

DE KWESTIE VAN LANGDURIGE ZIEKTE

DOOR | **JOHN CROMBEZ**

| Verser UZGent, docent UGent / UHasselt

INLEIDING

Het belang van de kwestie van langdurige ziekte in België is zeer groot geworden. Een algemene doelstelling in functie van de begroting, maar ook in functie van het algemeen welzijn, is het verhogen van de werkzaamheidsgraad en het beperken van de inactiviteit. Daar waar in de laatste jaren de werkzaamheidsgraad langzaam stijgt, zijn de aantallen mensen in langdurige ziekte in die periode zeer sterk gestegen en de grootste groep inactieven op arbeidsactieve leeftijd geworden. Daarbij kunnen twee vaststellingen gemaakt worden. In de periode 2006-2019 zijn heel wat pensioenmaatregelen genomen om de verwachte factuur meer onder controle te brengen. De eerste vaststelling is dat de begrotingsimpact van deze inspanningen grotendeels is uitgevlakt door de stijgende arbeidsongeschiktheid. Hoewel de twee elementen gerelateerd zijn, biedt dit allesbehalve een voldoende verklaring. De tweede vaststelling is dat, ondanks de reeds jarenlang toenemende zware impact op begroting, arbeidsmarkt en volksgezondheid, er geen inspanningen zijn gebeurd die een noemenswaardige verbetering teweegbrachten op het vlak van het aantal uitkeringsgerechtigde langdurig zieken. De aantallen zijn nog steeds stijgend. We geven weer dat de kwestie 15 jaar oud is, en van een dermate belang dat het dringend een brede beleidsmatige aanpak vereist. De verwachting die in de zomer van 2023 werd geformuleerd is dat, als er niks gebeurt, het aantal langdurig zieken binnen een paar jaar zal doorstijgen van 500.000 naar 600.000.

1. DE VERKLARINGEN

Van overheidswege (RIZIV) werden de laatste jaren meestal dezelfde verklaringen gegeven voor deze evolutie:

- verhogen van de pensioenleeftijd;
- toenemende participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt;
- vergrijzing.

Recenter kwam daar een vierde verklaring bij, namelijk ‘nieuwe ziektebeelden’. Dat staat zowel te lezen op de site van het RIZIV als in het overzichtsrapport van het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid. In dat rapport wordt voor de evolutie van de meest opvallende periode in deze kwestie, namelijk 2007-2016, meermaals geopperd dat er een opvallende stijging is in de categorie van de jongeren, zonder dat daar echter veel verklaring voor wordt gegeven.

Daaraan werd recenter een studie toegevoegd over de ‘nieuwe ziektebeelden’, en met name de aanwezigheid hierin van burn-out en depressies. Ook daar geven we de bevindingen mee zoals ze op de website van het RIZIV staan:

1. toename met 46% van langdurige burn-out en depressies in 5 jaar (2016-2021);
2. 36,44% van de mensen in invaliditeit op 31 december 2021 zijn arbeidsongeschikt door psychische stoornissen. Van hen lijdt 66,39% aan een depressie of een burn-out;
3. vrouwen vertegenwoordigen meer dan twee derde van de mensen in invaliditeit door burn-out of depressie;
4. vrouwen vertonen ook de grootste stijging van invaliditeit als gevolg van burn-out of depressie: bijna 50% over 5 jaar. Bij vrouwen die zelfstandig werken is deze stijging meer dan 66%;
5. mensen van 50 tot 64 jaar blijven het meest getroffen door langdurige arbeidsongeschiktheid door burn-out of depressie, maar de 25- tot 39-jarige zelfstandigen kennen de grootste stijging: +20% in 2021, +151% over 5 jaar.

In toenemende mate is de impact van deze evolutie belangrijk voor de economie, begroting, arbeidsmarkt, volksgezondheid en het algemeen welzijn. En toch is de beleidsfocus eerder beperkt, ondanks de beschikbaarheid van veel rapporten en analyses. In wat verder komt, gaan we dieper in op de evolutie van de aantallen, de momenten waarop de stijgende trend versnelt en de redenen daartoe.

2. DE AANTALLEN

De groep mensen die langdurig ziek zijn en in arbeidsongeschiktheid (verder AO) of invaliditeit¹ verkeren, bedroeg in 2008 zo'n 250.000, en anno 2023 zijn dat er meer

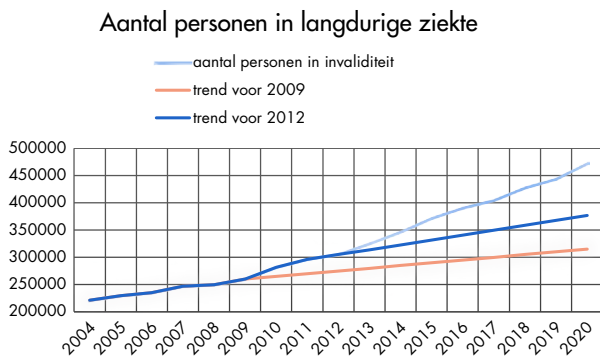
(1) De vergelijkingen doorheen de tijd in de gerapporteerde cijfers worden vaak door elkaar gebruikt in statuut: de arbeidsongeschiktheid op minder dan een jaar versus op langer dan een jaar (=invaliditeit). Vaak wordt er ook verwezen naar langdurig zieken in het algemeen. Deze tekst heeft niet als doel om het cijfermateriaal uit te zuiveren, immers de trends van de analyse zijn niet onderhevig aan de keuze van de tijdsreeks. Daarenboven zijn alle landen onderhevig aan het herdefiniëren en herklasseren van de langdurig zieken in de tijd door aanpassing van de definities. De basiscijfers die in dit werk worden gebruikt zijn de cijfers van de arbeidsongeschiktheid op langer dan een jaar, dus de invaliditeit. In die zin maken we in dit stuk geen onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar en langdurige ziekte.

dan 500.000. Er zijn een aantal redenen waarom deze opmerkelijke evolutie meer beleidsaandacht verdient.

- In een tijd dat de werkzaamheidsgraad naar voren wordt geschoven, is dit ondertussen de grootste groep mensen op arbeidsactieve leeftijd binnen de groep inactieven.
- Er is tot op vandaag nog steeds een netto toename van het aantal langdurig zieken. Over de precieze oorzaken is weinig gekend. Het houdt een groep mensen met competenties soms voor lange tijd uit de arbeidsmarkt.
- In budgettaire termen kan je ruwweg stellen dat de impact van de pensioenmaatregelen die tussen 2006 en nu werden genomen, voor een groot deel door deze evolutie zijn teniet gedaan.
- Ook op individueel menselijk niveau is een grotere groep mensen ontstaan die door schokken harder getroffen worden, zonder dat ze zelf in staat zijn maatregelen te nemen om deze schokken op te vangen.

In deze analyse kijken we naar de tendensen in de evolutie. We maken daarbij geen onderscheid tussen AO voor minder dan een jaar en AO voor meer dan een jaar (invaliditeit). In sommige tendensen moet de verandering van definities worden meegenomen, en de toewijzing van de groep in werkloosheid die ook het label AO krijgen. De volgende grafiek (1) toont de belangrijkste trends binnen de verdubbeling van het aantal langdurig zieken in de 15 jaar tussen 2008 en nu. De licht stijgende trend tot 2008 krijgt op dat moment een eerste versnelling. Hoewel de verklaring tot 2008 binnen de verklaringen van het RIZIV (dat de groep langdurig zieken meestijgt met de beschikbare actieve bevolking) past, is die verklaring niet meer valabel na 2008.

GRAFIEK 1: AANTAL LANGDURIG ZIEKEN



Bron: RIZIV, CM – 2021.

De versnelling in 2008 is voor een belangrijk stuk te verklaren door de pensioenmaatregelen en zoals we verder zullen zien komt het het sterkste voor bij de oudere bevolking. In het geval dat deze versnelling van 2008 aangehouden bleef als nieuwe tendens, dan zouden we vandaag niet op een 500.000 langdurig zieken staan, maar op 350.000. Opmerkelijker echter is een tweede versnelling in de curve die zich voordoet rond 2013-2014. Natuurlijk kan je stellen dat er ook in die periode bijkomende

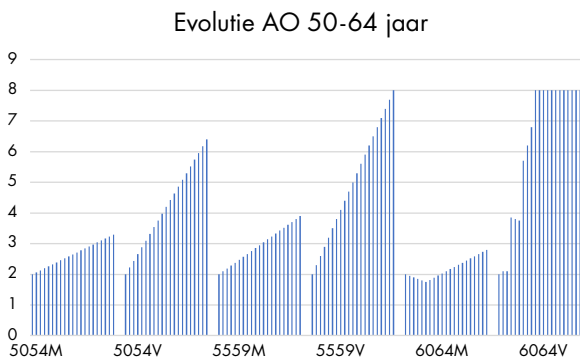
pensioenmaatregelen waren, zoals de verhoging van de pensioenleeftijd, maar zoals uit een analyse van het kenniscentrum blijkt, verklaart dat slechts een deeltje van de tweede trendversnelling. Indien de tweede trendversnelling zich had doorgezet, zouden we vandaag op een 425.000 langdurig zieken staan, i.p.v. de huidige 500.000. Er moet dus meer aan de hand zijn, en net het ontbreken van die zoektocht om te kunnen vermijden en remediëren is daarom ietwat verwonderlijk.

3. TWEE ELEMENTEN VAN DE ONTWIKKELING TUSSEN 2008 EN NU (PER LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT)

In wat volgt gaan we meer in detail na wat voor een aantal leeftijdsgroepen en per geslacht de evolutie is van het aantal langdurig zieken in deze periode (data 1998-2018, RIZIV). In grafiek 2 zien we bij zowel mannen als vrouwen het aantal langdurig zieken stijgen. Maar wat eveneens opvalt, is dat die stijging veel scherper is bij vrouwen. In de categorie vrouwen van 60 tot 64 werd de grafiek afgetopt omdat anders de evoluties in de eerdere grafieken moeilijk leesbaar zijn. Bij deze leeftijdscategorie zijn de sprongen in functie van de pensioenmaatregelen eveneens zichtbaar. Wanneer we naar andere landen kijken, is deze evolutie niet zo uitzonderlijk te noemen: ook daar geven nieuwe en strengere pensioenmaatregelen meer intrede in de invaliditeit.

Zoals eerder aangehaald echter is de totale evolutie en de trend in het aantal langdurig zieken, zowel als de evolutie van de uitkeringen in België, wel degelijk anders dan in andere landen. Er moeten dus meer verklaringen zijn. In grafiek 3 bekijken we de evolutie van het aantal langdurig zieken bij mannen en vrouwen tussen 20 en 34 jaar. Net als in grafiek 2 blijkt de stijging sneller bij vrouwen dan bij mannen. Een volledig ander patroon kan echter worden opgemerkt, nl. dat de stijging bij mannen en vrouwen later intreedt. In sommige van de leeftijdscategorieën bemerken we zelfs eerst nog een lichte afname. Dat betekent dat er na de bankencrisis van 2008 nog een ander fenomeen dan de pensioenmaatregelen is beginnen spelen waar we nog niet veel van weten, maar wat wel een grote impact heeft.

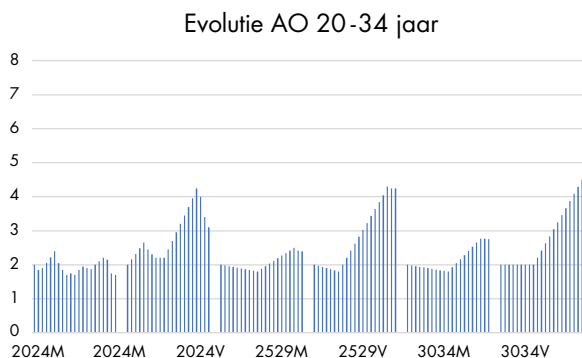
GRAFIEK 2: EVOLUTIE VAN HET AANTAL LANGDURIG ZIEKEN BOVEN DE 50 JAAR IN DE PERIODE 1998-2018



Bron data: RIZIV, grafiek: eigen werk.

Grafiek 3 toont aan dat bij jonge vrouwen in elk van de 3 leeftijdsgroepen in nauwelijks een paar jaar tijd een verdubbeling optreedt. We zagen eerder dat zich in 2013-2014 een tweede versnelling voordeed in de trend van het aantal langdurig zieken. De verklaring daarvoor vinden is echter een stuk gecompliceerder en vergt bijkomend studiewerk, maar is natuurlijk redelijk essentieel voor het ontwikkelen van een beleid dat langdurige ziekte en moet vermijden, en snel moet behandelen, en snel moet re-integreren.

GRAFIEK 3: AANTAL LANGDURIG ZIEKEN TUSSEN 20 EN 34 JAAR IN DE PERIODE 1998-2018



Bron data: RIZIV, grafiek: eigen werk.

Over de periode 2007-2016 schreef het kenniscentrum arbeidsongeschiktheid: “*Vooraf het toenemend aantal jonge arbeidsongeschikte werklozen met psychische problemen is verontrustend en vraagt om specifieke aandacht. In de leeftijdscategorie tussen 20 en 44 jaar is meer dan 40% van de werklozen psychisch ziek*”.

4. WAT DRIJFT DEZE KWESTIE?

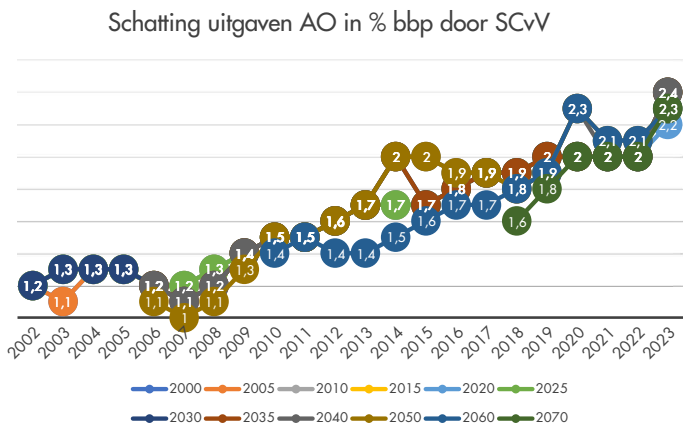
Uit het voorgaande blijkt dat verschillende verklaringen aan de opmerkelijke stijging van het aantal langdurig zieken ten grondslag liggen. We overlopen een aantal elementen.

a. Pensioenhervormingen

Telkens er pensioenmaatregelen worden genomen omwille van de stijgende verwachte vergrijzingsuitgaven, zien we een verschuiving van 50-plussers van activiteit naar inactiviteit in deze landen. Zo ook bij ons, waar de verwachte beperking van vervroegde uitstap of de aanpassing van de pensioneringsvoorwaarden meer mensen naar arbeidsongeschiktheid en invaliditeit duwen. In België nemen we verschuivingen waar vanaf het moment dat de discussie over de beperkingen in het pensioenstelsel starten, met name het eerst in aanloop naar het generatiepact van 2006. Dit ligt in lijn met wat gebeurt in andere landen, maar wat anders verloopt in die periode, is de mate waarin begeleidende maatregelen worden genomen om de verwachte uitgaven in AO te beperken.

De opeenvolgende rapporten van de studiecmissie voor de vergrijzing tonen aan wat de impact en de verwachte impact is van de uitgaven voor AO in de begroting. Grafiek 4 toont de geschatte uitgaven op de verschillende horizonen. Het globaal beeld van de grafiek toont een quasi voortdurend opgaande herraming. Voor elk van de rapporten van 2002 tot 2023 worden de ramingen weergegeven. Daarop is te zien dat de raming voor de periode 2030-2040 maar liefst verdubbeld is. Er werd een uitgave van 1,3% bbp voorspeld tot aan de bankencrisis van 2008, terwijl de huidige raming voor 2040 op 2,4% staat. Die toename van 1% bbp is gelijkaardig van grootte als de impact van de pensioenmaatregelen in de raming van dezelfde studiecmissie voor de vergrijzing.

GRAFIEK 4: DE VERWACHTE UITGAVEN VOOR ARBEIDSONGESCHIKTHEID



Bron: alle rapporten van de studiecmissie voor de vergrijzing.

b. De toename bij jonge actieven van AO

Ongeveer tien jaar later dan de stijging in AO (die te verklaren is door de reactie op de verwachte pensioenmaatregelen) is er opnieuw een stijging, dit keer bij jonge mensen op arbeidsactieve leeftijd, en in hoge mate bij jonge vrouwen. Op basis van grafieken 1 en 2 kan je stellen dat deze omslag het best waarneembaar is in de jaren 2013-2014. Hier is het echter veel minder evident de oorzaak aan te duiden dan in het vorige deel.

Een sluitende verklaring is nog niet beschikbaar, maar in een aantal evoluties is een verklaring te vinden. Ten eerste zien we in de bron van de inactiviteit een verschuiving. Er is een toename in psychische aandoeningen en burn-out: in 2021 rapporteert de CM dat het al om meer dan één derde gaat. Wanneer men de toename bij mannen en vrouwen in AO omwille van depressie en burn-out ten opzichte van het totaal in ogenschouw neemt, valt het meest op dat bij die stijgingen in die categorieën het om 78% vrouwen gaat.

5. ZIJN ER MEER SPECIFIEKE OORZAKEN?

Een deel van de stijging in AO is dus moeilijk in volledigheid te verklaren. Het loont dus de moeite om eerst te zien welke verklaringen het meest gangbaar zijn in België. Maar tegelijk is het nuttig te observeren wat in het buitenland wordt gezien als (deel van de) verklaring. De RIZIV-studie over de periode 2007-2016 formuleert de volgende conclusies van fenomenen die zich zowel in het werknemers- als in het zelfstandigenstelsel voordoen.

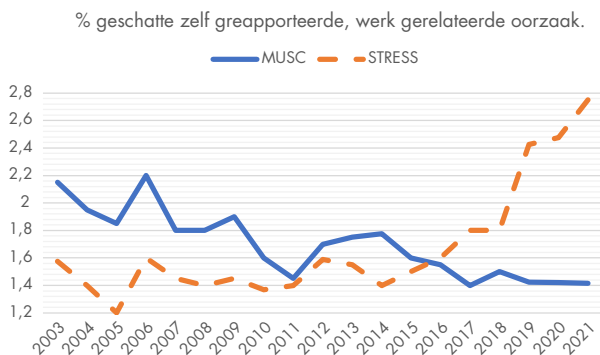
“Toch zijn er ook opvallend veel gelijkenissen in beide regelingen:

- *De toename van het aantal langdurig arbeidsongeschikten is in beide regelingen het gevolg van een sterke groei van de vrouwelijke populatie (+90,44% bij de werknemers en +56,77% bij de zelfstandigen).*
- *De toename van het aantal invaliden situeert zich voornamelijk in de oudere leeftijdscategorieën maar ook in de jongere leeftijdscategorieën valt er de laatste jaren een toename waar te nemen.*
- *Psychische problemen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel vormen de twee belangrijkste ziektegroepen die aan de basis liggen van de intrede in invaliditeit, zij het dat bij de werknemers de psychische stoornissen op de eerste plaats komen daar waar bij de regeling voor zelfstandigen de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel de belangrijkste oorzaak van langdurige arbeidsongeschiktheid is. De ziektegroep 2 (gezwollen) neemt in beide regelingen zeer sterk toe.”*

Binnen de literatuur is de toename van de zoektocht naar verklaringen in heel wat landen groot. We geven een aantal voorbeelden. Veel van de beschikbare data is echter niet-Belgisch, maar wat opvalt is dat een aantal van de aangehaalde fenomenen ook slaan op de periode waarvan sprake, nl. 2013-2014. Dat bewijst nog geen causaliteit, maar het toont wel in welke richting moet worden gezocht voor het nemen van beleidsmaatregelen.

Stress als oorzaak

Grafiek 5 toont een verandering in de bronnen van het gevoel van oorzaken van ziekte. Het gaat om data van zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen tussen 2003 en 2021. De recent gepubliceerde data toonde aan dat gerapporteerde problemen met het musculoskeletaal stelsel in een neerwaartse trend zitten, wat we ook in andere landen kunnen waarnemen. Opvallend is dat vanaf 2014 de rapportering van problemen omwille van stress en depressie in een steile klim zitten. Het spreekt voor zich dat chronische stress, angst en depressie niet louter werkgerelateerd zijn, maar alleen maar versterkend zijn.

GRAFIEK 5: ZELF GERAPPORTEERDE OORZAKEN (VK)

Bron: HSE, FT.

Ook Europees halen de statistieken hoge waarden. In 2020 vertonen 10,3% van de werkenden werkgerelateerde gezondheidsproblemen, waarvan 6% omwille van musculoskeletale problemen, terwijl 44,6% problemen met hun mentaal welzijn rapporteren (bron: Eurostat). Ook recent gerapporteerde bevragingen in België geven recordcijfers. Voorbeeld daarvan zijn de resultaten van de bevraging door ALAN waarbij 60% van de bevroegden aangaf stress als een probleem te ervaren (mei 2023). Heel wat meer publicaties in verschillende landen bevestigen dezelfde trend, nl. een algemeen toegenomen probleem van chronische stresssituaties die deels werkgerelateerd zijn en mee tot hogere cijfers van arbeidsongeschiktheid leiden. Een van de problemen daarbij is dat de toename een kleine tien jaar beslaat, en eigenlijk maar zeer weinig vertaling kent in een strategische aanpak, waarbij alle actoren geresponsabiliseerd worden en de organisatie van de arbeidsmarkt en het gezondheidssysteem er voldoende wordt op aangepast. Dat is vreemd, gezien de veelvuldige wens om de begroting te verbeteren, de werkzaamheidsgraad te verhogen, het aantal inactieven te verlagen en de algemene volksgezondheid en welzijnssituatie te verbeteren.

Dat verklaart nog niet waarom de stijging bijzonder veel sterker is bij (jonge) vrouwen. Ook daar wordt recent veel opzoekingswerk naar verricht, en recente publicaties en data tonen opmerkelijke richtingen. Ten eerste, en wat ook bij ons recent onder de aandacht kwam, wordt er een gestage toename gezien van zelfmoord(pogingen) bij jonge vrouwen, en dat zelfs vaak zonder dat de algemene cijfers stijgen. Eén van de opmerkelijke databevindingen daar is de zeer opmerkelijke trend bij heel jonge vrouwen in een gemiddelde van 17 landen. Vreemd genoeg vangt de toename daarvan aan rond 2013-2014.

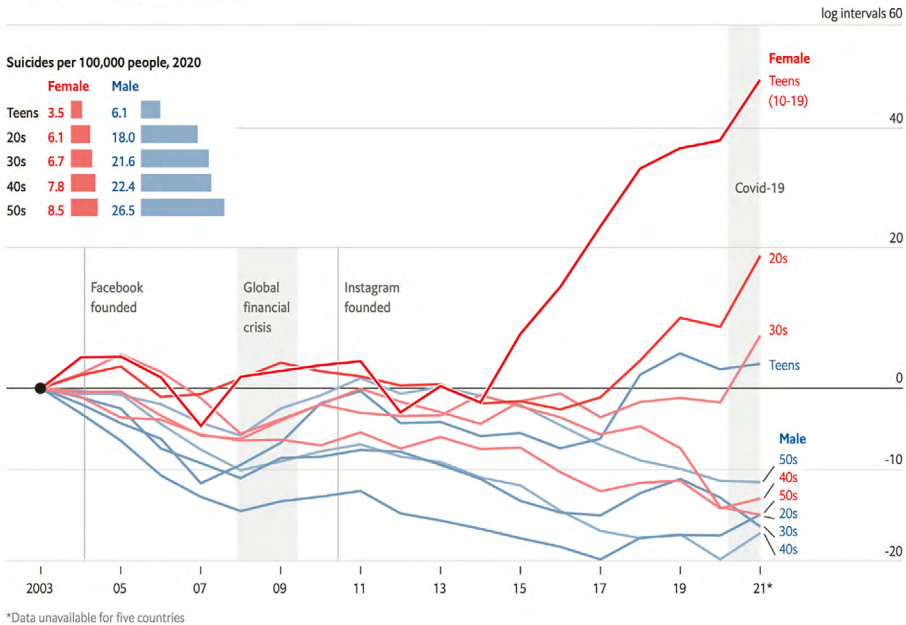
CONCLUSIE

De opwaartse trend van het aantal langdurig zieken is aanzienlijk, al een tijd bezig en nog steeds aan het doorgaan. Dat wringt met de beleidsmatige en maatschappelijke doelen die worden gesteld. Indien het menens is met de houdbaarheid van de begroting, de sociale zekerheid, de toename van de werkzaamheid en de daling van

de inactieven, is dringend een strategisch plan nodig. Een preventieve aanpak, samen met vroegdetectie en aanpassingen in de arbeidsmarkt tot snelle herintegratie, dringt zich op. De responsabilisering van alle actoren om zeker ook de werkgerelateerde problematiek terug te dringen maakt daar deel van uit. De gezondheidszorgen moeten daarin een veel actievere actor worden, en een focus op jonge vrouwen is absoluut nodig. De impact van een succesvolle aanpak is een voorwaarde geworden om op langere termijn een voordelig resultaat te zien op de globale begroting van de andere maatregelen die worden genomen, zoals de pensioenmaatregelen.

GRAFIEK 6: PROCENTUELE VERANDERING IN ZELFMOORDGRAAD VOOR 17 LANDEN SINDS 2003

Suicide rate, % change since 2003, by age and sex
17 countries, three-year moving average



Bron: The Economist, mei 2023.

BIBLIOGRAFIE

Ivancevich et al., Who's liable for stress on the job? Harvard business review; Maart 1985

Dewa et al., Cause and effect relationship between workplace stress and heart disease, hypertension, upper respiratory infections, peptic ulcers, reduced immunity, migraines, depression, suicidal tendencies; Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers, Psychiatric services, mei 2007.

Lamberts, M., Faes, K., Pacolet, J. en Verhaeghe, N., Traject naar werk vanuit arbeidsongeschiktheid. Evaluatie raamovereenkomst RIZIV-VDAB-VICO-GTB, Leuven – HIVA, 2021.

Wilkinson, R. en Pickett, K., The Inner Level How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being; Penguin books ltd, 2019.

Bartley, M., Health Inequality An Introduction to Concepts, Theories and Methods, 2016.

Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid, Ziekteverzuim in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid – Analyse en verklarende factoren – Periode 2011-2016, 2018.

RIZIV, Statistieken 2021 werknemers en werklozen in invaliditeit.

RIZIV, Statistieken 2021, zelfstandigen in invaliditeit.

RIZIV, Langdurige arbeidsongeschiktheid: Hoeveel langdurige burn-outs en depressies? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?, 2021.

<https://www.hse.gov.uk/statistics/lfs/index.htm>

<https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>

The Economist, Suicide rates for girls are rising. Are smartphones to blame?, 3 mei 2023.

NBB, jaarverslagen.

Studiecommissie voor de vergrijzing, jaarverslagen.

INHOUDSTAFEL

DE KWESTIE VAN LANGDURIGE ZIEKTE

INLEIDING	427
1. DE VERKLARINGEN	428
2. DE AANTALLEN	428
3. TWEE ELEMENTEN VAN DE ONTWIKKELING TUSSEN 2008 EN NU (PER LEEFTIJDGROEP EN GESLACHT)	430
4. WAT DRIJFT DEZE KWESTIE?	431
5. ZIJN ER MEER SPECIFIEKE OORZAKEN?	433
CONCLUSIE	434
BIBLIOGRAFIE	435