie in de tijd indien er geen systematiek in de opvolging van de interventies wordt gelegd. Overigens werd, door de respondenten uit de survey, het effect van acties ter bestrijding van MSA enigszins positiever beoordeeld dan dit van acties ter bestrijding van PSR.

Interventies op preventief vlak vallen uiteen in twee hoofdklassen: zij die zich in de eerste plaats richten op de betrokken werknemers en een verandering van gedrag en ingesteldheid betrachten en zij die hoofdzakelijk een aanpassing van de taakinhoud en de arbeidsomstandigheden beogen. Traditioneel worden, conform de veiligheidswetenschap en de reglementaire vertaling hiervan (de zogenaamde *preventiehiërarchie*) acties behorende tot deze laatste categorie als *primair* beschouwd, en genieten dus de voorkeur. Literatuuronderzoek lijkt evenwel duidelijk te maken dat, althans voor wat betreft MSA en PSR, acties gericht op het individu (sensibiliserende acties, opleidingen die moeten leiden tot een versterking van zowel de lichamelijke als de psychische draagkracht) minstens zo effectief zijn als een meer structurele aanpak – tenminste, op voorwaarde dat deze individueel gerichte benaderingen geaxeerd zijn op de specifieke problematiek. Ook dit wordt bevestigd, zowel door de bevindingen op basis van de survey als op basis van de casestudy's.

Al evenzeer blijkt uit de literatuur, maar ook uit de verschillende onderzoeksfases, dat de totstandkoming van een interventie (onder meer de wijze waarop de problematiek gecapteerd wordt en door wie dit gebeurt), de voorbereiding en uitvoering ervan en de mate waarin de interventie ressorteert onder een bredere aanpak inzake het welzijn op het werk (hetgeen onder meer inhoudt dat opvolgingsacties gepland zijn), in een overwegende mate het succes bepalen van een bepaalde interventie. Maar als belangrijkste factoren die het succes van de interventie bepalen lijken de klassieke gegevenheden te zijn die steevast ook in de literatuur opduiken. In ongeveer gelijke mate zijn zowel het engagement van de bedrijfsleiding, hetgeen zich in de praktijk meestal vertaalt in de bereidheid om voldoende tijd en middelen vrij te stellen om de interventie tot een goed eind te brengen, als de betrokkenheid van werknemers en hun bereidheid tot gedragsverandering dè bepalende factoren bij uitstek. *Buy in* vanwege het *management* en het ontbreken van een al te grote weerstand tegen verandering vanwege de betrokken werknemerspopulatie staan dus ongeveer *ex aequo*. In de gevallenstudies (hoofdstuk 6) werd de eerste factor als licht belangrijker gequoteerd, de respondenten uit de websurvey (hoofdstuk 5) schatten dan weer de actieve participatie van de werknemers als licht belangrijker in.

7.1.3 Het belang van continuïteit in de aanpak

Inzake de aanpak van veiligheidsproblemen op ondernemingsvlak bestaat er stilaan een algemene consensus over de te volgen methodiek. Arbeidsongevallen en incidenten (ook wanneer het in de eerste plaats gaat om materiële of milieuschade) kunnen worden beteugeld door het hanteren van zorgsystemen (*management systems*). Zorgsystemen worden gekenmerkt door de volgende vier fasen die kenmerkend zijn voor het proces van continue verbetering, hetgeen de essentie is van een zorgsysteem (Kampman et al., 2002):

- planning (beleid, doorlichting en risico-inventarisatie);
- uitvoering (identificeren en afwegen opties, uitvoeren);
- controle (metingen, evaluaties, rapportages);
- bijsturing (correcties, maatregelen, verbeteracties).

Voor wat betreft het welzijn op het werk, geeft de Belgische reglementering bepaalde handvatten, met als sleutelbegrippen het *dynamisch risicobeheersingssysteem*, het *globaal preventieplan* en de *jaarlijkse actieplannen*. Daarnaast kent Europa zijn Seveso-richtlijnen die zich in hoofdzaak richten tot de chemische nijverheid en bestaat er een wereldwijde standaard voor een beheerssysteem met betrekking tot procesveiligheid (American Institute of Chemical Engineers, 2007). Ook andere formele zorgsystemen (OHSAS of ISO 18000, het International Safety Rating System of door ondernemingen in eigen beheer ontwikkelde benaderingen) hebben hun functionaliteit bewezen (Van der Steen, 2010). De praktijk wijst evenwel uit dat deze zorgsystemen voornamelijk geaxeerd blijven op de voorkoming van incidenten met lichamelijke en soms materiële schade: de aanpak van PSR en MSA beneemt geen volwaardige plaats in dergelijke zorgsystemen (European Agency for Safety and Health at Work, 2002). Er bestaat geen enkele inhoudelijke reden waarom dit evenwel zo hoeft te zijn. Eerder dan voor zowel MSA als PSR afzonderlijke zorgsystemen op te zetten lijkt het een mogelijke benadering om de bestaande zorgsystemen uit te breiden tot onder meer deze welzijnsdomeinen. Uit onderhavig onderzoek blijkt alvast niet dat de psychosociale en ergonomische problematiek op de werkvloer een fundamenteel andere aanpak noodzaakt dan de bevordering van de arbeidsveiligheid.

7.1.4 Het belang van de inbreng van expertise

Ondernemingen beschikken slechts in een beperkte mate over voldoende interne expertise om interventies ter bestrijding van MSA en PSR tot een goed einde te brengen. In de 140 bevraagde

organisaties (zie hoofdstuk 5) werd bij nagenoeg de helft van de acties met betrekking tot MSA een beroep gedaan op externe expertise, en bij interventies met betrekking tot PSR was dit in nagenoeg 2/3 het geval. Ditzelfde plaatje wordt bevestigd in de gevallenstudies: ook hier was de inbreng van externe deskundigheid prominent aanwezig en werd daar hogelijk gewaardeerd. Behoudens uitzonderingen gaan ondernemingen voor dergelijke ondersteuning in eerste instantie te rade bij de externe preventiedienst waarbij zij zijn aangesloten.

Dit staat in een schril contrast met de schaarste aan preventieadviseurs-ergonomie en (in mindere mate) PAPSen in de externe preventiediensten. Uit de bevraging van 11 EDPB's (zie hoofdstuk 4) maakt de werkeenheid Ergonomie gemiddeld slechts 2,4% uit van het totale personeelsbestand, voor de werkeenheid Psychosociale Aspecten loopt dit op tot rond de 5%.

7.1.5 De verschillende interventiecategorieën

Eén van de kernvragen van de onderzoeksopdracht in het kader van onderhavige studie betrof het aflijnen van grote categorieën van interventies. Dit gebeurde aan de hand van een intensieve literatuurstudie en werd afgetoetst in de opeenvolgende onderzoeksfasen.

De oorzakelijke factoren voor MSA en PSR lagen mee aan de basis van deze aflijning. Voor musculoskeletale aandoeningen liggen de oorzakelijke factoren voor de hand, namelijk de lichamelijke belasting van plotse, langdurige of repetitieve aard, negatief of positief beïnvloed door fysische/psychosociale arbeidsomstandigheden en deels door de individuele voorbeschiktheid van de individuele werknemer. De genese van psychosociale risico's is complexer.

De onderverdeling van interventies op het vlak van PSR en MSA gebeurde niet op basis van de preventiehiërarchie. Noch in de literatuurstudie, noch in het eigen onderzoek werd enige indicatie gevonden dat een structurele aanpak (de 'primaire preventie' ingrepen in de arbeidsorganisatie, de taakinhoud en de vormgeving van de werkplek) per definitie effectiever is dan ingrepen die gericht zijn naar het individu (opleidingen, sensibiliserende sessies, individuele of groepsgewijze coaching, ...).

Bovendien bleek, in eerste instantie uit de 24 gevallenstudies, dat ondernemingen een specifieke problematiek van MSA of PSR zelden aanpakken door één enkele interventiecategorie te hanteren: bijna steeds wordt simultaan of achtereenvolgens ingewerkt op de vormgeving van de werkplek, de organisatie van de arbeid, het verstrekken van opleidingen, het vastleggen van afspraken in procedures, ... De opdeling van interventies in goed afgelijnde categorieën reflecteert dus maar gedeeltelijk de praktijk op de werkvloer. Zowel uit de literatuur als vanuit onderhavig onderzoek blijkt overigens duidelijk naar voren te komen dat een goede mengeling van interventiecategorieën bij de aanpak van één specifieke problematiek, waarbij een goed evenwicht gevonden wordt tussen collectieve maatregelen en acties die inwerken op de werknemer, de meest effectieve benadering is.

Tot slot werd in de loop van de derde onderzoeksfase (de behandeling van de gevallenstudies) gestoten op een terminologisch probleem. Door ondernemingen wordt de conceptuele ergonomie (vormgeving van de arbeidspost, het hanteren van ergonomische principes bij de vormgeving van een arbeidsmiddel of een ruimere werkomgeving), blijkbaar niet beschouwd als een 'interventie' in de strikte zin van het woord. Dit zijn nochtans benaderingen die duidelijk behoorden tot de primaire aanpak van het welzijn op het werk en dus theoretisch verondersteld worden bij uitstek effectief te zijn. De term 'interventie' heeft evenwel een eerder reactieve connotatie, waardoor ondernemingen klaarblijkelijk hun (soms onmiskenbare) inspanningen op dit vlak, niet beschouwen als een interventie in de strikte zin van het woord. Wellicht is het ook daarom dat de meeste geval-

lenstudies betrekking hebben op acties die eerder laag staan op de ladder van de preventiehiërarchie.

Tabellen 7.2 en 7.3 tonen de indeling in interventiecategorieën, zoals deze vorm kregen op basis van de literatuurstudie en de verschillende onderzoeksstappen.

Tabel 7.2 Overzicht van de in het onderzoek beschouwde interventiecategorieën op het vlak van de psychosociale risico's

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld
1. Op de organisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Uitrusten van individuele kantoren met doorzichtige wanden in het kader van het ongewenst seksueel gedrag; het voorzien van een afzonderlijk kantoortje wanneer werknemers tijdelijk een mentaal belastende activiteit moeten uitvoeren
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	Overschakelen op kantooruren voor alleen werkende vrouwelijke schoonmakers
	1.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	Opleidingen van de hiërarchische lijn inzake het toepassen van participatieve managementstijlen, mits georganiseerd in het kader van PSR
	1.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	Taakverruiming of –verbreding in het kader van het beperken van de psychosociale belasting
	1.5 Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR, vastleggen van een procedure inzake melding van een OGGW-incident, het uitwerken van een ziekteverzuimprotocol
2. Op het individu gerichte interventies	2.1 Sensibilisering/bewustmaking	Verspreiding van affiches, organisatie van sensibiliserende voordrachten in verband met PSR, verspreiden onder het personeel van brochures over 'hoe omgaan met psychosociale belasting'
	2.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies
	2.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde stressbeheersingssessies
	2.4 Voorkomen PTSS	Ondersteuning van slachtoffers van een schokkende gebeurtenis
	2.5 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk
	2.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten, opleidingen voor leidinggevenden inzake het herkennen van stresssignalen, opleidingen van vertrouwenspersonen
	2.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	Invoeren van een systematiek inzake curatieve behandelingen van burn-out of van middelenmisbruik

Tabel 7.3 Overzicht van de in het onderzoek beschouwde interventiecategorieën op het vlak van de musculoskeletale risico's

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld
1. Op de arbeidsorganisatie gerichte interventies	1.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Het verbeteren van de begaanbaarheid van de arbeidsplaatsen, het beperken van de blootstellingsduur aan extreem lage temperaturen
	1.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Het invoeren van een rotatiesysteem tussen de verschillende werkposten van een inpaklijn
2. Op de arbeidspost gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	Het wijzigen van tilcondities (hef-hoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...)
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	Het gebruik van een 'stalen verpleegster' voor het verplaatsen van patiënten in zorginstellingen
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	De aankoop van kantoorstoelen met instelbare leuningen, bestemd voor arbeidsposten waar intensief aan beeldschermen wordt gewerkt
3. Op het individu gerichte interventies	3.1 Sensibilisering/bewustmaking	Ophangen van affiches en verspreiden van brochures
	3.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van ontspannings-oefeningen
	3.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde biofeedback-training
	3.4 Het aanleren van spier versterkende oefeningen	Het organiseren van een vorm van rugschool voor groepen werknemers
	3.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	De aankoop van steungevend schoeisel voor het personeel van een grootkeuken
	3.6 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk
	3.7 Opleidingen inzake het gebruik van technieken	Opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen

In de survey van ondernemingen werd bij de 140 respondenten gepeild naar de aard van de interventies die op beide vlakken werden gerealiseerd op beide vlakken, en dit binnen een tijdsspanne van de voorbije drie jaar. De aard van de gevoerde acties met betrekking tot MSA, in afnemende volgorde van voorkomen, waren de vier volgende:
- aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning;
- sensibilisering/bewustmaking;
- aanpassing van de arbeidspost;
- opleidingen (bv. toepassen van tiltechnieken).

Voor acties met betrekking tot PSR verschilde het plaatje licht, waarbij opvalt dat het alle ging om persoonsgerichte benaderingen. Hier waren de acties in afnemende volgorde van voorkomen:
- opleidingen;
- sensibilisering/bewustmaking;
- voorkoming van PTSS;
- benaderingen voor specifieke doelgroepen.

Uit dezelfde websurvey (hoofdstuk 5) lijkt er weinig verschil in ervaren effectiviteit te bestaan tussen de verschillende aangewende interventiecategorieën: ingrijpen op arbeidsorganisatie/werkpost worden als licht effectiever aangemerkt dan persoonsgerichte benaderingen.

7.1.6 Naar een modelblauwdruk van een interventie op het vlak van MSA en PSR

Uit de wetenschappelijke literatuur en de resultaten van onderhavig onderzoek, in eerste instantie de studie van de 24 gevallen zoals deze gerapporteerd werd in het vorige hoofdstuk, komt stilaan een beeld naar voren van hoe een geslaagde interventie ter voorkoming van MSA en PSR er best uitziet. Dit wordt hieronder weergegeven.

7.1.6.1 Het startpunt van het initiatief: de probleemdetectie

Acties komen doorgaans (zoals vermeld in de cases) voort uit een duidelijk aangevoelde nood tot interventie. Het houden van een *algemene* risicoanalyse, eventueel zelfs toegespitst op de psychosociale aspecten of de ergonomie op het werk, bleek alvast in de 24 bezochte ondernemingen geen startpunt te zijn voor één bepaalde ingreep. Een problematiek die door een groep werknemers en hun verantwoordelijken als reëel wordt aangevoeld, is dit wel. Wanneer een interventie ter bestrijding van MSA of PSR effectief wil zijn, moet er een duidelijke omschrijving van de probleemsituatie voorhanden zijn: over welke werkeenheid gaat het? indien van toepassing: voor welke fractie van het betrokken personeel? wat zijn de indicatoren waarop men zich baseert om tot de actie over te gaan (niet alleen harde cijfers over het ziekteverzuim of het verloop, maar ook klachten of herhaalde opmerkingen zijn een valabel beginpunt)? Het is belangrijk om maximaal evidentie bijeen te rapen over de reden waarom de ingreep zich opdringt. Het is belangrijk bij de gegevensverzameling van in den beginne het Comité PBW te betrekken, zodat er ook bij de werknemers en hun vertegenwoordigers het bewustzijn dat een interventie zich opdringt rijpt en al eerste contouren van mogelijke acties kunnen worden geschetst.

In vele gevallen is een voorafgaande specifieke risicoanalyse noodzakelijk, omdat deze vaak de nodige aandrang oplevert die het hoger management nodig acht om de interventie te steunen en er de nodige middelen voor vrij te maken. Hiervoor bestaan voldoende standaard-methodieken: de Déparis-benadering als onderdeel van de Sobane-methodiek, de bevraging van een steekproef van de betrokken werknemers, (semi-)kwantitatieve methodieken aangepast aan de specifieke problematiek. Deze voorafgaande specifieke risicoanalyse kan een eerste aanduiding geven over de urgentie en de toegevoegde waarde van bepaalde ingrepen.

Dit wil niet zeggen dat de reglementaire verplichting tot het organiseren van een algemene of domeinspecifieke[51] risicoanalyse per definitie onwerkzaam is. Alleen fungeerde in geen enkel van de 24 casestudy's een dergelijke risicoanalyse als basis voor de bestudeerde interventie. Het zou belangwekkend zijn een wetenschappelijk onderzoek te voeren over de vraagstelling in welke mate dergelijke algemene of domeinspecifieke risicoanalyses in de praktijk aanleiding geven tot het opzetten van concrete interventies.

Van in de beginfase, zo blijkt uit de cases, is het essentieel dat een persoon of een dienst wordt aangeduid die zich eigenaar voelt van de ruimere problematiek (*in casu* de MSA of de PSR), en die logischerwijze de interventie en de daarna komende acties ondersteunt en superviseert. Het is deze persoon of dienst die een eerste plan van aanpak formuleert, en daarbij duidelijk de grote stappen omschrijft en een eerste zicht geeft op de benodigde middelen, inclusief de nood aan externe

51 'Domeinspecifiek' staat hiervoor een algemeen risico overheen de ganse onderneming toegespitst op één bepaalde deelproblematiek van het welzijn op het werk, zoals de ergonomie of de psychosociale aspecten.

ondersteuning. Een tot in het detail uitgeschreven stappenplan dat alle aspecten van actie nauwkeurig oplijst, is bij ietwat omvangrijker interventies zowel onnodig als onmogelijk: in de praktijk zal de participatieve aanpak die idealiter zal worden gehanteerd, resulteren in een incrementale aanpak van de problematiek, waarbij elke stap wordt afgetoetst bij de belanghebbenden en waarbij, in overleg met alle betrokkenen - deskundigen inbegrepen, besloten wordt tot een verdere actie.

Indien er nog geen specifieke werkgroep werd opgestart op het vlak van de voorkoming van MSA of PSR, is het startpunt van een belangrijke interventie op één van deze vlakken het uitgelezen ogenblik om er één op te richten. Indien er reeds één bestond, verdient het aanbeveling om, voor de duur van de interventie, deze uit te breiden met één of enkele werknemers behorende tot de werkeenheid waarop de interventie betrekking heeft.

7.1.6.2 Stap 2: de rugdekking

Eenmaal deze voorbereidende werkzaamheden achter de rug zijn, is het van primordiaal belang ruggensteun te krijgen vanwege de hogere leidinggevenden/directie. Er moet een duidelijk signaal gegeven worden vanwege de top van de onderneming dat deze achter de interventie staat, bereid is hiervoor de nodige middelen ter beschikking te stellen en publiekelijk de overtuiging huldigt dat de interventie zal uitlopen op concrete resultaten (en laat weten dat dit laatste ook zal worden bewaakt).

Parallel hiermee is het noodzakelijk om het Comité PBW grondig informeren over de opzet van interventie en daarbij tot een gedachtewisseling te komen over de prioriteiten en de optimale aanpak. Afhankelijk van ondernemingsinterne gegevenheden en geplogenheden kan deze bespreking een eerste stap zijn alvorens met een min of meer afgewerkt plan naar de bedrijfsleiding wordt getrokken, ofwel kan deze relatief kort na een eerste gedachtewisseling met de bedrijfsleiding worden georganiseerd. Aan de leden van het Comité PBW dient duidelijk gemaakt te worden dat de verdere afwikkeling van de interventie en het uiteindelijke resultaat eveneens zal worden voorgelegd aan dit Comité. Het is verstandig om in beide fora (directie en Comité PBW) duidelijk te maken dat de doorlooptijd van de interventie lang kan zijn wegens de stapsgewijze aanpak en dat een beoordeling van het uiteindelijke resultaat zich in een nog verder verwijderde toekomst situeert.

7.1.6.3 Stap 3: de uitvoering van de interventie

Uit zowel de literatuurstudie, de survey als de persoonlijke contacten met de verschillende betrokken partijen in dit onderzoek, volgt onmiskenbaar dat een participatieve benadering van de problematiek met betrekking tot MSA en PSR essentieel is. Interventies op deze vlakken kunnen alleen succes boeken indien, zowel op het vlak van de voorafgaande risicoanalyse als op het vlak van het ontwerp van acties ter remediëring, de rechtstreeks betrokken werknemers een stem krijgen.

Ditzelfde geldt in een gelijke mate voor de leden van de eerstelijnssupervisie: zij zullen de belangrijkste verantwoordelijken zijn die moeten waken over het correcte gebruik van de structurele aanpassingen op de arbeidsplek en de overeenkomstige gedragswijzigingen vanwege de uitvoerenden.

De concrete implementatie van de verschillende maatregelen gebeurt stapsgewijze. Telkens wordt idealiter een rustpauze ingelast, na het beëindigen van één deelactie, zodat de betrokkenen (in de eerste plaats de werknemers en hun onmiddellijke leidinggevenden) kunnen oordelen over de effectiviteit van de ingevoerde maatregel. Niet-succesvolle interventies kunnen dan probleemloos worden teruggeschroefd omdat zij maar één bepaalde fase uitmaken in de benadering en alternatieven meestal snel kunnen worden gevonden. Een specifieke risicoanalyse, meestal uit te voeren met hulp van een externe inbreng, kan mede ondersteunen of de interventie een lang leven beschoren is.

Het is belangrijk dat er een regelmatige briefing gebeurt ten aanzien van het hoger management en het comité.

7.1.6.4 Stap 4: de afsluiting en opvolging van de interventie

Het is belangrijk dat de interventie, die zoals hierboven gesteld, meestal zal bestaan uit meerdere acties, formeel afgesloten wordt, hetzij omdat de vernieuwde arbeidssituatie door alle betrokkenen als bevredigend wordt geacht, hetzij omdat de betrokken partijen het eens zijn dat geen vervolgacties mogelijk, wenselijk of haalbaar zijn. Een dergelijke afsluiting houdt niet in dat de problematiek wordt beschouwd als opgelost, wel dat de lijnen van een toekomstige manier van werken getrokken werden en dat eventuele vervolgactiviteiten vastgelegd werden binnen een systematiek van aanpak waarvan de ondernemingsleiding de garantie geeft dat deze zal worden volgehouden. Indien bijvoorbeeld de interventie de opstart betrof van een aantal specifieke opleidingen, zullen deze ook moeten worden aangeboden aan nieuw aangeworven werknemers en zullen regelmatige opfrissingsmomenten moeten worden ingepland in een omschreven opleidingscurriculum.

De formele afsluiting van de interventie gaat best gepaard met een inschatting van tijdsinvestering en gemaakte kosten, en wordt ook hier gecommuniceerd aan het hoger management en het comité.

Indien het gaat om een succesvolle aanpak, hetgeen redelijkerwijze het geval is indien alle stappen met zorg werden doorlopen, is het belangrijk deze bekend te maken aan de ganse ondernemingsgemeenschap, waardoor ook in andere werkeenheden een besef kan dagen van het bestaan van MSA of PSR, en van het feit dat remediëring mogelijk is.

Tijdens de periode na het afsluiten van de interventie is het belangrijk de indicatoren, die concreet hebben geleid tot de ingreep, op te volgen en na te gaan of er wel degelijk een verbetering kon worden vastgesteld. Hierbij moet rekening gehouden met de onvoorziene (positieve of negatieve) neveneffecten van de interventie.

7.2 Beleidsvoorstellen

Bij het formuleren van beleidsvoorstellen richten de auteurs van deze studie zich in de eerste plaats tot de bevoegdheden van de federale minister van Werk.[52]

In de gesprekken met de bevoorrechte getuigen in de loop van dit onderzoek kwam regelmatig aan bod hoe belangrijk het is dat de overheid het bedrijfsleven (en de verschillende actoren hierin) blijft sensibiliseren over het belang van de ergonomie en de psychosociale belasting op de werkvloer. Het komt ons over dat de overheid, bij monde van de Algemene Directie Humanisering van de Arbeid en de Algemene Directie Toezicht op het Welzijn op het Werk van de FOD WASO op dit vlak ruimschoots inspanningen levert, die overigens door alle betrokken partijen als erg positief worden geëvalueerd.

Wanneer het gaat om het formuleren van beleidsvoorstellen die op relatief korte termijn implementeerbaar zijn, zijn de onderzoekers van mening dat een versterking van de capaciteiten en een versoepeling van de werkingsmodaliteiten van zowel de interne als de externe preventiediensten een belangrijke stap vooruit zouden betekenen om, op termijn, de problematiek van PSR en MSA beter onder controle te houden. Onderstaande beleidsvoorstellen zullen zich dus in hoofdzaak richten op

52 Ook op het vlak van de sociale zekerheid, de gezondheidszorg en zelfs het onderwijs kunnen een aantal initiatieven overwogen worden, doch deze vallen buiten het onderwerp van onderhavige studie.

het bevorderen van een structurele aanpak, door ondernemingen en hun interne en externe preventiediensten, van zowel MSA als PSR.

Maar uiteraard dringen zich ook andere, flankerende benaderingen op. Verzuimbeleid wordt verondersteld sterk gerelateerd te zijn aan MSA en PSR. Een mogelijke piste zou erin kunnen bestaan dat de preventieadviseurs binnen de interne en externe preventiediensten, een meer formele rol gaan spelen in de verzuimbestrijding; sommige arbeidsgeneesheren pleiten hier nadrukkelijk voor (Godderis et al., 2012). Dit moet evenwel met de nodige omzichtigheid benaderd worden. In Nederland heeft de betrokkenheid van de bedrijfsartsen in het verzuimbeleid niet steeds positieve ervaringen opgeleverd: het takenpakket van de bedrijfsartsen blijkt daar welhaast volledig versmald tot het uitvoeren van medische onderzoeken op werknemers na een afwezigheid wegens ziekte (Van Peteghem, 2012).

7.2.1 Het verhogen van de aandacht van ondernemingen voor PSA en MSR

MSA en PSR zijn belangrijke aandachtspunten binnen het welzijnsbeleid van organisaties. MSA en PSR hebben een groot aandeel in het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers en verdienen dus bijzondere aandacht.

De OESO wijst, in zijn in januari 2013 verschenen rapport over *Mental health and work in Belgium* (OESO, 2013), op het feit dat, hoewel het 'Belgische systeem' over een hoog potentieel beschikt om de uitdagingen op het vlak van beroepsgebonden psychosociale overbelasting aan te pakken, er te weinig financiële stimulansen bestaan om werkgevers ertoe te bewegen werk te maken van de strijd tegen PSR. Als gevolg hiervan, zegt OESO, maken werkgevers meestal weinig werk van een verzuimbeleid en nemen zij zelden hun externe preventiediensten in de arm voor het re-integreren van ziek gevallen werknemers: "Few companies see the benefit of undertaking the legally required psychosocial risk assessment and sanctions for non-compliance with the law are too low to motivate employers." In hun beleidsvoorstellen raden zij dan ook aan: "Make longer-term sick leave more costly for the employer".

Een eerste categorie van te overwegen maatregelen, gezien vanuit het standpunt van de overheid, is dus *het beter responsabiliseren van de werkgever* wanneer de uitval van werknemers om redenen van MSA of PSR onevenredig veel voorkomt in zijn/de onderneming.

Bovendien kan er ook gedacht worden aan het *verstrakken van het reglementair kader* op het vlak van PSR en MSA. België beschikt reeds over een erg uitgebreide reglementering inzake het welzijn op het werk, waarbij in hoofdzaak de arbeidsveiligheid en het gezondheidstoezicht (en recentelijk ook tot op zekere hoogte de psychosociale aspecten) tot in detail omschreven zijn. Wetgeving blijkt een belangrijke drijvende kracht te zijn voor interventies op de bedrijfsvloer met een preventief karakter (Van Stolk et al., 2012). Een recente studie (Van Stolk et al., 2012) besloot in dit verband: "A more detailed analysis reveals the country context[53] to be the most significant factor in determining the presence of preventative measures".

Regelgeving blijkt dus een impact te hebben op de mate waarin ondernemingen de nodige zorg opbrengen voor de veiligheid en de gezondheid van hun werknemers. Het feit dat de ergonomische problematiek weinig aan bod komt in onze federale regelgeving, kan dus één van de redenen zijn waarom ondernemingen er relatief weinig aandacht aan schenken.

53 Hiermee bedoelt de auteur de landelijke regelgeving en reglementaire basis.

7.2.1.1 Beleidsvoorstel 1

Zoals de OESO reeds voorstelde zou één van de beleidsvoorstellen ter verdere responsabilisering van de werkgever, betrekking kunnen hebben op het verhogen van de periode van het gewaarborgd loon na ziekte.

Uit de ervaringen met de Wet Verbetering Poortwachter, die in Nederland op 1 april 2002 van kracht werd en die een grotere responsabilisering van werkgever en werknemer inhoudt bij een geval van ziekteverzuim van meer dan zes weken, blijkt alvast dat een strakkere reglementering op dit vlak wel degelijk effect kan sorteren (De Jong et al., 2011): zowel het kortdurend als het langdurig ziekteverzuim is er in de loop van de voorbije decade gedaald.

De invoering van een dergelijke maatregel moet echter met de nodige omzichtigheid gebeuren, daarbij aandacht schenkend aan mogelijk perverse neveneffecten.

7.2.1.2 Beleidsvoorstel 2

Momenteel bedraagt de bijdrage die ondernemingen betalen voor de verzekering tegen beroepsziekten 1,0% van de bruto loonmassa. Dit bedrag is voor alle ondernemingen zonder onderscheid hetzelfde: in tegenstelling tot de bijdragen voor de verzekering tegen arbeidsongevallen, variëren de bijdragepremies voor beroepsziekten niet in functie van het aantal aangiften, noch van de uitgekeerde bedragen. Dit leidt ertoe dat werkgevers die met succes bepaalde interventies implementeren, niet kunnen beloond worden door een premieverlaging. Dit zou evenwel een belangrijk zelfsturend mechanisme kunnen inhouden. Vooral nu sommige categorieën van MSA onder bepaalde voorwaarden werden toegevoegd aan de lijst van de erkende beroepsziekten, en het aantal aangiften dienaangaande de laatste jaren sterk gestegen is, verdient het aanbeveling om (grotere) ondernemingen of beroepssectoren die een verhoogde aangifte van beroepsziekten laten optekenen te responsabiliseren via een differentiatie in de bijdragepremie. Hierdoor kunnen dergelijke ondernemingen of activiteitssectoren er wellicht toe gebracht worden meer te investeren in preventieve maatregelen ter voorkoming van een overmaat aan MSA en PSR.

7.2.1.3 Beleidsvoorstel 3

Het verhogen van de strafrechtelijke sancties bij inbreuken die leiden tot een verhoogd risico op MSA en PSR.

Inbreuken op de reglementering inzake het welzijn op het werk kunnen aanleiding geven tot strafrechtelijke sancties, zoals vastgelegd in het zogenaamde sociaal strafwetboek (wet van 2 juni 2010 houdende bepalingen van het sociaal strafrecht). De hoogste strafmaat ('categorie 4') wordt evenwel gereserveerd door inbreuken die leiden tot ofwel een kwetsuur (m.a.w. een arbeidsongeval) of onmiddellijk optredende gezondheidsschade (bv. een acute intoxicatie). Aspecifieke ziekteverschijnselen te wijten aan MSA of PSR, vallen hier evenwel zelden onder en worden laag gecategoriseerd.

Er kan overwogen worden inbreuken die leiden tot ziekteverschijnselen op grote schaal, te wijten aan MSA of PSR hoger te categoriseren. Ook hier moet de nodige omzichtigheid worden betracht bij het implementeren van dergelijke maatregelen om onwenselijke neveneffecten te vermijden.

7.2.1.4 Beleidsvoorstel 4

Het verstrakken van het reglementair kader, in de eerste plaats op het vlak van de MSA.

We stelden reeds vast dat wetgeving een belangrijke drijvende kracht blijkt te zijn voor interventies op de bedrijfsvloer met een preventief karakter. Vele gesprekspartners die in de loop van onderhavig onderzoek werden gecontacteerd, pleiten daarom voor een strakkere reglementering op het vlak

van de PSR en de MSA (doch laten bijna altijd in het ongewisse over hoe die reglementering er in concreto moet uitzien). Aangezien geen concrete detailvoorstellen kunnen worden geformuleerd, wordt deze problematiek best in handen gegeven van de sociale partners vertegenwoordigd in de Hoge Raad PBW.[54]

7.2.2 Het bevorderen van de multidisciplinaire aanpak van de interne preventiediensten

In alle bevraagde organisaties (cases) wordt de interne preventiedienst aangestuurd door een personeelslid dat zich in eerste instantie op veiligheidsaspecten concentreert. De Belgische reglementering werkt dit in de hand.

Vooreerst is de traditionele indeling van ondernemingen in de vier groepen A tot D voor het bepalen van het opleidingsniveau van de interne preventieadviseur, die reeds dateert van 1978, uitsluitend geaxeerd op de problematiek van de voorkoming van arbeidsongevallen. De vigerende strenge vereisten voor de aanvullende vorming en de focus ervan op de arbeidsveiligheid, van het hoofd van de interne preventiedienst van grotere ondernemingen met een diversiteit aan veiligheidsrisico's waren wellicht aanvaardbaar in een periode vooraleer er sprake was van externe preventiediensten, doch thans kan elke interne preventiedienst consult inroepen voor een gans gamma van specialistische problematieken.

Dit alles maakt dat de interne preventiediensten de neiging vertonen om het merendeel van hun aandacht te reserveren voor veiligheidsaspecten en geven dan ook blijk van weinig affiniteit met de andere domeinen van het welzijn op het werk. Deze nadruk op de arbeidsveiligheid is overigens ook een gevolg van de wensen van de (grotere) werkgevers, voor wie de hoogte van de bijdragepremies voor de arbeidsongevallenverzekeringen aanzienlijk kan fluctueren in functie van de voorbije schadegevallen - in tegenstelling tot afwezigheden te wijten aan andere risico's (zie hierboven).

Sinds de Welzijnswet van 4 augustus 1996 is het de bedoeling van de Belgische wetgever dat vaardigheden inzake het welzijn op het werk die niet aanwezig zijn in de onderneming, worden ingehuurd bij de externe preventiedienst bij wie deze onderneming is aangesloten. Maar uit beschikbaar cijfermateriaal (onder meer via onderhavig onderzoek, de jaarverslagen van de EDPB's, ...) blijkt dat de dienstverlening die wordt afgenomen van deze externe preventiediensten, zich in overgrote meerderheid situeert op het vlak van het gezondheidstoezicht. Adviesaanvragen inzake arbeidsveiligheid (het domein dat men in ondernemingen het beste kent) en in mindere mate psychosociale aspecten volgen op een afstand, en de ergonomie en de arbeidshygiëne zijn de hekkensluiters. Om het tij te keren, kunnen beleidsmaatregelen worden overwogen die:

- het blikveld van de interne preventiediensten verruimen van een te eenzijdige focus op de arbeidsveiligheid naar de andere domeinen van het welzijnsbeleid (zie ook onderstaande beleidsvoorstellen). Dit ligt in het verlengde van wat het Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk, gevestigd te Bilbao, concludeert op basis van de ESENER-bevraging van 2009: "(...) the management of psychosocial risks appears to be a relatively problematic aspect of occupational safety and health management, seeming to be less well addressed at an organisational level than general risks. Consequently, these risks appear deserving of special attention by policymakers in the area of occupational safety and health" (Van Stolk et al., 2012). Dit is des te

54 Beginpunt zou kunnen zijn, het integreren van de huidige regelgeving over het manueel hanteren van lasten, het staand werk en de beeldschermarbeid in een nieuw koninklijk besluit waarin ook de andere problematieken van fysieke belasting worden ondergebracht, te vergelijken met aanverwante regelgevende initiatieven op het vlak van PSR waarbij de bestrijding van het OGGW werd ingebed in de aanpak van de psychosociale aspecten in hun algemeenheid.

belangrijker, omdat onder meer vanuit de 24 gevallenstudies uit dit onderzoek, blijkt dat het in de eerste plaats de interne preventiedienst is die acties ter bestrijding van MSA en PSR aanstuurt;
- de multidisciplinaire aanpak van de externe preventiediensten verder tot ontwikkeling brengen (zie verder).

7.2.2.1 Beleidsvoorstel 5

Het herzien van de aanvullende opleidingen bestemd voor de interne preventieadviseurs, zodat de zeven welzijnsdomeinen op een evenwichtiger manier aan bod komen in ondernemingen.

Hierdoor zal de nadruk niet zozeer vallen op technische veiligheidsaspecten maar op het uitbouwen van een zorgsysteem inzake het welzijn op het werk. Op deze manier wordt bevorderd dat de interne preventieadviseur zich eerder zal richten op de eerstelijnsproblematieken van alle zeven welzijnsdomeinen, het sociaal overleg en de organisatie van de welzijnszorg binnen de onderneming. De interne preventieadviseur wordt dan, meer dan nu het geval is, een generalist die zich concentreert op de eerstelijnsproblematieken van uiteenlopende aard en voor specifieke vragen eventueel een beroep zal doen op de deskundigheden aangeboden door de externe preventiediensten en andere deskundige dienstverleners. Dit moet ook de werkgevers een grotere flexibiliteit geven voor het bemannen van hun interne preventiedienst.

Gezien het evenwaardige belang van de verschillende welzijnsdomeinen, zou het logisch zijn dat de reglementering dan een opening zou laten dat in ondernemingen de interne preventiedienst rechtsgeldig kan geleid worden door een preventieadviseur-arbeidsgeneeskunde, -ergonomie, -psychosociale aspecten of –arbeidshygiëne - uiteraard mits de verplichte aanvullende opleiding met succes gevolgd te hebben.

7.2.2.2 Beleidsvoorstel 6

Beleidsvoorstel 5 zal dan logischerwijze moeten worden vervolledigd door het invoeren van een bijkomende aanvullende opleiding op het vlak van de technische veiligheid, vergelijkbaar met hetgeen momenteel bestaat voor de preventieadviseurs-psychosociale aspecten, -ergonomie en -arbeidshygiëne, en die specifiek bestemd wordt voor preventieadviseurs-veiligheid. Dergelijke preventieadviseurs-veiligheid zullen dan in eerste instantie worden tewerkgesteld in externe preventiediensten, maar ook in ondernemingen met belangrijke technologische risico's, zoals de procesnijverheid.

7.2.3 Het bevorderen van de multidisciplinaire aanpak van de externe preventiediensten

Uit hoofdstuk 4 blijkt duidelijk dat de werkeenheden Ergonomie en Psychosociale Aspecten slechts een kleine fractie uitmaken van de externe preventiediensten, zowel in termen van bemanning als in termen van omzet. Werkelijk multidisciplinair werken houdt evenwel in dat er een minimale kritische aanwezigheid moet zijn van elke discipline die via de Welzijnswet van 4 augustus 1996 burgerrecht heeft gekregen (Bulterys & Van Peteghem, 2002).

Dit is momenteel niet het geval, mede door de overheersende nadruk die de Belgische reglementering legt op het gezondheidstoezicht. De OESO beveelt, in zijn recentelijk verschenen rapport over mentale gezondheid en werk in België, dat hierboven reeds werd aangehaald, ons land aan: "Limit regular medical check-ups to free up resources" (OESO, 2013). Dit komt niet neer op het ontkennen van het belang van de bedrijfsgezondheidszorg: de strijd tegen het overmatig ziekteverzuim, de vervroegde uittredingen uit de arbeidsmarkt om medische redenen en het langzaam verminderen

van de arbeidsgeschiktheid van sommige werknemers overheen de beroepsloopbaan, kan niet gewonnen worden zonder een belangrijke inbreng van de arbeidsgeneeskunde.

Het belang van de werkeenheden psychosociale aspecten en ergonomie (en ook de arbeidshygiëne) binnen de externe preventiediensten dient toe te nemen. Meerdere ondernemingen uit de case-study's deden een beroep op de expertise inzake MSA en PSR beschikbaar in de externe preventiedienst waarbij zij waren aangesloten, precies omdat zij konden beschikken over een 'tijdskrediet'; wellicht was dit niet gebeurd indien de mogelijkheid hiertoe niet bestond. Het lijkt duidelijk dat deze faciliteiten best worden uitgebreid en ondernemingen meer keuzemogelijkheden krijgen om een dergelijke specialistische dienstverlening te verwerven via de reglementair opgelegde bijdrage die zij moeten betalen aan hun externe preventiedienst.

7.2.3.1 Beleidsvoorstel 7

Idealiter zou er meer financiële ruimte vrijgemaakt kunnen worden voor multidisciplinaire ondersteuning vanwege de externe preventiediensten van ondernemingen die wensen te investeren in een procesmatige bestrijding van MSR en PSA.

In dit kader zou kunnen overwogen worden om de plaats van de verplichte opdrachten van de externe preventiediensten te herzien, in de richting die de (grotere) ondernemingen meer keuzemogelijkheden laat om een dienstverlening op maat in te huren.

7.2.3.2 Beleidsvoorstel 8

Het bevorderen van de multidisciplinaire samenwerking in de externe preventiediensten is in dit verband noodzakelijk. Meer en meer wordt de strijd tegen het overmatig ziekteverzuim en de re-integratie van werknemers met beperkingen, een belangrijke opgave voor ondernemingen. Ook andere vormen van advisering (overmatig middelengebruik, voorkoming van PTSS, ...) zijn intrinsiek multidisciplinair en zouden bij uitstek kunnen worden waargenomen door externe preventiediensten. De samenwerking tussen de verschillende disciplines dient daartoe ondersteund te worden.

"Meer samenwerking met arbeidsgeneesheren kan bekomen worden bij re-integratie op de werkplek. Niet enkel moet gewerkt worden naar het optimaliseren van de functionaliteit van de persoon (wat bijvoorbeeld in revalidatiecentra gebeurt), maar ook naar het optimaliseren van de werkplek waar de gere-integreerde (al dan niet met een restletsel) terecht komt. Ook samenwerking met betrekking tot het in kaart brengen van de overbelastingsgraad van een werkpost op groepsniveau moet kunnen" (BES, 2013).

7.2.4 Het versterken van de deskundigheid van de preventieadviseurs ergonomie en psychosociale aspecten

Uit de literatuurstudie en onderhavig onderzoek volgt duidelijk het belang van deskundige preventieadviseurs die inzake MSA en PSR kunnen bogen op een specialistische opleiding en dito beroepservaring. Uit de contacten, gelegd in de loop van onderhavig onderzoek met de externe preventiediensten, blijkt dat de opleidingen door de betrokken preventieadviseurs, maar ook door de verantwoordelijken van de afdelingen Risicobeheersing vooralsnog worden beschouwd als te laag van niveau: meer bepaald de respectieve externe preventieadviseurs blijken moeite te hebben om vanuit een algemene of specifieke risicoanalyse over te gaan tot het formuleren van heldere adviezen. Bovendien werd, althans in Vlaanderen, de door de reglementering voorziene bijkomende opleiding voor preventieadviseurs-ergonomie reeds meerdere jaren niet meer ingericht. Misschien kunnen ook bepaalde restricties op het vlak van de vereiste vooropleiding versoepeld worden (mo-

menteel komt bv. iemand met een technische vooropleiding niet in aanmerking voor de functie van preventieadviseur-ergonomie in een externe preventiedienst).

7.2.4.1 Beleidsvoorstel 9

Het lijkt zinvol de huidige reglementering op het vlak van de aanvullende opleidingen te herdenken. Ook de vereisten tot vooropleiding en criteria voor de organisatie van deze aanvullende opleidingen kunnen wellicht worden herbekeken in het licht van de ervaringen van de voorbije periode.

Dit kan gepaard gaan met het vergroten van de inhoudelijke diepgang van de cursussen voor aanvullende vorming van de preventieadviseurs-psychosociale aspecten en -ergonomie.

7.2.5 De voorkoming van PSA en MSR In kleine en middelgrote ondernemingen

Op alle vlakken van het welzijnsbeleid vraagt de toestand in de KMO's een specifieke aandacht. De externe preventiediensten halen hier niet de beoogde resultaten die door de Welzijnswet werden voorgespiegeld. Actie op dit vlak dringt zich dus op, en deze zal in de eerste plaats een aanpassing vergen van het reglementair kader, dat nu al te zeer geaxeerd is op grotere ondernemingen. Er bestaan voldoende inzichten over hoe dat er zou moeten uitzien (Heselmans & Van Peteghem, 2007), zaak is dit alles nu in uitvoering te brengen: vooral voor kleine werkgevers is het belangrijk dat reglementaire verplichtingen een onmiddellijk aantoonbaar effect hebben zonder dat dit noodzakelijkerwijze een zware financiële of administratieve belasting inhoudt.

Meer dan voor grotere ondernemingen, is een performant optreden van de externe preventiediensten onder betaalbare voorwaarden belangrijk, in de eerste plaats bij de voorkoming van PSA en MSR, want deze aspecten blijken erg weinig aandacht te krijgen.

Overigens is de overheid zelf reeds voldoende actief in het uitwerken en ter beschikking stellen van risicoanalysemethodieken (Déparis, Sobane) en oplossingscategorieën (allerhande informatieve brochures) geaxeerd op de problematiek van kleine en middelgrote ondernemingen.

7.2.5.1 Beleidsvoorstel 12

Het optreden van de externe preventiediensten moet beter gestroomlijnd worden naar KMO's toe. Voor ondernemingen met minder dan 20 werknemers kunnen ook bijvoorbeeld verpleegkundigen of andere deskundigen met een niveau 2 op een bijzonder efficiënte manier optreden als externe preventieadviseur. Het reglementair kader zou in deze richting kunnen aangepast worden. Bovendien zouden de externe preventiediensten meer ruimte kunnen krijgen om pasklare instrumenten beschikbaar te stellen voor de werkgever om de professionele risico's in kaart te brengen en om zelf eerstelijnspreventiemaatregelen te implementeren.

Uit de contacten met de externe preventiediensten (zie hoofdstuk 4 van dit onderzoeksverslag) blijkt dat de deskundigen behorende tot de afdeling Risicobeheersing slechts beperkt ingezet worden voor het uitvoeren van periodieke bedrijfsbezoeken in KMO's. Er kan voorgesteld worden om niet-medisch geschoolde preventieadviseurs meer ruimte te geven om bedrijfsbezoeken specifiek in KMO's, uit te voeren, met inbegrip van een degelijke gepersonaliseerde verslaggeving.

- BIJLAGEN -

bijlage 1 Interviewschema van de verantwoordelijken van de afdeling Risicobeheersing in de externe preventiediensten

1. Hoe komen MSA/PSR aan bod tijdens de bedrijfsbezoeken?
   .....
2. Hoe worden PA Ergonomie en Psychosociale Aspecten ingeschakeld in de periodieke bedrijfsbezoeken?
   .....
3. Hoe komen MSA/PSR aan bod in de door de EDPB gebruikte standaardmethodiek voor RA?
   .....
4. Hoe komen MSA/PSR aan bod in de door de EDPB uitgevoerde onderzoeken van EAO?
   .....
5. Via welk mechanisme worden PA Ergonomie en Psychosociale Aspecten uitgenodigd om deel te nemen aan een vergadering van een Comité?
   .....
6. Cijfermateriaal 2010-2012
   - Aantal lang(er)lopende contracten ('trajecten') m.b.t. Ergonomie en Psychosociale aspecten per eind 2012? PSY ..... Erg .....
   - Hoeveel % van de totale omzet maken eigen inkomsten van de werkeenheden Psychosociale Aspecten en Ergonomie uit? PSY ..... %, Erg ..... %
   - Hoeveel projecten werden uitgevoerd tussen begin 2010 en eind 2012 door beide werkeenheden? Gemiddelde duur van deze projecten (in termen van halve dagen)? PSY ... / Gemiddelde duur ... halve dagen; Erg .../ Gemiddelde duur ... halve dagen
   - Hoeveel werknemers telt de externe preventiedienst? ...
   - Verwachte evolutie van de omzet van de werkeenheid Psychosociale aspecten? ...
   - Verwachte evolutie van de omzet van de werkeenheid Ergonomie? ...

7. Andere opmerkingen/aanvullingen?
   .....

bijlage 2 Interviewschema van de preventieadviseur-ergonomie uit de externe preventiediensten

1. Algemene principes waarop de werking van het specialisme gestoeld wordt
   - Bestaffing: ... personen, ... FTE
   - Organigram: verantwoordelijke hangt af van ...
   - preventieadviseurs hangen af van ...
   - Hoeveel medewerkers hebben de verplichte aanvullende opleiding doorlopen (of zijn hier nog mee bezig)? ...
   - Maken niet-preventieadviseurs (bv. verpleegkundigen met een niveau II) deel uit van het team? Ja/Nee
   - Bestaan van algemene visieteksten

2. De verschillende niches van dienstverlening m.b.t. MSA
   2.1 Risicoanalyse
      2.1.1 Welke specifieke standaardmethoden voor risicoanalyse worden gehanteerd?
         - Algemene screening:
         - Tillen van lasten:
         - Duwen en trekken:
         - Statische belasting:
         - Repetitieve handelingen bovenste ledematen:
         - Verplaatsingstechnieken in de zorgsector:
         - Werken aan beeldschermen en zithouding:
         - Andere:
      2.1.2 Wie voert de risicoanalyse uit? (overwegend)
   2.2 Technische maatregelen (conceptuele en correctieve ergonomie; gebruik van hulpmiddelen)
      2.2.1 Wat bieden jullie aan als dienstverlening op dit vlak en hoe gebeurt dit?
      2.2.2 Wie voert de advisering over technische maatregelen uit? (overwegend)
   2.3 Werkorganisatorische maatregelen (jobrotatie, beperking in tijd)
      2.3.1 Wat bieden jullie aan als dienstverlening op dit vlak en hoe gebeurt dit?
      2.3.2 In elke mate worden medewerkers van de werkeenheid Ergonomie hierbij betrokken?
   2.4 Werkmethodische maatregelen (sensibilisatie, opleiding en coaching)
      2.4.1 Welke sensibiliserende acties werden door de EDPB genomen om het belang van de ergonomie te verduidelijken ten aanzien van de aangesloten ondernemingen en hoe verlopen deze?
      2.4.2 Welke opleidingen inzake MSA worden georganiseerd door de werkeenheid Ergonomie?
      2.4.3 Welk is het aandeel hierin van het rugpreventieproject van het Fonds voor Beroepsziekten? Bestaan er samenwerkingsverbanden met andere partners of opdrachtgevers? Welke?
      2.4.4 Wordt er coaching gegeven (bv. begeleiding bij terug gaan werken)?

2.5 Andere niches van dienstverlening

3. Belang van de verschillende niches van dienstverlening
   Schat het belang van de verschillende niches in (in % van de totale tijdsbesteding van de gemiddelde ergonoom-veldwerker)

4. Trajectbegeleiding
   - Hoe zou een volledig traject ter beheersing van de problematiek van de MSA in een onderneming er moeten uitzien?
   - In hoeveel aangesloten ondernemingen kon er (2010-2012) een min of meer compleet traject afgelegd worden met ondersteuning van de ergonoom? ...

5. Afsluitende algemene vragen
   5.1 Hoe komen MSA aan bod tijdens het gezondheidstoezicht?
   5.2 Welke zijn de factoren die het succes van een beleidsmatige aanpak (traject) van MSA bevorderen in volgorde van belangrijkheid?
      - ten eerste:
      - ten tweede:
      - ten derde:
   5.3 Welke zijn de factoren die het succes van een beleidsmatige aanpak (traject) van MSA verhinderen of afremmen in volgorde van belangrijkheid?
      - ten eerste:
      - ten tweede:
      - ten derde:
   5.4 Hoe komen opdrachten in ondernemingen m.b.t. MSA terecht bij de werkeenheid Ergo nomie?

6. Cases
   Suggestie voor mogelijke belangwekkende gevallenstudies

7. Suggesties van beleidsmaatregelen?

8. Vrije ruimte voor opmerkingen en aanvullingen.

bijlage 3 Interviewschema van de preventieadviseur-psychosociale aspecten uit de externe preventiediensten

1. Algemene principes waarop de werking van het specialisme gestoeld wordt
   - Bestaffing: ... personen, ... FTE
   - Organigram: verantwoordelijke hangt af van ...
   - preventieadviseurs hangen af van ...
   - Hoeveel medewerkers hebben de verplichte aanvullende opleiding doorlopen (of zijn hier nog mee bezig)? ...
   - Maken niet-preventieadviseurs (bv. verpleegkundigen met een niveau II) deel uit van het team? Ja/Nee
   - Bestaan van algemene visieteksten

2. De verschillende niches van dienstverlening m.b.t. MSA
   2.1 Risicoanalyse
      2.1.1 Welke specifieke standaardmethoden voor risicoanalyse worden gehanteerd?
         - Algemene stress-inventarisatie:
         - OGGW algemeen
         - OGGW pesten
         - OGGW geweld
         - OGGW ongewenst seksueel gedrag
         - PTSS/schokkende gebeurtenissen:
         - Andere:

           Wordt er in de risicoanalyse formeel rekening gehouden met veranderingen in de organisatiestructuur van de onderneming? ...
      2.1.2 Wie voert de risicoanalyse uit? (overwegend)
   2.2 Persoonsgerichte aanpak: individuele aanpak
      2.2.1 Wat bieden jullie aan als dienstverlening op dit vlak en hoe gebeurt dit?
      2.2.2 Wie voert de dienstverlening m.b.t. deze persoonsgerichte aanpak uit? (overwegend)
   2.3 Persoonsgerichte aanpak: groepsaanpak
      2.3.1 Interventies op team- of groepsniveau
         - Welke standaardacties op dit vlak worden door de EDPB genomen?
         - Opleidingen
   2.4 Organisatorische maatregelen: procedurele benaderingen/ontwikkelen actieplannen
      Welke standaardbenaderingen op dit vlak worden door de EDPB aangeboden?
   2.5 Organisatorische maatregelen: arbeidsomstandigheden/arbeidsvoorwaarden/arbeids verhoudingen/arbeidsinhoud
      2.5.1 Welke standaardacties op dit vlak worden door de EDPB voorgesteld?
      2.5.2 In elke mate worden medewerkers van de werkeenheid Psychosociale Aspecten hierbij betrokken?
   2.6 Andere niches van dienstverlening m.b.t. PSR

3. Belang van de verschillende niches van dienstverlening

4. Trajectbegeleiding
   4.1 Hoe zou er een volledig traject ter beheersing van de problematiek van de MSA in een onderneming er moeten uitzien?
   4.2 In hoeveel aangesloten ondernemingen kon er (2010-2012) een min of meer compleet traject afgelegd worden met ondersteuning van de PAPS? ...

5. Afsluitende algemene vragen
   5.1 Hoe komen PSR aan bod tijdens het gezondheidstoezicht?
   5.2 Welke zijn de factoren die het succes van een beleidsmatige aanpak (traject) van PSR bevorderen in volgorde van belangrijkheid?
      - ten eerste:
      - ten tweede:
      - ten derde:
   5.3 Welke zijn de factoren die het succes van een beleidsmatige aanpak (traject) van PSR verhinderen of afremmen in volgorde van belangrijkheid?
      - ten eerste:
      - ten tweede:
      - ten derde:
   5.4 Hoe komen opdrachten in ondernemingen m.b.t. PSR (met uitzondering van persoonlijke dossiers OGGW) terecht bij de werkeenheid Psychosociale Aspecten?

6. Cases
   Suggestie voor mogelijke belangwekkende gevallenstudies

7. Suggesties van beleidsmaatregelen?

8. Vrije ruimte voor opmerkingen en aanvullingen.

bijlage 4 Vragenlijst bestemd voor de interne preventieadviseurs van een steekproef van ondernemingen

b4.1 Inleiding

Geachte mevrouw, Geachte heer

Wij danken u voor uw medewerking aan het onderzoek, in opdracht van de Federale Minister van Werk, over musculoskeletale aandoeningen (afgekort MSA) en psychosociale risico's (afgekort PSR). Ter verduidelijking: MSA kunnen optreden na het kort of langdurig tillen van lasten, het werken in een belastende houding, het uitvoeren van repetitieve handelingen, blootstelling aan trillingen, beeldschermwerk, ... PSR worden traditioneel bestempeld als stressrisico's op het werk.

Verdere uitleg over het onderzoeksproject vindt u op de website
http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=38038

Het is geen probleem indien uw onderneming de voorbije jaren geen of weinig specifieke acties heeft ontwikkeld op het vlak van MSA en PSR. Ook in dat geval wensen we u enkele vragen te stellen. Wij verzoeken u dan ook om de vragenlijst alsnog in te vullen.

Mocht u bij het antwoorden op een moeilijkheid of onduidelijkheid stuiten, kunt u voor meer informatie terecht bij jan.vanpeteghem@kuleuven.be of via telefoon 016/32 43 20. U krijgt dan snel antwoord.

b4.1.1 Praktische instructies bij het invullen van de vragenlijst

- Bij de meeste vragen volstaat het om het antwoord van uw keuze aan te klikken. Tenzij anders aangegeven, kan u slechts één antwoord aanduiden.
- Vragen waarvoor een rood sterretje staat, zijn verplicht in te vullen.
- Heeft u de vraag/vragen beantwoord, klik dan op de knop 'Volgende'.
- Het is steeds mogelijk om uw antwoorden op de vorige vragen te bekijken en eventueel te wijzigen. Hiertoe klikt u op de knop 'Vorige'.
- Het is mogelijk om het invullen van de vragenlijst te onderbreken en op een later tijdstip verder te zetten met de knop 'Hervat later'. Uw antwoorden worden dan bewaard.
  Wilt u de vragenlijst later aanvullen, klik dan opnieuw op de link die vermeld staat in de brief die u ontvangen hebt en vul uw toegangscode in.
- Door te klikken op 'Versturen' bij de laatste vraag, worden uw gegevens als 'definitief' geregistreerd en kan u de vragenlijst niet meer oproepen.

b4.2 Uw organisatie

1. Hoeveel werknemers werken er in uw organisatie (bedrijf of instelling)?
   ..... werknemers (uitzendkrachten, jobstudenten en stagiairs hoeft u niet mee te tellen)

2. Tot welke sector behoort uw organisatie, op basis van de hoofdactiviteit?

   a. Industrie en bouw (secundaire sector)

   - ❑ 1. Productie van textiel/confectie, schoenen en kleding, ledernijverheid;
   - ❑ 2. Productie van dranken, voeding en tabak;
   - ❑ 3. Metaalindustrie, metaalverwerking, vervaardiging van producten uit metaal, machinebouw, autoassemblage
   - ❑ 4. Elektronische industrie, vervaardiging van elektrische en elektronische apparaten/instrumenten
   - ❑ 5. Chemische industrie, aardolie en aardgas, rubber- en plastiekverwerking
   - ❑ 6. Productie van farmaceutische producten
   - ❑ 7. Bouwnijverheid;
   - ❑ 8. Hout- en papiernijverheid;
   - ❑ 9. Grafische sector, Drukkerij/uitgeverij;
   - ❑ 10. Productie en distributie van energie, gas, elektriciteit, watervoorziening;
   - ❑ 11. Andere, nl.: .....

   b. Diensten (zowel privé als overheid)

   - ❑ 12. Groot- en kleinhandel;
   - ❑ 13. Hotels, restaurants; cafés;
   - ❑ 14. Garages;
   - ❑ 15. Vervoer, opslag en communicatie;
   - ❑ 16. Banken en verzekeringen;
   - ❑ 17. Onroerende goederen, verhuur;
   - ❑ 18. Diensten aan bedrijven (bijvoorbeeld schoonmaak, consultancy, ...);
   - ❑ 19. Openbaar bestuur;
   - ❑ 20. Onderwijs;
   - ❑ 21. Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening;
   - ❑ 22. Gemeenschapsvoorzieningen, sociaal-culturele en persoonlijke diensten;
   - ❑ 23. Andere, nl.: .....

3. Ligt de vestiging waar u werkt in
   - ❑ 1. het Vlaamse gewest?
   - ❑ 2. het Waalse gewest?
   - ❑ 3. het Brussels hoofdstedelijk gewest?

4. Kan u aangeven wat uw hoofdfunctie is binnen deze organisatie?
   - ❑ 1. Directielid, eigenaar, bedrijfsleider, of zaakvoerder
   - ❑ 2. Verantwoordelijke of medewerker dienst personeelszaken
   - ❑ 3. Verantwoordelijke of medewerker interne preventiedienst
   - ❑ 4. Arbeidsgeneesheer behorende tot de interne preventiedienst
   - ❑ 5. Administratief medewerker

- ❑ 6. Andere, nl.: .....

5. Is er in uw organisatie een Comité Preventie en Bescherming op het werk actief?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja

6. Is er in uw organisatie een syndicale delegatie actief?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja

7. Beschikt u over een interne preventieadviseur-psychosociale aspecten?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja

8. Beschikt u over een interne preventieadviseur-ergonomie?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja

9. Werkt u samen met een externe dienst preventie en bescherming?
   - ❑ Nee
   - ❑ Ja, maar wij hebben over de periode 2010-2012 geen specifiek beroep gedaan op hen voor MSA of PSR
   - ❑ Ja, over de periode 2010-2012 hebben wij op hen een specifiek beroep gedaan
     - ❑ inzake MSA
     - ❑ inzake PSR

b4.3 Musculoskeletale aandoeningen (MSA)

Onze studie richt zich voornamelijk op acties op het vlak van de ***primaire preventie***, m.a.w. collectieve acties die beogen de oorzaken van MSA uit te schakelen of onder controle te houden. Deze acties kunnen worden gevoerd, hetzij als gevolg van een risicoanalyse, hetzij als gevolg van één of meerdere individuele schadegevallen. Indien naar aanleiding van een individueel geval (bv. een werknemer met ernstige rugklachten), ***structurele*** ingrepen uitgevoerd worden, worden deze structurele ingrepen beschouwd als preventieve acties.

10. Wat is uw globale indruk over het bedrijfsbeleid op vlak van de aanwezigheid en de preventie van MSA?
    - ❑ 1. MSA komen niet of nauwelijks (meer) voor in onze organisatie
      - ❑ omdat er geen risico's op MSA aanwezig zijn in de werkzaamheden
      - ❑ omdat er een preventief beleid gevoerd is waardoor eerdere risico's weggenomen zijn
    - ❑ 2. MSA komen wel voor in onze organisatie
      - ❑ Het eigenlijke werk moet nog beginnen
      - ❑ We hebben al een deel van de weg afgelegd, maar er is nog werk aan
      - ❑ De problematiek is bij ons goed onder controle

11. Is er iemand in uw organisatie, buiten de interne preventiedienst, die zich specifiek bezighoudt met MSA (het mogen er ook meerdere zijn)?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

      Welke functie(s) heeft deze persoon of hebben deze personen?

      ……...

12. Werd er in uw organisatie een risicoanalyse uitgevoerd op het vlak van het algemeen voorkomen van MSA?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

13. Werden er in de voorbije periode in uw organisatie acties ondernomen inzake MSA?
    - ❑ Nee, wij namen geen acties tussen begin 2010 en eind 2012 (*ga verder naar vraag* 14)
    - ❑ Ja, wij namen acties tussen begin 2010 en eind 2012 (*ga verder naar vraag* 15).

14. Waarom werden er in de periode tussen begin 2010 en eind 2012 geen acties ondernomen (*duid de hoofdreden aan: slechts één enkel antwoord is toegelaten – ga dan verder naar vraag 18*)?
    - ❑ 1. Wij vonden het onnodig om acties te ondernemen
    - ❑ 2. Gebrek aan middelen
    - ❑ 3. Gebrek aan tijd
    - ❑ 4. Andere prioriteiten
    - ❑ 5. Het was ons niet duidelijk welke concrete acties nog konden ondernomen worden
    - ❑ 6. Werknemers of hun vertegenwoordigers waren weigerachtig ten aanzien van verdere acties
    - ❑ 7. Andere. Welke: ……..……

15. Werd een stuurgroep, buiten het eventuele Comité Preventie en Bescherming op het werk, opgericht om de acties inzake MSA op te volgen?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

16. Duid aan op welke vlakken acties werden ondernomen tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012. Een loutere risicoanalyse zonder dat deze gevolg heeft gegeven aan een interventie wordt in dit onderzoek niet beschouwd als een actie, net zomin als activiteiten met een curatief karakter ten behoeve van individuele werknemers. (*duid met een getal aan hoeveel acties per categorie werden uitgevoerd. Indien er in een bepaalde categorie geen acties werden ondernomen, vul dan 0 in*)

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld	Aantal acties
1. Op het individu gerichte inter venties	1.1 Sensibilisering/bewustmaking	Ophangen van affiches en verspreiden van brochures	…
	1.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	…
	1.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde biofeedback-training	…
	1.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	Het organiseren van een vorm van rugschool voor groepen werknemers	…
	1.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	De aankoop van schoeisel met een antislipzool voor het personeel van een grootkeuken	…
	1.6 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	…
	1.7 Opleidingen inzake het gebruik van tiltechnieken en aanverwante	Opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen	…
2. Op de arbeids post gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	Het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht, ...)	…
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	Het gebruik van een 'stalen verpleegster' voor het verplaatsen van patiënten in zorginstellingen	…
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	De aankoop van kantoorstoelen met instelbare leuningen, bestemd voor arbeidsposten waar intensief aan beeldschermen wordt gewerkt	…
3. Op de arbeids organisatie gerichte interventies	3.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	Het beperken van extreme temperaturen, het verbeteren van de begaanbaarheid van de arbeidsplaatsen	…
	3.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Het invoeren van een rotatiesysteem tussen de verschillende werkposten van een inpaklijn om de werkintensiteit beter te verdelen	…

17. Vul, op basis van bovenstaande tabel, het totaal aantal acties in die inzake MSA werden ondernomen in uw organisatie tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012?

18. Zijn er nog andere acties die werden ondernomen tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012 en die u niet kon onderbrengen in één van de bovenstaande categorieën? Zo ja, kan u die hieronder dan in detail omschrijven?

    .....

19. In wat volgt worden een aantal vragen gesteld over de actie inzake MSA over de periode 2010-2012.

20. We gaan nu dieper in op de twee acties inzake MSA over de periode 2010-2012. Per actie worden een aantal vragen gesteld.

21. We gaan nu dieper in op de drie acties inzake MSA over de periode 2010-2012. Per actie worden een aantal vragen gesteld.

22. We gaan nu dieper in op de drie meest belangrijke acties inzake MSA over de periode 2010-2012. Kies zelf de drie acties die in uw ogen de belangrijkste waren. Per actie worden een aantal vragen gesteld.

b4.3.1 Musculoskeletale Aandoeningen: ACTIE 1

Geef een beknopte beschrijving van het probleem en van de actie

.....

.....

Geef de belangrijkste categorie weer waaronder de actie viel *(kruis één enkel vakje aan in de laatste kolom)*

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld	Actie 1
1. Op het individu gerichte interventies	1.1 Sensibilisering/bewustmaking	Ophangen van affiches en verspreiden van brochures	❑
	1.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	❑
	1.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde biofeedback-training	❑
	1.4 Het aanleren van spierversterkende oefeningen	Het organiseren van een vorm van rugschool voor groepen werknemers	❑
	1.5 Het ter beschikking stellen van individuele beschermingsmiddelen	De aankoop van schoeisel met een antislipzool voor het personeel van een grootkeuken	❑
	1.6 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	❑
	1.7 Opleidingen inzake het gebruik van tiltechnieken en aanverwante	Opleidingssessies inzake het toepassen van verplaatsingstechnieken in zorginstellingen	❑
2. Op de arbeids post gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de vormgeving van de arbeidspost	Het wijzigen van tilcondities (hefhoogte, verplaatsingsafstand, gewicht...)	❑
	2.2 Het inzetten van externe hulpmiddelen	Het gebruik van een 'stalen verpleegster' voor het verplaatsen van patiënten in zorginstellingen	❑
	2.3 Het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning	De aankoop van kantoorstoelen met instelbare leuningen, bestemd voor arbeidsposten waar intensief aan beeldschermen wordt gewerkt	❑
3. Op dearbeids organisatie gerichte inter venties	3.1 Acties inwerkend op de arbeids omstandigheden	Het beperken van extreme temperaturen, het verbeteren van de begaanbaarheid van de arbeidsplaatsen	❑
	3.2 Acties inwerkend op de arbeidsorganisatie	Het invoeren van een rotatiesysteem tussen de verschillende werkposten van een inpaklijn om de werkintensiteit beter te verdelen	❑

Van wie ging het eerste initiatief tot deze actie uit (kruis één mogelijkheid aan)?

- ❑ 1. Werkgever of directie
- ❑ 2. Interne preventiedienst
- ❑ 3. Comité Preventie en Bescherming op het werk
- ❑ 4. Arbeidsgeneesheer
- ❑ 5. Ergonoom
- ❑ 6. Eén of meerdere werknemers of hun vertegenwoordigers
- ❑ 7. De arbeidsinspectie (Toezicht op het Welzijn op het Werk)
- ❑ 8. Andere, namelijk ...

Op hoeveel personeelsleden had de actie betrekking?

- ❑ 1. Eén of enkele personen
- ❑ 2. Een beperkte groep (5 à 20% van het personeel)
- ❑ 3. Een grote minderheid (21 à 40% van het personeel)
- ❑ 4. Ongeveer de helft van het personeel (41 à 60%)
- ❑ 5. Een grote meerderheid (61 à 90% van het personeel)
- ❑ 6. Iedereen of bijna iedereen (meer dan 90% van het personeel)

Had deze actie vnl. betrekking op

1. (geslacht?)
   - ❑ a. vrouwen
   - ❑ b. mannen
   - ❑ c. zowel vrouwen als mannen
2. (statuut?)
   - ❑ a. arbeiders
   - ❑ b. bedienden
   - ❑ c. zowel arbeiders als bedienden
3. (leeftijd?)
   - ❑ a. jongeren
   - ❑ b. ouderen
   - ❑ c. zowel jongeren als ouderen

Hoe belangrijk was deze actie voor de betrokken personeelsleden?

- ❑ 1. Zeer belangrijk
- ❑ 2. Enigszins belangrijk
- ❑ 3. Weinig belangrijk

Werden externen betrokken voor de ondersteuning van de actie?

- ❑ 1. Neen
- ❑ 2. Ja. Welke (meerdere mogelijkheden zijn toegelaten)?
  - ❑ 1. Externe preventiedienst: preventieadviseur-ergonoom
  - ❑ 2. Externe preventiedienst: arbeidsgeneesheer
  - ❑ 3. Andere deskundige van buiten de onderneming
  - ❑ 4. Iemand van de arbeidsinspectie (Toezicht op het Welzijn op het Werk)
  - ❑ 5. Andere, namelijk ...

Werden de (uitvoerende) werknemers betrokken bij de analyse en het zoeken naar oplossingen?

- ❑ Nee
- ❑ Ja. Hoe? .....

Ging een specifieke risicoanalyse vooraf aan de actie?

- ❑ Nee
- ❑ Ja

Algemene evaluatie: beoordeel de algemene effectiviteit van de actie (eventueel zoals deze tot nog toe verlopen is) (*kruis één mogelijkheid aan*)

- ❑ 1. Contraproductief, de actie heeft de zaken verder bemoeilijkt
- ❑ 2. Geen of nauwelijks meetbaar effect
- ❑ 3. Beperkte effectiviteit, resultaat was bescheiden
- ❑ 4. Behoorlijk resultaat, redelijk tevreden
- ❑ 5.Positief resultaat, duidelijke verbetering van de zaken
- ❑ 6. Uitstekend resultaat, de doelstelling werd volledig bereikt
- ❑ 7. Heb er geen zicht op, weet het niet

(Indien mogelijkheden 1, 2 of 3 werden aangeduid) **Duid de belangrijkste redenen aan waarom de actie niet of niet helemaal lukte** *(maximaal 3).*

- ❑ 1. De actie genoot niet de volle steun van directie of hoger kader
- ❑ 2. De actie genoot niet de volle steun van het lager kader/de eerstelijnssupervisie
- ❑ 3. De actie genoot niet de volle steun van de werknemers
- ❑ 4. De actie genoot niet de volle steun van de werknemersafgevaardigden
- ❑ 5. Het ging om een punctuele actie die niet was ingekaderd in een globaal beleid
- ❑ 6. De middelen (tijd, geld) waren ontoereikend
- ❑ 7. De actie zelf was slecht gedefinieerd of werd onvoldoende van kortbij aangestuurd
- ❑ 8. De actie werd op een ongunstig ogenblik doorgevoerd (bv. tijdens een herstructurering)
- ❑ 9. Andere. Welke: .....

(*Indien mogelijkheden 4, 5 of 6 werden aangeduid*) **Duid de belangrijkste redenen aan waarom de actie lukte** (*maximaal 3*).

- ❑ 1. De actie genoot de volle steun van directie of hoger kader
- ❑ 2. De actie genoot de volle steun van het lager kader/de eerstelijnssupervisie
- ❑ 3. De actie genoot de volle steun van de werknemers
- ❑ 4. De actie genoot de volle steun van de werknemersafgevaardigden
- ❑ 5. De actie was goed ingekaderd in een globaal beleid
- ❑ 6. De middelen (tijd, geld) waren toereikend
- ❑ 7. De actie zelf was goed gedefinieerd of werd van kortbij aangestuurd
- ❑ 8. De actie werd op een gunstig ogenblik doorgevoerd (bv. tijdens een periode van stabiliteit in de onderneming)
- ❑ 9. Andere. Welke? .....

b4.4 Psychosociale risico's (PSR)

Onze studie richt zich voornamelijk op acties op het vlak van de ***primaire preventie***, m.a.w. collectieve acties die beogen de PSR uit te schakelen of onder controle te houden. Deze acties kunnen worden gevoerd, hetzij als gevolg van een risicoanalyse, hetzij als gevolg van één of meerdere individuele schadegevallen. Indien naar aanleiding van een individueel geval (bv. een werknemer met stressklachten), ***structurele*** ingrepen uitgevoerd worden, worden deze structurele ingrepen beschouwd als preventieve acties.

18. Wat is uw globale indruk over het bedrijfsbeleid op vlak van de aanwezigheid en de preventie van PSR?
    - ❑ 1. PSR en stress komen niet of nauwelijks (meer) voor in onze organisatie
        - ❑ omdat er geen risico's op stress aanwezig zijn in de werkzaamheden
        - ❑ omdat er een preventief beleid gevoerd is waardoor eerdere risico's weggenomen zijn
    - ❑ 2. PSR en stress komen wel voor in onze organisatie
        - ❑ Het eigenlijke werk moet nog beginnen
        - ❑ We hebben al een deel van de weg afgelegd, maar er is nog werk aan
        - ❑ De problematiek is bij ons goed onder controle

19. Is er iemand in uw organisatie, buiten de interne preventiedienst, die zich specifiek bezighoudt met PSR?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

      Welke functies(s) heeft deze persoon of hebben deze personen?

      .....

20. Werd er in uw organisatie een risicoanalyse uitgevoerd inzake het algemeen voorkomen van PSR?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

21. Werden er in de voorbije periode in uw organisatie acties ondernomen inzake PSR?
    - ❑ Nee, wij namen geen acties tussen begin 2010 en eind 2012 (*ga verder naar vraag 22*)
    - ❑ Ja, wij namen acties tussen begin 2010 en eind 2012 (*ga verder naar vraag 23*)

22. Waarom werden er in de periode tussen begin 2010 en eind 2012 geen acties ondernomen (*duid de hoofdreden aan: slechts één enkel antwoord is toegelaten – ga dan verder naar vraag 26*)?
    - ❑ 1. Wij vonden het onnodig om acties te ondernemen
    - ❑ 2. Gebrek aan middelen
    - ❑ 3. Gebrek aan tijd
    - ❑ 4. Andere prioriteiten .....
    - ❑ 5. Het was ons niet duidelijk welke concrete acties nog konden ondernomen worden
    - ❑ 6. Werknemers of hun vertegenwoordigers waren weigerachtig ten aanzien van verdere acties
    - ❑ 7. Andere. Welke? .....

23. Werd een stuurgroep, buiten het eventuele Comité Preventie en Bescherming op het werk, opgericht om de acties inzake PSR op te volgen?
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja

24. Duid aan op welke vlakken acties werden ondernomen tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012 Een loutere risicoanalyse zonder dat deze gevolg heeft gegeven aan een interventie wordt in dit onderzoek niet beschouwd als een actie, net zomin als activiteiten met een curatief karakter ten behoeve van individuele werknemers. (*duid met een getal aan hoeveel acties per categorie werden ondernomen. Indien er in een bepaalde categorie geen acties werden ondernomen, vul dan 0 in*).

Hoofdcategorie	**Subcategorie**	**Voorbeeld**	**Aantal acties**
1. Op het individu gerichte interventies	1.1 Sensibilisering/bewustmaking	Verspreiding van affiches, organisatie van sensibiliserende voordrachten in verband met PSR, verspreiden onder het personeel van brochures over 'hoe omgaan met psychosociale belasting'	…
	1.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	…
	1.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde stressbeheersingssessies	…
	1.4 Voorkomen PTSS	Ondersteuning van slachtoffers van een schokkende gebeurtenis	…
	1.5 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	…
	1.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten, opleidingen voor leidinggevenden inzake het herkennen van stresssignalen, opleidingen van vertrouwenspersonen	…
	1.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	Invoeren van een procedure voor de aanpak van een geval van alcoholmisbruik	…
2. Op de organisatie gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	In een landschapsbureau werkposten voorzien die toelaten om zich af te zonderen voor het uitvoeren van bepaalde taken (bv. opdrachten die veel concentratie vereisen)	…
	2.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	Overschakelen op kantooruren voor alleen werkende vrouwelijke schoonmakers	…
	2.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	Opleidingen van de hiërarchische lijn inzake het toepassen van participatieve managementstijlen, mits georganiseerd in het kader van PSR	…
	2.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	Taakverruiming of –verbreding in het kader van het beperken van de psychosociale belasting	…
	2.5 Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR, vastleggen van een procedure inzake melding van een incident m.b.t. pesten op het werk, het uitwerken van een ziekteverzuimprotocol	…

24b. Vul, op basis van bovenstaande tabel, het totaal aantal acties in die inzake PSR werden ondernomen in uw organisatie tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012?

24c. Zijn er nog andere acties die werden ondernomen tussen 1 januari 2010 en 31 december 2012 en die u niet kon onderbrengen in één van de bovenstaande categorieën? Zo ja, kan u die hieronder dan in detail omschrijven?

.....
.....

25a. In wat volgt worden een aantal vragen gesteld over de actie inzake PSR over de periode 2010-2012.

25b. We gaan nu dieper in op de twee acties inzake PSR over de periode 2010-2012. Per actie worden een aantal vragen gesteld.

25c. We gaan nu dieper in op de drie acties inzake PSR over de periode 2010-2012. Per actie worden een aantal vragen gesteld.

25d. We gaan nu dieper in op de drie meest belangrijke acties inzake PSR over de periode 2010-2012. Kies zelf de drie acties die in uw ogen de belangrijkste waren. Per actie worden een aantal vragen gesteld

b4.4.1 Psychosociale risico's: ACTIE 1

Geef een beknopte beschrijving van het probleem en de actie (*maximaal 3 regels*)

.....
.....
.....
.....

Geef de belangrijkste categorie weer waaronder de actie viel (*kruis één enkel vakje aan in de laatste kolom*)

Hoofdcategorie	Subcategorie	Voorbeeld	Actie 1
1. Op het individu gerichte interventies	1.1 Sensibilisering/bewustmaking	Verspreiding van affiches, organisatie van sensibiliserende voordrachten in verband met PSR, verspreiden onder het personeel van brochures over 'hoe omgaan met psychosociale belasting'	❑
	1.2 Relaxatietechnieken	Aanbieden van massagesessies	❑
	1.3 Cognitief-gedragsmatige behandeling	Individuele of groepsmatig georganiseerde stressbeheersingssessies	❑
	1.4 Voorkomen PTSS	Ondersteuning van slachtoffers van een schokkende gebeurtenis	❑
	1.5 Re-integratieprocedures	Gestructureerde politiek inzake aangepast werk	❑
	1.6 Opleidingen (kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden)	Opleidingssessies inzake het omgaan met agressieve klanten, opleidingen voor leidinggevenden inzake het herkennen van stresssignalen, opleidingen van vertrouwenspersonen	❑
	1.7 Benaderingen voor specifieke doelgroepen	Invoeren van een procedure voor de aanpak van een geval van alcoholmisbruik	❑
2. Op de organisatie gerichte interventies	2.1 Acties inwerkend op de arbeidsomstandigheden	In een landschapsbureau werkposten voorzien die toelaten om zich af te zonderen voor het uitvoeren van bepaalde taken (bv. opdrachten die veel concentratie vereisen)	❑
	2.2 Acties inwerkend op de arbeidsvoorwaarden	Overschakelen op kantooruren voor alleen werkende vrouwelijke schoonmakers	❑
	2.3 Acties inwerkend op de arbeidsverhoudingen	Opleidingen van de hiërarchische lijn inzake het toepassen van participatieve managementstijlen, mits georganiseerd in het kader van PSR	❑
	2.4 Acties inwerkend op de arbeidsinhoud	Taakverruiming of –verbreding in het kader van het beperken van de psychosociale belasting	❑
	2.5 Procedurele acties	Uitschrijven van een beleidsverklaring inzake PSR, vastleggen van een procedure inzake melding van een incident m.b.t. pesten op het werk, het uitwerken van een ziekteverzuimprotocol	❑

Van wie ging het eerste initiatief tot deze actie uit (*kruis één mogelijkheid aan*)**?**

- ❑ 1. Werkgever of directie
- ❑ 2. Interne preventiedienst
- ❑ 3. Comité Preventie en Bescherming op het werk
- ❑ 4. Arbeidsgeneesheer
- ❑ 5. Preventieadviseur-psychosociale aspecten
- ❑ 6. Vertrouwenspersoon
- ❑ 7. Eén of meerdere werknemers of hun vertegenwoordigers
- ❑ 8. De arbeidsinspectie (Toezicht op het Welzijn op het Werk)
- ❑ 9. Andere, namelijk ...

Op hoeveel personeelsleden had de actie betrekking?

- ❑ 1. Eén of enkele personen
- ❑ 2. Een beperkte groep (5 à 20% van het personeel)
- ❑ 3. Een grote minderheid (21 à 40% van het personeel)
- ❑ 4. Ongeveer de helft van het personeel (41 à 60%)
- ❑ 5. Een grote meerderheid (61 à 90% van het personeel)
- ❑ 6. Iedereen of bijna iedereen (meer dan 90% van het personeel)

Had deze actie vnl. betrekking op

1. (geslacht?)
   - ❑ a. vrouwen
   - ❑ b. mannen
   - ❑ c. zowel vrouwen als mannen
2. (statuut?)
   - ❑ a. arbeiders
   - ❑ b. bedienden
   - ❑ c. zowel arbeiders als bedienden
3. (leeftijd?)
   - ❑ a. jongeren
   - ❑ b. ouderen
   - ❑ c. zowel jongeren als ouderen

Hoe belangrijk was deze actie voor de betrokken personeelsleden?

- ❑ 1. Zeer belangrijk
- ❑ 2. Enigszins belangrijk
- ❑ 3. Weinig belangrijk

Werden externen betrokken voor de ondersteuning van het proces?

- ❑ 1. Nee
- ❑ 2. Ja. Welke (*meerdere mogelijkheden zijn toegelaten*)?
  - ❑ 1. Externe preventiedienst: preventieadviseur-psychosociale aspecten
  - ❑ 2. Externe preventiedienst: arbeidsgeneesheer
  - ❑ 3. Andere deskundige van buiten de onderneming
  - ❑ 4. Iemand van de arbeidsinspectie (Toezicht Welzijn op het Werk)
  - ❑ 5. Andere, namelijk ...

Werden de (uitvoerende) werknemers betrokken bij de analyse en het zoeken naar oplossingen?

- ❑ 1. Nee
- ❑ 2. Ja. Hoe? .....

Ging een <u>specifieke</u> risicoanalyse vooraf aan de acties?

- ❑ Nee
- ❑ Ja

Algemene evaluatie: beoordeel de algemene effectiviteit van de actie (eventueel zoals deze tot nog toe verlopen is) (*kruis één mogelijkheid aan*)

- ❑ 1. Contraproductief, de actie heeft de zaken verder bemoeilijkt
- ❑ 2. Geen of nauwelijks meetbaar effect
- ❑ 3. Beperkte effectiviteit, resultaat was bescheiden
- ❑ 4. Behoorlijk resultaat, redelijk tevreden
- ❑ 5.Positief resultaat, duidelijke verbetering van de zaken
- ❑ 6 Uitstekend resultaat, de doelstelling werd volledig bereikt
- ❑ 7. Heb er geen zicht op, weet het niet

(*Indien mogelijkheden 1, 2 of 3 werden aangeduid*) **Duid de belangrijkste redenen aan waarom de actie niet of niet helemaal lukte** (*maximaal 3*)**.**

- ❑ 1. De actie genoot niet de volle steun van directie of hoger kader
- ❑ 2. De actie genoot niet de volle steun van het lager kader/de eerstelijnssupervisie
- ❑ 3. De actie genoot niet de volle steun van de werknemers
- ❑ 4. De actie genoot niet de volle steun van de werknemersafgevaardigden
- ❑ 5. Het ging om een punctuele actie die niet was ingekaderd in een globaal beleid
- ❑ 6. De middelen (tijd, geld) waren ontoereikend
- ❑ 7. De actie zelf was slecht gedefinieerd of werd onvoldoende van kortbij aangestuurd
- ❑ 8. De actie werd op een ongunstig ogenblik doorgevoerd (bv. tijdens een herstructurering)
- ❑ 9. Andere. Welke?.....

(*Indien mogelijkheden 4, 5 of 6 werden aangeduid*) **Duid de belangrijkste redenen aan waarom de actie lukte** (*maximaal 3*)**.**

- ❑ 1. De actie genoot de volle steun van directie of hoger kader
- ❑ 2. De actie genoot de volle steun van het lager kader/de eerstelijnssupervisie
- ❑ 3. De actie genoot de volle steun van de werknemers
- ❑ 4. De actie genoot de volle steun van de werknemersafgevaardigden
- ❑ 5. De actie was goed ingekaderd in een globaal beleid
- ❑ 6. De middelen (tijd, geld) waren toereikend
- ❑ 7. De actie zelf was goed gedefinieerd of werd van kortbij aangestuurd
- ❑ 8. De actie werd op een gunstig ogenblik doorgevoerd (bv. tijdens een periode van stabiliteit in de onderneming)
- ❑ 9. Andere. Welke?.....

Afsluitende vraag

25. Bent u bereid om de onderzoekers toegang te verlenen tot uw bedrijf of organisatie voor het uitvoeren van een beknopte gevallenstudie? Eén of twee onderzoekers zouden dan drie korte gesprekken willen hebben met de betrokken deskundigen (bv. de interne preventiedienst), enkele hiërarchisch verantwoordelijken en enkele betrokken werknemers en/of hun vertegenwoordigers.
    - ❑ Nee
    - ❑ Ja. Zo ja, wilt u dan volgende gegevens invullen?

        Naam: …….

        Functie: ……..……..……

        E-mail adres: ……..…….

        Telefoon of GSM: …….……..….

bijlage 5 Questionnaire interventions relatives aux troubles musculo-squelettiques et risques psychosociaux

b5.1 Introduction

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre collaboration au projet de recherche, commandé par le Ministre fédéral de l'Emploi, relatif aux troubles musculo-squélettiques (abréviés TMS) et les risques psychosociaux (abréviés RPS). A des fins de clarté: les TMS peuvent surgir suite à une manutention des charges de courte ou de longue durée, une mauvaise tenue, l'exécution des activités répétitives, le travail devant écran, ... Le label généralement utilisé pour les RPS est celui du stress au travail.

Veuillez trouver plus d'informations sur le site web
http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=38038

Si votre entreprise n'a pas (ou peu) entamé d'actions spécifiques au niveau des TMS et RPS au courant des années précédentes, nous aimerions également vous poser quelques questions. Dès lors, nous vous prions de bien vouloir nous renvoyer le questionnaire, dûment rempli.

Autres questions? En cas de difficultés ou de questions liées au questionnaire, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante: jan.vanpeteghem@kuleuven.be. Vous recevrez vite une réponse.

Mode d'emploi du questionnaire: instructions pratiques

- Pour la majorité des questions, il suffit de cliquer sur la réponse de votre choix. Si plusieurs réponses sont admises, ceci sera clairement indiqué.
- Notez que certaines questions sont précédées par une petite étoile rouge pour indiquer que ces champs doivent être complétés.
- Si vous avez répondu à une question, veuillez cliquer sur le bouton 'suivant'.
- Il est toujours possible de vérifier vos réponses aux questions précédentes et, si besoin est, de les modifier. Veuillez cliquer alors sur le bouton 'précédent'
- Il est possible d'interrompre le questionnaire et de continuer à tout moment ultérieur. Dans ce cas, veuillez cliquer sur le bouton 'Reprenez plus tard'. Vos réponses seront conservées. Si vous voulez compléter le questionnaire, cliquez sur le hyperlien repris dans la lettre que vous avez reçue et veuillez introduire votre code d'accès.
- En cliquant sur 'Envoyer' à la fin du questionnaire, vos données sont enregistrées comme définitives. Il ne sera plus possible de les modifier.

b5.2 Votre organisation

1. Combien de membres du personnel votre organisation compte-elle (*entreprise ou institution*)? ... membres du personnel (travailleurs intérimaires, jobistes et stagiaires exclus)

2. A quel secteur votre organisation appartient-elle, sur base de l'activité principale?

   a. Industrie et construction (secteur secondaire)

   - ❑ 1. Production textile/confection, chaussures et vêtements, industrie du cuir;
   - ❑ 2. Production de boissons, denrées alimentaires et tabac;
   - ❑ 3. Industrie métallurgique, production des produits métalliques, ingénierie, assemblage d'automobiles;
   - ❑ 4. Industrie électronique, fabrication d'appareils et d'instruments électriques et électroniques;
   - ❑ 5. Industrie chimique, pétrole et gaz naturel, traitement du caoutchouc et des matières plastiques;
   - ❑ 6. Production de produits pharmaceutiques;
   - ❑ 7. Construction;
   - ❑ 8. Industrie du bois et du papier;
   - ❑ 9. Secteur graphique, imprimeries/éditeurs;
   - ❑ 10. Production et distribution d'énergie, du gaz, d'électricité, d'eau;
   - ❑ 11. Autres, notamment.:.....

   b. Services (publiques ou privés)

   - ❑ 12. Commerce en gros et de détail;
   - ❑ 13 Hotels, restaurants, cafés;
   - ❑ 14. Garages;
   - ❑ 15. Transport, entreposage et communication;
   - ❑ 16. Banques et assurances;
   - ❑ 17. Biens immobiliers, location;
   - ❑ 18. Services aux entreprises (p. ex.: nettoyage, consultancy, ...);
   - ❑ 19. Autorités publiques;
   - ❑ 20. Enseignement;
   - ❑ 21. Soins de santé et services publics;
   - ❑ 22. Equipements collectifs, services sociaux-culturels et personnels;
   - ❑ 23. Autres, notamment.:.....

3. Le siège où je travaille se situe dans…
   - ❑ 1. la région flamande
   - ❑ 2. la région wallonne
   - ❑ 3. la région bruxelloise

4. Pouvez-vous nous indiquer votre fonction principale dans l'organisation?
   - ❑ 1. Membre de la direction, propriétaire, dirigeant d'entreprise, gérant
   - ❑ 2. Responsable ou collaborateur service du personnel
   - ❑ 3. Responsable ou collaborateur service interne de prévention
   - ❑ 4. Médecin du travail appartenant au service interne de prévention

- ❑ 5. Collaborateur administratif
- ❑ 6. Autres, notamment: .....

5. Dans votre organisation existe-t-il un Comité pour la prévention et la protection au travail?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui

6. Dans votre organisation une délégation syndicale est-elle active?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui

7. Disposez-vous d'un conseiller interne en prévention aspects psychosociaux?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui

8. Disposez-vous d'un conseiller interne en prévention ergonomie?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui

9. Collaborez-vous avec un service externe de prévention?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui, mais nous ne les avons pas spécifiquement sollicités pour les TMS ou RPS au courant de la période 2010-2012
   - ❑ Oui. Au courant de la période 2010-2012, nous avons fait appel à eux pour:
     - ❑ les TMS
     - ❑ les RPS

b5.3 Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

En premier lieu, notre étude s'oriente vers des actions relatives à la **prévention primaire**, autrement dit des actions collectives visant à éliminer ou maîtriser les TMS. Ces interventions peuvent avoir lieu, soit à la suite d'une analyse des risques, soit à cause d'un ou de plusieurs incidents individuels. Si, à l'occasion d'un cas individuel (p.ex. un travailleur souffrant de mal au dos), des interventions ***structurelles*** ont été réalisées, ces interventions structurelles sont considérées comme des actions préventives.

10. Quelle est votre impression globale relative à la politique de votre entreprise en matière de la présence et de la prévention des TMS?
    - ❑ 1. Les TMS n'existent pas, ou à peine, dans notre organisation
      - ❑ parce que des TMS ne font pas partie des risques présents sur le lieu de travail
      - ❑ parce que nous avons mené une politique préventive, la conséquence étant que ces risques ont disparus
    - ❑ 2. Il existe bien des TMS dans notre organisation
      - ❑ Une démarche préventive n'en est encore qu'à son point de départ
      - ❑ Nous avons déjà parcouru une partie du chemin, mais il reste encore des choses à faire
      - ❑ Chez nous, la problématique en question est sous contrôle

11. Y-a-t'il quelqu'un dans votre organisation, en dehors du service interne de prévention, qui s'occupe particulièrement des TMS (éventuellement plusieurs personnes)?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

      Quelle est la fonction (ou quelles sont les fonctions) de cette personne ou de ces personnes?

      .....

12. Dans votre siège, une analyse générale des risques relatifs aux TMS a-t-elle été réalisée?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

13. Endéans la période passée, avez-vous entrepris des actions relatives aux TMS?
    - ❑ Non, nous n'avons pas pris d'actions entre le début de 2010 et la fin de 2012 (*veuillez continuer par la question 14*)
    - ❑ Oui, nous avons pris de nouvelles actions entre le début de 2010 et la fin de 2012 (*veuillez continuer par la question 15*)

14. Pourquoi n'avez vous pas entrepris d'actions endéans la période entre le début de 2010 et la fin de 2012? (*veuillez indiquer la raison principale: seulement une réponse est admise – veuillez continuer après par la question 18*)?
    - ❑ 1. Nous étions d'avis que des actions ultérieures ne s'imposaient pas
    - ❑ 2. Manque de moyens
    - ❑ 3. Manque de temps
    - ❑ 4. Autres priorités
    - ❑ 5. Il ne nous était pas clair quelles actions concrètes pouvaient encore être prises
    - ❑ 6. Le personnel ou leurs représentants étaient assez négatifs vis-à-vis d'autres actions
    - ❑ 7. Autres. Quelles: .....

15. En dehors du Comité éventuel, un groupe de pilotage (comité d'accompagnement) a-t-il été créé pour assurer le suivi des actions relatives aux TMS?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

16. Veuillez indiquer quels genres d'actions étaient exécutés entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012. Dans le cadre de cette étude, une analyse des risques telle qu'elle, sans qu'elle ait donné suite à une intervention, n'est pas considérée comme une action – tout comme des activités à caractère curatif déployées au profit des travailleurs (*veuillez inscrire un chiffre, indiquant le nombre d'actions exécutées par catégorie d'intervention. Si, dans une catégorie déterminée, aucune action n'a été déployée, veuillez introduire un 0*):

Catégorie principale	**Catégorie secondaire**	**Exemples**	**Nombre d'actions**
1. Interventions adressées à l'individu	1.1 Sensibilisation/motivation	Placement d'affiches et diffusion de brochures	…
	1.2 Techniques de relaxation	Offrir des sessions de massage	…
	1.3 Traitement cognitif-comportemental	Sessions biofeedback individuelles ou en groupe	…
	1.4 L'apprentissage des exercices renforcement musculaire	L'organisation d'une forme d'école du dos pour des groupes de travailleurs	…
	1.5 La mise à disposition de moyens de protection individuelle	L'achat des sabots suédois destinés au personnel d'une cuisine industrielle	…
	1.6 Procédures de réintégration	Politique structurée en matière de travail adapté	…
	1.7 Formations relatives à l'application des techniques de levage et de soulèvement	Sessions de formation relatives à l'application des techniques de déplacement dans les établissements de soins	…
2 Interventions axées sur le poste de travail	2.1 Actions axées sur la conception du poste de travail	Modification des conditions de levage et de soulèvement (poids, hauteur de levage, distance de déplacement, …)	…
	2.2 Mise en oeuvre des moyens/outils externes	Utilisation d'un treuil pour le déplacement des patients dans les établissements de soins	…
	2.3 Offrir des moyens/outils de support à la tenue	Achat de chaises de bureau pourvues d'accoudoirs ajustables en hauteur, destinées aux employés travaillant intensivement devant écran.	…
3. Interventions axées sur l'organisation du travail	3.1 Actions axées sur les conditions de travail	Limiter des températures extrêmes, améliorer l'accessibilité des postes de travail	…
	3.2 Actions axées sur l'organisation du travail	Réaliser un système de rotation entre les divers postes de travail d'une chaîne de conditionnement	…

16b. Veuillez introduire, sur base du tableau ci-dessus, le nombre total des actions relatives aux TMS déployées au sein de votre organisation entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012?

16c. Y-a-t'il d'autres actions déployées entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012 que vous n'avez pas pu situer dans une des catégories reprises dans le tableau ci-dessus? Si oui, voulez-vous les décrire en détail?

.....

17. Dans ce qui suit, quelques questions seront posées sur l'action relative aux TMS déployée au courant de la période 2010-2012

17a. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails des deux actions relatives aux TMS déployées au courant de la période 2010-2012. Par action, quelques questions seront posées.

17b. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails des trois actions relatives aux TMS déployées au courant de la période 2010-2012. Par action, quelques questions seront posées.

17c. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails de trois importantes actions relatives aux TMS déployées au courant de la période 2010-2012. Veuillez choisir vous-même les trois actions que vous considérez comme les plus importantes. Par action, quelques questions seront posées.

b5.3.1 Troubles musculo-squelettiques: ACTION 1

Description succincte du problème et de l'action *(3 lignes maximum)*

.....
.....
.....

Veuillez indiquer la plus importante catégorie de l'action (*une seule case dans la dernière colonne*)

Catégorie principale	Catégorie secondaire	Exemples	Action 1
1. Interventions adressées à l'individu	1.1 Sensibilisation/motivation	Placement d'affiches et diffusion de brochures	❑
	1.2 Techniques de relaxation	Offrir des sessions de massage	❑
	1.3 Traitement cognitif-comportemental	Sessions biofeedback individuelles ou en groupe	❑
	1.4 L'apprentissage des exercices renforcement musculaire	L'organisation d'une forme d'école du dos pour des groupes de travailleurs	❑
	1.5 La mise à disposition de moyens de protection individuelle	L'achat des sabots suédois destinés au personnel d'une cuisine industrielle	❑
	1.6 Procédures de réintégration	Politique structurée en matière de travail adapté	❑
	1.7 Formations relatives à l'utilisation des techniques de levage et de soulèvement	Sessions de formation relatives à l'application des techniques de déplacement dans les établissements de soins	❑
2. Interventions axées sur le poste de travail	2.1 Actions axées sur la conception du poste de travail	Modification des conditions de levage et de soulèvement (poids, hauteur de levage, distance de déplacement, …)	❑
	2.2 Mise en oeuvre des moyens de levage	Utilisation d'un treuil pour le déplacement des patients dans les établissements de soins	❑
	2.3 Offrir des moyens destinés à supporter la tenue	Achat de chaises de bureau pourvues d'accoudoirs ajustables en hauteur, destinées aux employés travaillant intensivement devant écran.	❑
3. Interventions axées sur l'organisation du travail	3.1 Actions axées sur les conditions de travail	Limiter des températures extrêmes, améliorer l'accessibilité des postes de travail	❑
	3.2 Actions axées sur l'organisation du travail	Réaliser un système de rotation entre les divers postes de travail d'une chaîne de conditionnement	❑

Qui a pris l'initiative menant à cette action (*veuillez indiquer une seule possibilité*)**?**

- ❑ 1. L'Employeur ou la direction
- ❑ 2. Le service interne de prévention
- ❑ 3. Le Comité PPT
- ❑ 4. Le médecin du travail
- ❑ 5. L'ergonome
- ❑ 6. Un ou plusieurs membres du personnel ou leur représentants
- ❑ 7. Les services d'inspection (Contrôle du bien-être au travail)
- ❑ 8. Autres, notamment ...

A quel nombre de travailleurs l'action se rapportait-elle?

- ❑ 1. Une seule personne ou quelques personnes
- ❑ 2. Un groupe limité (5 à 20% du personnel)
- ❑ 3. Une grande minorité (21 à 40% du personnel)
- ❑ 4. Environ la moitié du personnel (41 à 60%)
- ❑ 5. Une grande majorité (61 à 90% du personnel)
- ❑ 6. (Presque) tout le monde (plus de 90% du personnel)

L'action se rapportait-elle principalement aux

1. (sexe?)
   - ❑ a. femmes
   - ❑ b. hommes
   - ❑ c. tant femmes que hommes
2. (statut?)
   - ❑ a. ouvriers
   - ❑ b. employés
   - ❑ c. tant ouvriers qu'employés
3. (âge?)
   - ❑ a. jeunes
   - ❑ b. personnes âgées
   - ❑ c. tant jeunes que personnes âgées

Quelle importance cette action avait-elle pour les membres du personnel?

- ❑ 1. Très importante
- ❑ 2. Plus ou moins importante
- ❑ 3. Peu importante

Des externes ont-ils été impliqués dans le déroulement de l'action?

- ❑ 1. Non
- ❑ 2. Oui. Lesquels (plusieurs possibilités sont permises)?
  - ❑ 1. Le service externe en prévention: le conseiller en prévention ergonomie
  - ❑ 2. Le service externe en prévention: le médecin du travail
  - ❑ 3. Autres experts venant de l'extérieur
  - ❑ 4. Un membre de l'inspection (Contrôle du bien-être au travail)
  - ❑ 5. Autres, notamment: .....

Les membres du personnel (d'exécution) étaient-ils impliqués lors de l'analyse et de la recherche des solutions?

- ❑ Non
- ❑ Oui. Comment?

  .....

Une analyse spécifique des risques précédait-elle l'action?

- ❑ Non
- ❑ Oui

Evaluation générale: veuillez juger l'effectivité de l'action en général (éventuellement, son déroulement jusqu'à présent (*veuillez cocher une seule case*)**)**

- ❑ 1. Contre-productif, l'action a plutôt compliquée les choses
- ❑ 2. Résultat inexistant ou à peine mesurable
- ❑ 3. Effectivité réduite, résultat médiocre
- ❑ 4. Résultat convenable, assez satisfait
- ❑ 5. Résultat positif, une amélioration claire et nette des choses
- ❑ 6. Excellent résultat, l'objectif a été complètement atteint
- ❑ 7. Je n'en ai aucune idée, je ne sais pas

(*Si les possibilités 1, 2 ou 3 étaient indiquées*) **Veuillez indiquer les causes principales de l'échec (partiel) de l'action** (*maximum 3*)**.**

- ❑ 1. L'action n'était pas soutenue par la direction ou le cadre supérieur
- ❑ 2. L'action n'était pas soutenue par le cadre inférieur ou la première ligne de la hiérarchie
- ❑ 3. L'action n'était pas soutenue par le personnel
- ❑ 4. L'action n'était pas soutenue par les représentants du personnel
- ❑ 5. Il s'agissait d'une action ponctuelle, mal encadrée dans une politique globale
- ❑ 6. Les moyens (temps, argent) étaient insuffisants
- ❑ 7. L'action elle-même était mal définie ou était mal pilotée de près
- ❑ 8. L'action était organisée à un moment mal choisi (p.ex. lors d'une restructuration)
- ❑ 9. Autre. Laquelle? .....

(*Si les possibilités 4, 5 ou 6 étaient indiquées*) **Veuillez indiquer les causes principales de la réussite (partielle) de l'action** (*maximum 3*)**.**

- ❑ 1. L'action était tout à fait soutenue par la direction ou le cadre supérieur
- ❑ 2. L'action était tout à fait soutenue par le cadre inférieur ou la première ligne de la hiérarchie
- ❑ 3. L'action était tout à fait soutenue par le personnel
- ❑ 4. L'action était tout à fait soutenue par les représentants du personnel
- ❑ 5. L'action était bien encadrée dans une politique globale
- ❑ 6. Les moyens (temps, argent) étaient suffisants
- ❑ 7. L'action elle-même était bien définie ou était suffisamment pilotée de près
- ❑ 8. L'action était organisée à un moment bien choisi (p. ex. lors d'une période de stabilité dans l'entreprise)
- ❑ 9. Autre. Laquelle? .....

b5.4 Risques psychosociaux (RPS)

En premier lieu, notre étude s'oriente vers des actions relatives à la **prévention primaire**, autrement dit des actions collectives visant à éliminer ou maîtriser les RPS. Ces interventions peuvent avoir lieu, soit à la suite d'une analyse des risques, soit à cause d'un ou de plusieurs incidents individuels. Si, à l'occasion d'un cas individuel (p.ex. un travailleur souffrant de stress), des interventions ***structurelles*** ont été réalisées, ces interventions structurelles sont considérées comme des actions préventives.

18. Quelle est votre impression globale relative à la politique de votre entreprise en matière de la présence et de la prévention des RPS?
    - ❑ 1. Les RPS et le stress n'existent pas, ou à peine, dans notre organisation
        - ❑ parce que des RPS ne font pas partie des risques présents sur le lieu de travail
        - ❑ parce que nous avons mené une politique préventive, la conséquence étant que ces risques ont disparus
    - ❑ 2. Il existe bien des RPS et du stress dans notre organisation
        - ❑ Une démarche préventive n'en est encore qu'à son point de départ
        - ❑ Nous avons déjà parcouru une partie du chemin, mais il reste encore des choses à faire
        - ❑ Chez nous, la problématique en question est sous contrôle.

19. Y-a-t'il quelqu'un dans votre organisation, en dehors du service interne de prévention, qui s'occupe particulièrement des RPS (éventuellement plusieurs personnes)?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

      Quelle est la fonction (ou quelles sont les fonctions) de cette personne ou de ces personnes?

      .....

20. Dans votre siège, une analyse générale des risques relatifs aux RPS a-t-elle été réalisée?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

21. Endéans la période passée, avez-vous entrepris des actions relatives aux RPS?
    - ❑ Non, nous n'avons pas pris d'actions entre le début de 2010 et la fin de 2012 (*veuillez continuer par la question 22*)
    - ❑ Oui, nous avons pris de nouvelles actions entre le début de 2010 et la fin de 2012 (*veuillez continuer par la question 23*)

22. Pourquoi n'avez vous pas entrepris d'actions endéans la période entre le début de 2010 et la fin de 2012? (*veuillez indiquer la raison principale: seulement une réponse est admise – veuillez continuer après par la question 26)*?
    - ❑ 1. Nous étions d'avis que des actions ultérieures ne s'imposaient pas
    - ❑ 2. Manque de moyens
    - ❑ 3. Manque de temps
    - ❑ 4. Autres priorités
    - ❑ 5. Il ne nous était pas clair quelles actions concrètes pouvaient encore être prises
    - ❑ 6. Le personnel ou leurs représentants étaient assez négatifs vis-à-vis d'autres actions
    - ❑ 7. Autres. Quelles? .....

23. En dehors du Comité éventuel, un groupe de pilotage (comité d'accompagnement) a-t-il été créé pour assurer le suivi des actions relatives aux RPS?
    - ❑ Non
    - ❑ Oui

24. Veuillez indiquer quels genres d' actions étaient exécutés entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012. Dans le cadre de cette étude, une analyse des risques telle qu'elle, sans qu'elle ait donné suite à une intervention, n'est pas considérée comme une action – tout comme des activités à caractère curatif déployées au profit des travailleurs (*veuillez inscrire un chiffre, indiquant le nombre d'actions exécutées par catégorie d'intervention. Si, dans une catégorie déterminée, aucune action n'a été déployée, veuillez introduire un 0*):

Catégorie principale	**Catégorie secondaire**	**Exemple**	**Nombre d'actions**
1. Interventions axées sur l'individu	1.1 Sensibilisation/motivation	Placement d'affiches et diffusion de brochures, organisation de sessions de sensibilisation relatives aux RPS, distribution de brochures «la manipulation de votre stress» aux membres du personnel	...
	1.2 Techniques de relaxation	Offrir des sessions de massage	...
	1.3 Traitement cognitif-comportemental	Sessions individuelles ou en groupe de maitrise du stress	...
	1.4 La prévention de troubles de stress post-traumatique	Soutien psychologique de victimes d'un évènement choquant	...
	1.5 Procédures de réintegration	Politique structurée en matière de travail adapté	...
	1.6 Formations (connaissances et aptitudes)	Sessions informatives relatives à la gestion de l'agressivité de clients, formation des cadres en matière de l'identification des symptômes de stress, formations des personnes de confiance	...
	1.7 Approches destinées à des groupes spécifiques	Introduction d'une politique en matière de traitements curatifs de burn-out ou d'assuétude	...
2. Interventions axées sur l'organisation	2.1 Actions axées sur les conditions physiques de travail	Dans un bureau paysagé, pourvoir des postes de travail permettant de s'isoler, en vue d'exécuter certaines tâches (p. ex. des missions nécessitant beaucoup de concentration)	...
	2.2 Actions axées sur les conditions organisationelles de travail	Adapter les heures de travail des nettoyeuses travaillant seules	...
	2.3 Actions axées sur les relations de travail	Formations destinées aux membres de la ligne hiérarchique en matière de l'application d'un style de gestion participatif, à condition qu'elles soient organisées dans le cadre des RPS	...
	2.4 Actions axées sur le contenu du travail	Elargissement des tâches dans le cadre de la réduction de la charge psychosociale	...
	2.5 Actions procédurales	Rédaction d'un énoncé politique en matière des RPS, élaboration d'une procédure relative à la déclaration d'un incident 'harcèlement moral', mise au point d'un protocole 'absence pour cause de maladie'	...

24b. Veuillez introduire, sur base du tableau ci-dessus, le nombre total des actions relatives aux RPS déployées au sein de votre organisation entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012

24c. Y-a-t'il d'autres actions déployées entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2012 que vous n'avez pas pu situer dans une des catégories reprises dans le tableau ci-dessus? Si oui, voulez-vous les décrire en détail?

.....

25a. Dans ce qui suit, quelques questions seront posées sur l'action relative aux RPS déployée au courant de la période 2010-2012

25b. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails des deux actions relatives aux RPS déployées au courant de la période 2010-2012. Par action, quelques questions seront posées.

25c. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails des trois actions relatives aux RPS déployées au courant de la période 2010-2012. Par action, quelques questions seront posées.

25d. Dans ce qui suit, nous aborderons les détails de trois importantes actions relatives aux RPS déployées au courant de la période 2010-2012. Veuillez choisir vous-même les trois actions que vous considérez comme les plus importantes. Par action, quelques questions seront posées.

b5.4.1 Risques psychosociaux: ACTION 1

Description succincte du problème et de l'action (*3 lignes maximum*)

.....
.....
.....

Veuillez indiquer la plus importante catégorie de l'action *(une seule case dans la dernière colonne)*

Catégorie principale	Catégorie secondaire	Exemple	Action 1
1. Interventions axées sur l'individu	1.1 Sensibilisation/motivation	Placement d'affiches et diffusion de brochures, organisation de sessions de sensibilisation relatives aux RPS, distribution de brochures «la manipulation de votre stress» aux membres du personnel	❑
	1.2 Techniques de relaxation	Offrir des sessions de massage	❑
	1.3 Traitement cognitif-comportemental	Sessions individuelles ou en groupe de maitrise du stress	❑
	1.4 La prévention de troubles de stress post-traumatique	Soutien psychologique de victimes d'un évènement choquant	❑
	1.5 Procédures de réintegration	Politique structurée en matière de travail adapté	❑
	1.6 Formations (connaissances et aptitudes)	Sessions informatives relatives à la gestion de l'agressivité de clients, formation des cadres en matière de l'identification des symptômes de stress, formations des personnes de confiance	❑
	1.7 Approches destinées à des groupes spécifiques	Introduction d'une politique en matière de traitements curatifs de burn-out ou d'assuétude	❑
2. Interventions axées sur l'organisation	2.1 Actions axées sur les conditions physiques de travail	Dans un bureau paysagé, pourvoir des postes de travail permettant de s'isoler, en vue d'exécuter certaines tâches (p.ex. des missions nécessitant beaucoup de concentration)	❑
	2.2 Actions axées sur les conditions organisationelles de travail	Adapter les heures de travail des nettoyeuses travaillant seules	❑
	2.3 Actions axées sur les relations de travail	Formations destinées aux membres de la ligne hiérarchique en matière de l'application d'un style de gestion participatif, à condition qu'elles soient organisées dans le cadre des RPS	❑
	2.4 Actions axées sur le contenu du travail	Elargissement des tâches dans le cadre de la réduction de la charge psychosociale	❑
	2.5 Actions procédurales	Rédaction d'un énoncé politique en matière des RPS, élaboration d'une procédure relative à la déclaration d'un incident "harcèlement moral", mise au point d'un protocole «absence pour cause de maladie»	❑

Qui a pris l'initiative menant à cette action (*veuillez indiquer une seule possibilité*)**?**

- ❑ 1. L'Employeur ou la direction
- ❑ 2. Le service interne de prévention
- ❑ 3. Le Comité PPT
- ❑ 4. Le médecin du travail
- ❑ 5. Le conseiller en prévention aspects psychosociaux
- ❑ 6. La personne de confiance

- ❑ 7. Un ou plusieurs membres du personnel ou leur représentants
- ❑ 8. Les services d'inspection (Contrôle du bien-être au travail)
- ❑ 9. Autres, notamment …..

A quel nombre de travailleurs l'action se rapportait-elle?

- ❑ 1. Une seule personne ou quelques personnes
- ❑ 2. Un groupe limité (5 à 20% du personnel)
- ❑ 3. Une grande minorité (21 à 40% du personnel)
- ❑ 4. Environ la moitié du personnel (41 à 60%)
- ❑ 5. Une grande majorité (61 à 90% du personnel)
- ❑ 6. (Presque) tout le monde (plus de 90% du personnel)

L'action se rapportait-elle principalement aux

1. (sexe?)
   - ❑ a. femmes
   - ❑ b. hommes
   - ❑ c. tant femmes que hommes
2. (statut?)
   - ❑ a. ouvriers
   - ❑ b. employés
   - ❑ c. tant ouvriers qu'employés
3. (âge?)
   - ❑ a. jeunes
   - ❑ b. personnes âgées
   - ❑ c. tant jeunes que personnes âgées

Quelle importance cette action avait-elle pour les membres du personnel?

- ❑ 1. Très importante
- ❑ 2. Plus ou moins importante
- ❑ 3. Peu importante

Des externes ont-ils été impliqués dans le déroulement de l'action?

- ❑ 1. Non
- ❑ 2. Oui. Lesquels (plusieurs possibilités sont permises)?
  - ❑ 1. Le service externe en prévention: le conseiller en prévention aspects psychosociaux
  - ❑ 2. Le service externe en prévention: le médecin du travail
  - ❑ 3. Autres experts venant de l'extérieur
  - ❑ 4. Un membre de l'inspection (Contrôle du bien-être au travail)
  - ❑ 5. Autres, notamment: .....

Les membres du personnel (d'exécution) étaient-ils impliqués lors de l'analyse et de la recherche des solutions?

- ❑ Non
- ❑ Oui. Comment? .....

Une analyse spécifique des risques précédait-elle l'action?

- ❑ Non
- ❑ Oui

Evaluation générale: veuillez juger l'effectivité de l'action en général (éventuellement, son déroulement jusqu'à présent (*veuillez cocher une seule case***))**

- ❑ 1. Contre-productif, l'action a plutôt compliquée les choses
- ❑ 2. Résultat inexistant ou à peine mesurable
- ❑ 3. Effectivité réduite, résultat médiocre
- ❑ 4. Résultat convenable, assez satisfait
- ❑ 5. Résultat positif, une amélioration claire et nette des choses
- ❑ 6. Excellent résultat, l'objectif a été complètement atteint
- ❑ 7. Je n'en ai aucune idée, je ne sais pas

(Si les possibilités 1, 2 ou 3 étaient indiquées) **Veuillez *indiquer les causes principales de l'échec (partiel) de l'action*** *(maximum 3).*

- ❑ 1. L'action n'était pas soutenue par la direction ou le cadre supérieur
- ❑ 2. L'action n'était pas soutenue par le cadre inférieur ou la première ligne de la hiérarchie
- ❑ 3. L'action n'était pas soutenue par le personnel
- ❑ 4. L'action n'était pas soutenue par les représentants du personnel
- ❑ 5. Il s'agissait d'une action ponctuelle, mal encadrée dans une politique globale
- ❑ 6. Les moyens (temps, argent) étaient insuffisants
- ❑ 7. L'action elle-même était mal définie ou était mal pilotée de près
- ❑ 8. L'action était organisée à un moment mal choisi (p.ex. lors d'une restructuration
- ❑ 9. Autre. Laquelle? .....

(Si les possibilités 4, 5 ou 6 étaient indiquées) **Veuillez indiquer *les causes principales de la réussite (partielle) de l'action*** *(maximum 3).*

- ❑ 1. L'action était tout à fait soutenue par la direction ou le cadre supérieur
- ❑ 2. L'action était tout à fait soutenue par le cadre inférieur ou la première ligne de la hiérarchie
- ❑ 3. L'action était tout à fait soutenue par le personnel
- ❑ 4. L'action était tout à fait soutenue par les représentants du personnel
- ❑ 5. L'action était bien encadrée dans une politique globale
- ❑ 6. Les moyens (temps, argent) étaient suffisants
- ❑ 7. L'action elle-même était bien définie ou était suffisamment pilotée de près
- ❑ 8. L'action était organisée à un moment bien choisi (p.ex. lors d'une période de stabilité dans l'entreprise)
- ❑ 9. Autre. Laquelle? .....

Question concluante

25. Etes-vous prêt à autoriser l'accès à votre entreprise ou organisation pour une petite étude de cas? Si vous êtes d'accord, un ou deux chercheurs désireraient avoir trois brefs entretiens avec les experts impliquées (p. ex. le service interne de prévention), quelques responsables hiérarchiques et quelques membres du personnel concernés et/ou leurs représentants.
    - ❑ 1. Non
    - ❑ 2. Oui. Contactez la personne suivante:

        Nom: ……..…..

        Fonction: ……..……..……

        Adresse e-mail: ……..…….

        Téléphone ou GSM: ……..……..….

bijlage 6 Inleidend schrijven ter uitnodiging van de interne preventieadviseurs voor het invullen van de vragenlijst uit bijlage 4 (Nederlandstalige en Franstalige versie)

bijlage 7 Semi-gestructureerd interviewschema voor de beschrijving van interventies op het vlak van psychosociale risico's en musculoskeletale aandoeningen (Nederlandstalige versie)

Onderneming: ....., gelegen te .....

b7.1 Gegevens over de interviews

Datum	Deskundigen: naam	Deskundigen: functie
../../13		

Datum	Hiërarch. lijn: naam	Hiërarch. lijn: functie
../../13		

Datum	Werknemers: naam	Syndicaal afgevaardigde?
../../13		

b7.2 Kwalitatieve ondernemingsbeschrijving

b7.2.1 Beschrijving van het bedrijf/de instelling

- Sector
- Bedrijfsorganisatie
- Overkoepelende structuren? Dochter- of zusterorganisaties?
- Personeelsbestand: ordegrootte en kenmerken
- Uitbesteding: omvang (veralgemenend)
- Belang van tijdelijke arbeid
- Aard van het werk (veralgemenend)
- Financieel-economische gegevens (kwalitatief)
- Bedrijfscultuur (kwalitatief)

b7.2.2 Structuur m.b.t. aanpak van welzijn op het werk

- Interne preventiedienst: bemanning en positie in de onderneming
- Aanwezigheid van bedrijfsinterne arbeidsgeneesheer
- Aanwezigheid van bedrijfsinterne preventieadviseur-ergonomie of preventieadviseur-psychosociale aspecten
- Aanwezigheid van andere bedrijfsinterne deskundigen
- Aanwezigheid van Comité PBW? Zo neen: aanwezigheid van syndicale delegatie? Evaluatie van het functioneren
- Externe preventiedienst: specifieke samenwerkingsovereenkomsten

b7.2.3 Kenmerken van het welzijnsbeleid

- Subjectieve algemene beoordeling
- Bestaan van een formeel zorgsysteem?
- Belangrijkste accenten van het welzijnsbeleid?
- Plaats van PSR in het preventiebeleid?

b7.3 Beschrijving van de interventie zelf

- Korte samenvatting van de aard van de interventie
- Beschrijving van de aanleiding van de interventie
- Nauwkeurige omschrijving van de gerealiseerde actie
- Geraamde kostprijs van de actie (uitgaven/manuren)
- Indien voor de inhoud van de interventie een beroep werd gedaan op externe expertise:
    1. Waarom precies werd deze expertise ingehuurd?
    2. Voor welke aspecten werd de expertise ingehuurd?
    3. (indien de inhoud van de interventie werd uitgewerkt door de externe deskundige) Week de uiteindelijke interventie, zoals deze doorging, af van hetgeen origineel door de externe deskundige werd voorgesteld – en zo ja: in welke zin en waarom?

b7.3.1 Genese van de actie

- Wie nam initiatief?
- Waarom werd initiatief genomen?

Hoofdreden	Deskundigen	Leidinggevenden	Werknemers
1. Een brede visie op het personeels- en welzijnsbeleid			
2. Verloop en ziekteverzuim			
3. Leeftijdsbewust personeelsbeleid			
4. Specifieke problematiek voor een bepaalde groep			
5. Concrete probleemgevallen			
6. Wens tot conformiteit met het reglementair kader			
7. Interventie als gevolg van een ondernemingsbrede risicoanalyse op het vlak van de psychosociale aspecten of de ergonomie			
8. Ander:			

- Ontstaansgeschiedenis: chronologie van de verschillende stappen, besprekingen op diverse overlegorganen en vergaderingen
- Werd de interventie formeel afgesloten en zo ja: hoe?
- Hoe lang heeft de interventie geduurd (vanaf de probleemdetectie tot op het huidige ogenblik of tot het afsluiten van de interventie)?
- In de nabije toekomst geplande vervolgacties

b7.3.2 Was de interventie specifiek genoeg?

- Gebeurde er een voorafgaande risicoanalyse, specifiek toegepast op de geplande interventie?
- Werden de resultaten van de risicoanalyse voldoende nauwkeurig vertaald naar de inhoud van de interventie?
- Was de gehele interventie vastgelegd in een vooraf uitgewerkt en gedetailleerd actieplan? Zo ja: werden alle voorziene acties ook effectief uitgevoerd (zo neen, waarom niet?)?

b7.3.3 Bereikte de interventie de doelgroep?

- Welke van de acties zorgden het meeste voor verandering? Bij wie was het effect van de acties voelbaar? In welke mate waren de eerstelijnsleidinggevenden betrokken bij de interventie? Concretiseer

  .....

b7.3.4 Het aansturen van de veranderingen

- Wie of welke werkeenheid stuurde de interventie in de praktijk aan?
- Welke rol speelde de arbeidsgeneesheer?
- Welke rol speelde de interne preventiedienst?
- Welke rol speelde de personeelsdienst?
- Welke rol speelden andere bedrijfsinterne deskundigen?
- Waren werknemers reëel betrokken in de risicoanalyse – zo ja, hoeveel ervan?
- Waren werknemers reëel betrokken in het voorstellen en uitwerken van de acties – zo ja, hoeveel ervan?
- Wat was de rol van de werknemersafgevaardigden?
- Wat was de rol van de hogere leidinggevenden? Werden er voldoende middelen vrijgemaakt? Gaven zij blijk van ondersteuning – en zo ja: hoe?
- Wat was de rol van het lager kader? Gaven zij blijk van ondersteuning – en zo ja: hoe? Hoe hebben zij hun intermediaire rol tussen het hoger management en het personeel ingevuld? Hebben zij actieve deelname vanwege de werknemers aangemoedigd?
- Welke rol speelden consultants/externe experten? Hebben zij een ondersteunende, vertrouwenwekkende atmosfeer geïnduceerd? Hebben zij benaderingen gebruikt om het proces vlotter te laten verlopen (en zo ja: hoe is dat dan verlopen?)? Hebben de consultants het 'eigenaarschap' van de ondernemingsbevolking in de hand gewerkt?

b7.4 De context

- Vonden er in de loop van de interventie belangrijke veranderingen plaats in de onderneming?
- Vonden er in de loop van de interventie belangrijke veranderingen plaats in de ruimere omgeving?
- Was er sprake van positieve of negatieve neveneffecten? Welke en hoe ging de organisatie daarmee om?

- Was er een 'plan B' voor het geval de interventie zou falen?

b7.4.1 Wat waren de hinderende factoren?

Redenen	
1. Geen steun directie/hoger kader	
2. Geen steun lager kader/supervisie	
3. Geen steun werknemers	
4. Geen steun werknemersafgevaardigden	
5. Niet ingekaderd in globale benadering	
6. Ontoereikende middelen/tijd	
7. Slecht aangestuurd/gedefinieerd	
8. Ongunstig ogenblik	
9. Andere 1:	
10. Andere 2:	

Explicitering van reden …:
Explicitering van reden …:
Explicitering van reden …:

b7.4.2 Wat waren de faciliterende factoren?

Redenen	
1.Steun directie/hoger kader	
2. Steun lager kader/supervisie	
3. Steun werknemers	
4. Steun werknemersafgevaardigden	
5. Gekaderd in globale benadering	
6. Toereikende middelen/tijd	
7. Goed aangestuurd/gedefinieerd	
8. Gunstig ogenblik	
9. Andere 1:	
10. Andere 2:	

Explicitering van reden …:
Explicitering van reden …:
Explicitering van reden …:

b7.5 Mentale modellen

- Paste de interventie in de cultuur en de arbeidsomstandigheden van de doelgroep?
- Werden sommige acties, hoewel ze gepland waren, halverwege afgebroken wegens een interne weerstand?

- In welke mate stonden de betrokken werknemers open voor verandering?
- In welke mate stonden de betrokken eerstelijnsleidinggevenden open voor verandering?
- Is er enige weerstand gebleven ten aanzien van de interventies? Zo ja, bij welke betrokkenen? Was dat te wijten aan uiteenlopende mentale modellen? Verminderde deze divergentie in de loop van of na de interventie?

b7.6 Synthese

b7.6.1 Résumé 1: mate van betrokkenheid van de verschillende actoren

Mate van betrokkenheid van de verschillende actoren	(/5 of NVT)
1. Werkgever of directie	
2. Eerstelijnshiërarchie	
3. Werknemers zelf	
4. Interne preventiedienst	
5. Comité PBW en/of werknemersafgevaardigden	
6 Arbeidsgeneesheer	
7. Preventieadviseur-ergonomie of psychosociale aspecten	
8. Arbeidsinspectie (TWW)	

b7.6.2 Résumé 2: globale beoordeling van de effectiviteit van de interventie

Beoordeling van de effectiviteit	Deskundigen	Leidinggevenden	Werknemers
1. Contraproductief			
2. Geen of nauwelijks effect			
3. Beperkt effect			
4. Aanvaardbaar resultaat			
5. Goed resultaat			
6. Uitstekend resultaat			
7. Weet niet, geen idee			

Werd er één of andere effectiviteitsmeting uitgevoerd? Zo ja: op welke wijze?

In welke mate wordt de interventie economisch efficiënt geacht?

b7.7 Verdere opmerkingen? Commentaren?

bijlage 8 Semi-gestructureerd interviewschema voor de beschrijving van interventies op het vlak van psychosociale risico's en musculoskeletale aandoeningen (Franstalige versie)

Entreprise: ....., située à .....

b8.1 Données relatives aux interviews

Date	Experts: nom	Experts: fonction
../../13		

Date	Management: nom	Management: fonction
../../13		

Date	Travailleurs: nom	Délégué syndical?
../../13		

b8.2 Description qualitative de l'entreprise

b8.2.1 Description de l'entreprise/institution

- Secteur
- Organisation de l'entreprise
  Structures de coordination? Organisations satellites ou soeurs?
- Nombre de travailleurs, caractéristiques du personnel, hiérarchisation (en général)
- Sous-traitance: ampleur (en général)
- Le travail avec du personnel temporaire: ampleur
- Nature du travail (en général)
- Données financières/économiques (qualitatives)
- Culture d'entreprise (qualitative)

b8.2.2 Structure relative au bien-être au travail

- Service interne de prévention: constitution et position dans l'entreprise
  - Présence d'un médecin interne de travail
  - Présence d'un conseiller en prévention interne spécialisé en ergonomie ou dans les aspects psychosociaux
  - Présence d'autres experts à l'interne de l'entreprise
- Présence d'un Comité PPT? Si non: présence d'une délégation syndicale?
  Evaluation du fonctionnement
- Service externe de prévention: accords de coopération spéciques

b8.2.3 Caractéristiques de la politique en matière de prévention

- Appréciation générale subjective
- Présence d'un système formel de gestion?
- Les importants accents en matière du bien-être au travail?
- Position des aspects psychosociaux et de l'ergonomie dans la politique de prévention?

b8.3 Description de l'intervention elle-même

- Description concise de la nature de l'intervention
- Description de la cause directe de l'intervention
- Description en détail des actions réalisées dans le cadre de l'intervention
- Coût estimé de l'action (dépenses/heures-homme)
- Pour le déroulement de l'intervention, est-ce qu'un appel a été fait sur l'expertise externe? Si oui:
  - Pourquoi a-t'on fait appel à cette expertise?
  - Quels aspects de l'intervention étaient couverts par l'expertise?
  - (si le contenu de l'intervention a été élaboré par l'expert externe)
    L'intervention, comme elle s'est déroulée en pratique, déviait-elle de ce qui était proposé au début par l'expert externe – et si oui, dans quel sens et pourquoi?

b8.3.1 Génèse de l'action

- Qui a pris l'initiative?
- Pourquoi a-t-on pris cette initiative?

Raison principale	
1. Une vision globale sur la gestion et le bien-être du personnel 2. Le taux de roulement du personnel/l'absentéisme pour cause de maladie 3. Politique gestion des âges du personnel 4. Problématique spécifique relative à un groupe précis du personnel 5. Cas et/ou problème concrets 6. Désir de respecter le cadre réglementaire 7. Intervention à la suite d'une analyse de risques relative aux aspects psychosociaux ou à l'ergonomie au niveau de l'entreprise 8. Autres:	

- Génèse: chronologie des divers stades, discussions au sein des diverses réunions et organes de concertation

- L'intervention a-t'elle été clôturée formellement et si oui: comment?
- Combien de temps l'intervention a-t'elle duré (à partir du moment de détection de la problématique jusqu'à maintenant ou jusqu'à la clôture de l'intervention)?
- Actions de suivi prévues dans un futur proche

b8.3.2 L'intervention était-elle suffisamment spécifique?

- L'intervention etait-elle précédée par une analyse des risques préalable, ayant un lien direct avec cette intervention?
- Les résultats de l'analyse des risques étaient-ils incorporés avec exactitude dans le contenu de l'intervention?
- L'intervention a-t-elle été complètement élaborée en détails dans un plan d'action préalablement à son exécution? Si oui: toutes les actions prévues étaient-elles exécutées en pratique (si non, pourquoi pas?)?

b8.3.3 L'intervention a-t'-elle atteint le groupe cible?

- Lesquelles des actions ont entraîné un changement? Chez qui l'effet des actions était-il perceptible?
- Dans quelle mesure les responsables de la première ligne hiérarchique étaient-ils impliqués dans l'intervention ? Veuillez concrétiser.

b8.3.4 La gestion des changements

- En pratique, qui ou quelle unité de travail a géré l'intervention?
  - Quel rôle le médecin de travail a-t-il joué?
  - Quel rôle le service interne de prévention a-ti-il joué?
  - Quel rôle le service de personnel a-t-il joué?
  - Quel rôle les autres experts internes ont-ils joué?
- Les travailleurs étaient-ils réellement impliqués dans l'analyse de risques – si oui, combien d'entre eux?
- Les travailleurs étaient-ils réellement impliqués dans le processus de décision (proposition et élaboration des actions) – si oui, combien d'entre eux?
- Quel était le rôle des délégués du personnel?
- Quel était le rôle des responsables hiérarchiques (cadre supérieur)? Ont-ils mis à disposition suffisamment de moyens ? Ont-ils fait preuve de soutien – si oui: comment?
- Quel était le rôle des cadres inférieurs (première ligne de gestion)? Ont-ils fait preuve de soutien – si oui: comment? Comment ont-ils assumé leur rôle d'intermédiaire entre le cadre supérieur et le personnel? Ont-ils promu une participation active des travailleurs?
- Quel rôle les consultants/experts externes ont-ils joué? Ont-ils induit une ambiance de support et de confiance? Ont-ils mis en œuvre des approches facilitant le bon déroulement du processus – si oui: comment ceci s'est déroulé ? Les consultants ont-ils promu une implication de l'ensemble de la communauté afin que chacun se sente 'propriétaire' de l'intervention?

b8.4 Le contexte

- Pendant l'intervention, des changements importants ont-ils eu lieu à l'intérieur de l'entreprise?
- Pendant l'intervention, des changements importants ont-ils eu lieu à l'extérieur de l'entreprise?
- A-t'on perçu des effets secondaires (négatifs/positifs)? A-t'on tenu compte de ces effets?
- Existait-il un 'plan B' dans l'éventualité où l'intervention échouerait?

b8.4.1 Quels étaient les facteurs qui ont freiné un succès plus significatif de l'intervention?

Raisons	
1. Absence de soutien direction/cadres supérieur	
2. Absence de soutien cadres inférieurs/supervision	
3. Absence de soutien travailleurs	
4. Absence de soutien délégués du personnel	
5. Ne pas cadré dans une approche globale	
6. Moyens/temps insuffisants	
7. Intervention mal gérée/définie	
8. Moment non favorable	
9. Autres 1:	
10. Autres 2:	

Détails raison 1:
Détails raison 2:
Détails raison 3:

b8.4.2 Quels étaient les facteurs facilitants le succès (éventuellement partiel) de l'intervention?

Raisons	
1. Soutien direction/cadres supérieurs	
2. Soutien cadres inférieur/supervision	
3. Soutien travailleurs	
4. Soutien délégués du personnel	
5. Bien cadré dans une approche globale	
6. Moyens/temps suffisants	
7. Intervention bien gérée/définie	
8. Moment favorable	
9. Autres 1:	
10. Autres 2:	

Détails raison 1:
Détails raison 2:
Détails raison 3:

b8.5 Modèles mentaux

- L'intervention cadrait-elle dans la culture et dans les conditions de travail du groupe cible?
- Certains actions, quoique prévues, ont-elles été interrompues à mi-chemin pour cause de résistance interne? Veuillez donner des détails.
- Dans quelle mesure les participants étaient-ils ouverts aux changements?

- Dans quelle mesure les responsables de la première ligne hiérarchique étaient-ils ouverts aux changements?
- A-t'il subsisté une certaine résistance vis-à-vis des interventions? Si oui, auprès de quel groupe impliqué? Est-ce que ceci était dû aux modèles mentaux divergents? Cette divergence est-elle devenue moins importante durant ou après l'intervention?

b8.6 Synthèse

b8.6.1 Résumé 1: degré d'implication des divers acteurs:

Degré d'implication des divers acteurs	(.../5 ou NA)
1. Employeur ou direction	
2. Première ligne hiérarchique	
3. Les travailleurs concernés	
4. Service interne de prévention	
5. Comité Prévention & Protection et/ou délégués du personnel	
6. Médecin du travail	
7. Conseiller en prévention en ergonomie ou pour les aspects psychosociaux	
8. L'inspection du travail (contrôle du bien-être au travail)	

b8.6.2 Résumé 2: appréciation globale de l'effectivité de l'intervention

Appréciation de l'effectivité	Experts	Ligne hiérarch.	Travailleurs
1. Contre-productif			
2. Aucun ou presqu'aucun effet			
3. Effet réduit			
4. Résultat acceptable			
5. Bon résultat			
6. Excellent résultat			
7. Ne sait pas, aucun idée			

Une analyse de l'effectivité e-t-elle été réalisée (de l'une ou l'autre manière)? Si oui: comment?

Dans quelle mesure l'intervention est-elle considérée rentable?

b8.7 Autres remarques? Commentaires?

8 | Bibliografie

ACV (2001), *Musculoskeletale aandoeningen: hoe zit het in uw job*, brochure uitgegeven ter gelegenheid van de Europese Week Veiligheid en Gezondheid op het werk, ACV, Brussel.

American Institute of Chemical Engineers (2007), *Guidelines for risk based process safety*, J. Wiley & Sons, ISBN 978-470-16569-0.

Amick B.C. et al. (2003), 'Effect of office ergonomics intervention on reducing musculoskeletal symptoms', *Spine*, vol. 28, n° 24, p. 2706-2711.

BES (2013),*Visietekst Belgian Ergonomics Society,* http://www.besweb.be/sites/default/files/Verslagen/Visietekst_BES_19april2013.pdf

Bevan S. et al. (2009), Fit *For Work? Musculoskeletal disorders and the Belgian labour market*, The Work Foundation, Prevent, London.

Bhui K.S. et al. (2012), 'A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression and absenteeism', *Journal of Environmental and Public Health*, vol. 102, article ID 515874, 21 p.

Bigos S. et al. (2009), 'High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults', *The Spine Journal*, vol. 9, n° 2, p. 1516-1520.

Boocock M.G. et al. (2007), 'Interventions for the prevention and management of neck/upper extremity musculoskeletal conditions: a systematic review', *Occ. Environ. Med.*, vol. 64, n° 5, p. 291-303.

Booiman A. et al. (2008), *Het gebruik van biofeedback door oefentherapeuten*, http://www.mensendieckmoves.nl/artikelen/pdf/biofeedback.pdf.

Bourdheaud'hui R. & Vanderhaege S. (2010), *Vlaamse Werkbaarheidsmonitor: Methodologische nota*, Stichting Innovatie en Arbeid, Brussel.

Bovenzi M. & Hulsof C. (2007), *VIBRISKS: Risks of occupational vibration exposures', Annex 21 to Final Technical Report*, FP5 Project Nr. QLK4-2002-02650, Europese Commissie.

Brewer S. et al. (2006), 'Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review', *J. Occup. Rehabil.*, n° 16, p. 9031-9036.

Buchbinder R. et al. (2001), 'Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation', *BMJ*, vol. 322, n° 7301, p. 1516-1520.

Bulterys S. & Van Peteghem J. (2002), 'De preventie van menselijke schade in de arbeidssfeer: zonder interdisciplinariteit geen verdere vooruitgang', in Liber Amicorum Prof. dr. D. Lahaye, eindredactie R. Donceel/R. Masschelein, '*Arbeid in gezondheid en ziekte'*, Acco, KU Leuven, p. 429-438.

Bunce D. & West M.A. (1996), 'Stress management and innovation interventions at work', *Human Relations*, vol. 49, n° 2, p. 209-224.

Burke T.R. (1988), 'The economic impact of alcohol abuse and alcoholism', *Public Health Reports*, vol. 103, n° 6.

Burton A. et al. (2006), 'European guidelines for the prevention in low back pain', *European Spine Journal*, n° 15 (suppl. 2), p. 136-168.

Carusa CI. & Waters Th. (2008), 'A review of work schedule issues and musculoskeletal disorders with an emphasis on the healthcare sector', *Industrial Health*, n° 46, p. 523-534.

Cole D. et al. (2005), '*Effectiveness of participatory ergonomic interventions: a systematic review*', Institute for Work & Health.

Cooper C.L. et al. (2003), 'Employee assistance programs', in L.E. Terrick & J.C. Quick, *Handbook of occupational health psychology*, p. 289-304, American Psychological Association, Washington D.C.

De Jong Ph. et al. (2011), *Toepassing van de wet Verbetering Poortwachter: onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*, http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/10/03/toepassing-van-de-wet-verbetering-poortwachter.html

Delagrange H. (2013), *Informatiedossier: werkstresspreventie in de praktijk*, http://www.serv.be/stichting/publicatie/informatiedossier-werkstresspreventie-de-praktijk (februari 2013).

Demerouti E. et al. (2001), 'The job demands-resources model of burn-out', *Journal of Applied Psychology*, n° 86, p. 499-512.

Denis D. et al. (2005), *Les pratiques d'intervention portant sur la prevention des troubles musculo-squélettiques: un bilan critique de la littérature*, Rapport B-066, IRSST, Québec.

De Preter G. et al. (2010), 'Opleidingen manueel hanteren van lasten: stand van zaken in Vlaanderen', *Tijdschrift voor Ergonomie*, jrg. 35, nr. 6, p. 30-33.
DG Employment, Social Affairs end Inclusion (2013), *Evaluation of the European strategy on safety and health at work, 2007-2012*, http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1912, (maart 2013).
Dollard M.F. & McTernan W. (2011), 'Psychosocial safety climate: a multilevel theory of work stress in the health and community service sector', Epidemiology and Psychiatric Sciences, Editorial, Cambridge University Press, doi: 10.1017/S2045796011000588.
Driessen M. et al. (2010), 'What are possible barriers and facilitators to implementation of a participatory ergonomics programme?', *Implementation Science*, n° 5, p. 64-73.
Ecole de Santé Publique (ULB) en Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde (Universiteit Gent) (2006), *Belstress III Onderzoeksrapport, onderzoek in opdracht van FOD WASO en het Europees Sociaal fonds*, http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=7346.
Eertmans A. & Mertens S. (2011), *Evaluation de la legislation relative à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, Onderzoeksverslag*, FOD WASO.
Egan M. et al. (2007), 'The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control', *Journal of Epidemical Community Health*, n° 61, p. 945-954.
European Foundation for the improvement of Living and Working Conditions, (2007) *Managing musculoskeletal disorders*, Report EF/07/86, Dublin, 120 p.
Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk, *Mentale belasting en cognitieve ergonomie*, http://www.beswic.be/nl/topics/ergonomie/ergonomie-op-de-werkplek-algemeen/mentale-belasting-en-cognitieve-ergonomie
European Agency for Safety and Health at Work (2012), *Drivers and barriers for psychosocial risk management; an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks*, Bilbao.
European Agency for Safety and Health at Work (2012), *An analysis of the findings of the European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER)*, European Risk Observatory, Rapport, ISBN 978-92-9191-734-1.
European Agency for safety and health at work (2002), *The use of occupational safety and health management systems in the member states of the European Union*, ISBN 92-95007-59-X.
Fullan M. et al. (2007), 'Organisation development in schools: the state of the art', Washington DC, National Institute of Education, geciteerd in T. Cox et al.: 'Evaluating organisational-level work stress interventions: beyond traditional methods', *Work & Stress*, vol. 21, n° 4, p. 348-362.
Godderis L. et al. (2012), *Visienota voor de toekomst van de arbeidsgeneeskunde in België: een gemeenschappelijk standpunt van de vertegenwoordigers van de BbvAG-APBMT, VWVA, SSST, VVIB-AMTI*, http://www.bbvag.be/file?fle=1148&ssn=
Goldenhar L.M. et al. (2001), 'The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the national occupational research agenda intervention effectiveness research team', *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 43, n° 7, p. 616-622.
Graveling R.A. et al. (2008), *A review of workplace interventions that promote mental wellbeing in the workplace*, draft report, Institute of Occupational Medicine, Edinburgh.
Hagberg M. et al. (2012), 'Prevention of musculoskeletal disorders in workers: classification and health surveillance – statements of the Scientific Committee on musculoskeletal disorders of the International Commission on Occupational Health', *BMC Musculoskeletal Disorders*, n° 13, p. 109.
Hamberg-van Reenen H.H et al. (2012), 'Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations', *Occupational & Environmental Medicine*, vol. 69, n° 11, p. 1-9.
Hämmig O. et al. (2011), 'Work-life Conflict and Musculoskeletal Disorders: A Cross-sectional Study of an Unexplored Association', *BMC Musculoskeletal Disorde*r, n° 12.
Hansez I. et al. (2009), 'Evaluation des pratiques de diagnostic de stress au sein d'entreprises Belges: facteurs bloquants et stimulants', *Le Travail Humain*, vol. 72, n° 2, p. 127-153.
Hechoz Y. & Kai-Lik So S.A. (2008),'Exercise and non-specific low back pain: a literature review', *Joint Bone Spine*, vol. 75, n° 5, p. 533-539.
Heselmans M. & Van Peteghem J. (2007), *Meer welzijn op het werk: een eigen visie*, Garant, 192 p.
Heymans M. et al. (2005), 'Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group', *Spine*, vol. 30, n° 19, p. 2153-2163.
Hoe V. et al. (2012), 'Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 8, art. N° CD008570.
HUA, FOD WASO (2012), Lastenboek DIV/HUA/FD-GMT/MSA15/1: 'Onderzoek naar interventietypologieën inzake de preventie van musculoskeletale aandoeningen en psychosociale risico's'.
HUA, FOD WASO (2006), *Ongewenst grensoverschrijdend gedrag op het werk*, brochure.
IJzermans T. & Dirkx C. (2001), *Beren op de weg, spinsels in je hoofd. Omgaan met emoties op het werk: de Rationele Effectiviteits Training*, Thema, Zaltbommel.
Izawa M.R. et al. (2011), 'Shining new light on the Hawthorne illumination experiences', *Human Factors, The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, n° 53, p. 528.

Jenny G. et al. (2011), *SWiNG Project – Final Report of the evaluation*, Public and Organisational Health Department, University of Zürich.
Jones R.D. (2009), 'The relationship between working conditions and musculoskeletal/ergonomic disorders in a manufacturing facility – a longitudinal research study', in B.-T. Karsh (ed.), *Ergonomics and Health Aspects*, Springer – Verlag, Berlin.
Jordan J. et al. (2003), Beacons of excellence in stress prevention, Research Report 133, HSE, UK.
Karasek R.A. (1979), 'Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design', *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, p. 285-308.
Kennedy C. et al. (2010), 'Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time', *J. Occup. Rehabil.*, n° 20, p. 127-162.
Koningsveld E.A.P. et al. (2005), 'Enhancing the impact of ergonomics interventions', *Ergonomics*, vol. 48, n° 5, p. 559-580.
Kuijper C.H. et al. (2011), *Arbeid en gezondheid. Preventie, behandeling en re-integratie: een handboek voor paramedici*, Stafleu, van Loghum, Bohn.
Lamontagne A.D. et al. (2007), 'A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005', *Int. Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 13, n° 3, p. 268-280.
Lang J. et al. (2012), 'Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies', *Social Science and Medicine*, n° 75, p. 1163-1174.
Leka S. & Jain A. (2010), *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*, World Health Organisation, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 1500227 2.
Linton S. & van Tulder M. (2001), 'Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence?', *Spine*, vol. 26, n° 7, p. 778-787.
Lipsey M.W. (1996), 'Key issues in intervention research: a program evaluation perspective', *American Journal of Industrial Medicine*, n° 29, p. 298-302.
Malchaire J. et al. (2007), *Manueel behandelen van lasten - Hulpfiches*, FOD WASO, uitgave in het kader van de SOBANE-benadering, http://www.werk.belgie.be/publicationDefault.aspx?id=12592
Malchaire J. et al. (2002), 'Errgorom: CD-Rom voor RSI preventie', CD-Rom, NOVA, FOD WASO.
Martimo K. et al. (2008), 'Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handeling: systematic review', *BMJ*, vol. 336, n° 7641, p. 429-431.
Mc Kay M. et al. (1979), *Thoughts and feelings: taking control of your Moods and your Life*, New Harbinger Publications, Oakland (VS).
Messing K. (2000), 'Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and man', *Journal of American Medical Women's Association*, vol. 55, n° 2, p. 72-75.
Murphy L.R. (2003), 'Stress management at work: secondary prevention of stress', in M.J. Schabracq et al.: *Handbook of work and health psychology*, 2nd. ed., Wiley, Chichester, p. 533-548.
Nagamachi N. (1995), 'Requisites and practices of participatory ergonomics', *International Journal of Industrial Ergonomics*, n° 15, p. 371-377.
Nastasia I. et al. (2012), *Stratégies de prevention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques d'origine professionelle*, rapport R-748, IRSST, Québec.
Nielsen K. & Randall R. (2012), 'Opening the black box: presenting a model for evaluating organisational-level interventions', *European Journal of Work and Organisational Psychology*, DOI: 10.1080/1359432X.2012.690556.
OESO (2013), *Employment policies and data. Mental health at work: Belgium; verslag in het kader van het OECD Mental Health and Work Project*,
http://www.oecd.org/els/employmentpoliciesanddata/mentalhealthandworkbelgium.htm (januari 2013).
Otter G. (2012), 'Stresscrisis, inzichten en oplossingen', *Veiligheidsnieuws*, nr. 176, p. 32-38.
Parent-Thirion A. et al. (2012), *Fifth European working conditions survey*, Eurofound, ISBN 978-92-897-1062-6.
Parkes K.R. & Sparkes T.J. (1998), *Organisational interventions to reduce work stress: are they effective?*, Contract research report 193/1998, Health and Safety Executive, UK.
Recherche-Action en pays de Charleroi (2010), *Les troubles musculo-squelettiques*, Brochure opgesteld in het kader van la Journée Mondiale pour la Santé et la Sécurité au Travail.
Robertson M. et al. (2010), 'The effects of an office ergonomics training and chair intervention on worker knowledge, behaviour and musculoskeletal risk', *Applied Ergonomics*, n° 40, p. 124-135.
Roman P.M. (2004), *Employee assistance programs as workplace platforms for alcohol and drug problem intervention*, US Department of Labour Substance Abuse Information Database.
Ruotsalainen J. et al. (2008), 'Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers', *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, vol. 34, n° 4, p. 169-178.
St-Vincent M. et al. (2010), 'Suivi de huit interventions de prévention des TMS initiées par des inspecteurs de la CSST',Rapport R-610, IRSST, Québec, http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-suivi-de-huit-interventions-de-prevention-des-tms-initiees-par-des-inspecteurs-de-la-csst-etude-exploratoire-r-610.html

Semmer N.K. (2008), *Mental capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century*, Government Office for Science.
Semmer N.K. (2006), 'Job stress interventions and the organisation of work', *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, n° 32, p. 515-527.
Siegrist J. (1996), 'Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions', *Journal of Occupational Health Psychology,* n° 1, p. 27-41.
Simoneau S. et al. (2013), *Les TMS des membres supérieurs. Mieux les comprendre pour mieux les prévenir*, Guide, 2e ed., ASPHME, Québec.
Thompson S. & Tonelli M. (2012), 'General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 17, ED00047.
Trémouroux C. (2012), 'Etude du suivi d'analyses participatives des risques psychosocociaux menées par un SEPP', masterthesis, niet gepubliceerd, ULB, Faculté des Sciences psychologiques et de l'éducation, academiejaar 2011-2012.
Tveito T. et al. (2004), 'Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review', *Occupational Medicine*, vol. 54, n° 1, p. 3-13.
Tweehuysen H. (2013), *Dossier werkdruk*, http://ww.arbokennisnet.nl/dynamic/dossiers/PSA/D_werkdruk.pdf (22 december).
Uegaki K. et al. (2010), 'Economic evaluations of occupational health interventions from a corporate perspective – a systematic review of methodological quality', *Scand. J. Environ. Health*, vol. 36, n° 4, p. 273-288.
Van Bastelaere D. (2012), *Bijzonder sterke stijging langdurend ziekteverzuim sinds 2008*, SD Workx, 2012, http://www.sdworxblog.be/hr-issues/loopbaan-hr-issues/bijzonder-sterke-stijging-langdurend-ziekteverzuim-47-sinds-2008/ (ongedateerd).
Van den Brande T. et al. (2012), *Kwaliteit van werkgelegenheid in België*, HIVA – KU Leuven, http://www.werk.belgie.be/moduleDefault.aspx?id=36688 (20 februari 2012).
Vandergrift J.L. et al. (2012), 'Physical and psychosocial ergonomic risk factors for low back pain in automobile manufacturing workers', *Occupational and Environmental Medicine*, doi 10.1136/oem.2010.06.1770.
van der Molen H.F. et al. (2005), 'Effectiveness of measures and implementation strategies in reducing physical work demands due to manual handling at work', *Scand. J. Work Environ. Health*, vol. 31, n° 2, p. 75-87.
Van der Steen M. (2010), *Welzijn op het werk als zorgsysteem*, Kluwer, ISBN 9789046528969.
Van Peteghem J., Pauwels F. & Ramioul M. (2011), *Standardisation and cost control in office cleaning: CENTIPEDE - a cleaning case study from Belgium. Internal report for WP6 of the WALQING project*, SSH-2009-244597, HIVA – KU Leuven, Leuven.
Van Peteghem J. & Bulterys S. (2001), 'De rol van de verpleegkundige in een Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk', *Preview*, okt./nov./dec. 2001, p. 10-12.
Van Peteghem J. (2012), 'Het veiligheids- en gezondheidsbeleid op de arbeidsplaats: de toekomstvisies van de verschillende beroepsgroepen lopen uiteen! Deel 1', *Veiligheidsnieuws,* nr. 177, oktober/november/december 2012, p. 12-18.
Van Peteghem J. (2013), 'Het veiligheids- en gezondheidsbeleid op de arbeidsplaats: de toekomstvisies van de verschillende beroepsgroepen lopen uiteen! Deel 2', *Veiligheidsnieuws,* nr. 178, januari/februari/maart 2013, p. 12-18.
Van Peteghem J. (2000), *De Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, Handboek Preventieadviseur*, Kluwer.
Van Peteghem J. (2012), 'Visie op de toekomst van het welzijnsbeleid – deel V', *Nieuwsbrief Arbeidsveiligheid*,jrg. 31, nr. 19, week 41, p. 3-5.
Van Peteghem J. (2012), 'Visie op de toekomst van het welzijnsbeleid – deel VI', *Nieuwsbrief Arbeidsveiligheid*, jrg. 31, nr. 20, p. 3-5.
Van Peteghem J. (2012), 'Visie op de toekomst van het welzijnsbeleid'; Extra nummer toegevoegd aan *Nieuwsbrief Arbeidsveiligheid*, jrg. 31, nr. 23, week 51.
Van Peteghem J. (2008), 'Waarheen evolueert de arbeidsgeneeskunde in België?', *Preview*, jrg. 21, nr. 4, november/december, p. 18-26.
Van Peteghem J. & Verbeek Ch. (2006), *Veiligheid en Gezondheid in het ziekenhuis, Handboek Ziekenhuiswetgeving*, hoofdstuk 10, p. 1.10/1-1.10/174, Kluwer.
Van Stolk Ch. et al. (2012), *Management of occupational safety and health*, rapport opgesteld voor het European Risk Observatory, Publications Office of the European Union, Luxemburg.
van Tulder M. et al. (1997), 'Conservative treatment of acute and chronic non-specific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions', *Spine*, vol. 22, n° 18, p. 2128-2156.
Vuori I.M. (2001), 'Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis and osteoporosis', *Medicine & Science in sports & exercise*, vol. 33, n° 6, p. 551-586.
Westgaard R.H. & Winkel J. (2011), 'Occupational musculoskeletal and mental health: significance of renationalisation and opportunities to create sustainable production systems – a systematic review', *Applied Ergonomics*, vol. 42, n° 2, p. 261-296.

Westgaard R. (2010), 'RCTs of ergonomic interventions', *Occup. Environ. Med*, n° 67, p. 217-218.
Woods V. & Bulcke P. (2002), *Work, inequality and musculoskeletal health,* Contract research report 421/2002, HSE, Books, UK, ISBN 0 7176 2312 2, 87 p.
Woods V. (2005), 'Work-related musculoskeletal health and social support', *Occupational Medicine*, n° 55, p. 177–189.