
Genderanalyse van de gegevens over beroepsziekten in België

—
Laurent Vogel,
Directeur van het Departement Arbeidsomstandigheden, Gezondheid en Veiligheid
van het Europees Vakbondsinstituut

Verslag 122

Dit rapport werd opgesteld in het kader van een overeenkomst tussen de Raad van de gelijke kansen voor mannen en vrouwen (België) en het Europees Vakbondsinstituut (European Trade Union Institute, ETUI).

Conseil de l'Égalité des Chances
entre Hommes et Femmes



Raad van de Gelijke Kansen
voor Mannen en Vrouwen

De Raad is het federaal adviesorgaan voor de totstandbrenging van de feitelijke gelijkheid van mannen en vrouwen en het wegwerken van directe en indirecte geslachtsdiscriminaties. www.raadvandegelijkekansen.be

© European Trade Union Institute, aisbl, 2011
ISBN 978-2-87452-242-0

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	7
Deel 1 – Juridisch en institutioneel kader van de aangifte, erkenning en preventie van beroepsziekten in België	9
Historische evolutie in de XIX ^e eeuw: van een leemte in de wetgeving naar de bescherming/uitsluiting van vrouwen en kinderen	9
Historische evolutie: XX ^e eeuw – geleidelijke bevestiging van een recht dat wordt geformuleerd in een genderneutrale taal	10
Huidige toestand: de belangrijkste actoren voor preventie en andere betrokken actoren	12
Het kader van de aangifte en erkenning van beroepsziekten	14
Europees communautair kader van de beroepsziekten	20
Deel 2 – De gegevens van het FBZ aflezen in gendertermen	25
Problemen en beperkingen	25
De aangifte van beroepsziekten	27
De eerste aanvragen voor vergoedingen	29
De beslissingen van het Fonds betreffende de eerste aanvragen voor vergoeding	31
Het totaal van de vergoedingen voor blijvende arbeidsongeschiktheid	32
De afgeleide rechten: rente voor echtgenotes	36
De positieve beslissingen van het Asbestfonds	37
Deel 3 – Vergelijking van de gegevens over beroepsziekten met de enquête naar arbeidsomstandigheden	41
De Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (EWCS)	43
Enkele basisgegevens uit de Europese enquête naar arbeidsomstandigheden in verband met vrouwenarbeid in België	43
Deel 4 – Aanbevelingen voor onderzoek	51
De invloed op lange en middellange termijn van beroepsziekten (en arbeidsongevallen) op de tewerkstelling	51
Kanker en werk: een domein dat nog weinig werd bestudeerd in het onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in België	52

Juridische en sociologische analyse van de processen voor de erkenning van beroepsziekten	54
Uitdieping van de kennis over de invloed van de arbeidsomstandigheden op de gezondheid van vrouwen	55
Deel 5 – Enkele beleidsaanbevelingen	57
Voor een evaluatie en hervorming van het huidige systeem om beroepsziekten te erkennen	57
Voor een nauwer aanhalen van de band tussen de erkenning van beroepsziekten en de preventie	58
De link met v/m-gelijkheid: een doelstelling van het veiligheids- en gezondheidsbeleid op het werk	59
Conclusies	61
Bibliografie	63
Lijst van de tabellen	67
Bijlage 1 – Lijst van erkende beroepsziekten (situatie in januari 2010)	69
Bijlage 2 – Pathologiegroepen in de statistieken van het FBZ	74
Bijlage 3 – Aanbevelingen	74

Voorwoord

Hedwige Peemans-Poullet

Voorzitster van de Commissie Gender en Gezondheid van de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en vrouwen

Laurent Vogel

Directeur van het Departement Arbeidsomstandigheden, Gezondheid en Veiligheid van het Europees Vakbondsinstituut (European Trade Union Institute, ETUI)

De vergoeding van beroepsziekten speelt een belangrijke rol. Op individueel niveau komt de sociale zekerheid tussen om de slachtoffers van deze ziekten een zeker inkomensniveau te waarborgen. Op collectief niveau wordt meer zichtbaarheid gegeven aan bepaalde problemen aangaande gezondheid op het werk en daardoor wordt ook bijgedragen tot het sensibiliseren van de verschillende actoren van het preventiebeleid.

Net als in de meeste geïndustrialiseerde landen, werd dit vergoedingssysteem in België in verschillende fasen ingevoerd. De eerste wetgeving gaat terug tot 1927. Hoewel het systeem in iets meer dan 80 jaar aanzienlijk geëvolueerd is, werd er nog geen algemene analyse uitgevoerd wat betreft de respectievelijke situatie van vrouwen en mannen.

Dit rapport is het resultaat van een samenwerking tussen de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen in België en het European Trade Union Institute. Het biedt een eerste stand van zaken, hoofdzakelijk op basis van de statistieken van het Fonds voor beroepsziekten en de resultaten van onderzoeken naar de arbeidsomstandigheden in België of, in geval van ontbrekende gegevens, in de buurlanden.

Voor de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen was het belangrijk om een kritische analyse te maken van de statistische gegevens teneinde de specifieke problemen te identificeren die verband zouden kunnen houden met een ongelijke behandeling van mannen en vrouwen. Deze bekommernis van de Raad past in het kader van een op 26 juni 2001 uitgebracht advies over de impact van arbeidsomstandigheden in het domein van gender en gezondheid.

Voor het European Trade Union Institute maakt het onderzoek waarop dit rapport gesteund is deel uit van een geheel van werkzaamheden om de link te versterken tussen het beleid aangaande gezondheid op het werk en het gelijkheidsbeleid.

De twee organisaties zijn overtuigd van de noodzaak van een debat over deze kwesties in België én in de Europese Unie. Zo hopen ze bij te dragen tot het sensibiliseren van de vele actoren die betrokken zijn bij de vaststelling, erkenning, vergoeding en preventie van door het werk veroorzaakte ziekten.

Inleiding

In de internationale literatuur over volksgezondheid wordt erop gewezen dat ziekten veroorzaakt door slechte arbeidsomstandigheden te weinig worden opgemerkt en dat de preventie in bedrijven tekortschiet¹. Het grootste deel van die aandoeningen wordt nog steeds miskend door de meeste systemen voor de aangifte en schadeloosstelling van beroepsziekten.

Vanaf de jaren 80 omschrijven verschillende auteurs de werking van die systemen als een geheel van filters². Die filters kunnen verschillend zijn van aard: er zijn conceptuele filters in de eigenlijke definitie van een door het werk veroorzaakte aandoening, institutionele en wetgevende filters, sociale en culturele filters.

Het gecombineerde effect van al die filters is niet louter kwantitatief. Niet alleen wordt de negatieve invloed van de arbeids- en tewerkstellingsomstandigheden op de gezondheid over het algemeen onderschat. Er zijn ook grote kwalitatieve gevolgen. De gegevens zijn oorzaak voor systematische fouten. De beschikbare gegevens vormen geen representatieve weergave, op kleine schaal, van de volledige werkelijkheid. Bovendien zijn ze erg selectief. Sommige aandoeningen worden heel wat minder opgemerkt dan andere: dat geldt vooral voor kanker en geestelijke gezondheidsproblemen. Ook treft het feit dat de relatie tussen arbeid en gezondheid onderbelicht blijft sommige sociale groepen meer dan andere: mensen met een onzekere baan, migrerende werknemers enz. Sinds een twintigtal jaar hebben verschillende auteurs er de nadruk op gelegd dat de genderdimensie alomtegenwoordig is in die filtering van arbeidsgerelateerde aandoeningen³.

Een dergelijke toestand draagt bij tot een vicieuze cirkel: er is minder preventie in sterk vervrouwelijkte sectoren, wat tot gevolg heeft dat er minder aandacht is voor gezondheidsproblemen die in verband lijken te staan met het werk en dat het cliché wordt versterkt dat vrouwenarbeid minder gevaarlijk zou zijn voor de gezondheid.

1. Een van die studies met pionierskarakter en over de Verenigde Staten is Landrigan en Markowitz (1989).

2. Zie met name Webb et al. (1989); Azaroff et al. (2002).

3. Zie bijvoorbeeld: Dembe (1996), Messing (2000), Vogel (2003), Probst (2009), Tieves (2011).

Dit rapport is een onderzoekend rapport. Het presenteert en analyseert de beschikbare gegevens en concentreert zich daarbij op twee belangrijke bronnen: de statistieken van het Fonds voor de beroepsziekten en gegevens over de arbeidsomstandigheden in België afkomstig uit de enquête van de Europese Stichting ter verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden naar de arbeidsomstandigheden in Europa.

Daarnaast worden vergelijkings-elementen met andere landen van de Europese Unie aangebracht, als aanvulling op de beperkte bronnen waarover België beschikt. Door een beroep te doen op statistische bronnen van buiten België streven we een dubbel doel na. Enerzijds kunnen we zo een vergelijkende analyse maken. Anderzijds kunnen andere bronnen helpen om een vraagstelling te formuleren wanneer er geen gegevens zijn voor België. Hierbij zijn we uitgegaan van de veronderstelling dat we, ondanks reële verschillen in arbeidsomstandigheden en concrete wijzen van arbeidssegregatie, aan de hand van gegevens uit andere Europese landen relevante vragen voor België kunnen formuleren.

Dit rapport bestaat uit de volgende delen:

- deel 1 geeft een beknopt overzicht van het juridisch kader van de erkenning en preventie van beroepsziekten in België. Het ligt niet in de bedoeling een gedetailleerde en originele analyse te maken. In dit deel worden gewoon enkele oriëntatiepunten aangereikt voor een beter begrip van de volgende delen van het rapport;
- deel 2 is een samenvatting van de statistische gegevens van het Fonds van de Beroepsziekten die ons het meest relevant leken voor een genderanalyse;
- in deel 3 worden elementen aangebracht om de kloof te beoordelen tussen enerzijds de erkenning en vergoeding van beroepsziekten bij vrouwen en anderzijds hun gezondheidstoestand op het werk. Dit deel is voornamelijk gebaseerd op statistieken uit de enquête van de Dublin Stichting naar de arbeidsomstandigheden in Europa, ter aanvulling worden een aantal gegevens uit buurlanden gebruikt;
- deel 4 formuleert aanbevelingen om een diepgaander genderanalyse te maken van de impact van het werk op de gezondheid van de vrouwen in België. Andere aanbevelingen gaan meer rechtstreeks over het wetgevend en regelgevend kader en over het beleid;
- deel 5 bevat een aantal beleidsaanbevelingen.

Graag wil ik de volgende mensen bedanken:

- Marianne De Troyer (ETUI) die heeft meegewerkt aan de definitieve versie van dit rapport en de fiches van bijlage 3 heeft opgesteld;
- Anne Kirsch en Karim Wilmotte van het Fonds voor de beroepsziekten, die zo goed geweest zijn mijn vragen te beantwoorden en mij verschillende statistische gegevens hebben bezorgd;
- Daniela Tieves die binnen het Europees vakbondsinstituut een onderzoeksproject heeft geleid over vrouwen en beroepsziekten in verschillende Europese landen.

Deel 1

Juridisch en institutioneel kader van de aangifte, erkenning en preventie van beroepsziekten in België

Dit deel is alleen bedoeld om een aantal oriëntatiepunten te bieden, voor een beter begrip van de inhoud van dit rapport.

Historische evolutie in de XIX^e eeuw: van een leemte in de wetgeving naar de bescherming/ uitsluiting van vrouwen en kinderen

Van bij het begin van de industriële revolutie heeft men ingezien dat de negatieve invloed van arbeid op de gezondheid een belangrijk probleem was. De intensieve uitbuiting van de eerste generaties werknemers van de industriële revolutie had rampzalige gevolgen gehad voor de menselijke gezondheid. In alle verhalen, onderzoeken en getuigenissen uit de XIX^e eeuw worden arbeiders beschreven als wezens die men onmiddellijk kon herkennen doordat hun lichamelijke integriteit was aangetast door de arbeid. Een vaalbleke huid, groeiachterstand bij kinderen, ademhalingsproblemen bij mijnwerkers en andere arbeiders die waren blootgesteld aan risico's voor de luchtwegen, een hoog aantal invaliden enz. De sociale verhoudingen drukten hun stempel op het lichaam, de biologische realiteit. De situatie van de vrouwen werd uitgebreid beschreven in de XIX^e-eeuwse onderzoeken naar arbeidsomstandigheden, ook al is over sommige activiteiten minder bekend: men beschikt over veel nauwkeuriger gegevens over arbeidsters dan over dienstboden. In België werd in 1843, op verzoek van de minister van Binnenlandse Zaken, Jean-Baptiste Nothomb, een commissie opgericht. Onder leiding van Edouard Ducpétiaux, algemene inspecteur van de gevangenis, voerde die commissie belangrijk onderzoek naar “de omstandigheden van de werkende klassen en de kinderarbeid”. Die werken werden gepubliceerd in 1846 en in 1848. De commissie werkte een wetsvoorstel uit rond het beleid voor werkplaatsen en kleine en grote fabrieken en rond kinderarbeid. Het voorstel omvatte 25 artikelen, een ervan beperkte de effectieve arbeidstijd voor volwassenen tot 12u30 per dag. Er werd ook voorgesteld om industriearbeid te verbieden voor kinderen onder de tien en om de dagelijkse arbeidstijd voor jongeren van 10 tot 14 te beperken tot 6u30 en tot 10u30 voor jongeren tussen 14 en 18.

Er kwam geen wetgevend vervolg op de werken van de commissie van 1843. De enkele regeringsvoorstellen rond vrouwen- en kinderarbeid werden alle verworpen door het Parlement. Verschillende commissies bleven aangrijpende rapporten opstellen over het probleem van de arbeidsters, maar zij waren niet bij machte om de wil van de wetgever te veranderen, die niet wilde tussenkomen op het sociale domein.

België was het laatste land in West-Europa dat een specifieke wetgeving rond arbeidsomstandigheden invoerde. Tot de volksopstand van 1886 waren de rechtsregels in hoofdzaak beleidsregels die bedoeld waren om een arbeidsdiscipline op te leggen en collectieve acties van de arbeidersbeweging te onderdrukken (arbeidsboekje, beteugeling van de landloperij, verbod op het vormen van verenigingen enz.). De dwangmiddelen van de staat werden ten dienste gesteld van de opbouw van een bezoldigde arbeidsmarkt. Tussen 1831 en 1887 stuitte alle pogingen om alleen nog maar de kinderarbeid te reglementeren op een weigering van zowel katholieken als liberalen, en dat terwijl de meeste andere Europese landen al wetten in dat domein hadden aangenomen.

Na de volksopstand van 1886⁴ kwam er een wetgeving. Die omvatte zowel repressieve maatregelen tegen stakingen als de eerste elementen van een arbeidsrecht.

Een van de belangrijkste elementen van die eerste wetgevende stap is de wet van 31 december 1889 betreffende vrouwen- en kinderarbeid. De algemene benadering in die wet is vergelijkbaar met de benadering die in die tijd werd gevolgd door alle geïndustrialiseerde landen. Vrouwen worden onder voogdij van de wetgever geplaatst en uitgesloten van een bepaald aantal arbeidsomstandigheden. In die benadering, die een combinatie is van bescherming en discriminatie, wordt het voorkomen van slechte arbeidsomstandigheden niet als een prioriteit beschouwd. De wet van 1889 verbiedt dat kinderen jonger dan twaalf industriële arbeid verrichten. De wet van 1889 beperkt het aantal dagelijkse arbeidsuren tot twaalf (met minstens anderhalf uur rust) voor jongens van 12 tot 16 en meisjes van 12 tot 21 jaar. De wet verbiedt om vrouwen jonger dan 21 ondergronds tewerk te stellen in de mijnen. Ze verbiedt ook om vrouwen gedurende de vier weken na hun bevalling tewerk te stellen, maar er was op geen enkele manier voorzien in een bezoldiging, zodat vrouwen die zinnens waren dit recht op te eisen zwaar werden bestraft.

Een van de praktische gevolgen van de wet van 31 december 1889 was ook de oprichting, in 1891, van een korps van arbeidsinspecteurs. Dit korps werd in 1894 samengevoegd met de inspectie op de ingedeelde inrichtingen.

Historische evolutie: XX^e eeuw – geleidelijke bevestiging van een recht dat wordt geformuleerd in een genderneutrale taal

Het ligt niet in onze bedoeling om een uitgebreide beschrijving te geven van de evolutie van het wetgevend kader van de preventie. Vanuit het oogpunt van gendergelijkheid is het wetgevend kader geëvolueerd van een geheel van

4. In maart 1886 kwam een arbeidersrevolte tot uitbarsting in Luik, breidde zich uit naar het volledige industriebekken en mondde uit in rellen in Charleroi. Er werd streng opgetreden tegen plunderingen en vernielingen (14 doden en een groot aantal gewonden). De verdienste van deze wanhoopsbeweging was echter wel dat men zich vragen ging beginnen stellen over de situatie van arbeiders.

regels waarin vrouwen werden beschouwd als een aparte categorie, vanuit een benadering die een combinatie was van bescherming en discriminatie, naar regels die vanuit genderstandpunt neutraal werden geformuleerd en beoogden om de wisselwerking tussen genderongelijkheid en gezondheid op het werk te negeren. De enige regels die specifiek voor vrouwen gelden, gaan over het moederschap (bevalling, borstvoeding).

Het wetgevend kader voor preventie is sterk geëvolueerd sinds 1889. Specifieke instellingen en actoren werden opgericht, zoals de comités voor preventie en bescherming op het werk (voorheen de comités voor veiligheid en gezondheid) en de preventiediensten. Dat wetgevend kader houdt zich ver van de doelstelling voor gelijkheid tussen mannen en vrouwen. Het komt niet tussen in de verplichtingen van werkgevers om arbeidsomstandigheden te scheppen die ervoor zorgen dat het werk zowel door mannen als door vrouwen kan worden gedaan zonder gevaar voor de gezondheid. De band tussen het recht op gelijkheid en het recht op gezondheid op het werk is vrijwel onbestaande. Een enorm potentieel wordt genegeerd. Door rekening te houden met dit potentieel zouden de rechtsregels naar onze mening heel wat efficiënter kunnen zijn, zowel op het vlak van gelijkheid als op het vlak van gezondheid.

Het gebruik van een genderneutrale taal kan perfect samengaan met indirecte discriminaties. Het meest in het oog springende voorbeeld is het feit dat “huispersoneel” (voornamelijk vrouwen) wordt uitgesloten van het toepassingsgebied van de wet op het welzijn op het werk (1996) en zijn uitvoeringsbesluiten. Op dezelfde wijze kan het ontbreken van specifieke regels voor de preventie van reproductieve risico's leiden tot indirecte discriminatie. Werkgevers zullen eerder geneigd zijn om mannen in dienst te nemen dan die risico's te voorkomen, aangezien specifieke verplichtingen pas ontstaan wanneer een werknemster zwanger is.

Systemen om beroepsrisico's te vergoeden werden ingevoerd in verschillende stappen, in omstandigheden die vergelijkbaar zijn met die in andere West-Europese landen. Als eerste werd de eerste wet op de arbeidsongevallen aangenomen (wet van 24 december 1903). Het systeem werd verder uitgebreid na de Eerste Wereldoorlog, toen men een erg klein aantal beroepsziekten in aanmerking ging nemen (wet van 24 juli 1927). De arbeidsongevallenvergoeding is georganiseerd in het kader van een systeem van privéverzekeringen, omkaderd door het Fonds voor arbeidsongevallen, terwijl voor de vergoeding voor beroepsziekten een specifieke tak van de sociale zekerheid instaat. Centraal in dit systeem staat het Fonds voor de beroepsziekten (FBZ). Dit Fonds kreeg verschillende opdrachten, die gaan van schadevergoeding tot preventie en die ook activiteiten van informatie, onderzoek en sensibilisering omvatten. In de beleidsorganen van het FBZ zijn vakbonds- en werkgeversorganisaties vertegenwoordigd.

Een van de bijzonderheden van het Belgisch rechtssysteem is dat werkgevers op het vlak van burgerlijke verantwoordelijkheid vrijwel totale immuniteit genieten wanneer een gebrek aan preventie aan de oorzaak ligt van een arbeidsongeval

of beroepsziekte⁵. Die toestand wordt nog verergerd door het gering aantal strafrechtelijke vervolgingen. Als we de ernstige en dodelijke gevallen buiten beschouwing laten, komt het uiterst zelden voor dat een werkgever die zijn preventieverplichtingen niet nakomt strafrechtelijk wordt vervolgd. Het feit dat het in de praktijk onmogelijk is om de werkgever burgerlijk aansprakelijk te stellen, zelfs indien hij zware fouten heeft gemaakt op het gebied van preventie, is een van de elementen die de wetgever ertoe heeft aangezet om het Asbestfonds (AFA) op te richten met de wet van 27 december 2006.

Jammer genoeg ging de oprichting van een specifiek fonds voor een deel van de ziekten veroorzaakt door asbest⁶ niet gepaard met een meer algemene reflectie over de stand van het recht en over het feit dat de huidige regels rond burgerlijke aansprakelijkheid een rem zetten op de preventie.

Huidige toestand: de belangrijkste actoren voor preventie en andere betrokken actoren

Men kan een onderscheid maken tussen twee kringen van actoren. **Binnen de bedrijven** formuleert de wetgeving op het welzijn op het werk nauwkeurige regels voor de preventieplicht van werkgevers, werknemers, hun vertegenwoordigers (in het bijzonder de rol van de comités voor preventie en bescherming op het werk, CPBW⁷) en de interne en externe preventiediensten.

De regels zijn minder consequent voor gelijktijdige activiteiten of onderaanneming. Algemeen zijn er alleen regels voor situaties van onderaanneming wanneer een externe firma (of een zelfstandige) tussenkomt op de werkplek van een bedrijf. Door een strengere toepassing van de bestaande regels zouden de preventievoorwaarden waarschijnlijk kunnen verbeteren in sectoren waar onderaanneming de regel is, zoals de schoonmaaksector⁸.

-
5. Door de oprichting van het Asbestfonds wordt die immuniteit nog verder uitgebreid voor bedrijven die andere personen dan hun bezoldigd personeel hebben blootgesteld aan asbest. Om recht te hebben op een vergoeding van het Asbestfonds moeten slachtoffers afzien van een vraag om schadevergoeding op basis van de gemeenrechtelijke burgerlijke aansprakelijkheid. Het lijkt of bedrijven als Eternit door die bepaling aanzienlijke besparingen konden realiseren: de bijdrage die het bedrijf aan het Fonds betaalt, bedraagt minder dan de voorziening voor schadevergoeding die het vóór de oprichting van het Fonds had (Molitor, 2010).
 6. De ziekte die het vaakst in verband wordt gebracht met asbestblootstelling is longkanker. Die ziekte wordt niet gedekt door het Asbestfonds.
 7. In België moeten ondernemingen met minstens 50 werknemers beschikken over zo'n comité, dat paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgever en vertegenwoordigers van de werknemers die worden verkozen uit door de vakbonden voorgestelde lijsten.
 8. Over de arbeidsomstandigheden in de schoonmaaksector en hun impact op de gezondheid, zie *HesaMag* n° 2, 2^e halfjaar 2010, <http://www.etui.org/fr/Themes/Sante-et-securite/HesaMag/Nettoyage-des-travailleurs-sous-haute-pression>.

Buiten de bedrijven heeft de belangrijke hervorming vanaf 1996⁹ geen grote veranderingen meegebracht. Een aantal essentiële functies wordt verzekerd door overheidsinstellingen (arbeidsinspectie, FOD Arbeid en Tewerkstelling, gerechtelijke instellingen enz.) in erg verscheiden gebieden: regelgeving, inspectie, sanctie, socialisatie, onderzoek, informatie enz. In tegenstelling tot de meeste Europese landen en de rest van de wereld, beschikt België niet over een openbare instelling die belast is met onderzoek rond gezondheid op het werk. Over het algemeen hangen de beschikbare informatiebronnen voor een groot deel af van de systemen voor de schadeloosstelling van beroepsrisico's. Dat is een enorme beperking voor het vergaren van kennis en het bepalen van prioriteiten voor preventiebeleid.

De inspectie is een van de zwakste schakels in het preventie-instrument. De diensten voor controle op het welzijn op het werk tellen minder dan 200 inspecteurs. In 2009 diende elke inspecteur gemiddeld 1877 bedrijven te controleren, of een totaal van meer dan 26.000 werknemers¹⁰. De Internationale Arbeidsorganisatie beveelt voor geïndustrialiseerde landen een ratio aan van minstens een inspecteur per 10.000 werknemers.

Voor de periode 2008-2012 werd een nationale strategie inzake welzijn op het werk aangenomen. Die strategie bevat geen genderanalyse van de toestand en heeft geen specifieke doelstellingen die gezondheid op het werk koppelen aan een gelijkheidsbeleid.

Het Fonds voor de beroepsziekten (FBZ) heeft, naast de basisopdracht voor de schadevergoeding van beroepsziekten, ook preventieve opdrachten. In de praktijk worden die preventieve opdrachten in hoofdzaak op drie domeinen uitgeoefend: de verwijdering van zwangere werkneemsters¹¹, de preventie van hepatitis (de preventie beperkt zich hier tot inentingsmaatregelen) en de preventie van rugaandoeningen. Het Fonds voor de beroepsziekten verving het systeem van privéverzekeringen dat werd ingevoerd in 1927 en dat kort na de Tweede Wereldoorlog werd vernieuwd bij de oprichting van de sociale zekerheid. De verzekeringen wilden de lucratieve markt van de verzekering van beroepsrisico's niet kwijtraken. In 1963 nam de sociale zekerheid de verzekering tegen beroepsziekten op zich, omwille van de erkenning van stoflong als een beroepsziekte, terwijl de meer lucratieve tak van arbeidsongevallen in een privéverzekeringssysteem werd behouden.

9. In de jaren '90 werd het wettelijk kader inzake gezondheid op het werk hervormd onder invloed van de EU-richtlijnen. Het kernelement van deze hervorming is de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

10. *Jaarverslag 2009 van de Algemene Directie Toezicht op het welzijn op het werk*, oktober 2010.

11. Door een wijziging in de wetgeving werd die taak vanaf 1 januari 2010 toevertrouwd aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De weerslag van het systeem van paritaire verhoudingen (Nationale Arbeidsraad¹², paritaire comités, participatie van vakbonds- en werkgeversorganisaties in tal van instellingen) is reëel, ook al kan men zich vragen stellen bij de totale samenhang van die tussenkomst.

De betrokkenheid van de actoren van volksgezondheid is erg beperkt. Het is alsof de gezondheid op het werk een eiland is, waar specifieke regels gelden en eigen actoren optreden. De rol van artsen, andere dan de arbeidsgeneesheren, in de aangifte en erkenning van beroepsziekten zou gestimuleerd moeten worden. Dat zou inhouden dat gezondheid op het werk een onderdeel moet worden van de opleiding van alle artsen. De meeste campagnes rond volksgezondheid gaan voor een groot stuk voorbij aan de invloed van de arbeidsomstandigheden op de gezondheid. De rol van de ziekenfondsen in gezondheid op het werk is uiterst beperkt. In de informatie die ze hun leden aanbieden, worden slechts zelden kwesties in verband met gezondheid op het werk behandeld. De ziekenfondsen geven de voorkeur aan een individuele visie op preventie. De adviserende artsen van de ziekenfondsen krijgen geen enkele opleiding in gezondheid op het werk en geven patiënten nauwelijks informatie waardoor deze de oorzaken van een aandoening in verband kunnen brengen met risico's op hun werk.

De instellingen belast met gelijkheid en deze belast met gezondheid op het werk lijken vaak volkomen langs elkaar heen te werken, onwetend van wat de ander doet. Toch zijn er de gegevens in de rapporten van de preventiediensten die, helaas, niet systematisch statistisch worden onderzocht.

Het kader van de aangifte en erkenning van beroepsziekten

Centraal in het geldend wetgevend kader staat de wet van 24 december 1963 over beroepsziekten. Die wet werd herhaaldelijk gewijzigd. De wet werd gecoördineerd door een koninklijk besluit van 3 juni 1970. Later werden nog andere wijzigingen aangenomen. In het kader van dit rapport is de belangrijkste wijziging de invoering van een artikel 30bis door de wet van 29 december 1990. Hiermee werd een zogeheten open systeem ingevoerd, een systeem waarin elke ziekte mogelijk erkend kan worden als beroepsziekte voor zover het slachtoffer (of zijn rechthebbenden) kan bewijzen dat de determinerende en rechtstreekse oorzaak voor de ziekte in verband staat met zijn beroep. Het open systeem is een aanvulling op het lijststelsel dat werd ingevoerd in 1927 en dat een bepaald aantal ziekten vermeldt die worden veroorzaakt door beroepsactiviteiten. In sommige gevallen werd een ziekte slechts voor bepaalde activiteitssectoren opgenomen in de lijst. Het meest stuitende geval

12. De NAR is een nationaal en interprofessioneel paritair orgaan bevoegd voor sociale materies met een hoofdzakelijk adviserende bevoegdheid. Deze raad formuleert adviezen of voorstellen over algemene problemen van sociale aard aangaande werkgevers en werknemers gericht aan de Regering of het Parlement en dit zowel op eigen initiatief als op vraag van deze overheden.

is ongetwijfeld dat van de “aandoeningen door overmatige inspanning van peesscheden, van het weefsel van peesscheden en van inplantingen van spieren en pezen”, die in het kader van het lijststelsel alleen worden erkend voor schouwspelartiesten. Dergelijke aandoeningen komen echter veel voor bij werknemers die blootgesteld zijn aan repetitieve bewegingen, ongeacht de sector waarin ze werken.

De wet bepaalt niet wat een beroepsziekte is. Ze verwijst alleen naar de reglementaire bevoegdheden: “De Koning maakt de lijst op van de beroepsziekten die tot schadeloosstelling aanleiding geven”. Door dit ontbreken van duidelijke criteria kan de wettelijkheid van koninklijke besluiten, die te beperkende voorwaarden voor de erkenning van een ziekte zouden opleggen, niet worden betwist.

In de praktijk worden die reglementaire bevoegdheden uitgeoefend door het beleidscomité van het FBZ. We stellen dus vast dat de bevoegdheid trapsgewijs wordt gedelegeerd. De meeste regelgevende teksten zijn geformuleerd in vrij algemene, soms vage bewoordingen. In de meeste gevallen hanteert het FBZ erg restrictieve interpretatiecriteria.

De lijst van beroepsziekten werd opgesteld door het koninklijk besluit van 28 maart 1969, dat herhaaldelijk werd gewijzigd. In de meeste gevallen bepaalt de regelgeving geen ziekte maar duidt ze een oorzakelijke factor aan. In bepaalde gevallen is een schadeloosstelling voorzien voor bepaalde specifieke ziekten veroorzaakt door een bepaalde factor (bijvoorbeeld longkanker veroorzaakt door asbest, beender- en gewrichtsaandoeningen van de bovenste ledematen veroorzaakt door mechanische trillingen enz.). Momenteel telt de lijst ongeveer 150 rubrieken. De volledige lijst is te vinden in bijlage 1.

In een beperkt aantal gevallen creëert de wetgeving een veronderstelling van blootstelling aan bepaalde risico's in bepaalde industrietakken of beroepen. Artikel 32 van de wet van 24 december 1963 bepaalt dat dergelijke veronderstellingen zowel kunnen worden gemaakt voor de ziekten van de lijst als voor het open systeem. In de praktijk verwijzen de regelgevende teksten alleen naar de ziekten van de lijst. De op dit ogenblik geldende tekst is het koninklijk besluit van 6 februari 2007. Voor wat betreft kanker is dit koninklijk besluit erg onvolledig. Zo creëert het feit van gewerkt te hebben in een fabriek van vezelcementmaterialen een veronderstelling voor blootstelling aan asbest voor mesothelioom maar niet voor longkanker. Geen enkele veronderstelling van blootstelling wordt geformuleerd op het vlak van musculoskeletale aandoeningen, behalve de veronderstelling van een blootstelling aan mechanische trillingen.

Het ingevoerde systeem is nog steeds gedeeltelijk schatplichtig aan de medische opvattingen die zijn ontstaan in de XIX^e eeuw bij de bestudering van besmettelijke ziekten. Algemeen wordt een ziekte gemakkelijker opgenomen in de lijst wanneer een oorzakelijke factor kan worden bepaald die leidt tot een of meer relatief specifieke ziekten.

Een dergelijke benadering heeft verschillende gevolgen:

- ze geeft de voorrang aan materiële, vaak meetbare, factoren in de arbeidsomstandigheden, zoals chemische, fysische of biologische agentia;
- ze maakt het minder gemakkelijk om rekening te houden met immateriële elementen van de werkorganisatie, zoals repetitief werk, nachtwerk, de intensiteit van het werk of de aantasting van de waardigheid;
- ze maakt het minder gemakkelijk om rekening te houden met ziekten waarvan de etiologie verschillende factoren kent. Het feit dat het systeem erg slecht presteert voor de erkenning van kankers getuigt van deze situatie;
- het is uiterst moeilijk om geestesziekten te erkennen als arbeidsgerelateerd. In de eerste ontwerpen voor de wet op pesterijen en geweld werd voorgesteld om eventueel beroepsziekten in verband met pesterijen en geweld te erkennen. In de wet van 2002, en ook in de wet van 2007, werd die benadering verlaten.

De opname van nieuwe beroepsziekten in de Belgische lijst is een langzaam proces en wanneer er sprake is van grote financiële belangen blijft ons land over het algemeen achter op heel wat andere geïndustrialiseerde landen. Het geval van silicose is genoegzaam bekend: in België werd deze ziekte pas in 1963 erkend als beroepsziekte, terwijl ze in de meeste geïndustrialiseerde landen met een mijnindustrie al erkend was voor de Tweede Wereldoorlog¹³. Mesothelioom veroorzaakt door asbest verscheen pas in 1982 op de Belgische lijst, tegenover in 1966 in het Verenigd Koninkrijk, in 1976 in Frankrijk en in 1977 in Duitsland.

In 2006 voerde de wetgever een nieuw begrip in: dat van arbeidsgerelateerde ziekte¹⁴ die, hoewel geen beroepsziekte, het toch kon worden bij gebrek aan aangepaste preventie. Het betrof een terminologische vondst bedoeld om te verhinderen dat lage rugpijn werd erkend als beroepsziekte ... en waarbij tegelijk werd voorgesteld dat het Fonds bepaalde preventie maatregelen zou financieren. De tekst van art. 62bis - §1 toont aan dat er een zekere terminologische verwarring heerste.

De tekst bepaalt dat:

“Het Fonds kan bijdragen tot de voorkoming van beroepsziekten door maatregelen te bekostigen ten voordele van personen die getroffen zijn door een arbeidsgerelateerde ziekte.

Arbeitsgerelateerde ziekten zijn ziekten die in de artikelen 30 en 30bis niet bedoeld worden en die, volgens algemeen aanvaarde medische inzichten, mede kunnen veroorzaakt worden door een blootstelling aan een schadelijke invloed die inherent is aan de beroepsuitoefening en die groter is dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen, zonder dat deze blootstelling in

¹³. Zie Geerkens (2009).

¹⁴. Wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, *Belgisch Staatsblad*, 1 september 2006.

groepen van blootgestelde personen de overwegende oorzaak van de ziekte vormt¹⁵”.

De tussenkomst van het ministerie van Arbeid tijdens het parlementair debat over de wet helpt niet om dit nieuwe begrip te analyseren: “Een arbeidsgerelateerde ziekte komt voor in de algemene bevolking, dat wil zeggen de bevolking die niet in het kader van de beroepsactiviteit wordt blootgesteld. Schadelijke invloeden door beroepsmatige blootstelling veroorzaken slechts een beperkte verergering van de ziekte. De blootstelling aan het beroepsrisico is dus niet de hoofdoorzaak van de ziekte maar één van de mogelijke verergerende factoren”. Elk van de drie door de minister naar voren gebrachte criteria is betwistbaar. Het eerste slaat nergens op: er bestaat geen beroepsziekte die niet ook voorkomt in de “algemene bevolking”. Dat geldt nog meer voor vrouwen die een groot gedeelte van hun tijd besteden aan werken buiten hun beroepsactiviteit. Het verband tussen de twee volgende criteria is verstoken van elke logica. Het statistisch criterium (“beperkte verergering”) bewijst niets voor wat de oorzakelijkheid betreft. Een verpleegster kan op het werk besmet zijn met het hepatitisvirus (oorzakelijk verband) ook al zal dat er maar weinig toe bijdragen dat de ziekte verergert bij de algemene bevolking. De minister besluit: “In de praktijk zal het Beheerscomité van het Fonds voor beroepsziekten ermee worden belast voor te stellen welke ziekten arbeidsgerelateerd zijn en de risicogroepen te bepalen¹⁶”. Die criteria kunnen er mee toe leiden dat beroepsziekten niet worden erkend wanneer ze zowel voorkomen in het onbezoldigd huishoudelijk werk als in het bezoldigd werk dat vrouwen doen.

De wetgeving maakt een duidelijk onderscheid tussen de aangiften en de aanvragen voor schadeloosstelling.

De aangifte van beroepsziekten

Arbeidsgeneesheren die een ziekte vaststellen of hiervan op de hoogte werden gebracht door een andere arts, zijn verplicht om een beroepsziekte aan te geven wanneer de ziekte beantwoordt aan een van de vier volgende criteria:

- de ziekte komt voor op de lijst;
- de ziekte komt niet voor op de lijst maar wel op een van beide lijsten van de aanbeveling van de Europese Unie;
- het gaat om een ziekte waarvan de beroepsoorsprong vaststaat of zelfs eenvoudig wordt vermoed;
- in geval van vatbaarheid voor een van die ziekten¹⁷ of de eerste verschijnselen

15. Over die bepaling werd in het parlement niet lang gedebatteerd. Guy D’haeseleer, van de naar onafhankelijkheid strevende Vlaamse partij Vlaams Belang, drukte zijn tevredenheid uit over het feit dat “de regering en de sociale partners niet overhaast te werk zijn willen gaan in dit zeer technisch dossier”.

16. Kamer van volksvertegenwoordigers, 4^e zitting van de zittingsperiode 2005-2006, Doc 51 1334/004, 1 juni 2006.

17. De verklaring van een vatbaarheid bestaat nog in de regelgeving. Dit is echter in tegenspraak met de wet van 28 januari 2003 betreffende de medische onderzoeken die binnen het kader

van een van die ziekten, telkens wanneer die vaststelling de stabiliteit van de tewerkstelling of het loon van de getroffen persoon zou kunnen aantasten.

De verplichting om beroepsziekten aan te geven, geldt ook voor het openbaar ambt.

De verplichting van de arbeidsgeneesheren staat in art. 61 van de wet op de beroepsziekten. Ze wordt herhaald in het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht. In de praktijk wordt die verplichting bijzonder weinig nageleefd door de preventiediensten. Het gaat om een belangrijk en terugkerend probleem dat belet dat een verband wordt gelegd tussen preventie en schadeloosstelling.

Overigens heeft dat verzuim van aangifte ook negatieve gevolgen voor personen die getroffen zijn door een beroepsziekte. Het vormt een rem op de aanvragen voor schadeloosstelling. Want wanneer het FBZ een aangifte van een arbeidsgeneesheer ontvangt, nodigt het de betrokken werknemer uit om een aanvraag voor schadeloosstelling in te dienen. Indien de werknemer die aanvraag indient binnen een termijn van 120 dagen volgend op de dag van uitnodiging door het FBZ, doet de datum van de aangifte van de arbeidsgeneesheer dienst als berekeningsbasis voor de schadeloosstelling.

De aanvraag voor schadeloosstelling

Verschillende situaties kunnen leiden tot een aanvraag voor schadeloosstelling. De wetgeving gebruikt de term “schadevergoeding” om de financiële tussenkomst van het Fonds voor beroepsziekten aan te duiden. Die term herleidt het leven en de gezondheid tot een soort koopwaar. Geld vergoedt de schade niet, het zorgt er alleen voor dat het slachtoffer of zijn rechthebbenden in geval van inkomensverlies kunnen beschikken over alternatieve bestaansmiddelen.

Zonder in detail te willen treden, kunnen we stellen dat de aanvragen voor schadeloosstelling voornamelijk drie situaties betreffen:

- een tijdelijke arbeidsongeschiktheid;
- een blijvende arbeidsongeschiktheid;
- een overlijden.

Wij zullen ons onderzoek concentreren op de aanvragen in verband met **blijvende arbeidsongeschiktheid**, die veruit het talrijkst zijn en waar de financiële belangen het grootst zijn. In 2009 werd, op een totaal van bijna 330 miljoen euro verzekeringsuitgaven door het FBZ, bijna 188 miljoen (56,9%) uitgegeven voor de erkenning van een beroepsziekte die een blijvende

van de arbeidsverhoudingen worden uitgevoerd. Hoe dan ook, deze bepaling wordt niet meer toegepast dan de andere: zelfs kankers in het terminale stadium worden in de meeste gevallen niet aangegeven!

ongeschiktheid had veroorzaakt. Voor de tijdelijke ongeschiktheden bedroegen de uitgaven slechts ongeveer 5 miljoen (1,5%). De uitgaven in verband met een overlijden bedroegen ongeveer 62 miljoen (18,7%). De meeste van die overlijdens waren het gevolg van een ziekte die al erkend was als oorzaak voor een blijvende ongeschiktheid. Iets meer dan 68 miljoen (20,6%) werd uitgegeven in het kader van de preventieve verwijdering van voornamelijk zwangere vrouwen, een uitgave die niet direct onder de beroepsziekten valt¹⁸.

Het FBZ speelt slechts een beperkte rol op het vlak van de gezondheidszorg. Het beperkt zich tot het terugbetalen van het remgeld en een aantal andere uitgaven die niet worden gedekt door de ziekteverzekering. In 2009 vertegenwoordigde de gezondheidszorg slechts ongeveer 2% van alle verzekeringsuitgaven door het Fonds. Dat aspect behandelen wij niet in het kader van ons rapport. In dit document worden ook de andere tussenkomsten van het Fonds niet onderzocht (inenting of andere preventieve maatregelen). Op dezelfde wijze worden ook de kwesties in verband met de aanvragen tot herziening niet onderzocht.

De aanvragen voor schadeloosstelling moeten worden ingediend door de slachtoffers of hun rechthebbenden. Het Fonds voor de beroepsziekten doet uitspraak over iedere aanvraag. De betwisting van die beslissing valt onder de bevoegdheid van de arbeidsrechtbanken.

Er zijn specifieke regels voor de aanvragen die bij het Asbestfonds worden ingediend. De belangrijkste verschillen met het algemeen stelsel van de beroepsziekten zijn de volgende:

- een schadeloosstelling kan zowel worden toegekend voor een blootstelling in de omgeving als voor een blootstelling in het kader van het werk. Door die uitbreiding is ook de onbetaalde huishoudelijke arbeid gedekt;
- een schadeloosstelling voor een beroepsmatige blootstelling kan worden toegekend ongeacht het arbeidsstatuut (werknemer, ambtenaar, zelfstandige).

Het Asbestfonds behandelt echter de slachtoffers-werknemers en zij die in andere omstandigheden werden blootgesteld (bijvoorbeeld in het kader van onbetaald huishoudelijk werk) niet op gelijke voet. Alleen in het kader van het FBZ kunnen werknemers genieten van volledig gratis medische zorgen, hulp van derden bij een handicap en een tussenkomst in de begrafeniskosten.

In geval van tijdelijke ongeschiktheid staat de schadeloosstelling die het FBZ toekent in verhouding tot het loon. Bij een blijvende ongeschiktheid is de

18. Sinds 1 januari 2010 is de preventieve verwijdering van zwangere werknemers niet langer de taak van het FBZ. Dit wordt voortaan gefinancierd door het RIZIV. Die oplossing heeft het voordeel dat er geen discriminatie meer is tussen zwangere werknemers naargelang de reden voor hun verwijdering al dan niet erkend was als mogelijke oorzaak voor een beroepsziekte. Het FBZ staat alleen in voor de blootstellingen, ziekten en beroepen van het lijststelsel. De andere gevallen van preventieve verwijdering – die nog steeds ten laste worden genomen door het FBZ – betreffen slechts enkele tientallen personen per jaar (27 vrouwen en 59 mannen in 2009).

vergoeding forfaitair en wordt ze bepaald door de graad van ongeschiktheid. De vergoeding wordt bepaald in verhouding tot het verlies van kansen op de arbeidsmarkt en vergoedt niet alle schade die voortvloeit uit een ziekte, of het nu om geestelijk lijden of om esthetische schade gaat. Lage graden van ongeschiktheid betekenen beperkte schadevergoedingen: de vergoeding wordt verminderd met de helft bij een ongeschiktheidspercentage van minder dan 5% en met een kwart bij een ongeschiktheid van 5 tot 9%¹⁹. Op het totaal van alle erkende gevallen is voor vrouwen de kans dat hen een lager ongeschiktheidspercentage wordt toegekend groter dan voor mannen.

Europees communautair kader van de beroepsziekten

Binnen het Europees sociaal beleid dook al snel de noodzaak op om de systemen voor de erkenning en aangifte van beroepsziekten te harmoniseren. Vanuit die doelstelling nam de Europese Commissie op 23 juli 1962 een aanbeveling aan²⁰. De aanbeveling was gericht tot de zes lidstaten van de Europese Economische Gemeenschap.

Het belang van een eenvormig systeem voor de erkenning van beroepsziekten werd zowel beschouwd als prioritair op sociaal vlak als een factor die concurrentievervalsing zou vermijden en het vrij verkeer van werknemers zou bevorderen. De toestand in België was waarschijnlijk een gegronde reden voor ongerustheid bij de Europese partners. Tienduizenden Italiaanse mijnwerkers die in de Belgische mijnen hadden gewerkt, waren getroffen door silicose, een ziekte die toen nog niet was erkend als beroepsziekte. Onder druk van de linkse partijen en de vakbondsbeweging bereidde Italië zich voor om wet nr. 1115 van 27 juli 1962 aan te nemen, zodat de mijnwerkers die in België een stoflong hadden opgelopen konden genieten van een schadevergoeding van de Italiaanse sociale zekerheid, op voorwaarde dat ze zich opnieuw in Italië vestigden. Die wet werd beschouwd als een overgangsmaatregel tot België silicose zou erkennen als beroepsziekte. Overigens was de Europese aanbeveling van 1962 rechtstreeks geïnspireerd op de Conventies en Aanbevelingen van de Internationale Arbeidsorganisatie.

De aanbeveling van 23 juli 1962 betreffende beroepsziekten was vooral gericht op de schadeloosstelling ervan. Ze draaide rond drie voorzieningen. Bijlage 1 gaf een eenvormige Europese lijst voor ziekten en agentia die de ziekte konden veroorzaken. Die lijst stemde overeen met de ziekten waarvoor de lidstaten een schadeloosstelling moesten voorzien. Een tweede lijst (bijlage 2) betrof de ziekten die moesten worden aangegeven, zodat men ze eventueel in de toekomst zou kunnen opnemen in de eerste lijst. Tegelijk met de opstelling van die lijsten beval de Commissie aan om de systemen open te stellen voor de erkenning van elke ziekte waarvan de beroepsoorsprong voldoende vaststond.

¹⁹. Die verminderingen werden ingevoerd door de wet van 31 juli 1984 die een geheel van maatregelen voor "economisch herstel" bepaalde in een context van crisis.

²⁰. *Publicatieblad EG*, 31 augustus 1962, p. 2188.

Dat heeft men de invoering van een gemengd systeem genoemd. Voor wat preventie betreft, legde de aanbeveling van 1962 de nadruk op het verband tussen erkenning en de bijzondere aandacht die bijgevolg moest uitgaan naar het risico. De aanbeveling gaf aan wat de toekomstige ontwikkelingen zouden zijn van de Europese tussenkomst. Enerzijds diende men de voorwaarden voor de toekenning en het niveau van de prestaties in geval van een beroepsziekte eenvormig te maken. Anderzijds dienden er preventiestrategieën te worden ontwikkeld, gebaseerd op een betere medische en wetenschappelijke kennis. Het ingevoerde systeem van Europese aangifte zou moeten toelaten om de verschillende landen te vergelijken.

De aanbeveling van 23 juli 1962 werd gevolgd door verschillende andere aanbevelingen.

- **Aanbeveling van 20 juli 1966**²¹. De belangrijkste doelstelling van die aanbeveling was de afschaffing van de beperkende voorwaarden voor de erkenning van ziekten van de lijst in functie van criteria als specifieke klinische verschijnselen, bijzondere werkzaamheden of beroepen, een minimum tijdsduur van de blootstelling of een maximum termijn voor de toeschrijving van de ziekte aan de blootstelling van het risico. De aanbeveling van 1966 gaf duidelijk aan: “met het oog op de kennis van de arbeidsgeneeskunde en de zich steeds verder ontwikkelende researchmethoden die de deskundigen ter beschikking staan is het thans noodzakelijk geworden de meeste voorwaarden die op dwingende wijze het recht op schadeloosstelling beperken, op te heffen”. Ze verduidelijkt dat de huidige beperkende voorwaarden “over het algemeen dan ook arbitrair zijn, zoals trouwens blijkt uit het feit, dat wanneer voor eenzelfde beroepsziekte in de wettelijke regeling van verschillende landen een bepaalde voorwaarde is gesteld, deze voorwaarde niet in alle regelingen gelijklopend is”. Met het oog op de afschaffing van de meeste van die beperkende voorwaarden, nam de aanbeveling een bijlage aan voor de gevallen van schadelijke agentia en beroepsziekten waarvoor de vermelde beperkende voorwaarden gesteld konden worden. De aanbeveling gaf ook de voorkeur aan de afschaffing van het bestaan van aparte lijsten voor de landbouw. Voor wat de ziekten betrof die niet op de lijst voorkwamen, herinnerde de aanbeveling aan de noodzaak om een gemengd systeem in te voeren. Ze gaf er de voorkeur aan dat het verzekeringsorgaan in ieder geval “alle nodige stappen moet ondernemen om na te gaan of de oorzaak van de ziekte in verband staat met het beroep”. De aanbeveling bepaalde een systeem van nationale rapporten die de lidstaten om de twee jaar moesten indienen, zodat de Europese lijst periodiek kon worden herzien.
- **Aanbeveling van 22 mei 1990**. Die werkte de Europese lijsten voor het eerst in 28 jaar bij, terwijl er sprake was geweest van een periodieke bijwerking om de twee of drie jaar. De aanbeveling formuleerde geen enkele beperkende voorwaarde meer. Ze stelde vast dat in de meeste Europese landen het gemengde systeem nog steeds niet werd toegepast, alleen Denemarken

21. *Publicatieblad EG*, 9 augustus 1966, p. 2696.

en Luxemburg leken een systeem toe te passen dat in overeenstemming was met de richtlijnen van de aanbevelingen uit 1962 en 1966. De aanbeveling bevatte een definitieve aansporing: “de Commissie verzoekt de lidstaten haar binnen een termijn van drie jaar in te lichten omtrent de maatregelen die zijn of zullen worden genomen om aan deze aanbeveling gevolg te geven. De Commissie onderzoekt daarop de stand van de toepassing van deze aanbeveling in de onderscheiden lidstaten, ten einde te bepalen of een dwingend voorschrift van wetgevende aard moet worden voorgesteld”.

- **Aanbeveling van 19 september 2003**²². Die aanbeveling vervangt de aanbeveling van 1990. Ze steunt op dezelfde principes: een lijst van ziekten die gegarandeerd erkend moeten worden en een lijst van ziekten waarvoor aangifte verplicht is maar de erkenning wordt overgelaten aan het oordeel van elk land. Overigens kan elke ziekte die niet is opgenomen in die lijsten worden erkend in het kader van het open systeem.

De nieuwe aanbeveling stemt over het algemeen overeen met de oorspronkelijke voorstellen van de Commissie uit 2001. Toch werd rekening gehouden met enkele vakbondseisen, die werden toegevoegd aan de definitieve versie.

Die eisen betroffen in hoofdzaak drie punten:

- de nationale statistieken van beroepsziekten dienden het geslacht van de slachtoffers te vermelden;
- de nationale gezondheidsstelsels en het medisch personeel dienden meer te worden betrokken bij de aangifte van beroepsziekten;
- nieuwe ziekten in verband met musculoskeletale aandoeningen dienden uitdrukkelijk te worden opgenomen in de lijst met beroepsziekten: carpaal tunnelsyndroom en drie categorieën van bursitis.

Op andere punten werden de oorspronkelijke voorstellen beperkt omwille van de druk van werkgeversorganisaties die werden gesteund door verschillende regeringen. Strottenhoofdkanker werd van de eerste lijst overgeheveld naar de tweede lijst²³. In het oorspronkelijke voorstel vermeldde de tweede lijst ook aandoeningen van de wervelkolom veroorzaakt door het tillen van zware lasten. In de definitieve tekst worden deze aandoeningen uitgesloten. Nochtans bestaat er een Europese richtlijn over het manueel hanteren van lasten waarin het verband wordt gelegd tussen het tillen van zware lasten en rugletsel. De economische uitdaging is groot: aanzienlijke kosten voor de gezondheidsstelsels en de slachtoffers.

Het Europees kader voor beroepsziekten heeft als limietbeginsel dat het steunt op niet-bindende teksten. Bijna vijftig jaar zijn verstreken sinds de eerste aanbeveling werd aangenomen. De oprichting van een verplicht geharmoniseerd kader voor de erkenning van beroepsziekten in de Europese Unie staat nog steeds niet op de agenda. Dat verklaart mede waarom de nieuwe Europese

²². *Publicatieblad EG*, L 238 van 25 september 2003.

²³. Strottenhoofdkanker veroorzaakt door asbest komt sinds mei 2002 op de Belgische lijst voor maar de voorwaarden zijn erg beperkend.

strategie rond gezondheid op het werk voor de periode 2007-2012 uitsluitend een kwantitatieve doelstelling aanneemt voor wat betreft de vermindering van arbeidsongevallen.

Een studie over enkele landen van de Europese Unie geeft de volgende evolutie tussen 1990 en 2006.

Tabel 1 Evolutie van het aantal erkende beroepsziekten per 100.000 werknemers (periodes 1990, 2000 en 2006)

	1990	2000	2006
Luxemburg	8	14	25
Italië	93	33	38
Duitsland	35	49	40
Oostenrijk	78	42	42
België	186	112	54
Portugal	–	27	70
Denemarken	90	124	98*
Spanje	–	–	103
Zweden	1242	138	267
Frankrijk	44	177	282

*Gegevens uit 2005 / Bron: Eurogip (2009)

Die grote verschillen houden op geen enkele wijze verband met de arbeidsomstandigheden. Zelfs in de landen waar de erkenningspercentages het hoogst zijn, worden de meeste ziekten die worden veroorzaakt door het werk niet erkend als beroepsziekte.

Van de landen uit de gegevens van Eurogip²⁴ staat België op de tweede plaats in 1990, op de vierde plaats in 2000 en op de zesde plaats in 2006. België erkende in 1990 in vergelijking met Frankrijk vier keer zoveel beroepsziekten in verhouding tot de doelgroep, en vijf keer minder in 2006. Zelfs wanneer men de gegevens in een strikt nationaal kader bekijkt, is de evolutie enorm: van 184 erkende ziekten per 100.000 werknemers in 1990 tot 54 ziekten in 2006 en dat ondanks het feit dat het systeem werd opengesteld voor ziekten die niet in de lijst zijn opgenomen en ondanks het feit dat meer ziekten werden opgenomen in de lijst.

Hoe kan men de plotse daling in het aantal nieuwe erkende beroepsziekten in België verklaren? Een naïeve verklaring zou kunnen zijn dat de arbeidsomstandigheden voortdurend verbeterd zijn. Ons lijkt het meer realistisch te denken dat het erkenningsysteem steeds minder de reële evolutie van de arbeidsomstandigheden weerspiegelt. Het systeem hanteert erkenningscriteria

24. Eurogip is een in 1991 opgericht Frans orgaan dat zich toelegt op het bestuderen van kwesties aangaande de verzekering en preventie van arbeidsongevallen en beroepsziekten op Europees niveau. Het publiceert regelmatig statistische en juridische gegevens over de erkenning van beroepsziekten in verschillende Europese landen.

die deels overeenstemmen met de vorige generatie mannelijke industriearbeiders. Het houdt slechts erg onvolledig rekening met de evolutie van de activiteitssectoren, arbeidsomstandigheden en kennis over de verhouding tussen werk en gezondheid.

De nationale systemen voor de erkenning van beroepsziekten mogen dan erg verschillen van het ene land tot het andere, ze hebben vrijwel allemaal één punt gemeenschappelijk. Ze zijn erg discriminerend tegenover vrouwen.

In het Verenigd Koninkrijk bedraagt het percentage vrouwen voor wie een beroepsziekte wordt erkend minder dan 10%. In de meeste Europese landen ligt dit cijfer tussen de 20 en 30%. Alleen de Noord-Europese landen hebben iets evenwichtiger percentages.

Deel 2

De gegevens van het FBZ aflezen in gendertermen

Sinds 2002 maken bijna alle statistieken in de jaarverslagen van het FBZ onderscheid tussen mannen en vrouwen. Het FBZ heeft echter nog nooit een genderanalyse van die gegevens gemaakt. Anders gezegd beschikt men over een aantal bruto indicatoren maar het gebruik daarvan stuit op tal van methodologische moeilijkheden. Meer algemeen houden de interpretatieproblemen verband met de in wezen administratieve benadering van de verslagen. Verschillende rubrieken geven kwantitatieve gegevens maar er wordt geen enkele analyse voorgesteld om de problemen te identificeren of het preventiebeleid te verbeteren.

Problemen en beperkingen

De belangrijkste problemen die wij hebben vastgesteld, zijn de volgende:

1. De beschikbare gegevens beperken zich tot de privésector en de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten (PPO). Er bestaan geen geconsolideerde gegevens zodat men geen overzicht heeft van het hele openbaar ambt. Die beperking geldt niet voor de statistieken over de aangifte van beroepsziekten door arbeidsgeneesheren. Helaas komen de meeste preventiediensten die verplichting niet na, waardoor de gegevens van de aangiften onbruikbaar zijn.
2. De verslagen van het FBZ bevatten een beschrijving van de ziekten volgens twee classificatiesystemen, die weergegeven zijn in bijlage 1 en 2 van dit rapport. Enerzijds zijn er de ziekten die worden beschreven aan de hand van categorieën met een cijfercode uit de officiële lijst. Die lijst telt vijf categorieën (en een lijst met diverse ziekten die onder geen enkele andere categorie vallen) en ongeveer 150 cijfercodes die overeenstemmen met wat men in Frankrijk *tableaux* noemt. De codes kunnen verwijzen naar een precieze ziekte verbonden aan een enkele blootstelling (bijvoorbeeld strottenhoofdkeizerziekte veroorzaakt door asbest). Ze kunnen ook verwijzen naar een blootstelling zonder dat een lijst met ziekten is opgesteld (bijvoorbeeld beroepsziekten veroorzaakt door nikkel en nikkelverbindingen). De regelgeving formuleert zelden nauwkeurige voorwaarden voor de erkenning. Omwille van die relatieve vaagheid hebben de administratieve organen van het Fonds een erg grote beoordelingsmacht.

Het Fonds gebruikt ook een tweede classificatiesysteem, voor statistische doeleinden (zie bijlage 2). Het gaat hier om een alfabetische code van één letter die ofwel een bepaalde ziekte (bijvoorbeeld H voor virale hepatitis) ofwel een verzameling van ziekten (D voor huidaandoeningen) aanduidt. Er is geen automatische overeenkomst tussen het cijfersysteem en het alfabetisch

systeem. Een huidaandoening kan vallen onder de ziekten van groep 1.1 (beroepsziekten veroorzaakt door bepaalde chemische agentia) of van groep 1.2 (huidziekten veroorzaakt in het werkmilieu door stoffen en agentia die niet onder andere posten zijn opgenomen). In het kader van het open systeem bestaat alleen de tweede classificatie omdat men, per definitie, niet verwijst naar ziekten en voorwaarden van de lijst.

Een van de grootste problemen van de gegevens van het FBZ is dat het niet altijd mogelijk is de ziekten samen te brengen in grote categorieën, wat het gemakkelijker zou maken om het verband te leggen tussen schadeloosstelling en preventie. Er is bijvoorbeeld geen enkel algemeen gegeven over beroepskankers²⁵. In de klassering volgens de alfabetische code van het FBZ worden kankers niet vermeld, en zijn ze verspreid over verschillende categorieën die alleen onderscheid maken tussen relatief goedaardige kankeraandoeningen (bijvoorbeeld ziekten van het ademhalingssysteem, algemene aantasting enz.). In de lijst worden slechts enkele kankers uitdrukkelijk vermeld, wanneer ze werden veroorzaakt door asbest. Over de tientallen andere blootstellingen aan kankerverwekkende stoffen die vaak voorkomen op de werkplek (zoals benzene, formaldehyde, silicium enz.) bieden de verslagen geen gegevens.

3. Uit de gegevens kan men geen indicatoren halen voor de frequentie binnen de verzekerde doelgroep. In andere landen, evenals in sommige vergelijkende analyses, kan men gegevens vinden die het aantal beroepsziekten in verband brengen met alle werknemers die gedekt zijn door een systeem voor vergoeding voor beroepsziekten, ja zelfs met het aantal gewerkte uren. Die benadering heeft ontegenzeggelijk een voordeel: ze biedt een opvolging in de tijd die rekening houdt met de demografische evolutie van de doelgroep. Het spreekt voor zich dat men voorzichtig moet omspringen met frequentie-indicatoren, men moet immers ook rekening houden met de soms lange latentieperiode tussen de blootstelling op het werk en de ziekte, bovendien is het mogelijk dat de aanvraag voor vergoeding werd ingediend lang nadat de ziekte voor het eerst werd vastgesteld. Om die beperkingen weg te nemen, kunnen we alleen maar aanraden dat er statistieken worden gemaakt van de blootstelling aan beroepsrisico's en dat er een controle komt op de verplichting voor arbeidsgeneesheren om beroepsziekten aan te geven. Op dit moment, is deze controle onbestaanbaar.

In België zouden de statistieken over blootstelling kunnen worden opgesteld op basis van de regelgeving rond het gezondheidstoezicht. Elke werkgever moet lijsten opstellen van de werkposten en werknemers die onderworpen zijn aan het gezondheidstoezicht. De FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg zou elk jaar statistieken kunnen opstellen om die blootstellingen op te volgen. Op die manier zou men beschikken over relatief uitgebreide

²⁵. In de documenten van het FBZ worden de gegevens over kankers nooit systematisch voorgesteld. Een vergelijkend Europees rapport van Eurogip (2010) bevat echter wel samenvattende gegevens voor België over de periode 2001-2008. In het kader van ons onderzoek is de heer Karim Wilmotte van het FBZ zo vriendelijk geweest een overzichtstabel op te stellen van de kankers die in de periode van 2000 tot 2010 werden erkend als beroepsziekte.

informatie over fysische, chemische en biologische agentia en over meer benaderende gegevens over bepaalde aspecten van de arbeidsorganisatie (nachtwerk, manuele behandeling van lasten, werken aan een computerscherm, andere ergonomische factoren of wat in de wetgeving psychosociale belasting wordt genoemd). Overigens zou men beter kunnen controleren in welke mate de verplichting wordt nagekomen om een aantal werknemerscategorieën te onderwerpen aan het gezondheidstoezicht.

4. Voor zover wij weten bestaan er in België geen statistieken over het gedeelte van de mortaliteit of morbiditeit dat toe te schrijven is aan de arbeidsomstandigheden, niet in het algemeen en ook niet voor specifieke aandoeningen²⁶. Dergelijke gegevens zouden erg nuttig zijn om de prestaties van het systeem voor aangifte en erkenning van beroepsziekten te meten. De enige gegevens die wij voor België konden vinden, zijn afkomstig van de Internationale Arbeidsorganisatie. Het gaat om gegevens die geëxtrapoleerd zijn uit studies in andere landen en ze gaan alleen over de mortaliteit veroorzaakt door het werk. Vanuit een genderperspectief zijn die gegevens sterk beperkt. Het gedeelte van de mortaliteit dat kan worden toegeschreven aan de arbeidsomstandigheden werd berekend op basis van de bestaande epidemiologische literatuur en die heeft de neiging om de invloed van de arbeidsomstandigheden op de gezondheid van vrouwen te onderschatten.

De aangifte van beroepsziekten

De statistieken over de aangifte van beroepsziekten zijn verontrustend. We kunnen eruit opmaken dat arbeidsgeneesheren zich massaal onttrekken aan hun verplichting om beroepsziekten aan te geven. Ook brengen de statistieken aan het licht dat er een probleem is met de samenwerking tussen arbeidsgeneesheren en andere gezondheidsactoren. Het is waarschijnlijk dat een groot aantal ziekten veroorzaakt door het werk wordt gediagnosticeerd door een huisarts of specialist zonder dat die hierover communiceert met een arbeidsgeneesheer en zonder dat met die informatie rekening kan worden gehouden om de preventiemaatregelen te versterken.

We herinneren eraan dat er een aangifteplicht is voor alle ziekten van de Belgische lijst, van de twee lijsten van de aanbeveling van de Europese Unie, en van alle ziekten waarvoor op zijn minst wordt vermoed dat het werk de oorzaak kan zijn, net als alle situaties waar vatbaarheid of de eerste verschijnselen van een van die ziekten worden vastgesteld. Vanuit epidemiologisch oogpunt is het uiterst belangrijk om ziekten aan te geven die nog niet op de Belgische lijst met beroepsziekten staan. Dat zou bijdragen tot de dynamiek van het systeem.

Er worden ongeveer 1.500 gevallen per jaar aangegeven. Over de voorbije vijftien jaar zien we een langzame maar voortdurende afbrokkeling: 2113

²⁶. Dergelijke gegevens bestaan, volgens verschillende methodologieën, in tal van geïndustrialiseerde landen. Wij konden de literatuur raadplegen over Australië, Spanje, de Verenigde Staten, Finland, Frankrijk en Zwitserland.

aangiften van beroepsziekten in 1995, tegenover 1391 in 2009. Die vaststelling is nog alarmerender aangezien de vertreksituatie al bijzonder slecht was.

Als we de verdeling per sector onderzoeken, zien we dat in slechts twee sectoren jaarlijks meer dan 100 aangiften worden gedaan:

- gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening;
- openbaar bestuur, algemene collectieve diensten en verplichte sociale verzekering.

Ook de geografische spreiding laat onbegrijpelijke verschillen zien: het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertegenwoordigt minder dan 4% van de aangiften, tegenover bijna 10% voor Vlaams-Brabant (gegevens uit 2009). De verdeling per beroep bevestigt alleen maar de veronderstelling dat de arbeidsgeneesheren massaal hun verplichting ontduiken. Er zijn meer aangiften onder de artsen, gelijkgestelden en verpleegkundigen dan onder beroepen uit de bouw. Een dergelijke situatie maakt het instrument volledig ongeschikt om een preventiebeleid te bepalen.

Wat de uitsplitsing tussen mannen en vrouwen betreft, zien we dat vrouwen vertegenwoordigd zijn met ongeveer 45%. Dat is te verklaren door het feit dat de sector van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening een van de weinige sectoren is waar een minimaal aantal beroepsziekten wordt aangegeven. Om eerlijk te zijn, vinden we het weinig bemoedigend dat we moeten vaststellen dat de enige sector waar we bijna een evenwicht tussen mannen en vrouwen zien, net die sector is waar de preventiediensten het meest nalatig zijn!

Wat de aangegeven ziekten betreft, zien we een soort van voorzichtig conservatisme dat ervoor zorgt dat de weinige aangegeven ziekten over het algemeen die van de lijst zijn. Op jaarbasis worden ongeveer 200 tot 300 ziekten aangegeven die niet op de Belgische lijst staan²⁷. Het lijkt heel erg uitzonderlijk dat een kanker wordt aangegeven.

Een ander verontrustend element is dat de enkele aangiften ook nog eens laat-tijdig worden gedaan. Bij de mannen betreft meer dan de helft van de aangiften personen tussen 44 en 65 jaar, voor de vrouwen betreft meer dan de helft personen tussen 40 en 65 jaar. Dat is onverklaarbaar als we weten hoe belangrijk het voor de preventie is om aangifte te doen vanaf de eerste verschijnselen van elke ziekte waarvan de arbeidsgeneesheer vermoedt dat die zou veroorzaakt kunnen zijn door het werk. Overigens bedraagt het aantal aangiften voor mensen van 65 of ouder vrijwel nul. Dat brengt het probleem van het gezondheidstoezicht na het beroepsleven onder de aandacht, een probleem dat we verderop behandelen.

²⁷. De statistieken van het Fonds geven geen details over de ziekten die niet op de lijst staan.

Tabel 2 Verplichte aangiften van beroepsziekten door arbeidsgeneesheren

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Aantal ziekten niet op de lijst
1994	n.i.	n.i.	2118	157
2002	1017 (62,8 %)	602 (37,1 %)	1619	278
2003	1094 (59,4 %)	746 (40,5 %)	1840	285
2004	911 (50,1 %)	906 (49,8 %)	1817	244
2005	870 (52,8 %)	777 (47,1 %)	1647	253
2006	852 (54,1 %)	721 (45,8 %)	1573	257
2007	759 (49,1 %)	784 (50,8 %)	1543	254
2008	782 (52,9 %)	696 (47,1 %)	1478	216
2009	742 (53,3 %)	649 (46,6 %)	1391	242

Bronnen: Jaarverslagen van het FBZ

De eerste aanvragen voor vergoedingen

In dit deel onderzoeken we voor welke ziekten de slachtoffers (of hun rechthebbers) een aanvraag voor vergoeding indienen.

Wij beperken ons onderzoek tot de aanvragen voor een vergoeding voor blijvende ongeschiktheid. De evolutie van de vergoedingsaanvragen voor een blijvende arbeidsongeschiktheid kan paradoxaal lijken. Ondanks de oprichting van een open systeem waardoor men aanvragen kan indienen voor ziekten die niet op de lijst voorkomen (of die niet beantwoorden aan de voorwaarden opgelegd door de lijst) en de uitbreiding van de lijst met meer ziekten, zien we een bruuske daling van de eerste aanvragen tussen 1991 en 2010. In de privé-sector daalt dit aantal van 9314 tot 5448 (de cijfers bedragen respectievelijk 8122 en 4922 indien men zich beperkt tot de nieuwe gevallen).

In 2010 werd 26% van de eerste aanvragen ingediend door vrouwen. Dat percentage is gestegen tegenover 2001. Indien men de cijfers gedurende het hele decennium bekijkt, blijven de absolute cijfers voor de eerste aanvragen ingediend door vrouwen relatief stabiel en dalen ze voor de mannen.

Het aandeel vrouwen varieert enorm naargelang de aandoening. De vrouwen vormen de meerderheid in twee van de zestien groepen van aandoeningen die voorkomen in de statistieken van het FBZ: groep C met het carpaal tunnelsyndroom en groep D met de huidaandoeningen.

Tabel 3 Eerste aanvragen, privésector, lijststelsel + open stelsel in 2010

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aandoeningen	4022	1426	5448
Hardhorigheid	665	15	680
Hematopoïetisch systeem	13	2	15
Carpaal tunnel	252	367	619
Huidziekten	124	203	327
Hoofdzakelijk afscheuring door overmatige inspanning van doornvormige beenuitsteeksels	0	0	0
Virale hepatitis	1	3	4
Lumbale aandoeningen	863	147	1010
Been- en gewrichtsaandoeningen, bovenste ledematen	187	15	202
Neus-keel-oor pathologie (uitz. doofheid)	50	14	64
Ademhalingssysteem	782	159	941
Beenderen, gewrichten, discuspathologie	502	131	633
Tendinitis	450	330	780
Aandoeningen van de bursae	22	0	22
Vasculaire pathologie	12	4	16
Algemene aantasting (infectieuze nier-, zenuwpathologieën die niet onder andere rubrieken voorkomen)	95	36	131
Oogpathologie	4	0	4

Bron: FBZ, Jaarverslag, 2010: 26

Als we die gegevens over de aangegeven ziekten bekijken, zien we dat er een belangrijke kloof is tussen de vergoedingsaanvragen en de ziekten die worden veroorzaakt door het werk. Psychische aandoeningen zijn vrijwel volledig afwezig en musculoskeletale aandoeningen zijn ondervertegenwoordigd.

Het is waarschijnlijk dat de obstakels in het systeem beletten dat mensen die mogelijk recht hebben op een vergoeding een aanvraag indienen. Het lijkt of aanvragen niet worden ingediend omdat mensen verwachten dat die zal verworpen worden of zelfs ervan uitgaan dat alle rompslomp de moeite niet loont omdat de uitkomst onzeker is. Een dergelijk ontradend effect is begrijpelijk. Wanneer het uiterst moeilijk is om een ziekte te laten erkennen als beroepsziekte, hebben slachtoffers de moed niet om het hoofd te bieden aan de administratie²⁸. Bij een zware ziekte als kanker hebben de zieke en zijn naasten totaal geen zin om zich te begeven op een hindernissenparcours met onzekere uitkomst en waarbij elke stap alleen maar het leed van de ziekte kan verergeren.

²⁸ Lippel (2007) onderzoekt de negatieve gevolgen van de behandeling van de vergoedingsaanvragen in Quebec. Haar conclusies lijken ons volkomen relevant voor België.

De beslissingen van het Fonds betreffende de eerste aanvragen voor vergoeding

Lijststelsysteem

Vanaf 1993 zien we een dramatische daling van het aantal positieve beslissingen bij een eerste vergoedingsaanvraag voor een blijvende ongeschiktheid in het kader van het lijststelsysteem voor de privésector. Het aantal aanvragen bedroeg 4.888 in 1992. Het is met ongeveer 80% gedaald en bedroeg 898 volgens de beschikbare gegevens voor 2010. Tussen 2006 en 2010 geven de cijfers de indruk dat een - uiterst lage - drempel werd bereikt die schommelt tussen de 840 en 900 positieve beslissingen per jaar. Vrouwen vertegenwoordigen onveranderlijk minder dan 10% van dit totaal. De gemiddelde leeftijd waarop voor vrouwen een positieve beslissing wordt genomen is heel wat lager dan bij mannen (45 jaar tegenover 62 jaar in 2010).

Een statistische analyse van de beslissingen van verwerpingen stuit op grote hindernissen. De statistieken in de jaarverslagen van het FBZ maken voor de positieve beslissingen een onderscheid tussen tijdelijke ongeschiktheid en blijvende ongeschiktheid. Maar de verwerpingen worden allemaal samengebracht, zonder onderscheid in de aard van de ongeschiktheid. In het lijststelsysteem kunnen van het ene jaar op het andere twee tot tweeënhalf keer zoveel negatieve als positieve beslissingen voorkomen. In 2009 waren er 1236 positieve beslissingen, zowel voor tijdelijke ongeschiktheid (386 gevallen, waarvan 49% vrouwen) als voor blijvende ongeschiktheid (850 gevallen, waarvan 8,7% vrouwen) en 2.505 verwerpingen (waarvan ongeveer 20% vrouwen).

Open systeem

Voor het open systeem geven de statistieken ons de indruk dat dit systeem nooit heeft gefunctioneerd als aanvullend middel om beroepsziekten te vergoeden die niet beantwoorden aan de vaak erg strenge criteria van het lijststelsysteem. Het systeem speelt slechts een marginale aanpassingsrol. We stellen zelfs vast dat het systeem in de loop der tijd steeds slechter is gaan presteren. Als we de jaren waarvoor we beschikken over gendergegevens verdelen in periodes van drie jaar, gaan we van 175 positieve beslissingen voor blijvende ongeschiktheid in 2001-2003, over 79 in 2004-2007 tot 63 in 2007-2009. De vrouwen waren goed voor 34% van het totaal in de eerste periode, bijna 27% in de tweede periode en 17% in de laatste periode. Die evolutie suggereert dat het verlies aan efficiëntie van het systeem nog nadeliger is voor vrouwen dan voor mannen.

Tabel 4 Aantal eerste positieve beslissingen, blijvende ongeschiktheid in de privésector + PPO, open systeem

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2001	29	7	36
2002	55	34	89
2003	31	19	50
2004	13	6	19
2005	23	7	30
2006	22	8	30
2007	18	3	21
2008	18	5	23
2009	16	3	19

Bronnen: Jaarverslagen van het FBZ

Het statistisch onderzoek van de verwerpingen stuit op dezelfde problemen als bij het lijststelsel. In de jaarverslagen van het FBZ wordt bij de verworpen aanvragen geen onderscheid gemaakt tussen blijvende en tijdelijke ongeschiktheid of zelfs eenvoudigweg geneeskundige zorgen. Op het totaal van alle beslissingen wordt ongeveer 90% van de aanvragen verworpen. In 2009 werden in de privésector 601 aanvragen verworpen, waarvan ongeveer een derde afkomstig van vrouwen. Er waren 71 positieve beslissingen (waarvan 20 voor vrouwen) maar bij de 19 positieve beslissingen voor blijvende ongeschiktheid vormden de vrouwen slechts 18%.

Het totaal van de vergoedingen voor blijvende arbeidsongeschiktheid

Lijststelsel

Om een economische metafoor te gebruiken, kunnen de gegevens over het totaal van de blijvende arbeidsongeschiktheden bij het onderzoek naar de werking van het systeem eerder worden gebruikt als voorraadgrootheden dan als stroomgrootheden. De aangiften, de eerste aanvragen voor schadeloosstelling en de beslissingen daarover zijn activiteiten die meetbaar zijn op jaarbasis. Die gegevens kunnen worden gebruikt om na te gaan in welke mate het systeem voor erkenning van beroepsziekten een weerspiegeling vormt van de evolutie van ziekten veroorzaakt door het werk.

De gegevens over de vergoeding voor een blijvende ongeschiktheid geven een evaluatie die over een veel langere termijn gaat. Ze gaan immers over aangiften, aanvragen en beslissingen die lange tijd geleden kunnen gebeurd zijn.

Het is een feit dat de codes die overeenstemmen met het grootste aantal gevallen over ziekten gaan die voornamelijk het verleden weerspiegelen. In 2009 waren er 13.620 gevallen van blijvende ongeschiktheid omwille van rugletsels veroorzaakt door mechanische trillingen. Hierbij moet men de meer dan 2.700 gevallen van lage rugpijn, rugletsels of letsels aan de bovenste ledematen

veroorzaakt door mechanische trillingen tellen. In 2002 werden die verschillende codes vervangen door nieuwe codes die slechts een erg beperkt aantal vergoedingen toestonden. Het FBZ had aanzienlijk strengere criteria uitgewerkt. Alleen werknemers die voor de leeftijd van 40 jaar getroffen werden door zware letsels kwamen in aanmerking voor een vergoeding omwille van rugletsels veroorzaakt door mechanische trillingen. De nieuwe definitie sloot letsels veroorzaakt door de drillboor uit. De herziening leidde ertoe dat het aantal nieuwe vergoede gevallen plots daalde. Het criterium blootstelling aan mechanische trillingen sloot het dragen van lasten of een belastende lichaamshouding uit. Dat heeft ertoe bijgedragen dat vrouwen voor een groot deel werden uitgesloten van een vergoeding omwille van rugletsels.

Het geval van silicose is anders. Het relatief kleine aantal nieuwe gevallen is volledig toe te schrijven aan de verdwijning van de mijnsector. De voorwaarden voor erkenning zijn niet veranderd. In 2009 bedroegen de vergoedingen voor blijvende ongeschiktheid omwille van silicose, voor 9.644 gevallen, meer dan 15% van het totaal aantal gevallen en meer dan 25% van het totaal aan gestorte bedragen.

Tabel 5 Privésector, lijststelsel, totaal van de vergoedingen voor blijvende ongeschiktheid in 2009

Beroepsziekten*	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	Aantal	Bedrag**	Gemiddeld percentage BO	Aantal	Bedrag	Gemiddeld percentage BO	Aantal	Bedrag	Gemiddeld percentage BO
Groep 1.1	2.032	843	22,8	784	165	13,6	2.816	1.007	20,2
Groep 1.2	1.799	470	14,4	1.951	520	15,2	3.750	990	14,8
Groep 1.3	13.039	4.390	25	465	129	18,6	13.504	4.519	24,7
Groep 1.4	52	32	33,6	168	63	22,0	220	95	24,7
Groep 1.6	35.905	6.620	13,5	643	117	12,9	36.548	6.737	13,5
Groep 1.7	99	101	41	321	97	13,3	420	198	19,8
Totaal	52.926	12.456	16,8	4.332	1.090	15,1	57.258	13.546	16,6
Gemiddelde leeftijd	68 jaar			53 jaar			67 jaar		

*Zie bijlage 1. / ** Wij hebben de bedragen afgerond op duizend euro, zodat de tabel gemakkelijker te lezen is. / Bron: Jaarverslag, 2009: 149-153

Bij die tabel kunnen we verschillende opmerkingen geven. In termen van “voorraadeenheden” vertoont het lijststelsel voor beroepsziekten overduidelijk een onevenwicht tussen mannen en vrouwen. Op het totaal van alle personen aan wie een schadevergoeding voor blijvende ongeschiktheid wordt uitgekeerd, vertegenwoordigen de vrouwen minder dan 8%. Overigens zijn ook de toegekende arbeidsongeschiktheidspercentages lager bij vrouwen: 15,1% tegenover 16,8%. Dat verschil zien we voor de meeste aandoeningen. Het lijkt ons niet afkomstig uit hoofdzakelijk medische criteria. Het valt moeilijk te verklaren hoe verschillende aandoeningen als virale hepatitis, tuberculose, organisch psychosyndroom veroorzaakt door oplosmiddelen of osteo-articulaire aandoeningen kunnen leiden tot een gemiddeld hogere invaliditeitsgraad voor mannen. Ongetwijfeld vormt dit een weerspiegeling van de complexe maatschappelijke waardetoekenning aan de factoren die leiden tot de bepaling van arbeidsongeschiktheidspercentages en die de fysiologische aandoeningen,

beroepskwalificatie, het vermogen tot concurrentie op de arbeidsmarkt en nog andere factoren omvatten. De enkele uitzonderingen brengen nauwelijks opheldering. De hypothese die ons het meest waarschijnlijk lijkt, is de volgende. Zowel het FBZ als de arbeidsrechtbanken die tussenkomen in geval van een geschil kennen aan vrouwenarbeid in de regel een geringere waarde toe, waarbij ze hun toevlucht nemen tot criteria die vanuit genderoogpunt worden voorgesteld als neutraal. Het Hof van Cassatie omschrijft de stand van het recht in bijzonder harde woorden: “aan het slachtoffer wordt het verlies of de vermindering van de economische waarde op de algemene arbeidsmarkt vergoed door een uitkering die overeenstemt met de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid (lichamelijke factoren en economische en sociale factoren) veroorzaakt door een beroepsziekte”²⁹. Het Hof verduidelijkt in een later arrest: “Het verlies of de vermindering van de economische waarde op de algemene arbeidsmarkt leidt tot een percentage van arbeidsongeschiktheid te wijten aan een lichamelijke factor, waar een percentage moet worden bijgeteld dat verband houdt met de invloed van sociaaleconomische factoren om zo tot het totale percentage van blijvende arbeidsongeschiktheid te komen”³⁰.

De verschillen in de bedragen zijn het resultaat van een combinatie van twee ongelijkheidsfactoren: het aantal erkende gevallen en de lagere economische waarde die gemiddeld wordt toegekend aan vrouwenarbeid. Uiteindelijk wordt minder dan 8% van het totaal van alle vergoedingsbedragen dat wordt toegekend voor een blijvende ongeschiktheid veroorzaakt door een beroepsziekte toegekend aan vrouwen.

We kunnen dus stellen dat de gegevens over de blijvende ongeschiktheid een element zijn dat een algemeen overzicht geeft van een systeem van beroepsziekten dat historisch en sociaal werd opgebouwd rond ziekten die meer specifiek zijn voor mannen of vaker voorkomen bij mannen. Anders gezegd geeft het weer hoe gezondheidsaandoeningen bij vrouwen voor het grootste deel onzichtbaar blijven. De evolutie in de tijd is geen reden tot optimisme. Tussen 2002³¹ en 2009 is het totaal aantal vrouwen in de privésector die in het kader van het lijststelsel werden erkend als blijvend arbeidsongeschikt toegenomen met iets meer dan 600 eenheden. Uit de statistieken van het FBZ kunnen we niet opmaken of dat een verbetering betekent ten opzichte van het totaal van alle vrouwen die potentieel door het systeem worden gedekt (d.w.z. alle bezoldigde werknemers uit de privésector en alle personen die gedurende een periode in hun leven bezoldigd werknemer zijn geweest).

29. Arrest van 29 september 1986, *Pasicrisie*, I, p. 122. Paradoxaal genoeg leidde dit arrest tot een beslissing in het voordeel van een werknemer die de pensioenleeftijd had bereikt. Dat neemt niet weg dat de formulering bijzonder expliciet is voor wat betreft het voortbestaan van een ongelijkheid waarbij een schadeloosstelling wordt gebaseerd op de “economische waarde” van het slachtoffer.

30. Arrest van 28 mei 1990, *Chroniques de Droit Social*, 1991, p. 12.

31. De verslagen die zijn gepubliceerd voor 2002 vermelden niet het geslacht van de personen die werden erkend als blijvend arbeidsongeschikt.

Open systeem

De volgende tabel geeft een algemeen overzicht van de werking van het open systeem. De tabel vermeldt alle personen in de privésector voor wie een beroepsziekte werd erkend en die werden vergoed in 2009. Voor zover de vergoedingen omwille van een overlijden zelden voor meer dan 5 gevallen per jaar worden toegekend, wijken die cijfers niet sterk af van het totaal aantal blijvende ongeschiktheden dat over de voorbije twintig jaar werd erkend.

Tabel 6 Blijvende ongeschiktheid: open systeem, totaal van alle vergoede gevallen in 2009

	Mannen			Vrouwen			Totaal		
	Aantal	Bedrag	Gemiddeld % BO	Aantal	Bedrag	Gemiddeld % BO	Aantal	Bedrag	Gemiddeld % BO
Carpaal tunnel	2	102	4,5	0	–	–	2	102	4,5
Lumbale aandoeningen	1	402	16	0	–	–	1	402	16,0
Neus-keel-oor pathologie (uitz. doofheid)	12	5.847	23,8	16	4.218	12,4	28	10.065	17,3
Ademhalings-systeem	41	14.076	17,6	38	12.241	15,5	79	26.316	16,6
Beender-, gewrichts- en discus-pathologie	146	39.490	14,4	38	10.050	14,1	184	49.450	14,3
Tendinitis	251	30.423	7,3	108	8.525	5,6	359	38.948	6,8
Vasculaire pathologie	10	1.250	7,3	1	93	10,0	11	1.343	7,5
Algemene aantasting (infectieuze nier-, zenuw-pathologieën die niet onder andere rubrieken voorkomen)	2	2.063	47,5	2	2.381	48,0	4	4.445	47,8
Totaal	465	93.653	11,1	203	37.507	10,0	668	131.161	10,8

Bron: Jaarverslag, 2009: 166

Het open systeem werd ingevoerd in 1990. Vandaag kunnen we voldoende teruggaan in de tijd om na te gaan in welke mate dit systeem de lacunes in het lijststelsel opvult. Als we, in termen van “voorraadeenheden”, het totaal bekijken van de personen die werden erkend als blijvend arbeidsongeschikt, stellen we het volgende vast:

1. Algemeen blijft het open systeem erg zwak presteren. In bijna twintig jaar tijd zijn slechts enkele honderden personen erin geslaagd een blijvende arbeidsongeschiktheid te laten erkennen. De aandoeningen die werden erkend zijn voornamelijk terug te vinden in twee groepen: beender-, gewrichts- en discuspathologie en tendinitis. Het betreft hier aandoeningen waarvoor het noodzakelijk was gebleken de voorwaarden van de lijst te wijzigen³². Als we dat vaststellen, moeten we concluderen dat het open systeem alleen enkele van de meest in het oog springende lacunes van het lijststelsel opvult.

³². De strategie 2008-2012 inzake welzijn op het werk bepaalde dat, in het kader van de lijst, tendinitis moest worden erkend voor alle beroepen. Op dit ogenblik erkent de lijst deze aandoening alleen voor schouwspelartiesten. De wijziging is nog niet gebeurd.

2. Het open systeem bestendigt de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen voor wat betreft de erkenning van beroepsziekten. Die ongelijkheid is kleiner (dan in het lijststelsel) voor wat betreft het aandeel erkende gevallen (ongeveer 30% vrouwen). Maar de ongelijkheid is bijzonder groot in de toegekende arbeidsongeschiktheidspercentages voor vergelijkbare aandoeningen.
3. Het feit dat voor geen enkele vrouw het carpaal tunnelsyndroom³³ of een lumbale aandoening werd erkend, is onverklaarbaar als we kijken naar de gegevens uit andere landen over de prevalentie van die ziekten veroorzaakt door het werk.
4. Het open systeem neigt ertoe ziekten te erkennen waarvoor de arbeidsongeschiktheidspercentages vrij laag zijn. Van de 668 erkende gevallen werd voor 372 gevallen een arbeidsongeschiktheidspercentage van minder dan 10% toegekend, en voor 292 gevallen een arbeidsongeschiktheidspercentage tussen de 10 en 20%.
5. De mogelijkheden die het open systeem biedt om kankers van beroepsomgeving te laten erkennen lijken vrijwel onbestaand.
6. Ook de mogelijkheden voor psychische aandoeningen lijken vrijwel nihil³⁴.
7. Het totaal van de gestorte vergoedingen voor blijvende ongeschiktheid erkend in het kader van het open systeem vertegenwoordigt iets minder dan 1% van het totaal van alle vergoedingen voor blijvende ongeschiktheid. Dat bevestigt de marginale rol van het open systeem, dat voor de meeste potentiële begunstigen een onmogelijk hindernissenparcours vormt.

De afgeleide rechten: rente voor echtgenotes

In het systeem van de beroepsziekten mogen vrouwen dan de grote verliezers zijn in de hoedanigheid van werknemer, ze genieten onbetwistbaar een bevoorrechte positie in de hoedanigheid van echtgenote of, om preciezer te zijn, weduwe. Op een totaal van iets meer dan 4,8 miljoen euro schadevergoeding die, in het lijststelsel en voor de privésector, in 2009 werd gestort als rente aan de rechthebbenden, ontvingen weduwen 4,65 miljoen, weduwnaars iets meer dan 32.000 euro en wezen ongeveer 150.000 euro. Het voordeel dat de vrouwen behalen uit hun gezinstoestand wordt vanzelfsprekend beperkt door de erg lage bedragen die worden toegekend.

33. In het lijststelsel valt het carpaal tunnelsyndroom onder de categorie van aandoeningen met de code 1.605.51. In 2009 werd in die groep voor in totaal 336 mannen en 134 vrouwen een blijvende arbeidsongeschiktheid erkend. Ook hier is het arbeidsongeschiktheidspercentage van vrouwen lager dan dat van mannen (6,9 tegenover 8,2). Ook het aantal positieve beslissingen over een tijdelijke ongeschiktheid is erg laag: 40 vrouwen en 5 mannen in 2009.

34. Uit een onderzoek van Eurogip (2004) blijkt dat het FBZ tussen 1996 en 2002 slechts twee gevallen heeft erkend. In diezelfde periode waren er meer dan 100 gevallen in Portugal en meer dan 600 in Zweden.

De positieve beslissingen van het Asbestfonds

Het Asbestfonds trad in werking in 2007³⁵. Herinner u dat dit fonds tussenkomt om een bepaald aantal ziekten te vergoeden voor personen die werden blootgesteld aan asbest, ongeacht hun beroepsstatuut of de bron van de blootstelling. Een van de grootste beperkingen van dit systeem is dat het longkanker veroorzaakt door asbest uitsluit. Als we de gegevens van het Franse fonds voor schadeloosstelling van asbestslachtoffers (het FIVA)³⁶ bekijken voor alle vergoede gevallen van mesothelioom, zijn er hieronder ongeveer twee gevallen van longkanker veroorzaakt door asbest. In België kan longkanker veroorzaakt door asbest worden erkend als beroepsziekte van de lijst, maar de voorwaarden zijn vrij beperkend. Gemiddeld vertegenwoordigt het aantal erkende gevallen van longkanker ongeveer de helft van het aantal gevallen van mesothelioom. Die verhouding is abnormaal laag tegenover de gegevens uit de epidemiologie.

Vergoeding van mesothelioom

Tussen 1 april 2007 en 31 december 2010 waren er 1043 positieve beslissingen (toekenning van rente en toekenning van kapitaal), in 688 dossiers.

Tabel 7 Mesothelioom vergoed door het Asbestfonds tussen 1 april 2007 en 31 december 2010

Statuut van het slachtoffer	Aantal beslissingen om rente toe te kennen	Aantal beslissingen om kapitaal toe te kennen	Aantal positieve beslissingen (toekenning rente + toekenning kapitaal)	Aantal erkende gevallen	Aantal vrouwen
Professionelen					
Loontrekkende	445	312	757	483	15
Overheidssector	11	4	15	11	0
Belgisch leger	4	2	6	4	1
PPO	7	1	8	7	0
NMBS	11	4	15	12	1
Belgacom	3	2	5	3	0
Zelfstandige	28	10	38	29	6
Niet-professionelen					
Samenwonende	16	8	24	16	11
Omwonende van een fabriek waar asbest wordt gebruikt	12	3	15	12	9
Hobby	20	9	29	21	10
Andere	93	38	131	90	35
Algemeen totaal	650	393	1.043	688	88

Bron: FBZ

35. De jaarverslagen van het FBZ bevatten geen gegevens waarbij voor het Asbestfonds het geslacht van personen wordt vermeld. Ik wil hierbij graag mevrouw Anne Kirsch bedanken, die zo goed is geweest de tabellen van dit deel op te maken.

36. De jaarlijkse activiteitenverslagen van het FIVA zijn beschikbaar op <http://www.fiva.fr>

Dat zijn 650 toekenningen van rente en 393 toekenningen van kapitaal, voor 688 erkende gevallen in het kader van het Asbestfonds.

Van de 650 beslissingen “toekenning van rente” waren er 83 beslissingen voor een vrouw en 567 beslissingen voor een man.

Van de 393 beslissingen “toekenning van kapitaal”, waren er 37 als gevolg van het overlijden van een vrouw, maar voor 32 van die gevallen werd beslist om ook een rente toe te kennen.

Op een totaal van 688 erkende gevallen van mesotheliom, betreffen er dus 88 een vrouw. Dat is goed voor ongeveer 13%. De vrouwen vormen de meerderheid in twee bijzondere categorieën: samenwonenden (11 vrouwen op 16 gevallen) en personen die wonen in de omgeving van een fabriek waar asbest wordt gebruikt. Voor de professionele blootstelling bedraagt het percentage vrouwen ongeveer 4%.

Het is moeilijk vast te stellen in welke mate dit vrij laag percentage vrouwen overeenstemt met objectieve verschillen in het voorkomen van mesotheliom bij mannen en vrouwen in België. Voor zover wij weten bestaat hier op dit ogenblik geen enkele studie over.

Bij wijze van referentie kan men steunen op het Italiaans register van mesotheliomen, dat een van de beste in Europa is³⁷. Bij longvlies mesotheliom maken vrouwen ongeveer een kwart van de gevallen uit, bij buikvlies mesotheliom vertegenwoordigen ze ongeveer 40% van de gevallen. Voor alle mesotheliomen samen vertegenwoordigen vrouwen 27,5% van de gevallen. De Franse gegevens afkomstig uit het *Programme National de Surveillance du Mésothéliome* leiden tot ramingen die hier vrij dicht bij liggen voor wat betreft longvlies mesotheliom. Afhankelijk van het beschouwde jaar vertegenwoordigen vrouwen tussen de 20% en 25% van alle gevallen van longvlies mesotheliom geregistreerd in Frankrijk³⁸. De gegevens over mortaliteit door borstvlieskanker in Frankrijk leveren vergelijkbare cijfers op: vrouwen vertegenwoordigen ongeveer een kwart van de overlijdens. Op basis van die gegevens lijkt ons het feit dat het Asbestfonds ongeveer een achtste vrouwen vergoedt als slachtoffer van mesotheliom niet uitsluitend te verklaren vanuit objectieve gegevens over de prevalentie van mesotheliom. Dit zou grondiger onderzocht moeten worden.

Vergoeding van asbestose

Tussen 1 april 2007 en 31 december 2010 werden 579 positieve beslissingen genomen in 533 dossiers.

37. ISPESL, *Il registro nazionale dei mesoteliomi. Terzo rapporto*, Rome, 2010. Zie in het bijzonder hoofdstuk 8 dat gewijd is aan de gevallen van mesotheliom bij vrouwen.

38. Institut National du Cancer, *Amiante et mésothéliome pleural malin*, Boulogne-Billancourt, 2011.

Tabel 8 Asbestose vergoed door het Asbestfonds tussen 1 april 2007 en 31 december 2010

Statuut van het slachtoffer	Aantal beslissingen om rente toe te kennen	Aantal beslissingen om kapitaal toe te kennen	Aantal positieve beslissingen (toekenning van rente + toekenning van kapitaal)	Aantal erkende gevallen	Aantal vrouwen
Loontrekkende	520	19	539	501	12
Overheidssector	4	0	4	3	0
Belgisch leger	2	0	2	2	0
PPO	11	0	11	10	1
NMBS	3	0	3	3	0
Zelfstandige	3	0	3	3	0
Andere	9	8	17	11	0
Algemeen totaal	552	27	579	533	13

Bron: FBZ

Dit zijn 552 toekenningen van rente en 27 toekenningen van kapitaal, voor 533 erkende gevallen in het kader van het Asbestfonds.

Het aantal positieve beslissingen “toekenning van rente” verschilt van het aantal erkende gevallen in die zin dat voor bepaalde gevallen meerdere positieve beslissingen kunnen worden genomen als een gevolg van een herziening van de percentages. Anderzijds kan voor eenzelfde dossier ook eerst beslist worden om rente toe te kennen en later om kapitaal toe te kennen. Vrouwen vertegenwoordigen ongeveer 2,5% van alle gevallen van asbestose waarvoor het Asbestfonds is tussengekomen.

Deel 3

Vergelijking van de gegevens over beroepsziekten met de enquête naar arbeidsomstandigheden

De gegevens uit het voorgaande deel zouden kunnen leiden tot een kortzichtige voorstelling van de arbeidsomstandigheden voor vrouwen in België. Het lijkt of de vrouwen in ons land bijzonder bevoorrecht zijn.

De enige uitzonderingen zouden betrekking hebben op drie risicogroepen:

- dermatologische risico's: de huidaandoeningen van groep 1.2 zijn op zich al goed voor 45% van alle beroepsziekten waarvoor, in de privésector en op basis van het lijststelsel, vrouwen in 2009 een vergoeding ontvingen omwille van een blijvende arbeidsongeschiktheid (1951 gevallen op 4332)³⁹;
- biologische risico's (een totaal van 168 infectieziekten of door parasieten veroorzaakte ziekten);
- risico's op allergische aandoeningen veroorzaakt door natuurlijke latex (318 gevallen).

De specifieke prevalentie van die twee laatste categorieën bij vrouwen kan worden verklaard door het hoge percentage vrouwen dat in de zorgsector werkt. Het gewicht van de eerste groep toont ongetwijfeld eerder aan dat er systematische fouten zijn geslopen in de maatschappelijke constructie van beroepsziekten.

Vrouwen hangen veel meer dan mannen af van een heel klein aantal beroepsziekten in de lijst. Mannen worden vergoed voor een ruimere waaier aan ziekten. Het is natuurlijk zo dat twee specifieke groepen van aandoeningen meer voorkomen bij mannen: beender- en gewrichtsaandoeningen en rugletsels veroorzaakt door mechanische trillingen en silicose, maar het gaat hier om overzichten die vooral het verleden weergeven. Nieuwe gevallen van silicose zijn uiterst zeldzaam. De codes van de lijst met aandoeningen veroorzaakt door mechanische trillingen werden gewijzigd en de nieuwe voorwaarden maken het moeilijker om een ziekte te laten erkennen als beroepsziekte.

Het is alsof de lijst, op onvolledige wijze natuurlijk, een veelzijdig geheel van gezondheidsproblemen bij mannen beschrijft en alsof vrouwen slechts bij wijze van uitzondering in de lijst werden opgenomen, voor een aantal heel specifieke aandoeningen, zodat ze toch niet geheel en al zijn uitgesloten van het systeem. Mannen hebben kanker, ademhalingsziekten, gehoorschade, musculoskeletale aandoeningen, huidaandoeningen enz. Vrouwen worden eerder geconfronteerd met een erg beperkt aantal specifieke aandoeningen.

³⁹. Bij de mannen vertegenwoordigt die groep slechts 3,3% van de ziekten.

Door de erg hoge prevalentie van huidaandoeningen bij vrouwen zou men kunnen gaan denken dat arbeidsrisico's alleen dan zichtbaar worden wanneer ze de buitenkant van het lichaam aantasten. Om het cru te stellen: vrouwen zouden vooral waard zijn wat hun huid waard is.

Wanneer het om vrouwenarbeid gaat, bestaat een neiging om risico's te minimaliseren en een aantal factoren te banaliseren, omdat die deel zouden uitmaken van het "gewone leven": steeds terugkerend werk, gedwongen houdingen, eentonig werk, blootstelling aan gevaarlijke chemische stoffen tijdens activiteiten die worden aanzien als onbelangrijk of ondergeschikt (schoonmaken, verpakken enz.). Het relatief risico dat bezoldigd werk meebrengt voor de gezondheid van vrouwen zou aanzienlijk kleiner zijn dan dat voor mannen, ook indien men de gegevens over arbeidstijd en loopbaanduur zou aanpassen.

Een dergelijke kortzichtige interpretatie wordt door heel wat elementen tegengesproken. De forse daling van het tewerkstellingspercentage bij vrouwen ouder dan vijftig suggereert dat slijtage door arbeid een niet te verwaarlozen rol speelt. Voor zover het mogelijk is om beroepsziekten, ook na het einde van de loopbaan, aan te geven en te erkennen, zou een uittrede uit de arbeidsmarkt omwille van een dergelijke slijtage door het werk moeten worden weerspiegeld door een systeem van opvolging van beroepsziekten.

De maatschappelijke constructie van beroepsziekten zou moeten worden onderzocht. Ziekten die vaker voorkomen bij werkneemsters of die specifiek zijn voor werkneemsters zijn ziekten die naar de achtergrond verschoven worden.

In dit deel gebruiken we voornamelijk twee informatiebronnen:

- de gegevens uit de Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden die sinds 1990 om de 5 jaar wordt georganiseerd door de Dublin Stichting;⁴⁰
- een aantal gegevens over gezondheid op het werk afkomstig uit Europese landen of gehaald uit vergelijkende studies in Europa.

Het ontbreken van een nationale enquête naar de arbeidsomstandigheden vormt duidelijk een grote beperking. Paradoxaal genoeg heeft België, als een van de eerste geïndustrialiseerde landen van het Europese vasteland, een enorme achterstand in de inzameling en analyse van gegevens over arbeidsomstandigheden en de invloed daarvan op de gezondheid. Dat tekort wordt nog erger door het feit dat de volksgezondheidsenquêtes vrijwel geen aandacht besteden aan de arbeidsomstandigheden.

40. Die enquête duiden we aan met de Engelse afkorting: EWCS.

De Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (EWCS)

De Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden wordt om de vijf jaar georganiseerd door de Dublin Stichting. Het gaat hier om een perceptie-enquête waarin vrij uitgebreide gegevens worden verzameld over de omstandigheden van bezoldigd werk, en ook meer summiere gegevens over onbezoldigd werk en gegevens over de gezondheid. De enquête verzamelt ook een aantal gegevens over de tewerkstellingsomstandigheden.

Tussen 1990 en 2010 is de vragenlijst geëvolueerd. Dat verklaart dat de mogelijkheid om een opvolging in de tijd te realiseren varieert naargelang de vragen.

De enquête van 2010 is bijzonder interessant voor België, omdat de gebruikelijke steekproef werd vermenigvuldigd met vier, wat een beter statistisch staal oplevert. Secundaire onderzoeken, specifiek voor België, zijn gepland. Op het ogenblik dat dit rapport werd opgesteld waren die onderzoeken nog niet beschikbaar. De gegevens die wij gebruiken zijn de gegevens die al werden gepubliceerd door de Dublin Stichting. De analyse ervan wordt bijgevolg beperkt doordat een grondiger onderzoek met meerdere variabelen momenteel nog niet mogelijk is.

Enkele basisgegevens uit de Europese enquête naar arbeidsomstandigheden in verband met vrouwenarbeid in België

Fysische agentia

In dat verband bevestigt de Europese enquête het merendeel van de Belgische gegevens, namelijk dat veel meer mannen dan vrouwen worden blootgesteld aan fysische agentia. Toch volstaat het vastgestelde verschil tussen mannen en vrouwen niet om het - veel grotere - verschil op het vlak van erkenning van beroepsziekten te verklaren.

Wij beperken ons hier tot twee voorbeelden:

1. Voor wat betreft **lawaai** stelt de enquête van Dublin vast dat het percentage vrouwen dat gedurende minstens een kwart van de arbeidstijd wordt blootgesteld aan intens lawaai ongeveer de helft bedraagt van het percentage mannen; en die verhouding bleef over een periode van bijna twintig jaar min of meer dezelfde. Als we kijken naar het aantal erkende beroepsziekten, zien we dat vrouwen in 2009 minder dan 1% uitmaken van het aantal nieuwe erkende gevallen van doofheid of hardhorendheid.
2. Voor wat betreft **trillingen** schommelt de prevalentie van de blootstelling tussen iets meer dan een zesde (in 1995) en iets meer dan een kwart (in 2010). Als we kijken naar het aantal erkende beroepsziekten is het aandeel vrouwen beduidend kleiner. Vrouwen vertegenwoordigen slechts iets minder dan een half percent van alle erkende gevallen.

Werkorganisatie en musculoskeletale aandoeningen

Vanuit de enquêtegegevens rond werkorganisatie kunnen we geen directe correlatie vaststellen met bepaalde ziekten. Sommige gegevens bevestigen echter wel dat er arbeidsomstandigheden zijn die sterk bijdragen tot het ontstaan van musculoskeletale aandoeningen. De prevalentie van musculoskeletale aandoeningen is sterk gecorreleerd met een geheel van organisatorische kenmerken en arbeidsomstandigheden.

Musculoskeletale aandoeningen kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. Hier houden wij ons aan een synthetische weergave die voornamelijk gebaseerd is op de categorieën van het Europees Agentschap voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk.

Onder de MSA die worden veroorzaakt door het werk valt een brede waaier aan ontstekingsziekten en degeneratieve aandoeningen van het bewegingsapparaat, waaronder:

- peesontstekingen (tendinitis en tenosynovitis), vooral in de onderarm en pols, elleboog en schouder, over het algemeen gelinkt aan repetitief werk en het langdurig aannemen van dezelfde houding;
- myalgieën, d.w.z. spierpijnen en -stijfheid die vooral in hals en schouders optreden, ook die worden in verband gebracht met een langdurig statische houding;
- beknelling van de zenuwen, vooral in pols en onderarm (hoofdzakelijk het carpaal tunnelsyndroom);
- degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom, meestal in de nek en onderrug, meer bepaald in verband gebracht met het manueel behandelen van lasten of met lichamelijk zware taken. Dit kan ook tot uiting komen door artrose in heupen of knieën.

Al die aandoeningen zijn chronisch en multifactorieel. Er bestaat een wisselwerking tussen ergonomische en fysieke factoren. Stress bevordert de ontwikkeling van MSA. Over het algemeen treden de symptomen pas op na een langdurige blootstelling aan arbeidsgerelateerde risicofactoren, zoals een gedwongen houding, eentonig en repetitief werk en andere factoren die te maken hebben met het geheel van arbeidsomstandigheden.

De risicofactoren voor MSA

Gegevens uit andere landen geven aan dat vrouwen sterk blootgesteld zijn aan risico's op MSA. De gegevens die beschikbaar zijn voor België in het kader van de Europese enquête over de arbeidsomstandigheden bevestigen die trend.

Het dragen van zware lasten gebeurt voornamelijk door mannen (bijna 40%) zonder dat dit te negeren is voor vrouwen (meer dan een vijfde van de werkneemsters zijn blootgesteld aan dit risico). Het tillen of verplaatsen van personen is echter voor het overgrote deel een zaak van vrouwen (ongeveer een werkneemster op zes).

Tabel 9 Maakt het optillen of verplaatsen van personen deel uit van uw werk? Positieve antwoorden voor minstens een kwart van de tijd. België (in %)

	2005	2010
Mannen	8,1	6,1
Vrouwen	14,0	15,7
Totaal	10,7	10,4

Bron: EWCS

Tabel 10 Maakt het tillen of verplaatsen van zware lasten deel uit van uw werk? Positieve antwoorden voor minstens een kwart van de tijd. België (in %)

	1991	1995	2000	2005	2010
Mannen	27,9	35,8	33,8	35,5	39,2
Vrouwen	23,6	25,7	30,1	24,4	22,9
Totaal	26,2	31,7	32,2	30,7	31,9

Bron: EWCS

Bijna 40% van de werknemers voert repetitief werk uit en dat percentage is de voorbije vijftien jaar sterk toegenomen (met ongeveer 10% op het totaal van blootgestelde werknemers). Het percentage is bij mannen en vrouwen in vrijwel gelijke mate toegenomen.

Tabel 11 Moet u voor uw werk altijd dezelfde bewegingen met de handen of armen maken? Positieve antwoorden in België voor (bijna) de hele tijd (in %)

	1995	2000	2005	2010
Mannen	26,3	26,7	27,8	36,9
Vrouwen	30,9	27,8	30,7	40,1
Totaal	28,2	27,2	29,1	38,4

Bron: EWCS

De erkenning van MSA als beroepsziekte in België

Wij onderzochten alle rugaandoeningen veroorzaakt door trillingen. Vandaag worden niet alleen trillingen als mogelijke oorzaak opgegeven, maar telt de lijst (gesloten systeem) ook een klein aantal codes die betrekking hebben op MSA (de codes bevatten terminologische onnauwkeurigheden zodat niet alle MSA met zekerheid hieronder vallen).

Onder code 1.605.03 vallen een aantal rugaandoeningen waarvoor een blootstelling aan mechanische trillingen niet is vereist. Op een totaal van 956 gevallen waarvoor in 2009 in de privésector een vergoeding voor blijvende ongeschiktheid werd toegekend, vertegenwoordigen vrouwen iets meer dan 2% (22 gevallen). Zelfs in het open systeem is de mogelijkheid om een rugletsel te laten erkennen uiterst beperkt. Het dragen van zware lasten komt, in de huidige stand van de regelgeving en in de medisch-administratieve praktijk van het FBZ, niet in aanmerking als beroepsoorzaak voor rugaandoeningen.

Over de vergoeding van lumbalgie als beroepsziekte werd binnen het Fonds al heel wat discussie gevoerd. De huidige toestand is geblokkeerd op een betwistbaar compromis. Het Fonds komt tussen in programma's voor "secundaire preventie" ten gunste van werknemers met lumbalgie, het erkent de rol van de arbeidsomstandigheden in de ontwikkeling van die aandoeningen door een ergonomische expertise te leveren maar het verwerpt de vergoeding uit hoofde van een beroepsziekte (met uitzondering van de paar aandoeningen die op erg beperkende wijze worden gedefinieerd in de lijst en de enkele zeldzame gevallen die in aanmerking worden genomen in het open systeem). In 2009 werden in het open systeem 3 gevallen van beender-, gewrichts- of discusaandoeningen erkend als beroepsziekte. Het ging hier uitsluitend om mannen. Bij de preventieprogramma's voor werknemers met lumbalgie zijn vooral vrouwen betrokken (367 gevallen op 631 in 2009).

Onder code 1.606.11 vallen de aandoeningen van de periarticulaire slijmbeurzen. In dat kader werden in 2009 359 personen vergoed voor een blijvende ongeschiktheid. Het betrof hier uitsluitend mannen.

Onder code 1.606.21 valt een geheel van aandoeningen die voornamelijk bestaan uit peesontstekingen. Het totaal aantal vergoede gevallen is erg laag: 12 vrouwen en 11 mannen. De reden hiervoor is eenvoudig: die aandoeningen worden alleen erkend voor schouwspelartiesten! Alle andere beroeps categorieën moeten zich storten in het hindernissenparcours van het open systeem.

Code 1.606.51 betreft de aantasting van de zenuwfunctie door druk. De erkenningscriteria zijn echter erg beperkend en de meeste gevallen van carpaal tunnelsyndroom komen niet in aanmerking. In 2009 werd onder die code voor 470 personen een beroepsziekte erkend. Vrouwen vormden iets meer dan een kwart van dit totaal (134 gevallen).

Als we het totaal maken van de verschillende lijstcodes waarvoor mechanische trillingen niet in aanmerking worden genomen, komen we in 2009 en voor de privésector tot 1.808 erkenningen van blijvende ongeschiktheid omwille van aandoeningen die in verband kunnen worden gebracht met MSA. Vrouwen vertegenwoordigen iets meer dan 9% van dit totaal (168 gevallen).

Tabel 12 Blijvende ongeschiktheid erkend in 2009 (privésector) voor aandoeningen die mogelijk in verband kunnen worden gebracht met MSA (mechanische trillingen uitgesloten)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Code 1.605.03	934	22	956
Code 1.606.11	359	0	359
Code 1.606.21	11	12	23
Code 1.606.51	336	134	470
Totaal	1.640	168	1.808

Bron: FBZ

Voor het open systeem is de situatie als volgt. De positieve beslissingen betreffen vier groepen aandoeningen in verband met MSA:

1. Groep C betreft het carpaal tunnelsyndroom. Erkende gevallen zijn uiterst zeldzaam. Noch in 2009, noch in 2008 werden nieuwe gevallen erkend. Het totaal aantal personen dat een vergoeding kreeg voor blijvende ongeschiktheid bedroeg 2 in 2009. Dit waren mannen.
2. Voor de rugaandoeningen is de toestand al niet veel beter. In 2009 ontving één enkele persoon een vergoeding. Moeten we nog vermelden dat het om man gaat?
3. Voor beender-, gewrichts- en discusaandoeningen waren er in 2009 drie nieuwe erkenningen van blijvende ongeschiktheid (drie mannen). Het totaal aantal vergoede gevallen bedroeg 184. Vrouwen vertegenwoordigden 20% van dit totaal, met 38 gevallen. De kans is groot dat een gezondheidsenquête van eender welk groot ziekenhuis een groter aantal gevallen zou kunnen opsporen.
4. Voor tendinitis waren er in 2009 19 nieuwe erkende gevallen (16 mannen en 3 vrouwen) in de privésector en de provinciale en lokale besturen. Het totaal aantal vergoede personen voor dat jaar bedroeg 359 waarvan 108 vrouwen (30%).

Als we alle gevallen die in het open systeem werden erkend voor aandoeningen die gelinkt kunnen worden aan MSA samentellen, komen we tot 546 gevallen waarvan 146 vrouwen (ongeveer 27% van het totaal).

Zowel de absolute cijfers als de percentages voor vrouwen zijn extreem laag als we ze vergelijken met andere Europese landen. Zo was in Frankrijk in 2007 en voor alle sociaal-professionele categorieën samen, het risico om MSA op te lopen groter voor vrouwen dan voor mannen. Tabel 13 (zie hieronder) geeft aan dat aan vrouwen voor 10 miljoen uren gemiddeld een graad van blijvende arbeidsongeschiktheid werd erkend van 57,7 (ernstgraad) bij een frequentiegraad van 15,7% MSA tegenover respectievelijk 42,2 (ernstgraad) en 8,6 frequentiegraad bij mannen. Zoals we kunnen vaststellen speelt de sociaal-professionele categorie beslist een rol omdat voor arbeidsters gemiddeld 65,6% MSA (frequentiegraad) werd erkend; hun werk bestaat immers vaker uit repetitief werk in moeilijke arbeidsomstandigheden.

Tabel 13 Risico-indicatoren voor MSA per sociaal-professionele categorie en geslacht (2007)*

Sociaal-professionele categorie	Frequentiegraad voor 100 werknemers		
	Mannen	Vrouwen	Totaal
Kaderleden en bedrijfsleiders	0,3	1,0	0,5
Middenkader	0,7	2,2	1,3
Bedienden	3,8	11,9	9,7
Arbeiders	16,5	65,6	24,8
Totaal	8,6	15,7	11,5
Ernstgraad	42,2	57,7	48,6

*Gegevens over werknemers in het algemene socialezekerheidsstelsel
Bron: DARES Analyses, september 2010, n°056

Ook wanneer we de evolutie in de tijd bekijken, zien we dat de situatie in Frankrijk totaal anders is.

Tabel 14 Aantal erkende MSA in Frankrijk – 2005 tot 2009

Tabel	Benaming	2005	2006	2007	2008	2009
57	Periarticulaire aandoeningen	28.278	29.379	30.968	33.682	37.728
69	Aandoeningen veroorzaakt door de trillingen van bepaalde machines	182	161	154	157	162
79	Chronische meniscusletsels	299	316	360	372	363
98	Chronische wervelkolom aandoeningen (zware lasten)	2.260	2.251	2.406	2.338	2.485
97	Chronische wervelkolom aandoeningen (trillingen)	422	411	392	377	387
Totaal		31.441	3.518	34.280	36.926	41.125

Bron: DARES Analyses, september 2010, n°056

Overigens heeft een in 2002 opgestart Frans programma voor de epidemiologische monitoring van musculoskeletale aandoeningen in de streek van de Loire (pilotnetwerk) bevestigd dat er niet alleen te weinig gevallen worden aangegeven maar dat de incidentie en prevalentie van MSA onder de actieve bevolking hoog is⁴¹. Dit kan voor het carpaal tunnelsyndroom bij vrouwen worden aangetoond aan de hand van twee tabellen.

Tabel 15 Prevalentie van de belangrijkste MSA van de bovenste ledematen in % (netwerk streek van de Loire – Frankrijk, 2002-2004)

Aard van de MSA	Vrouwen	Mannen	Totaal
Syndroom van het draaispierkapsel	8,5	6,6	7,4
Carpaal tunnelsyndroom	4,0	2,4	2,4
Epicondylitis lateralis	2,5	2,4	2,4
Cubitaal tunnelsyndroom	0,9	0,7	0,8
Tendinitis van de strek-/buigspieren van vingers en polsen	0,6	0,9	0,8
De Quervain tenosynovitis	2,1	0,6	1,2
Minstens een van de zes belangrijkste MSA	14,8	11,2	12,7

Bron: *La santé des femmes en France*, 2009 :265

⁴¹. Dit programma is gericht op MSA en combineert drie activiteiten: ten eerste is er de monitoring van “sentinel events” voor de gezondheid in de algemene bevolking (bijvoorbeeld het carpaal tunnelsyndroom voor de MSA van de bovenste ledematen); ten tweede de evaluatie van de prevalentie van de belangrijkste MSA van de bovenste ledematen en hun risicofactoren op het werk en tot slot de registratie van de aangifte van MSA als vergoedbare beroepsziekte. Het programma werd opgestart door het Franse *Institut de Veille Sanitaire* in partnerschap met het *Laboratoire d'ergonomie et de santé au travail* van de universiteit van Angers.

Tabel 16 Aandeel van het attributief risico (FRAE) voor de beroepen met een verhoogd risico op carpaal tunnelsyndroom bij vrouwen

Beroepen	FRAE (%)
Bedienden	16
Bedienden in de verkoop (verkoopsters, kassiersters)	46
Personeel dat rechtstreekse diensten aanbiedt aan particulieren (diensters, hotelbedienden, kapsters, onthaalmoeders, poetsvrouwen)	29
Bedienden in de privésector en in de zorgsector (kantoorbedienden, ziekenhuispersoneel, verpleeghulpen)	23
Arbeidsters	58
Ongeschoolde industriearbeidsters (voedingsindustrie, elektriciteit en elektronica, lederbewerking)	69
Landbouwsters (wijnbouw, boomkwekerijen, fruitteelt enz.)	74
Ongeschoolde arbeidsters buiten de industrie (schoonmaaksters)	50

Bron: *La santé des femmes en France*, 2009 :265

De algemene impact op de gezondheid

Uit de statistieken over beroepsziekten zou men kunnen opmaken dat de preventie enorme vorderingen heeft gemaakt en dat daardoor de invloed van het werk op de gezondheid aanzienlijk is gedaald. Die naïeve visie wordt gelogenstraft door de resultaten voor België in de Europese enquête naar arbeidsomstandigheden.

In deze Europese enquête wordt de algemene invloed van het werk op de gezondheid gemeten aan de hand van drie belangrijke indicatoren. Twee daarvan gaan rechtstreeks over de perceptie die de werknemer heeft van een negatieve invloed van zijn arbeidsomstandigheden op zijn gezondheid. De derde gaat over de voorzienbare gevolgen op termijn van die omstandigheden. Men vraagt een werknemer om te beoordelen of hij hetzelfde werk nog zal kunnen doen wanneer hij 60 jaar is. De Belgische gegevens zijn in lijn met de algemene trend die wordt vastgesteld in de verschillende Europese landen. De onmiddellijke invloed van bezoldigd werk op de gezondheid van vrouwen is over het algemeen minder negatief dan voor mannen. De invloed over de tijd heen is over het algemeen even negatief, ja zelfs negatiever.

Tabel 17 Denkt u al dan niet dat uw gezondheid of uw veiligheid bedreigd wordt door uw werk? Percentage positieve antwoorden in België

	1991	1995	2000	2005	2010
Mannen	23	22,7	27,8	26,9	24,7
Vrouwen	11,4	14,9	24,9	20,1	18,9
Totaal	18,4	19,6	26,5	23,9	22,1

Bron: EWCS

In vergelijking met het Europa van de twaalf zijn in België die percentages iets gunstiger voor de mannen maar minder gunstig voor de vrouwen (een verschil van ongeveer 2%). De evolutie in de tijd toont een lichte verslechtering voor de mannen en een sterke verslechtering voor de vrouwen.

De tweede vraag overlapt gedeeltelijk de eerste. Hierin wordt meer gevraagd naar de aangevoelde invloed van het werk op de gezondheid (zonder de veiligheid te omvatten). De enquête van 2010 bood ook de mogelijkheid om een positieve invloed weer te geven.

Tabel 18 **Tast uw werk uw gezondheid aan of niet? Resultaten van het onderzoek van 2010 in België (in %)**

	Ja, voornamelijk positief	Ja, voornamelijk negatief	Nee
Mannen	9,5	24	66,6
Vrouwen	9,3	18	72,7
Totaal	9,4	21,3	69,3

Bron: EWCS

De derde vraag, of de werknemer denkt dat hij hetzelfde werk nog zal kunnen doen wanneer hij 60 jaar is, levert bijzonder opmerkelijke resultaten op. De resultaten doen vermoeden dat de lange termijninvloed van de arbeidsomstandigheden nadeliger is voor vrouwen. Die gegevens worden bevestigd door een groot deel van de literatuur, die aangeeft dat meer vrouwen worden getroffen door slijtageverschijnselen door het werk.

Tabel 19 **Denkt u dat u uw huidig werk nog zal kunnen uitoefenen als u 60 jaar bent? Antwoorden in België (in %)**

	2000			2005			2010		
	Ja, ik denk van wel	Nee, ik zou het niet willen	Nee, ik denk van niet	Ja, ik denk van wel	Nee, ik zou het niet willen	Nee, ik denk van niet	Ja, ik denk van wel	Nee, ik zou het niet willen	Nee, ik denk van niet
Mannen	52,7	11,8	35,5	54,4	9,6	36,0	59,6	15,6	24,8
Vrouwen	48,4	13,5	38,1	49,7	13,5	36,8	54,2	17,1	28,6
Totaal	50,9	12,5	36,6	52,3	11,3	36,4	57,1	16,3	26,6

Bron: EWCS

Een nieuwe vraag, ingevoerd in de Europese enquête van 2010, gaat over het presenteïsme, wat betekent dat men bij ziekte toch gaat werken. De antwoorden voor België geven aan dat dit een wijdverbreid verschijnsel is en dat het meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomt.

Tabel 20 **Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden gewerkt terwijl u ziek was? Antwoorden in België (in %)**

	Ja
Mannen	45,7
Vrouwen	50,9
Totaal	48

Bron: EWCS

Deel 4

Aanbevelingen voor onderzoek

Elk verkennend onderzoek laat de indruk na dat het werk voor een groot deel nog niet af is. Heel wat vragen bleven onbeantwoord en konden niet worden behandeld binnen het korte tijdsbestek van dit onderzoek. In dit deel worden een aantal voorstellen voor onderzoek geformuleerd. Die voorstellen zijn verre van volledig en willen eerder praktisch dan theoretisch zijn. We willen duidelijke lacunes op het domein van de kennisproductie identificeren, zodat de voorgestelde pistes een stimulans kunnen zijn voor een beleid dat gericht is op de verdediging van gezondheid op het werk, gelijkheid binnen de sociale zekerheid en op meer algemene doelstellingen voor gelijkheid binnen de samenleving.

De invloed op lange en middellange termijn van beroepsziekten (en arbeidsongevallen) op de tewerkstelling

Tabel 21 Tewerkstellingsgraad in de leeftijdsgroep 55-64 jaar in België (in %)

	2005	2006	2007	2008	2009
Mannen	41,7	40,9	42,9	42,8	42,9
Vrouwen	22,1	23,2	26,0	26,3	27,7
Totaal	31,8	32,0	34,4	34,5	35,3

Bron: FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg

De tewerkstellingsgraad van vrouwen is bijzonder laag tussen 55 en 64 jaar. In 2009 bedroeg die ongeveer een derde van die van de vrouwen tussen 25 en 54, terwijl bij mannen die verhouding ongeveer de helft bedraagt. De opeenstapeling van gezondheidsproblemen gedurende de hele beroepsloopbaan kan hiertoe bijdragen. Het zou zinvol zijn om aan de hand van de gegevens van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid na te gaan in welke mate vrouwen voor wie een beroepsziekte werd erkend hun baan konden behouden. Onze hypothese is dat een onvoldoende aandacht voor preventie ertoe bijdraagt dat veel meer vrouwen dan mannen zouden kunnen worden uitgesloten van de arbeidsmarkt. Die veronderstelling berust meer bepaald op een onderzoek dat in Italië werd gedaan over het verloop van de beroepsloopbaan van slachtoffers van arbeidsongevallen (ANMIL, 2003). Dit kwantitatief werk zou kunnen worden aangevuld met een kwalitatief werk bestaande uit gesprekken met personen die kampen met gezondheidsproblemen op het werk. Om voor dit kwantitatief werk te kunnen beschikken over een voldoende staal, zou men bij

voorkeur een gemeenschappelijk onderzoek kunnen voeren bij alle vrouwen die een vergoeding ontvangen omwille van een beroepsrisico, met inbegrip van de vrouwen voor wie een blijvende ongeschiktheid werd erkend omwille van een arbeidsongeval.

Kanker en werk: een domein dat nog weinig werd bestudeerd in het onderzoek naar de arbeidsomstandigheden in België

Gedurende ons onderzoekswerk is gebleken dat de beschikbare gegevens over de relatie tussen kanker en werk in België bijzonder beperkt en versnipperd zijn als we die vergelijken met de gegevens waarover men in andere landen beschikt. De laatste poging om een raming te maken van het percentage werknemers in België dat is blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen gaat over de periode 1990-1993⁴². Toen werd het Europees CAREX⁴³ project toegepast op België. De raming maakt gewag van iets meer dan 900.000 gevallen van beroepsmatige blootstelling aan kankerverwekkende stoffen, dit is een totaal van ongeveer 700.000 blootgestelde werknemers (21% van het totaal). Een van de beperkingen van de ramingen van het CAREX project is dat ze geen onderscheid maken tussen mannen en vrouwen en dat ze over het algemeen schatplichtig zijn aan de beschikbare epidemiologische literatuur, die de neiging heeft om voor kankers bij vrouwen een groot deel van de beroepsmatige blootstelling te onderschatten.

De ontoereikende gegevens dragen bij tot een poevere preventie. Hoewel de regelgeving de verplichting oplegt om werknemers die zijn blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen te onderwerpen aan een gezondheidstoezicht, bestaan er geen geconsolideerde gegevens over het aantal blootgestelde werknemers, over de concrete omstandigheden van de blootstelling, noch over de opvolging van de gezondheid van die werknemers. Volgens de Franse gezondheidsenquête SUMER⁴⁴ is 13,5% van de werknemers in Frankrijk blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen: 20,4% van de mannen en 4,3% van de vrouwen⁴⁵. De toegepaste methodologie en criteria verschillen van die van de Europese CAREX enquête zodat geen vergelijking kan worden gemaakt⁴⁶.

42. Kauppinen et al., 1998.

43. Carex (Carcinogen Exposure) is een internationale database waarin per land en per activiteitsstak informatie samengebracht wordt over 139 kankerverwekkende bestanddelen.

44. De Sumerenquêtes betreffen het medisch toezicht met betrekking tot de blootstelling aan beroepsrisico's in Frankrijk. Ze worden gecoördineerd door de Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) en de Inspection médicale du travail van het Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

45. Guignon et Sandret, 2005 a en b.

46. De belangrijkste verschillen tussen de blootstellingen die respectievelijk door CAREX en SUMER worden beschouwd, betreffen tabaksrook en zonnestraling die wel in de CAREX enquête zitten maar niet in die van SUMER. Op het gebied van methodologie is SUMER waarschijnlijk nauwkeuriger dan CAREX: die enquête is gebaseerd op gesprekken die arbeidsgeneesheren voerden met een representatieve en uitgebreide steekproef. CAREX is gebaseerd op ramingen uit de epidemiologische literatuur waarmee men een systeem van blootstellingsmatrices heeft opgebouwd dat werd toegepast op de tewerkstellingsgegevens van de verschillende landen uit de enquête.

Vermoedelijk is het percentage blootgestelde werknemers in Frankrijk vergelijkbaar met dat in België. Het aantal kankers dat wordt vergoed als beroepsziekte blijft erg laag. Het kan naargelang het jaar schommelen tussen de 110 en 220 gevallen. De erkende kankers lijken vooral de kankers te zijn die werden veroorzaakt door een blootstelling aan asbest. Op basis van gegevens van Eurogip (2010) bedraagt het aantal kankers dat wordt vergoed als beroepsziekte en werd veroorzaakt door een andere blootstelling dan asbest ongeveer dertig gevallen per jaar⁴⁷.

Het FBZ publiceert geen precieze gegevens over kankers en het aandeel vrouwen onder de erkende gevallen. Karim Wilmotte van het FBZ is zo goed geweest om de berekeningen voor ons onderzoek te maken. De resultaten worden weergegeven in de volgende tabel.

Tabel 22 Kankers erkend als beroepsziekte tussen 2001 en 2010

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Longvlies en buikvlies mesotheliomen (waaronder vrouwen)
2001	108	2	110	58 (0)
2002	139	3	142	72 (0)
2003	158	2	160	84 (0)
2004	133	2	135	60* (0)
2005	166	4	170	97 (4)
2006	171	4	175	102 (3)
2007	163	1	164	91 (0)
2008	206	6	212	128 (6)
2009	191	4	195	105 (4)
2010	150	4	154	81 (0)
Totaal 2001-2010	1.585	32	1.617	878 (17)

* In 2004 waren er, naast de 60 gevallen die werden geïdentificeerd als "mesotheliom" of "borstvlies mesotheliom", 12 gevallen van "kwaadaardige tumor van het hart, het mediastum en het borstvlies".
Bron: FBZ

Vrouwen vertegenwoordigen ongeveer 2% van alle kankers die werden erkend als beroepsziekte. De mesotheliomen vormen ongeveer 54% van alle erkende gevallen. Ongeveer 2% daarvan betreffen vrouwen.

Het aantal nieuwe kankergevallen in België bedroeg rond de 50.000 tot 60.000 gevallen per jaar. Dat betekent dat van alle kankers op jaarbasis het percentage dat als beroepsziekte wordt erkend ligt tussen iets boven de 0,2% en iets onder de 0,4%. Men telt iets meer dan 30.000 kankers bij mannen en iets meer dan 25.000 kankers bij vrouwen. Als we een benaderend gemiddelde berekenen van 150 kankers die elk jaar door mannen wordt aangegeven

47. Voor zover wij weten werd in het open systeem geen enkele kanker erkend. In het lijststelsel betreffen de kankers die niet door asbest werden veroorzaakt slechts een klein aantal locaties en een klein aantal causale agentia. Alleen de kankers van de bovenste luchtwegen (sinus en neusholten) veroorzaakt door houtstof overschrijden de 10 eenheden per jaar.

als beroepsziekte, is dat ongeveer 0,5% van de gevallen. Bij de vrouwen zakt dit percentage naar ongeveer 0,1% van de gevallen.

Een project dat in 2002 in Frankrijk werd opgestart, in het departement Seine-Saint-Denis, biedt interessante informatie die laat vermoeden dat de rol van de arbeidsomstandigheden bij de kankers bij vrouwen sterk wordt onderschat. Dit project is gebaseerd op gesprekken met kankerpatiënten in drie ziekenhuizen van het departement, op basis van die gesprekken wordt het beroepsleven van de patiënt gereconstrueerd. Op die manier worden de blootstellingen aan kankerverwekkende stoffen gedurende het hele beroepsleven geïdentificeerd en kan men, wanneer alle voorwaarden aanwezig lijken te zijn, een dossier indienen om de ziekte te laten erkennen als beroepsziekte. 60% van de vrouwen van wie de beroepsloopbaan werd gereconstrueerd waren blootgesteld geweest aan een of meer kankerverwekkende stoffen op het werk (Thébaud-Mony, 2006).

Een dergelijke onderzoeksmethodologie zou een bijzonder belang kunnen hebben voor kanker bij vrouwen. In dit verband kunnen we vermelden dat in België geen enkele borstkanker ooit werd erkend als beroepsziekte, hoewel bestaande onderzoeken het verband aantonen tussen arbeidsomstandigheden (bepaalde chemische stoffen evenals nachtarbeid) en die kanker. Voor zover wij weten wordt in Europa alleen in Denemarken, in bepaalde omstandigheden, borstkanker erkend als beroepsziekte.

Juridische en sociologische analyse van de processen voor de erkenning van beroepsziekten

De erkenning van een beroepsziekte is een langzaam proces waar verschillende actoren in tussenkomen. Het slachtoffer, eventueel zijn rechthebbenden, en de diensten van het Fonds voor de beroepsziekten komen tussen in alle dossiers. Ook kunnen er verschillende medische expertises plaatsvinden en kan de kwaliteit van de gegevens opgesteld door de preventiediensten een kritisch element vormen bij het bepalen van de omstandigheden van blootstelling. Eventuele geschillen worden beslecht door de rechterlijke macht. Dit geheel van processen betekent dat er een wisselwerking is tussen juridische en medische criteria. De begrippen causaliteit, veronderstelling, waarschijnlijkheid zijn niet eenduidig. Voor zover wij weten heeft zowel het juridisch als het sociologisch onderzoek dit domein weinig bestudeerd en het komt uiterst zelden voor dat de genderdimensie van de weerhouden criteria werd onderzocht⁴⁸. Een kritisch onderzoek van de administratieve procedures van het FBZ en van de rechtspraak zou waarschijnlijk zorgen voor een beter begrip van hoe de vertegenwoordiging van beroepsziekten is opgebouwd en waarom die constructie zo nadelig is voor vrouwen.

⁴⁸. De meest systematische werken zijn afkomstig uit Noord-Amerika, meer in het bijzonder uit Québec. In Europa kan men Probst citeren (2009) die de genderdimensie bestudeert in de erkenning van musculoskeletale aandoeningen in Zwitserland.

Uitdieping van de kennis over de invloed van de arbeidsomstandigheden op de gezondheid van vrouwen

Om de kennis over de invloed van de arbeidsomstandigheden op de gezondheid van vrouwen te verbeteren, zijn verschillende acties nodig.

De resultaten voor België in de enquête naar de arbeidsomstandigheden van de Dublin Stichting vormen een kans die men beslist niet mag laten liggen. Die enquêteresultaten moeten worden benut.

Het zou ook wenselijk zijn dat secundaire analyses worden gemaakt van de Gezondheidsenquête⁴⁹ in België en, in het bijzonder, dat de lacunes in die enquête op het gebied van arbeidsomstandigheden worden geïdentificeerd zodat voor de volgende enquête een luik “arbeidsomstandigheden” kan worden ontwikkeld.

49. Dit onderzoek peilt naar de gezondheidstoestand van de Belgische bevolking en de gevolgen van gezondheidsproblemen op hun dagelijkse leven. Het onderzoekt ook de toevlucht tot de verschillende verzorgingsdiensten, de preventieve geneeskunde en het gebruik van medicijnen en de toegankelijkheid ervan voor de verschillende sociale klassen. Meer info op: <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/index4.htm>

Deel 5

Enkele beleidsaanbevelingen

Op basis van de analyse in dit rapport kan men uiteenlopende beleidsaanbevelingen formuleren. Sommige aanbevelingen gaan expliciet over de integratie van de eis voor gelijkheid tussen mannen en vrouwen in het gezondheidsbeleid op het werk en dan vooral op het vlak van preventie en schadeloosstelling van aandoeningen veroorzaakt door het werk. Andere aanbevelingen geven aan hoe een genderanalyse de weg kan openen tot een kritische herziening van alle institutionele voorzieningen. Op die manier kunnen beleidscriteria worden geformuleerd die ervoor moeten zorgen dat het beleid coherenter en doeltreffender wordt ten opzichte van alle waarden waarvoor het wordt verondersteld te staan.

Voor een evaluatie en hervorming van het huidige systeem om beroepsziekten te erkennen

Dit hele rapport werpt op dat het huidige systeem voor de erkenning van beroepsziekten steeds minder is aangepast aan de evolutie van de arbeidsomstandigheden. De basisbeginselen van de wetgeving blijven relevant en rechtvaardigen het behoud van een specifieke tak van de sociale zekerheid, maar het systeem om eerst te delegeren van het Parlement naar de Executieve en daarna van de Executieve naar het Beheercomité van het FBZ heeft ertoe geleid dat een conservatief beheer van het systeem de regel werd. De zorg om te besparen lijkt een doel op zich te zijn.

We zouden hier kunnen aan toevoegen dat het eerder om schijnbare dan om reële besparingen gaat, en wel om twee redenen:

1. Een groot deel van de kosten wordt gedragen door de tak gezondheidszorgen en schadevergoedingen van de sociale zekerheid. Aangezien het Belgische sociale zekerheidssysteem is georganiseerd op basis van een globale financiering, zal een verschuiving van uitgaven van de ene tak naar de andere de problemen alleen maar verhullen.
2. Doordat gezondheidsproblemen op het werk zelden echt worden opgemerkt door het systeem, wordt ook minder aandacht besteed aan preventie. Waarschijnlijk zal dit gebrek aan preventie de kosten voor de sociale zekerheid op middellange en lange termijn doen stijgen. Het gaat dan niet alleen om de kosten voor gezondheidszorg en de schadevergoedingen voor arbeidsongeschiktheden, maar waarschijnlijk ook om de uitgaven voor invaliditeit, voor de verschillende formules voor vervroegde pensioenstelling (of einde-loopbaanplanning) en de werkloosheidsuitgaven.

Sinds 1963 werd over het systeem als geheel geen enkel grondig parlementair debat meer gevoerd. De genderongelijkheden brengen een groeiende wanverhouding aan het licht. De lijst met beroepsziekten zou moeten worden aangevuld. Het open systeem zou gereorganiseerd moeten worden en de bewijslast verlichten zodra er epidemiologische gegevens voorhanden zijn die een hogere

prevalentie van bepaalde ziekten voor bepaalde beroepssectoren of -activiteiten aangeven. De verplichte aangifte van ziekten van beroepsoorsprong zou moeten worden uitgebreid tot alle artsen enz.

De hervorming lijkt vooral belangrijk te zijn voor drie groepen van aandoeningen: kankers, musculoskeletale aandoeningen en aandoeningen veroorzaakt door psychosociale factoren.

Voor een nauwer aanhalen van de band tussen de erkenning van beroepsziekten en de preventie

Het huidige systeem vormt in meerdere opzichten een rem op de ontwikkeling van de preventie.

1. Het feit dat het momenteel nagenoeg onmogelijk is om werkgevers burgerlijk aansprakelijk te stellen omwille van de erg beperkende voorwaarden in artikel 51 van de gecoördineerde wetten op de beroepsziekten schept een uitzonderingsregime dat onder de huidige omstandigheden niet te verdedigen is. België is het enige Europees land waar werkgevers nog steeds immuniteit genieten op het gebied van burgerlijke aansprakelijkheid. Indien slachtoffers beroep zouden kunnen doen op de gemeenrechtelijke aansprakelijkheid wanneer er sprake is van een fout, zou dit hun situatie verbeteren (integrale vergoeding van de schade in plaats van een forfaitaire vergoeding) en zouden de kosten voor de sociale zekerheid dalen (dankzij substitutie waardoor het FBZ de betaalde bedragen zou kunnen terugvorderen van de verantwoordelijke werkgever). De maatregel zou vooral ook een sterke stimulans zijn om meer aan preventie te doen. In het verleden hebben verschillende wetsvoorstellen vanuit het parlement getracht om dit aspect van de wetgeving te veranderen. Men is hier niet in geslaagd, meer bepaald omwille van tegenkanting van de Nationale Arbeidsraad. Dat de werkgeverszijde zich verzet tegen elke hervorming valt nog te verklaren, maar de tegenstand van de vakbondsorganisaties⁵⁰ is gebaseerd op een onlogische symmetrie tussen het werknemersstatuut en het werkgeversstatuut. Een herziening van de burgerlijke immuniteit van de werkgevers betekent niet automatisch dat ook het stelsel van burgerlijke aansprakelijkheid van de werknemers moet worden veranderd. Het vermogen dat de werkgever heeft om het werk te organiseren, rechtvaardigt het bestaan van verschillende stelsels.
2. De arbeidsinspectie (controle op het welzijn op het werk) is weinig actief wanneer het factoren betreft die bijdragen tot het ontstaan van ziekten die pas na verloop van tijd tot uiting komen. Een versterking van de inspectiemiddelen, met name voor de arbeidsgeneeskunde, is absoluut noodzakelijk om ook maar iets te verbeteren. Overigens zou men, door meer systematisch een beroep te doen op officiële maatregelen en sancties, kunnen

⁵⁰. De vakbondsorganisaties nemen hierover geen unaniem standpunt in. Zo heeft de Algemene Centrale van het ABVV zich uitgesproken voor een hervorming van de wetgeving.

benadrukken dat gezondheid op het werk niet facultatief is en dat de bedrijven moeten voldoen aan eisen van de overheid en de samenleving.

3. De oprichting van socialisatie-instanties vormt een grote uitdaging. Er is heel wat informatie voorhanden, maar die is sterk versnipperd. Bedrijven hebben tal van positieve ervaringen met preventie. Dagelijks komen bevoegde deskundigen tussen in de verschillende domeinen van gezondheid en veiligheid. Het ontbreken van een nationale instelling die belast is met een informatie- en onderzoeksopdracht is beslist een van de zwakste punten van het preventiesysteem in België.

De link met man-vrouwgelijkheid: een doelstelling van het veiligheids- en gezondheidsbeleid op het werk

Op dit ogenblik zijn het beleid voor man-vrouwgelijkheid en het veiligheids- en gezondheidsbeleid hermetisch van elkaar gescheiden. Het zou zinvol zijn wanneer de verschillende betrokken actoren in overweging nemen dat, wanneer men alle werkposten zowel voor vrouwen als voor mannen toegankelijk wil maken, de arbeidsomstandigheden aanzienlijk moeten verbeteren. De scheiding der geslachten is er mee de oorzaak van dat preventie als minder belangrijk wordt beschouwd en dat men zich verschuilt achter clichés over mannelijkheid of vrouwelijkheid om een aantal risico's als "vanzelfsprekend" te beschouwen. Het zou dus nuttig zijn om alle actoren die tussenkomen in de gezondheid op het werk hiervan bewust te maken en om de link met man-vrouwgelijkheid te beschouwen als een te bereiken doel. Elke risicobeoordeling zou moeten overwegen of een bepaalde werksituatie aanvaardbaar is ten opzichte van het criterium dat het werk zowel voor vrouwen als voor mannen toegankelijk moet zijn, in omstandigheden die de gezondheid niet aantasten.

In de bedrijven zou een positieve synergie kunnen worden gecreëerd tussen de ondernemingsraden en de comités voor preventie en bescherming op het werk om een beleid te ondersteunen dat zowel de doelstelling van gelijkheid als die van gezondheid op het werk nastreeft.

De nieuwe Belgische strategie voor veiligheid en gezondheid op het werk⁵¹ zou een kans zijn voor een dergelijke heroriëntatie.

51. De huidige strategie loopt van 2008 tot 2012.

Conclusies

In 2001 heeft de Raad van de Gelijke Kansen advies nr. 45 aangenomen, waarin ze de arbeidsomstandigheden en hun invloed op de gezondheid onderzoekt in gendertermen. De Raad formuleerde een aantal aanbevelingen om de discriminaties op dit vlak te bestrijden. Helaas is het merendeel van de in dit advies geformuleerde aanbevelingen ook vandaag nog even actueel: de aanbevelingen werden niet uitgevoerd.

Bijna 10 jaar na dit advies tonen de gegevens over de aangifte en erkenning van beroepsziekten nog steeds aan dat vrouwen hierin sterk ondervertegenwoordigd zijn, een ondervertegenwoordiging die niet lijkt te worden gerechtvaardigd door hun objectieve arbeidsomstandigheden.

De analyse van de gegevens van het FBZ en de vergelijking met de gegevens over de arbeidsomstandigheden ondersteunen de hypothese van een systeemdiscriminatie van vrouwen. Het betreft een systeemdiscriminatie in die zin dat ze het resultaat is van een geheel van factoren die niet worden geformuleerd op basis van geslacht maar die allemaal samen ervoor zorgen dat arbeidsrisico's bij vrouwen onzichtbaar blijven voor de samenleving, de politiek en de instellingen. Een deel van die factoren bevindt zich voorafgaand aan het systeem voor de erkenning van beroepsziekten. De segregatie in het beroepsleven en de lagere waarde die wordt toegekend aan vrouwenarbeid spelen een belangrijke rol. Ook de lacunes in de wetgeving op de gezondheid op het werk, de onvoldoende middelen die worden toegekend aan de controle op de toepassing van die wetgeving, de prioriteit die wordt gegeven aan ongevallen tegenover ziekten en de zwakheid van de preventiediensten moeten worden vermeld. Overigens wordt het door de hermetische afscheiding tussen de drie beleidsdomeinen gezondheid op het werk, gendergelijkheid en volksgezondheid nog moeilijker om op een coherente wijze rekening te houden met de arbeidsomstandigheden binnen het geheel van ongelijkheden. Over loonongelijkheden bestaat een uitgebreide en kwaliteitsvolle literatuur, maar de kwestie van de link van man-vrouwgelijkheid met arbeidsomstandigheden lijkt zich op de achtergrond af te spelen of beperkt te worden tot reflecties over opleidingen en functieniveaus.

Die vele factoren worden dan ook nog eens gecombineerd met fouten die eigen zijn aan het systeem voor de aangifte en vergoeding van beroepsziekten. De lijst van erkende ziekten is eerder afgestemd op mannelijke beroepen in de traditionele industrieën dan op de arbeidsrealiteit van vandaag. De erkenningscriteria zijn nadelig voor mensen met een onregelmatige of onstabiele

loopbaan (onzekerheid van de tewerkstelling). Met arbeid “in de marge” als schoonmaak, verpakken, onderhoud en opslag wordt weinig rekening gehouden. Gezondheidsproblemen in verband met psychosociale factoren worden over het algemeen genegeerd en de erkenning van musculoskeletale aandoeningen blijft een probleem. Voor wat kanker betreft, zien de meeste epidemiologische studies de vrouwen over het hoofd.

Deze analyse benadrukt de veelheid aan factoren, maar dat zou geen rechtvaardiging mogen zijn om niets te doen, onder het voorwendsel dat er te veel hervormingen nodig zijn en dat er teveel verschillende actoren bij betrokken zijn. Op dezelfde wijze zouden lacunes in de gegevens of in het onderzoek geen excuus mogen vormen om niet meteen die factoren te veranderen die duidelijk kunnen worden geïdentificeerd als discriminerend. Waarschijnlijk zullen verbeteringen, ook al zijn ze beperkt, samen een dynamiek van protest en verandering op gang brengen. Het zou gevaarlijk zijn om af te wachten tot men een perfect en compleet actieplan heeft uitgewerkt. Vermoedelijk zullen een kritische herziening van de lijst met beroepsziekten, waarbij rekening wordt gehouden met de genderdimensie, en een verbetering van de mogelijkheden die het open systeem zou moeten bieden twee scharnierpunten zijn. Ook al zal dat niet volstaan om alle discriminatie weg te werken, het zou de weg kunnen openen, voor zover de veranderingen gepaard gaan met een politiek debat en worden overgenomen door sociale actoren.

Bibliografie

- Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro (ANMIL) (2003) *La condizione della donna infortunata sul lavoro nella società*, Roma. http://www.inail.it/cms/pubblicazioni/riviste/tuttititoli/rapporti/anmil/pdf/ANMILLIB_RET.pdf
- Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) (2009) *La construction du cadastre des postes de travail en cause dans les cas de cancer du bassin Fos-Martigues*, Port de Bouc. <http://www.apcme.net/>
- Azaroff, L.S., C. Levenstein and D.H. Wegman (2002) "Occupational injury and illness surveillance: conceptual filters explain underreporting", *American Journal of Public Health*, 92 (9), 1421-1429.
- Barros Duarte, C. and M. Lacomblez (2006) "Santé au travail et discrétion des rapports sociaux", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8 (2), 17 p.
- Brisacier, A.-C. (2008) *Contribution des médecins à la déclaration et à la reconnaissance des cancers professionnels en France*, Thesis for the PhD in medicine, Bobigny: University Paris13.
- Bué, J., T. Coutrot and I. Puech (2004) *Conditions de travail : les enseignements de vingt ans d'enquêtes*, Toulouse: Octarès Editions.
- Carder, M., S. Turner, R. McNamee and R. Agius (2009) "Work-related mental ill-health and "stress" in the UK (2002-05)", *Occupational Medicine*, 59 (8), 539-544.
- Castro, M., S. Moreira and C. Silva Santos (2005) "Doenças profissionais na região de Lisboa e Vale do Tejo no ano de 2003 : um contributo para o diagnóstico e prevenção", *Segurança*, 166, 33-38.
- Chroniques Féministes (2002) "Le 'genre' des accidents du travail et des maladies professionnelles en Belgique", 80/82, 75-81.
- Coutanceau, C. (2007) "Approche critique de la prévention des cancers professionnels", *Préventique sécurité*, 94, 47-50.
- Daubas-Letourneux, V. and A. Thébaud-Mony (2003) "Organisation du travail et santé dans l'Union européenne", *Travail et emploi*, 96, 9-35.
- Dembe, A.E. (1996) *Occupation and disease: how social factors affect the conception of work related disorders*, New Haven: Yale University Press.
- Derriennic, F., A. Touranchet and S. Volkoff (1996) *Âge, travail, santé. Etudes sur les salariés de 37 à 52 ans, résultats de l'enquête ESTEV*, Paris: Editions de l'INSERM.
- Derriennic, F., M.J. Saurel-Cubizolles and C. Monfort (2003) "Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés", *Travail et emploi*, 96, 37-53.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2009) *La santé des femmes en France*, Paris: La Documentation française.
- Eurogip (2004) *Pathologies psychiques liées au travail : quelle reconnaissance en tant que maladies professionnelles en Europe ?*, Paris: Eurogip.
- Eurogip (2009) *Les maladies professionnelles en Europe : statistiques 1990-2006 et actualité juridique*, Paris: Eurogip.

- Eurogip (2010) *Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe ?*, Paris: Eurogip.
- Eurostat (2010) *Health and safety at work in Europe (1999-2007): a statistical portrait*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Geerkens, E. (2009) "Quand la silicose n'était pas une maladie professionnelle. Genèse de la réparation des pathologies respiratoires des mineurs en Belgique (1927-1940)", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56 (1), 127-141.
- Gollac, M. and S. Volkoff (2007) *Les conditions de travail*, Paris: La Découverte.
- Guignon, N. and N. Sandret (2005a) *Les expositions aux produits cancérigènes*, Premières synthèses, 28-1, Paris: Dares.
- Guignon, N. and N. Sandret (2005b) "Les expositions aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques", *Documents pour le médecin du travail*, 104, 471-483.
- Hatzfeld, N. (2009) "Les malades du travail face au déni administratif : la longue bataille des affections périarticulaires (1919-1972)", *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 56-1, 177-196.
- Institut national de veille sanitaire (INVS) (2010) "TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure", *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5-6, 33-55.
- Kauppinen, T., J. Toikkanen, D. Pedersen, R. Young and M. Kogevinas (1998) *Occupational exposure to carcinogens in Belgium*, Helsinki, FIOH.
- Kauppinen, T., A. Saalo, E. Pukkala, S. Virtanen, A. Karjalainen and R. Vuorela (2007) "Evaluation of a national register on occupational exposure to carcinogens: effectiveness in the prevention of occupational cancer, and cancer risks among the exposed workers", *The Annals of Occupational Hygiene*, 51 (5), 463-470.
- Landrigan, P.J. and S. Markowitz (1989) "Current magnitude of occupational disease in the United States. Estimates from the New York State", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 572, 27-60.
- Lasfargues, G. (2005) *Départs en retraite et «travaux pénibles». L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé*, Rapport de recherche, Noisy-Le-Grand: Centre d'Études de l'Emploi (CEE).
- Leconte, B. and A. Thébaud-Mony (2010) "Mémoire du travail et des expositions professionnelles aux cancérigènes. Enquête en Seine-Saint-Denis (France)", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 12 (3), 21 p.
- Lejeune, D. (2008) *La traçabilité des expositions professionnelles*, Paris: La Documentation française.
- Lippel, K. (1986) *Droit des accidentés du travail à une indemnisation : analyse historique et critique*, Montréal: Editions Thémis.
- Lippel, K., K. Messing, S. Stock and N. Vézina (1999) "La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : rencontre des sciences de la santé et du droit", *The Windsor Yearbook of Access to Justice*, 17, 35-85.
- Lippel, K. (2002) *La notion de lésion professionnelle*, 4th ed., Cowansville, Éditions Yvon Blais.
- Lippel, K. (2003) "Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?", *International Journal of Health Services*, 33 (22), 253-281.
- Lippel, K. and J. Caron (2004) "L'ergonomie et la réglementation de la prévention des lésions professionnelles en Amérique du Nord", *Relations industrielles/Industrial Relations*, 59 (2), 235-272.

- Lippel, K. (2005) "Le harcèlement psychologique au travail : portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7 (3), 21 p.
- Lippel, K. (2006) "L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculosquelettiques reliées au travail au Québec", *Santé, société et solidarité*, 2, 91-102.
- Lippel, K. (2007) "Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Quebec study", *International Journal of Law and Psychiatry*, 30 (4-5), 427-443.
- Lippel, K. (2009) "Le droit québécois et les troubles musculo-squelettiques : règles relatives à l'indemnisation et à la prévention", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11 (2), 37 p.
- Mengeot, M.-A. (2007) *Occupational cancer: the Cinderella disease*, Brussels: ETUI.
- Messing, K. (ed.) (1999) *Integrating gender in ergonomic analysis: strategies for transforming women's work*, Brussels: European Trade Union Technical Bureau (TUTB).
- Messing, K. (2000) *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle ?*, Toulouse: Octarès Editions.
- Messing, K. (2008) "Les facteurs de risques sont-ils si différents pour les femmes ? (= Are women's risk factors so different?)", *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 69 (2), 114-116.
- Molitor, M. (2010) *Négociations et tensions autour de la création du Fonds amiante*, Courrier hebdomadaire du CRISP No 2048-2049, Brussels.
- Morse, T., C. Dillon and N. Warren (2000) "Reporting of work-related musculoskeletal disorder (MSD) to workers' compensation", *New Solutions*, 10 (3), 281-292.
- Molinié, A.-F. (2003) "Interroger les salariés sur leur passé professionnel : le sens des discordances", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 (6), 589-605.
- Parent-Thirion, A., E. Fernández Macías, J. Hurley and G. Vermeylen (2007) *Fourth European working conditions survey*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Probst, I. (2009) "La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11 (2), 16 p.
- Thébaud-Mony, A., L. Boujasson, M. Levy, C. Lepetit, P. Goulimaly, H. Carteron and M. Vincenti (2003) "Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint-Denis (France)", *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5 (1), 26 p.
- Thébaud-Mony, A. (2006) "Histoires professionnelles et cancer", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (163), 18-31.
- Thébaud-Mony, A. (2008) "Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis", *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 237-254.
- Thébaud-Mony, A., V. Daubas-Letourneux and A. Jean (2009) *Exposition professionnelle aux cancérogènes et parcours professionnels. Post-enquête SUMER 2003*, Rapport remis à la Dares, Paris: Ministère de l'Emploi.
- Ugeux, J. (1995) "L'assurance contre les maladies professionnelles", in *Cinquante ans de sécurité sociale...et après ? volume 5. Quand le travail nuit à la santé*, Brussels: Bruylant.
- Vogel, L. (2003) *The gender workplace health gap in Europe*, Brussels: European Trade Union Technical Bureau (TUTB).
- Volkoff, S. and A. Thébaud-Mony (2000) "Santé au travail : l'inégalité des parcours", in *Les inégalités sociales de santé*, Paris: Éditions INSERM.
- Webb, G.R., S. Redman, C. Wilkinson and R.W. Sanson-Fisher (1989) "Filtering effects in reporting work injuries", *Accident Analysis and Prevention*, 21 (2), 115-123.

Lijst van de tabellen

Tabel 1	Evolutie van het aantal erkende beroepsziekten per 100.000 werknemers (periodes 1990, 2000 en 2006).....	23
Tabel 2	Verplichte aangiften van beroepsziekten door arbeidsgeneesheren.....	29
Tabel 3	Eerste aanvragen, privésector, lijststelsysteem + open systeem in 2010	30
Tabel 4	Aantal eerste positieve beslissingen, blijvende ongeschiktheid in de privésector + PPO, open systeem	32
Tabel 5	Privésector, lijststelsysteem, totaal van de vergoedingen voor blijvende ongeschiktheid in 2009	33
Tabel 6	Blijvende ongeschiktheid: open systeem, totaal van alle vergoede gevallen in 2009.....	35
Tabel 7	Mesotheliom vergoed door het Asbestfonds tussen 1 april 2007 en 31 december 2010.....	37
Tabel 8	Asbestose vergoed door het Asbestfonds tussen 1 april 2007 en 31 december 2010.....	39
Tabel 9	Maakt het optillen of verplaatsen van personen deel uit van uw werk? Positieve antwoorden voor minstens een kwart van de tijd. België (in %).....	45
Tabel 10	Maakt het tillen of verplaatsen van zware lasten deel uit van uw werk? Positieve antwoorden voor minstens een kwart van de tijd. België (in %).....	45
Tabel 11	Moet u voor uw werk altijd dezelfde bewegingen met de handen of armen maken? Positieve antwoorden in België voor (bijna) de hele tijd (in %).....	45
Tabel 12	Blijvende ongeschiktheid erkend in 2009 (privésector) voor aandoeningen die mogelijk in verband kunnen worden gebracht met MSA (mechanische trillingen uitgesloten).....	46
Tabel 13	Risico-indicatoren voor MSA per sociaal-professionele categorie en geslacht (2007).....	47
Tabel 14	Aantal erkende MSA in Frankrijk – 2005 tot 2009.....	48
Tabel 15	Prevalentie van de belangrijkste MSA van de bovenste ledematen in % (netwerk streek van de Loire – Frankrijk, 2002-2004)	48
Tabel 16	Aandeel van het attributief risico (FRAE) voor de beroepen met een verhoogd risico op carpaal tunnelsyndroom bij vrouwen.....	49
Tabel 17	Denkt u al dan niet dat uw gezondheid of uw veiligheid bedreigd wordt door uw werk? Percentage positieve antwoorden in België.....	49
Tabel 18	Tast uw werk uw gezondheid aan of niet? Resultaten van het onderzoek van 2010 in België (in %).....	50
Tabel 19	Denkt u dat u uw huidig werk nog zal kunnen uitoefenen als u 60 jaar bent? Antwoorden in België (in %).....	50
Tabel 20	Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden gewerkt terwijl u ziek was? Antwoorden in België (in %).....	50
Tabel 21	Tewerkstellingsgraad in de leeftijdsgroep 55-64 jaar in België (in %).....	51
Tabel 22	Kankers erkend als beroepsziekte tussen 2001 en 2010.....	53

Bijlage 1

Lijst van erkende beroepsziekten (situatie in januari 2010)

Groep 1.1	Beroepsziekten veroorzaakt door de volgende chemische agentia
1.101	Arsenicum of -verbindingen
1.102	Beryllium of -verbindingen
1.103.01	Koolstofmonoxide
1.103.02	Koolstofoxychloride
1.103.03	Cyaanwaterstofzuur
1.103.04	Cyaniden
1.103.05	Cyanogeenverbindingen
1.103.06	Isocyanaten
1.104	Cadmium of -verbindingen
1.105	Chroom of -verbindingen
1.106	Kwik of -verbindingen
1.107	Mangaan of -verbindingen
1.108.01	Salpeterzuur
1.108.02	Stikstofoxiden
1.108.03	Ammoniak
1.109	Nikkel of -verbindingen
1.110	Fosfor of -verbindingen
1.111	Lood of -verbindingen
1.112.01	Zwaveloxiden
1.112.02	Zwavelzuur
1.112.03	Zwavelwaterstof
1.112.04	Zwavelkoolstof
1.113	Thallium of -verbindingen
1.114	Vanadium of -verbindingen
1.115.01	Chloor
1.115.02	Anorganische chloorverbindingen
1.115.03	Broom
1.115.04	Anorganische broomverbindingen
1.115.05	Jodium
1.115.06	Anorganische jodiumverbindingen
1.115.07	Fluor of -verbindingen
1.116	Alifatische of alicyclische koolwaterstoffen die bestanddelen zijn van petroleumether en benzine
1.117	Halogeenderivaten van alifatische of alicyclische koolwaterstoffen
1.118.01	Alcoholen
1.118.02	Halogeenderivaten van alcoholen
1.118.03	Glycolen
1.118.04	Halogeenderivaten van glycolen
1.118.05	Ethers
1.118.06	Halogeenderivaten van ethers
1.118.07	Ketonen
1.118.08	Halogeenderivaten van ketonen
1.118.09	Organische esters

1.118.10	Halogeenderivaten van organische esters
1.118.11	Organofosforzure esters
1.119.01	Organische zuren
1.119.02	Aldehyden
1.119.03	Amidische derivaten van aldehyden
1.119.021	Methanal (formaldehyde)
1.120.01	Alifatische nitroderivaten
1.120.02	Salpeterzuur esters
1.121.01	Benzeen
1.121.02	Homologen van benzeen
1.121.03	Naftalenen
1.121.04	Homologen van naftalenen
1.121.05	Andere gecondenseerde polycyclische aromatische koolwaterstoffen
1.122	Halogeenderivaten van aromatische koolwaterstoffen
1.123.01	Fenolen of homologen
1.123.02	Halogeenderivaten van fenolen
1.123.03	Thiofenolen of homologen
1.123.04	Halogeenderivaten van thiofenolen
1.123.05	Naftolen of homologen
1.123.06	Halogeenderivaten van naftolen
1.123.07	Halogeenderivaten van alkylaryloxiden
1.123.08	Halogeenderivaten van alkylarylsulfiden
1.123.09	Benzochinon
1.124.01	Aromatische aminen of aromatische hydrazinen
1.124.02	Halogeen-, fenol-, nitro-, nitroso- of sulfonderivaten van aromatische aminen of hydrazinen
1.125.01	Nitroderivaten van aromatische koolwaterstoffen
1.125.02	Nitroderivaten van fenolen of hun homologen
1.130	Zink en -verbindingen
1.132	Platina en -verbindingen
2.107	Alifatische koolwaterstoffen niet bedoeld onder 1.116
2.108.01	Alifatische aminen
2.110.01	Vinylbenzeen (styreen)
9.101	Terpenen
9.102	Kobalt of verbindingen van kobalt
Groep 1.2	Beroepshuidziekten veroorzaakt door stoffen en agentia die niet onder andere posten zijn opgenomen
	Huidaandoeningen en huidkanker veroorzaakt door:
1.201.01	roet
1.201.02	teer
1.201.03	bitumen
1.201.04	pek
1.201.05	antraceen of -verbindingen
1.201.06	minerale oliën
1.201.07	ruwe paraffine of de verbindingen van paraffine
9.201.08	carbazol of -verbindingen

9.201.09	bijproducten van de steenkooldestillatie
1.202	Huidaandoeningen in het werkmilieu veroorzaakt door stoffen welke niet onder andere posten werden opgenomen
Groep 1.3	Beroepsziekten welke zijn ontstaan door het inademen van stoffen en agentia welke niet onder andere posten zijn opgenomen
1.301.11	Silicose
1.301.12	Silicose met longtuberculose
2.301.01	Grafitose
2.301.02	Stibiose
9.301.20	Goedaardige aandoeningen van het borstvlies en het pericard veroorzaakt door asbest
1.301.21	Asbestose
1.301.22	Asbestose met longtuberculose
1.301.23	Asbestose met longkanker
1.301.24	Pneumoconiosen veroorzaakt door stof van silicaten
1.302	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof of rook van aluminium of -verbindingen
1.303	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof van harde metalen
1.304	Aandoeningen van de bronchiën en de longen veroorzaakt door stof van Thomasslakken
1.305.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het werkmilieu veroorzaakt door de houtsoorten teak en kamballa
1.305.02	Farinosis
1.305.03.01	Allergische ademhalingsstoornissen in het werkmilieu veroorzaakt door hout
1.305.03.02	Allergische ademhalingsstoornissen in het werkmilieu veroorzaakt door antibiotica
1.305.04	Allergische ademhalingsstoornissen in het werkmilieu veroorzaakt door proteolytische enzymen
1.305.05.01	Extrinsieke allergische alveolitis
1.305.05.02	Siderose
1.305.06.01	Astma op basis van specifieke overgevoeligheid, veroorzaakt door stoffen die niet onder andere rubrieken zijn opgenomen
1.305.06.02	Allergische rhinitis op basis van specifieke overgevoeligheid, veroorzaakt door stoffen die niet onder andere rubrieken zijn opgenomen
1.305.07	Metaalkoorts veroorzaakt door inademing van rook van metaaloxiden die niet voorkomen onder andere posten
2.306.01	Kankerachtige aandoeningen van de bovenste luchtwegen veroorzaakt door houtstof
2.306.02	Longziekten veroorzaakt door het inademen van stof van katoen, vlas, hennep, jute, sisal en bagasse
9.307	Mesothelioom veroorzaakt door asbest
9.308	Longkanker veroorzaakt door asbest
9.310	Larynxkanker veroorzaakt door asbest

Groep 1.4	Infectieziekten en door parasieten verwekte ziekten welke verband houden met de uitoefening van bepaalde beroepen
1.401.01	Ankylostoma duodenale of Necator americanus
1.401.02	Anguillula intestinalis (Strongyloides stercoralis)
1.402.01	Malaria
1.402.02	Amoebendysenterie
1.402.03	Slaapziekte
1.402.04	Knokkelkoorts (Dengue)
1.402.05	Pappatacikoorts
1.402.06	Maltakoorts
1.402.07	Febris Recurrens
1.402.08	Gele koorts
1.402.09	Pest
1.402.10	Leishmaniose
1.402.11	Framboesia
1.402.12	Lepra
1.402.13	Vlektyfus
1.402.14	Andere Rickettsiosen
1.402.15	Bilharziose
1.402.16	Shigellose
1.402.17	Filariose
1.403.01	Infectieziekten of door parasieten veroorzaakte ziekten die op de mens worden overgebracht door dieren of dierlijke overblijfselen
1.403.02	Tetanus
1.403.03	Hepatitis A van het personeel blootgesteld aan contact met afvalwater dat door faecaliën bezoedeld is
1.404.01	Tuberculose bij leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectierisico bestaat
1.404.02	Virale hepatitis bij leden van het personeel werkzaam op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis, wetenschappelijk onderzoek en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectierisico bestaat
1.404.03	Andere infectieziekten bij de leden van het personeel dat werkzaam is op het gebied van de preventieve gezondheidszorg, geneeskundige verzorging, verpleging aan huis of laboratoriumwerk en andere professionele activiteiten in verzorgingsinstellingen waar een verhoogd infectierisico bestaat
Groep 1.6	Door fysische agentia veroorzaakte beroepsziekten
1.601	Ziekten veroorzaakt door ioniserende stralingen
1.602	Staar veroorzaakt door warmtestralen
1.603	Hypoacousie of doofheid ten gevolge van lawaai
1.604	Aandoeningen ten gevolge van compressie of decompressie van de omringende atmosfeer
1.605.01	Been- en gewrichtsaandoeningen van de bovenste ledematen veroorzaakt door mechanische trillingen

1.605.01x	Been- en gewrichtsaandoeningen veroorzaakt door mechanische trillingen:
1605011	– bovenste ledematen
1605012	– rugletsels
1605013	– bovenste ledematen + rugletsels
1.605.02	Angioneurotische aandoeningen van de bovenste ledematen veroorzaakt door mechanische trillingen
1.605.03	Geobjectiveerd mono- of polyradiculair syndroom in de vorm van ischias, cauda-equina-syndroom of lumbaal spinale-stenose-syndroom: – ten gevolge van degeneratieve discushernia veroorzaakt door het tillen van zware lasten of door mechanische trillingen die via het zitvlak op het lichaam worden overgedragen, op voorwaarde dat het radiculair syndroom zich voordoet tijdens de blootstelling aan het beroepsrisico of uiterlijk één jaar na het beëindigen ervan, of – ten gevolge van voortijdige degeneratieve spondylose-spondylartrose op het niveau L4-L5 of L5-S1, veroorzaakt door het tillen van zware lasten of door mechanische trillingen die via het zitvlak op het lichaam worden overgedragen.
1.605.11	Been- en gewrichtsaandoeningen van de bovenste ledematen veroorzaakt door mechanische trillingen
1.605.12	Aandoeningen van de lendenwervelzuil met voortijdig optredende degeneratieve afwijkingen veroorzaakt door mechanische trillingen die via het zitvlak op het lichaam worden overgedragen
1.606.11	Aandoeningen van de periarticulaire slijmbeurzen als gevolg van druk, onderhuidse cellulitis
1.606.21	Aandoeningen door overmatige inspanning van peesscheden, van het weefsel van peesscheden en van inplantingen van spieren en pezen bij de schouwspelartiesten
1.606.41	Afscheuring door overmatige inspanning van doornvormige beenuitsteeksels
1.606.51	Aantasting van de zenuwfunctie door druk
1.607	Mijnwerkersnystagmus
Groep 1.7	Beroepsziekten die niet in een andere categorie kunnen worden ondergebracht
1.701	Allergische aandoeningen veroorzaakt door natuurlijke latex na ten minste één maand blootstelling aan het beroepsrisico
1.702	Hemolytisch syndroom veroorzaakt door antimoontrihydride
1.711	Organisch psychosyndroom veroorzaakt door organische oplosmiddelen
1.712	Acute encefalopathie veroorzaakt door boorhydriden

Bijlage 2

Pathologiegroepen in de statistieken van het FBZ

A	Hardhorigheid
B	Hematopoietisch systeem
C	Carpaal tunnel
D	Huidziekten
E	Hoofdzakelijk afscheuring door overmatige inspanning van doornvormige beenuitsteeksels
H	Virale hepatitis
L	Lumbale aandoeningen
M	Been- en gewrichtsaandoeningen, bovenste ledematen
N	Neus-keel-oor pathologie (uitz. doofheid)
R	Ademhalingssysteem
S	Beenderen, gewrichten, discuspathologie
T	Tendinitis
U	Aandoeningen van de bursae
V	Vasculaire pathologie
X	Algemene aantasting (infectieuze nier-, zenuwpathologieën die niet onder andere rubrieken voorkomen)
Y	Oogpathologie

Bijlage 3

Aanbevelingen

Afkortingen	
FOD WASO	FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg
FOD	FOD Volksgezondheid
IGVM	Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen
EDBPW	Externe diensten voor preventie en bescherming op het werk
IDBPW	Interne diensten voor preventie en bescherming op het werk
CPBW	Comités voor preventie en bescherming op het werk
FBZ	Fonds voor de beroepsziekten
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
KSZ	Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
IMA	Het Internutualistisch Agentschap

Aanbeveling 1

De statistische gegevens van de Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (Dublin Stichting) analyseren volgens genderdimensie

Context

De Europese stichting ter verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden (Dublin Stichting) heeft in 2011 onlangs de eerste resultaten van haar vijfde enquête over de evolutie van de arbeidsomstandigheden in de laatste twintig jaar in Europa vrijgegeven. Op initiatief van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg werd het staal voor België in 2010 uitgebreid zodat het nu 4000 personen omvat. In tegenstelling tot tal van andere Europese landen wordt in ons land geen nationaal onderzoek naar de arbeidsomstandigheden uitgevoerd op regelmatige basis. Men moet gebruik maken van dit initiatief om de ingezamelde gegevens zo goed mogelijk te benutten.

Actiepijlers

- Tussenkomen van het IGVM en de vakbondsorganisaties bij de FOD om de voorkeur te geven aan een methodologie die gericht is op de ontwikkeling van statistische analyses, waarbij rekening wordt gehouden met de genderdimensie, en de ontwikkeling van genderindicatoren (wet van 12 januari 2007, advies nr. 123 van 12/06/2009 van de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen) bij de verwerking van het "Belgisch" deel van de enquête. Anders gezegd moet bij de verwerking van het onderzoek rekening worden gehouden met de geslachtsvariabele in zijn transversaliteit ten opzichte van alle andere variabelen die worden voorgesteld in de analyse.
- Regelmatig het initiatief genomen door de FOD WASO herhalen met het oog op een opvolging van de arbeidsomstandigheden in België op nationaal niveau.
- De representativiteit van de activiteitssectoren in het staal nagaan.
- De analyses van enquête naar de arbeidsomstandigheden verspreiden onder de actoren op het terrein (preventieadviseurs, arbeidsgeneesheren) en de deskundigen rond arbeidsomstandigheden (universiteiten, vakbondsorganisaties) met het oog op uitwisseling en overleg inzake preventie.

Betrokken actoren

FOD WASO, vakbondsorganisaties, EDBPW, IDBPW, vakverenigingen van preventieadviseurs en arbeidsgeneesheren

Aanbeveling 2

De analyses uitgevoerd in het kader van het Gezondheidsenquête uitbreiden met het oog op de inzameling van gegevens die het verband leggen tussen gezondheid, werk en blootstelling aan risico's

Context

De gezondheidsenquête in België werd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) viermaal afgenomen (1997, 2001, 2004, 2008). Het onderzoek van de inhoud van de verschillende vragenlijsten en rapporten zijn vanzelfsprekend belangrijk voor de volksgezondheid maar ook voor de gezondheid op het werk, meer bepaald via de volgende thema's: gezondheidstoestand van de bevolking, subjectieve gezondheid, lichamelijke pijn, chronische aandoeningen en beperkingen, geestelijke gezondheid en sociaaleconomische ongelijkheden.

In 2002 bracht de Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen een erg gedetailleerd advies uit over de gezondheidsenquête met het vooruitzicht op de enquête van 2005 (Advies nr. 51 van 13/09/2009 over de Gezondheidsenquête, 2001); de Raad toonde aan dat "de in België gehouden gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 slechts weinig elementen aanreiken waarop de overheid zich kan baseren om een gezondheidsbeleid te voeren dat erop gericht de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen weg te werken". De Raad stelde ook voor om een luik over de gezondheid op het werk toe te voegen aan de enquête. Dit advies blijft actueel.

Actiepistes

- De ontwikkeling van statistische analyses van het WIV bevorderen, niet alleen op basis van sociaaldemografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, verstedelijkingsgraad of woonplaats), maar ook op basis van het sociaaleconomisch statuut van het individu, zijn beroep en de activiteitssector waarin hij werkt met het oog op het aanbrengen van elementen rond gezondheid op het werk (Wet van 12/01/2007 en Advies nr. 123 van 12/06/2009 RGKMV).
- Bij de verwerking van het onderzoek de voorkeur geven aan het rekening houden met de geslachtsvariabele in zijn transversaliteit ten opzichte van alle andere variabelen die worden voorgesteld in de analyse.
- Aan de volgende gezondheidsenquête een luik over de gezondheid op het werk toevoegen.

Betrokken actoren

WIV, FOD Volksgezondheid

Aanbeveling 3

De identificatie van beroepskankers verder ontwikkelen met het oog op de preventie ervan

Context

De in België beschikbare gegevens over de verhouding tussen kanker en werk zijn bijzonder beperkt en versnipperd in vergelijking met de gegevens waarover men beschikt in andere landen. Er bestaat geen geconsolideerde gesocialiseerde informatie over het aantal blootgestelde werknemers, over de concrete omstandigheden van de blootstelling en over de opvolging van de gezondheid van de Belgische werknemers op dit gebied. Bijgevolg draagt de beperktheid van de gegevens bij tot de zwakheid van de preventie.

De Stichting Kankerregister is een nationaal netwerk dat gegevens over nieuwe kankergevallen in België op systematische wijze verzamelt sinds 2005. De Stichting publiceert een aantal statistieken die worden opgesteld volgens een internationale classificatie van aangetaste organen; de incidentiepercentages worden opgesteld op leeftijd, op geslacht en op regio.

Actiepistes

- De gegevensinzameling van het Kankerregister verbeteren door rekening te houden met het sociaalprofessioneel statuut van het individu; eventueel met zijn beroep en activiteitssector.
- De gegevens van het Kankerregister eenmaal per jaar koppelen aan de gegevens van het DWH "Arbeidsmarkt en sociale bescherming".
- De Stichting Kankerregister en/of het FBZ en/of de ziekenfondsen opdracht geven om interviews af te nemen van een aantal mensen die kanker hebben die mogelijk werd veroorzaakt door een blootstelling op het werk gedurende hun loopbaan ("sentinel events" in verband met de gezondheid op het werk en de preventie).
- De uitwisseling van informatie en de samenwerking tussen het FBZ en de Stichting Kankerregister stimuleren ("sentinel events" in verband met de gezondheid op het werk en de preventie).
- De informatie verspreiden onder de actoren op het terrein (preventieadviseurs, arbeidsgeneesheren) en de deskundigen rond arbeidsomstandigheden (universiteiten, vakbondsorganisaties) met het oog op uitwisseling en overleg inzake preventie.

Betrokken actoren

FBZ, Stichting Kankerregister, KSZ, FOD WASO, FOD Volksgezondheid, EDBPW, IDBPW, vakverenigingen van preventieadviseurs en arbeidsgeneesheren, IMA en ziekenfondsen

Aanbeveling 4

Overgaan tot grondige analyses van de aangiften van en schadevergoedingen voor beroepsziekten

Context

Het FBZ publiceert elk jaar een jaarverslag. De meeste statistische gegevens worden nu uitgesplitst volgens geslacht (behalve de beroepen en de industrieën). Om een antwoord te bieden op Adviezen nr. 45 en 123 van de Raad voor Gelijke Kansen tussen Mannen en Vrouwen zouden die statistische gegevens naast een uitsplitsing volgens geslacht ook analyses moeten bevatten die een meer verfijnde analyse toelaten van de genderindicatoren volgens het type industrie, het beroep, de bezette werkposten, de werkorganisatie en de blootstelling aan risico's van individuen. Doelstelling is vanzelfsprekend de gezondheid op het werk en de preventie.

Actiepistes

- De vakbondsactoren in het Beheercomité van het FBZ sensibiliseren voor de noodzaak aan een grondige analyses volgens geslacht en activiteitssector van de geregistreerde beroepsziekten.
- Bij de verwerking van de gegevens ingezameld door het FBZ rekening houden met de geslachtsvariabele in zijn transversaliteit ten opzichte van alle andere variabelen die worden voorgesteld in de analyse.
- De leden van het Wetenschappelijk Comité van het FBZ sensibiliseren.

Betrokken actoren

FBZ

Aanbeveling 5

De processen voor de erkenning van beroepsziekten analyseren op juridisch en sociologisch vlak

Context

Voor zover wij weten heeft zowel het juridisch als het sociologisch onderzoek dit domein weinig bestudeerd en de genderdimensie van de weerhouden criteria werd nog minder onderzocht. Een kritisch onderzoek van de administratieve procedures van het FBZ en van de rechtspraak zou waarschijnlijk een beter begrip toelaten van hoe de weergave van beroepsziekte wordt opgebouwd en waarom die constructie zo nadelig is voor vrouwen.

Actiepistes

- De vakbondsactoren in het Beheercomité van het FBZ sensibiliseren voor de noodzaak tot een kritisch onderzoek van de administratieve procedures van het FBZ.
- De leden van het Wetenschappelijk Comité van het FBZ sensibiliseren.

Betrokken actoren

FBZ

Aanbeveling 6

Instrumenten ontwikkelen om op middellange en lange termijn de impact van beroepsziekten (arbeidsongevallen) op de tewerkstelling te kunnen identificeren

Context

In België is de tewerkstellingsgraad bij vrouwen bijzonder laag tussen 55 en 64 jaar. Ze vertegenwoordigde in 2009 ongeveer een derde van die van de vrouwen tussen 25 en 54 jaar, terwijl bij de mannen die verhouding ongeveer de helft is. De opeenstapeling van gezondheidsproblemen gedurende de hele beroepsloopbaan doet een slijtageproces door het werk ontstaan, en dit kan bijdragen tot dit verschijnsel. Het zou zinvol zijn om na te gaan in welke mate de vrouwen bij wie een beroepsziekte werd erkend erin geslaagd zijn hun baan te behouden.

Actiepistes

- Bepaalde gegevens in verband met beroepsziekten koppelen aan de gegevens van het Datawarehouse "Arbeidsmarkt en sociale bescherming" van de KSZ met het oog op het onderzoek van de beroepsloopbaan van vrouwen voor wie een beroepsziekte en/of een arbeidsongeschiktheid werd erkend.
- Dit kwantitatief werk aanvullen met een kwalitatief werk rond gesprekken met personen die kampen met gezondheidsproblemen op het werk, met het oog op de ontwikkeling van de preventie van beroepsziekten.

Betrokken actoren

FBZ, FAO, KSZ, IMA en ziekenfondsen, FOD WASO

Aanbeveling 7

De verplichting om beroepsziekten aan te geven ondersteunen en een communicatieschrift opstellen voor de professionelen uit de gezondheidszorg zodat het loopbaantraject van individuen kan worden gevolgd (beroep, activiteitssector, arbeidsomstandigheden)

Context

De aangifte van beroepsziekten is verplicht voor arbeidsgeneesheren die een ziekte vaststellen of hiervan op de hoogte werden gebracht door een andere arts, volgens vier criteria: ziekte vermeld op de lijst; ziekte die niet op de Belgische lijst voorkomt maar wel op een van de twee lijsten van de aanbeveling van de Europese Unie; ziekte waarvan de beroepsoorsprong wordt vastgesteld of zelfs gewoon vermoed; in geval van vatbaarheid voor een van de ziekten of de eerste verschijnselen van een van die ziekten telkens wanneer die vaststelling de stabiliteit van de tewerkstelling of het loon van de getroffen persoon zou kunnen aantasten.

Op de jaarlijkse conferentie van de Société Scientifique de Médecine du Travail (7 mei 2011) deelde het FBZ mee dat de afschriften van de aangiften van een beroepsziekten niet langer moeten worden overhandigd aan de geneesheer-arbeidsinspecteur van het AD "Welzijn op het Werk" (onderdeel van de FOD WASO). Dit met het oog op administratieve vereenvoudiging. Toch behoren welzijn op het werk en preventie tot de opdrachten van de FOD WASO. Dit initiatief lijkt ons bijgevolg niet gepast.

Overigens geeft een van de conclusies van een (lopend) onderzoek gefinancierd door de FOD WASO aan dat het noodzakelijk is om informatie m.b.t. de beroepstoestand van individuen mee te delen en informatie uit te wisselen tussen de professionelen van de gezondheidszorg: arbeidsgeneesheer, huisarts en adviserende geneesheer (Mairiaux (ULG), Donceel (KULeuven): 2011).

De verplichting om beroepsziekten aan te geven, geldt ook voor de overheid. Toch blijven in België de statistieken van de overheidssector erg vertrouwelijk.

Actiepistes

- De verschillende actoren sensibiliseren voor de noodzaak om de informatie niet te beperken maar eerder te socialiseren, om de preventie van beroepsziekten te stimuleren.
- De werknemersvertegenwoordigers sensibiliseren voor het nut van een aangifte van een beroepsziekte (preventie) ongeacht de erkenning van de beroepsziekte en de schadevergoeding.
- De statistieken die melding maken van de evolutie van beroepsziekten in de overheidssector en federale en regionale overheidsinstellingen en -bedrijven verder ontwikkelen en socialiseren.

Betrokken actoren

Vakbondsorganisaties, FBZ, FOD WASO, FOD SZ (Medex, Empreva enz.), EDBPW, IDBPW, vakverenigingen van preventieadviseurs en arbeidsgeneesheren