

Evolutie intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024:

Opvallende aanwezigheid en toename van
psychosociale en musculoskeletale
aandoeningen

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A – 1070 Brussel
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Redactie > Güngör KARAKAYA, Thomas OTTE, Katrien DE REU en Philippe MARNETH

www.mloz.be
(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

Evolutie intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024:

Opvallende aanwezigheid en toename van psychosociale en musculoskeletale aandoeningen

01	Inleiding.....	3
02	Gegevens en methodologie.....	4
03	Resultaten.....	5
	Omschrijving van de personen die intreden in primaire arbeidsongeschiktheid en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden in 2018 en in 2024	5
	De meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018 en 2024	6
	Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 en hun overgang in invaliditeit per ziektegroep.....	8
	Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische en gedragsstoornissen, musculoskeletale aandoeningen of burn-out en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden volgens de kenmerken van de verzekerden	11
04	Conclusie.....	14
05	Aanbevelingen	15

01 Inleiding

Vandaag telt België meer dan een half miljoen mensen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, en dus als invalide worden beschouwd. Dit aantal blijft jaar na jaar toenemen. Sinds 2017 zijn er meer mensen in arbeidsongeschiktheid dan werklozen. We observeren diezelfde trend voor de uitgaven in het kader van arbeidsongeschiktheid: ze wegen steeds meer door op het budget van de sociale zekerheid. De langdurige arbeidsongeschiktheid heeft eveneens een negatieve impact op de betrokken werknemers. Ze hebben minder inkomsten en sociale contacten, wat niet bevorderlijk is voor hun gezondheidsproblemen. Voor bedrijven kan arbeidsongeschiktheid dan weer de organisatie verstoren (planning, projecten, termijnen, enz.) en leiden tot productiviteitsverlies voor onze economie.

Tussen 2012 en 2023 is het aantal personen in invaliditeit gestegen van 304.452 naar 526.507; dit is een stijging van 72,9%. Nog schrijnender dan de absolute cijfers is het invaliditeitspercentage - gemeten op basis van de verhouding tussen het aantal personen in invaliditeit en het aantal uitkeringsgerechtigde verzekerden¹ - dat in diezelfde periode van 6,5% naar 10,3% is gegaan, ofwel een stijging van 58,9%. Bovendien zijn de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid meer dan verdubbeld: van 5,5 naar 12 miljard euro. Deze evoluties vinden hun oorsprong in diverse factoren: de progressieve stijging van de wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen, de toenemende gemiddelde leeftijd van de actieve bevolking (20-65 jaar), de strengere voorwaarden voor toegang tot het brugpensioen, de accentuering van de degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen, epidemiologische evoluties, behandeling van aandoeningen die vroeger levensbedreigend waren en een toename van gezondheidsproblemen die tot invaliditeit leiden (psychische stoornissen, musculoskeletale aandoeningen, kankers). Psychische en gedragsstoornissen (hoofdzakelijk stemmingsstoornissen en angststoornissen) en musculoskeletale aandoeningen vormen de twee voornaamste ziektegroepen die leiden tot invaliditeit. Samen vertegenwoordigen ze ongeveer twee derde van het totale aantal invaliden. Tussen 2012 en 2023 is hun aandeel aanzienlijk gestegen (vooral bij vrouwen), van 62% naar 70%.

Om dit probleem aan te pakken, zijn de laatste jaren meerdere hervormingen doorgevoerd. De aanhoudende stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten wijst erop dat de impact van de hervormingen tot nu toe beperkt is gebleven. De regering kondigde onlangs een nieuwe reeks maatregelen aan. Het gaat dan bijvoorbeeld om de verplichting voor de werkgever om contact te houden met arbeidsongeschikte medewerkers, de mogelijkheid om artsen te sanctioneren die afwijkend gedrag vertonen in het voorschrijven van arbeidsongeschiktheidsperiodes, of de vermindering van de ziekte-uitkering met 10% (als de administratieve formaliteiten niet nageleefd zijn) tot de volledige schorsing ervan.

Deze studie heeft verschillende doelstellingen. Ten eerste wil de studie de meest frequente diagnoses identificeren bij de start van een periode van arbeidsongeschiktheid. Verder wil de studie een beter inzicht bieden in welke diagnoses leiden tot invaliditeit. Tenslotte analyseert deze studie de evolutie van de

¹ De uitkeringsgerechtigde gerechtigden zijn de gerechtigde personen die verzekerd zijn in geval van arbeidsongeschiktheid. Daaronder vallen ook de gerechtigden die in arbeidsongeschiktheid erkend zijn, maar ook de actieve werknemers (loontrekkenden en zelfstandigen), werklozen en werknemers in periode van gewaarborgd loon.

diagnose bij intrede arbeidsongeschiktheid van de afgelopen jaren. Dit alles gebeurde op basis van gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Daarnaast analyseren we het profiel van de personen die arbeidsongeschikt werden door de meest voorkomende oorzaken van een intrede in arbeidsongeschiktheid.

02 Gegevens en methodologie

Ter herinnering: loontrekkenden, werkzoekenden (werklozen) en zelfstandigen die niet meer kunnen werken door ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval), hebben recht op arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen. Zij ontvangen deze uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering op voorwaarde dat de adviserend arts hun arbeidsongeschiktheid erkende. De invaliditeit begint te lopen na een jaar van primaire arbeidsongeschiktheid. Ambtenaren vallen onder een aparte regeling en worden dus niet in acht genomen voor deze studie.

De administratieve gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen dienen als basis voor onze analyses. Ze bevatten de periodes van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (begin- en eventuele einddatum), en de begindatum van de invaliditeit (en de einddatum als de invaliditeit eindigt). Zijn niet opgenomen in deze studie: de afwezigheden van korte duur (zonder betaling van uitkeringen) die niet buiten de periode van gewaarborgd loon gaan (30 dagen voor loontrekkenden en 14 dagen voor arbeiders) of afwezigheden van 7 dagen voor zelfstandigen. Moederschapsrust en geboorteverlof zijn ook uitgesloten.

In deze studie worden gegevens gebruikt van personen die tussen 1 januari 2018 en 31 december 2024 intraden in primaire arbeidsongeschiktheid (met betaling van uitkeringen).

Op basis van onze gegevens kunnen we tevens de medische diagnose identificeren bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Deze is gebaseerd op de internationale classificatie van ziekten ICD-10 (International Classification of Diseases, 10e herziening) die in totaal 21 hoofdstukken telt en enkele tienduizenden codes omvat.

De code Z73.0 van de ICD-10-classificatie vernoemt 'burnout' in zijn Engelse omschrijving en 'surmenage' (of overbelasting) in het Frans. Op klinisch niveau moet burn-out steeds gekoppeld zijn aan werksituaties. Maar de definitie van de code Z73.0 van de ICD-10-classificatie rond burn-out beperkt zich tot 'toestand van uitputting'. In de strikte zin van het woord omvat deze code dus ook andere aandoeningen dan burn-out. In deze studie gebruiken we de term 'burn-out' om te verwijzen naar de code Z73.0. We kunnen omwille van de beperkingen van de ICD-10-classificatie geen nauwkeurige cijfers verkrijgen over burn-out in de klinische zin. Daarmee bedoelen we burn-out naar aanleiding van uitputting in de professionele omgeving. Versie 11 van de ICD voorziet wel in een duidelijke definitie van burn-out (werkgerelateerde uitputting), maar deze modernere versie wordt momenteel niet gebruikt.

03 Resultaten

Omschrijving van de personen die intreden in primaire arbeidsongeschiktheid en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden in 2018 en in 2024

Ongeveer 80% van de personen die intreden in primaire arbeidsongeschiktheid, is tussen 30 en 59 jaar oud (tabel 1). We vergeleken de verdeling in leeftijdsgroepen tussen de personen die intreden in arbeidsongeschiktheid en de uitkeringsgerechtigde verzekerden in het algemeen. Hieruit blijkt dat personen jonger dan 40 ondervertegenwoordigd zijn in de intredes in arbeidsongeschiktheid, terwijl de 50-59-jarigen ruim oververtegenwoordigd zijn. Echter, tussen 2018 en 2024 is het aandeel personen jonger dan 40 en ouder dan 59 van de personen die intreden in arbeidsongeschiktheid, sterker toegenomen dan bij de uitkeringsgerechtigde verzekerden in dezelfde leeftijdsgroepen. Het aandeel 40-59-jarigen is daarentegen sterker afgenomen bij de personen die intreden in arbeidsongeschiktheid dan bij alle gerechtigden samen.

Tabel 1: Omschrijving van de personen die intreden in primaire arbeidsongeschiktheid en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden in 2018 en in 2024

	Personen die intreden in primaire AO			Uitkeringsgerechtigde verzekerden		
	2024	2018	Relatieve schommeling tussen 2018 en 2024	2024	2018	Relatieve schommeling tussen 2018 en 2024
Leeftijd						
18-29 jaar	14,1%	13,6%	3,5%	18,5%	18,9%	-2,1%
30-39 jaar	26,3%	24,2%	8,6%	28,1%	26,9%	4,5%
40-49 jaar	25,6%	28,4%	-9,7%	24,8%	26,3%	-5,7%
50-59 jaar	26,2%	28,3%	-7,5%	21,7%	21,9%	-0,9%
>= 60 jaar	7,8%	5,5%	42,2%	7,0%	6,0%	16,7%
Geslacht						
Vrouw	52,7%	51,8%	1,6%	46,5%	45,7%	1,8%
Man	47,3%	48,2%	-1,7%	53,5%	54,3%	-1,5%
Beroepsstatuut						
Arbeider	42,7%	52,2%	-18,3%	26,3%	30,6%	-14,1%
Bediende	45,6%	39,9%	14,2%	53,4%	48,9%	9,2%
Zelfstandige	11,7%	7,9%	49,0%	20,3%	20,5%	-1,0%
Totaal aantal	70.546	58.563	20,5%	1.057.149	978.077	8,1%

Er treden meer vrouwen in arbeidsongeschiktheid in dan mannen (52,7% tegen 47,3% in 2024), terwijl er minder vrouwen zijn onder de uitkeringsgerechtigde verzekerden (46,5% tegen 53,5% in 2024). Zij zijn dus oververtegenwoordigd onder de personen die intreden in arbeidsongeschiktheid. Het aandeel vrouwen bij de intredes in arbeidsongeschiktheid kent een gelijkaardige evolutie als de uitkeringsgerechtigde verzekerden in het algemeen. Daarom zien we in de periode 2018-2024 geen opmerkelijke evolutie van die oververtegenwoordiging.

In 2018 vertegenwoordigden arbeiders meer dan de helft van de personen die intraden in arbeidsongeschiktheid (52,2%), gevolgd door bedienden met bijna vier op

de tien intredes (39,9%). Zelfstandigen vormden een minderheid (7,9%). In 2024 is de situatie iets anders, aangezien bedienden de grootste groep vormen (45,6% tegenover 42,7% voor arbeiders). Deze verandering is voornamelijk te verklaren door de toename van het aantal bedienden en de daling van het aantal arbeiders onder de uitkeringsgerechtigde verzekerden. Zowel in 2018 als in 2024 bleven arbeiders oververtegenwoordigd onder de personen die intraden in arbeidsongeschiktheid. Het aandeel zelfstandigen in de nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid is tussen 2018 en 2024 aanzienlijk toegenomen (+49%), terwijl hun aandeel onder de uitkeringsgerechtigde verzekerden zo goed als stabiel is gebleven (-1%). Ongeveer een derde van deze sterke stijging houdt verband met de carenperiode: begin 2018 is die herleid van één maand naar twee weken om dan in juli 2019 afgeschaft te worden (voor arbeidsongeschiktheden van minstens 8 dagen).

De meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018 en 2024

Figuur 1 bevat de 20 meest voorkomende oorzaken van intrede in primaire arbeidsongeschiktheid tussen 1 januari 2024 en 31 december 2024. Ze toont ook hoe die tussen 2018 en 2024 geëvolueerd zijn.

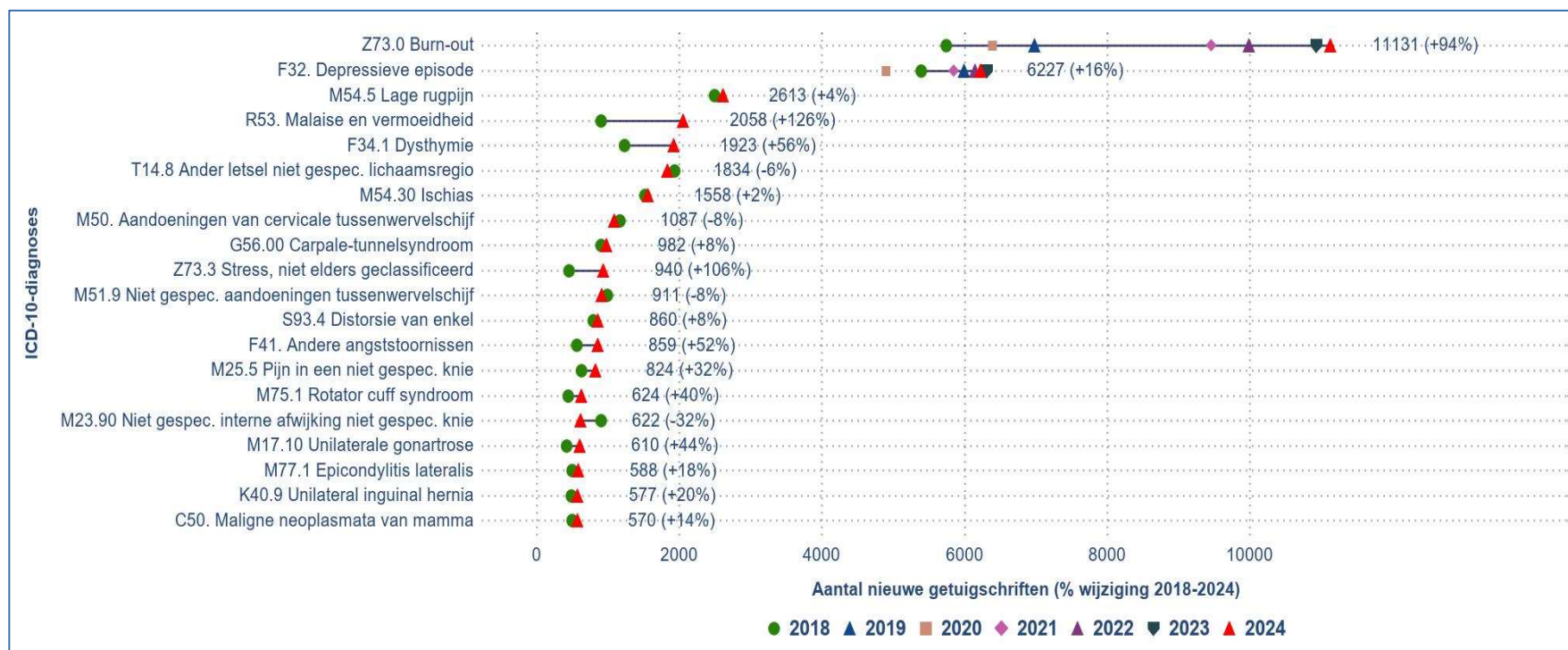
In 2024 betreft het merendeel van de 20 meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid psychosociale stoornissen en musculoskeletale aandoeningen. Deze ziektegroepen zijn ook het meest vertegenwoordigd bij de personen in invaliditeit.

Op een totaal van 85.704 intredes in primaire arbeidsongeschiktheid in 2024 staat burn-out op de eerste plaats met 11.131 gevallen, of 13%. Tussen 2018 en 2024 is het aantal intredes omwille van burn-out zo goed als verdubbeld: van 5.738 gevallen naar 11.131 (+94%). Merk wel op dat het aantal intredes omwille van burn-out tussen 2023 en 2024 weinig geëvolueerd is. Depressie komt op de tweede plaats met 6.227 intredes in arbeidsongeschiktheid, ofwel 7,2% van het totaal. Deze medische diagnose kende een minder sterke stijging (+16%) dan burn-out (+94%). Samen vertegenwoordigden burn-out en depressie in 2024 meer dan één intrede in arbeidsongeschiktheid op vijf (20,2%), waar dat in 2018 nog 15,8% was. Hun relatief belang is dus met bijna 30% toegenomen in de afgelopen zes jaar.

Andere medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid die verband houden met psychische stoornissen, zijn dysthymie (chronische, langdurige depressie), stress (fysieke en mentale spanning of overbelasting) en angststoornissen. Tussen 2018 en 2024 kennen deze ziekten een stijging van respectievelijk 56%, 106% en 52%. Merk ook op dat de intredes in arbeidsongeschiktheid door malaise en vermoeidheid (4e reden) meer dan verdubbeld zijn tussen 2018 en 2024 (+126%).

Terwijl we tussen 2018 en 2024 een toename in intredes in arbeidsongeschiktheid waarnamen voor alle meest voorkomende psychische stoornissen, is de situatie iets anders voor musculoskeletale aandoeningen. In deze periode registreerden we voor sommige van deze aandoeningen een daling (van -8% voor cervicale en tussenwervelp Problemen tot -32% voor inwendige knieletsels), en bij andere was dat een stijging (van +2% voor ischias tot +44% voor artrose in de knie).

Figuur 1: De 20 meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018 en 2024



Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 en hun overgang in invaliditeit per ziektegroep

Figuur 2 toont de verdeling van het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid (nieuwe dossiers) in 2023 en hun overgang in invaliditeit per ziektegroep op basis van de 21 hoofdstukken (I tot XXI) van de internationale classificatie van ziektes, 10e herziening (ICD-10). Ze bevat ook per ziektegroep het percentage nieuwe dossiers (intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023) die afgesloten werden tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid.

De hoofdstukken XIII (aandoeningen van het botspierstelsel en het bindweefsel of musculoskeletale aandoeningen), XXI (actoren die van invloed zijn op de gezondheidstoestand, waaronder burn-out), V (psychische en gedragsstoornissen) en XIX (traumatische letsels, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van externe oorzaken) zijn sterk vertegenwoordigd onder de oorzaken van intrede in primaire arbeidsongeschiktheid. In 2023 vertegenwoordigt de ziektegroep van hoofdstuk XIII 25% van de intredes in arbeidsongeschiktheid, die van hoofdstuk XXI 19% (waarvan twee derde toegeschreven is aan burn-out), die van hoofdstuk V 16% en die van hoofdstuk XIX 16%. Samen zijn deze vier hoofdstukken goed voor driekwart van de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid.

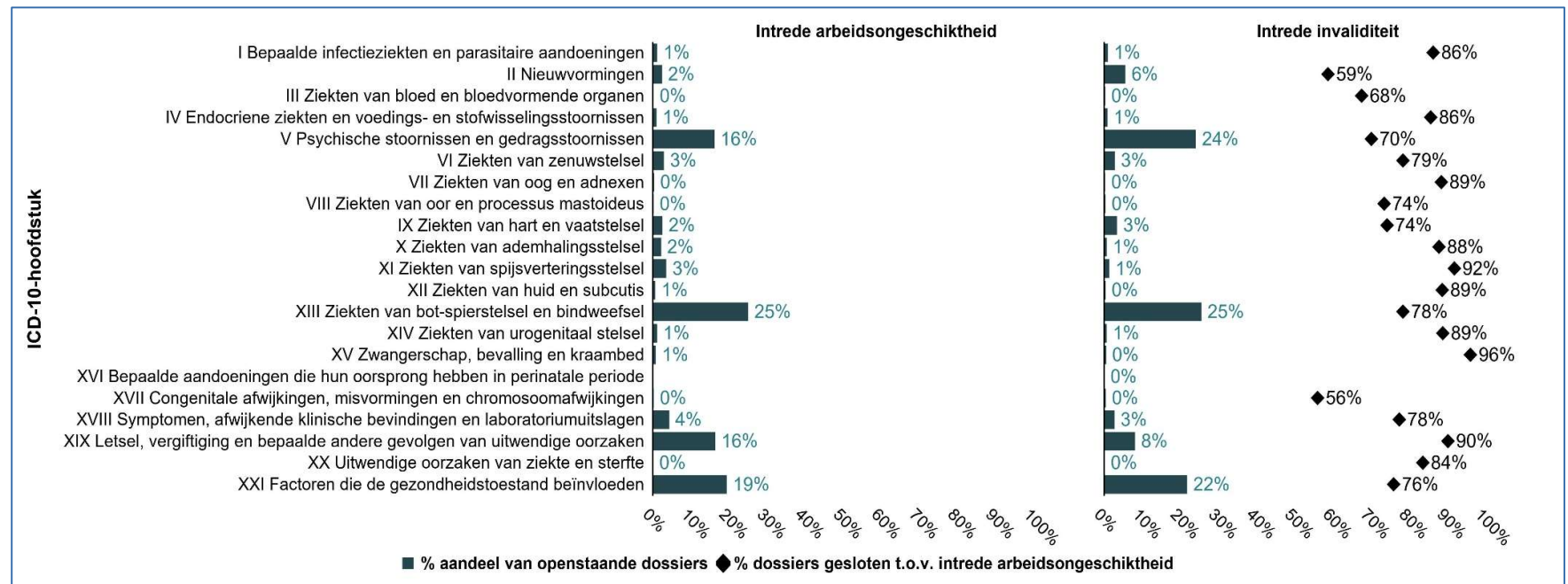
Gemiddeld werd bijna 80% van de nieuwe dossiers (dus de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid) in 2023 afgesloten tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid (dus in de eerste 12 maanden van de arbeidsongeschiktheid). Dit betekent dus ook dat zowat 20% van de intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 overging in invaliditeit in 2024. De ziektegroepen waarvan het afsluitingspercentage (tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid) van de nieuwe dossiers van 2023 kleiner is dan 80%, hebben een grotere kans om hun aandeel te zien toenemen bij de overgang in invaliditeit. Met andere woorden: hoe lager het afsluitingspercentage (in de eerste 12 maanden arbeidsongeschiktheid) van nieuwe dossiers van een ziektegroep in vergelijking met het gemiddelde afsluitingspercentage (in de eerste 12 maanden arbeidsongeschiktheid) van alle nieuwe dossiers samen (80%), hoe meer deze ziektegroep zal doorwegen in de overgangen in invaliditeit. En omgekeerd net hetzelfde. Dat blijkt uit figuur 2. In een eerdere studie hadden we al aangetoond dat de verandering van de belangrijkste medische diagnose in de loop der tijd de evolutie van de verdeling van de ziektegroepen tussen de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid en overgang in invaliditeit niet (of nauwelijks) verklaart. En in het kader van deze studie komen we tot dezelfde vaststelling.

Onder de vier belangrijkste ziektegroepen (hoofdstukken XIII, XXI, V en XIX) bij de intrede in arbeidsongeschiktheid in 2023, is vooral het aandeel van psychosociale stoornissen (hoofdstukken V en XXI) aanzienlijk toegenomen bij de intredes in invaliditeit in 2024. Voor deze twee ziektegroepen bedroeg het percentage nieuwe dossiers dat binnen 12 maanden werd afgesloten, respectievelijk 70% en 76% (73% in

het geval van burn-out). Voor musculoskeletale aandoeningen (hoofdstuk XIII) ligt het afsluitingspercentage op 12 maanden (78%) zeer dicht bij het gemiddelde. Dit verklaart waarom het gewicht van deze ziektegroep niet sterk schommelt tussen de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Het aandeel van hoofdstuk XIX (traumatische letsels, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van externe oorzaken), dat in 2023 16% vertegenwoordigde van de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid, is daarentegen gehalveerd bij de overgang in invaliditeit (8%). Deze ondervertegenwoordiging van deze ziektegroep bij de overgang in invaliditeit valt te verklaren door het hoge percentage dossiers dat op 12 maanden afgesloten is (90%).

In figuur 2 zien we ook dat de ziektegroep van hoofdstuk II (tumoren/kankers) een van de laagste percentages afgesloten dossiers op 12 maanden kent (59%). Deze groep registreert dus het hoogste percentage overgangen in invaliditeit. Het gewicht van deze ziektegroep bij de intrede in invaliditeit (6%) is verdriedubbeld ten opzichte van de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid (2%).

Figuur 2: Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 en hun overgang in invaliditeit per ziektegroep



Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische en gedragsstoornissen, musculoskeletale aandoeningen of burn-out en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden volgens de kenmerken van de verzekerden

Figuur 3 toont de voornaamste kenmerken van de personen die in 2018 en in 2024 intreden in primaire arbeidsongeschiktheid omwille van psychische en gedragsstoornissen, musculoskeletale aandoeningen of burn-out. Deze drie categorieën van ziekten zijn de meest voorkomende oorzaken van intrede in primaire arbeidsongeschiktheid (55% van de gevallen) en invaliditeit (bijna 70% van de gevallen).

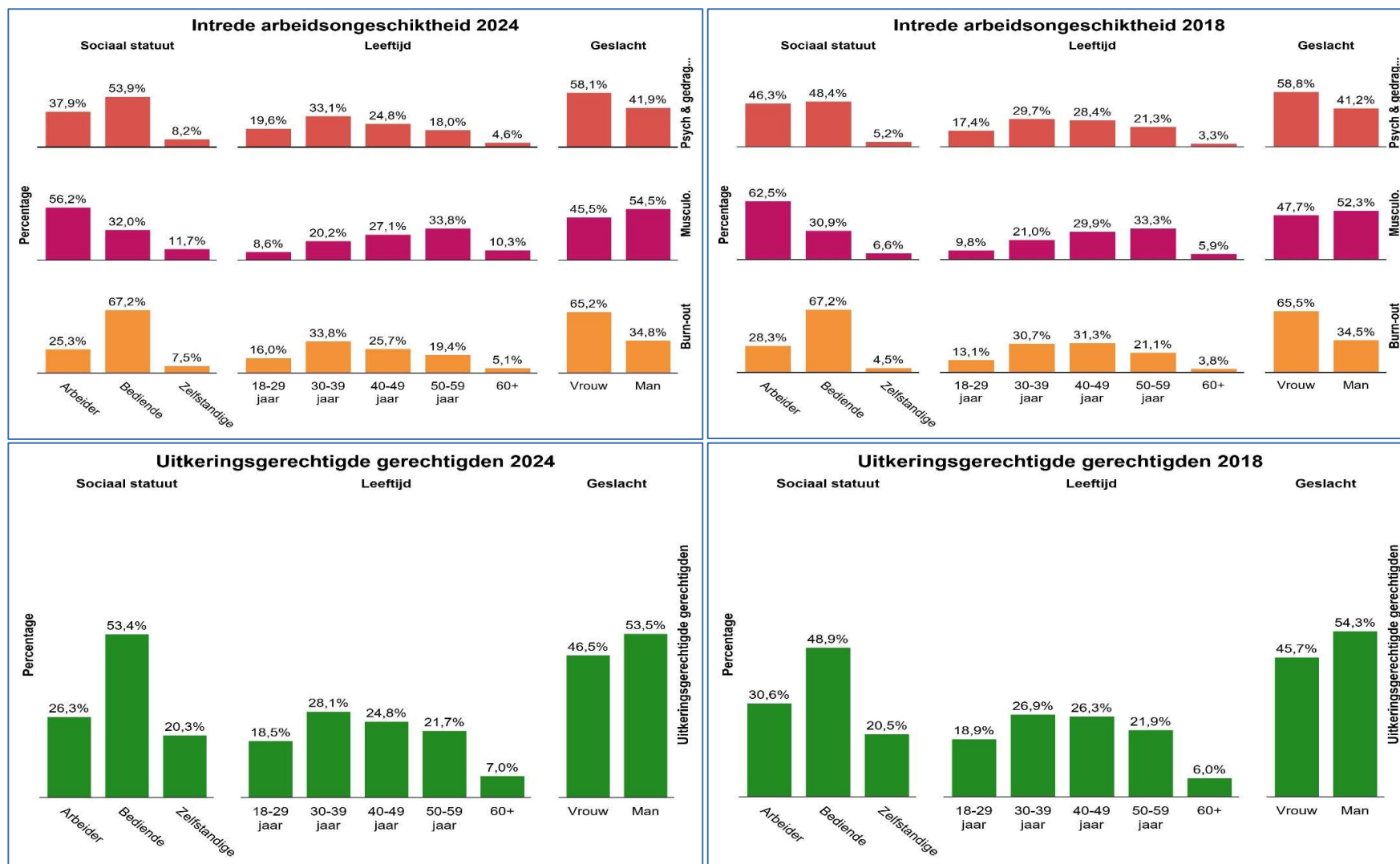
Vrouwen zijn significant oververtegenwoordigd onder mensen die intreden in primaire arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychosociale stoornissen. Zowel in 2018 als in 2024 vertegenwoordigen ze twee derde van de intredes wegens burn-out (65%) en bijna zes op de tien voor psychische en gedragsstoornissen (58%), terwijl ze in beide jaren minder dan de helft uitmaken van de uitkeringsgerechtigde verzekerden. Het aandeel musculoskeletale aandoeningen bij de nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid is daarentegen vergelijkbaar met het aandeel bij de uitkeringsgerechtigde gerechtigden.

De intredes in arbeidsongeschiktheid omwille van musculoskeletale aandoeningen betreffen vaker oudere mensen. In 2018 en in 2024 was een op de drie personen (33%) die arbeidsongeschikt werd met dit type ziekte, tussen de 50 en 59 jaar oud. In diezelfde periode is het aandeel personen ouder dan 59 bij de intrede bijna verdubbeld: 10,3% in 2024 tegenover 5,9% in 2018. Deze trend benadrukt de oververtegenwoordiging van personen ouder dan 49 jaar onder degenen die intreden in arbeidsongeschiktheid omwille van musculoskeletale aandoeningen. In 2018 is de verdeling naar leeftijdsgroep van mensen die intreden in arbeidsongeschiktheid naar aanleiding van psychische stoornissen, gedragsstoornissen of burn-out in grote lijnen gelijk aan die van uitkeringsgerechtigde verzekerden. Personen tussen de 30 en 49 jaar zijn echter oververtegenwoordigd met ongeveer 60% van de intredes. Tussen 2018 en 2024 zien we een verschuiving naar jongere leeftijdsgroepen in het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid naar aanleiding van psychische en gedragsstoornissen of burn-out: mensen jonger dan 40 jaar vertegenwoordigen nu een op de twee intredes, terwijl ze 43,8% van intredes wegens burn-out en 47,1% van intredes wegens psychische en gedragsstoornissen vertegenwoordigden. Relatief gezien is de evolutie in deze periode veel sterker bij personen jonger dan 30 jaar die arbeidsongeschikt worden naar aanleiding van burn-out (+22% tussen 2018 en 2024).

De arbeiders zijn significant oververtegenwoordigd onder personen die intreden in arbeidsongeschiktheid als gevolg van musculoskeletale aandoeningen. Hun aandeel in de intredes (62,5% in 2018 en 56,2% in 2024) is zelfs meer dan twee keer zo groot als dat van de uitkeringsgerechtigde verzekerden in het algemeen (30,6% in 2018 en

26,3% in 2024). In het geval van psychosociale stoornissen zijn bedienden oververtegenwoordigd bij degenen die intreden in arbeidsongeschiktheid wegens burn-out (ongeveer twee op drie personen), terwijl arbeiders voor psychische en gedragsstoornissen oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van de uitkeringsgerechtigde verzekerden in het algemeen (46,3% tegenover 30,6% in 2018 en 37,9% tegenover 26,3% in 2024). Hoewel zelfstandigen ondervertegenwoordigd zijn in de intredes in arbeidsongeschiktheid, is hun aandeel in die intredes tussen 2018 en 2024 sterk gestegen (+77% voor musculoskeletale aandoeningen, +67% voor burn-out en +58% voor psychische en gedragsstoornissen), terwijl hun aandeel onder uitkeringsgerechtigde verzekerden in deze periode nauwelijks is veranderd (20%). Ongeveer een derde van deze sterke stijging houdt verband met de carenzperiode: begin 2018 is die herleid van één maand naar twee weken om dan in juli 2019 afgeschaft te worden (voor arbeidsongeschiktheden van minstens 8 dagen).

Figuur 3: Verdeling intredes in arbeidsongeschiktheid (omwille van mentale en gedragsstoornissen, musculoskeletale aandoeningen of burn-out) en van de uitkeringsgerechtigde verzekerden volgens de kenmerken van de verzekerden, in 2018 en 2024



04 Conclusie

Deze studie toont aan dat er tussen 2018 en 2024 belangrijke verschuivingen hebben plaatsgevonden in de profielen van personen die instromen in primaire arbeidsongeschiktheid. De duidelijke toename van arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychosociale aandoeningen, met name burn-out en depressie, weerspiegelt de toenemende invloed van psychische factoren op het welzijn en de gezondheid van individuen en hun relatie tot het werk. Hoewel musculoskeletale aandoeningen nog steeds veel voorkomen, is de evolutie minder eenduidig, met verschillende trends afhankelijk van de specifieke aandoening.

De waargenomen verschillen naar geslacht, leeftijd en socioprofessionele status wijzen op specifieke kwetsbaarheden: vrouwen en arbeiders, maar ook jongeren in het geval van psychische stoornissen, blijken bijzonder kwetsbare groepen te zijn. Bovendien lijkt het groeiende aandeel zelfstandigen onder de nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid erop te wijzen dat deze populatie kwetsbaarder wordt voor werkgerelateerde gezondheidsproblemen.

De overgang van primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit toont aan dat bepaalde ziektes, in het bijzonder psychosociale stoornissen en kanker, vaker kunnen leiden tot langdurige arbeidsongeschiktheid. Dit vereist meer aandacht op vlak van preventie, screening en begeleiding.

Deze bevindingen wijzen op bredere maatschappelijke evoluties en benadrukken de noodzaak om het beleid rond werkgerelateerde gezondheid structureel te hervormen. Wij zijn ervan overtuigd dat voor kwetsbare groepen een gepersonaliseerde aanpak nodig is om hen de juiste begeleiding te bieden. De preventie van werkgerelateerde aandoeningen moet worden versterkt en alle relevante actoren moeten hierbij betrokken worden. Verder pleiten wij voor een grotere responsabilisering van werkgevers en aangepaste maatregelen voor werknemers aan het einde van hun loopbaan. Tot slot zijn een beter begrip van psychische stoornissen bij jonge werknemers en een verfijning van de gegevens over burn-out essentieel om meer gerichte interventies mogelijk te maken.

05 Aanbevelingen

1. Wij pleiten voor de ontwikkeling en implementatie van kwalitatief hoogstaande medische richtlijnen voor artsen, in het bijzonder voor de meest voorkomende aandoeningen zoals psychosociale en musculoskeletale klachten. Op deze manier krijgen zij duidelijke handvaten over de optimale duur van het ziekteverlof. Deze richtlijnen hebben als doel om zowel een vlot herstel als een zo vroeg en volledig mogelijke terugkeer naar het werk te bevorderen.

Deze aanbevolen duur zou kunnen worden gebaseerd op empirische gegevens over de gebruikelijke afwezigheden, aangevuld met het advies van medische experts. Deze richtlijnen zouden ook informatie kunnen bevatten over de behandeling, de prognose en de verwachte hersteltermijnen. Ze zouden uitsluitend als ondersteuning dienen, aangezien het duidelijk is dat naast de diagnose ook andere factoren de evolutie van de aandoening kunnen beïnvloeden.

2. Op basis van de cijfers in onze studie en rekening houdend met de beperkte middelen voor begeleiding, lijkt het noodzakelijk om een gedifferentieerde aanpak te hanteren afhankelijk van de aard van de aandoening. Sommige kwetsbare groepen lijken bovendien nood te hebben aan specifieke ad-hoc begeleiding en -ondersteuning, terwijl anderen spontaan of met minder ondersteuning weer aan het werk gaan.
3. Het is belangrijk om de preventie van psychosociale en musculoskeletale aandoeningen verder te versterken, zowel op de werkvloer als op een breder maatschappelijk niveau. Dit is immers een gedeelde maatschappelijke verantwoordelijkheid. Werkgevers moeten worden ondersteund bij de invoering van een welzijnsbeleid. Arbeidsartsen beschikken over de nodige expertise om op dit gebied een belangrijke rol te spelen. Bovendien pleiten we ervoor dat de deelstaten meer middelen vrijmaken voor preventie.
4. Een sterkere en effectievere responsabilisering van werkgevers lijkt noodzakelijk. In dit opzicht zou een verplicht contact met de arbeidsarts, bijvoorbeeld in de derde maand van arbeidsongeschiktheid bij bepaalde aandoeningen, zinvol kunnen zijn. Dit kan gepaard gaan met een systeem van responsabilisering op langere termijn, zoals een bonus-malussysteem dat rekening houdt met het percentage werkhervattingen (zelfs deeltijds) in het bedrijf in vergelijking met het gemiddelde in de activiteitensector en het geografische district van het bedrijf.
5. We dringen aan op het ontwikkelen van beleidsmaatregelen die aanpassingen aan het einde van de loopbaan mogelijk maken voor werknemers met het grootste risico op arbeidsongeschiktheid.

6. We stellen voor om verder onderzoek te doen naar de oorzaken van de sterkere toename van psychische aandoeningen bij jongere werknemers in vergelijking met oudere werknemers.
7. Gezien de aanzienlijke toename van het aantal gevallen in de categorie 'burn-out', is het belangrijk om precieze cijfers te hebben voor deze specifieke aandoening. Het huidige coderingssysteem laat niet toe om deze aandoening nauwkeurig te onderscheiden van andere aandoeningen.



Lenniksebaan 788A – 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, juni 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

