

INTERVENTIETIPOLOGIEËN INZAKE DE PREVENTIE VAN MUSCULOSKELETALE AANDOENINGEN EN PSYCHOSOCIALE RISICO'S

Samenvatting van het onderzoek

Jan Van Peteghem, Veerle Hermans* en Miet Lamberts

Projectleiding: Miet Lamberts

* Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel



FEDERALE OVERHEIDSDIENST
**WERKGELEGENHEID, ARBEID
EN SOCIAAL OVERLEG**



Het Europees Sociaal Fonds
investeert in uw toekomst

COMMENTAAR IS WELKOM: jan.vanpeteghem@kuleuven.be

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 veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Inhoud

1 Probleemstelling	5
2 Beschrijving van de onderzoeksdaten	7
3 Interventiecategorieën m.b.t. MSA en PSR	9
4 Samenvatting van de belangrijkste resultaten	13
4.1 De aanpak van MSA en PSR in de Belgische ondernemingen	13
4.2 De effectiviteit van de interventies	13
4.3 Remmende en bevorderende factoren	14
4.4 De inbreng van de verschillende actoren	14
4.5 Naar een blauwdruk van een geslaagde interventie	15
4.5.1 Stap 1: het startpunt van het initiatief: de probleemdetectie	15
4.5.2 Stap 2: het verkrijgen van ruggensteun	15
4.5.3 Stap 3: de uitvoering van de interventie	16
4.5.4 Stap 4: de afsluiting en opvolging van de interventie	16
4.6 Beleidsvoorstellen	17
4.6.1 Het vergroten van de aandacht van ondernemingen voor MSA en PSR	17
4.6.2 Het doorbreken van de huidige focus van interne preventieadviseurs die hoofdzakelijk gericht is op de arbeidsveiligheid	18
4.6.3 Het bevorderen van een grotere multidisciplinariteit bij de externe preventiediensten	18

1 | Probleemstelling

Musculoskeletale aandoeningen (MSA) en psychosociale risico's (PSR) zijn belangrijke aandachtspunten voor iedereen die begaan is met het welzijn op het werk. In België zou stress instaan voor bijna 20% van het ziekteverzuim, maar de afwezigheid op het werk wegens spier-pees-botletsels zou minstens 2 keer hoger zijn. Wetende dat de totale kosten van het ziekteverzuim in ons land voor het jaar 2008 werden geraamd op 10,35 miljoen euro, waarbij de indirecte kosten nog een factor 2,5 hoger zouden liggen, gaat het hier over een problematiek van het allerhoogste belang.

Er zijn geen indicaties dat de situatie in de andere lidstaten van de EU significant verschillend is. In tegenstelling tot de nagenoeg overal dalende arbeidsongevallenfrequenties, vertoonden in de meerderheid van de lidstaten de beroepsgebonden MSA en de werkgebonden stress een stijgende trend. Ook outcome-gegevens (verzuimcijfers, oorzaken van erkenning van beroepsziekten, redenen waarom werknemers vroegtijdig de arbeidsmarkt verlaten) wijzen overal in Europa in dezelfde richting, en lijken aan te tonen dat bedrijven en instellingen relatief weinig investeren in preventieve, gestructureerde acties ter voorkoming van MSA en PSR. Nochtans kan a priori verondersteld worden dat de beroepsgebonden MSA en PSR volgens dezelfde lijnen kunnen aangepakt worden als de arbeids- of procesveiligheid.

De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg wenst meer inzicht te verwerven in 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 leidde tot een probleemstelling die werd vertaald in de volgende onderzoeksopdrachten:

1. het oplijsten van het soort interventies die door de preventiediensten (interne en externe) en andere dienstverleners worden toegepast: inventarisatie en omschrijving;
2. het onderverdelen van deze interventies in categorieën en het opmaken van een typologie;
3. een oordeel bevragen met betrekking tot de impact en de doeltreffendheid van deze verschillende interventie categorieën (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 categorieën/types van interventies (hindernissen en begunstigende factoren).

2 | Beschrijving van de onderzoeksdaten

De onderzoeksopdracht werd opgesplitst in meerdere fasen.

Fase 1 hield een bevraging in via een steekproef van externe preventiediensten. Beschikbare gegevens over recent uitgevoerde interventies (tijdshorizon: de laatste 3 jaar) werden opgevraagd. Een diepte-interview werd gepland en uitgevoerd met de verantwoordelijken van de afdeling Risicobeheersing, een preventieadviseur-ergonomie en een preventieadviseur-psychosociale aspecten. Screeningsvragen werden gesteld naar de uitgevoerde interventies en de wijze waarop deze werden aangepakt; tevens werd gepeild naar de plaats van de werkeenheden Ergonomie en Psychosociale aspecten in de globale dienstverlening van de externe dienst. In het totaal werden 11 van de 14¹ externe preventiediensten bezocht.

Fase 2 betrof een bevraging, door middel van een gesloten vragenlijst aangeboden via het internet (websurvey), van een aantal interne preventiediensten. Deze werden aangeschreven op basis van een gestratificeerde steekproef van bedrijven en instellingen, waarbij er over werd gewaakt om een aanvaardbare spreiding te krijgen over de activiteitssectoren, de grootte van de onderneming en de regio. Er werden 142 ingevulde vragenlijsten ingezameld, die beogen een zicht te geven op de in deze ondernemingen uitgevoerde interventies en hun kenmerken tussen de periode 1 januari 2010 en 31 december 2012.

Fase 3 betrof een aantal gevallenstudies, waarbij 12 cases met interventies ter bestrijding van MSA en evenveel cases met interventies ter bestrijding van PSR, meer diepgaand bekeken worden. Dit gebeurde d.m.v bezoeken aan de geselecteerde ondernemingen, waarbij een diepte-interview plaatsvond met de betrokken experts (de interne preventieadviseur, een deskundig ergonomoom of preventieadviseur-psychosociale aspecten, een arbeidsgeneesheer), waar mogelijk aangevuld met een gesprek met één of meerdere betrokken leidinggevenden en een derde gesprek met één of meerdere betrokken werknemers (al dan niet aangevuld met een vakbondsafgevaardigde). Ook hier werd een goede spreiding betracht op het vlak van activiteitssector, bedrijfsgrootte en locatie; bovendien werden interventies behorende tot drie uiteenlopende categorieën per welzijnsdomein (MSA en PSR) geselecteerd waarbij, in overleg met de opdrachtgever, een goede mengeling van individuerichte en structureel georiënteerde interventies werd betracht. Op grond van deze 24 gevallenstudies werd een standaard evaluatieschema uitgewerkt dat toelaat om op een gestructureerde wijze de effectiviteit van interventies ter bestrijding van MSA en PSR te evalueren.

De 3 onderzoeksfasen werden voorafgegaan door een grondige literatuurstudie over de thema's aangehaald in de onderzoeksopzet. De bedoeling hiervan was om een relevante wetenschappelijk te verantwoorden onderbouwing te realiseren voor de onderzoeksbenadering.

¹ De gemeenschappelijke interne preventiedienst van de federale overheidsinstanties Empreva inbegrepen.

3 | Interventiecategorieën m.b.t. MSA en PSR

Alvorens het scala van interventies ter bestrijding van MSA en PSR kan worden onderverdeeld in verschillende categorieën, is het onvermijdelijk om enige begrenzings op te leggen. Volgende interventies werden in het verloop van het onderzoek niet meegenomen:

- het uitvoeren van een risicoanalyse op zich. Een voorafgaande risicoanalyse kan immers verondersteld worden bij te dragen tot het succes van een actie, maar kan als dusdanig niet beschouwd worden als een op zichzelf staande interventie categorie;
- curatieve ingrepen (bv.: psychotherapie bij werknemers met levensvragen, behandeling van rugklachten door kinesitherapie);
- een individuele klachtenbehandeling naar aanleiding van een incident met betrekking tot pesten of ongewenst seksueel gedrag op het werk;
- het periodiek gezondheidstoezicht en de individuele advisering in dit verband;
- specifieke interventies: het reduceren van de cognitieve belasting of de blootstelling aan trillingen (hetgeen veeleer behoort tot het vakgebied van de arbeidshygiëne);
- randacties waarvan de eerste doelstelling niet het beperken van MSA en PSR is (cursussen over persoonlijke efficiëntie zoals time management, acties in het kader van algemene gezondheids-promotie, selectieprocedures voor nieuwe personeelsleden, ...).

Onderstaande tabellen tonen de indeling in interventie categorieën, zoals deze vorm kregen op basis van de literatuurstudie en de verschillende onderzoeksstappen. Interventies binnen beide welzijnsdomeinen (MSA en PSR) vallen uiteen in 2 grote hoofdcategorieën: ingrepen die zich in de eerste plaats richten op de individuele werknemer (die al dan niet groepsgewijze kan benaderd worden) en deze die eerder van structurele aard zijn, namelijk zich richten op de arbeidsorganisatie en de materiële vormgeving van de arbeidspost. Aangezien dit laatste vooral van belang is voor de ergonomische problematiek, werden op de arbeidspost gerichte interventies beschouwd als een afzonderlijke hoofdcategorie voor interventies ter bestrijding van MSA. En uiteraard kunnen binnen deze verschillende hoofdcategorieën een aantal interventietypes worden onderscheiden, die op zichzelf eveneens een verzameling van zijn van min of meer gelijkaardige vormen van aanpak. Zo is het verstrekken van opleidingen een veel voorkomende interventie categorie voor nagenoeg alle welzijnsdomeinen, doch deze omvat een ganse plejade van benaderingen (opleidingen voor uitvoerenden of leidinggevendenden, gericht op het aanleren van vaardigheden ofwel het overbrengen van kennis, ...).

Tabel 3.1 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 (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 ontspanningsoefeningen
	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 steunvend 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

Tabel 3.2 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 kantoor-tje 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 incident met betrekking tot het pesten, 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 van het posttraumatisch stressyndroom	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 leidinggevendenden 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 middenmisbruik

4 | Samenvatting van de belangrijkste resultaten

4.1 De aanpak van MSA en PSR in de Belgische ondernemingen

Uit de bestaafing van de externe preventiediensten zouden we kunnen afleiden dat de ergonomie noch de psychosociale aspecten in de Belgische ondernemingen de aandacht krijgen die ze verdienen. Ook uit de gevallenstudies blijkt dat de aandacht voor het welzijn van de werknemer zich vaak hoofdzakelijk blijft toespitsen op de arbeidsveiligheid en het gezondheidstoezicht.

Uit de bevraging van 142 ondernemingen (die evenwel niet kunnen beschouwd worden als representatief voor het geheel van de Belgische arbeidsmarkt) bleek dat meer dan 1/3 van de ondernemingen de voorbije 3 jaar geen acties hadden ondernomen ter bestrijding van MSA, en meer dan de helft geen op het vlak van PSR. Indien wel acties werden georganiseerd, bleek de meest toegepaste interventie categorie ter bestrijding van MSA het aanbieden van hulpmiddelen voor houdingsondersteuning te zijn. Acties ter sensibilisering van de personeelsleden volgden op de tweede plaats, daarna kwamen interventies die inwerken op de vormgeving van de arbeidspost. Opleidingen inzake het gebruik van tiltechnieken en aanverwante kwamen slechts op de vierde plaats. Het plaatje met betrekking tot PSR is heel anders. Indien acties ter preventie van PSR gemeld werden, betrof dit meestal het inrichten van opleidingssessies die in de eerste plaats kennisoverdracht beoogden of specifieke vaardigheden wilden aanleren. Daarnaast organiseerden een aantal organisaties ook *sensibiliserings- of bewustmakingsacties*, werden maatregelen genomen om het ontstaan van posttraumatisch stressyndroom *te voorkomen* en/of werden *benaderingen voor specifieke doelgroepen* ontwikkeld. De meest voorkomende interventies ter bestrijding van PSR blijven derhalve gericht op de individuele werknemer; ondernemingen lijken het wat moeilijker te hebben om op dit vlak ingrepen te definiëren die de problematiek van de psychosociale belasting op een meer structurele manier beogen op te vangen.

4.2 De effectiviteit van de interventies

Uit de verschillende onderzoeksfases blijkt duidelijk dat alle interventies, ongeacht de aard, door de verschillende groepen betrokkenen positief werden geëvalueerd, en dit zowel voor MSA als voor PSR. Zo bleek uit de bevraging van de interne preventieadviseurs dat wat MSA betreft, slechts een kleine minderheid (13,4%) van de interventies omschreven wordt als acties met geen of een nauwelijks, meetbaar effect. De respondenten oordeelden van 37,8% van de omschreven acties dat deze een behoorlijk resultaat konden voorleggen, en waarover men dus 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 slechts 4,6% van de gevallen 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 1 op 5 interventies omschreven als acties met geen of een nauwelijks, meetbaar effect. De respondenten oordeelden van ongeveer 1/3 van de omschreven acties dat zij een behoorlijk resultaat konden voorleggen (hetgeen leidde tot een redelijk tevredenheid). En in iets minder dan 1/3 van de acties was er sprake van een positief of zelfs een uitstekend resultaat

waar men zeer tevreden over was. Wanneer we weer een onderscheid maken tussen de verschillende grote interventie categorieën, zien we opnieuw 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.

4.3 Remmende en bevorderende factoren

De gegevens die het relatieve succes of het falen van een interventie beïnvloeden, zijn vaak erg bedrijfsgebonden en hangen samen met de specifieke aanpak van de acties. De grootste gemene deler van factoren die het welslagen bepalen, is enerzijds de mate waarin de werknemers ten volle hun medewerking verleenden, en in spiegelbeeld de mate waarin de directie en het hoger management de interventie daadwerkelijk steunden. Uit de bevraging van de interne preventieadviseurs kwam de veranderingsbereidheid van de werknemers naar voren als belangrijkste bevorderende factor, de respondenten uit de 24 gevallenstudies vonden dan weer dat het engagement van de bedrijfsleiding het gegeven bij uitstek is dat het succes van de interventie bepaalt. In beide bevragingen werd nadrukkelijk gesteld dat een participatieve aanpak, waarbij de werknemers die behoren tot het doelpubliek rechtstreeks worden betrokken, essentieel is voor het welslagen.

Verder bleek de manier van aanpak erg belangrijk. Hiermee wordt bedoeld: de mate waarin de verschillende acties op een professionele manier werden aangepakt en de wijze waarop de interventie gekaderd werd in het bredere welzijns- en personeelsbeleid. Uit de gevallenstudies bleek dat de inbreng van externe deskundigheid in vele omstandigheden wenselijk is, en dat deze niet noodzakelijk van een grote omvang hoeft te zijn om positief te worden beoordeeld. Ondernemingen blijken immers slechts in een beperkte mate te beschikken over voldoende interne expertise om interventies ter bestrijding van MSA en PSR tot een goed einde te brengen. In de 142 bevroegde organisaties 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 24 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.

4.4 De inbreng van de verschillende actoren

Het initiatief tot een bepaalde interventie, zowel inzake MSA als inzake PSR, blijkt in de overgrote meerderheid van de gevallen die in het kader van onderhavig onderzoek werden onderzocht uit te gaan van ofwel de directie of de kaderleden van de organisatie; ook de interne preventiedienst neemt vaak het voortouw, in de eerste plaats voor ergonomische aspecten. De uitvoering en afwerking ervan wordt in de volgende fase meestal in handen gegeven van de interne preventiedienst (voor wat betreft de psychosociale aspecten kan het ook de personeelsdienst zijn). Deze dienst bewaakt onder meer de inbreng van gespecialiseerde expertise. De arbeidsgeneesheer en het Comité PBW worden geïnformeerd en om hun mening gevraagd, doch staan enigszins perifeer wanneer het gaat om de conceptie en de opvolging van de interventie. De inspectiediensten speelden noch in de 24 bestudeerde gevallenstudies noch in de via internet bevroegde ondernemingen een rol van betekenis.

4.5 Naar een blauwdruk van een geslaagde interventie

Op grond van de bevindingen uit de verschillende onderzoeksfasen komt een beeld naar voren van hoe een geslaagde interventie ter bestrijding van MSA en PSR er kan uitzien. De onderzoekers stellen een aanpak voor in 4 stappen.

4.5.1 Stap 1: het startpunt van het initiatief: de probleemdetectie

Acties met een preventief karakter komen doorgaans (zoals vermeld in de cases) voort uit een duidelijk gevoelde nood tot interventie. Het houden van een *algemene* risicoanalyse, eventueel zelfs toegespitst op de ergonomie of psychosociale aspecten op het werk, werd nergens vermeld als het startpunt voor één bepaalde ingreep. Wel werd vaak een voorafgaande risicoanalyse, geaxeerd op de specifieke problematische situatie, noodzakelijk geacht, omdat deze vaak de nodige evidentie oplevert die het hoger management nodig acht om de interventie te steunen en er de nodige middelen voor vrij te maken.

Van in de beginfase 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 ondersteuning. Een tot in het detail uitgeschreven stappenplan dat alle aspecten van interventie 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 incrementele aanpak van de problematiek, waarbij elke stap wordt afgetoetst bij de belanghebbenden en waarbij in overleg met alle betrokkenen, deskundigen inbegrepen, de verantwoordelijken besluiten 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.

4.5.2 Stap 2: het verkrijgen van ruggensteun

Eenmaal deze voorbereidende werkzaamheden achter de rug zijn, is het van primordiaal belang ruggensteun te krijgen vanwege zowel de hogere leidinggevenden/directie als de betrokken werknemers en hun afgevaardigden. Uit de verschillende onderzoeksfasen volgt immers dat het zichtbare engagement en de uitgesproken steun van zowel de bedrijfsleiding als de werknemers(afgevaardigden) essentieel zijn voor het welslagen van de interventie.

Er moet derhalve een duidelijk signaal gegeven worden vanwege de top van de onderneming dat deze achter de acties 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). Een parallelle fase bestaat erin om het Comité PBW grondig te informeren over de opzet en de eerste contouren van interventie. Dit Comité moet de gelegenheid krijgen zijn adviesrecht ten volle te laten spelen, onder meer over de inhoud van de geplande interventie en de modaliteiten van aanpak. Hierbij dient duidelijk gemaakt te worden dat de verschillende stappen bij de afwikkeling van de interventie en het uiteindelijke resultaat eveneens zullen voorgelegd worden aan dit Comité en daar besproken worden.

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.

4.5.3 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 tijdens de risicoanalyse, bij het definiëren van mogelijke remediërende ingrepen als bij de evaluatie ervan, de rechtstreeks betrokken werknemers een stem krijgen.

Ditzelfde geldt in een gelijke mate voor de eerstelijns supervisie: zij zullen de belangrijkste verantwoordelijken zijn die moeten waken over het correcte gebruik van de materiële aanpassingen op de arbeidsplek, en over de overeenkomstige gedragswijzigingen vanwege de uitvoerenden (bv. het toepassen van de aangeleerde verplaatsingstechnieken in een zorginstelling, het respectvol communiceren met collega's).

De concrete implementatie van de verschillende maatregelen gebeurt stapsgewijze. Telkens wordt idealiter een rustpauze ingelast, na het beëindigen van één deeltactie, zodat de betrokkenen (in de eerste plaats de werknemers en hun onmiddellijke leidinggevenden) kunnen oordelen over de effectiviteit van de ingevoerde maatregel. Niet-succesvolle acties kunnen dan 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 een objectieve beoordeling van het langetermijneffect van de interventie vergemakkelijken.

Het is belangrijk dat er een regelmatige briefing gebeurt in de werkgroep die werd opgericht om de interventie te begeleiden, maar ook ten aanzien van het hoger management en het Comité PBW.

4.5.4 Stap 4: de afsluiting en opvolging van de interventie

Het is aangewezen de interventie, die zoals hierboven gesteld meestal zal bestaan uit meerdere acties, formeel af te sluiten, 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 voor eeuwig 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 het gaat om een succesvolle aanpak, hetgeen redelijkerwijze het geval is wanneer alle hierboven vermelde stappen met zorg werden doorlopen, is het belangrijk deze bekend te maken aan de ganse ondernemingsgemeenschap als een voorbeeld van goede praktijk. Het leereffect dat hiervan uitgaat blijkt erg belangrijk en leidt tot een groter bewustzijn van het belang van een preventieve aanpak van MSA en PSR.

Tijdens de periode na het afsluiten van de interventie is het aangewezen de indicatoren die concreet hebben geleid tot de ingreep op te volgen, ten einde na te gaan of er wel degelijk een verbetering

kan worden vastgesteld. Hierbij moet rekening gehouden met de onvoorziene (positieve of negatieve) neveneffecten van de interventie.

4.6 Beleidsvoorstellen

In het eindverslag worden, op vraag van de opdrachtgever, een aantal beleidsvoorstellen geformuleerd op basis van de verschillende onderzoeksdaden. Dergelijke voorstellen, die op een relatief korte termijn implementeerbaar moeten zijn en behoren tot het bevoegdheidsgebied van de federale minister verantwoordelijk voor Werk, richten zich in hoofdzaak op het bevorderen van een structurele aanpak door ondernemingen van zowel MSA als PSR. Een belangrijke stap hierin is, in de ogen van de onderzoekers, een versterking van de capaciteiten en een versoepeling van de werkingsmodaliteiten van zowel de interne als de externe preventiediensten. Onderstaande beleidsvoorstellen zullen zich dus situeren op 3 verschillende vlakken.

4.6.1 Het vergroten van de aandacht van ondernemingen voor MSA en PSR

Een eerste categorie van te overwegen maatregelen, gezien vanuit het standpunt van de overheid, is *het beter responsabiliseren van de werkgever* wanneer de uitval van werknemers om redenen van MSA of PSR onevenredig veel voorkomt in zijn/de onderneming. De invoering van een dergelijke maatregel moet echter met de nodige omzichtigheid gebeuren, daarbij aandacht schenkend aan mogelijk perverse neveneffecten. Verder variëren de bijdragepremies voor beroepsziekten, in tegenstelling tot de bijdragen voor de verzekering tegen arbeidsongevallen, niet in functie van het aantal aangiften, noch van de uitgekeerde bedragen. Dit leidt ertoe dat werkgevers die met succes bepaalde interventies ter bestrijding van MSA en PSR implementeren, niet kunnen beloond worden door een premieverlaging.

Verder kwam, in de gesprekken met de bevoorrechte getuigen die in de loop van het onderzoek werden gesproken, 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. De inspanningen die op dit vlak gebeuren worden door alle betrokken partijen als erg positief worden geëvalueerd.

Bovendien kan er ook gedacht worden aan het *verstrakken van het reglementair kader* op het vlak van PSR en MSA. Wetgeving blijkt immers een belangrijke drijvende kracht te zijn voor interventies op de werkvloer met een preventief karakter. Het feit dat de ergonomische problematiek weinig aan bod komt in onze federale regelgeving is lijkt één van de belangrijke redenen te zijn waarom ondernemingen relatief weinig aandacht schenken aan dit welzijnsdomein.

4.6.2 Het doorbreken van de huidige focus van interne preventieadviseurs die hoofdzakelijk gericht is op de arbeidsveiligheid

Aangezien de uitvoering van interventies ter bestrijding van MSA en PSR hoofdzakelijk in handen gegeven wordt van de interne preventiedienst, is het belangrijk het blikveld van de interne preventieadviseurs te verruimen van een te eenzijdige focus op de arbeidsveiligheid naar de andere domeinen van het welzijnsbeleid.

4.6.3 Het bevorderen van een grotere multidisciplinariteit bij de externe preventiediensten

Het belang van de werkeenheden ergonomie en psychosociale aspecten (en overigens ook de arbeidshygiëne) binnen de externe preventiediensten dient toe te nemen. 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. De nodige aandacht moet tevens blijven gaan naar het optrekken van de kwaliteit van de door de reglementering opgelegde bijkomende opleidingen voor preventieadviseurs-ergonomie en –psychosociale aspecten.

Daarnaast moeten inspanningen geleverd worden om de multidisciplinaire samenwerking in de externe preventiediensten verder te bevorderen. Preventieadviseurs gespecialiseerd in de ergonomie en de psychosociale risico's worden best meer ingeschakeld in de periodieke bedrijfsbezoeken (in de eerste plaats in kleinere ondernemingen) en in de ondersteuning van de werking van de Comités PBW.