

EVOLUTIE VAN PSYCHOSOCIALE AANDOENINGEN DOORHEEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Impact van sociaal statuut, geslacht en leeftijd



Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Luk BRUYNEEL, Murielle LONA, Sébastien ALEXANDRE, Güngör KARAKAYA,
Emmanuel GUILLAUME, Astrid JANSSENS, Philippe MARNETH, Marc ALBERTY

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, december 2020

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

EVOLUTIE VAN PSYCHOSOCIALE AANDOENINGEN DOORHEEN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

IMPACT VAN SOCIAAL STATUUT, GESLACHT EN LEEFTIJD

INHOUDSOPGAVE

01	INLEIDING.....	4
02	DOEL VAN DE STUDIE.....	6
03	METHODOLOGIE.....	7
	03.01 Studiedesign.....	7
	03.02 Studieperiode.....	7
	03.03 Studievariabelen.....	7
	03.04 Statistische analyse.....	8
04	RESULTATEN.....	10
	04.01 Personen met nieuwe intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018: aantallen en karakteristieken.....	10
	04.02 Diagnoses doorheen de tijd.....	10
	04.03 Sociaal statuut, geslacht, leeftijd en diagnoses doorheen de tijd.....	16
05	DISCUSSIE.....	20
	05.01 Samenvatting van de resultaten.....	20
	05.02 Tekortkomingen van de studie.....	21
	05.03 Vergelijking van de resultaten met eerdere studies.....	21
	05.04 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	22
	05.05 Algemene beleidsaanbevelingen over arbeidsongeschiktheid.....	23
06	REFERENTIES.....	26
07	BIJLAGE.....	27

01 INLEIDING

Heel wat mensen ervaren een uitgesproken frictie tussen werk, welvaart en mentaal geluk. Werken moet lonen, maar het is onze fysieke en mentale gezondheid die ons in staat stelt om te werken. Recente cijfers over onze mentale gezondheid zijn behoorlijk onrustwekkend. Zo bleek uit de gezondheidsenquête van 2018 dat ongeveer een op de tien Belgen lijdt aan een angststoornis en nog eens zoveel Belgen aan een depressieve stoornis [1]. Tussen 2009 en 2016 steeg het percentage werknemers dat in de loop van de laatste 12 maanden regelmatig stress van een onaanvaardbaar niveau ondervond van 26,5 % naar 30,8 %. Het stressniveau wordt onder meer sterk beïnvloed door de mentale en emotionele belasting van de job en de mate waarin de organisatie bezig is met het welzijn van haar medewerkers [2]. Volgens werkgevers ligt minstens de helft van de oorzaken van burn-out in de eigen organisatie. Als reden voor de toename van het aantal burn-outs identificeren ze onder meer het fenomeen van quasi permanente bereikbaarheid dankzij het gebruik van de moderne communicatiemedia, alsook de enorme informatiestroom en de talrijke keuzemogelijkheden waarmee de werknemer vandaag geconfronteerd wordt [3]. Psychosociale aandoeningen situeren zich ook in sterke mate bij zelfstandigen. Ook hier ondervindt een op de drie meestal tot altijd last van stress of vermoeidheid [4].

“ Zo bleek uit de gezondheidsenquête van 2018 dat ongeveer een op de tien Belgen lijdt aan een angststoornis en nog eens zoveel Belgen aan een depressieve stoornis.

Bovenstaande toename in psychosociale aandoeningen uit zich in een stijging in aanvragen van arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen. Dit is het geval in België, maar evengoed in andere landen. **Ook de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) stelt, naast een structurele verschuiving naar ziekten van het botspierstelsel, een toename in het aantal psychische stoornissen vast** [5]. Voor België becijferde het RIZIV dat het percentage intredes in invaliditeit wegens psychische stoornissen met bijna 8 procent is toegenomen bij mannen (van 22 % intredes in 1995 tot 30 % in 2016) en met meer dan 4 procent bij vrouwen (van 30 % in 1995 tot 34 % in 2016) [6]. In 2019 maakt het RIZIV melding van 400.745 personen in invaliditeit, oftewel circa 5 % van de bevolking van 15 tot 64 jaar. 66.030 gevallen waren toe te schrijven aan depressie en 25.408 aan burn-out [7]. Invaliditeit verwijst hier naar een persoon op arbeidsleeftijd, maar langer dan een jaar ziek. Daarbovenop komt nog eens een gelijkaardig aantal personen in primaire arbeidsongeschiktheid – personen op arbeidsleeftijd die minder dan een jaar thuis blijven omwille van ziekte [8]. Deze cijfers blijven jaar na jaar stijgen, al lijkt de curve de voorbije jaren enigszins af te vlakken. Bovendien neemt de duurtijd van de periodes in de ziekte- en invaliditeitsverzekering toe. Ook hier spelen psychosociale aandoeningen een belangrijke rol. Zo berekende een recente Belgische studie bij circa 5.000 personen die een beroep deden op een ziekte- en invaliditeitsuitkering, dat personen met kanker de langste periodes doormaken, gevolgd door personen met psychische stoornissen en gedragsstoornissen, en personen met factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden. Onder de categorie psychische stoornissen en gedragsstoornissen valt onder meer depressie, en onder de categorie factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden valt onder meer burn-out [9]. Omwille van de problematiek van psychosociale aandoeningen maakte het RIZIV een speerpunt van haar pilootproject omtrent re-integratie aangepast aan werknemers die arbeidsongeschikt zijn omwille van geestelijke gezondheidsproblemen. Dit pilootproject is gebaseerd op de principes

van Individual Placement and Support (IPS), dat onder andere vooropstelt dat personen zo snel mogelijk begeleid moeten worden in hun zoektocht naar werk en geïndividualiseerde ondersteuning moeten krijgen ook nadat ze werk hebben gevonden [10,11].

Voor de volledigheid is het belangrijk om te vermelden dat psychosociale aandoeningen niet de enige reden zijn om de stijging van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit te verklaren. In een analyse door de Nationale Bank van België werden tevens geïdentificeerd: een verandering in de leeftijdsstructuur, een verandering in de tegen invaliditeit verzekerde bevolking, een verandering in de gemiddelde gezondheidstoestand van de bevolking, het ontstaan van nieuwe risico's en redenen voor invaliditeit, en een conjunctuurcyclus en institutionele factoren [12].

Hoewel reeds heel wat cijfermateriaal ter beschikking is over de impact van psychosociale aandoeningen op de arbeidscapaciteit, resten er interessante pistes voor verder onderzoek. Zo is deze impact bijvoorbeeld niet eerder becijferd bij de intrede van arbeidsongeschiktheid. Het gebruik van de International Classification of Diseases (ICD), die duidelijkheid biedt over de diagnose, is immers pas verplicht op 7 maanden, het moment vanaf wanneer een minimumuitkering wordt gegarandeerd. Toch is het mogelijk om ook bij de intrede van de arbeidsongeschiktheid een beeld te schetsen over de ziektebeelden, door een mapping te maken tussen de pathologiecodes en de ICD-codes. Dit laat toe om het verloop in de ICD-codes te schetsen bij intrede van arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede van invaliditeit.

Een bijkomende invalshoek is de relatie tussen persoonskenmerken, psychosociale aandoeningen en arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Zo bleken vrouwen die deelnamen aan de gezondheidsenquête in hogere mate te lijden aan angststoornissen en depressieve stoornissen in vergelijking met mannen [1]. In de eerder genoemde Belgische studie bij circa 5.000 personen die een beroep deden op een ziekte- en invaliditeitsuitkering bleken vrouwen bovendien een significant langere periode van arbeidsongeschiktheid door te maken in vergelijking met mannen. Hetzelfde gold voor oudere personen in vergelijking met jongere personen [9]. Daarentegen kennen jongere werknemers (jonger dan 35 of tussen de 35 en de 39 jaar) een verhoogd risico op een burn-out in vergelijking met oudere werknemers [13]. Ook de rol van het sociale statuut verdient nader onderzoek. Zo bleek uit een analyse van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) dat zelfstandigen die een periode van primaire arbeidsongeschiktheid doorlopen, dit in een slechtere gezondheidstoestand doen dan werknemers [14].

02 DOEL VAN DE STUDIE

Het doel van deze studie is tweeledig.

Ten eerste beschrijven we het aandeel en de evolutie van ziektebeelden gerelateerd aan psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden arbeidsongeschiktheid, en bij intrede in invaliditeit.

Ten tweede gaan we na in welke mate variatie optreedt in het aandeel en de evolutie van deze ziektebeelden voor sociaal statuut, geslacht en leeftijd.

03 METHODOLOGIE

03.01 Studiedesign

Een retrospectieve longitudinale studie werd uitgevoerd.

03.02 Studieperiode

We bestuderen alle dossiers over de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 1 januari 2018 en 31 december 2018 bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. We kijken hierbij enkel naar de klassieke primaire arbeidsongeschiktheid. Dit wil zeggen dat we bijvoorbeeld geen rekening houden met zwangerschaps- of vaderschapsverlof. Een eventuele hervat maakt deel uit van hetzelfde dossier.

De data-extractie omvat de voortgang van deze dossiers tot en met 31 december 2019. Op die manier beschikken we over de ziektebeelden bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden arbeidsongeschiktheid, en bij intrede in invaliditeit (t.t.z. op 12 maanden). Vanzelfsprekend zijn ziektebeelden op 7 of 12 maanden niet gekend voor personen voor wie het dossier op dat moment reeds gesloten is.

We bestuderen alle dossiers over de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 1.01.2018 en 31.12.2018 bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

03.03 Studievariabelen

De primaire outcome is de ICD-10-diagnose. Deze is beschikbaar bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit (op 12 maanden). Het gebruik van ICD is echter slechts verplicht vanaf de 7^{de} maand arbeidsongeschiktheid. Voor de intrede in arbeidsongeschiktheid worden een diagnose of symptomatologie en/of functionele stoornissen toegekend door de behandelende arts van de persoon, en overgemaakt aan de verzekeringsinstelling via het arbeidsongeschiktheidsformulier. Op basis hiervan wordt een pathologielabel toegekend en wordt een ICD-10-diagnose afgeleid met behulp van een interne mapping binnen de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Tot 2015 baseerden de ziekenfondsen en het RIZIV zich op de 9^{de} editie (ICD-9) van dit classificatieschema. De 10^{de} editie (ICD-10) werd in België geïntroduceerd in 2016. Sinds 2017 wordt enkel nog ICD-10 gebruikt voor nieuwe intredes en herevaluaties in invaliditeit.

ICD-10 telt 21 hoofdstukken (I tot XXI), die onderverdeeld zijn in blokken (3 karakters), categorieën (3 alfanumerieke karakters) en subcategorieën (4 tot 5 alfanumerieke karakters). In Hoofdstuk IX Ziekten van hart en vaatstelsel, bijvoorbeeld, vinden we 10 blokken. Een voorbeeld van dergelijke blok is I10-I15 Hypertensieve ziekten. Binnen dit blok vinden we 5 categorieën, bijvoorbeeld I11 Hypertensieve hartziekte, met 2 subcategorieën, bijvoorbeeld I11.9 Hypertensieve hartziekte zonder (congestieve) hartdecompensatie.

Andere studievariabelen zijn de openingsdatum en sluitingsdatum van het dossier. Op basis hiervan berekenen we de duur van het dossier.

Daarnaast beschikken we tevens over een uniek identificatienummer, het geslacht van de persoon, de leeftijd, het sociale statuut en het type arbeidsongeschiktheid.

03.04 **Statistische analyse**

Voor de geïnccludeerde dossiers beschrijven we de persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, sociaal statuut, type arbeidsongeschiktheid).

Voor het eerste onderzoeksdoel, het beschrijven van het aandeel en de evolutie van ziektebeelden gerelateerd aan psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden arbeidsongeschiktheid, en bij de intrede in invaliditeit, doorlopen we drie stappen.

Ten eerste beschrijven we de ICD-10-hoofdstukken, blokken en (sub)classificaties gerelateerd aan psychosociale aandoeningen. We weerhouden drie blokken die terug te vinden zijn in twee hoofdstukken. Het betreft 'Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens overige omstandigheden', 'Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen' en 'Stemmingsstoornissen'. Tabel 1 geeft weer welke categorieën hieronder vallen, alsook een aantal voorbeelden van subcategorieën. Voor 'Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens overige omstandigheden' kijken we enkel naar categorie 'Z73 Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten'. In het vervolg van het manuscript gebruiken we dan ook deze benaming. Voor het volledige overzicht van subcategorieën gerelateerd aan psychosociale aandoeningen verwijzen we naar Bijlage 1.

Ten tweede beschrijven we de link tussen de pathologiecodes bij ingang van de arbeidsongeschiktheid en de ICD-10-mapping. Deze resultaten bevestigen de nood aan dergelijke mapping en geven een beeld over de correctheid ervan. Voor specifieke bevindingen verwijzen we naar Bijlage 2.

Ten derde beschrijven we de procentuele verdeling van de ICD-10-hoofdstukken doorheen de tijd, en het aandeel hierin van de blokken en (sub)categorieën gerelateerd aan psychosociale aandoeningen. We beschrijven vervolgens het percentage van deze hoofdstukken dat gesloten wordt op 7 en 12 maanden, alsook de mediane duur van de dossiers. Tot slot beschrijven we de evolutie doorheen de tijd van de blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen en de overige ICD-10-(sub)categorieën.

Voor het tweede onderzoeksdoel, het bestuderen van eventuele variatie die optreedt in de ziektebeelden voor sociaal statuut, geslacht en leeftijd, herhalen we voor deze persoonskenmerken de beschrijvende analyse uit de paragraaf hierboven. Vervolgende eindigen we met een meervoudige logistische regressie waarmee we de associatie schatten tussen sociaal statuut, geslacht en leeftijd enerzijds en het aandeel van psychosociale aandoeningen anderzijds. We houden in dit model rekening met herhaalde metingen (intrede in arbeidsongeschiktheid, 7 maanden, intrede invaliditeit) bij personen aan de hand van een gegeneraliseerde schattingsvergelijking. We hanteren $p < 0.05$ als grens van statistische significantie.

Tabel 1. ICD-10-blokken, -categorieën en -subcategorieën gerelateerd aan psychosociale aandoeningen

ICD-10-blokken	ICD-10-categorieën	ICD-10-subcategorieën
Z70-Z76 Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens overige omstandigheden Deze blok valt onder Hoofdstuk XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg	Z73 Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten	bv. Z73.0 burn-out
F40-F48 Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen Deze blok valt onder Hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	F40 Fobische angststoornissen	bv. F40.0 agorafobie
	F41 Andere angststoornissen	bv. F41.0 paniekstoornis [episodische paroxismale-angst]
	F42 Obsessief-compulsieve stoornis [dwangstoornis]	bv. F42.0 overwegend obsessieve gedachten of ruminaties
	F43 Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen	bv. F43.1 posttraumatische stressstoornis
	F44 Dissociatieve stoornissen [conversiestoornissen]	bv. F44.5 dissociatieve convulsies
	F45 Somatoforme stoornissen	bv. F45.2 hypochondrische stoornis
	F48 Overige neurotische stoornissen	bv. F48.1 depersonalisatie-derealisatiesyndroom
F30-F39 Stemmingsstoornissen Deze blok valt onder Hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen)	F30 Manische episode	bv. F30.2 manie met psychotische symptomen
	F31 Bipolaire affectieve stoornis [manisch-depressieve stoornis]	bv. F31.0 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode hypomaan
	F32 Depressieve episode	bv. F32.1 matige depressieve episode
	F33 Recidiverende depressieve stoornis	bv. F33.8 overige gespecificeerde depressieve stoornissen, recidiverend)
	F34 Persisterende stemmingsstoornissen	bv. F34.1 dysthymie
	F38 Andere stemmingsstoornissen	bv. F38.1 andere stemmingsstoornissen, recidiverend
	F39 Niet-gespecificeerde stemmingsstoornis	Geen verdere onderverdeling in subcategorieën

04 RESULTATEN

04.01 Personen met nieuwe intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018: aantallen en karakteristieken

We extraheerden 93.076 dossiers over intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 1 januari 2018 en 31 december 2018 onder de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Hiervan weerhouden we 73.151 dossiers waarvan de duur van het dossier voldoende lang is om aanspraak te maken op een uitkering door het ziekenfonds. Voor een aantal dossiers ontbreken diagnoses voor een of meerdere periodes, voornamelijk bij de intrede in arbeidsongeschiktheid (n=8.482). **Finaal weerhouden we 59.760 dossiers.** Het betreft 56.805 unieke personen. Tabel 2 geeft de kenmerken weer voor deze dossiers en personen. We zien iets meer nieuwe dossiers voor vrouwen (52,6 %) dan mannen (47,4 %). De gemiddelde leeftijd is ongeveer 43 jaar. Met iets meer dan de helft van de dossiers vormen arbeiders (52,4 %) de grootste groep, gevolgd door bedienden met ongeveer vier op de tien dossiers (38,9 %). Een kleine minderheid (6,6 %) van de dossiers betreft zelfstandigen.

Tabel 2. Nieuwe arbeidsongeschiktheidsdossiers in 2018: persoonskenmerken

	Gegevensset, aantal dossiers	Gegevensset, aantal unieke personen
Aantal	59.760	56.805
Geslacht		
Vrouw, %(n)	52,6 (31.435)	52,9 (29.879)
Man, %(n)	47,4 (28.325)	47,1 (26.636)
Leeftijd, gemiddelde (mediaan)	42,9 (43)	42,9 (43)
Sociaal statuut		
Arbeider	52,4 (31.290)	51,3 (29.006)
Bediende	38,9 (23.266)	39,7 (22.418)
Zelfstandige	6,6 (3.960)	6,8 (3.848)
Werkloze arbeider	1,2 (735)	1,3 (734)
Werkloze bediende	0,6 (351)	0,6 (351)
Andere	0,3 (157)	0,3 (157)
Meehelpende echtgenoot	0,0 (1)	0,0 (1)
Type arbeidsongeschiktheid		
Arbeitsongeschiktheid	98,2 (58.691)	98,1 (55.449)
Gemengd	1,8 (1.064)	1,9 (1.061)

04.02 Diagnoses doorheen de tijd

Figuur 1 geeft de verdeling van de hoofdstukken weer per periode, alsook de mediane duurtijd van de dossiers en het percentage dossiers dat afgesloten is voor diagnosestelling op 7 en 12 maanden.

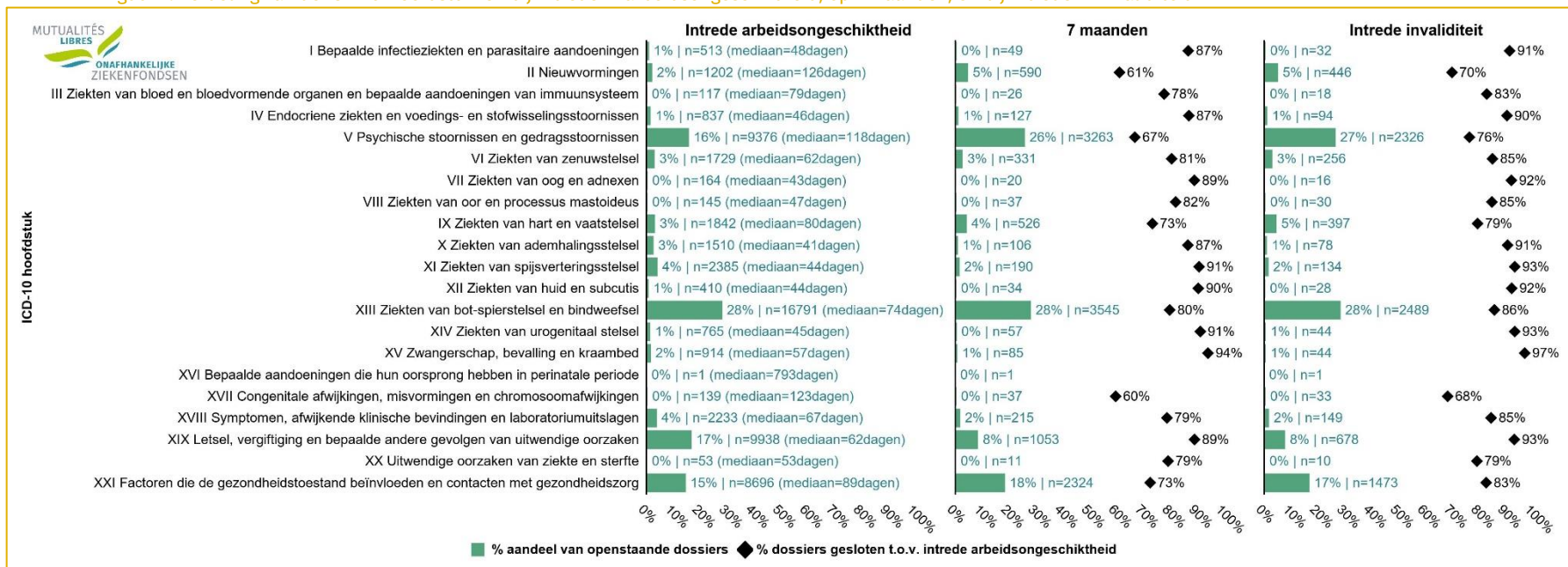
Sterk vertegenwoordigd bij intrede in arbeidsongeschiktheid zijn Hoofdstukken V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (16 %, n=9.376) en XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg (15 %, n=8.696). Deze hoofdstukken omvatten de diagnoses gerelateerd aan psychosociale aandoeningen.

Voorname­lijk wat hoofdstuk V betreft neemt het procentueel aandeel van de op dat moment lopende dossiers sterk toe op 7 en 12 maanden, tot meer dan een vierde van het totale aantal diagnoses. Hiermee komt het op gelijke hoogte met Hoofdstuk XIII Ziekten van bot-spierstel en bindweefsel.

De toename in het procentueel aandeel van deze ICD-10-hoofdstukken mag niet toegeschreven worden aan een alteratie in de hoofddiagnose van individuen doorheen de tijd. Hierop komen we later terug. Veel eerder is het de grote mate van variatie tussen ICD-10-hoofdstukken wat betreft het percentage dossiers dat afgesloten is op deze tijdstippen die een rol speelt in deze evolutie. In het algemeen zijn op 7 maanden 78,9 % van de dossiers afgesloten. Op 12 maanden bedraagt dit 85,3 %. Hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen (76 %) kent na hoofdstukken II Nieuwvormingen (70 %) en XVII Congenitale afwijkingen (68 %) echter het laagste percentage dossiers dat afgesloten is op 12 maanden, of met andere woorden, het hoogste percentage met een intrede in invaliditeit. In lijn hiermee kan eenzelfde conclusie getrokken worden voor de impact van de mediane duur van het dossier. Deze bedraagt over het algemeen 72 dagen. Opnieuw scoren Hoofdstukken V (118 dagen) en XXI (89 dagen) erg hoog ten opzichte van de andere hoofdstukken.

Hoofdstuk V
Psychische stoornissen
en gedragsstoornissen
kent na hoofdstukken
II Nieuwvormingen en
XVII Congenitale
afwijkingen echter het
laagste percentage
dossiers dat afgesloten
is op 12 maanden, of
met andere woorden,
het hoogste
percentage met een
intrede in invaliditeit.

Figuur 1. Verdeling van de ICD-10-hoofdstukken bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit



Figuur 2 betreft een zonnestraalgrafiek van alle hoofdstukken, categorieën en subcategorieën bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Deze weergave illustreert dat psychosociale aandoeningen zwaar doorwegen in hun betreffende hoofdstukken. Binnen hoofdstuk V bedraagt het aandeel van Stemmingsstoornissen 73,2 % (n=6.863), en het aandeel van Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen 20,2 % (n=1.889). Binnen hoofdstuk XXI bedraagt het aandeel van Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten 70,4 % (n=6.123).

Samen vormen deze drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen 24,9 % van alle diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid.

Op het totale aantal diagnoses en bij intrede in arbeidsongeschiktheid wegen de stemmingsstoornissen (11,5 %, n=6.863) en problemen verband houdend met moeite om leven in te richten (10,3 %, n=6.123) beide door voor meer dan een op de tien diagnoses. Neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen zijn goed voor 3,2 % (n=1.889) van het totaal aantal diagnoses.

Samen vormen deze drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen 24,9 % van alle diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Zoals aangegeven in Figuur 1 neemt het gewicht van hoofdstukken V en XXI toe doorheen de tijd. Ook het gewicht van psychosociale aandoeningen binnen het geheel aan diagnoses neemt toe, tot 41,2 % op 7 maanden en 40,3 % bij intrede in invaliditeit.

Z73.0 Burn-out (n=5.493) en F32 Depressieve episode (n=5.409 (inclusief subcategorieën, die zelden gespecificeerd zijn, zie ook Figuur 2)) zijn goed voor respectievelijk 9,2 % en 9,1 % van het totale aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Daarmee zijn het de meest frequente diagnoses op dit detailniveau, op ruime afstand gevolgd door M54.5 Lage rugpijn (3,8 %, n=2.294). Op 7 maanden omvat Z73.0 Burn-out 16,8% (n=2.122) van het totaal aantal diagnoses, en F32 Depressieve episode 8,1% (n=1.024). Op 12 maanden is dit respectievelijk 15,3 % (n=1.340) en 8,3 % (n=732). Net als bij intrede in arbeidsongeschiktheid blijven deze twee diagnoses de meest frequente.

Vervolgens visualiseren we de evolutie in ICD-10-codes over de 3 periodes aan de hand van een Sankey diagram (Figuur 3) om te toetsen of alteraties in de hoofddiagnose optreden. We doen dit enkel voor personen in invaliditeit (n=8.776, 14,7 % van de nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid in 2018). Met andere woorden, enkel voor personen voor wie we op elk van de 3 periodes over een ICD-10-code beschikken. Om het overzicht te bewaren voeren we deze analyse uit op het niveau van de drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen. Alle (sub)categorieën die niet onder een van deze blokken vallen, brengen we onder bij Overige ICD-10-(sub)categorieën.

Op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit komt quasi 100 % van de personen in dezelfde groep terecht. Slechts in 9 dossiers is dit niet het geval.

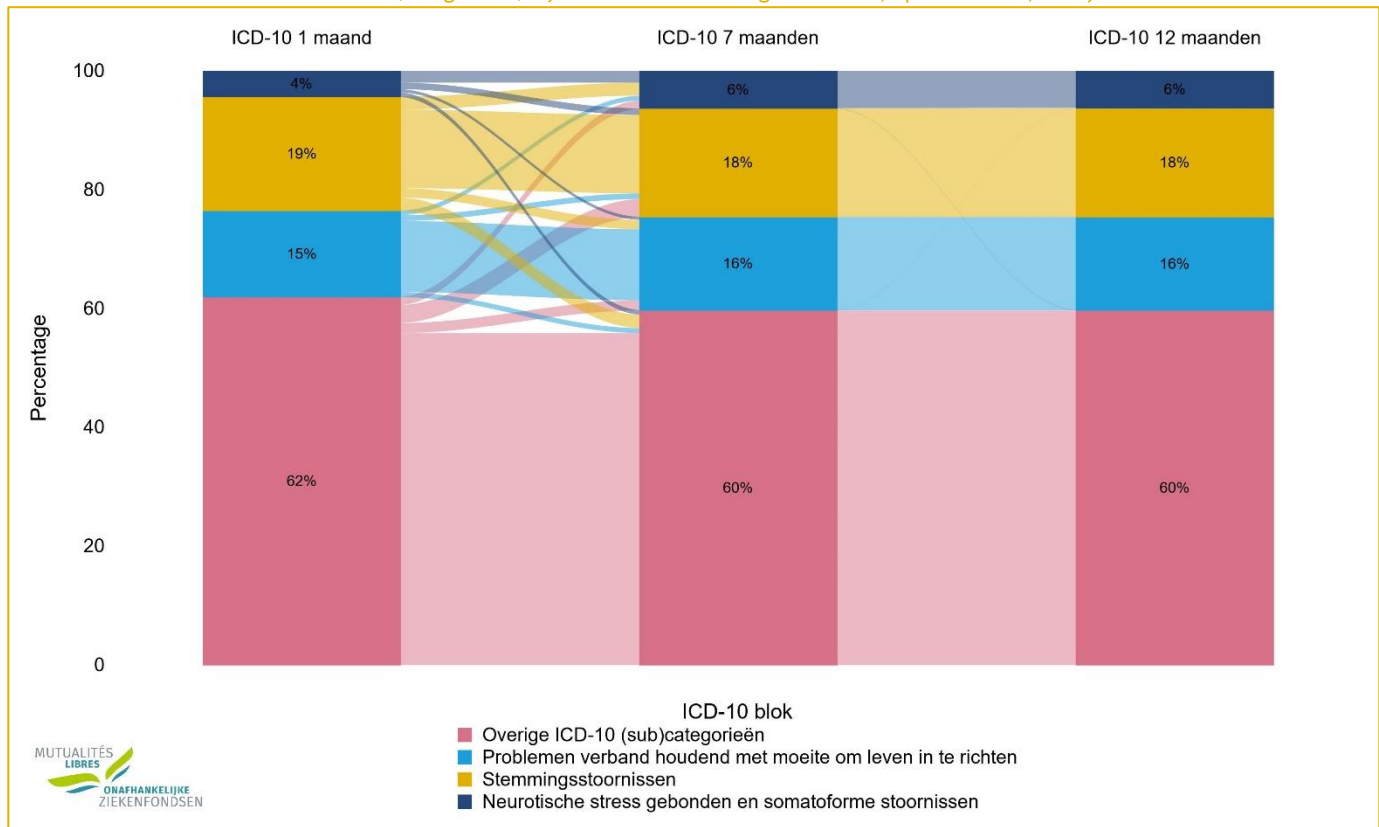
Tussen intrede in arbeidsongeschiktheid en maand 7 zijn wijzigingen in classificatie echter frequenter. Personen evolueren in beide richtingen tussen enerzijds de drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen en anderzijds de overige ICD-10-(sub)categorieën. Ook evolueren personen tussen de drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen onderling.

Bij de kleinste blok, de Neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen, zien we dat slechts 45,6 % van de personen die in deze blok geïdentificeerd worden bij intrede in arbeidsongeschiktheid, ook op 7 maanden in deze blok terecht komt. Een op de vier personen met dergelijke stoornissen bij intrede in arbeidsongeschiktheid komt op 7 maanden terecht in de blok over stemmingsstoornissen. Omgekeerd zien we dat 11,4 % van de personen met stemmingsstoornissen bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op maand 7 terecht komt in de blok met betrekking tot neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen. Een gelijkaardig percentage personen gaat over naar de blok betreffende problemen verband houdend met moeite om leven in te richten (8,2 %) of naar overige ICD-10-(sub)categorieën (11,9 %). Van de blok stemmingsstoornissen blijft 68,5 % als dusdanig geïdentificeerd op 7 maanden. Het meest standvastig is de blok met problemen verband houdend met moeite om leven in te richten, waarvan 82,0 % als dusdanig geïdentificeerd is zowel bij intrede in arbeidsongeschiktheid als op 7 maanden.

In totaal komt 9,7 % van de personen met overige ICD-10-codes bij intrede in arbeidsongeschiktheid op 7 maanden terecht in een van de drie blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen. Zij blijven allen als dusdanig geïdentificeerd op 12 maanden. Op niveau van de categorieën zien we bijvoorbeeld dat 7,2 % van de personen met M54 Dorsalgie op maand 1, op maand 7 in een van de drie blokken met betrekking tot psychosociale aandoeningen belandt. Andere categorieën met een opvallend percentage waarbij dergelijke evolutie plaatsvindt zijn M50 Aandoeningen van de cervicale tussenwervelschijf (7,5 %), M25 Overige gewrichtsaandoeningen (7,5 %) en R53 Malaise en vermoeidheid (51,9 %).

We vullen deze analyse op het niveau van de ICD-10-blokken aan met een analyse op het niveau van de hoofdstukken en categorieën, opnieuw voor de personen waarvoor we op alle drie de momenten over een diagnose beschikken. 75 % (n=6.610) van de personen heeft op drie momenten een diagnose binnen hetzelfde hoofdstuk. 56 % (n=4.926) heeft op de drie momenten een diagnose binnen dezelfde categorie.

Figuur 3. Evolutie tussen blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen en overige ICD-10-sub(categorieën) bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit



04.03 Sociaal statuut, geslacht, leeftijd en diagnoses doorheen de tijd

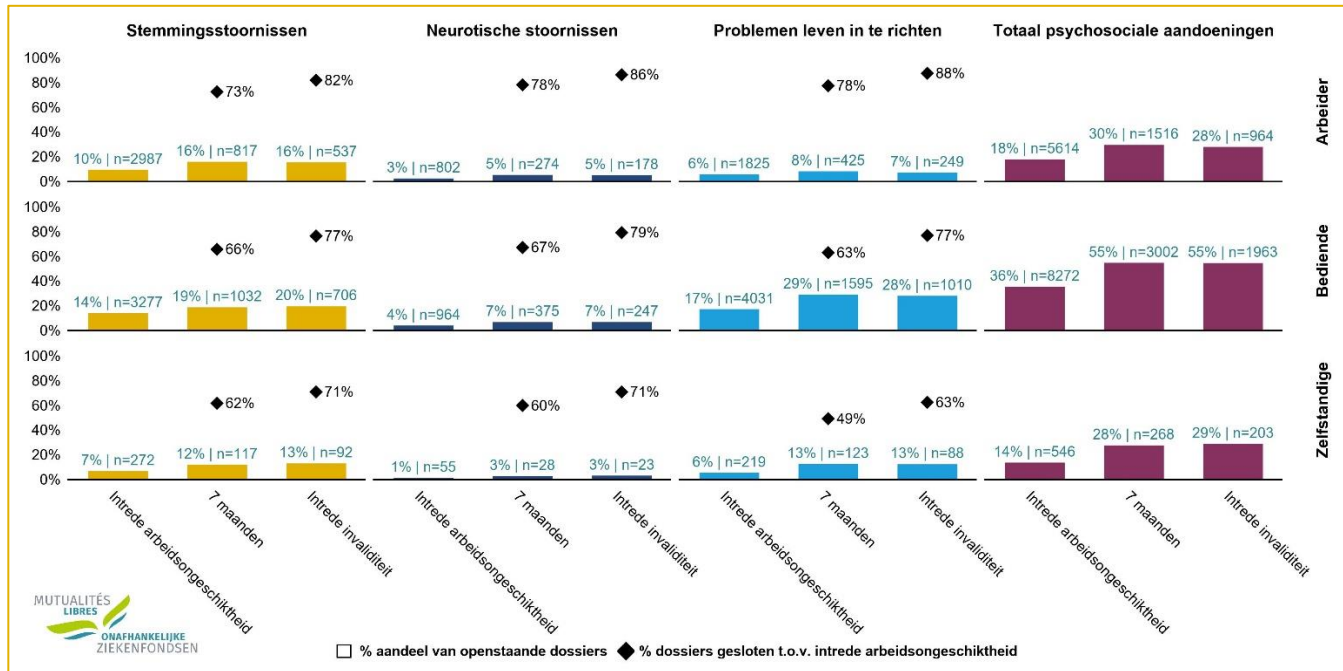
Voor deze analyses weerhouden we wat sociaal statuut betreft enkel arbeiders, bedienden en zelfstandigen. Dossiers voor overige statuten zijn onvoldoende in aantal om subgroep analyses uit te voeren. Voor leeftijd maken we vier leeftijdsgroepen aan: de 20- tot 29-jarigen (n=8.626), de 30- tot 39-jarigen (n=15.053), de 40- tot 49-jarigen (n=16.662), en de 50-plussers (n=19.419).

Figuren 4, 5 en 6 betreffen een weergave van het aandeel van psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit, respectievelijk per sociaal statuut, geslacht en leeftijdscategorie.

Opvallend is dat het aandeel van psychosociale aandoeningen voor bedienden oploopt tot 55 % zowel op 7 maanden als bij intrede in invaliditeit (Figuur 4). Bij zelfstandigen zien we wat betreft Stemmingsstoornissen en Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten, het aandeel op 7 en 12 maanden sterk toenemen. Oorzaak hiervan is net als in Figuur 1 het laag percentage dossiers dat afgesloten is ten opzicht van andere hoofdstukken. Dit is overigens niet enkel het geval voor psychosociale aandoeningen.

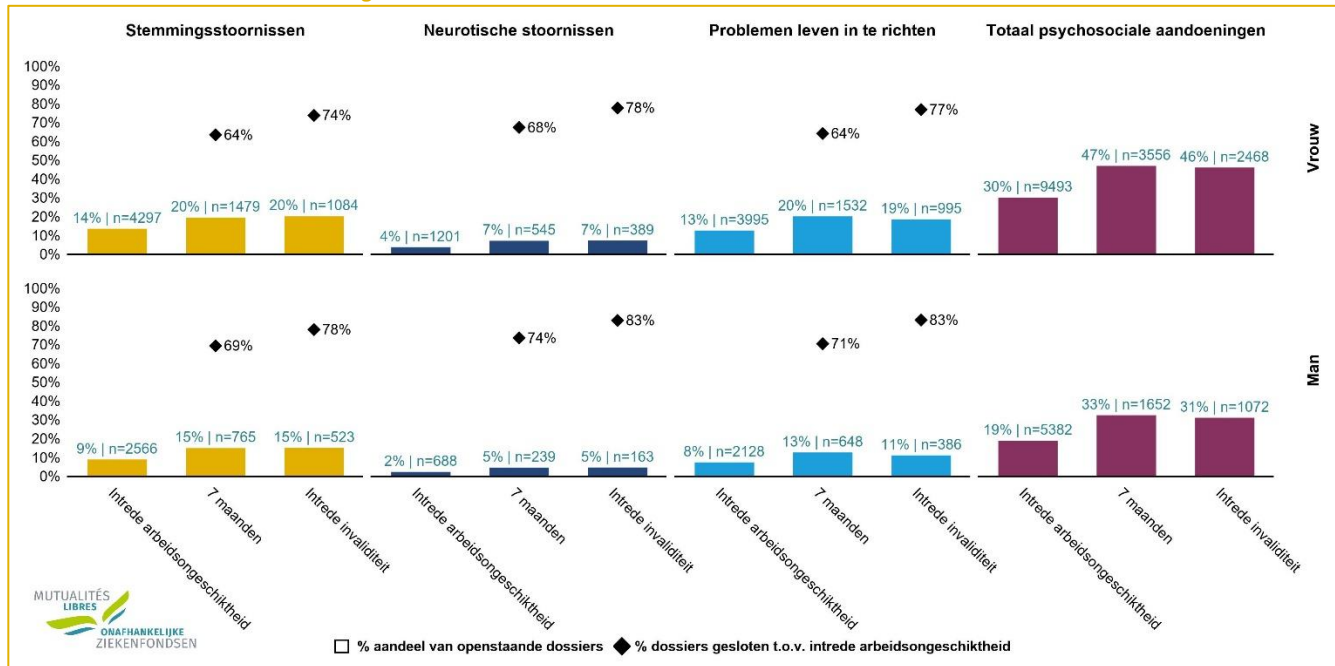
Opvallend is dat het aandeel van psychosociale aandoeningen voor bedienden oploopt tot 55 % zowel op 7 maanden als bij intrede in invaliditeit.

Figuur 4. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per sociaal statuut



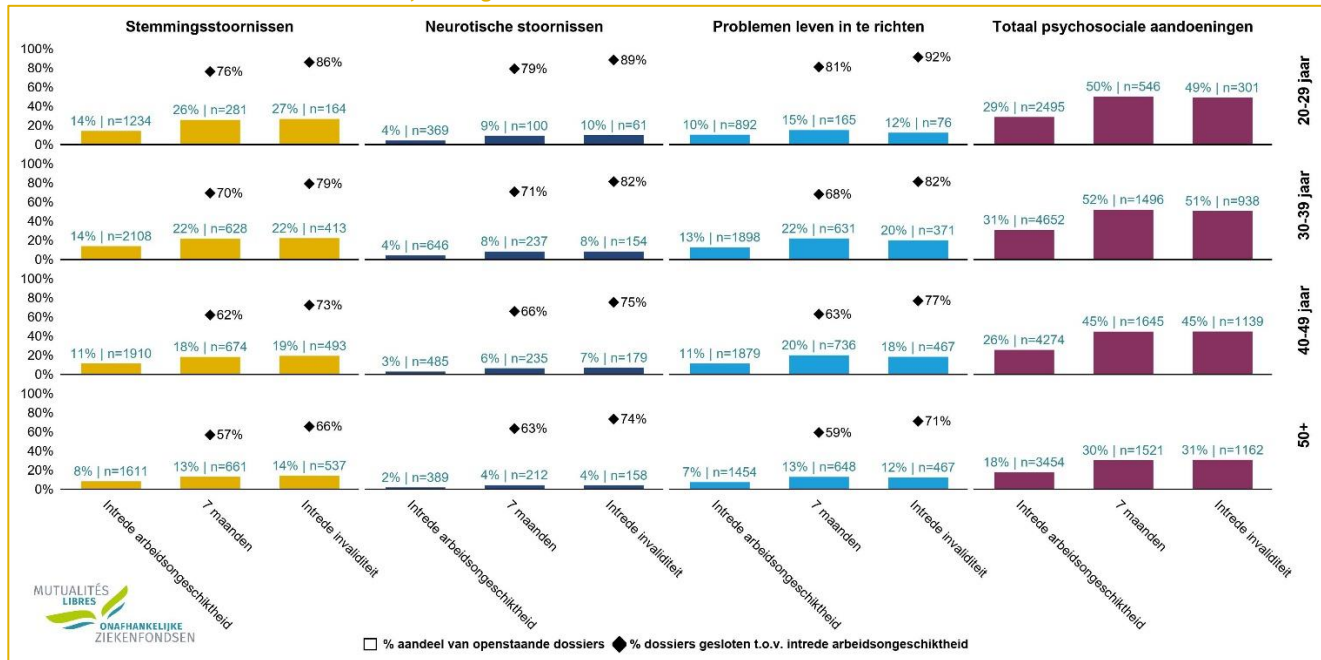
Vergeleken met mannen nemen bij vrouwen alle drie de blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen een hoger aandeel in inzake het totale aantal diagnoses (Figuur 5). Bij vrouwen zijn bij intrede in arbeidsongeschiktheid 30 % van de diagnoses gerelateerd aan psychosociale aandoeningen, terwijl dit bij mannen 19 % bedraagt. Bovendien is het zo dat bij vrouwen minder dossiers gesloten zijn op 7 en 12 maanden in vergelijking met mannen. Dit geldt opnieuw voor alle drie de blokken. Bij vrouwen staan op deze periodes bijna de helft van de dossiers open omwille van psychosociale aandoeningen, terwijl dit bij mannen neerkomt op ongeveer een op de drie dossiers. Belangrijk om op te merken is dat dit effect consistent is voor de drie categorieën van sociaal statuut (Bijlage 3, Figuren 3A, 3B en 3C).

Figuur 5. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per geslacht



Wat de impact van de leeftijd betreft zien we dat, bij intrede in arbeidsongeschiktheid, voornamelijk dossiers van 50-plussers in mindere mate gerelateerd zijn aan psychosociale aandoeningen (Figuur 6). Naarmate personen jonger zijn, wordt een veel hoger percentage van dit type arbeidsongeschiktheidsdossiers afgesloten voor 7 maanden en intrede in invaliditeit. Ook bij jongeren neemt het aandeel van psychische aandoeningen echter sterk toe, omdat andere types arbeidsongeschiktheidsdossier in vergelijking nog sneller worden afgesloten.

Figuur 6. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per leeftijdscategorie



De meervoudige regressieanalyse bevestigt dat de associaties die werden geobserveerd in Figuren 4, 5 en 6, statistisch significant zijn (Bijlage 4). Samengevat kunnen we stellen dat:

- bedienden, in vergelijking met arbeiders, een hogere kansverhouding hebben op psychosociale aandoeningen als reden voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor zelfstandigen is deze kansverhouding lager in vergelijking met arbeiders. De afname in psychosociale aandoeningen op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit is minder uitgesproken bij zelfstandigen dan bij arbeiders.
- vrouwen, in vergelijking met mannen, een hogere kansverhouding hebben op psychosociale aandoeningen als reden voor intrede in arbeidsongeschiktheid. De afname in psychosociale aandoeningen op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit is minder uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen.
- 30- tot 39-jarigen, in vergelijking met 20- tot 29-jarigen, een hogere kansverhouding hebben op psychosociale aandoeningen als reden voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor 40- tot 49-jarigen en voor 50-plussers is deze kansverhouding lager in vergelijking met 20- tot 29-jarigen. De afname in psychosociale aandoeningen op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit is minder uitgesproken bij oudere personen dan bij jongere personen.

05 DISCUSSIE

05.01 Samenvatting van de resultaten

Deze studie beoogde te objectiveren wat het aandeel is van ziektebeelden gerelateerd aan psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden arbeidsongeschiktheid, en bij intrede in invaliditeit. Tevens gingen we na welke rol sociaal statuut, geslacht en leeftijd spelen in dit verhaal. Hiervoor maakten we gebruik van circa 60.000 nieuwe dossiers arbeidsongeschiktheid in 2018, die we opvolgden tot en met 31 december 2019.

Met betrekking tot de prevalentie van ziektebeelden gerelateerd aan psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden arbeidsongeschiktheid, en bij intrede in invaliditeit, besluiten we dat:

1. een op de vier hoofddiagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid betrekking heeft op een psychosociale aandoening. Dit neemt toe tot iets meer dan 40 % op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit. Reden voor toename is de langere duurtijd van deze dossiers in vergelijking met dossiers die niet gerelateerd zijn aan psychosociale aandoeningen. Burn-out en depressie zijn op alle momenten de meest frequent gestelde diagnoses.

Met betrekking tot de impact van sociaal statuut, geslacht en leeftijd op de prevalentie van psychosociale aandoeningen stellen we vast dat:

2. het aandeel van psychosociale aandoeningen en de duur van dergelijke dossiers sterk varieert voor sociaal statuut, geslacht en leeftijd.

2a. **Bij bedienden beslaan psychosociale aandoeningen reeds bij intrede in arbeidsongeschiktheid ongeveer een derde van het totaal aantal diagnoses.** Het aantal neemt toe tot 55 % op 7 maanden en bij intrede in invaliditeit. Dit is opmerkelijk hoger dan bij zelfstandigen en arbeiders. Bij zelfstandigen kent dit soort dossiers echter een significant langere duurtijd dan bij bedienden en arbeiders.

2b. Vrouwen worden in vergelijking met mannen als het ware dubbel getroffen door psychosociale aandoeningen. **Ten eerste ligt bij vrouwen het aandeel van psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid op 30 % en bij mannen op 19 %.** Ten tweede kennen dit soort dossiers een significant langere duurtijd bij vrouwen dan bij mannen.

2c. **Arbeidsongeschiktheidsdossiers omwille van psychosociale aandoeningen zien we in alle leeftijdscategorieën, maar het meest uitgesproken bij personen jonger dan 50 jaar.** Arbeidsongeschiktheidsdossiers gerelateerd aan psychosociale aandoeningen kennen echter een significant langere duurtijd naarmate personen ouder worden.

Een op de vier hoofddiagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid betrekking heeft op een psychosociale aandoening.

05.02 Tekortkomingen van de studie

Interpretatie van de bevindingen wordt enigszins beperkt door een aantal methodologische tekortkomingen van deze studie.

Ten eerste is voorzichtigheid geboden wat betreft de extrapolatie van de cijfers over psychosociale aandoeningen naar de algemene populatie of subgroepen hiervan. In onze cijfers komen psychosociale aandoeningen als reden voor intrede in arbeidsongeschiktheid bijvoorbeeld sterker naar voren bij vrouwen dan bij mannen, bij bedienden dan bij arbeiders en zelfstandigen, en bij jongeren dan bij ouderen. Dit impliceert niet noodzakelijkerwijs dat psychosociale aandoeningen bij deze subgroepen in de gehele populatie in sterkere mate voorkomen. Voor dergelijke cijfers verwijzen we naar onderzoek op basis van een representatieve steekproef uit de populatie, eerder dan te vertrekken vanuit arbeidsongeschiktheidsdossiers.

Ten tweede is het onderscheid tussen een burn-out en een depressie conceptueel onduidelijk [15]. In ICD-10 wordt een burn-out gedefinieerd als een toestand van vitale uitputting. Het is ook geen officiële medische diagnose, maar een syndroom. In een recente studie werd een burn-out in slechts 9 van de 23 landen in de Europese Unie erkend als een beroepsziekte [16]. Aldus rijst de vraag hoe behandelende artsen en adviserend artsen met deze lacune omgaan bij het maken van een onderscheid tussen burn-out en depressie. Het RIZIV meldt hierover dat de cijfers over het aantal personen in invaliditeit omwille van burn-out louter ramingen zijn op basis van een aantal pathologiecodes die nauw aansluiten bij de visie op burn-out in de praktijk [6]. In ICD-11, dat vermoedelijk in 2022 geïmplementeerd zal worden, is burn-out helderder gedefinieerd, als een syndroom dat resulteert uit chronische stress in de werkomgeving, en dat wordt gekarakteriseerd door uitputting, cynisme en een afgenomen gevoel van professionele bekwaamheid. Belangrijk is ook dat ICD-11 burn-out definieert als een fenomeen dat specifiek gerelateerd is aan de beroepscontext, en niet dient te worden gehanteerd wanneer het verwijst naar ervaringen in andere aspecten van het leven.

Het onderscheid tussen een burn-out en een depressie is conceptueel onduidelijk.

05.03 Vergelijking van de resultaten met eerdere studies

Een belangrijk vernieuwend element in deze studie is dat we konden terugvallen op een mapping tussen pathologielabels bij intrede in arbeidsongeschiktheid en ICD-10. ICD-10 is immers niet standaard beschikbaar bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Deze mapping is eigen aan het informaticasysteem van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en bood een unieke opportuniteit om de prevalentie van psychosociale aandoeningen bij intrede in arbeidsongeschiktheid in beeld te brengen, en te bestuderen doorheen de tijd.

Zoals eerder vermeld becijferde het RIZIV dat het percentage intredes in invaliditeit wegens psychische stoornissen in 2016 30 % bedroeg bij mannen en 34 % bij vrouwen. In onze cijfers voor nieuwe arbeidsongeschiktheidsdossiers in het jaar 2018 (en invaliditeit in 2019) is dit 31 % bij mannen en 46 % bij vrouwen. Een rechtstreekse vergelijking is echter moeilijk, aangezien het RIZIV mogelijk andere ICD-10- (sub)categorieën hanteerde.

Onze resultaten bevestigen alleszins de verschillen tussen mannen en vrouwen, en voegen daar dankzij de dimensie van ICD-10-codes bij intrede in arbeidsongeschiktheid aan toe dat dossiers met betrekking tot psychosociale aandoeningen langer aanslepen bij vrouwen dan bij mannen. Dit is in lijn met de eerdere bevindingen van Goorts en collega's, die aantoonde dat vrouwen een significant langere periode van arbeidsongeschiktheid doormaken in vergelijking met mannen. Ook de bevinding dat oudere personen in vergelijking met jongere personen een significant langere periode van arbeidsongeschiktheid doormaken wordt in onze focus op psychosociale aandoeningen bevestigd.

Onze resultaten onderstrepen eerdere bevindingen van het IMA, dat zelfstandigen die arbeidsongeschikt worden zich in een slechtere gezondheidstoestand bevinden. In haar eerdere analyses omtrent arbeidsongeschiktheid maakte het IMA echter slechts het onderscheid tussen werknemers (Algemene Regeling) en zelfstandigen (Regeling Zelfstandigen). Onze bevindingen tonen aan dat de psychosociale aandoeningen dermate verschillen tussen arbeiders en bedienden, dat ook dit onderscheid in volgende studies absoluut dient gemaakt te worden.

05.04 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De opportuniteiten voor verder beleidsondersteunend onderzoek zijn legio.

We denken hierbij in eerste instantie aan een uitbreiding van de analyses met secundaire diagnoses. De huidige analyse was immers beperkt tot hoofddiagnoses, hetgeen maakt dat het aandeel psychosociale aandoeningen een mogelijke onderschatting betreft. Niet gekend is immers het aandeel psychosociale aandoeningen als secundaire diagnose bij intrede in arbeidsongeschiktheid of op latere momenten.

Ten tweede is de opsplitsing naar sociale statuten mogelijk te weinig verfijnd wat betreft psychosociale aandoeningen. Zelfstandige is naar alle waarschijnlijkheid een te algemene term. De zesde Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden (2015) maakte bijvoorbeeld het onderscheid tussen zelfstandigen met of zonder werknemers en stelde belangrijke verschillen vast in psychosociale aandoeningen [17]. Eenzelfde redenering kan gemaakt worden voor verschillende functies die bedienden en arbeiders uitoefenen. In recent onderzoek bleken directieleden bijvoorbeeld het minst van al gevoelens van burn-out te ervaren [18].

Ten derde spelen andere aspecten dan sociaal statuut, geslacht en leeftijd een rol. Eerder Belgisch onderzoek toonde bijvoorbeeld aan dat de sector waarin een persoon tewerkgesteld is een belangrijke rol speelt. Burn-out bleek het hoogst in overheidsdiensten en het laagst in de gezondheidszorg, al is enige voorzichtigheid geboden gezien mogelijke rekruteringsbias [19].

Inclusie van deze en andere aspecten kan meer zicht geven op welke groepen het meest kwetsbaar zijn voor psychosociale aandoeningen en waar aldus het hardst op preventie dient te worden ingezet. In de drie bovenstaande mogelijkheden voor vervolgonderzoek is het opportuun om in beeld te brengen wat de impact is op psychosociale aandoeningen van wat COVID-19 momenteel teweegbrengt voor de ondernemingen en sectoren.

05.05 Algemene beleidsaanbevelingen over arbeidsongeschiktheid

We hernemen hier de prioriteiten voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen inzake arbeidsongeschiktheid. Deze overstijgen het huidige studieonderwerp van arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen. Al geldt zeker (ook) voor psychosociale aandoeningen dat preventie de beste remedie is. Hoewel we geen uitspraak kunnen doen over het aandeel van psychosociale aandoeningen dat haar oorsprong hoofdzakelijk kent in de werkomgeving, is het investeren in optimale werkomstandigheden een belangrijke voorwaarde in het voorkomen van psychosociale aandoeningen. Onder andere de reglementering op de re-integratie op het werk heeft ertoe geleid dat er reeds sprake is van een groeiende bewustwording bij werkgevers dat investeren in het reduceren van de psychosociale arbeidsbelasting van werknemers ook de voorspoed van het bedrijf en de maatschappij bepaalt.

In haar memorandum 2019 beogen de Onafhankelijke Ziekenfondsen een daling in het invaliditeitspercentage met 20 % tegen 2025. Hiervoor zijn de volgende acties noodzakelijk.

- **De begrippen ‘arbeidsongeschiktheid’ en ‘invaliditeit’ herzien**
 - Het begrip ‘1 jaar’ om arbeidsongeschiktheid en invaliditeit van elkaar te onderscheiden, vervangen door het begrip ‘overblijvende capaciteiten die professionele re-integratie mogelijk maken’. De overgang naar de invaliditeit zal dan afhangen van medische criteria en zal dan enkel plaatsvinden als de persoon geen overblijvende capaciteiten meer heeft. Zolang er nog capaciteiten zijn, krijgt de persoon begeleiding in een re-integratietraject.
 - Aan de pathologieën indicatieve duurtijden van de arbeidsongeschiktheid toekennen, en de controles concentreren op overschrijding van die duurtijden voor pathologieën waarbij weinig variatie qua duur mogelijk is.
- **De werkgevers responsabiliseren over de arbeidsongeschiktheidspercentages en de ontwikkeling van re-integratiemogelijkheden.** Meerdere acties kunnen werkgevers stimuleren een actief beleid te voeren rond welzijn op het werk en re-integratie.
 - Een deel van de uitkeringen, bovenop het gewaarborgd loon, ten laste leggen van de werkgevers als het arbeidsongeschiktheidspercentage boven het gemiddelde in de sector ligt.
 - Financiële incentives invoeren om werkgevers te stimuleren maatregelen te treffen die de werkhervatting vergemakkelijken.

- **De preventieve acties tegen burn-out en bot- en spierziekten intensifiëren in de bedrijven, en de indicatoren daarvan opvolgen in elke sector.**
- **Bepaalde bronnen van sociale ongelijkheid aanpakken:**
 - De vervangingsinkomens optrekken tot op het niveau van de armoedegrens.
 - De periode van gewaarborgd loon voor arbeiders gelijkstellen met die van bedienden, in het kader van de harmonisering van de statuten.
 - Een periode van gewaarborgd loon invoeren voor werknemers met een fluctuerende ziekte.
- **De toekenning van de rechten en de berekening van de uitkeringen vereenvoudigen**
 - Het proces voor de opening van het recht op uitkeringen vereenvoudigen en automatiseren, door de elektronische verzending van medische informatie (elektronisch arbeidsongeschiktheidsattest door de behandelende arts) en informatie over het inkomen (DMFA door de werkgever) verplicht te maken.
 - De vermelding van de gecodeerde diagnose op de elektronische arbeidsongeschiktheidsattesten verplicht maken zodat de arbeidsongeschiktheidsdossiers sneller geanalyseerd kunnen worden. Op basis van de pathologieën bepalen welke personen op welke tijdstippen opgeroepen moeten worden, en de richting van de professionele re-integratie definiëren.
 - De berekeningsregels voor de uitkeringen vereenvoudigen, zodat ze begrijpelijker worden voor de sociaal verzekerden (vereenvoudiging van het baremarooster voor invaliditeit, afschaffing van de neutraliseringsmaatregel voor herwaarderingen, ...).
 - De gegevensuitwisseling tussen behandelende artsen, adviserend artsen en arbeidsartsen vergemakkelijken door elektronische medische dossiers gekruist te delen.

Dit plan zou op de volgende principes moeten steunen:

- Evaluatie en valorisatie van de overblijvende capaciteiten van de arbeidsongeschikten
- Toespitsing van de begeleiding op de personen voor wie een re-integratieplan gunstig zou kunnen zijn
- Garantie op een vervangingsinkomen dat boven de armoedegrens ligt
- Meer responsabilisering van werkgevers inzake welzijn op het werk en professionele reïntegratie
- Uitwisseling van gestructureerde gegevens tussen behandelend arts, adviserend arts en arbeidsarts om de samenwerking te bevorderen en het administratieve werk te verminderen
- Een consultatieproces initiëren met de actoren van de verschillende takken van de sociale zekerheid en de juridische wereld, om mogelijke allianties in kaart te brengen met betrekking tot de mogelijkheid om een intern orgaan voor beroeps- en bemiddeling in de sociale zekerheid op te richten. In vergelijking met het huidige beroep bij de Arbeidsrechtbank zou dit beroep nog steeds gratis zijn, maar zou de beslissing sneller worden genomen. Het verwachte effect zou een meerwaarde zijn voor zowel instellingen voor de sociale zekerheid als voor verzekerden.

06 REFERENTIES

- [1] Drieskens S, Gisle L, Charafeddine R, Demarest S, Braekman E, Nguyen D, et al. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano 2018.
- [2] Sd Worx. Belgische werknemers hebben meer stress en minder energie 2016. <https://www.sdworx.be/nl-be/pers/2016/2016-11-25-stress>.
- [3] Securex. Werkgevers erkennen verantwoordelijkheid bij burn-out 2015. <https://press.securex.be/werkgevers-erkennen-verantwoordelijkheid-bij-burn-out>.
- [4] Unizo. UNIZO, Liantis en Integraal starten burn-out-preventieproject voor zelfstandigen 2019. <https://www.unizo.be/nieuws-pers/unizo-liantis-en-integraal-starten-burn-out-preventieproject-voor-zelfstandigen>.
- [5] *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. OECD; 2010. <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>.
- [6] RIZIV. IPS (Individual Placement and Support): Een pilootproject van re-integratie aangepast aan werknemers arbeidsongeschikt wegens geestelijke gezondheidsproblemen 2018. <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/themas/Paginas/ips.aspx>.
- [7] RIZIV. Langdurige arbeidsongeschiktheid: cijfers invaliditeit door burn-out en depressie 2019.
- [8] RIZIV. Statistieken van de uitkeringen over 2017 2018. <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/2017/Paginas/default.aspx>.
- [9] Goorts K, Boets I, Decuman S, Du Bois M, Rusu D, Godderis L. Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: A register-based cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2020. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214181>.
- [10] Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. 2013. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001>.
- [11] Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry* 2020;19:390–1. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>.
- [12] Saks Y. Een beter inzicht verwerven in het verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering. *Econ Tijdschr* 2017.
- [13] Securex. Burn-out: eind dertigers en voltijds werkenden lopen hoogste risico 2017. <https://press.securex.be/burn-out-eind-dertigers-en-voltijds-werkenden-lopen-hoogste-risico>.
- [14] Intermutualistisch Agentschap. Sociaaleconomisch profiel en zorgconsumptie van personen in (...) 2019. <https://aim-ima.be/Sociaaleconomisch-profiel-en?meta=oui> (accessed November 15, 2020).
- [15] Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout-depression overlap: A review. *Clin Psychol Rev* 2015;36:28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>.
- [16] Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, De Groene GJ, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European union: An exploratory study. *Ind Health* 2018;56:160–5. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132>.
- [17] Eurofound. 6th European Working Conditions Survey : 2017 update. 2017.
- [18] de Beer LT, Schaufeli WB, De Witte H, Hakanen JJ, Shimazu A, Glaser J, et al. Measurement invariance of the burnout assessment tool (Bat) across seven cross-national representative samples. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>.
- [19] Van Den Broeck A, Elst T Vander, Baillien E, Sercu M, Schouteden M, De Witte H, et al. Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships: An Analysis Across Sectors. *J Occup Environ Med* 2017;59:369–76. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>.

07 BIJLAGE

BIJLAGE 1. OVERZICHT VAN DE ICD-10-BLOKKEN, CATEGORIEËN EN SUBCATEGORIEËN GERELATEERD AAN PSYCHOSOCIALE AANDOENINGEN

ICD-10-blokken, categorieën en subcategorieën

Z70-Z76 Personen die in contact komen met gezondheidszorg wegens overige omstandigheden (valt onder Hoofdstuk XXI Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg)

Z73 problemen verband houdend met moeite om leven in te richten

Z73.0 burn-out

Z73.1 accentuering van persoonlijkheidstrekken

Z73.2 ontbreken van ontspanning en vrije tijd

Z73.3 stress, niet elders geassocieerd

Z73.4 inadequate sociale vaardigheden, niet elders geassocieerd

Z73.5 sociale rolconflict, niet elders geassocieerd

Z73.6 inperking van activiteiten door beperkingen

Z73.8 overige gespecificeerde problemen verband houdend met moeite om leven in te richten

Z73.9 probleem verband houdend met moeite om leven in te richten, niet-gespecificeerd

F40-F48 Neurotische, stress gebonden en somatoforme stoornissen (valt onder Hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen)

F40 fobische angststoornissen

F40.0 agorafobie

F40.1 sociale fobieën

F40.2 specifieke (geïsoleerde) fobieën

F40.8 overige gespecificeerde fobische angststoornissen

F40.9 fobische angststoornis, niet-gespecificeerd

F41 andere angststoornissen

F41.0 paniekstoornis [episodische paroxismale-angst]

F41.1 gegeneraliseerde angststoornis

F41.2 gemengde angststoornis en depressieve stoornis

F41.3 andere angststoornissen, gemengde vorm

F41.8 overige gespecificeerde angststoornissen

F41.9 angststoornis, niet-gespecificeerd

F42 obsessief-compulsieve stoornis [dwangstoornis]

F42.0 overwegend obsessieve gedachten of ruminaties

F42.1 overwegend compulsieve handelingen [obsessieve rituelen]

F42.2 gemengde obsessieve gedachten en -handelingen

F42.8 obsessief-compulsieve stoornissen, overig gespecificeerd

F42.9 obsessief-compulsieve stoornis, niet-gespecificeerd

F43 reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen

F43.0 acute stressreactie

F43.1 posttraumatische stressstoornis

F43.2 aanpassingsstoornissen

F43.8 overige gespecificeerde reacties op ernstige stress

F43.9 reactie op ernstige stress, niet-gespecificeerd

F44 dissociatieve stoornissen [conversiestoornissen]

F44.0 dissociatieve amnesie

F44.1 dissociatieve fugue

F44.2 dissociatieve stupor

F44.3 trance- en bezetenheidsstoornissen

F44.4 dissociatieve motorische stoornissen

F44.5 dissociatieve convulsies

F44.6 dissociatieve anesthesie en verlies van zintuiglijke gewaarwording

F44.7 gemengde dissociatieve stoornissen [conversiestoornissen]

F44.8 overige gespecificeerde dissociatieve stoornissen [conversiestoornissen]

F44.9 dissociatieve stoornis [conversiestoornis], niet-gespecificeerd

F45 somatoforme stoornissen

F45.0 somatisatiestoornis

F45.1 ongedifferentieerde somatoforme stoornis

F45.2 hypochondrische stoornis

F45.3 somatoforme autonome functiestoornis

F45.4 persisterende somatoforme pijnstoornis

F45.8 overige gespecificeerde somatoforme stoornissen

F45.9 somatoforme stoornis, niet-gespecificeerd

F48 overige neurotische stoornissen

F48.0 neurasthenie

F48.1 depersonalisatie-derealisatiesyndroom

F48.8 overige gespecificeerde neurotische stoornissen

F48.9 neurotische stoornis, niet-gespecificeerd

F30-F39 Stemmingsstoornissen [affectieve stoornissen] (valt onder Hoofdstuk V Psychische stoornissen en gedragsstoornissen)

F30 Manic episode

F30.0 hypomanie

F30.1 manie zonder psychotische symptomen

F30.2 manie met psychotische symptomen

F30.8 overige gespecificeerde manische-episoden

F30.9 manische episode, niet-gespecificeerd

F31 Bipolar affective disorder

- F31.0 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode hypomaan
- F31.1 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode manisch zonder psychotische symptomen
- F31.2 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode manisch met psychotische symptomen
- F31.3 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode licht of matig depressief
- F31.4 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode ernstig depressief zonder psychotische symptomen
- F31.5 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode ernstig depressief met psychotische symptomen
- F31.6 bipolaire affectieve stoornis, huidige episode gemengd
- F31.7 bipolaire affectieve stoornis, momenteel in remissie
- F31.8 overige gespecificeerde affectieve stoornissen, bipolair
- F31.9 bipolaire affectieve stoornis, niet-gespecificeerd

F32 Depressieve episode

- F32.0 lichte depressieve episode
- F32.1 matige depressieve episode
- F32.2 ernstige depressieve episode zonder psychotische symptomen
- F32.3 ernstige depressieve episode met psychotische symptomen
- F32.8 overige gespecificeerde depressieve episoden
- F32.9 depressieve episode, niet-gespecificeerd

F33 Recurrent depressive episode

F33.0 recidiverende depressieve stoornis, huidige episode licht

- F33.1 recidiverende depressieve stoornis, huidige episode matig-ernstig
- F33.2 recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen
- F33.3 recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig met psychotische symptomen
- F33.4 recidiverende depressieve stoornis, momenteel in remissie
- F33.8 overige gespecificeerde depressieve stoornissen, recidiverend
- F33.9 recidiverende depressieve stoornis, niet-gespecificeerd

F34 Persistent mood (affective) disorders

- F34.0 cyclothymie
- F34.1 dysthymie
- F34.8 overige gespecificeerde persisterende-stemmingsstoornissen [affectieve stoornissen]
- F34.9 persisterende stemmingsstoornis [affectieve stoornis], niet-gespecificeerd

F38 Other mood (affective) disorders

- F38.0 andere stemmingsstoornissen, eenmalig [affectieve stoornissen]
- F38.1 andere stemmingsstoornissen, recidiverend [affectieve stoornissen]
- F38.8 overige gespecificeerde stemmingsstoornissen [affectieve stoornissen]

F39 Persistent mood affective disorder, unspecified

BIJLAGE 2. MAPPING TUSSEN PATHOLOGIELABELS BIJ INTREDE IN ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN ICD-10

Bij intrede in arbeidsongeschiktheid observeren we voor de pathologielabels 1.922 unieke waarden. Tabel 2A geeft een overzicht van de tien meest frequente labels. Deze zijn goed voor bijna 23 % van het totaal aantal pathologielabel. Deze tabel geeft meteen het belang van de mapping naar ICD-10-codes aan. We zien onder deze 10 meest frequente pathologielabels meteen meerdere labels die op burn-out duiden.

Tabel 2A. Tien meest frequente pathologielabels bij intrede in arbeidsongeschiktheid

ICD-10-codes en pathologielabels	n	%
Depressie	2.756	4,6
Burn-out (burn out)	2.382	4,0
Burn-out	1.634	2,7
Fractuur	1.620	2,7
Lumbalgieën	1.406	2,4
Hospitalisatie	938	1,6
Psychische decompensatie	920	1,5
Overspanning	755	1,3
Lumbo-ischialgie	677	1,1
Enkelverstuiking	665	1,1

Deze pathologielabels worden gemapt naar 1.118 unieke ICD-10-codes. We bekijken deze mapping in detail voor enkele ICD-10-(sub)categorieën binnen de drie ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen. 38 pathologielabels worden gemapt naar F32 Depressieve episode, 10 pathologielabels worden gemapt naar Z73.0 Burn-out, en 19 pathologielabel worden gemapt naar F43 Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen. Tabel 2B geeft voor elk van deze ICD-10-(sub)categorieën de tien meest frequente pathologielabels. Conceptueel lijkt deze mapping correct.

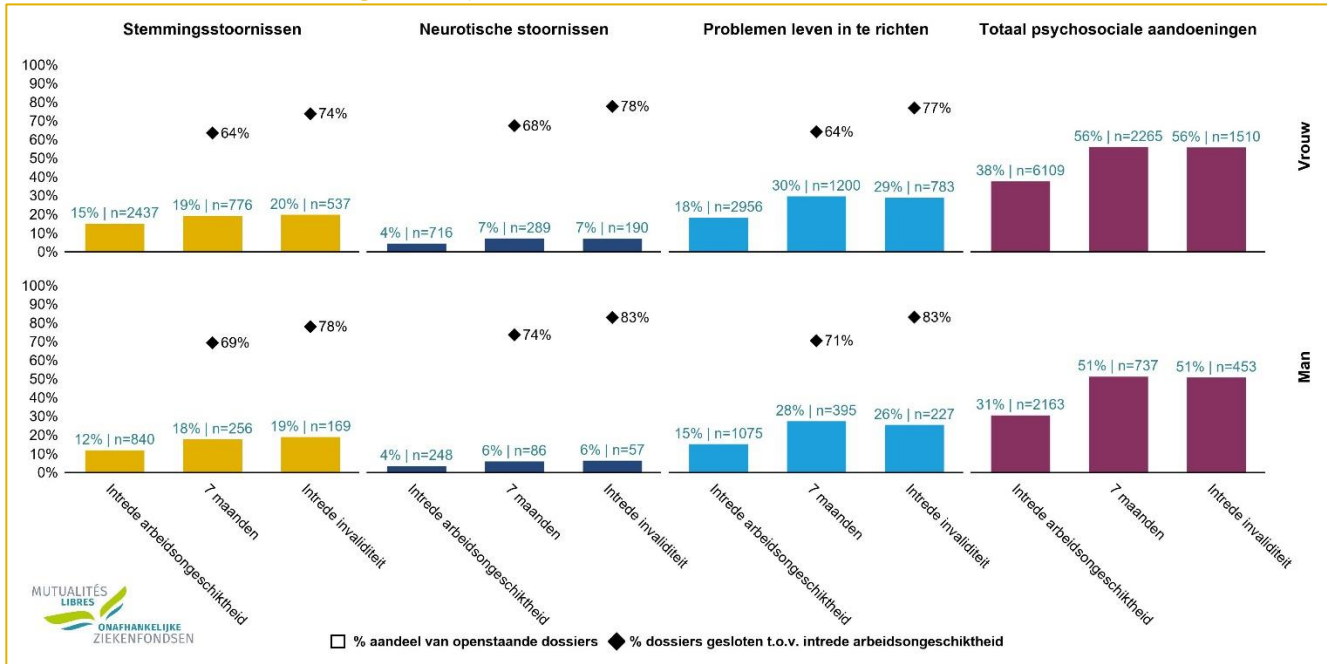
Tabel 2B. ICD-10-codes en pathologielabels gerelateerd aan depressie, burn-out, bij ingang van arbeidsongeschiktheid

ICD-10-codes en pathologielabels	n	%	Cumulatief %
F32 Depressieve episode			
Depressie	2.748	50,2	50,2
Anxiodepressie	448	8,2	58,4
Reactionele depressie	374	6,8	65,2
Depressief syndroom	261	4,8	70,0
Depressieve stemming	256	4,7	74,6
Zenuwzinking	167	3,1	77,7
Post-partumdepressie	159	2,9	80,6
Majeure depressie	138	2,5	83,1

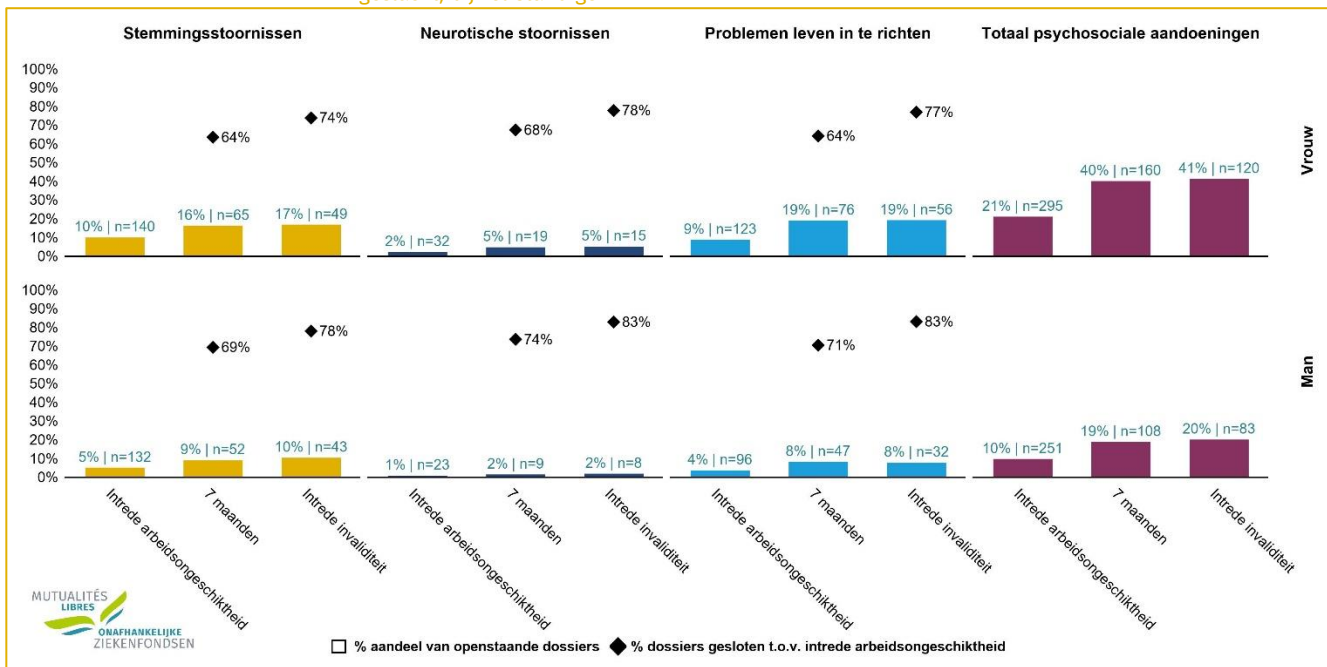
Angstdepressie	114	2,1	85,2
Postpartumdepressie/ postnatale depressie	112	2,0	87,2
Z73.0 Burn-out			
Burn-out (burn out)	2.382	43,4	43,4
Burn-out	1.634	29,8	73,1
Overspanning	755	13,7	86,9
Uitputtig, overbelasting, surmenage	346	6,3	93,2
Burn-out - depressie (burnout)	185	3,4	96,5
Oververmoeidheid en psychische decompensatie	91	1,7	98,2
Overbelasting/surmenage op het werk	68	1,2	99,4
Overspanning/surmenage en depressie	27	0,5	99,9
Stress burn-out (burn out)	4	0,1	99,9
Val op het werk en burn-out au travail (burn out)	1	0,0	100
F43 Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen			
Posttraumatische stress	96	22,8	22,8
Aanpassingsstoornis + depressieve stemming	57	13,5	36,3
aanpassingsstoornis	53	12,6	48,9
Aanpassingsstoornis	42	10,0	58,9
Pathologische rouw	34	8,1	67,0
Acute stressreactie	31	7,4	74,4
Uitputtingsdepressie	31	7,4	81,7
Posttraumatisch stressyndroom	23	5,5	87,2
Psychische shock	20	4,8	91,9
Overige acute stressstoornis	8	1,9	93,8

BIJLAGE 3. IMPACT VAN GESLACHT OP PSYCHOSOCIALE AANDOENINGEN, PER SOCIAAL STATUUT

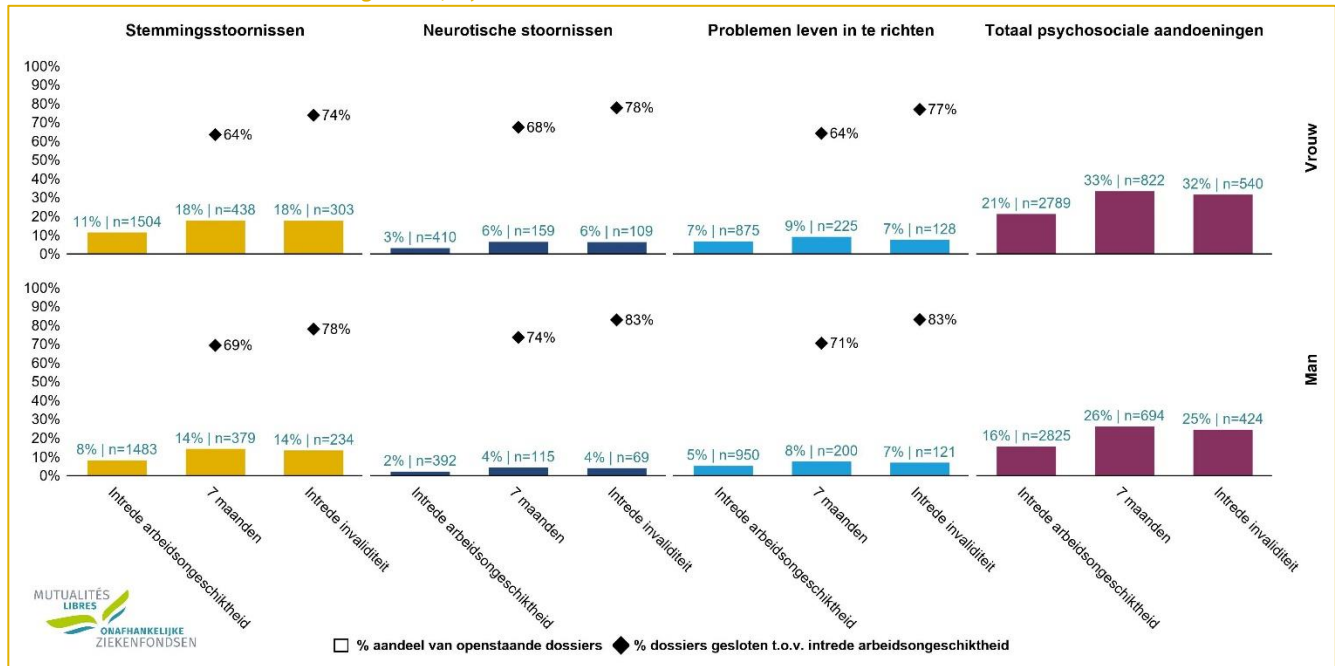
Figuur 3A. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per geslacht, bij bedienden



Figuur 3B. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per geslacht, bij zelfstandigen



Figuur 3C. Aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit, per geslacht, bij arbeiders



BIJLAGE 4. IMPACT VAN HET GESLACHT OP PSYCHOSOCIALE AANDOENINGEN, PER SOCIAAL STATUUT

Tabel 4A. Effect van sociaal statuut, geslacht en leeftijd op het aandeel van ICD-10-blokken gerelateerd aan psychosociale aandoeningen binnen het totaal aantal diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, op 7 maanden, en bij intrede in invaliditeit: meervoudige logistische regressie met herhaalde metingen

	Estimate	Standard error	P-Value
Sociaal statuut			
Arbeider	Ref	--	--
Bediende	0.854	0.021	<0.0001
Zelfstandige	-0.201	0.049	<0.0001
Geslacht			
Man	Ref	--	--
Vrouw	0.370	0.021	<0.0001
Leeftijd			
20-29	Ref	--	--
30-39	0.080	0.031	0.010
40-49	-0.183	0.031	<0.0001
50+	-0.673	0.032	<0.0001
Sociaal statuut (Ref=Arbeider)*Tijd			
Bediende, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref	--	--
Bediende, 7 maanden	0.084	0.032	0.008
Bediende, intrede invaliditeit	0.053	0.040	0.190
Zelfstandige, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref		
Zelfstandige, 7 maanden	0.568	0.067	<0.0001
Zelfstandige, intrede invaliditeit	0.701	0.079	<0.0001
Geslacht (Ref=Man)*Tijd			
Vrouw, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref	--	--
Vrouw, 7 maanden	0.092	0.032	0.003
Vrouw, intrede invaliditeit	0.171	0.040	<0.0001
Leeftijd (Ref=20-29)*Tijd			
30-39, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref	--	--
30-39, 7 maanden	0.392	0.051	<0.0001
30-39, intrede invaliditeit	0.522	0.069	<0.0001
40-49, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref	--	--
40-49, 7 maanden	0.646	0.050	<0.0001
40-49, intrede invaliditeit	0.882	0.068	<0.0001
50+, intrede arbeidsongeschiktheid	Ref	--	--
50+, 7 maanden	0.874	0.051	<0.0001
50+, intrede invaliditeit	1.242	0.068	<0.0001



Lenniksebaan 788/A - 1070 Anderlecht
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, december 2020
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

