



Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen

Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel

April 2024

Een studie in opdracht van de verzekeringsinstellingen via het InterMutualistisch Agentschap (AIM) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)



Colofon

Onderwerp:	Deze studie betreft een samenwerking tussen het IMA en het RIZIV waarin zij voor het eerst hun gegevens over arbeidsongeschiktheid en gezondheidszorgen kruisen. Door hun krachten te bundelen hopen het IMA en het RIZIV nieuwe inzichten te bieden in het profiel van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening.
Publicatiedatum:	April 2024
Redactie:	Erik Roelants
Opdrachtgevers:	InterMutualistisch Agentschap (AIM) en Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)
Auteurs:	Luk Bruyneel, Xavier Rygaert, Jarmila Oslejova, Hervé Avalosse, Valérie Fabri, Clara Noirhomme, Didier Willaert, Jérôme Vrancken, Annelies Meeus, Agnès Leclercq, Güngör Karakaya, Théo Brunois, Tonio Di Zinno
Contactgegevens:	IMA vzw • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel Tel. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

Dit document is beschikbaar op de website www.ima-aim.be en www.riziv.fgov.be.

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Inhoudstafel

1. Inleiding.....	1
1.1. De begrippen 'primaire arbeidsongeschiktheid' en 'invaliditeit'	2
1.2. Psychosociale aandoeningen als voornaamste oorzaak van de stijging in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit	2
1.3. Oorzaken van arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen.....	4
1.4. Het profiel en de gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid	6
1.5. Evidentie omtrent predictoren van langdurige arbeidsongeschiktheid of werkhervatting	9
2. Doelstelling.....	12
3. Methodologie	14
3.1. Studiedesign	14
3.2. Studiepopulatie	15
3.3. Gegevens.....	17
3.4. Gegevensanalyse.....	21
3.5. Studiebeperkingen	26
4. Resultaten	28
4.1. Beschrijving van de studiepopulatie.....	28
4.2. Sociaal-demografisch en medisch profiel van de studiepopulatie	32
4.3. Zorgconsumptieprofiel van de studiepopulatie	36
4.4. Sociaal-demografische, medische en zorgconsumptie-indicatoren als predictoren voor intrede in invaliditeit	44
5. Conclusie.....	57
Referenties	62
Bijlagen	65



1. Inleiding

In deze inleiding worden enkele sleutelbegrippen omschreven én benadrukken we de enorme uitdagingen met betrekking tot het aantal personen in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Naderhand wordt de focus gelegd op psychosociale aandoeningen, dewelke zijn uitgegroeid tot het meest frequente ziektebeeld bij primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. We beschrijven welke de belangrijkste gekende risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van psychosociale aandoeningen. Vervolgens wordt samengevat wat geweten is over het profiel en de zorgconsumptie van personen in arbeidsongeschiktheid, in het algemeen en specifiek voor personen met een psychosociale aandoening. Tot slot wordt een beknopt overzicht gegeven van de Belgische en internationale evidentie over voorspellende factoren of 'predictoren' van langdurige arbeidsongeschiktheid of werkhervatting.

1.1. De begrippen ‘primaire arbeidsongeschiktheid’ en ‘invaliditeit’

Werknemers, werklozen en zelfstandigen die door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) niet meer kunnen werken, kunnen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Na een periode van gewaarborgd loon door de werkgever geeft het ziekenfonds een uitkering om het inkomensverlies gedeeltelijk te compenseren. De duur van de periode van het gewaarborgd loon verschilt naar gelang het sociaal statuut. Hoewel bedienden en arbeiders beide behoren tot de zogenaamde “algemene regeling”, bedraagt de periode van gewaarborgd loon bij arbeiders twee weken en bij bedienden 30 dagen. Arbeiders zijn dus sneller ten laste van de uitkeringsverzekering. Werklozen, die ook onder de algemene regeling horen, zijn bovendien vanaf de eerste dag ten laste van de uitkeringsverzekering. Voor zelfstandigen, die vallen onder de zogenaamde Regeling Zelfstandigen, geldt dat periodes van arbeidsongeschiktheid van minder dan acht dagen niet worden vergoed. Periodes van arbeidsongeschiktheid van langer dan zeven dagen worden daarentegen vergoed vanaf de eerste dag. Ambtenaren vallen onder een speciale regeling en worden niet opgenomen in dit verslag.

Indien iemand opnieuw aan het werk gaat, maar binnen de 14 dagen weer ziek wordt, spreken we van een herval en loopt de periode van arbeidsongeschiktheid door. De periode van **primaire arbeidsongeschiktheid** duurt maximaal twaalf maanden. Vanaf de eerste dag van de dertiende maand van de arbeidsongeschiktheid spreken we over **invaliditeit**. De adviserend arts van het ziekenfonds stuurt hiervoor een verslag (voorstel) naar de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De GRI en de adviserend arts kunnen een persoon oproepen voor een controleonderzoek om de erkenning van invaliditeit te verlengen of te beëindigen.

1.2. Psychosociale aandoeningen als voornaamste oorzaak van de stijging in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Het aantal gevallen van werknemers, werklozen en zelfstandigen in **primaire arbeidsongeschiktheid steeg tussen 2008 en 2021 van 407.334 tot 457.391 (+12,3%)**. Deze stijging kan slechts deels verklaard worden door de groei in het aantal primaire uitkeringsgerechtigden, dat in diezelfde periode steeg van 4.276.804 naar 4.484.442 (+4,9%). **Het aantal personen in invaliditeit steeg explosief, van 250.705 in 2008 tot 485.435 in 2021 (+93,6%)**. Ook de uitgaven aan invaliditeitsuitkeringen stegen bijgevolg bijzonder sterk in deze periode, van

2.823.751.659 euro (geïndexeerd van 12/2008 (beginindex 127,86) naar 12/2021 (eindex 162,81) is dit 3.595.612.448 euro) naar 7.387.475.442 euro. In 2020 was bijna 1 op de 10 (9,6%) personen op beroepsactieve leeftijd in invaliditeit, terwijl dit in 2008 nog ongeveer 1 op de 20 (5,5%) bedroeg [1].

Binnen bovenvermelde stijging van het aantal personen in primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit valt voornamelijk de toename van het aantal personen met een psychosociale aandoening op. Uit onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bij haar eigen leden blijkt dat **één op de vier hoofddiagnoses bij de start van een periode van arbeidsongeschiktheid in 2018 een psychosociale aandoening** betrof [2]. Door de COVID-19-crisis en de bijhorende maatregelen volgde in de twee lockdownperiodes in 2020 een rem op de stijging in het aantal nieuwe intredes in arbeidsongeschiktheid, zowel voor psychosociale als lichamelijke aandoeningen, vergeleken met diezelfde periodes in 2019 [3]. Nadien bleek echter dat het aantal intredes omwille van depressie opnieuw sterk steeg, wat resulteerde in een toename met 12% tussen 2018 en 2021. Voor burn-out werd in diezelfde periode een stijging met maar liefst 66% genoteerd. Burn-out en depressie vormen overigens de twee meest gestelde diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Verder deed zich ook een stijging voor van dysthymie (langdurige depressie) met 26%. Angststoornissen stegen met 22% [4]. Een bijkomende bezorgdheid is dat op de eerste dag van de zevende maand in arbeidsongeschiktheid, alsook bij erkenning in invaliditeit, het aandeel van personen die arbeidsongeschikt zijn door een psychosociale aandoening, iets meer dan 40% bedroeg, versus 25% bij intrede in arbeidsongeschiktheid [2]. Personen met een psychosociale aandoening zijn dus langere tijd arbeidsongeschikt dan gemiddeld.

Cijfers van het RIZIV bevestigen dit [5]. **Eind 2021 bleken personen met een psychosociale aandoening goed voor iets meer dan een derde (36,4%) van alle personen in invaliditeit.** Twee derde hiervan (66,4%) leed aan een depressie of een burn-out, zowat een kwart van alle personen in invaliditeit. Tussen 2016 en 2021 steeg het aantal personen in invaliditeit door een psychosociale aandoening met 31%. Specifiek voor burn-out en depressie bedroeg de stijging 46,4%. Ook opvallend is dat 59% van alle personen in invaliditeit een vrouw was. Bij invaliditeit door burn-out of depressie was dit zelfs 68%. Vrouwen vertoonden ook de grootste stijging in invaliditeit als gevolg van burn-out of depressie: bijna 50% over 5 jaar. Bij vrouwen die zelfstandige waren, bedroeg deze stijging meer dan 66%. Personen van 50 tot 64 jaar blijven het meest getroffen door langdurige arbeidsongeschiktheid door burn-out of depressie, maar de 25- tot 39-jarige zelfstandigen kenden de grootste stijging: +20% in 2021 en +151% over een periode van 5 jaar. Hoewel er ook een sterke stijging was bij arbeiders en bedienden, deed de grootste stijging zich voor bij zelfstandigen: +59%. Bij werknemers en werklozen steeg het aantal met

46%. In 2020 werd meer dan 1,6 miljard euro besteed aan uitkeringen voor invaliditeit veroorzaakt door depressie of burn-out. Dat is een stijging van meer dan 10% op een jaar tijd en van meer dan 47% sinds 2016.

Gezien bovenstaande evoluties dringt een **ambitieuus beleid** zich op.

Er kunnen drie types van maatregelen worden genomen: maatregelen om een aandoening te voorkomen – dit is primaire preventie; maatregelen die erop gericht zijn de eerste symptomen van een aandoening te detecteren, bijstand te verlenen en arbeidsongeschiktheid te voorkomen – dit is secundaire preventie; en tot slot maatregelen die ervoor zorgen dat de terugkeer naar het werk zo snel en vlot mogelijk verloopt en dat er geen nieuwe arbeidsongeschiktheid ontstaat – dit is tertiaire preventie. Enkele maatregelen van tertiaire preventie betreffen onder andere de ondersteuning bij deeltijdse werkhervatting, en meer recent, de invoering van Terug Naar Werk-trajecten onder coördinatie van de Terug Naar Werk-coördinatoren.

Ook de hervorming van het proces van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid draagt bij tot de tertiaire preventie. Vooral dit laatste is in het kader van deze studie van belang: een persoon in arbeidsongeschiktheid moet een contact hebben met de adviserend arts of medewerker van het multidisciplinair team tegen het einde van de 4^{de} maand van de arbeidsongeschiktheid, en in de loop van de 7^{de} en de 11^{de} maand¹. Op elk van deze contactmomenten moet er naast de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, ook aandacht zijn voor de mogelijkheden tot re-integratie. Zoals later wordt beschreven, is een van de doelstellingen van deze studie om elementen te identificeren die eventuele voortekenen zijn van intrede in invaliditeit. We zullen dergelijke voortekenen identificeren op bovenstaande tijdstippen, opdat deze informatie gebruikt kan worden door de adviserend arts of medewerker van het multidisciplinair team.

1.3. Oorzaken van arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen

Het RIZIV en de Nationale Bank identificeerden enkele factoren die de algemene stijging van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid en invaliditeit verklaren, met name de vergrijzing, de toenemende participatie tot op latere leeftijd van

¹ 7^{de} technische werkgroep 'reflectie procedure evaluatie arbeidsongeschiktheid': 'Conceptnota met betrekking tot de organisatie van het proces van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door de VI en de GRI'.

vrouwen op de arbeidsmarkt, institutionele factoren zoals het optrekken van de pensioenleeftijd, en een conjunctuurringscyclus [6, 7].

Specifiek voor wat betreft psychosociale aandoeningen werden in heel wat studies werknemers en zelfstandigen bevroegd om risicofactoren te identificeren.

Zo voerde de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen recent een studie uit naar de arbeidssituatie van Vlaamse werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen die wel nog aan het werk zijn [8]. Een **hoge werkdruk** was de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van dergelijke symptomen, zowel bij werknemers als zelfstandigen. Voor werknemers bleek er daarnaast bijna een verdrievoudiging in het ontwikkelen van burn-outsymptomen indien het **werk als emotioneel belastend** werd beschouwd of in geval van onvoldoende **ondersteuning door de leidinggevende**. Andere risicofactoren waren onvoldoende afwisseling, onvoldoende autonomie, belastende arbeidsomstandigheden en structurele bereikbaarheid. Voor zelfstandige ondernemers waren emotionele belasting en een ernstig opleidingsdeficit op het vlak van management en beheer van de organisatie belangrijke risicofactoren. Fysiek belastende arbeidsomstandigheden, lange werkweken en beperkte sociale ondersteuning verhoogden in mindere mate de kans op het ontwikkelen van burn-outsymptomen.

CM voerde een nationale bevraging uit bij leden die in de periode tussen 1 januari 2018 en 31 mei 2019 een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen en die maximaal drie jaar arbeidsongeschikt waren [9,10]. Van de 4.350 respondenten gaf één op de drie (36,8%) aan dat de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid een depressie, angststoornis of burn-out betrof. **Waar voor de totale steekproef 56% aangaf dat hun werk (deels) gelinkt is aan hun arbeidsongeschiktheid, was dit het geval voor negen op de tien (89,9%) respondenten die verklaarden een burn-out te hebben**, en voor bijna zeven op de tien (68,8%) respondenten die verklaarden een andere psychische aandoening te hebben. Iets meer dan zes op de tien (63,6%) respondenten die aangaven dat ze aan ziekten van het bewegingsstelsel of bindweefsel lijden, schreven hun arbeidsongeschiktheid toe aan hun werksituatie. Als verklarende factoren wezen personen met een psychische aandoening of een burn-out vaker dan andere personen in arbeidsongeschiktheid naar een hoge werkdruk, relationele problemen (slechte relatie met de leidinggevende, de collega's en moeilijke relatie met klanten) en de onzekerheid op de werkvloer.

Uit een enquête door Solidaris bij 1.438 (2019) en 509 (2012) Franstalige leden woonachtig in Wallonië of Brussel bleek dat **het percentage werknemers dat zegt vaak of zeer vaak gestrest te zijn op het werk, duidelijk toeneemt, van 30% in 2012 naar 45% in 2019** [11]. In 2019 ervoeren vrouwen (48%) vaker dan mannen (42%) dergelijke gevoelens, terwijl er in 2012 weinig verschil was tussen

hen. Ook was er een duidelijke associatie tussen anciënniteit en het ervaren van stress: in 2019 ervaart bijna 60% van de vijftigplussers vaak stress, tegenover 33% onder de 18- tot 25-jarigen.

Ook vanuit het perspectief van de werkgever is er een duidelijke relatie tussen werk en psychosociaal welzijn. Uit een enquête door Securex blijkt dat volgens werkgevers minstens de helft van de oorzaken van burn-out in de eigen organisatie liggen. Als reden voor de toename van het aantal personen met een burn-out identificeerden ze onder meer het fenomeen van quasi permanente bereikbaarheid door het gebruik van de moderne communicatiemedia, alsook de enorme informatiestroom en de talrijke keuzemogelijkheden waarmee de werknemer vandaag geconfronteerd wordt [12].

1.4. Het profiel en de gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid

De afgelopen jaren analyseerden de ziekenfondsen meer dan eens hun populatiegegevens en gegevens van de verplichte ziekteverzekering om een inschatting te kunnen maken van het profiel en de gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid.

In een eerste studie onderzocht het Intermutualistisch Agentschap (IMA) voor de 391.481 personen die in de jaren 2007, 2010 of 2015 een periode van primaire arbeidsongeschiktheid kenden (minstens één vergoede dag) de gezondheidstoestand in datzelfde jaar [13]. We beperken ons hier tot een beschrijving van de resultaten voor het jaar 2015. Factoren die een periode van arbeidsongeschiktheid voorspellen zijn: behoren tot de leeftijdsgroep 45-54 jaar, recht hebben op het statuut verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen, een vrouw zijn, wonen in Vlaanderen of Wallonië (versus Brussel), of werkloosheid. Daarnaast hadden **personen in primaire arbeidsongeschiktheid een beduidend slechtere gezondheidstoestand dan personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten**. Een eerste opvallende vaststelling was dat de sterftegraad bij personen met een periode van arbeidsongeschiktheid veel hoger was in vergelijking met personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten (0,48% versus 0,09% bij de algemene regeling; 1,43% versus 0,09% bij de regeling zelfstandigen). Ook het percentage chronisch zieken lag veel hoger, respectievelijk 3,6% versus 0,7% voor de algemene regeling, en 7,8% versus 0,5% voor de regeling zelfstandigen. Binnen de algemene regeling lag de aflevering van medicatie (minstens 1 aflevering) hoger bij personen die een periode van primaire arbeidsongeschiktheid meemaakten versus personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten (92% versus 70%). In lijn hiermee lagen ook de jaarlijkse gemiddelde uitgaven voor de aflevering

van geneesmiddelen hoger bij personen die een periode van arbeidsongeschiktheid doormaakten: 51 euro versus 33 euro wat betreft het eigen aandeel, en 224 euro versus 150 euro wat betreft het aandeel ten laste van de ziekteverzekering. Eenzelfde trend werd geobserveerd voor de aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica (26% versus 9%), de incidentie van een hospitalisatie (29% versus 4%), de duur van dergelijke hospitalisatie (9 dagen versus 5 dagen), de incidentie van een daghospitalisatie (25% versus 7%), een contact met een huisarts (92% versus 75%), en een contact met een arts-specialist (84% versus 53%). Binnen de zelfstandige regeling werden, net als voor bovenstaande bevindingen omtrent sterfte en de aanwezigheid van een chronische aandoening, veelal meer uitgesproken verschillen geobserveerd dan in de algemene regeling: aflevering van medicatie: 92% versus 65%; aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica: 22% versus 7%; incidentie van een hospitalisatie: 29% versus 4%; duur van dergelijke hospitalisatie: 11 dagen versus 5 dagen; incidentie van een daghospitalisatie: 28% versus 8%; contact met een huisarts: 88% versus 65%; en contact met een arts-specialist: 91% versus 51%.

In een vervolgstudie maakte het IMA het onderscheid tussen een korte (<6 maanden) en lange (≥6 maanden) periode van primaire arbeidsongeschiktheid [14]. **De bevindingen toonden aan dat bovengenoemde verschillen explicieter waren in geval van een lange periode van arbeidsongeschiktheid.** Bijvoorbeeld in geval van een korte periode van arbeidsongeschiktheid verdubbelde het gemiddelde aantal contacten met een huisarts vanaf de maand voor intrede in arbeidsongeschiktheid en zakte het na 2 maanden arbeidsongeschiktheid terug naar het niveau van voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Bij lange periodes was het gemiddelde aantal contacten per persoon een jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid nog steeds veel hoger dan voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Overigens onderstreepten de bevindingen de specifieke (problematische) situatie van zelfstandigen in primaire arbeidsongeschiktheid. Hun periode van arbeidsongeschiktheid hield langer aan en 30% van de zelfstandigen ging over van primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit, terwijl dit in de algemene regeling 'slechts' 7% bedroeg.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hanteerden een ietwat andere methodologie en analyseerden het profiel en de zorgconsumptie in de periode 2013 tot en met 2017 voor de 10.101 leden die in 2016 voor het eerst intreden in invaliditeit en dus in 2015 erkend werden als arbeidsongeschikt [15]. Bijna vier op de tien (38,3%) kende minstens één periode van arbeidsongeschiktheid voor de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden die aanleiding gaf tot invaliditeit. Onder deze verzekerden bleken vrouwen, rechthebbenden op het statuut verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen en inwoners van het Waalse gewest oververtegenwoordigd in vergelijking met de algemene populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van 20

tot 64 jaar. Drie op de vier (75,0%) brachten ten minste 12 maanden door in invaliditeit. Meer dan een op de drie (35,8%) kampte bij het begin van hun arbeidsongeschiktheid al met een chronische aandoening, ten opzichte van een op de vijf (20,7%) onder de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar. De uitgaven aan geneeskundige verzorging bereikten het hoogste punt tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, ongeacht de duur van de invaliditeit. De uitgaven lagen 3 tot 4 keer hoger tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden dan in de 12 maanden ervoor, en 2 tot 3 keer hoger dan in de 12 maanden erna. Dit onderzoek toonde aan dat personen die overgaan in invaliditeit vaak gezondheidsproblemen hebben, ook chronische, nog voor ze arbeidsongeschikt worden.

In de meest recente analyse waarin gegevens over arbeidsongeschiktheid en zorgconsumptie gekruist werden, lag de focus specifiek op burn-out. Solidaris voerde hiervoor een studie uit bij haar Vlaamse ziekenfondsen en analyseerde de gegevens van alle 1.630 leden die tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2018 arbeidsongeschikt waren met als primaire diagnose burn-out [16]. De onderzoekers namen enkel leden in aanmerking die nadien niet intraden in invaliditeit. Het onderscheid tussen een korte (934 leden) en lange (696 leden) periode van arbeidsongeschiktheid werd gemaakt zoals in de voorgaande IMA-studies. Er werd echter geen controlegroep in beschouwing genomen. Twee belangrijke aspecten in het profiel van leden met een burn-out waren geslacht en sociaal statuut. Van de personen met langdurige burn-out was 66% een vrouw, terwijl dit bij personen met een korte burn-out 57% is. Van de personen met langdurige burn-out was 74% een bediende, terwijl dit bij personen met een korte burn-out 24% was. De resultaten met betrekking tot de zorgconsumptie toonden aan dat **leden na intrede in arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out meer dan voordien een huisarts en arts-specialist consulteerden, inclusief een toename in raadplegingen bij de psychiater, en vaak en snel antidepressiva voorgeschreven kregen**. Ook was er een duidelijke piek in het aantal prestaties klinische biologie bij intrede in arbeidsongeschiktheid. Hetzelfde geldt voor prestaties infectieuze serologie, waar overigens reeds een stijging merkbaar was in de drie maanden voordien. De zorgconsumptie van leden met een burn-out langer dan 6 maanden lag hoger dan bij leden met een kortere periode van arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out. Bij leden met een lange periode was er bijvoorbeeld ook een stijging merkbaar in het aantal prestaties kinesitherapie, wat bij de andere groep niet het geval was. Tot slot bleek uit een analyse van terugbetalingen vanwege de aanvullende verzekering dat slechts een derde (29%) van de

leden binnen de 12 maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid een terugbetaald consult had bij een psycholoog.²

Bijlage 1 vat de belangrijkste bevindingen van bovenstaande studies samen.

1.5. Evidentie omtrent predictoren van langdurige arbeidsongeschiktheid of werkhervatting

1.5.1. België

Binnen België maakten onderzoekers aan KU Leuven en ULiège op vraag van het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van het RIZIV, in de periode 2015-2018 gezamenlijk werk van de ontwikkeling van een screeningmethode om in een vroeg stadium – na zes weken arbeidsongeschiktheid – personen met een risico op een periode van arbeidsongeschiktheid langer dan 6 maanden te detecteren ter ondersteuning van de adviserend artsen. Het instrument, de **Quickscan**, werd ontwikkeld vanuit een biopsychosociaal denken en op basis van een analyse van wetenschappelijke literatuur. Dit resulteerde in een vragenlijst van 61 vragen omtrent 21 factoren met betrekking tot persoonlijke kenmerken, persoonlijke leefstijl, werk-gerelateerde factoren en het functioneren. In samenwerking met de ziekenfondsen, onderzochten en bevestigden de onderzoekers de validiteit van het instrument [17–19]. Betreffende de voorspellende validiteit bleek uit een cohortstudie bij 4.981 personen dat 14 psychosociale determinanten significante voorspellers waren van een periode van arbeidsongeschiktheid langer dan 6 maanden: gezondheidsperceptie, fysieke werkdruk, arbeidstevredenheid, ondersteuning management, ondersteuning collega's, werk-gezondheid interferentie, psychologisch welbevinden, angst voor verwachtingen van collega's, thuissituatie, werkverwachtingen, autonomie, werkdruk, werkhervattingsperceptie en leer- en ontwikkelingsmogelijkheden. Dit model had een voorspellende waarde voor langdurig arbeidsongeschiktheid van 80% (c-index – dit wordt verder toegelicht in het onderdeel methodologie), wat duidt op een goed tot sterk discriminerend vermogen, hetgeen werd bevestigd in een externe validatie [20]. Intussen is voorzien dat tien weken na de aanvang van arbeidsongeschiktheid de adviserend arts van het ziekenfonds zal vragen om de vragenlijst **Questionnaire Medical – Medische Vragenlijst** (QMV) in te vullen. Deze vragenlijst omvat enkele

² De eerstelijns psychologische zorg is vanaf 2019 gedekt in de verplichte verzekering. Om die reden komen de gegevens rond psychologische zorg uit de aanvullende verzekering, de enige beschikbare en bruikbare bron.

vragen van de *Quickscan* en enkele aanvullende vragen over de gezondheidstoestand, beroepservaring en opleidingsniveau. Deze aanvullende vragen werden toegevoegd door de verzekeringsinstellingen en maakten geen deel uit van het hierboven vermelde wetenschappelijk onderzoek aan KU Leuven en ULiège. De vragenlijst dient binnen twee weken ingevuld terug te worden bezorgd. Op basis van het medisch dossier en op basis van de antwoorden op de vragenlijst kan de adviserend arts een eerste inschatting maken van **restcapaciteiten van de persoon in arbeidsongeschiktheid**, aan de hand van vier categorieën:

- categorie 1: het is mogelijk dat verzekerde spontaan het werk hervat, ten laatste op het einde van de 6^{de} maand;
- categorie 2: de werkhervatting is niet mogelijk omwille van medische redenen;
- categorie 3: werkhervatting is momenteel niet mogelijk omwille van diagnose of behandeling;
- categorie 4: werkhervatting is mogelijk met aangepast werk (tijdelijk of definitief) of ander werk is mogelijk.

Voor categorie 4 volgt een vraag naar een terug-naar-werktraject en toeleiding naar de terug-naar-werk-coördinator.³

Onderzoekers aan de UGent onderzochten via een vragenlijst bij 786 personen die na een burn-out terug aan het werk gingen welke factoren een belangrijke rol spelen bij de re-integratie. **Aan het werk gaan bij een nieuwe werkgever en vooral het krijgen van ondersteuning van een leidinggevende bleken bevorderende factoren**, terwijl resterende burn-outsymptomen, stressoren in de privéomgeving en neuroticisme de kwaliteit van de terugkeer naar het werk belemmerden [21].

Voor de volledigheid geven we mee dat Belgische onderzoekers al veel eerder bezig waren met het voorspellen van werkhervatting. Du Bois en Donceel ontwikkelden bijvoorbeeld reeds in 2008 een vragenlijst ter voorspelling van werkhervatting na 3 maanden arbeidsongeschiktheid bij personen met lage rugpijn. Vragen omtrent pijn en de eigen verwachtingen van de patiënt met betrekking tot werkhervatting bleken een grote voorspellende waarde te hebben [22].

1.5.2. Internationaal

Ook internationaal krijgt het voorspellen van de duur van arbeidsongeschiktheid ruime aandacht. Veelal wordt de tijd tot werkhervatting als uitkomst gedefinieerd.

³ Voor meer informatie, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/socio-professionele-re-integratie>

Een *scoping review* over werkhervatting in geval van ziekte omwille van mentale problemen voorzag een overzicht van de belangrijkste factoren voor werkhervatting die op dat moment (in het jaar 2017) in de literatuur werden vermeld: de ernst van de symptomen, de duur van eerder verzuim, leeftijd, algemene gezondheidsperceptie, pesten, sociale steun van collega's en leidinggevende, en positieve verwachtingen met betrekking tot de duur van het ziekteverlof of herintegratie [23]. In een **synthese van systematische literatuurstudies naar factoren die de terugkeer naar werk bepalen**, werden volgende factoren met een positief effect geïdentificeerd: een hogere opleiding en sociaaleconomisch status, een grotere zelfeffectiviteit en optimistische verwachtingen over herstel en terugkeer naar het werk, een lagere ernst van het letsel/de ziekte, de coördinatie van de terugkeer naar het werk, en multidisciplinaire interventies waarbij de werkplek en alle belanghebbenden betrokken zijn. Determinanten met een negatief effect waren: hogere leeftijd, vrouw, meer pijn, depressie, hogere fysieke werkeisen, eerder ziekteverlof en werkloosheid, en beperkingen in de activiteit.



2. Doelstelling

Bovenstaande studies naar het profiel en de gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid tonen aan dat de zorgconsumptie niet alleen toeneemt vanaf de intrede in arbeidsongeschiktheid, maar ook reeds voordien. Hoewel al heel wat evidentie beschikbaar is, maakten de studies van het IMA en de Onafhankelijke Ziekenfondsen niet het onderscheid naar diagnose en legden ze zich dus niet specifiek toe op psychosociale aandoeningen. De studie van Solidaris focuste op een specifieke diagnose betreffende psychosociale aandoeningen – burn-out – maar hanteerde geen controlegroep. Door hun krachten te bundelen, hopen het RIZIV en het IMA verder te bouwen op de sterktes van de eerdere studies en nieuwe inzichten te bieden in het profiel en de zorgconsumptie van personen in arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening. Ook wordt de associatie tussen zorggebruik en intrede in invaliditeit verder uitgediept, zij het met een aantal belangrijke studiebeperkingen. Onderliggende studie dient dus voornamelijk te worden beschouwd als een aanzet tot verder onderzoek.

De algemene doelstelling van dit onderzoek betreft het creëren van een beter begrip omtrent het sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening. Net als in voorgaande studies wordt langdurige arbeidsongeschiktheid gedefinieerd als een periode van arbeidsongeschiktheid die langer dan 6 maanden aanhoudt.

De specifieke opzet van het onderzoek is driedelig.

Ten eerste beschrijven we het **sociaal-demografisch en medisch profiel van personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn** omwille van een psychosociale aandoening.

Ten tweede analyseren we het **zorgconsumptieprofiel** – als een indicator van de gezondheidstoestand – van personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn omwille van een psychosociale aandoening. We bestuderen de zorgconsumptie zowel voor als gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid.

We vergelijken personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening, zowel wat betreft het sociaal-demografisch, medisch als het zorgconsumptieprofiel, met:

1. personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening;
2. personen zonder periode van arbeidsongeschiktheid maar dewelke wel antipsychotica of antidepressiva gebruiken; en
3. personen zonder periode van arbeidsongeschiktheid en zonder gebruik van antipsychotica of antidepressiva.

Ten derde beogen we te **identificeren welke elementen van het sociaal-demografisch, medisch en het zorgconsumptieprofiel eventuele voortekenen zijn van intrede in invaliditeit** bij personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn omwille van een psychosociale aandoening.



3. Methodologie

In dit hoofdstuk lichten we toe over welke gegevens we beschikken en hoe we deze analyseren in functie van de doelstellingen van deze studie.

3.1. Studiedesign

Deze studie maakt gebruik van eerder verzamelde gegevens. De eerste twee onderzoeksvragen betreffen een **retrospectieve cohortstudie**, waarin we een cohort van personen bestuderen die een gemeenschappelijke blootstellingsfactor delen (i.e. personen in arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen) en deze vergelijken met een andere groep personen die niet aan die factor zijn blootgesteld (i.e. personen in arbeidsongeschiktheid omwille van andere aandoeningen; en personen zonder periode van arbeidsongeschiktheid), om de invloed van deze blootstellingsfactor op de incidentie van een uitkomst (gezondheidszorggebruik en invaliditeit) te bestuderen.

3.2. Studiepopulatie

Onze studiestudiepopulatie bestaat uit een **primaire studiestudiepopulatie** en **drie controle-groepen**.

Onze **primaire studiestudiepopulatie** betreft gerechtigden die tussen 1 juli 2017 en 31 december 2019 langdurig arbeidsongeschikt werden omwille van een psychosociale aandoening. We hebben ervoor gekozen ons te richten op de stoornissen die het vaakst voorkomen tijdens arbeidsongeschiktheid: stemmingsstoornissen, stressge-relateerde neurotische stoornissen en burn-outstoornissen. Aangezien langdurige arbeidsongeschiktheid in deze studie wordt gedefinieerd als meer dan zes maanden arbeidsongeschikt, betekent dit voor onze primaire studiestudiepopulatie dat de periode van arbeidsongeschiktheid aanving tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2019. Binnen deze groep identificeren we personen met een psychosociale diagnose op de eerste dag van de zevende maand arbeidsongeschiktheid. De identificatie van een psychosociale diagnose gebeurt aan de hand van de ICD-10-diagnoses⁴. Sinds 2017 wordt 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). Volgende ICD-10-categorieën worden in beschouwing genomen wanneer we verwijzen naar psychosociale aandoeningen:

- Stemmingsstoornissen: F30-Manische episode, F31-Bipolaire affectieve stoornis [manisch-depressieve stoornis], F32-Depressieve episode, F33-Recidiverende depressieve stoornis, F34-Persisterende stemmingsstoornis, F38-Andere stemmingsstoornissen, F39-Niet-gespecificeerde stemmingsstoornis.
- Neurotische, stressgebonden en somatoforme stoornissen: F40-Fobische angststoornissen, F41-Andere angststoornissen, F42-Obsessief-compulsieve stoornis [dwangstoornis], F43-Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen, F44-Dissociatieve stoornissen [conversiestoornissen], F45-Somatoforme stoornissen, F48-Overige neurotische stoornissen.
Verder in de tekst wordt hiernaar verwezen als angststoornissen.
- Z73-Problemen verband houdend met moeite om leven in te richten. Dit betreft burn-out en er wordt verder als dusdanig naar verwezen.

⁴ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zie <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/delen-van-gezondheidsgegevens/terminologiecentrum/terminologiestelstels/icd-10-cm>

Controlegroep 1 betreft gerechtigden die tussen 1 juli 2017 en 31 december 2019 langdurige arbeidsongeschikt werden omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening. Ook voor deze groep wil dit zeggen dat hun periode van arbeidsongeschiktheid aanving tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2019. Binnen deze groep identificeren we personen met een diagnose op de eerste dag van de zevende maand arbeidsongeschiktheid die geen psychosociale aandoening betreft.

Controlegroep 2 betreft gerechtigden die tussen 1 juli 2017 en 31 december 2019 niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva (N06A) of antipsychotica (N05A) gebruikten voor een totaal van minstens 90 dagdosissen (DDD⁵) tussen 1 januari 2015 en 31 december 2019. Deze controlegroep wordt beperkt tot gerechtigden die deel uitmaken van de Permanente Steekproef van het IMA⁶.

Controlegroep 3, tot slot, betreft gerechtigden die tussen 1 juli 2017 en 31 december 2019 geen periode van arbeidsongeschiktheid kenden en die antidepressiva (N06A) noch antipsychotica (N05A) gebruikten voor een totaal van minstens 90 dagdosissen tussen 1 januari 2015 en 31 december 2019. Ook deze controlegroep wordt beperkt tot gerechtigden die deel uitmaken van de Permanente Steekproef van het IMA.

Voor de eerste twee onderzoeksvragen worden de primaire studiebevolking en de drie controlegroepen in beschouwing genomen. Voor de derde onderzoeksvraag wordt enkel de primaire studiebevolking in beschouwing genomen.

Enkel meerderjarige gerechtigden met het statuut van actieve (met inbegrip van de werklozen) arbeider, bediende of zelfstandige worden weerhouden in deze studie. Personen voor wie de woonplaats niet gekend is worden uitgesloten van de analyse. Tot slot worden ook personen uitgesloten die overleden tijdens de studieperiode.

⁵ DDD is de door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerde meeteenheid die overeenkomt met de dagelijkse behandelingsdosis van een geneesmiddel voor een volwassene in zijn belangrijkste indicatie

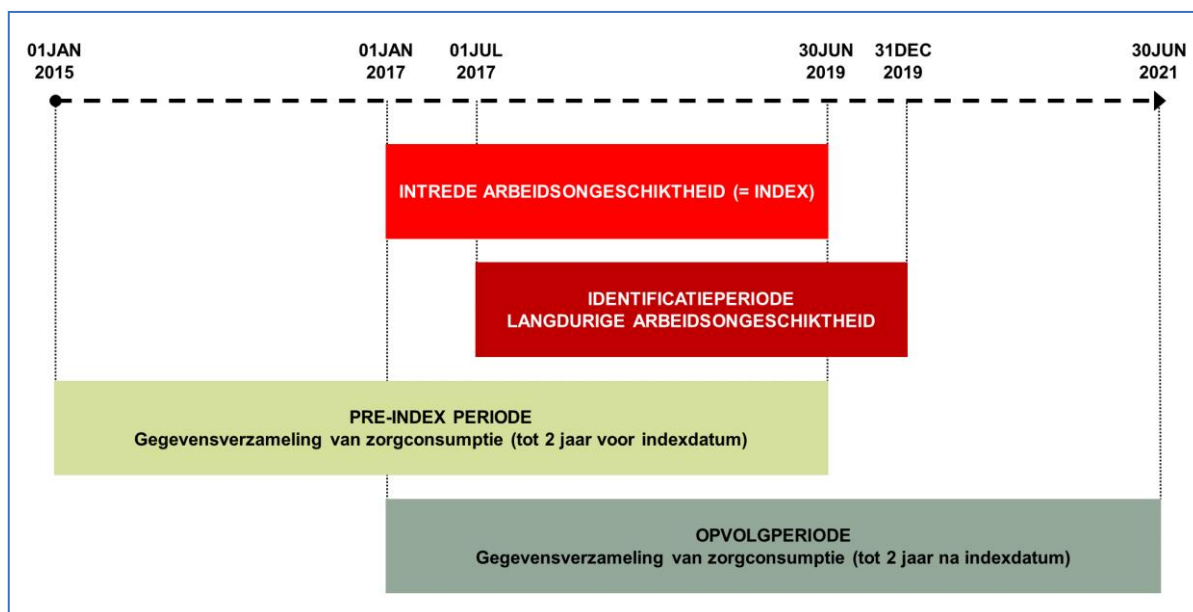
⁶ <https://metadata.ima-aim.be/nl/app/bdds/Ps>

3.3. Gegevens

3.3.1. Algemene opzet

In het kader van dit onderzoek wordt een rijke set aan gegevens gekoppeld en geëxploiteerd. Gegevens met betrekking tot arbeidsongeschiktheid worden gekoppeld aan sociaal-demografische gegevens en gegevens met betrekking tot uitgaven aan geneeskundige verzorging. Figuur 1 detailleert de studiestudiepopulatie en de gegevensverzameling. De identificatieperiode voor de primaire studiestudiepopulatie (langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening) en controlegroep 1 (langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening) loopt van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2019. **De index (i.e. de intrede in arbeidsongeschiktheid) voor deze personen situeert zich van 1 januari 2017 tot en met 30 juni 2019.** De pre-indexperiode en de opvolgperiode, waarvoor gegevens met betrekking tot zorgconsumptie verzameld worden, beslaan voor elke persoon met een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid een periode van respectievelijk twee jaar voor de index en twee jaar na de index. De pre-indexperiode loopt dus van 1 januari 2015 (i.e. 2 jaar voor de eerst mogelijke index van 1 januari 2017) tot en met 30 juni 2019 (i.e. tot de laatst mogelijke index). De opvolgperiode loopt van 1 januari 2017 (i.e. vanaf de eerst mogelijke index) tot en met 30 juni 2021 (i.e. twee jaar na de laatst mogelijke index van 30 juni 2019). Bijvoorbeeld, voor een persoon die intreedt in arbeidsongeschiktheid op 1 januari 2019, i.e. de indexdatum, en die als langdurig arbeidsongeschikt wordt geïdentificeerd op 1 juli 2019, worden gegevens omtrent uitgaven aan gezondheidszorg verzameld voor de periode van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2018, i.e. de pre-indexperiode, en voor de periode van 1 januari 2019 tot en met 31 december 2020, i.e. de opvolgperiode.

Figuur 1. Gegevensverzameling



3.3.2. Arbeidsongeschiktheid

Voor de primaire studiegroep en controlegroep 1 verloopt de gegevensverzameling vanuit de **stroom IFW** (*Incapacity For Work*). Dit is de nominatieve indiening van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV aanleveren. Gegevens die verzameld worden zijn: datum van intrede, de diagnose en de eventuele comorbiditeiten op de eerste dag van de zevende maand arbeidsongeschiktheid, het aantal hervallen en de diagnose bij een eventuele intrede in invaliditeit. Deze gegevens worden verstrekt door het RIZIV. Enkel voor de primaire studiegroep is de diagnose gekend.

Voor controlegroepen 2 en 3 wordt binnen de IMA-populatiebank nagegaan of het aantal dagen arbeidsongeschiktheid wel degelijk 0 bedraagt.

3.3.3. Sociaal-demografisch en medisch profiel

Voor het beschrijven van het sociaal-demografisch en medisch profiel werd gebruik gemaakt van de **databanken Populatie en Gezondheidszorgen** van het IMA.

Het sociaal-demografisch en medisch profiel voor de primaire studiegroep en controlegroep 1 wordt bepaald op moment van intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor controlegroep 2 en 3 worden deze bepaald voor het jaar 2017 (in december).

Volgende sociaal-demografische gegevens worden voor de gehele studiegroep verzameld: geslacht (man, vrouw), leeftijd (gecategoriseerd als 18-24 jaar, 25-44 jaar, 45-54 jaar, 55-65 jaar) sociaal statuut (actieve arbeider (met inbegrip van de

werklozen en de invaliden), actieve bediende (m.i.v. de werklozen en de invaliden), actieve zelfstandigen (m.i.v. de invalide zelfstandigen, de starters en de geassimileerde zelfstandigen)) en gewest (Vlaams Gewest, Waals Gewest, Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Tot slot wordt nagegaan of de persoon voldoet aan de voorwaarden voor het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT).⁷

Wat betreft het medisch profiel wordt nagegaan of de persoon voldoet aan het criterium Kinesithérapie E of fysiotherapie.⁸ Ook wordt bekeken of de persoon zes keer werd opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar, of de persoon werd opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis voor een totale duur van minstens 120 dagen in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar, en of aan de persoon het statuut chronische aandoening werd toegekend op basis van het financieel criterium, het forfait chronisch zieken of een zeldzame ziekte.⁹

3.3.4. Zorgconsumptieprofiel

Voor dit luik werd gebruik gemaakt van de **databanken Gezondheidszorgen en Farmanet** van het IMA.

Het zorgconsumptieprofiel betreft zowel het gebruik van gezondheidszorgen als de aflevering van geneesmiddelen. Zoals eerder gesteld, wordt het zorgconsumptieprofiel voor de primaire studiegroep en controlegroep 1 in het kader van de tweede

⁷ Personen kunnen aanspraak maken op het recht op verhoogde tegemoetkoming indien ze bepaalde uitkeringen ontvangen, een bepaalde hoedanigheid hebben of hun inkomen onder een grensbedrag valt. Personen met een verhoogde tegemoetkoming betalen minder persoonlijke bijdragen voor gezondheidszorgen en hebben nog andere financiële voordelen.

⁸ Het criterium Kinesithérapie E of fysiotherapie houdt in dat de persoon het akkoord heeft van een adviserend arts voor Kinesithérapie E of fysiotherapie gedurende minstens zes maanden (179 dagen). De zes maanden (179 dagen) moeten niet noodzakelijk een aaneengesloten periode vormen. Ze moeten wel in eenzelfde kalenderjaar vallen. Het criterium Kinesithérapie E of fysiotherapie is eveneens een afhankelijkheidssituatie op basis waarvan het forfait voor chronisch zieken kan worden toegekend. Bron: <https://metadata.ima-aim.be/nl>

⁹ Het statuut chronische aandoening wordt toegekend aan personen die gedurende twee jaar uitgaven voor geneeskundige verzorging hadden van minstens 300 euro per kwartaal (geïndexeerd), of aan personen die het forfait voor chronisch zieken genieten, of aan personen die lijden aan een zeldzame ziekte en gedurende twee jaar uitgaven voor geneeskundige verzorging hadden van minstens 300 euro per kwartaal (geïndexeerd). De uitgaven voor geneeskundige verzorging omvatten zowel het deel dat het ziekenfonds betaalt als het remgeld. Dit statuut wordt automatisch toegekend door het ziekenfonds voor een termijn van twee jaar (Y en Y+1) op basis van de uitgaven in jaar Y-1 en Y-2. Nadien wordt het van jaar tot jaar verlengd indien de rechthebbende voor het tweede kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar van de verlenging, minstens 1200 euro uitgaven voor geneeskundige verzorging had. Wat betreft een zeldzame ziekte, wordt het statuut toegekend door het ziekenfonds op basis van een medisch getuigschrift, opgesteld door een arts-specialist, waarin wordt bevestigd dat de rechthebbende lijdt aan een zeldzame ziekte. De patiënt krijgt het statuut voor een termijn van vijf jaar. Nadien kan het telkens voor vijf jaar worden verlengd. Bron: <https://metadata.ima-aim.be/nl>

onderzoeksvraag bestudeerd voor de periode tot twee jaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid en de periode tot twee jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor controlegroepen 2 en 3 beschrijven we het zorgconsumptieprofiel voor de periode januari 2015-december 2018.

Tabel 1 geeft weer welke indicatoren van uitgaven aan geneeskundige verzorging werden weerhouden. In Bijlage 2 beschrijven we de methodologie voor de berekening van deze indicatoren in meer detail.

Tabel 1. Gehanteerde zorgconsumptie-indicatoren

<i>Indicator</i>	
Contact met een huisarts	• Percentage personen met ten minste één contact met een huisarts. • Gemiddeld aantal contacten met een huisarts.
Contact met een arts-specialist	• Percentage personen met ten minste één contact met een arts-specialist. • Gemiddeld aantal contacten met een arts-specialist. <i>De indicator wordt opgesteld per discipline (anesthesie, chirurgie, neurochirurgie, orthopedie, inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, oncologie, cardiologie, neurologie, psychiatrie, fysische geneeskunde en revalidatie, klinische biologie, urgentiegeneskunde, radiodiagnostiek, radiotherapie, nucleaire geneeskunde) alsook een contact met eender welke arts-specialist.¹⁰</i>
Contact met een kinesitherapeut	• Percentage personen met ten minste één contact met een kinesitherapeut. • Gemiddeld aantal contacten met een kinesitherapeut (voor personen met ten minste één contact).
Psychotherapie bij een psychiater	• Percentage personen met ten minste één contact psychotherapie. • Gemiddeld aantal contacten psychotherapie (voor personen met ten minste één contact). <i>Worden in beschouwing genomen: raadplegingen in de spreekkamer door een arts-specialist in de psychiatrie, of een psychotherapeutische behandelingszitting (individueel of in groep), of (multidisciplinair) overleg, inclusief teleconsultatie.</i>

¹⁰ Werden ook onderzocht in een preliminaire analyse, maar niet verder in acht genomen wegens weinig voorkomend: Geriatrie, Neurochirurgie-neuropsychiatrie, Plastische chirurgie, Abdominale / thoracale / vaatchirurgie, Gynaecologie, Oogheelkunde, Otolaryngologie, Urologie, Stomatologie, Dermatologie, Kindergeneeskunde, Neuropsychiatrie, Reumatologie, Klinische genetica, Forensische geneeskunde.

Opname op de dienst spoedgevallen omwille van psychiatrische zorgen	Percentage personen met ten minste één opname op de dienst spoedgevallen omwille van psychiatrische zorgen. <i>Worden in beschouwing genomen: onderzoeken in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg door een arts-specialist in de neurologie of de psychiatrie of de neuropsychiatrie of opname in een dienst van een psychiatrische inrichting, hetzij dringend, hetzij voor de toediening van antidepressiva door perfusie.</i>
Hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ)	- Percentage personen met ten minste één opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis. - Gemiddeld aantal dagen opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (voor personen met ten minste één opname).
Klassieke hospitalisatie in een algemeen ziekenhuis	- Percentage personen met ten minste één klassieke hospitalisatie. - Gemiddeld aantal dagen klassieke hospitalisatie (voor personen met ten minste één opname).
Daghospitalisatie	Percentage personen met ten minste één opname in het dagziekenhuis.
Opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie	- Percentage personen met ten minste één opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie. - Gemiddeld aantal dagen opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie (voor personen met ten minste één opname).
Aflevering van terugbetaalbare geneesmiddelen	- Percentage personen met ten minste één aflevering van terugbetaalbare geneesmiddelen. - Gemiddeld aantal dagdosissen van terugbetaalbare geneesmiddelen. <i>De indicator wordt opgesteld per ATC anatomische hoofdgroep (A-Spijsverteringsstelsel en metabolisme, B-Bloed en bloedvormende organen, C-Cardiovasculair systeem, D-Dermatologica, G-Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen, H-Systemische hormonale preparaten, met uitzondering van insuline en geslachtshormonen, J-Anti-infectie middelen voor systemisch gebruik, L-Antineoplasie en immunomodulerende stoffen, M-Bewegingsapparaat, N-Zenuwstelsel, P-Antiparasitische middelen, insecticiden en repellents, R-Ademhalingssysteem, S-Zintuigstelsel) alsook het totale aantal afleveringen van bovenstaande hoofdgroepen. Tot slot beschouwen we eveneens medicatie specifiek voor problemen gerelateerd aan mentale gezondheid (N04-Antiparkinson preparaten, N05-Psycholeptica, N06-Psychoanaleptica) en alcoholgerelateerde medicatie alsook opioïden.</i>
Prestatie klinische biologie	- Percentage personen met ten minste één prestatie klinische biologie. - Gemiddeld aantal prestaties klinische biologie (voor personen met ten minste één prestatie).

3.4. Gegevensanalyse

Ten eerste **beschrijven we het aantal personen in de primaire studiepopulatie en de drie controlegroepen**. Voor de primaire studiepopulatie beschrijven we eveneens de diagnose en de comorbiditeiten. Voor de primaire studiepopulatie en

controlegroep 1 beschrijven we het aantal personen dat intreedt in invaliditeit en met welke diagnose. Enkel diagnoses met betrekking tot psychosociale aandoeningen zijn gekend.

Om een antwoord te bieden op de eerste onderzoeksvraag **beschrijven we het sociaal-demografisch en medisch profiel van de primaire studiebevolking en de drie controlegroepen**. Binnen de primaire studiebevolking wordt eveneens het onderscheid gemaakt tussen de drie grote groepen van psychosociale aandoeningen (Burn-out; Stemmingsstoornissen; Angststoornissen).

De tweede onderzoeksvraag betreft het **beschrijven van het zorgconsumptieprofiel**. De betreffende zorgconsumptie-indicatoren (Tabel 1) worden berekend als een binaire én als een continue variabele. Binair houdt hier in dat wordt berekend of er al dan niet ten minste één contact, hospitalisatie en/of medicatie-aflevering plaatsvindt in de periode die wordt bestudeerd. Continu houdt in dat het aantal contacten, dagen hospitalisatie, en/of dagdosissen medicatie in die periode wordt bestudeerd. In een samenvattend overzicht van de **acht indicatoren met de hoogste consumptie** (contact huisarts, contact arts-specialist, contact kinesitherapeut, psychotherapie bij een psychiater, klinische biologie, klassieke hospitalisatie, hospitalisatie psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ, aflevering medicatie) worden deze geaggregeerd voor driemaandelijke periodes, voor de primaire studiebevolking en controlegroep 1. Voor deze indicatoren maken we ook de vergelijking voor geslacht, sociaal statuut, leeftijd, of de persoon voldoet aan de voorwaarden voor het recht verhoogde tegemoetkoming, en of aan de persoon het statuut chronische aandoening werd toegekend. Daarnaast wordt de maandelijkse evolutie van alle indicatoren in detail beschreven voor de primaire studiebevolking en controlegroep 1. Voor controlegroepen 2 en 3 beschrijven we enkel de acht indicatoren met de hoogste consumptie.

Voor de derde onderzoeksvraag, het **identificeren van elementen van het sociaal-demografisch, medisch en het zorgconsumptieprofiel die eventuele voortekenen zijn van intrede in invaliditeit** bij personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn, gaan we als volgt te werk:

- Stap 1: Beschrijving van het **verschil doorheen de tijd tussen personen die intraden in invaliditeit en personen die niet intraden in invaliditeit** inzake de acht indicatoren met de hoogste consumptie.
- Stap 2: Beschrijving van de **onderlinge associatie tussen zorgconsumptie-indicatoren**, inclusief een begrip van de associatie doorheen de tijd. Voorafgaand aan elke statistische analyse is het immers belangrijk om de onderlinge correlatie tussen kandidaatpredictoren te begrijpen. We maken eveneens een eerste analyse van de associatie met intrede in invaliditeit.

Hiervoor focussen we opnieuw op de acht indicatoren met de hoogste consumptie. We illustreren deze associaties voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, op zes momenten in de tijd (maand 6 voor intrede, maand 3 voor intrede, maand van intrede, maand 3 na intrede, maand 6 na intrede en maand 9 na intrede). Belangrijk is dat het hier steeds enkel en alleen de zorgconsumptie in die specifieke periode betreft en dus niet de cumulatieve zorgconsumptie. We gaan als volgt te werk.

- Een correlogram met de tetrachorische correlatie¹¹: voor de aanwezigheid van een contact/hospitalisatie/aflevering van medicatie (i.e. zorgconsumptie-indicatoren als binaire variabelen) en de correlatie met intrede in invaliditeit.
- Visuele weergave van de longitudinale profielen voor 100 willekeurig geselecteerde personen, waarvan 50 intraden in invaliditeit en 50 niet intraden in invaliditeit, voor wat betreft de aanwezigheid van een contact/hospitalisatie/aflevering van medicatie.
- Stap 3: Statistische analyse van de associatie tussen het sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel en intrede in invaliditeit. Dit gebeurt aan de hand van **logistische regressie** en we doen dit apart voor burn-out, stemmingsstoornissen en angststoornissen. We hanteren de voorwaartse selectieprocedure, waarin bij elke stap potentiële predictoren worden toegevoegd en wordt geëvalueerd of het model verbetert. Het zorgconsumptieprofiel wordt opnieuw bekeken op zes momenten: maand 6 voor intrede, maand 3 voor intrede, maand van intrede, maand 3 na intrede, maand 6 na intrede en maand 9 na intrede, volgens de methode in Stap 2. Dit wil zeggen dat voor elke zorgconsumptie-indicator specifiek wordt geanalyseerd of er in die betreffende maand een contact/opname/aflevering was.

In het kader van de hervorming van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid¹², dient een persoon in arbeidsongeschiktheid een contact te hebben met de adviserend arts of medewerker van het multidisciplinair team op maand 4, maand 7 en maand 11. Aangezien we hier reeds kijken naar personen in langdurige arbeidsongeschiktheid, ligt onze **focus op mogelijke predictoren van invaliditeit op maand 6, opdat deze informatie gebruikt kan worden in een gesprek tussen de persoon in arbeidsongeschiktheid en de adviserend arts of medewerker van het multidisciplinair team**

¹¹ Wanneer twee variabelen dichotome variabelen zijn, zoals hier het geval is, wordt de tetrachorische correlatie berekend. Bij de berekening van de tetrachorische correlatie wordt ervan uitgegaan dat de twee dichotome variabelen de onderliggende normale verdelingen vertegenwoordigen.

¹² 7e technische werkgroep 'reflectie procedure evaluatie arbeidsongeschiktheid': 'Conceptnota met betrekking tot de organisatie van het proces van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid door de VI en de GRI'

gedurende het contact op maand 7. Het zorgprofiel werd echter ook bestudeerd op de vijf andere momenten. Indien het discriminerend vermogen (zie verder) van het model toeneemt naarmate invaliditeit nadert, is dit immers mogelijk een indicatie voor een slechtere gezondheidstoestand van personen in invaliditeit vergeleken met personen die niet intraden in invaliditeit. Stapsgewijs worden vier modellen gebouwd.

- Model 1: Als predictoren weerhouden we elementen van het sociaal-demografisch en medisch profiel, alsook de ICD-10-categorie bij personen met stemmingsstoornissen of angststoornissen. Voor burn-out is er immers maar één ICD-10 categorie. Modelleren gebeurt achtereenvolgens zonder (Model 1A) en met (Model 1B) interactie tussen de predictoren.
- Model 2: Als predictoren weerhouden we alle zorgconsumptie-indicatoren als binaire predictoren. Met andere woorden, of er al dan niet een contact, hospitalisatie en/of aflevering van medicatie plaatsvond in de betreffende maand die wordt bestudeerd. Voor elke maand worden aparte modellen gebouwd (Modellen 2A-2F).
- Model 3: Als predictoren weerhouden we alle zorgconsumptie-indicatoren als continue predictoren. Met andere woorden, het aantal contacten, dagen hospitalisatie, en/of dagdosissen medicatie in de betreffende maand die wordt bestudeerd. Voor elke maand worden aparte modellen gebouwd (Modellen 3A-3F).
- Model 4: Als predictoren weerhouden we elementen van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie bij personen met stemmingsstoornissen of angststoornissen, alsook alle zorgconsumptie-indicatoren als binaire predictoren.¹³ Voor elke maand worden aparte modellen gebouwd (Modellen 4A-4F).

De kwaliteit van het predictief model wordt geëvalueerd op basis van *Receiver Operating Characteristics* (ROC) curves en de *Area Under the Curve* (AUC). Deze illustreren het vermogen om te discrimineren. **Discriminatie** heeft betrekking op het vermogen van het model om een persoon die niet intreedt in invaliditeit te onderscheiden van een persoon die wel intreedt in invaliditeit. De diagonaal geeft de basislijn aan voor een niet-discriminerend model. De gebogen lijn markeert het prestatiegebied (AUC) van het model. We evalueren de voorspellende prestaties met behulp van de concordantie-index van Harrell (C-index). Deze index geeft de kans weer dat een willekeurig geselecteerde persoon die intrad in invaliditeit, een hogere

¹³ Binaire predictoren worden gekozen gezien de beperkte toegevoegde waarde van de continue predictoren in Modellen 3A-3F, zoals beschreven in de resultatensectie.

risicoscore had dan een willekeurig geselecteerde persoon die niet intrad in invaliditeit. Voor binaire uitkomsten is de C-index gelijk aan de AUC. De C-index heeft een bereik van 0,5 (geen onderscheidingsvermogen) tot 1 (maximaal onderscheidingsvermogen). Hoewel dit ter discussie staat, wordt in het algemeen een C-index onder de 0,7 beschouwd als een zwak onderscheidend vermogen, terwijl 0,7-0,8 staat voor een goed en >0,8 voor een sterk onderscheidend vermogen [25].

Ook wordt de kwaliteit van het predictiemodel geëvalueerd aan de hand van **kali-bratie** en gevisualiseerd door middel van een kalibratieplot, dat de geschatte probabibiliteit ten opzichte van de geobserveerde probabibiliteit uitzet.¹⁴ In de kalibratieplots worden histogrammen voor de geschatte probabibiliteit opgenomen.

Tot slot construeerden we ter illustratie een nomogram. Een **nomogram** vertaalt de resultaten van de predictieve modellering in een gebruiksvriendelijke grafische interface. Om de interpretatie te vergemakkelijken, creëerden we een **online beschikbaar dynamisch nomogram**.

Significante associaties ($p < 0,05$) tussen predictoren en intrede in invaliditeit worden uitgedrukt aan de hand van kansverhoudingen (*odds ratios*). Indien het 95% betrouwbaarheidsinterval niet 1 omvat, wordt dit als statistisch significant beschouwd. Om de resultaten op een bevattelijke manier weer te geven, berekenen we eveneens de *Least Squares Means (LS Means)*. In ons statistisch model vertegenwoordigen deze het percentage invaliditeit op elk niveau van de predictor, gecorrigeerd voor andere predictoren in het model. In de berekening van de *LS Means* handhaven we, voor alle predictoren die werden opgenomen in het statistisch model, de verhoudingen uit de oorspronkelijke gegevensset.

Tot slot werden enkele **sensitiviteitsanalyses** uitgevoerd waarbij het cumulatieve zorgconsumptieprofiel wordt bekeken op maand 6 na intrede in arbeidsongeschiktheid. We berekenen voor elke zorgconsumptieindicator het cumulatieve aantal contacten/opnames/afleveringen sinds intrede in arbeidsongeschiktheid; in maand 4, 5 en 6 na intrede in arbeidsongeschiktheid, en in maand 5 en 6 na intrede in arbeidsongeschiktheid. In toekomstige analyses kan ook de tijdsvariërende aard van de kandidaatpredictoren volledig in acht worden genomen.

¹⁴ Steyerberg en collega's omschrijven discriminatie als "Do patients with the outcome have higher risk predictions than those without?" en kalibratie als "Do x of 100 patients with a risk prediction of x% have the outcome? [30]

Voor de analyses gebruikten we SAS 9.4 [26]. Het nomogram en de online tool werden gemaakt in R [27] en R Shiny [28].

3.5. Studiebeperkingen

De analyse en de interpretatie van de bevindingen met betrekking tot zorgconsumptie worden bemoeilijkt door een aantal studiebeperkingen.

Ten eerste is **geen informatie beschikbaar over het sociaal-demografisch, medisch of zorgconsumptieprofiel van personen voor wie de periode van arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale of andere aandoeningen minder dan zes maanden duurde**. In het predictieve model vertrekken we vanuit de personen die reeds langdurig arbeidsongeschikt zijn. Het zou mogelijk informatiever zijn om het discriminerend vermogen van het model eveneens te kunnen berekenen met inclusie van personen met een kortere periode van arbeidsongeschiktheid.

Ten tweede is de **exacte duur van de periode van arbeidsongeschiktheid niet gekend**. Enkel is geweten of de persoon al dan niet intreedt in invaliditeit. Dit laat bijvoorbeeld niet toe om meer geavanceerde analyses zoals overlevingsanalyse uit te voeren, waarin we de tijd tot het optreden van werkhervatting zouden kunnen modelleren.

Ten derde kan men zich afvragen in welke mate **zorgconsumptie een goede indicator** is van de gezondheidstoestand.

Ten vierde hebben we **geen zicht op de ICD-10-diagnose voor controlegroep 1**. Dit is een zeer gevarieerde groep, met diagnoses gaande van musculoskeletale aandoeningen tot longziekten en verschillende vormen van kanker. Vanzelfsprekend beïnvloedt het type diagnose het zorgconsumptieprofiel alsook het sociaal-demografisch profiel.

Ten vijfde hebben we **enkel zicht op zorgconsumptie binnen de verplichte verzekering**. Zowel voor wat betreft contacten met zorgverleners als medicatiegebruik biedt onze beschrijving van het zorgconsumptieprofiel dus slechts een partieel beeld. Wat personen met psychosociale aandoeningen betreft, weten we uit de eerder beschreven rapporten in de introductie dat deze ook gebruik maken van de aanvullende verzekering. Gegevens over de aanvullende verzekering zijn niet opgenomen in de IMA-databanken. Overigens zijn ook gegevens binnen de aanvullende verzekering niet noodzakelijk volledig. Gezien de beperkte bedragen die worden vergoed (en die variëren tussen ziekenfondsen), weerspiegelen verzoeken om terugbetaling (en dit niet alleen voor sessies bij de psycholoog) niet de volledige werkelijkheid. Sinds 2021

worden psychologen vergoed door de verplichte ziekteverzekering.¹⁵ Voorheen had het Intermutualistisch Agentschap geen gegevens over consulten bij psychologen in privépraktijken, centra voor gezinsplanning of in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, ongeacht of deze prestaties al dan niet worden vergoed door de aanvullende verzekering van bepaalde ziekenfondsen.

Tot slot worden de resultaten van onze analyse eveneens vertekend omdat een **aantal potentieel relevante predictoren, waarnaar we verwezen in de introductie, niet werden opgenomen in de onderzoeksopzet**. Denk hierbij bijvoorbeeld aan zelfgerapporteerde aspecten zoals pijn en algemene gezondheidstoestand, maar ook aan de thuissituatie (eenoudergezin, aanwezigheid van kinderen met een speciale zorgnood in het gezin) [29] en het aantal en de duur van voorgaande periodes van arbeidsongeschiktheid.

¹⁵ <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/eerstelijns-en-gespecialiseerde-psychologische-zorg-in-een-netwerk-voor-geestelijke-gezondheid>



4. Resultaten

In wat volgt beschrijven we de studiestudiepopulatie. Nadien presenteren we de bevindingen met betrekking tot de drievoudige onderzoeksopzet.

4.1. Beschrijving van de studiestudiepopulatie

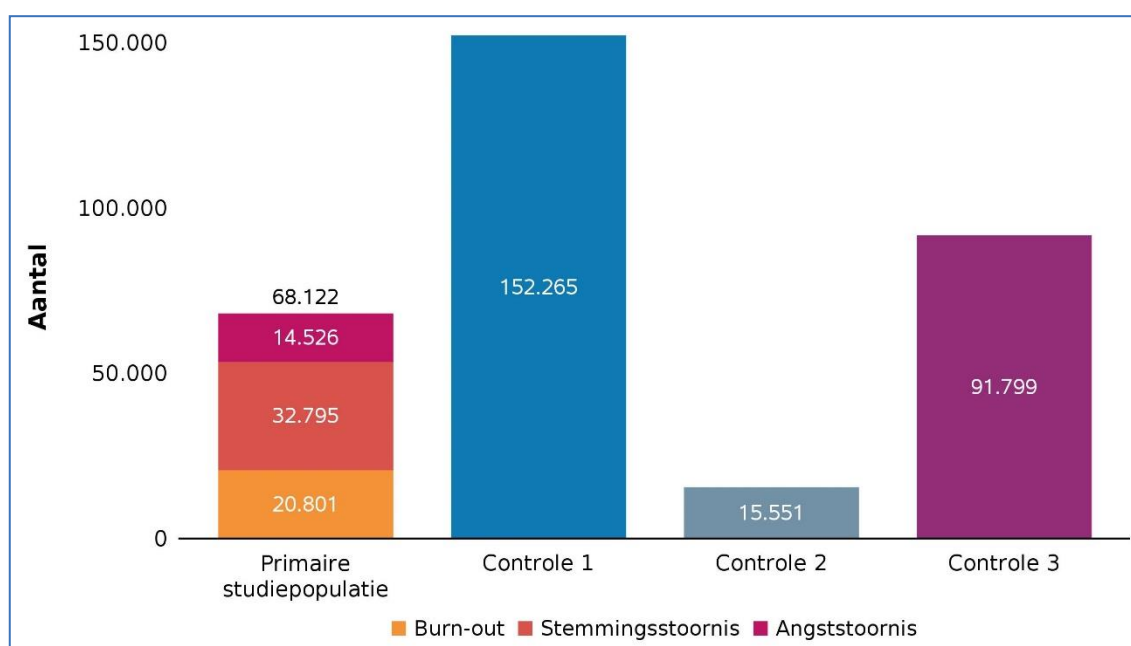
Voor de primaire studiestudiepopulatie en **controlegroep 1** reikte het RIZIV informatie aan over 225.544 unieke personen voor 225.858 periodes van langdurige arbeidsongeschiktheid, waarvan 68.428 periodes omwille van psychosociale aandoeningen en 156.430 periodes omwille van een andere aandoening (Figuur 2). Personen met meer dan één episode van langdurige arbeidsongeschiktheid (n=628) werden uitgesloten. Hierna bleven 225.230 unieke personen met evenveel periodes van arbeidsongeschiktheid over. Voor 63 personen kon binnen de IMA-databanken geen link worden gemaakt met het zorgconsumptieprofiel. Van de 225.167 overblijvende unieke personen, overleden er 365 in de studieperiode, waarvan 28 (0,04%) personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening en 337 (0,22%) personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening. Na toepassing van inclusie- en exclusiecriteria zoals omschreven in de methodologie, bleven **68.122 personen over met een langdurige**

arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening en 152.265 personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening. Onder de langdurige arbeidsongeschikten omwille van psychosociale aandoeningen, waren die met **stemmingsstoornissen (n=32.795)** het meest frequent, gevolgd door **burn-out (n=20.801)** en **angststoornissen (n=14.526)**.

Controlegroep 2 - gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten - bestond uit 15.551 personen.

Controlegroep 3 - gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, en die geen antidepressiva of antipsychotica gebruikten - bestond uit 91.799 personen.

Figuur 2. Studiepopulatie



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschikt omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening. Controlegroep 2: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Controlegroep 3: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, en die geen antidepressiva of antipsychotica gebruikten.

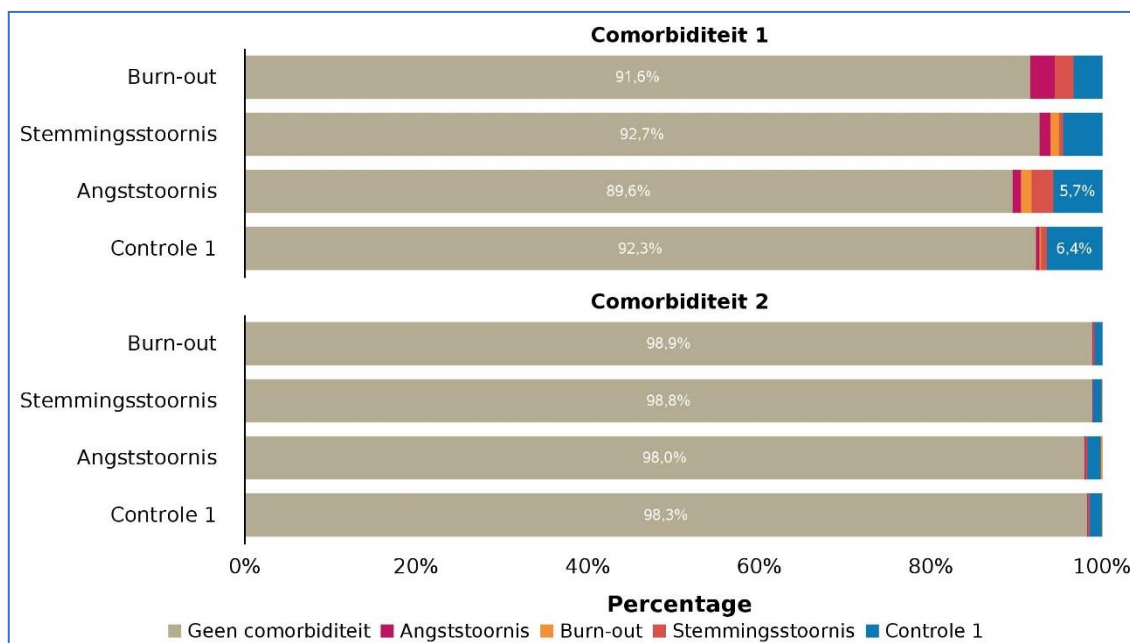
Diagnose F43 'Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen' was goed voor ongeveer de helft (48,2%) van de angststoornissen. Diagnose F32 'Depressieve episode' was goed voor bijna negen op de tien (87,9%) stemmingsstoornissen (Tabel 2).

Tabel 2. ICD-10-categorieën onderliggend aan stemmingsstoornissen en angststoornissen

Stemmingsstoornissen	Percentage	Aantal
F32-Depressieve episode	87,9%	28.824
F34-Persisterende stemmingsstoornis	6,1%	1.988
F33-Recidiverende depressieve stoornis	3,2%	1.043
F31-Bipolaire affectieve stoornis	2,6%	837
F39-Niet-gespecificeerde stemmingsstoornis	0,3%	87
F38-Andere stemmingsstoornissen	0,0%	10
F30-Manische episode	0,0%	6
Angststoornissen	Percentage	Aantal
F43-Reactie op ernstige stress en aanpassingsstoornissen	48,2%	6.997
F48-Overige neurotische stoornissen	26,2%	3.800
F41-Andere angststoornissen	22,9%	3.330
F42-Obsessief-compulsieve stoornis	1,0%	151
F45-Somatoforme stoornissen	0,6%	93
F40-Fobische angststoornissen	0,6%	89
F44-Dissociatieve stoornissen	0,5%	66

Voor ongeveer één op de negen tot één op de tien diagnoses werd ten minste één comorbiditeit geregistreerd. Onder de angstaandoeningen was een comorbiditeit anders dan een psychosociale aandoening het meest frequent, goed voor ongeveer 5,7% van de periodes van arbeidsongeschiktheid (Figuur 3).

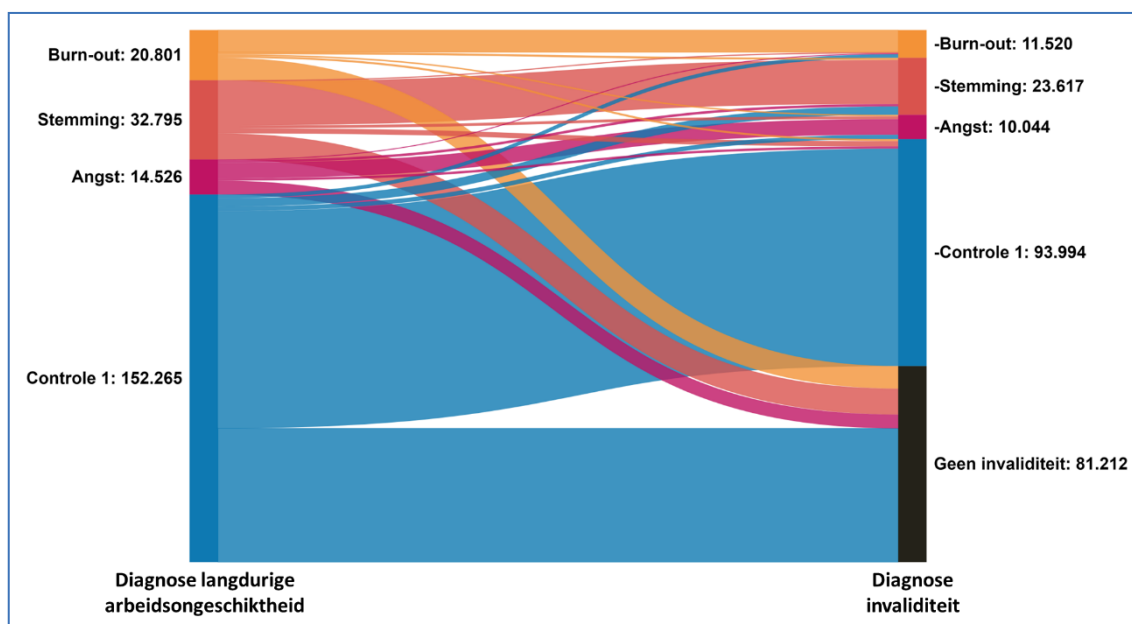
Figuur 3. Comorbiditeiten



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening.

Van de 220.387 personen die een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid meemaakten, kenden 139.175 (63,2%) personen een intrede in invaliditeit. Iets meer dan de helft (55,1%, n=11.473) van alle periodes van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, zette zich door in **invaliditeit**. Voor stemmingsstoornissen bedroeg dit 67,1% (n=22.025), en voor angststoornissen 60,5% (n=8.786). Voor alle andere diagnoses (controlegroep 1) bedroeg dit 63,5% (n=96.891). Figuur 4 illustreert de overgang van langdurige primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit, en toont dat aan een beperkt aantal personen een andere diagnose wordt toegewezen bij intrede in invaliditeit.

Figuur 4. Overgang van langdurige primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening.

4.2. Sociaal-demografisch en medisch profiel van de studiepopulatie

De sociaal-demografische kenmerken van de studiepopulatie worden weergegeven in Figuur 5. **Bijna zeven op de tien periodes van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out (69,4%), stemmingsstoornissen (64,9%) of angststoornissen (68,1%) betreffen vrouwen.** Dit percentage ligt lager in controlegroep 1 (54,7%), wat betekent dat vrouwen vaker arbeidsongeschikt zijn omwille van problemen met de geestelijke gezondheid dan mannen. Dit percentage ligt eveneens lager in controlegroep 2 (60,0%), wat betekent dat vrouwen een hoger risico hebben om arbeidsongeschikt te worden wanneer ze geconfronteerd worden met een mentaal gezondheidsprobleem. Dit kan gelinkt worden aan de hogere prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij vrouwen. Volgens de Gezondheidsenquête 2018 van Sciensano vertoont 38,4% van de vrouwen psychologische klachten die getuigen van een ongemak, tegenover 27,1% van de mannen.

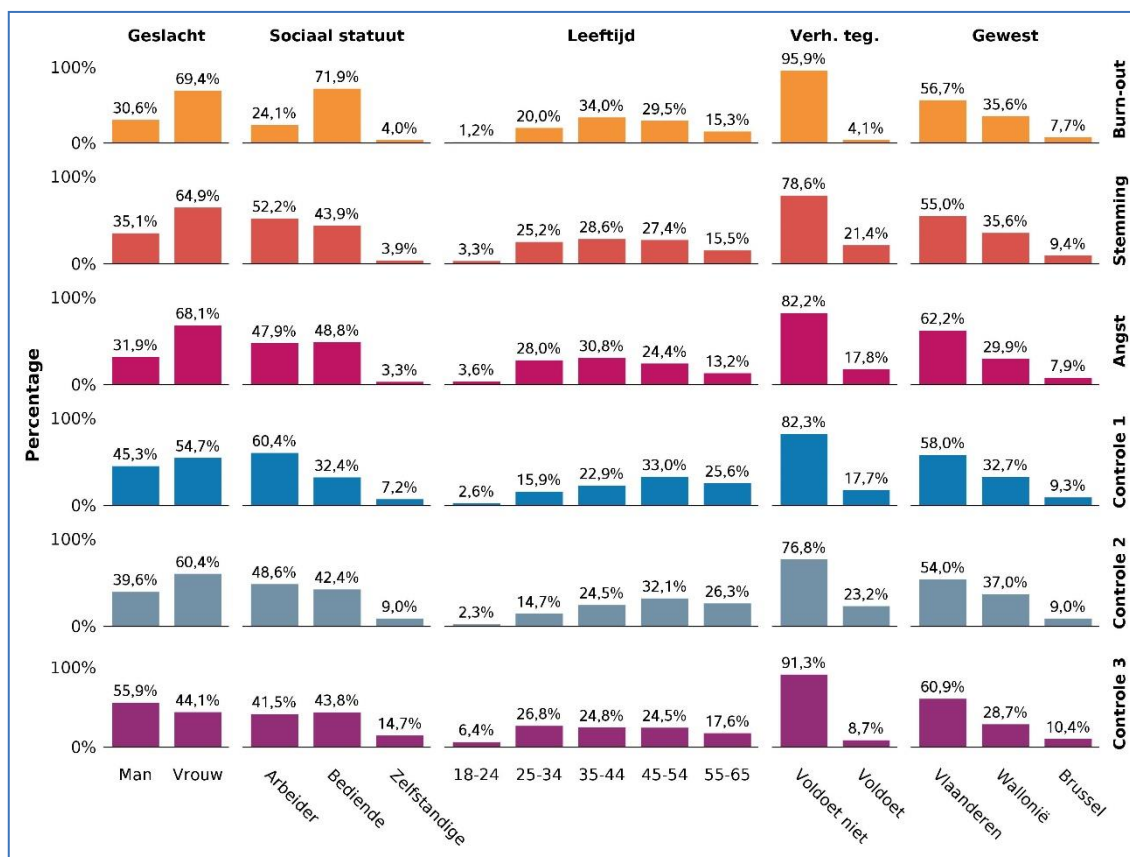
Ook het sociaal statuut toont een heel divers beeld overheen de groepen. Bedienden maken 71,9% uit van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, terwijl dit bij alle andere groepen minder dan de helft bedraagt. Uit de vergelijking met controlegroep 3 kan opgemaakt worden dat zelfstandigen sterk ondervertegenwoordigd zijn in langdurige arbeidsongeschiktheid, vooral binnen de

psychosociale aandoeningen. Maar ook binnen controlegroep 2 zien we verhoudingsgewijs minder zelfstandigen.

Wat leeftijd betreft, zien we dat de leeftijdsgroep 18-24 jaar sterker vertegenwoordigd is onder mensen met langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van angst- en stemmingsstoornissen (vergeleken met controlegroepen 1 en 2), en dat dit ook het geval is voor de leeftijdsgroepen 25-34 en 35-44 jaar voor alle geestelijke gezondheidsstoornissen. Met andere woorden, het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychische aandoeningen is groter bij personen onder de 44 jaar. Opnieuw kunnen we het verband leggen met de hogere prevalentie van psychische problemen bij personen jonger dan 44 jaar (39,0% van de 25-34-jarigen heeft psychische klachten die getuigen van een ongemak, vergeleken met 29,5% van de 55-64-jarigen, Sciensano 2018).

Tot slot kunnen we vaststellen dat personen uit Wallonië oververtegenwoordigd zijn in beide groepen van langdurige arbeidsongeschiktheid, vooral wat betreft burn-out en stemmingsstoornissen (vergeleken met controlegroepen 1 en 2). Dit betekent dat ze vaker langdurig arbeidsongeschikt zijn omwille van hun geestelijke gezondheid. Ook hier kan er een verband worden gelegd met de prevalentie van de problematiek: 39,1% van de Walen heeft psychische klachten die getuigen van een ongemak, tegenover 29,8% van de Vlamingen (Sciensano 2018).

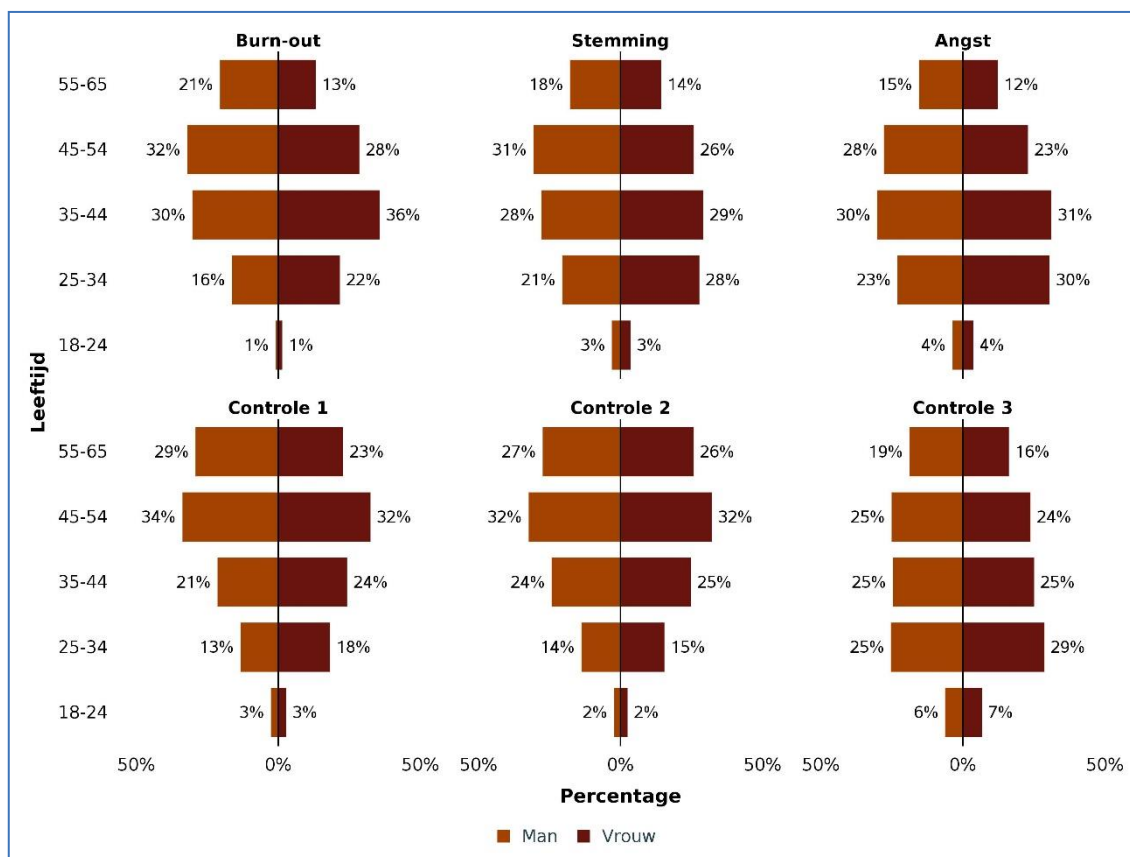
Figuur 5. Sociaal-demografische kenmerken van de studiepopulatie



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschikt omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening. Controlegroep 2: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Controlegroep 3: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, en die geen antidepressiva of antipsychotica gebruikten.

Een visuele weergave van de leeftijdsgroepen naargelang het geslacht (Figuur 6) toont aan dat, in vergelijking met controlegroep 3, vrouwelijke 35- tot 44-jarigen nog meer dan mannelijke 35- tot 44-jarigen oververtegenwoordigd zijn in de groep van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out. Daarentegen zijn in diezelfde groep de mannelijke 45-54-jarigen nog meer dan vrouwelijke 45-54-jarigen oververtegenwoordigd. Bij de personen met stemmingsstoornissen of angststoornissen kan een soortgelijke vaststelling worden gemaakt. De verdeling van leeftijdsgroepen per geslacht is zeer gelijklopend tussen controlegroepen 2 en 3, maar 45-plussers zijn sterk oververtegenwoordigd in controlegroepen 1 en 2.

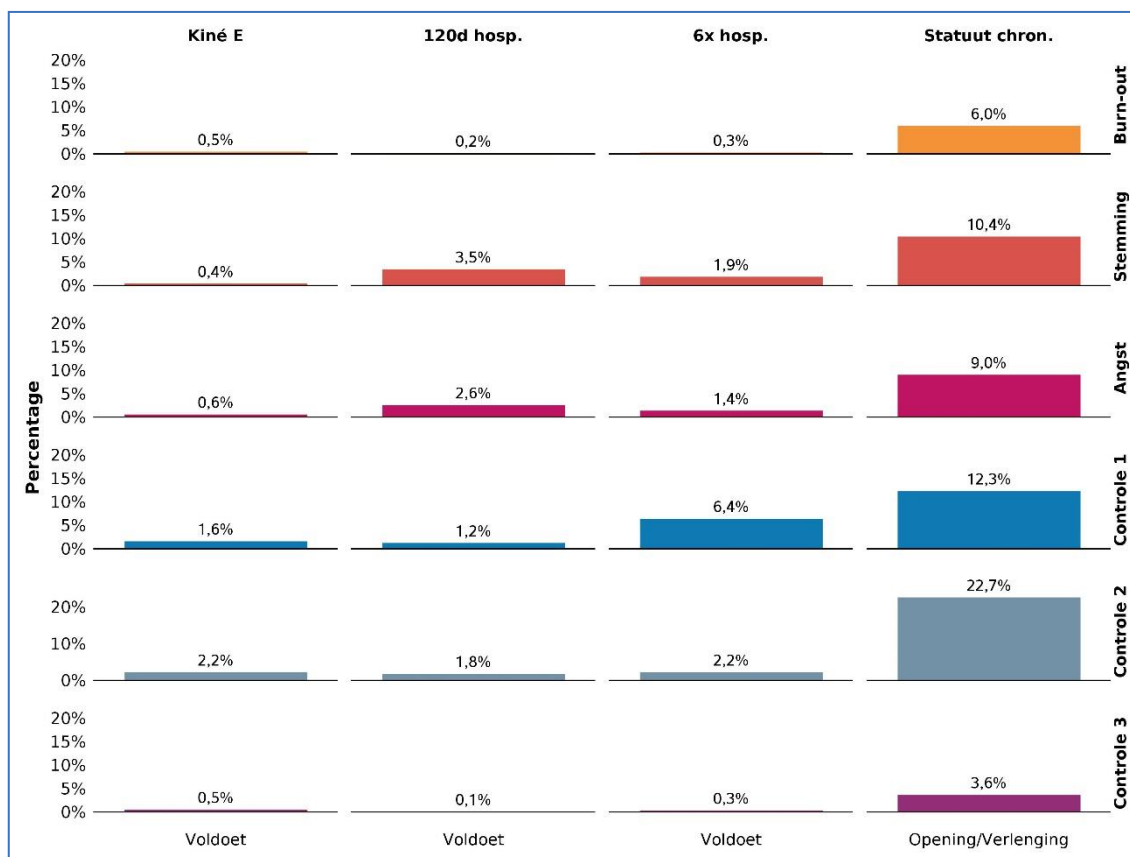
Figuur 6. Distributie van leeftijdsgroepen naargelang het geslacht



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschikt omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening. Controlegroep 2: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Controlegroep 3: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, en die geen antidepressiva of antipsychotica gebruikten.

Figuur 7 visualiseert de verschillen in de indicatoren voor het medisch profiel. Weinig personen hebben een akkoord van een adviserend arts voor Kinesithérapie E of fysiotherapie, maar dit komt toch opmerkelijk vaker voor bij personen in controlegroep 2. Deze personen hadden ook veel vaker een opening of verlenging van het statuut chronische aandoening. Personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van aandoeningen anders dan een psychosociale aandoening, werden veel vaker dan andere personen minstens zes keer opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar. Maar personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van stemmingsstoornissen of angststoornissen werden dan weer het vaakst opgenomen in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis voor een totale duur van minstens 120 dagen in de loop van het betrokken en voorgaande kalenderjaar.

Figuur 7. Medisch profiel: tegemoetkomingen en statuten



Controlegroep 1: gerechtigden in langdurige arbeidsongeschikt omwille van een aandoening anders dan een psychosociale aandoening. Controlegroep 2: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Controlegroep 3: gerechtigden die niet in primaire arbeidsongeschiktheid intraden of reeds arbeidsongeschikt waren, en die geen antidepressiva of antipsychotica gebruikten.

4.3. Zorgconsumptieprofiel van de studiestudiepopulatie

4.3.1. Algemene bevindingen

Figuren 8 (primaire studiestudiepopulatie en controlegroep 1) en 9 (controlegroepen 2 en 3) geven een overzicht van de zorgconsumptie voor de acht indicatoren met het meest frequente zorggebruik.

Figuren B3.1 tot B3.12 (Bijlage 3) detailleren het zorgconsumptieprofiel van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale of een andere aandoening. De curves in deze figuren nemen een iets andere vorm aan omdat de maandelijks evolutie wordt weergegeven, terwijl het aggregatieniveau in Figuren 8 en 9 drie maanden bedraagt. Ook vertoont Figuur 8 ten opzichte van Figuur 9 duidelijk seizoensvariatie in zorgconsumptie. Voor controlegroepen 2 en 3 worden de

gegevens immers per werkelijk kwartaal weergegeven, terwijl voor de personen in arbeidsongeschiktheid de driemaandelijke aggregatie wordt uitgezet ten opzichte van het moment van intrede in arbeidsongeschiktheid, wat varieert van persoon tot persoon.

Contacten met huisartsen, arts-specialisten en kinesitherapeuten

Voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening dan een psychosociale aandoening, is de stijging in het percentage personen met een contact met een arts-specialist vroeger merkbaar dan voor personen met een psychosociale aandoening. In de drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid hebben ze zo goed als allemaal (93%) een contact met een arts-specialist. Dit is meer uitgesproken dan voor personen met een psychosociale aandoening (burn-out: 66%; angststoornissen: 74%; stemmingsstoornissen: 75%) en de stijging houdt ten opzichte van de situatie voor intrede in arbeidsongeschiktheid veel langer aan in de tijd. **Voor personen met psychosociale aandoeningen verlopen de curves erg gelijkaardig, al zijn contacten met een arts-specialist consistent minder frequent onder personen met een burn-out in vergelijking met personen met stemmingsstoornissen of angststoornissen.** In het algemeen zijn contacten het meest frequent in het kader van radiologie, klinische biologie, psychiatrie, orthopedie en anesthesie (Figuren B3.3 en B3.4). Variatie hierin is uiteraard sterk afhankelijk van het ziektebeeld.

Voor wat betreft het contact met een huisarts kennen personen met burn-out een sterke(re) piek in de eerste drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid, tot 94%, en houdt de stijging het langst aan in de tijd. Ook onder personen met stemmingsstoornissen (87%) en angststoornissen (88%) noteren we frequenter een contact met een huisarts dan voor personen met andere diagnoses (83%). Deze verschillen houden aan tot ongeveer het moment van intrede in invaliditeit.

Net als voor contacten met een arts-specialist zijn contacten met een kinesitherapeut meest frequent voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening dan een psychosociale. Voor deze personen noteren we in de eerste drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid een verdrievoudiging in het percentage met een contact met een kinesitherapeut, tot iets meer dan vier op de tien personen (42%). De stijging in het percentage personen met ten minste één contact bij een kinesitherapeut, alsook het gemiddelde aantal contacten, zet zich door in de periode na intrede in arbeidsongeschiktheid. **Procentueel hebben personen met burn-out meer contact met een kinesitherapeut in vergelijking met personen met stemmingsstoornissen of angststoornissen, maar hun gemiddeld aantal contacten ligt lager (Figuur B3.10).**

Overigens ligt het percentage personen met een contact met een huisarts, arts-specialist of kinesitherapeut twee jaar na intrede nog steeds hoger dan voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Gelijkaardige trends worden genoteerd voor het gemiddelde aantal contacten met een huisarts (Figuur B3.2), arts-specialist (Figuur B3.2) of kinesitherapeut (Figuur B3.10).

In controlegroep 2 is de zorgconsumptie zeer uitgesproken. Over de studieperiode fluctueert het percentage personen met een contact met een huisarts per kwartaal tussen 59% en 70%, het percentage personen met een contact met een arts-specialist tussen 56% en 63%, en het percentage personen met een contact met een kinesitherapeut tussen 12% en 14%. In controlegroep 3 is dit respectievelijk 36%-48%, 33%-40% en 6-9%.

Hospitalisaties

Een vijfde tot een kwart van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen wordt geconfronteerd met een klassieke hospitalisatie in de periode van drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor personen met andere aandoeningen is dit bijna zes op de tien (57%). Overigens is bij deze personen reeds een stijging zichtbaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid, en twee jaar na intrede kent nog altijd een kwart (23%) van de personen een klassieke opname, wat niet het geval is bij personen met psychosociale aandoeningen. Binnen controlegroep 2 varieert het percentage personen met een klassieke hospitalisatie per kwartaal tussen 15% en 18%, terwijl dit voor controlegroep 3 veel lager ligt (8%-10%).

Hospitalisaties in psychiatrische ziekenhuizen of PAAZ doen zich vooral voor in geval van stemmingsstoornissen of angststoornissen, met respectievelijk 13% en 9% van de personen die dergelijke hospitalisatie meemaken in de eerste drie maanden na de start van arbeidsongeschiktheid. Ook de gemiddelde duur van deze verblijven overstijgt veruit de gemiddelde duur van de klassieke verblijven, voor alle groepen van personen in arbeidsongeschiktheid (Figuur B3.6).

Het percentage personen met een opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie (Figuur B3.11), daghospitalisatie (Figuur B3.5) of een opname op de dienst spoedgevallen omwille van psychiatrische zorgen (Figuur B3.5) was erg beperkt.

Aflevering van medicatie

Aan negen op de tien (91%) personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening dan een psychosociale aandoening

wordt in de drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid terugbetaalde medicatie afgeleverd. Voor personen met angststoornissen (87%), stemmingsstoornissen (82%) en burn-out (74%) ligt dit (een beetje) lager. Twee jaar na intrede is dit nog steeds hoger dan voor de intrede in arbeidsongeschiktheid. In controlegroep 3 wordt per kwartaal aan minder dan de helft (41%-47%) van de personen medicatie afgeleverd. In controlegroep 2 is dit ongeveer 4 op de 5 (76%-81%) personen.

Op de maand van intrede worden aan 55% van de personen met een andere aandoening dan een psychosociale aandoening middelen die inwerken op het zenuwstelsel afgeleverd (Figuur B3.7). Dit is ongeveer even hoog als voor personen met stemmingsstoornissen (52%), en (uitgesproken) hoger dan voor personen met angststoornissen (42%) of burn-out (30%). In de maanden nadien zijn het echter personen met stemmingsstoornissen en angststoornissen aan wie deze middelen het vaakst worden afgeleverd. Eenzelfde verhouding kan worden geobserveerd voor de psycholeptica en hypnotica. In vergelijking met personen met andere aandoeningen worden psychoanaleptica consistent meer afgeleverd aan personen met stemmingsstoornissen en angststoornissen, zowel voor als na intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor personen met burn-out is dit eveneens het geval, maar slechts na intrede in arbeidsongeschiktheid. Figuur B3.8 illustreert dat bij intrede in arbeidsongeschiktheid veelal een piek te zien is in de aflevering van geneesmiddelen, zowel voor het totaal aan medicatie als bij de verschillende anatomische hoofdgroepen en therapeutische subgroepen.

Psychotherapie bij de psychiater

Personen met stemmingsstoornissen hebben het vaakst een sessie psychotherapie bij een psychiater (33% in de eerste drie maanden na de start van arbeidsongeschiktheid). Dit ligt lager voor personen met angststoornissen (27%) en veel lager voor personen met burn-out (14%). Ook personen met een andere diagnose doen soms beroep op dit aanbod (4 à 5%). Het gemiddelde aantal contacten, onder personen die beroep doen op dit aanbod, ligt erg dicht bij mekaar (Figuur B3.9). In controlegroep 2 heeft 12%-14% op kwartaalbasis een sessie psychotherapie bij een psychiater.

Psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie

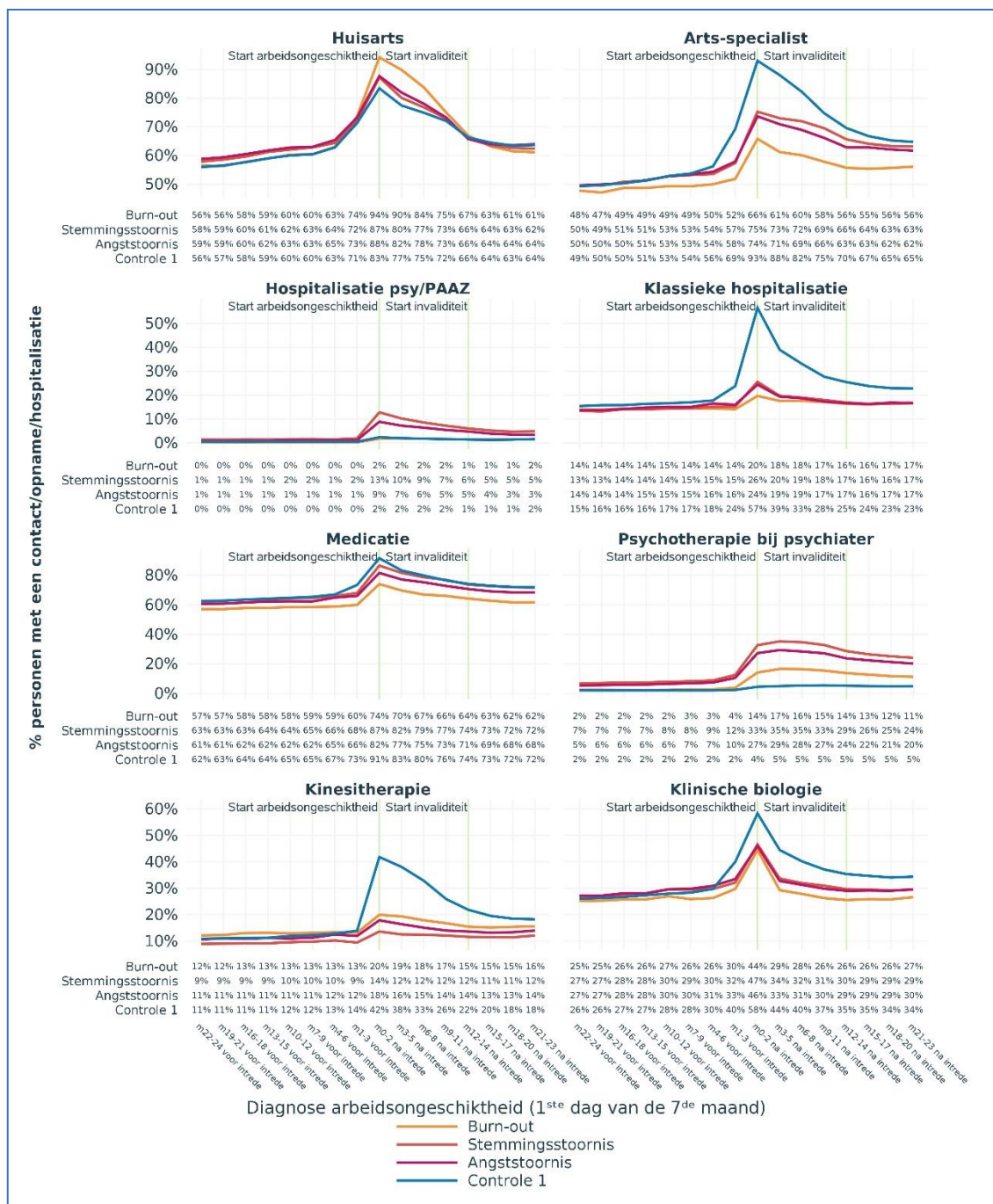
Figuur B3.11 laat zien dat heel weinig personen een opname kennen in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie.

Prestaties klinische biologie

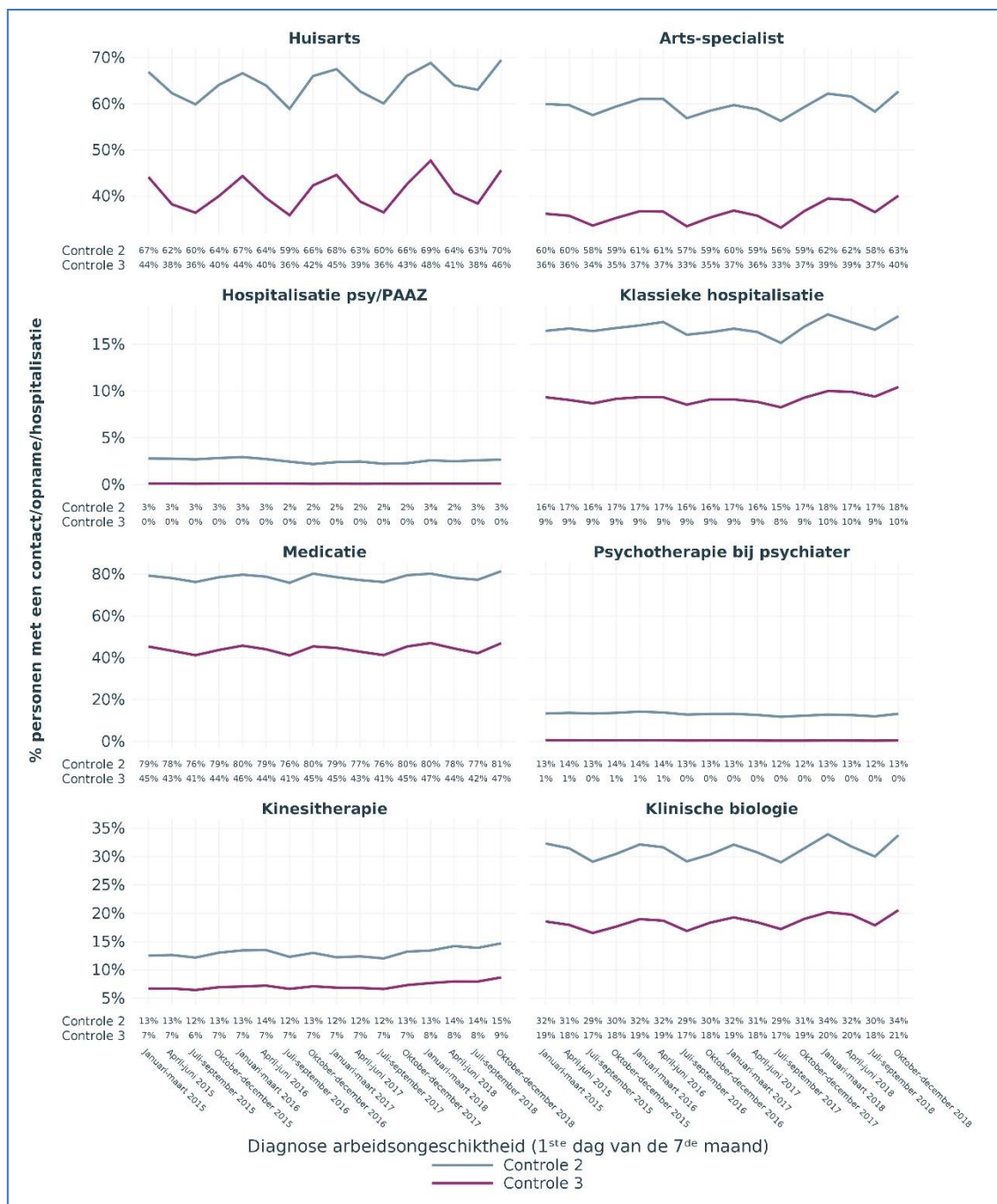
Bijna zes op de tien personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een andere aandoening dan een psychosociale aandoening kennen een prestatie klinische biologie in de drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid. **Voor personen met psychosociale aandoeningen schommelt dit rond de 45%.** Voor deze laatsten is dit een zeer tijdelijke piek. Voor personen met andere aandoeningen is daarentegen reeds een stijging waarneembaar voor intrede in arbeidsongeschiktheid en ook na de eerste drie maanden blijft dit uitgesproken hoger dan voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Figuur B3.12 laat zien dat de stijging voor intrede in arbeidsongeschiktheid zich pas de maand voordien manifesteert, en dat deze ook heel licht waarneembaar is bij personen met psychosociale aandoeningen.

In controlegroep 3 heeft op kwartaalbasis ongeveer een zesde tot een vijfde (17%-21%) van de personen een prestatie klinische biologie, terwijl dit in controlegroep 2 oploopt tot bijna een derde (29-34%) van de personen.

Figuur 8. Overzicht van indicatoren met de hoogste zorgconsumptie: primaire studiepopulatie en controlegroep 1



Figuur 9. Overzicht van indicatoren met de hoogste zorgconsumptie: controlegroepen 2 en 3



4.3.2. Socio-demografische kenmerken en het zorgconsumptieprofiel

Figuren B4.1 tot en met B4.5 (Bijlage 4) illustreren, per pathologie, de variatie in de acht indicatoren met het meest frequente zorggebruik per geslacht (Figuur B4.1), leeftijdscategorie (Figuur B4.2), sociaal statuut (Figuur B4.3), recht op verhoogde tegemoetkoming (Figuur B4.4) en statuut chronische aandoening (Figuur B4.5).

Het zorggebruik bij vrouwen ligt, onafhankelijk van de pathologiegroep, consistent hoger dan bij mannen, met uitzondering van een hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ en psychotherapie bij de psychiater. In de eerste drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid worden de verschillen in het zorggebruik tussen mannen en vrouwen kleiner.

Enkele uitgesproken verschillen tussen leeftijdsgroepen zijn te zien in de aflevering van medicatie (hoger onder oudere personen), hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ (hoger onder jongere personen), psychotherapie bij de psychiater (aangehouden hoger gebruik bij oudere personen na intrede in arbeidsongeschiktheid), en prestaties klinische biologie (sterkere toename bij jongere personen voor intrede in arbeidsongeschiktheid).

Voorafgaand aan de intrede in arbeidsongeschiktheid observeren we uitgesproken verschillen tussen sociale statuten inzake consultaties bij een huisarts of arts-specialist. Deze komen het minst voor bij zelfstandigen en het vaakst bij bedienden. Bij intrede in arbeidsongeschiktheid worden deze verschillen kleiner. Wat betreft psychosociale aandoeningen doen zelfstandigen nadien het vaakst beroep op een arts-specialist. Bij intrede in arbeidsongeschiktheid verdwijnen de al vaak beperkte verschillen in medicatieaflevering. **Wat psychosociale aandoeningen betreft, maken zelfstandigen vaker gebruik van psychotherapie bij een psychiater.**

Procentueel consumeren personen met het recht op verhoogde tegemoetkoming over het algemeen (iets) meer zorg dan gewoon rechthebbenden. Dit is echter niet het geval voor contacten met een kinesitherapeut of huisarts. Voor gewone rechthebbenden piekt het percentage personen met een huisartsencontact bovendien sterker bij intrede in arbeidsongeschiktheid, vooral in geval van een psychosociale aandoening.

Procentueel consumeren personen met het statuut chronische aandoening veel meer zorg dan personen zonder dit statuut. Enkel voor wat betreft het contact met een huisarts is het percentage bij intrede in arbeidsongeschiktheid gelijkwaardig. Voor controlegroep 1 is dit ook min of meer het geval voor het contact met een arts-specialist of kinesitherapeut.

4.4. Sociaal-demografische, medische en zorgconsumptie-indicatoren als predictoren voor intrede in invaliditeit

4.4.1. Beschrijving van het zorgconsumptieprofiel voor personen die intreden in invaliditeit en personen die niet intreden in invaliditeit

Figuur 10 illustreert dat **verschillen in het zorgconsumptieprofiel tussen personen die intreden in invaliditeit en personen die niet intreden in invaliditeit zich veelal duidelijk manifesteren vanaf de intrede in arbeidsongeschiktheid**. Toch zijn ook reeds voor de intrede in arbeidsongeschiktheid kleine tot duidelijke verschillen merkbaar in het percentage personen met een contact met een arts-specialist, de aflevering van medicatie of psychotherapie bij een psychiater. We zien dat bijvoorbeeld 69% van de langdurig arbeidongeschikte personen met burn-out die intreden in invaliditeit beroep deden op een arts-specialist in de eerste drie maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor personen die niet intraden in invaliditeit is dit 62%, en daalt dit sneller over de tijd. Een gelijkaardig beeld zien we voor andere ziektebeelden. Wat betreft psychotherapie zien we, bij personen die uiteindelijk zullen intreden in invaliditeit, na intrede in arbeidsongeschiktheid een verdere stijging in het percentage dat gebruik maakt van dit aanbod, voor alle ziektebeelden van psychosociale aandoeningen.

4.4.2. Beschrijving van de onderlinge associatie tussen zorgconsumptie-indicatoren voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out

Figuur 11 betreft een correlogram dat de tetrachorische correlatie beschrijft tussen de zorgconsumptie-indicatoren onderling op verschillende momenten in de tijd, voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out.

Binnen zorgconsumptie-indicatoren is de correlatie vaak sterker voor opeenvolgende momenten in de tijd dan voor momenten in de tijd die verder uit mekaar liggen. Voor contacten met een kinesitherapeut ($r_{tet}=0,41$), psychotherapie bij een psychiater ($r_{tet}=0,52$), klassieke hospitalisatie ($r_{tet}=0,39$) en hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ ($r_{tet}=0,48$), zijn er toch ook matige correlaties tussen wat zich afspeelt zes maanden voor intrede in arbeidsongeschiktheid en negen maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid. De matige associatie voor medicatie kan te maken hebben met het moment van aflevering.

Tussen zorgconsumptie-indicatoren is de correlatie het sterkst voor indicatoren waar artsen-specialisten bij betrokken zijn alsook tussen

contact met een huisarts en een prestatie klinische biologie. Er is ook een matige correlatie tussen psychotherapie bij een psychiater en hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ, vooral dan voor intrede in arbeidsongeschiktheid. Klassieke hospitalisaties vertonen evenzeer een matige correlatie met prestaties klinische biologie en hospitalisaties in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ.

De correlatie tussen zorgconsumptieindicatoren en de intrede in invaliditeit neemt toe naarmate het moment van intrede in invaliditeit nadert.

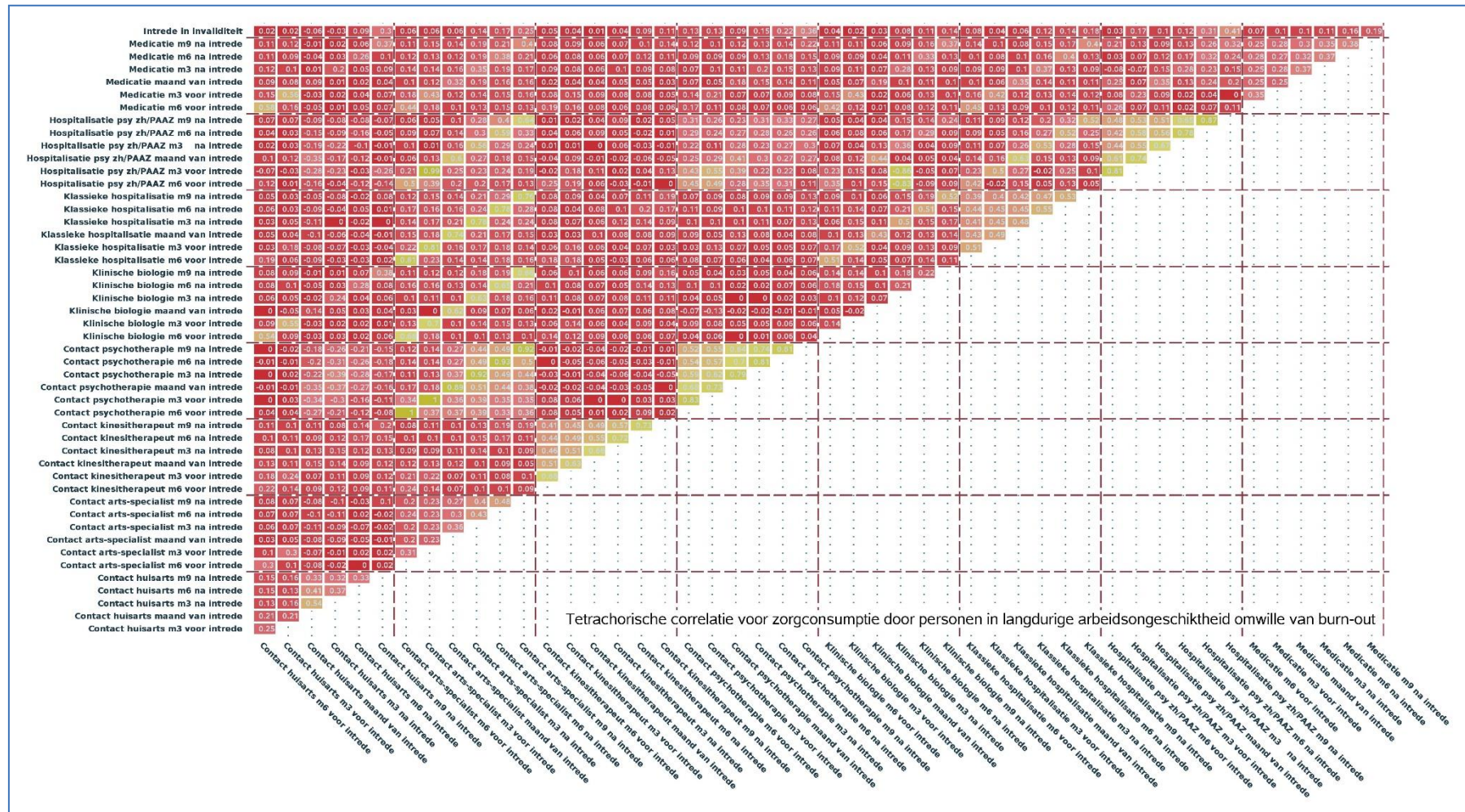
4.4.3. Longitudinaal zorgconsumptieprofiel voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out

Individuele profielen van de zorgconsumptie-indicatoren (Figuur 12), eveneens voor personen met burn-out, tonen dat **de zorgconsumptie doorheen de tijd voor de ene persoon een grillig patroon vertoont terwijl dit voor de andere heel consistent verloopt.** Een belangrijke vraag is of bepaalde indicatoren van zorgconsumptie, zoals medicatie, een contact met een kinesitherapeut of een sessie psychotherapie net faciliteren dat een persoon terug aan de slag gaat, of eerder wijzen op een persisterend onderliggend probleem waardoor de persoon net niet aan de slag kan gaan.

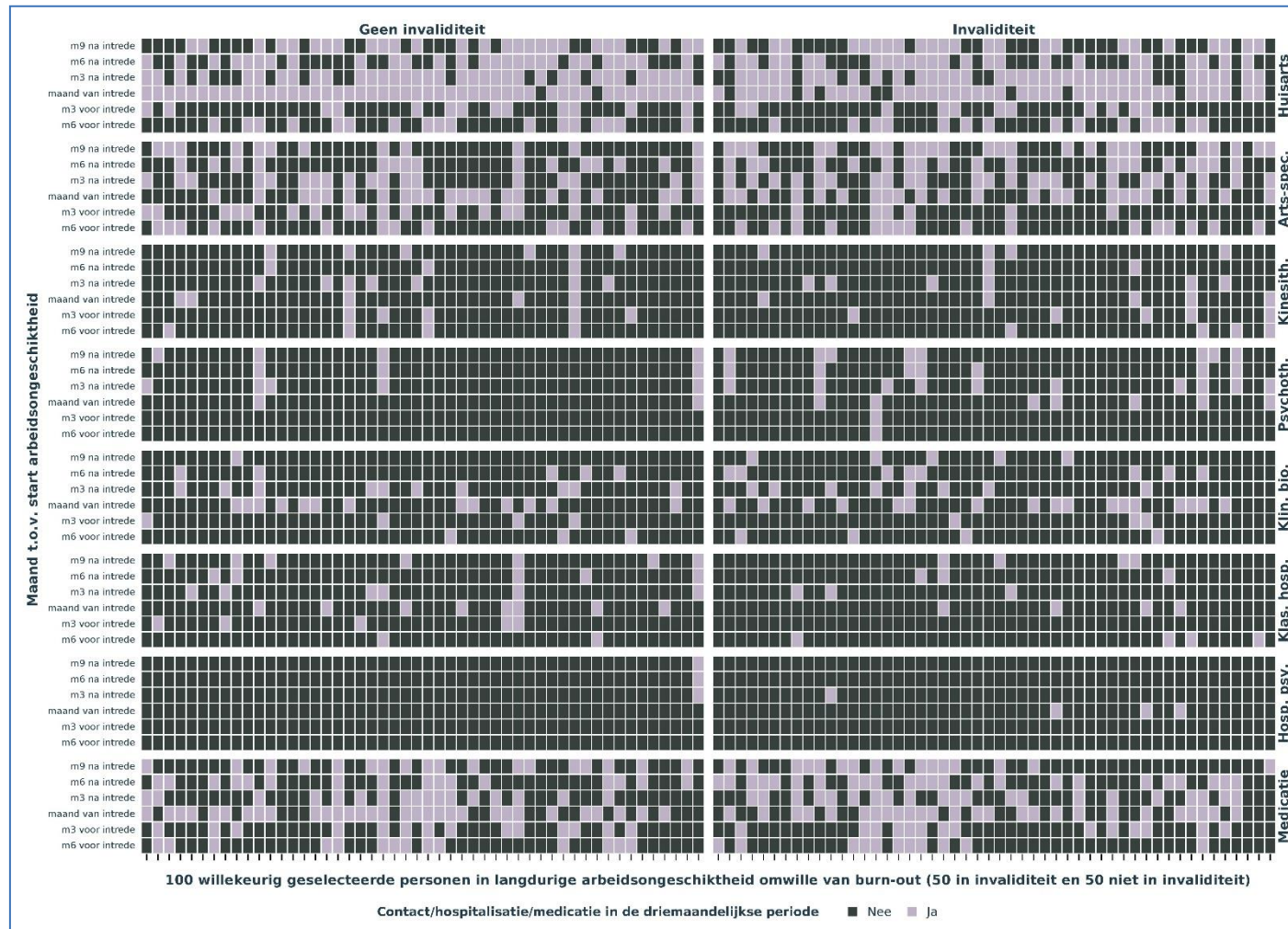
Figuur 10. Overzicht van indicatoren met meest frequent gebruik voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid: verschil doorheen de tijd tussen personen die intraden in invaliditeit versus personen die niet intraden in invaliditeit



Figuur 11. Correlogram met de tetrachorische correlatie voor zorgconsumptieindicatoren doorheen de tijd voor personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out



Figuur 12. Longitudinaal zorgconsumptieprofiel voor 100 willekeurig geselecteerde personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out



4.4.4. Statistische analyse van de associatie tussen het sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel en intrede in invaliditeit

Figuur 13 en Tabel 3 illustreren het discriminerend vermogen van het sociaal-demografisch en het medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid in het voorspellen van intrede in invaliditeit.

Het gezamenlijk discriminerend vermogen van het sociaal-demografisch profiel, het medisch profiel en de ICD-10-categorie, inzake intrede in invaliditeit of niet, is beperkt, met een AUC die varieert van 0,629 voor burn-out tot 0,641 voor controlegroep 1 (Model 1A en 1B in Figuur 13 en Tabel 3). Dit vermogen neemt amper toe wanneer interactietermen tussen de kandidaatpredictoren in beschouwing worden genomen.

Naarmate het moment van intrede in invaliditeit nadert, weet het zorgconsumptieprofiel beter te discrimineren tussen personen die wel of niet intreden in invaliditeit. Dit kan worden geobserveerd aan de curves in Modellen 2 en 3 (Figuur 13) die dicht bij de linkerbovenhoek liggen naarmate het moment van intrede in invaliditeit nadert, alsook de toename in de AUC in Tabel 3. Uit de vergelijking van Modellen 2 en 3 kan ook worden opgemaakt dat het hanteren van de zorgconsumptie-indicatoren als continue predictoren amper tot geen meerwaarde heeft ten opzichte van het hanteren van deze indicatoren als binaire predictoren.

Wanneer we het sociaal-demografische profiel, het medische profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel gezamenlijk beschouwen, is het discriminerend vermogen het hoogst. Op maand 9 na intrede in arbeidsongeschiktheid (Model 4F) verkrijgen we een model dat als acceptabel kan worden beschouwd in het voorspellen van het risico op intrede in invaliditeit, met een AUC die varieert van 0,705 voor burn-out tot 0,712 voor stemmingsstoornissen. Met andere woorden, onder personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out zal het predictief model in 70,5% van de gevallen een hogere waarschijnlijkheid op intrede in invaliditeit toewijzen aan een willekeurig gekozen persoon die intreedt in invaliditeit versus een willekeurig gekozen persoon die niet intreedt in invaliditeit.

Het discriminerend vermogen op maand 6 (Model 4E) varieert van (slechts) 0,654 voor burn-out tot 0,669 voor stemmingsstoornissen. De gemiddelde voorspelde risico's liggen daarentegen erg dicht bij het geobserveerde percentage personen dat werkelijk intreedt en de curves liggen dicht bij de diagonaal van de kalibratiecurves (Figuur 14), wat betekent dat de voorspelde risico's goed overeenkomen met de waargenomen verhoudingen. Wel is er voor personen met burn-out bovenaan de

kalibratiecurve (met een hoog risico op intrede in invaliditeit) een lichte overschatting van de geschatte probabilmiteit op intrede in arbeidsongeschiktheid. Voor personen met angststoornissen is er onderaan de kalibratiecurve (met een laag risico op intrede in invaliditeit) een lichte onderschatting van de geschatte probabilmiteit op intrede in arbeidsongeschiktheid.

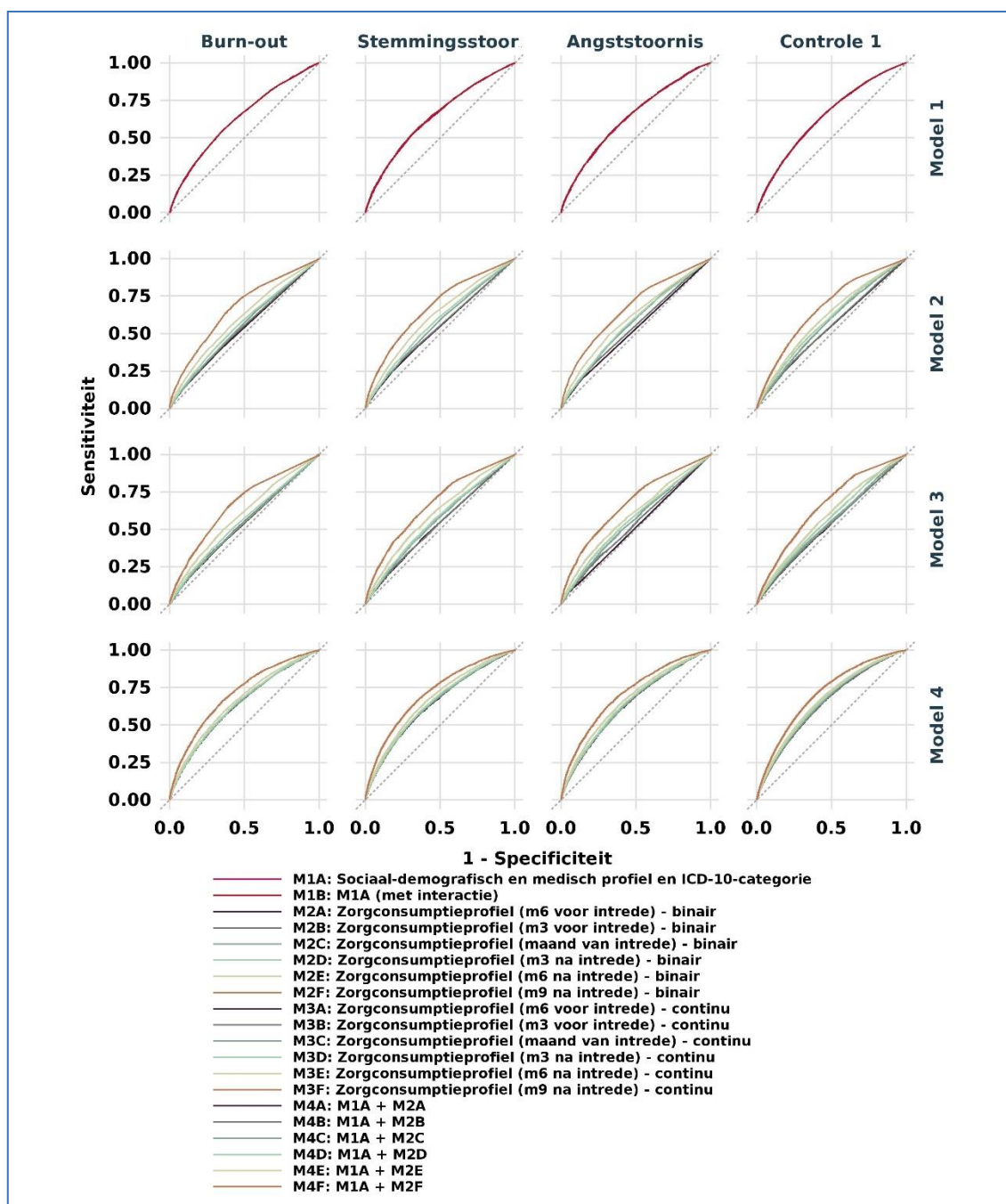
Wanneer we de classificatietabel van het logistisch regressiemodel evalueren, bijvoorbeeld voor personen met stemmingsstoornissen, stellen we vast dat het model wel degelijk een zekere toegevoegde waarde kan hebben. Bijvoorbeeld voor stemmingsstoornissen zou een grenswaarde van de geschatte probabilmiteit van 0,72 impliceren dat de sensitiviteit 45,9% bedraagt, de specificiteit 76,8%, en de positieve voorspellende waarde 80,2%. Dit zou betekenen dat op basis van deze grenswaarde heel wat personen die daadwerkelijk intreden in invaliditeit niet als dusdanig geïdentificeerd worden (i.e. 45,9% sensitiviteit), maar dat een heel groot deel van de personen die wel geïdentificeerd worden aan de hand van deze grenswaarde, ook daadwerkelijk intreden in invaliditeit (i.e. 80,2% voorspellende waarde).

Figuur 15 presenteert associaties tussen significante predictoren en intrede in invaliditeit aan de hand van kansverhoudingen alsook de *LS Means*. Zo treedt 68% van de personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, die in de zesde maand na intrede in arbeidsongeschiktheid een contact hadden met een psychiater, nadien in invaliditeit, ten opzichte van 54% van de personen die geen contact hadden met een psychiater, gecorrigeerd voor alle andere weerhouden predictoren in het model. Dit verschil is statistisch significant, met een kansverhouding van 1,76 (95% betrouwbaarheidsinterval: 1,66-1,87).

Ter illustratie van een mogelijke praktische bruikbaarheid van de resultaten van het statistisch model in de medische kabinetten, werden de schattingen van het multivariabele logistische regressiemodel ter verklaring van invaliditeit bij personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van stemmingsstoornissen gebruikt om een statisch (Figuur 16) en dynamisch (Bijlage 5: Figuur B5.1) nomogram te maken. Het dynamisch nomogram is ook online beschikbaar (<https://intermutualisticagencytestenvironment.shinyapps.io/PredictieInvaliditeit/>).

Sensitiviteitsanalyses waarbij het gecumuleerde zorgconsumptieprofiel op maand 6 na intrede in arbeidsongeschiktheid werd bekeken, vertoonden geen sterker discriminerend vermogen dan de hierboven gepresenteerde resultaten.

Figuur 13. Receiver Operating Characteristics curves voor de predictiemodellen ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid



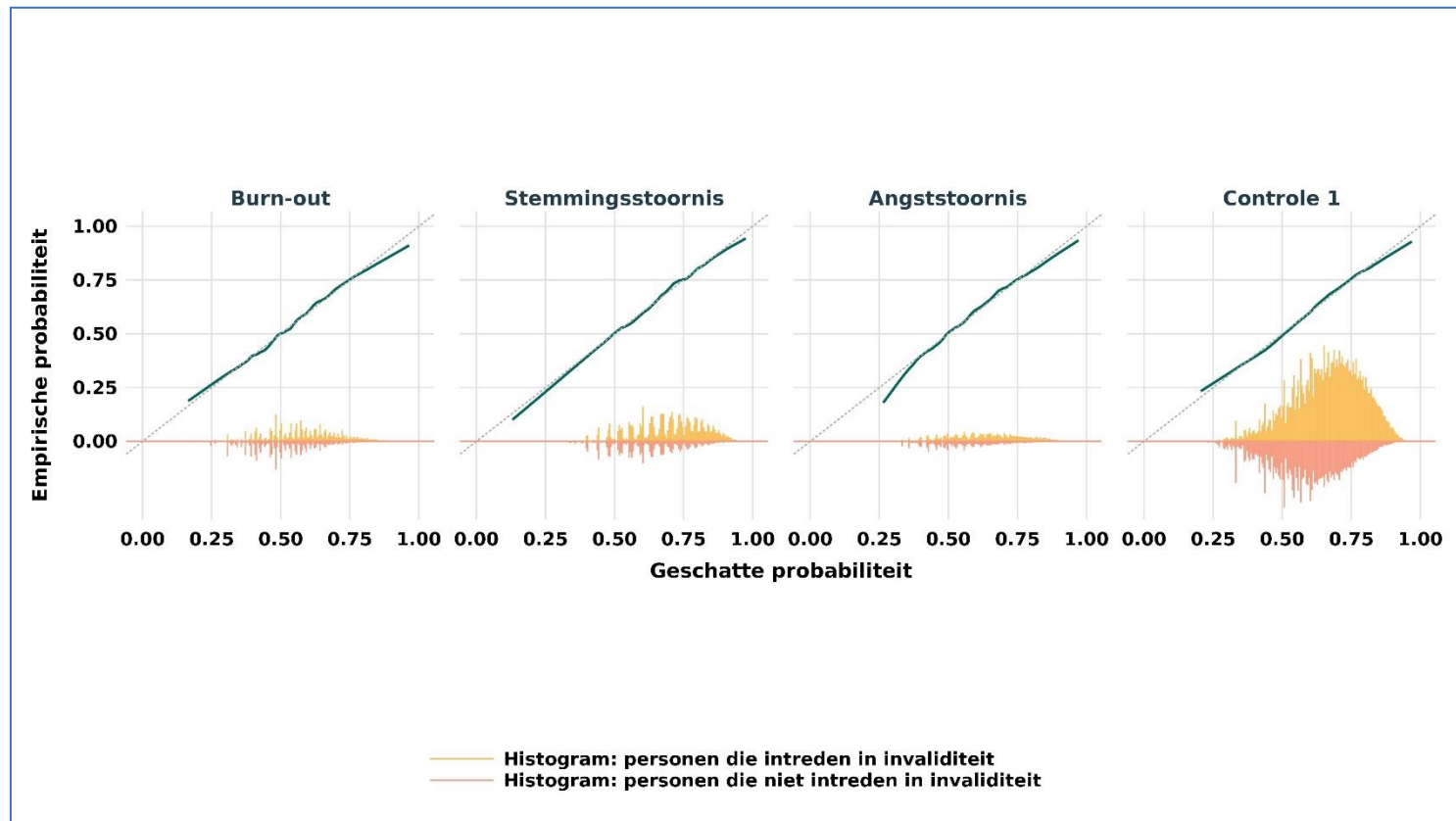
De diagonaal geeft de basislijn aan voor een niet-discriminerend model. De gebogen lijn markeert het prestatiegebied (AUC) van het model. Hoe dichterbij de linkerbovenhoek, hoe hoger de sensitiviteit (hoe goed slagen we erin personen die intreden in invaliditeit als dusdanig te detecteren, i.e. het percentage terecht positieven) en specificiteit (hoe goed slagen we erin personen die niet intreden in invaliditeit als dusdanig te detecteren, i.e. het percentage terecht negatieven).

Tabel 3. Concordantie-index van Harrell voor de predictiemodellen ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid

	Burn-out	Stemmingsstoornis	Angststoornis	Controle 1
Model 1A: Sociaal-demografisch en medisch profiel en ICD-10-categorie	0,629	0,637	0,634	0,641
Model 1B: Sociaal-demografisch en medisch profiel en ICD-10-categorie (met interactie)	0,630	0,640	0,637	0,644
Model 2A: Zorgconsumptie (m6 voor intrede) - contact	0,531	0,538	0,528	0,539
Model 2B: Zorgconsumptie (m3 voor intrede) - contact	0,540	0,543	0,545	0,542
Model 2C: Zorgconsumptie (m0 na intrede) - contact	0,549	0,561	0,570	0,573
Model 2D: Zorgconsumptie (m3 na intrede) - contact	0,563	0,576	0,573	0,588
Model 2E: Zorgconsumptie (m6 na intrede) - contact	0,598	0,613	0,604	0,608
M2F: Zorgconsumptie (m9 na intrede) - contact	0,667	0,675	0,669	0,670
M3A: Zorgconsumptie (m6 voor intrede) - aantal contacten	0,532	0,533	0,511	0,533
M3B: Zorgconsumptie (m3 voor intrede) - aantal contacten	0,538	0,535	0,533	0,534
M3C: Zorgconsumptie (m0 na intrede) - aantal contacten	0,535	0,558	0,553	0,546
M3D: Zorgconsumptie (m3 na intrede) - aantal contacten	0,551	0,565	0,567	0,567
M3E: Zorgconsumptie (m6 na intrede) - aantal contacten	0,592	0,604	0,594	0,588
M3F: Zorgconsumptie (m9 na intrede) - aantal contacten	0,660	0,668	0,669	0,657
M4A: M1A + M2A	0,630	0,639	0,639	0,643
M4B: M1A + M2B	0,632	0,640	0,640	0,643
M4C: M1A + M2C	0,631	0,643	0,641	0,652
M4D: M1A + M2D	0,637	0,649	0,648	0,658
M4E: M1A + M2E	0,654	0,669	0,666	0,667
M4F: M1A + M2F	0,705	0,712	0,710	0,707

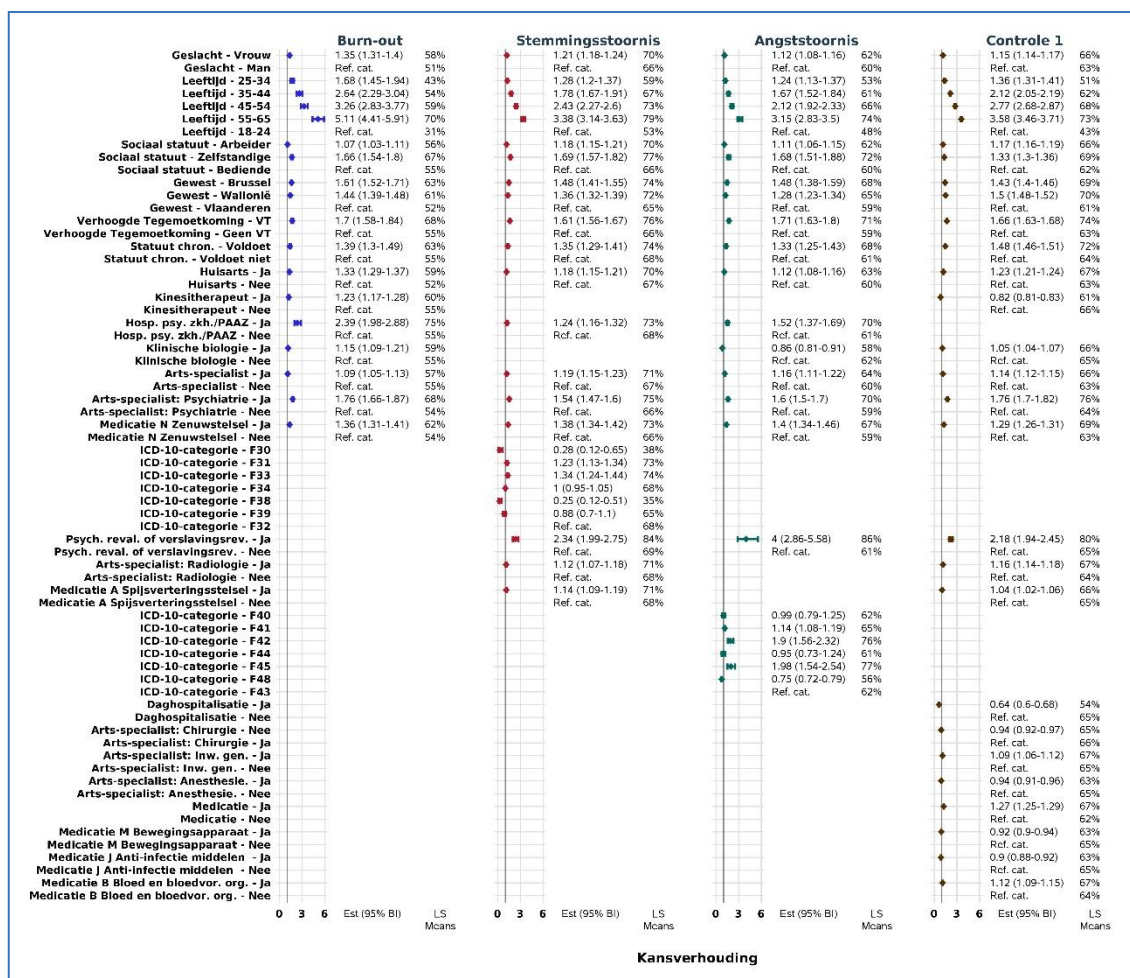
De concordantie-index van Harrell (C-index) geeft de kans weer dat een willekeurig geselecteerde persoon die intrad in invaliditeit, een hogere risicoscore had dan een willekeurig geselecteerde persoon die niet intrad in invaliditeit. De C-index heeft een bereik van 0,5 (geen onderscheidingsvermogen) tot 1 (maximaal onderscheidingsvermogen). Een C-index onder de 0,7 staat voor een zwak onderscheidend vermogen, 0,7-0,8 staat voor een goed en >0,8 voor een sterk onderscheidend vermogen.

Figuur 14. Kalibratiecurves van het predictiemodel ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel (op zes maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid) van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid



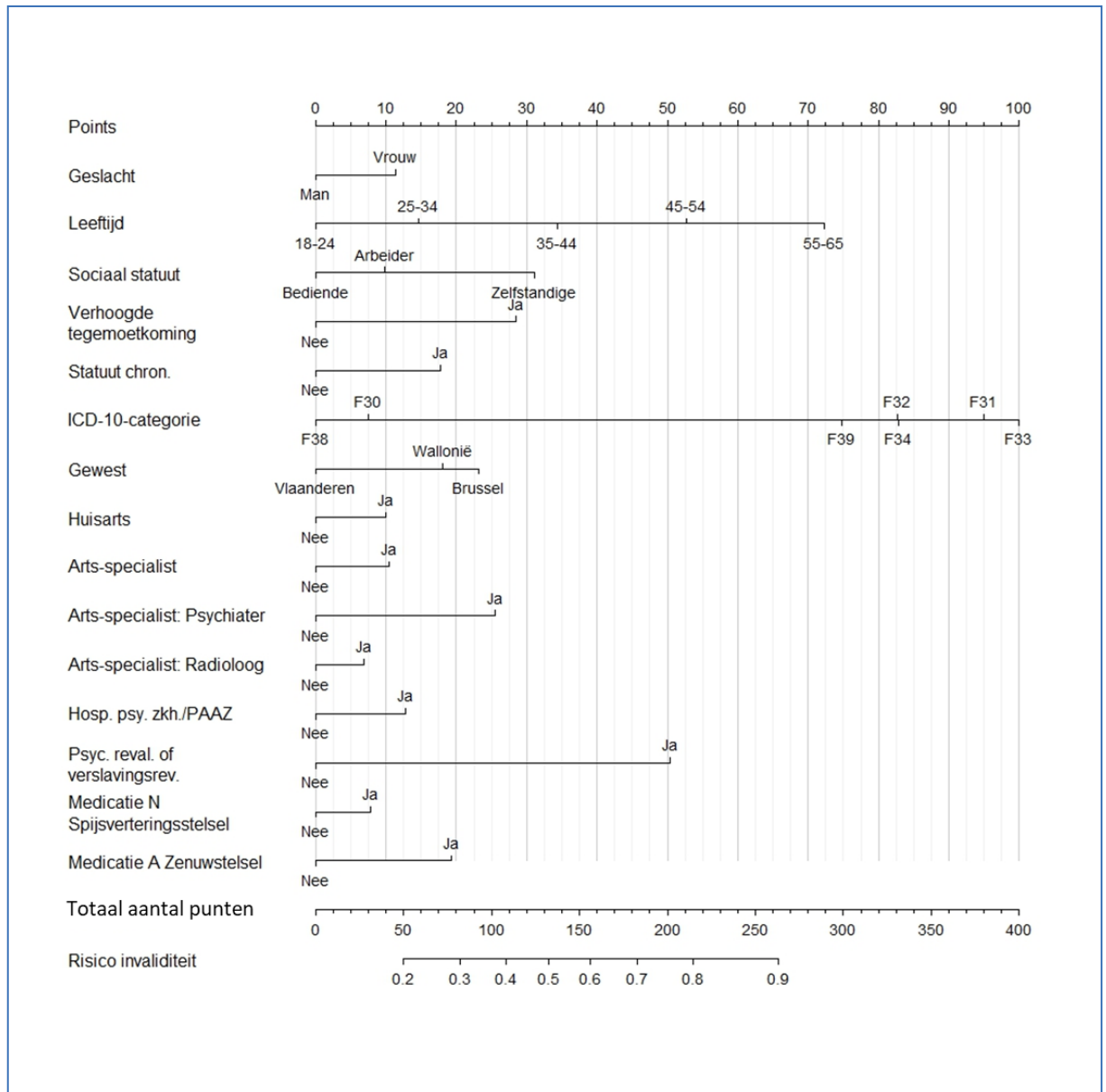
Een kalibratieplot zet de geschatte probabilliteit ten opzichte van de geobserveerde probabilliteit uit. In de kalibratieplots worden histogrammen voor de geschatte probabilliteit opgenomen.

Figuur 15. Odds ratios en LS Means voor significante predictoren in het predictiemodel ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel (op zes maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid) van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid



Significante associaties ($p < 0,05$) tussen predictoren en intrede in invaliditeit worden uitgedrukt aan de hand van kansverhoudingen (odds ratio's). Indien het 95% betrouwbaarheidsinterval niet 1 omvat, wordt dit als statistisch significant beschouwd. De Least Squares Means (LS Means) vertegenwoordigen het percentage invaliditeit op elk niveau van de predictor, gecorrigeerd voor andere predictoren in het model. In de berekening van de LS Means handhaven we, voor alle predictoren die werden opgenomen in het statistisch model, de verhoudingen uit de oorspronkelijke gegevensset.

Figuur 16. Nomogram voor significante predictoren in het predictiemodel ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel (op zes maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid) van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van stemmingsstoornissen



Het nomogram vertaalt de resultaten van het logistisch regressiemodel in een gebruiksvriendelijke grafische interface. Voor elke patiënt kan het voorspelde risico op intrede in invaliditeit als volgt worden berekend:

1. Zoek de waarde van elke variabele voor de patiënt op de overeenkomstige as, en trek vanaf deze waarde een verticale lijn naar de puntenschaal op het nomogram. Bijvoorbeeld, indien een contact met een huisarts heeft plaatsgevonden, is dit goed voor 10 punten.
2. Zodra je alle punten van elke variabele hebt, tel je ze bij elkaar op om een totaalscore te krijgen.

3. *De totaalscore komt overeen met een specifieke voorspelde waarschijnlijkheid of uitkomst op het nomogram, door een verticale lijn te trekken van de totale puntenschaal naar de voorspelde waarschijnlijkheid (in dit geval het risico invaliditeit).*



5. Conclusie

In dit hoofdstuk hernemen we de voornaamste bevindingen en formuleren we enkele pistes voor vervolgonderzoek.

Aan de hand van een retrospectief onderzoeksdesign beschreven we in deze studie het sociaal-demografisch profiel en de gezondheidstoestand van personen in primaire arbeidsongeschiktheid, al dan niet gevolgd door een periode van invaliditeit, met een specifieke focus op personen met psychosociale aandoeningen (burn-out, stemmingsstoornissen en angststoornissen). Hiervoor werden voor het eerst gegevens omtrent arbeidsongeschiktheid, inclusief diagnoses, en gegevens omtrent gezondheidszorgconsumptie intermutualistisch en in samenwerking met het RIZIV gekruist. We vergeleken gegevens van **68.122 personen die tussen 1 juli 2017 en 31 december 2019 een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van een psychosociale aandoening meemaakten met gegevens van 152.265 personen die langdurig arbeidsongeschikt waren omwille van een andere aandoening in diezelfde periode**, 15.551 personen op beroepsactieve leeftijd die niet arbeidsongeschiktheid waren in diezelfde periode, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten, en 91.799 personen op beroepsactieve leeftijd die niet

arbeidsongeschiktheid waren in diezelfde periode noch antidepressiva of antipsychotica gebruikten.

We vatten hieronder de belangrijkste resultaten uit deze studie samen.

Ten eerste bevestigt deze studie dat het **risico op arbeidsongeschiktheid en de duur ervan deels worden bepaald door sociaal-demografische kenmerken**.

Meest in het oog springend is dat vrouwen goed zijn voor bijna zeven op de tien periodes van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out (69,4%), stemmingsstoornissen (64,9%) of angststoornissen (68,1%). Ter vergelijking: vrouwen maken 54,7% uit van de groep langdurig arbeidsongeschikten omwille van andere aandoeningen, en 60,4% van de groep die niet langdurig arbeidsongeschikt waren maar wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Vrouwen lijden dus vaker aan psychische gezondheidsproblemen, zijn vaker arbeidsongeschikt en zijn zelfs vaker langdurig arbeidsongeschikt vanwege psychische gezondheidsproblemen. Uit de regressieanalyse blijkt bovendien dat vrouwen een hoger risico hebben om in te treden in invaliditeit zowel inzake langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, depressie, angststoornissen als door andere aandoeningen. Terwijl vrouwen in de drie subgroepen van psychosociale aandoeningen sterk oververtegenwoordigd zijn, geldt dit voor bedienden voornamelijk voor burn-out: 71,9% ten opzichte van 43,8% in de groep van personen die niet arbeidsongeschikt waren noch antidepressiva of antipsychotica namen. Zelfstandigen zijn sterk ondervertegenwoordigd, zowel in langdurige arbeidsongeschiktheid als in de groep personen die niet arbeidsongeschiktheid waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Wel vertonen zelfstandigen ten opzichte van arbeiders en bedienden het hoogste risico dat hun periode van langdurige arbeidsongeschiktheid zich verderzet in invaliditeit. Ook personen met het recht op verhoogde tegemoetkoming, personen met een chronische aandoening en personen die woonachtig zijn in Wallonië zijn sterk oververtegenwoordigd, zowel in langdurige arbeidsongeschiktheid (met uitzondering van burn-out onder personen met verhoogde tegemoetkoming) als in de groep personen die niet arbeidsongeschiktheid waren, maar die wel antidepressiva of antipsychotica gebruikten. Voor elk van hun geldt dat zij een hoger risico vertonen dat hun periode van langdurige arbeidsongeschiktheid zich verderzet in invaliditeit, ten opzichte van respectievelijk gewone rechthebbenden, personen voor wie het statuut chronische aandoening niet werd geopend of verlengd, en personen die woonachtig zijn in Vlaanderen. Terwijl personen die woonachtig zijn in Brussel eerder heel licht ondervertegenwoordigd zijn in langdurige arbeidsongeschiktheid, hebben ze wel een hoger risico om in te treden in invaliditeit dan personen die wonen in Vlaanderen.

Ten tweede illustreert deze studie dat het **zorggebruik tijdens – maar ook reeds voor – een periode van langdurige arbeidsongeschiktheid uitgesproken hoger is bij personen met psychosociale of andere aandoeningen in**

vergelijking met personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaken. Dit wijst erop dat de fysieke of mentale problemen al aanwezig zijn en behandeld worden voor en tijdens de arbeidsongeschiktheid, en dat ze aanzienlijke gezondheidszorguitgaven met zich meebrengen. Overigens wordt het sowieso wenselijk geacht dat de **zorgconsumptie-indicatoren die in deze studie werden vooropgesteld automatisch gelinkt worden aan het dossier van arbeidsongeschiktheid en dus toegankelijk zijn voor de adviserend artsen of leden van het multidisciplinair team.** Een belangrijke kanttekening is dat het **zorggebruik bij personen die niet arbeidsongeschikt waren maar wel antidepressiva of antipsychotica namen,** ook consistent erg hoog is, met over het algemeen een heel licht stijgende trend over de tijd.

Ten derde ondernamen we een poging om, op basis van deze routinematig verzamelde gegevens over zorgconsumptie, het risico op invaliditeit te voorspellen bij personen die een periode van primaire arbeidsongeschiktheid doormaken omwille van een psychosociale aandoening. **Meer dan de helft (55,1%) van alle periodes van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, zette zich door in invaliditeit. Voor angststoornissen (60,5%) en stemmingsstoornissen (67,1%) was dit nog hoger.** Er moet wel rekening mee gehouden worden dat deze stoornissen binnen dezelfde diagnostische groep zeer verschillende klinische en sociale realiteiten omvatten. Eerdere analyses toonden aan dat van alle periodes van arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen ongeveer een vierde tot een derde zich doorzet in invaliditeit [2]. Personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn zoals gedefinieerd in deze studie (i.e. langer dan 6 maanden arbeidsongeschikt) hebben dus een hoger risico om in te treden in invaliditeit. Uit eerdere studies weten we ook dat zij meer zorg consumeren dan personen met kortere periodes van arbeidsongeschiktheid, zowel voor als tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid. De huidige studiebeperkingen zou het informatiever zijn om het discriminerend vermogen van het predictiemodel eveneens te kunnen berekenen met inclusie van personen met een kortere periode van arbeidsongeschiktheid. Desondanks konden we ook voor de specifieke studiebeperkingen in deze studie aan de hand van het predictiemodel aantonen dat **zorggebruik in de maanden voorafgaand aan de mogelijke transitie naar invaliditeit een zekere verklarende waarde heeft die groter wordt naarmate het moment van invaliditeit nadert.** Samen met de hierboven benoemde sociaal-demografische karakteristieken bleken heel wat zorgconsumptie-indicatoren significant gerelateerd aan het risico op invaliditeit. Onze focus lag op **mogelijke predictoren van invaliditeit bestudeerd in de zesde maand van arbeidsongeschiktheid, opdat deze informatie gebruikt kan worden in een gesprek tussen de**

persoon in arbeidsongeschiktheid en de adviserend arts of medewerker van het multidisciplinair team gedurende het contact op maand 7, in overeenstemming met de hervorming van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid die op 1 januari 2024 in werking is getreden. Contacten met een huisarts, arts-specialist, arts-specialist in de psychiatrie of aflevering van medicatie voor het zenuwstelsel in de zesde maand van de primaire arbeidsongeschiktheid waren consistent gerelateerd aan een verhoogd risico op invaliditeit, zowel voor burn-out, stemmingsstoornissen, angststoornissen als andere aandoeningen. Andere zorgconsumptie-indicatoren waren significant geassocieerd met het risico op invaliditeit voor een of meerdere specifieke groepen. Ondanks de vele significante predictoren was het discriminerend vermogen van de modellen beperkt. Het discriminerend vermogen op maand 6 varieerde van 0,654 voor burn-out tot 0,669 voor stemmingsstoornissen. Bijvoorbeeld voor stemmingsstoornissen zou een grenswaarde van de geschatte probabiliteit van 0,72 impliceren dat de sensitiviteit 45,9% bedraagt, de specificiteit 76,8% en de positieve voorspellende waarde 80,2%. Terwijl dergelijke resultaten voor sensitiviteit en specificiteit onaanvaardbaar zouden zijn voor bijvoorbeeld een snelle antigeentest, kan dit in deze setting een startpunt zijn voor (verder onderzoek naar) op evidentie gebaseerde gesprekken tussen adviserend artsen en personen in arbeidsongeschiktheid.

Het **methodologisch kader ter predictie van invaliditeit dat werd aangereikt in deze studie is dan ook geen eindpunt en heeft voornamelijk tot doel inspiratie te bieden voor verder onderzoek en de vertaling ervan naar de praktijk.** De opportuniteiten om deze methodologie uit te breiden en te vertalen naar andere aspecten van arbeidsongeschiktheid zijn legio: op basis van zorgconsumptie nagaan welke patiënten eventueel uitgesloten kunnen worden van convocatie op een bepaald contactmoment voorzien in de medische evaluatie, welke factoren predictief zijn aangaande een eventuele (deeltijdse) werkhervatting, etc. Dergelijke vragen hoeven uiteraard niet beperkt te worden tot personen die geconfronteerd worden met een psychosociale aandoening. Voor elk van deze mogelijke doelstellingen geldt ten eerste dat **een predictiemodel geënt moet zijn op de praktijk en het evolutief beleid met betrekking tot arbeidsongeschiktheid, en ingebed dient te worden in een sterk theoretisch raamwerk dat aanleiding geeft tot een zo volledig mogelijke gegevensverzameling** die alle mogelijke gegevens omvat die vandaag reeds verzameld worden. Ten tweede zijn **predictiemodellen zoals voorgesteld in deze studie voor de adviserend arts steeds eerder een hulpmiddel dan een beslissingstool.** Ten derde geldt dat **interne en externe validatie** van dergelijke predictiemodellen voldoende wetenschappelijke aandacht dient te krijgen. Tot slot moet dit observationeel onderzoek aanleiding geven tot de **ontwikkeling en de evaluatie van interventies die personen in arbeidsongeschiktheid ten goede komen.**

Met deze studie wordt een **nieuwe fase aangevat in een studietraject ter exploitatie van de arbeidsongeschiktheidsgegevens** met als ultieme doel het beleid omtrent primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wetenschappelijk te onderbouwen. Het **IMA is vragende partij om ambitieuze studies inzake arbeidsongeschiktheid op te nemen in haar jaarprogramma**. De verzekeringsinstellingen mikken erop hun expertise inzake arbeidsongeschiktheid op de meest constructieve manier mogelijk samen te leggen.

Referenties

1. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Statistieken over arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/default.aspx>.
2. Bruyneel L, Lona M, Alexandre S, Karakaya G, Guillaume M, Janssens A, et al. Evolutie van psychosociale aandoeningen doorheen de arbeidsongeschiktheid. 2020.
3. Bruyneel L, Karakaya G, Alexandre S. Lockdowns, steunmaatregelen en uitgestelde zorg hebben impact op arbeidsongeschiktheid. 2021.
4. Bruyneel L, Karakaya G, Leclercq A, Horemans C, Alexandre S. Forse stijging in het aantal personen in arbeidsongeschiktheid omwille van psychische aandoeningen tussen 2018 en 2021. 2022.
5. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen? <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/langdurige-arbeidsongeschiktheid-burnout-depressie.aspx>
6. Saks Y. Een beter inzicht verwerven in het verloop van het aantal begunstigden van de invaliditeitsverzekering. Economisch Tijdschrift. 2017.
7. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: Werknemersregeling en regeling der zelfstandigen. 2018.
8. Bourdeaud'hui R, Janssens F, Vanderhaeghe S. Analyse van de arbeidssituatie van werknemers en zelfstandige ondernemers met burn-outsymptomen. 2022.
9. Vancorenland S, Noirhomme C, Henry H, Avalosse H, Van der Elst K, Lambert L, et al. Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid. 2021.
10. Vancorenland S, Avalosse H. De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid: Hoe globale preventie aangevuld kan worden met een aanpak op maat. 2022 Dec.

11. Solidaris. Grande Enquête - Stress et travail. 2019.
12. Securex. Werkgevers erkennen verantwoordelijkheid bij burn-out. 2015.
13. Camilotti G, De Schauwer A, Di Zinno T, Karakaya G, Lange B, Lona M, et al. Sociaal-demografisch profiel en uitgaven geneeskundige verzorging van rechthebbenden in primaire arbeidsongeschiktheid. 2019.
14. Di Zinno T, Avalosse H, Karakaya G, Lambert L, Lange B, Lona M, et al. Gezondheidsstatus van personen in primaire arbeidsongeschiktheid - Longitudinale analyse 2014-2016. 2019.
15. Karakaya G. Het begin van de invaliditeit: analyse van de Geneeskundige Verzorging. 2019.
16. Meeus A, Van Duynslaeger M, de Bruyn M. Profiel en zorgconsumptie van leden met burn-out. 2021.
17. Goorts K, Vanovenberghe C, Lambreghts C, Bruneel E, Rusu D, Vandenbroeck S, et al. Assessment of long-term sickness absence: Content and face validity of a new questionnaire based on qualitative data from nominal groups. BMC Med Res Methodol. 2019.
18. Goorts K, Vandenbroeck S, Du Bois DR, Godderis L. Screening for the risk on long-term sickness absence. J Public Health Res. 2018.
19. Goorts K, Vandenbroeck S, Vander Elst T, Rusu D, Du Bois M, Godderis L. Quickscan Assesses Risk of Long-Term Sickness Absence: A Cross-Sectional Validation Study. J Occup Environ Med. 2019.
20. 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.
21. Rooman C, Sterkens P, Schelfhout S, Van Royen A, Baert S, Deros E. Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burn-out determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burn-out. Disabil Rehabil. 2022.
22. Du Bois M, Donceel P. A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. European Spine Journal. 2008.

23. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2017.
24. Hemmings P, Prinz C. Sickness and Disability systems: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. 2020.
25. Harrell, FE. *Regression Modeling Strategies*. 2015.
26. SAS Institute Inc., Cary, NC U. Sas® 9.4. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA. 2017.
27. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2016.
28. Chang W, Cheng J, Allaire J, Xie Y, McPherson J. shiny: Web Application Framework for R. R package version 0142 <https://CRANR-project.org/package=shiny>. 2016.
29. Bruyneel L, Dierckx E, Kestens W, Leclercq A, Karakaya G, Vandenthoren L, et al. Prevalentie van kinderen met een speciale zorgnood en associatie met arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid onder hun ouders. 2022.
30. Steyerberg EW, Vickers AJ, Cook NR, Gerds T, Gonen M, Obuchowski N, et al. Assessing the performance of prediction models: a framework for traditional and novel measures. *Epidemiology*. 2010.
31. Avalosse H, Noirhomme C, Cès S (2022), Inégaux face à la santé - Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC, *Santé & Société*, 4, 6

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht van eerdere studies door de verzekeringsinstellingen naar zorgconsumptie bij personen in arbeidsongeschiktheid

Studie	Specifieke aandacht voor psychosociale aandoeningen	Methodologie	Voornaamste bevindingen
IMA (Camilotti et al. 2019)	Nee	Personen die een periode van primaire arbeidsongeschiktheid kenden (minstens één vergoede dag) in 2007 (AR: n=351.747, RZ: n=11.341), 2010 (AR: n=370.224, RZ: n=13.734) of 2015 (AR: n=376.915, RZ: n=14.566). Zorgconsumptie geëvalueerd in het betreffende jaar (enkel 2015) van arbeidsongeschiktheid. Controlegroep: personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten in het jaar 2015 (AR: n=3.187.439, RZ: n=544.555).	In vergelijking met personen die geen periode van primaire arbeidsongeschiktheid meemaakten, hadden personen met een periode van primaire arbeidsongeschiktheid, in 2015: • hogere sterfte (AR: 0,48% versus 0,09%, RZ: 1,43% versus 0,09%); • hoger percentage met een chronische ziekte (AR: 3,6% versus 0,7%, RZ: 7,8% versus 0,5%); • hoger aandeel gerechtigden aan wie een geneesmiddel werd afgeleverd (AR: 82% versus 70%, RZ: 92% versus 65%); • hogere gemiddelde ZIV-uitgaven voor de aflevering van geneesmiddelen (AR: €224 versus €150, RZ: €311 versus €165); • hoger gemiddeld persoonlijk aandeel voor de aflevering van geneesmiddelen (AR: €51 versus €33, RZ: €63 versus €35); • hogere aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica (AR: 26% versus 9%, RZ: 22% versus 7%); • hogere gemiddelde ZIV-uitgaven voor de aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica (AR: €93 versus €77, RZ: €97 versus €61); • hoger gemiddeld persoonlijk aandeel voor de aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica (AR: €26 versus €23, RZ: €29 versus €23); • hogere incidentie van klassieke hospitalisatie (AR: 29% versus 4%, RZ: 46% versus 5%); • langere duur van hospitalisatie (AR: 9 dagen versus 5 dagen, RZ: 11 dagen versus 5 dagen); • hogere incidentie van daghospitalisatie (AR: 25% versus 7%, RZ: 28% versus 8%); • meer leden met minstens 1 contact met een huisarts (AR: 92% versus 75%, RZ: 88% versus 65%); • hoger gemiddeld aantal contacten met een huisarts (AR: 7 versus 3, RZ: 5 versus 2); • meer leden met minstens 1 contact met een arts-specialist (AR: 88% versus 65%, RZ: 84% versus 53%); • hoger gemiddeld aantal contacten met een arts-specialist (AR: 5 versus 2, RZ: 6 versus 2).
IMA (Di Zinno et al. 2019)	Nee	Personen met 1 aaneengesloten korte (<6 maanden, AR: n=176.030, RZ: n=5.698) of lange (≥6 maanden, AR: n=54.139, RZ: n=6.394) periode van primaire arbeidsongeschiktheid begonnen in 2015, en	• Gemiddeld aantal contacten met een huisarts. ◦ AR: Voor korte arbeidsongeschiktheden verdubbelt het gemiddelde aantal contacten met de huisarts 1 maand voor het begin van de arbeidsongeschiktheid en blijft het 60% hoger tot de 2e maand van de aandoening. Voor langdurige arbeidsongeschiktheid verdubbelt het gemiddelde aantal contacten in de maand vóór het begin van de arbeidsongeschiktheid en blijft het 40% hoger 12 maanden na het begin van de ziekte. ◦ RZ: Gelijkaardige bevindingen. • Gemiddeld aantal contacten met een arts-specialist.

Studie	Specifieke aandacht voor psychosociale aandoeningen	Methodologie	Voornaamste bevindingen
		die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten in 2014. Zorgconsumptie een jaar voor (2014) en een jaar na (2016) intrede in arbeidsongeschiktheid geëvalueerd. Controlegroep: personen die geen periode van arbeidsongeschiktheid meemaakten in 2015 (AR: n=3.187.439, RZ: n=544.555).	- AR: Het gemiddelde aantal contacten met specialisten verviervoudigt bij het begin van de arbeidsongeschiktheid voor zowel korte- als langdurige arbeidsongeschiktheden. Het gemiddelde aantal contacten keert 5 maanden na het begin van de ziekte bij korte arbeidsongeschiktheden terug naar het niveau van voor de arbeidsongeschiktheid, terwijl het gemiddelde aantal contacten met de specialist bij langdurige arbeidsongeschiktheden 12 maanden na het begin van de ziekte 2 keer zo hoog blijft. - RZ: Gelijkaardige bevindingen, zij het met een snellere daling van het gemiddelde aantal contacten met een arts-specialist in de periode na het begin van de arbeidsongeschiktheid. - Gemiddeld aantal dagdosissen geneesmiddelen. Primaire arbeidsongeschiktheid leidt tot een toename in het gebruik van geneesmiddelen. - AR: Zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 268 voor versus 288 na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 296 voor versus 351 na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 414 voor versus 645 na. - RZ: Zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 275 voor versus 296 na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 342 voor versus 446 na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 481 voor versus 783 na. - Percentage met aflevering van psycholeptica en/of psychoanaleptica. Intrede in arbeidsongeschiktheid heeft een duidelijk effect op het gebruik van dit type geneesmiddel, vooral wanneer de arbeidsongeschiktheid langdurig is. - AR: Zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 9% voor versus 9% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 13% voor versus 15% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 23% voor versus 40% na. - RZ: Zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 6% voor versus 7% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 11% voor versus 14% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 19% voor versus 30% na. - Ziekenhuisopname. Intrede in arbeidsongeschiktheid brengt een groter risico op ziekenhuisopname met zich mee, en langere arbeidsongeschiktheden leiden tot langere klassieke ziekenhuisopnames. Zelfstandigen in arbeidsongeschiktheid worden gemiddeld niet alleen vaker, maar ook langer in het ziekenhuis worden opgenomen. - AR: Klassieke opname: zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 5% voor versus 7% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 6% voor versus 7% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 10% voor versus 16% na. Dagopname: zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 7% voor versus 8% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 15% voor versus 20% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 12% voor versus 29% na. - RZ: Klassieke opname: zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 5% voor versus 6% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 7% voor versus 8% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 11% voor versus 16% na. Dagopname: zonder primaire arbeidsongeschiktheid: 8% voor versus 8% na; korte periode arbeidsongeschiktheid: 18% voor versus 14% na; lange periode arbeidsongeschiktheid: 17% voor versus 33% na.
Onafhankelijke Ziekenfondsen (Karakaya et al. 2019)	Nee	De 10.101 leden die in 2016 voor het eerst in invaliditeit overgingen (i.e. 'nieuwe invaliden') en dus in 2015 intraden in arbeidsongeschiktheid. Zorgconsumptie geëvalueerd een jaar voor het begin van de primaire	38,3% van de 'nieuwe' invaliden had minstens een arbeidsongeschiktheidsperiode voor de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Uitgaven geneeskundige verzorging: de uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden bereikten hun hoogste punt tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden, ongeacht de duur van de invaliditeit. Ze liggen 3 tot 4 keer hoger tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden dan in de 12 maanden ervoor, en 2 tot 3 keer hoger dan in de 12 maanden erna. De uitgaven geneeskundige verzorging van de 'nieuwe' invaliden ligt tijdens de periode van 12 maanden voor de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit 65% tot 160% hoger (afhankelijk van de duur van de invaliditeit) dan die van andere personen tussen 20 en 64 jaar (gemiddelde jaarlijkse uitgaven: €1.790). Zowel voor, tijdens als na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden tekenen

Studie	Specifieke aandacht voor psychosociale aandoeningen	Methodologie	Voornaamste bevindingen																			
	arbeidsongeschiktheid, tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, en het eerste jaar van invaliditeit. Controlegroep: alle leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen		personen die langer dan 12 maanden invalide blijven aanzienlijk hogere uitgaven geneeskundige verzorging op dan de personen wiens invaliditeit relatief snel eindigt. <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Duur van de invaliditeit</th><th colspan="3">Uitgaven geneeskundige verzorging (verplichte verzekering)</th></tr> <tr> <th>12m voor primaire arbeidsongeschiktheid</th><th>Tijdens primaire arbeidsongeschiktheid</th><th>12m na primaire arbeidsongeschiktheid</th></tr> <tr> <td><6 m invaliditeit</td><td>€2.563</td><td>€9.824</td><td>€3.368</td></tr> <tr> <td>6-12m invaliditeit</td><td>€2.580</td><td>€11.179</td><td>€5.277</td></tr> <tr> <td>>12m invaliditeit</td><td>€4.121</td><td>€13.374</td><td>€6.327</td></tr> </table> Een derde (35,8%) van de personen die invalide werden in 2016 leed reeds aan minstens één van de 22 bestudeerde chronische pathologieën vóór hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dit cijfer op 20,7% (dus 1 op de 5). Aan het begin van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit en tijdens de invaliditeit leden de meeste 'nieuwe' invaliden aan minstens één van deze chronische aandoeningen (respectievelijk 54,5% en 58,0%). De voornaamste chronische aandoeningen van de 'nieuwe invaliden' op het moment van overgang naar de invaliditeit zijn depressie (1 persoon op 3), arteriële hypertensie (1 persoon op 4), geestesziektes waarvoor opname in een psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis noodzakelijk is (5,8%), epilepsie (5,6%) en psychose (5,6%). De prevalentie van deze chronische aandoeningen ligt minstens 5 keer hoger dan bij de algemene bevolking tussen 20 en 64 jaar (behalve voor arteriële hypertensie, daar ligt ze 2 keer hoger). 99% van de personen die invalide werden in 2016 had al minstens eenmaal een arts (huisarts of arts-specialist) geraadpleegd voor hun primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar ligt dit cijfer op 81%. Vooraf raadplegingen voor orthopedie, psychiatrie, inwendige geneeskunde, heeskunde, fysische geneeskunde en revalidatie, anesthesiereanimatie, neurologie en cardiologie zijn frequent bij de 'nieuwe' invaliden in vergelijking met de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar, ongeacht de bestudeerde periode (voor, tijdens of na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden). 93,2% tot 94,5% (volgens de duur van de invaliditeit) van de personen die in 2016 invalide werden, hadden in de periode vóór de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden een aflevering van minstens één geneesmiddel dat terugbetaald wordt door de verplichte verzekering (VP). Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar lag dat cijfer op 72,7%. Dit cijfer stijgt tot meer dan 97% tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (97,3% tot 98,2%, afhankelijk van de duur van de invaliditeit) en tot meer dan 91 % na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden (91,8 % tot 96,6 %, afhankelijk van de duur van de invaliditeit). 1 op 4 (27 %) werd gemiddeld 1,3 keer opgenomen in het ziekenhuis (met minstens één overnachting) gedurende 15,7 dagen in de 12 maanden vóór de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigde in invaliditeit. Bij de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar bedraagt het aandeel opgenomen personen 9%. De gemiddelde kostprijs van een ziekenhuisopname ten laste van de ZIV bedroeg €7.917. Dit is 20% meer dan voor de algemene bevolking van 20 tot 64 jaar (€6.536). Bijna een op de twee (46%) personen die invalide werden in 2016 werd gemiddeld 1,9 keer opgenomen (met minstens 1 overnachting) gedurende 34,6 dagen tijdens de 12 maanden van de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in	Duur van de invaliditeit	Uitgaven geneeskundige verzorging (verplichte verzekering)			12m voor primaire arbeidsongeschiktheid	Tijdens primaire arbeidsongeschiktheid	12m na primaire arbeidsongeschiktheid	<6 m invaliditeit	€2.563	€9.824	€3.368	6-12m invaliditeit	€2.580	€11.179	€5.277	>12m invaliditeit	€4.121	€13.374	€6.327
Duur van de invaliditeit	Uitgaven geneeskundige verzorging (verplichte verzekering)																					
	12m voor primaire arbeidsongeschiktheid	Tijdens primaire arbeidsongeschiktheid	12m na primaire arbeidsongeschiktheid																			
<6 m invaliditeit	€2.563	€9.824	€3.368																			
6-12m invaliditeit	€2.580	€11.179	€5.277																			
>12m invaliditeit	€4.121	€13.374	€6.327																			

Studie	Specifieke aandacht voor psychosociale aandoeningen	Methodologie	Voornaamste bevindingen
Solidaris (Meeus et al. 2021)	Ja	Alle 1.630 leden van de Vlaamse ziekenfondsen (West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg) die tussen 1 januari 2017 en 30 juni 2018 arbeidsongeschikt werden met als primaire diagnose burn-out, en die nadien niet intraden in invaliditeit. Het onderscheid tussen een korte en lange periode van arbeidsongeschiktheid werd gemaakt zoals in de voorgaande IMA-studies. Zorgconsumptie geëvalueerd voor elk lid één jaar voor en één jaar na intrede in arbeidsongeschiktheid. Geen controlegroep	invaliditeit. Ongeveer een op de vier (26%) personen die invalide werden in 2016 werd gemiddeld 1,7 keer opgenomen (met minstens 1 overnachting) gedurende 34,5 dagen in de 12 maanden na de primaire arbeidsongeschiktheid die eindigt in invaliditeit. Bijna vier op de tien personen die invalide werden in 2016, zijn voor (36,5%) en tijdens (38,2%) de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden naar de spoed gegaan, en een op de vier personen (27,3%) na de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Bij de algemene bevolking ging een op de zes personen (15,6%) naar de spoed, dus 2,5 keer minder dan tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid van 12 maanden. Dit onderzoek heeft aangetoond dat mensen die in invaliditeit intreden vaak al gezondheidsproblemen hebben voor het begin van de arbeidsongeschiktheid. Bezoek bij de huisarts: Bijna alle leden met een burn-out bezochten de huisarts in de maand dat zij arbeidsongeschikt werden (97%). 35% bezocht de huisarts één keer, 40% twee keer, 17% drie keer en 8% vier keer of meer. Er is een piek in het gemiddelde aantal raadplegingen op het moment dat mensen met een burn-out stoppen met werken. Leden met een lange burn-out worden langdurig door de huisarts opgevolgd, terwijl dit bij leden met een korte burn-out sneller terugkeert naar een normaal niveau. Bezoek bij de arts-specialist: Ongeveer 24% van de personen met een burn-out bezocht een arts-specialist in de eerste drie maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid. Het gaat onder andere om artsen-specialisten inwendige geneeskundige, pneumologie en gastro-enterologie. Bezoeken aan artsen-specialisten nemen toe in de eerste maand dat mensen een burn-out hebben en pieken na één maand ziekte. Dit patroon is nog duidelijker bij mensen met een lange burn-out. Raadplegingen bij de psychiater: Voor de start van de arbeidsongeschiktheid bezocht 3% van de leden met een burn-out een psychiater. Na de start van arbeidsongeschiktheid bezoeken opmerkelijk meer leden met een burn-out een psychiater (13%). Vooral bij langdurige burn-out is de stijging opvallend: in het jaar voor de burn-out bezocht 3% minstens één keer een psychiater terwijl dit in het jaar na de diagnose bijna één op vijf (18%) is. Prestaties klinische biologie: Bij de start van de arbeidsongeschiktheid is er een opvallende piek bij het voorschrijven van klinische biologie: er worden gemiddeld zeven prestaties gefactureerd in de eerste maand van de arbeidsongeschiktheid. Het gemiddelde aantal gefactureerde prestaties ligt hoger voor leden in lange burn-out. Bij één op vier wordt op het moment dat ze stoppen met werken omwille van burn-out minstens één prestatie klinische biologie gefactureerd. In 82% van de gevallen schreef de huisarts deze voor. Zes op tien leden met een burn-out kreeg in de periode vanaf drie maanden voor tot drie maanden na de start van de arbeidsongeschiktheid minstens één test. In 72% van de gevallen schreef de huisarts deze voor. Prestaties infectieuze serologie: Bij 5% was er een facturatie voor infectieuze serologie in de maand dat ze arbeidsongeschikt werden. Deze werd bijna altijd voorgeschreven door de huisarts (93%). Het gemiddelde aantal testen voor infectieziekten begon al voor de start van de arbeidsongeschiktheid te stijgen. Bij 108 leden (7%) werd er al een prestatie voor infectieuze serologie aangerekend in de drie maanden voordat ze arbeidsongeschikt werden door een burn-out. Het percentage lag hoger bij personen in lange burn-out (8%) dan in korte burn-out (5%). Prestaties kinesitherapie: Enkel bij leden met een langdurige burn-out nam het aantal prestaties kinesitherapie toe na de start van de arbeidsongeschiktheid.

Studie	Specifieke aandacht voor psychosociale aandoeningen	Methodologie	Voornaamste bevindingen
			Geneesmiddelengebruik: Vanaf de start van de periode arbeidsongeschiktheid was er een grote toename van het gemiddelde aantal dagdosissen dat leden per maand bij hun apotheker kochten. Leden met een langere periode arbeidsongeschiktheid hadden een grotere toename in geneesmiddelenconsumptie dan leden met een kortere periode arbeidsongeschiktheid. De grootste toename in het aantal dagdosissen situeerde zich in de ATC-klasse N. Dat is de groep geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel. In die groep bevinden zich onder andere de pijnstillers op voorschrift, antidepressiva en antipsychotica. Voor het begin van de arbeidsongeschiktheid nam 17% al een antidepressivum, na de start van de arbeidsongeschiktheid steeg dit naar 39%. De stijging voor leden met een lange burn-out is groter. Psychologenbezoek (aanvullende verzekering): één derde (29%) van de leden die op de startdatum van hun arbeidsongeschiktheid de mogelijkheid hadden om, binnen de federatie waar ze aangesloten waren, gebruik te maken van het aanvullend voordeel 'terugbetaling psycholoog', had binnen de 12 maanden na de startdatum van de arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out, minstens één terugbetaald consult bij een psycholoog.

AR: Algemene Regeling; RZ: Regeling Zelfstandigen; ZIV: Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (i.e. de verplichte verzekering)

Bijlage 2. Gehanteerde zorgconsumptieindicatoren

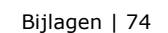
Indicator	Beschrijving	Methode (nomenclatuur)
Contact met een huisarts	Percentage personen met minstens één contact met een huisarts.	Zorgverstrekking: 101010 101032 101054 101076 103110 103132 103213 103235 103412
	Gemiddeld aantal contacten met een huisarts.	103434 103913 104112 104215 104230 104252 104355 104510 104650
Contact met een arts-specialist	Percentage personen met minstens één contact met een arts-specialist.	Identificatie gebeurde op basis van het RIZIV-nummer en de bekwaming van de zorgverstrekker.
	Gemiddeld aantal contacten met een arts-specialist.	
Contact met een kinesi-therapeut	De indicator wordt opgesteld per discipline (anesthesie, chirurgie, neurochirurgie, orthopedie, inwendige geneeskunde, pneumologie, gastro-enterologie, oncologie, cardiologie, neurologie, psychiatrie, fysische geneeskunde en revalidatie, klinische biologie, urgentiegeneeskunde, radiodiagnostiek, radiotherapie, nucleaire geneeskunde) alsook een contact met eender welke arts-specialist. ¹⁶	Zorgverstrekking: 518011 518033 518055 518081 518103 560011 560055 560092 560114 560151 560195 560210 560254 560291 560313 560350 560394 560416 560453 560501 560523 560534 560545 560571 560615 560652 560696 560711 560733 560755 560770 560814 560836 560851 560873 560895 560932 560954 560976 560991 561013 561050 561072 561094 561116 561131 561175 561190 561212 561245 561260 561282 561304 561315 561326 561352 561396 561411 561433 561455 561470 561492 561514 561540 561551 561562 561573 561595 561610 561632 561654 561676 561702 561713 561724 562332 562354 562376 562391 562413 562435 562450 562472 562505 563010 563054 563076 563091 563113 563150 563172 563194 563216 563253 563275 563290 563312 563356 563371 563393 563415 563452 563474 563496 563533 563555 563570 563581 563614 563651 563673 563695 563710 563754 563776 563791 563813 563850 563872 563894 563916 563953 563975 563990 564012 564056 564071 564093 564130 564152 564174 564185 564211 564233 564255 564270 564292 564314 564336 564351 564373 564395 564410 564432 564454 564476 564491 564513 564535 564550 564572 564594 564616
	Percentage personen met minstens één contact met een kinesi-therapeut.	
	Gemiddeld aantal contacten met een kinesi-therapeut (voor personen met ten minste 1 contact).	

¹⁶ Werden ook onderzocht in een preliminaire analyse, maar niet verder in acht genomen wegens weinig voorkomend: Geriatrie, Neurochirurgie-neuropsychiatrie, Plastische chirurgie, Abdominale / thoracale / vaatchirurgie, Gynaecologie, Oogheelkunde, Otolaryngologie, Urologie, Stomatologie, Kindergeneeskunde, Neuropsychiatrie, Reumatologie, Klinische genetika, Forensische geneeskunde.

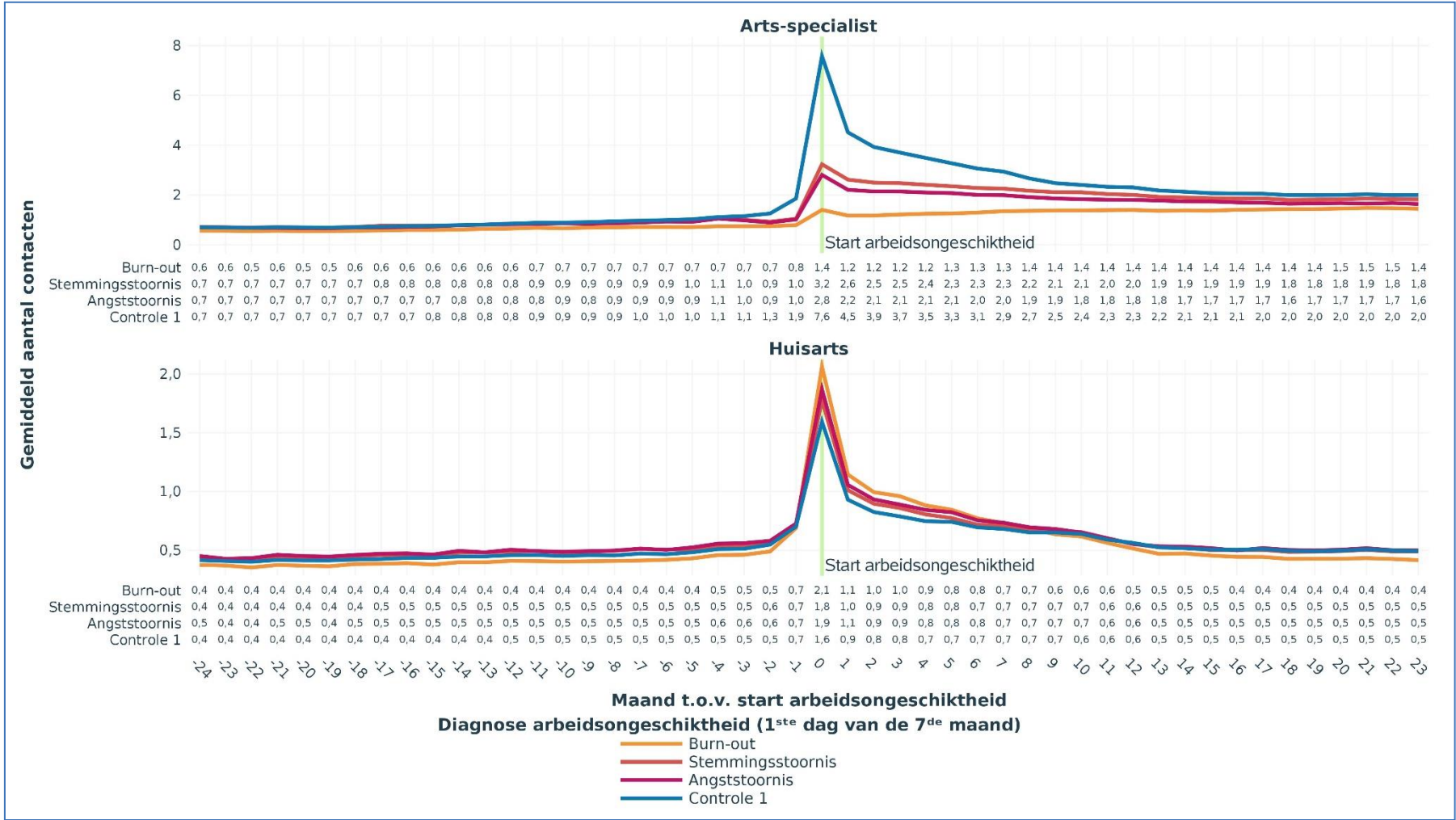
		564631 564653 564675 564701 566974 566996 567011 567033 567055 567070 567092 567114 567136 567151 567173 567206 567221 567232 567243 567254 567265 567276 567291 567313 567335 567350 567361 567372 567394 567416 567431 567453 567475 567490 567512 567534 567556 567571 567593 567615 567630 567652 567674 567696 567711 567733 567755 567770 567792 567814 639111 639133 639155 639170 639192 639332 639354 639376 639391 639413 639435 639446 639450 639461 639472 639494 639516 639531 639553 639575 639590 639601 639612 639623 639634 639656 639671 639693 639715 639730 639752 639774 639785 639796 639811 639833
Psychotherapie	Percentage personen met minstens één contact psychotherapie. Gemiddeld aantal contacten psychotherapie (voor personen met ten minste 1 contact). Worden in beschouwing genomen: raadplegingen in spreekkamer door een arts-specialist in de psychiatrie, of een psychotherapeutische behandelingszitting (individueel of in groep), of (pluridisciplinair) overleg, inclusief teleconsultatie.	Zorgverstrekking: 102196 102690 109513 109631 109535 109550 109653 109572 109336 109675 109351 109410 109432 109454 109373 109395 101953 101975 101894 101916 101931
Opname op de dienst spoedgevallen omwille van psychiatrische zorgen	Percentage personen met minstens één opname op de dienst spoedgevallen omwille van psychiatrische zorgen. Worden in beschouwing genomen: onderzoeken in de lokalen van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg door een arts-specialist in de neurologie of de psychiatrie of de neuropsychiatrie of opname in een dienst van een psychiatrische inrichting, hetzij dringend, hetzij voor de toediening van antidepressiva door perfusie.	(Zorgverstrekking: 590914 590995 En Bekwaming zorgverlener: 078 119 780 784 788) Of Zorgverstrekking: 761073
Hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ)	Percentage personen met minstens één opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis. Gemiddeld aantal dagen opname in een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis voor personen met ten minste 1 opname).	(Identificatienummer instelling: ≥71000000000 en <72000000000 En Dienstcode: ≥340 en <400) Of (Identificatienummer instelling: ≥72000000000 en <73000000000)
Klassieke hospitalisatie in een algemeen ziekenhuis	Percentage personen met een klassieke hospitalisatie. Gemiddeld aantal dagen klassieke hospitalisatie (voor personen met ten minste 1 opname).	(Identificatienummer instelling: ≥71000000000 en <72000000000 En Dienstcode: ≤340 of ≥400)

Daghospitalisatie	Percentage personen met een opname in het dagziekenhuis.	Zorgverstrekking: 768036 768040
Opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie	Percentage personen met een opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie. Gemiddeld aantal dagen opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie (voor personen met ten minste 1 opname).	(Identificatienummer instelling: ≥ 77200000000 en < 77400000000)
Aflevering van terugbetaalbare geneesmiddelen	Percentage personen met een aflevering van terugbetaalbare geneesmiddelen. Gemiddeld aantal dagdosissen van terugbetaalbare geneesmiddelen. De indicator wordt opgesteld per ATC anatomische hoofdgroep (A-Spijsverteringsstelsel en metabolisme, B-Bloed en bloedvormende organen, C-Cardiovasculair systeem, D-Dermatologica, G-Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen, H-Systemische hormonale preparaten, met uitzondering van insuline en geslachtshormonen, J-Anti-infectie middelen voor systemisch gebruik, L-Antineoplasie en immunomodulerende stoffen, M-Bewegingsapparaat, N-Zenuwstelsel, P-Antiparasitische middelen, insecticiden en repellents, R-Ademhalingssysteem, S-Zintuigstelsel) alsook het totale aantal afleveringen van bovenstaande hoofdgroepen. Tot slot bekeken we eveneens medicatie specifiek voor problemen gerelateerd aan mentale gezondheid (N04-Antiparkinson preparaten N05-Psycholeptica, N06-Psychonanaleptica) en alcoholgerelateerde medicatie alsook opioïden.	ATC niveau 1: A B C D G H J L M N P R S V
Prestatie klinische biologie	Percentage personen met een prestatie klinische biologie. Gemiddeld aantal prestaties klinische biologie.	Rubriek: N08

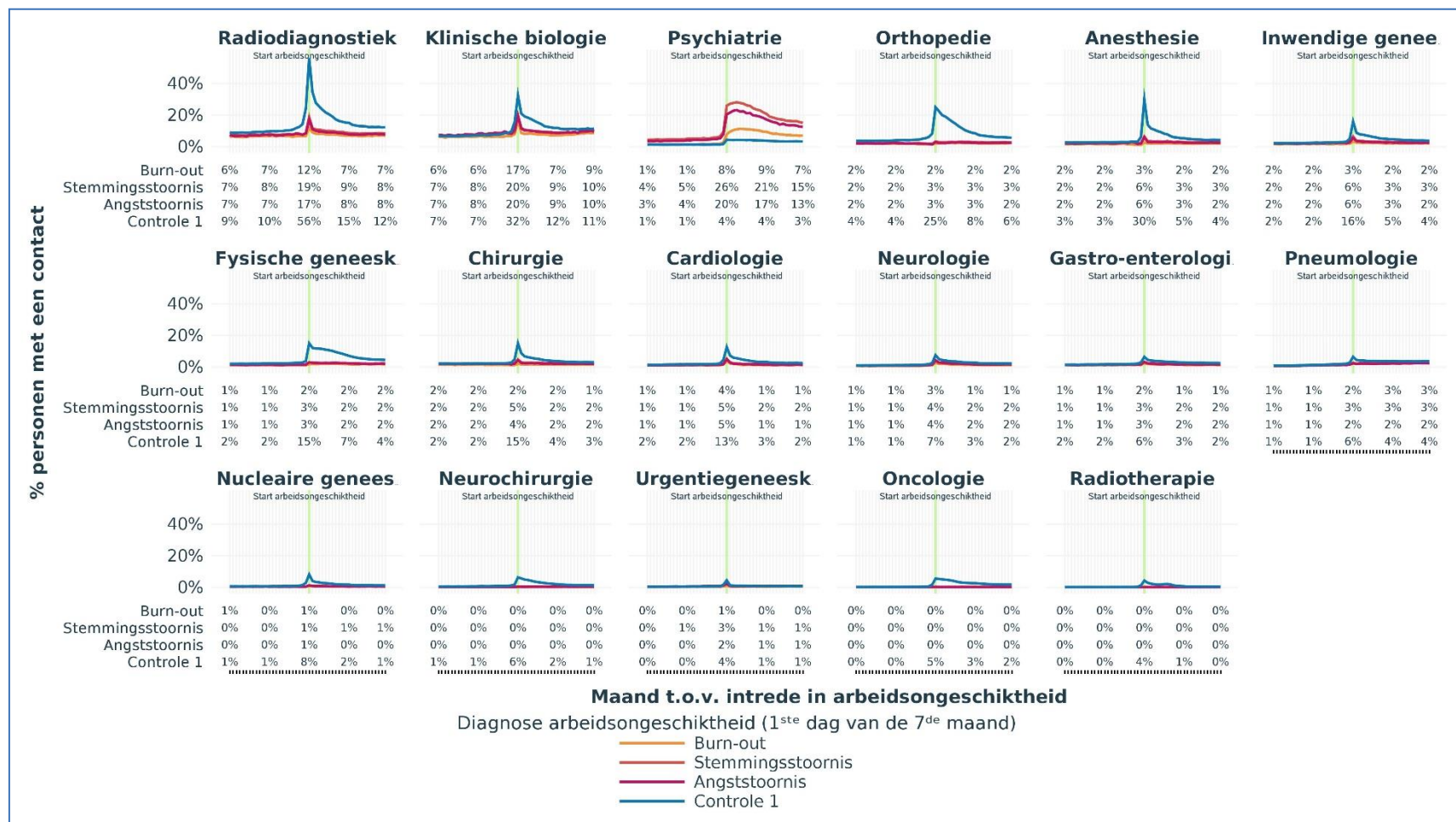
Figuur B3.1. Percentage personen met een contact met een huisarts of arts-specialist (alle disciplines)



Figuur B3.2. Gemiddeld aantal contacten met een huisarts of arts-specialist (alle disciplines)

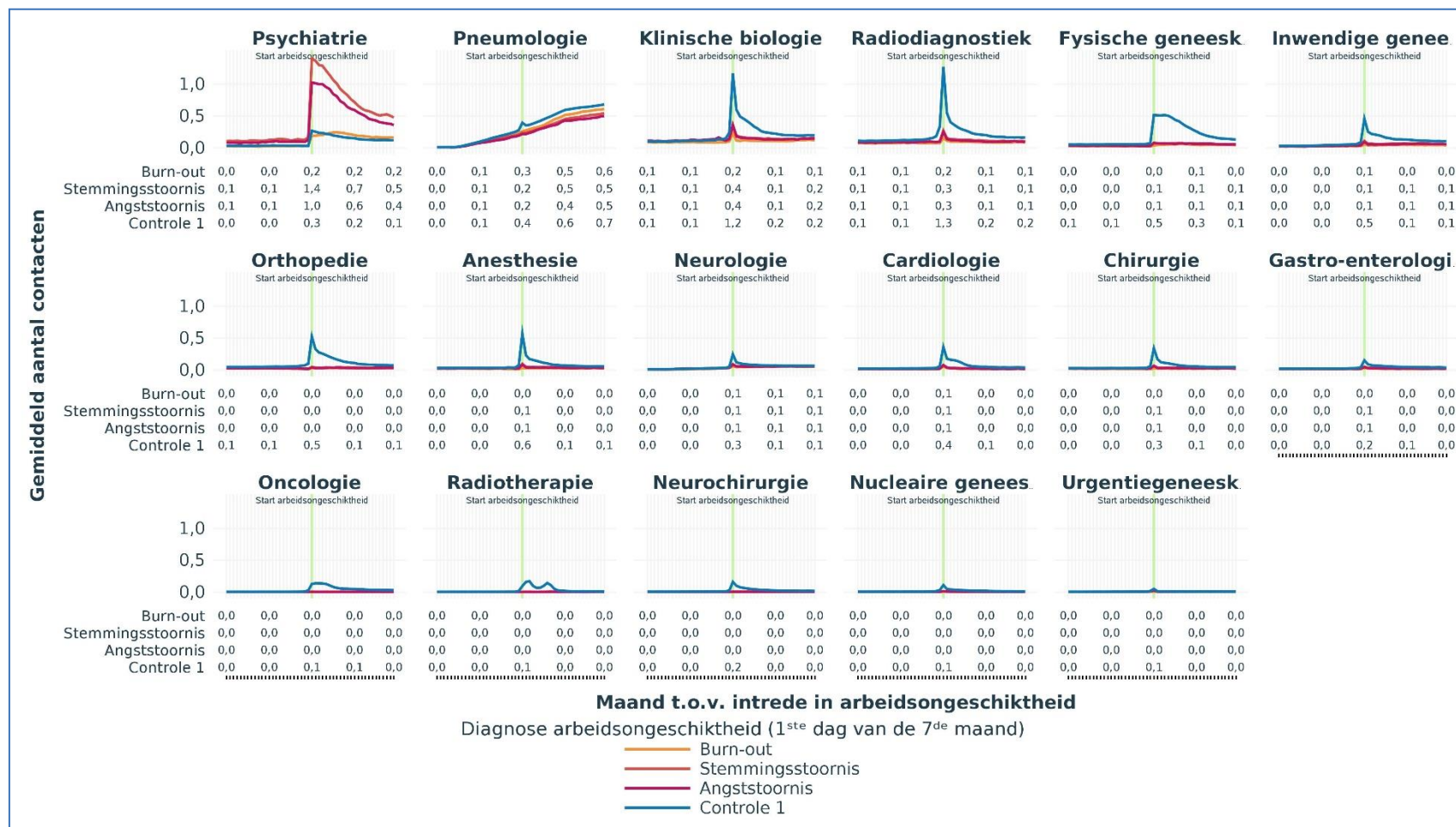


Figuur B3.3. Percentage personen met een contact met een arts-specialist (per discipline)



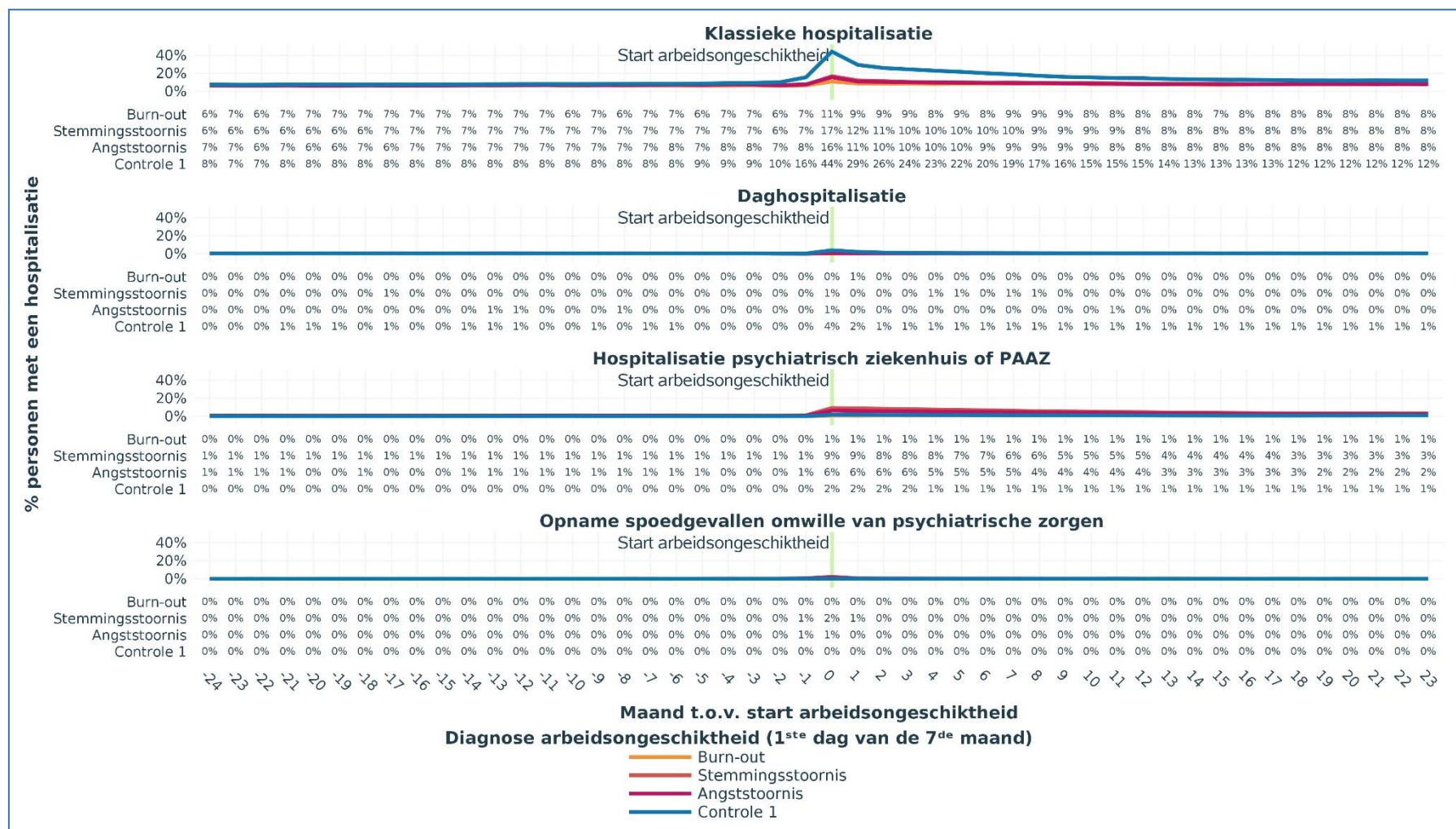
Noot: de weergegeven percentages zijn voor maand 24 voor intrede, maand 12 voor intrede, maand van intrede, maand 12 na intrede, en maand 23 na intrede

Figuur B3.4. Gemiddeld aantal contacten met een arts-specialist (per discipline)

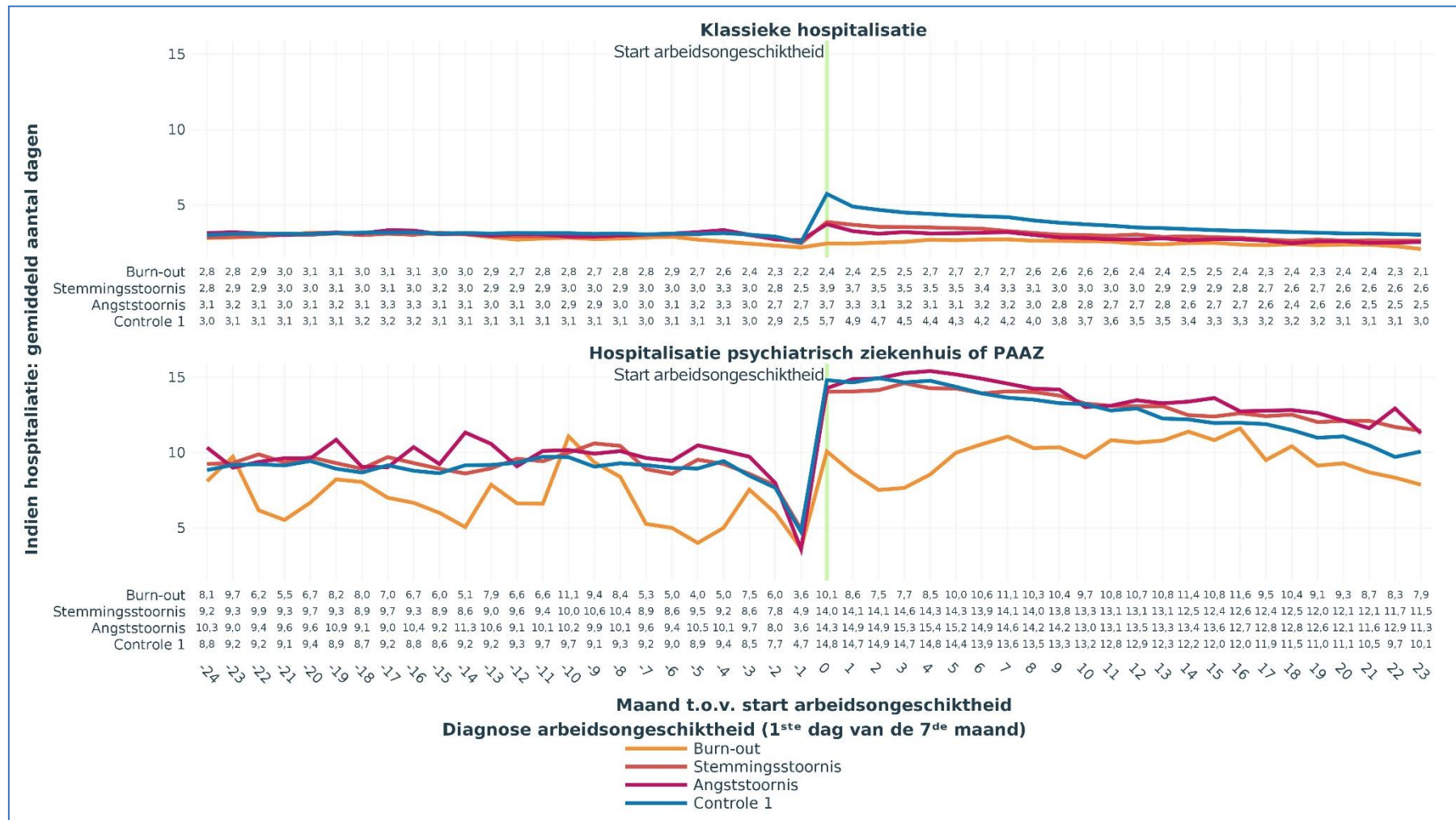


Noot: de weergegeven aantallen zijn voor maand 24 voor intrede, maand 12 voor intrede, maand van intrede, maand 12 na intrede, en maand 23 na intrede

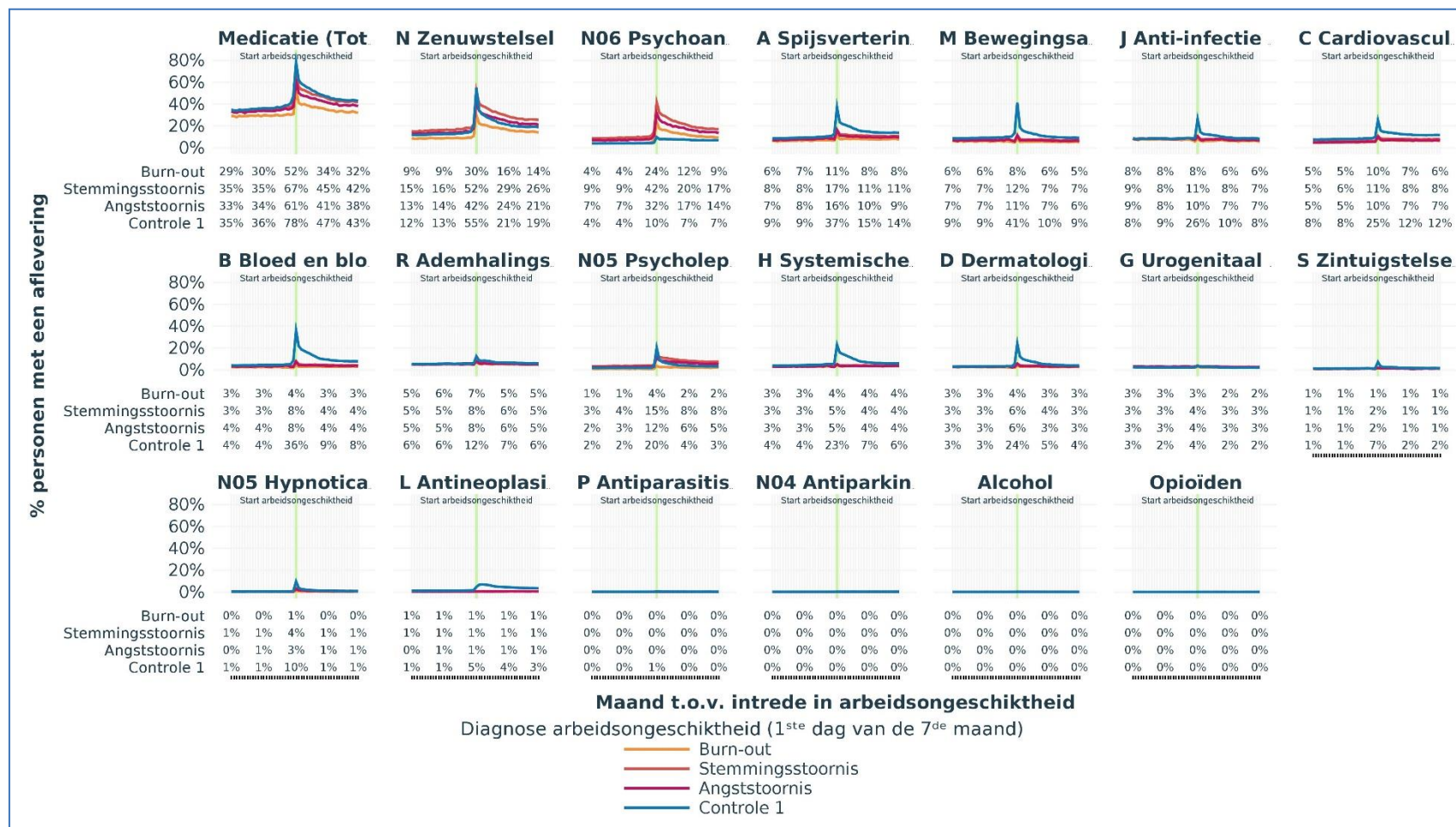
Figuur B3.5. Percentage personen met een opname in het (psychiatrisch/acuut) ziekenhuis



Figuur B3.6. Gemiddeld aantal dagen in het (psychiatrisch/ acuut) ziekenhuis (voor personen met ten minste 1 opname)

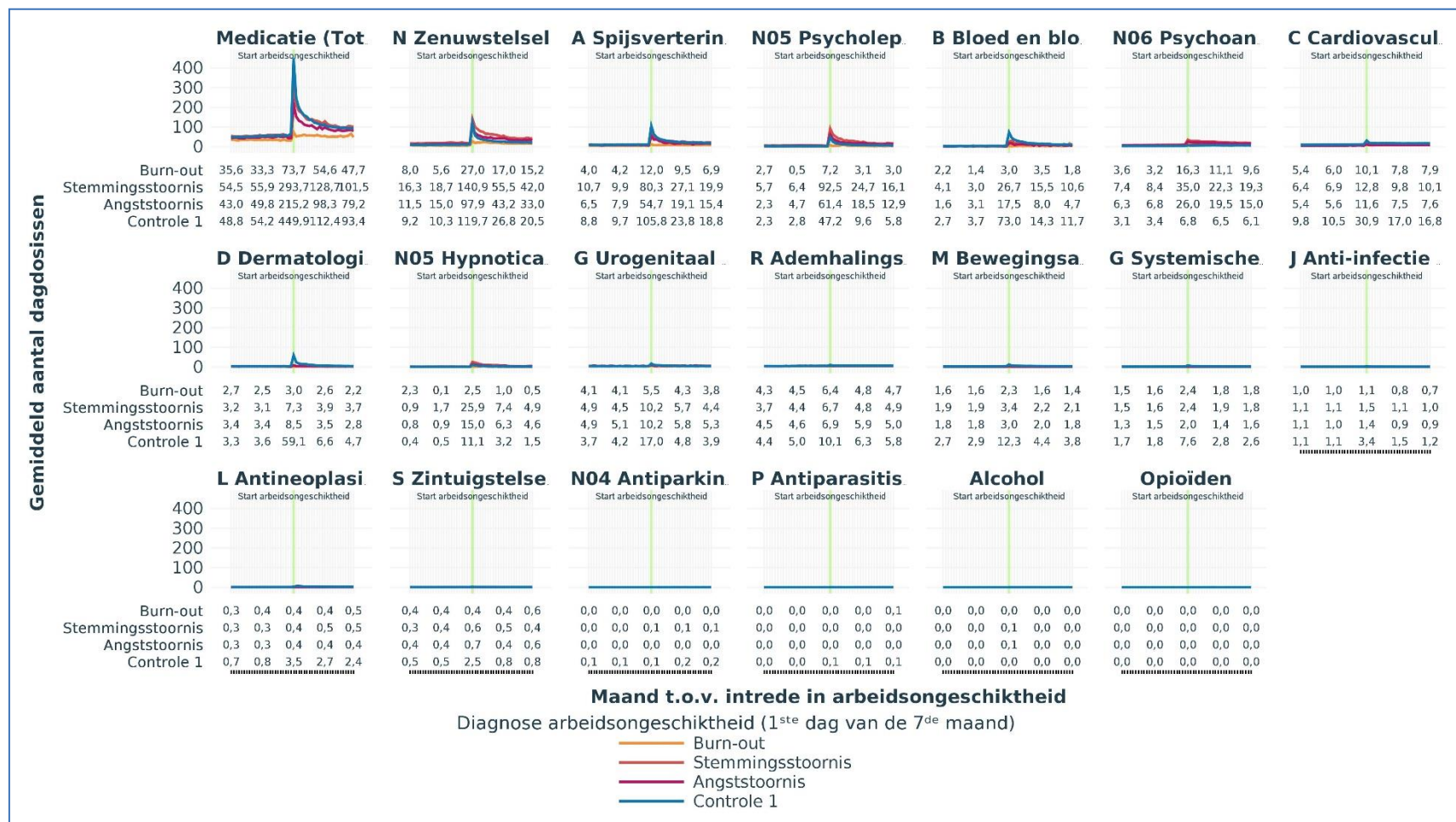


Figuur B3.7. Percentage personen met aflevering van medicatie (totaal en per ATC)



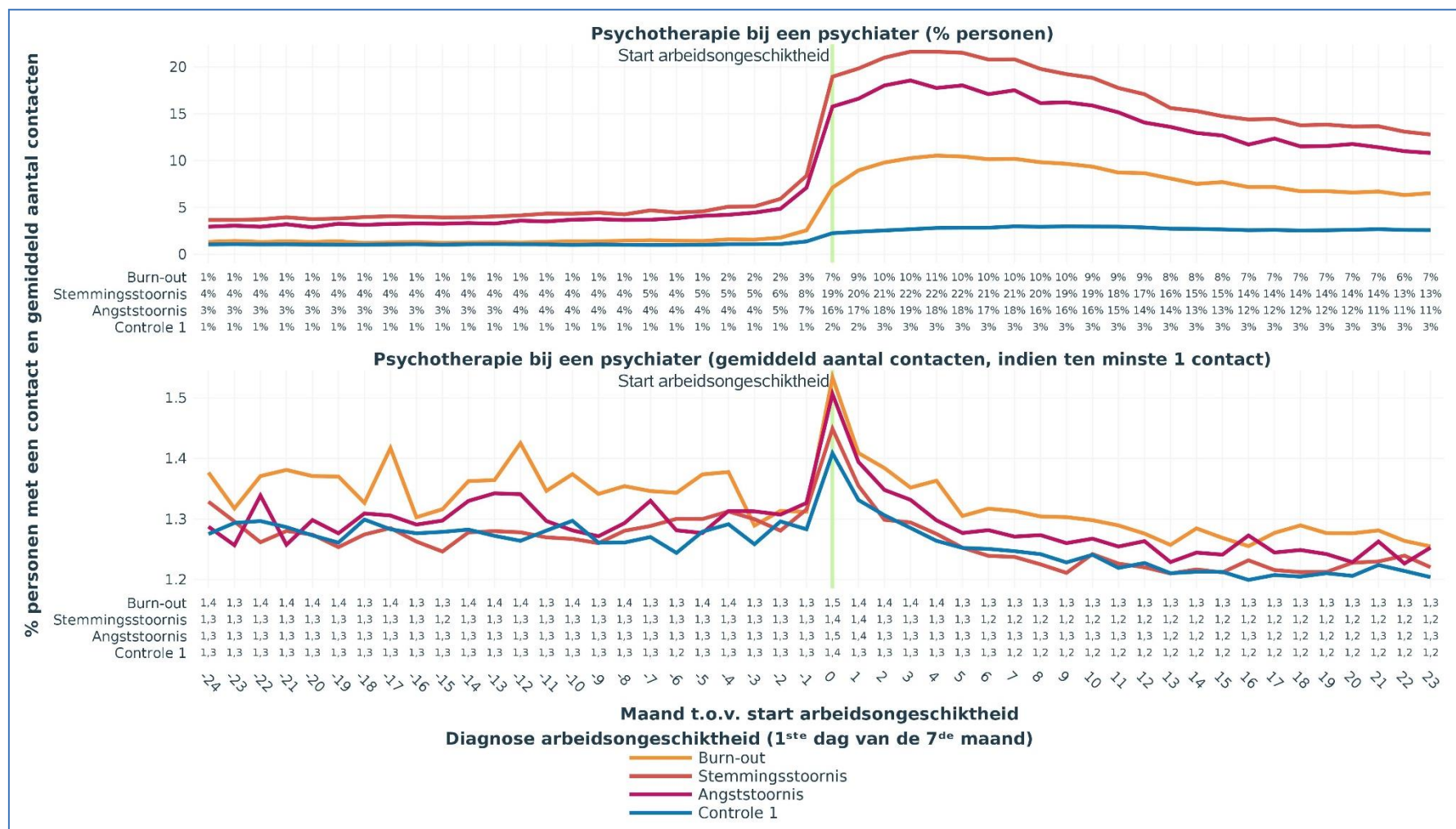
Noot: de weergegeven percentages zijn voor maand 24 voor intrede, maand 12 voor intrede, maand van intrede, maand 12 na intrede, en maand 23 na intrede

Figuur B3.8. Gemiddeld aantal dagdosissen afgeleverde medicatie (totaal en per ATC)

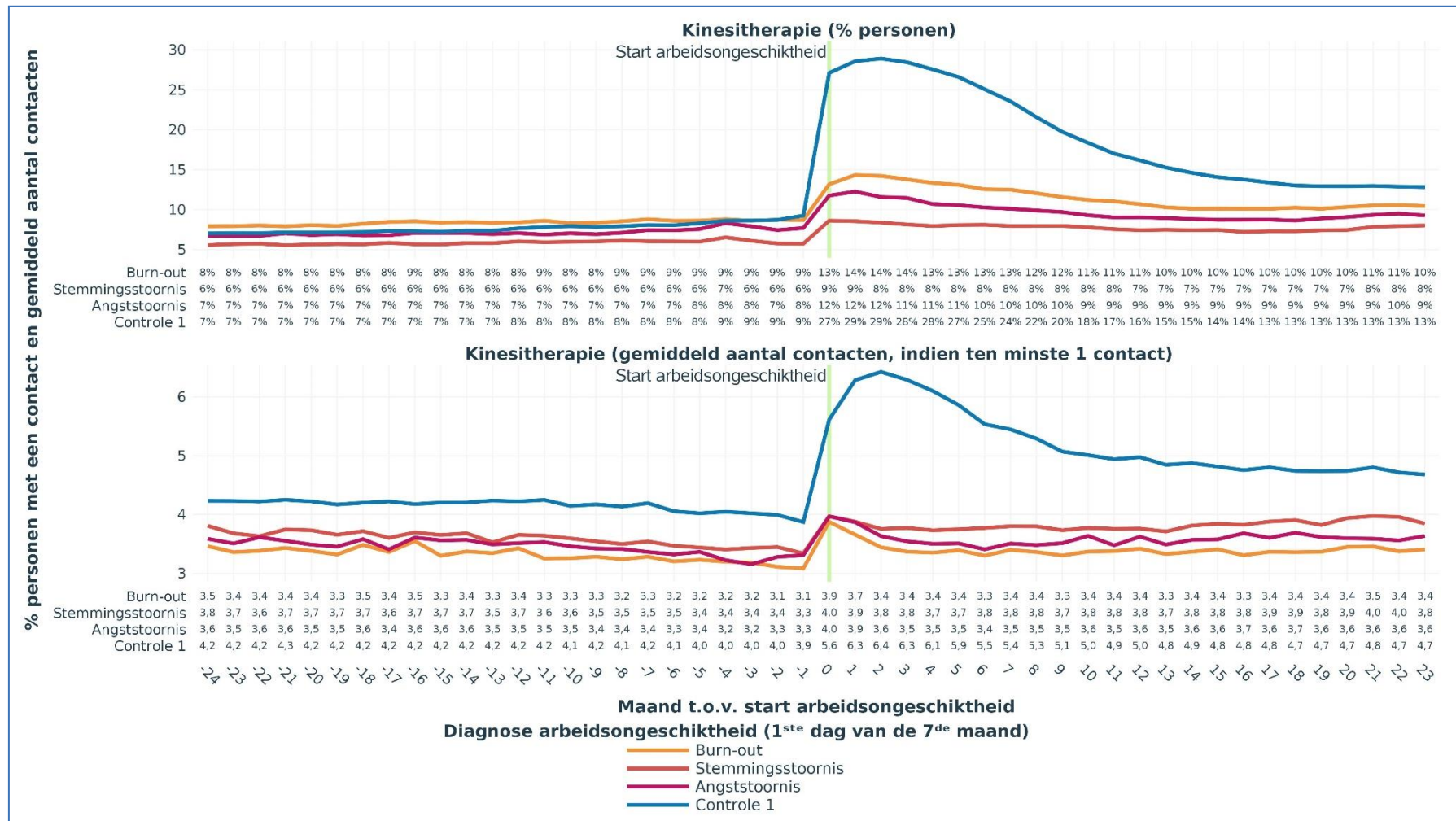


Noot: de weergegeven aantallen zijn voor maand 24 voor intrede, maand 12 voor intrede, maand van intrede, maand 12 na intrede, en maand 23 na intrede

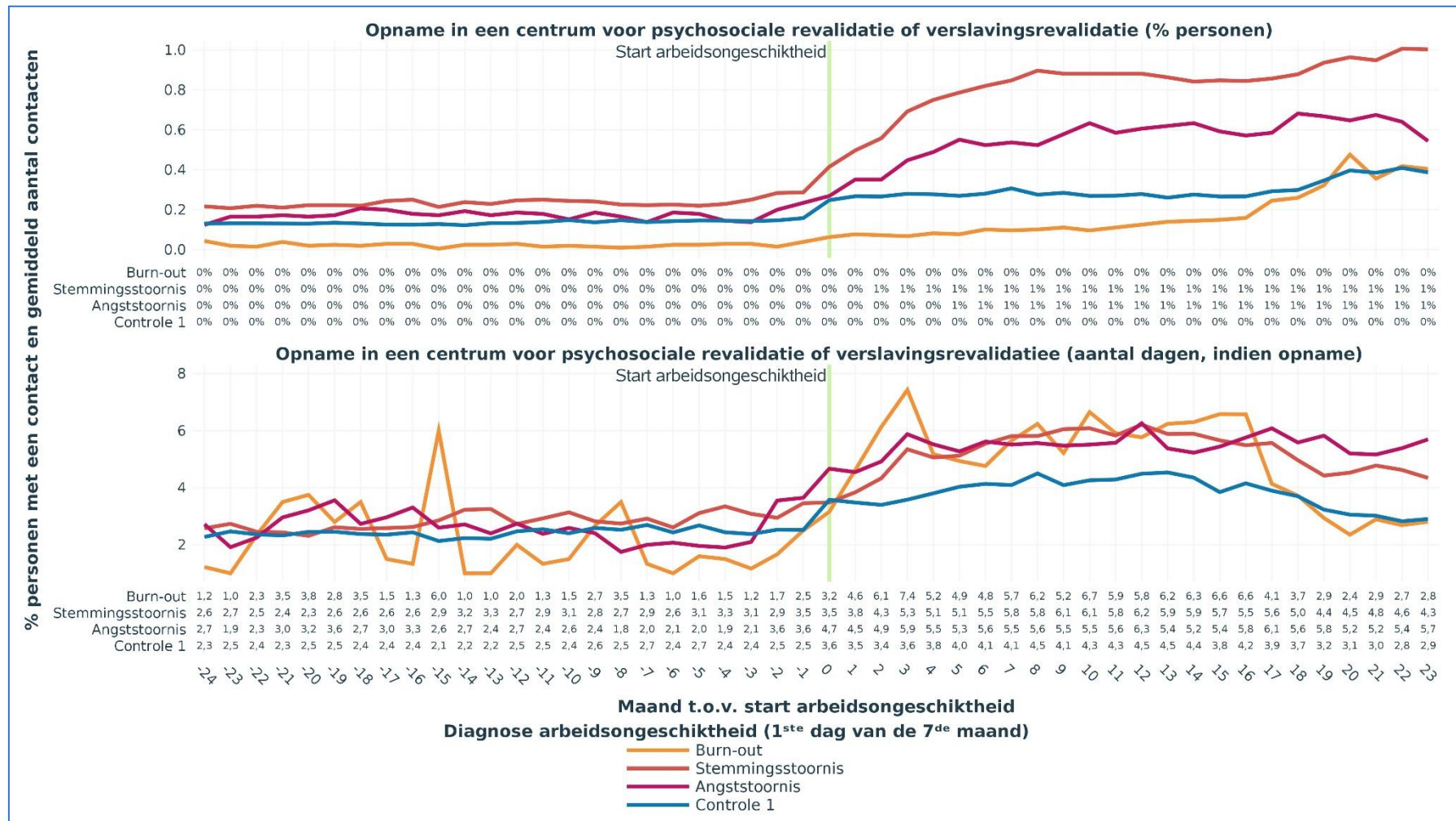
Figuur B3.9. Percentage personen met een contact psychotherapie bij een psychiater en gemiddeld aantal contacten (voor personen met ten minste 1 contact)



Figuur B3.10. Percentage personen met een contact met een kinesitherapeut en gemiddeld aantal contacten (voor personen met ten minste 1 contact)



Figuur B3.11. Percentage personen met een opname in een centrum voor psychosociale revalidatie of verslavingsrevalidatie en gemiddeld aantal dagen (voor personen met een opname)



Prestatie klinische biologie (% personen)

Start arbeidsongeschiktheid

Prestatie klinische biologie (gemiddeld aantal Prestaties, indien ten minste 1 Prestatie)

Start arbeidsongeschiktheid

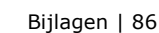
% personen met een Prestatie en gemiddeld aantal Prestaties

Maand t.o.v. start arbeidsongeschiktheid

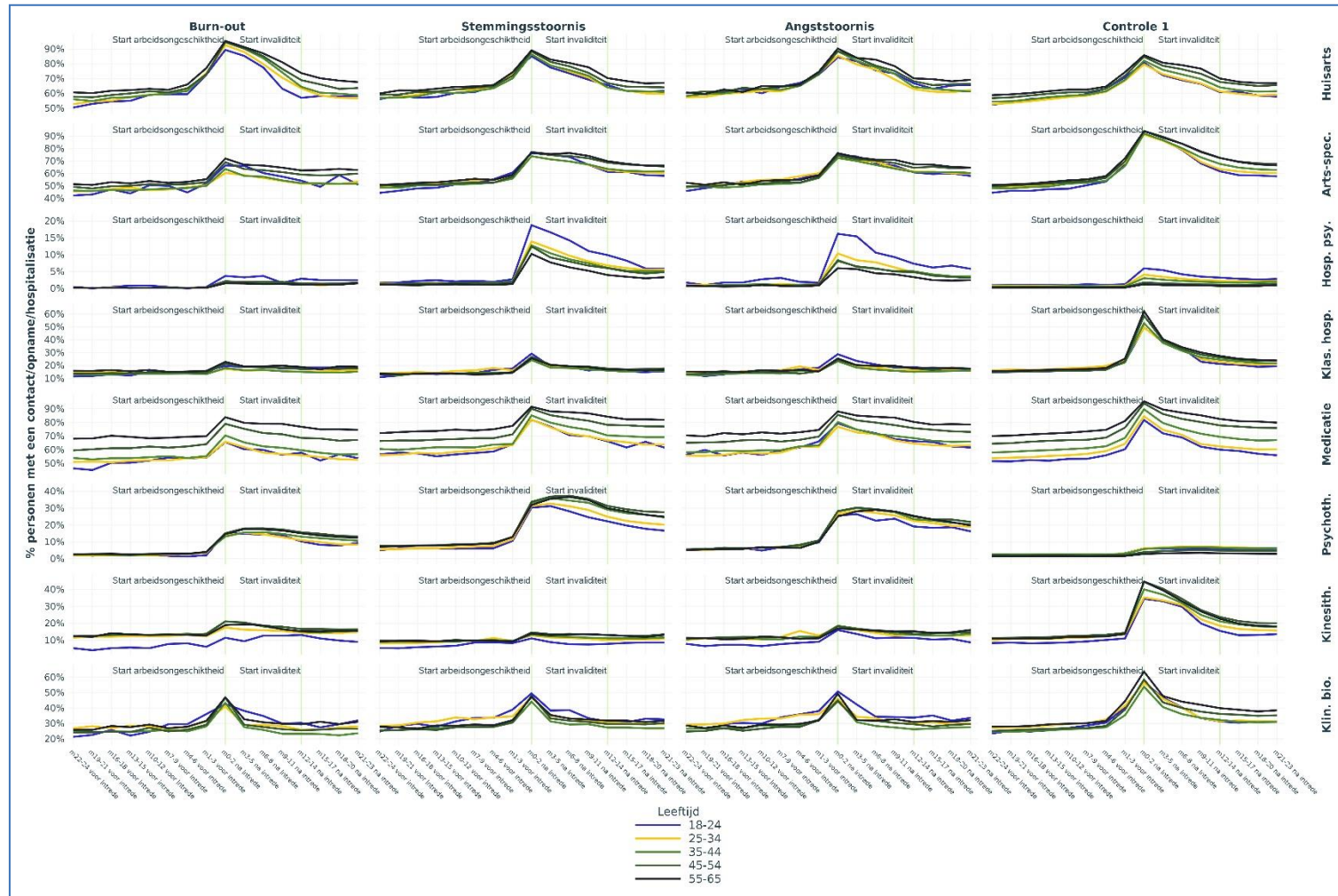
Diagnose arbeidsongeschiktheid (1^{ste} dag van de 7^{de} maand)

- Burn-out
- Stemmingsstoornis
- Angststoornis
- Controle 1

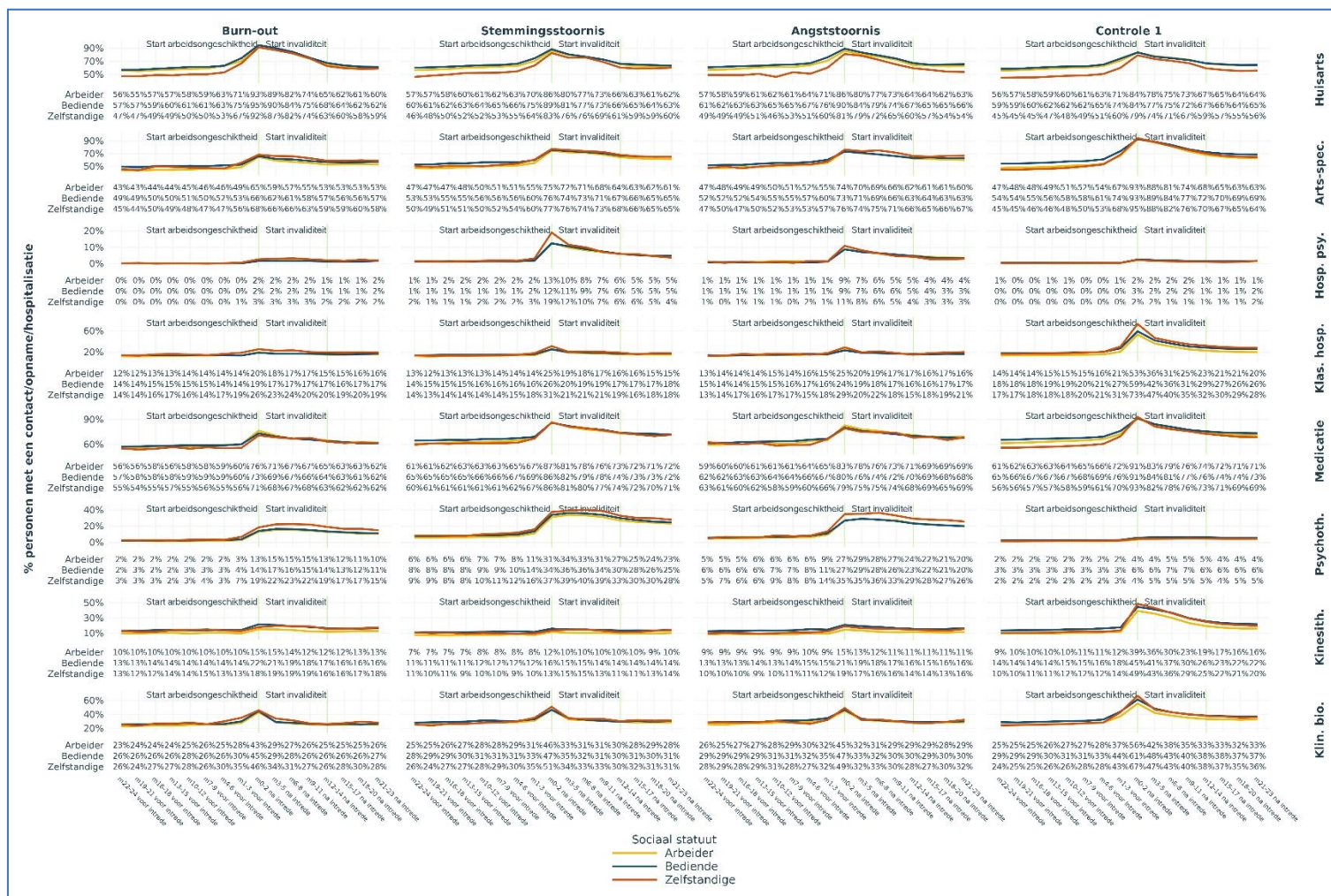
Figuur B4.1. Overzicht van indicatoren met hoogste zorgconsumptie: per geslacht



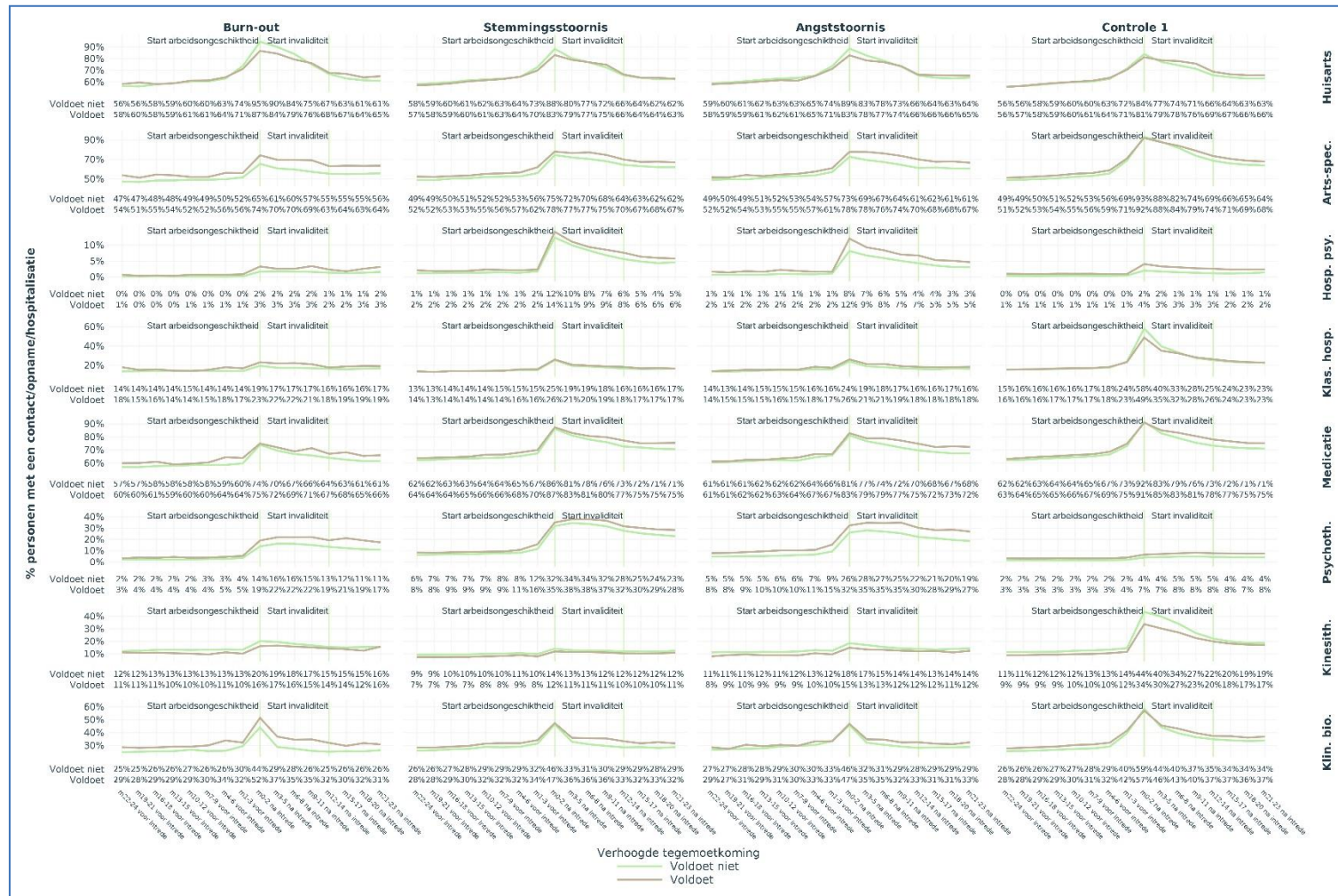
Figuur B4.2. Overzicht van indicatoren met hoogste zorgconsumptie: per leeftijdscategorie



Figuur B4.3. Overzicht van indicatoren met hoogste zorgconsumptie: per sociaal statuut



Figuur B4.4. Overzicht van indicatoren met hoogste zorgconsumptie: recht op verhoogde tegemoetkoming versus gewoon rechthebbende



Figuur B4.5. Overzicht van indicatoren met hoogste zorgconsumptie: statuut chronische aandoening versus geen statuut chronische aandoening



Bijlage 5. Voorbeeld van een dynamisch nomogram

Figuur B5.1. Voorbeeld van een dynamisch nomogram voor significante predictoren in het predictiemodel ter verklaring van invaliditeit aan de hand van het sociaal-demografisch en het medisch profiel, de ICD-10-categorie en het zorgconsumptieprofiel (op 6 maanden na intrede in arbeidsongeschiktheid) van personen in langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van stemmingsstoornissen

